

# **Výhody a nevýhody propojení systémů nemocenského a zdravotního pojištění**

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce:**

**Ing. Jitka Dušková, PhD.**

**Bc. Jan Daler**

**Brno 2016**



## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěl poděkovat vedoucí diplomové práce Ing. Jitce Duškové, PhD. za bezproblémové vedení, za trpělivost a za cenné rady, bez kterých by úroveň práce byla na o poznání nižší úrovni. Dále bych chtěl vyjádřit velký dík firmě Y Soft Corporation, a.s. (jmenovitě především Pavlu Slovákovi), která mi v mnohých věcech ustoupila a umožnila mi tak skloubit práci a školu. Diplomová práce by nemohla vzniknout bez dat a odpovědí na otázky, které jsem obdržel od Ing. Ivy Matějkové, ředitelky ekonomického odboru České správy sociálního zabezpečení, a také od Helise Puksanda a Pilleho Banharda, zaměstnanců Estonského fondu zdravotního pojištění. Na posledním místě ve výčtu, ale nikoli na méně důležitém místě, patří velké poděkování mé rodině, která mě po celou dobu studií podporovala, a přítelkyni, která mě i v těžších chvílích dokázala „rozebrat“ a dovedla mě zpět na optimistickou cestu.



## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto práci: **Výhody a nevýhody propojení systémů nemocenského a zdravotního pojištění**

vypracoval/a samostatně a veškeré použité prameny a informace jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Souhlasím, aby moje práce byla zveřejněna v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s platnou *Směrnicí o zveřejňování vysokoškolských závěrečných prací*.

Jsem si vědom/a, že se na moji práci vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., autorský zákon, a že Mendelova univerzita v Brně má právo na uzavření licenční smlouvy a užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 Autorského zákona.

Dále se zavazuji, že před sepsáním licenční smlouvy o využití díla jinou osobou (subjektem) si vyžádám písemné stanovisko univerzity o tom, že předmetná licenční smlouva není v rozporu s oprávněnými zájmy univerzity, a zavazuji se uhradit případný příspěvek na úhradu nákladů spojených se vznikem díla, a to až do jejich skutečné výše.

V Brně dne 23. května 2016

---



## **Abstract**

Daler, J. Advantages and disadvantages of linked systems of sickness and health insurance. Diploma thesis. Brno: Mendel University, 2016.

In diploma thesis, which aim is to find out advantages or disadvantages of linked systems of sickness and health insurance, were firstly described the features of both mentioned systems in Czech and Estonian Republic. They are the same (e.g. solidarity, obligatory of insurance, state guarantee). In Estonian Republic there is significantly less sickness, which is based on different support periods for benefits. Administrative expenditures of institutions are approximately on the same level. Main advantage of linked system is connected with more control over sick insured persons (institution knows that someone is ill and also how much the health care cost). The disadvantage is necessity of growth of institution, which can be linked with problems with control of its employees. In diploma thesis there were not found out significant impacts on health insurance funds and author came to conclusion that for sickness insurance funds operative work under linked or separated systems leads to the same results.

## **Keywords**

Health insurance, sickness insurance, linked systems, separated systems, Estonian Republic, Czech Republic, administrative expenditures, sickness benefit

## **Abstrakt**

Daler, J. Výhody a nevýhody propojení systémů nemocenského a zdravotního pojištění. Diplomová práce. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2016.

V diplomové práci, jejímž cílem bylo zjistit výhody a nevýhody propojení systémů nemocenského a zdravotního pojištění, byly nejprve popsány rysy těchto systémů v České a Estonské republice. Jsou totožné (např. solidarita, obligatornost pojištění, státní garance). V Estonské republice je však přesto výrazně nižší nemocnost, což může být způsobeno různou délkou podpůrčí doby u jednotlivých dávek. Administrativní náklady institucí starající se o systémy jsou přibližně ve stejné výši. Hlavní výhoda propojených systémů souvisí s větší kontrolou nad nemocnými pojištěnci (instituce ví, že je někdo nemocný, ale i kolik stojí zdravotní péče). Nevýhodou je naopak nutnost růstu instituce, který může přinést problémy s kontrolovatelností zaměstnanců instituce. V práci nebyly zjištěny výrazné dopady na zdravotní pojišťovny a autor dospěl k závěru, že pro zdravotní pojišťovny znamená operativa pod spojenými nebo oddělenými systémy ty stejné výsledky.

## **Klíčová slova**

Zdravotní pojištění, nemocenské pojištění, spojené systémy, oddělené systémy, Estonská republika, Česká republika, administrativní náklady, nemocenské





# Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>Cíl práce a metodika</b>	<b>15</b>
2.1	Metodika .....	15
<b>3</b>	<b>Česká republika</b>	<b>21</b>
3.1	Nemocenské pojištění.....	21
3.1.1	Dávky nemocenského pojištění.....	21
3.1.2	Rysy systému nemocenského pojištění.....	23
3.2	Zdravotní pojištění .....	24
3.2.1	Rysy systému zdravotního pojištění.....	25
3.3	Popis systémů na základě ukazatelů .....	29
<b>4</b>	<b>Estonská republika</b>	<b>38</b>
4.1	Zdravotní pojištění .....	38
4.1.1	Dávky systému zdravotního pojištění.....	38
4.1.2	Rysy systému zdravotního pojištění.....	40
4.2	Popis systému na základě ukazatelů .....	43
<b>5</b>	<b>Komparace systémů</b>	<b>51</b>
5.1	Teoretické výhody s jednotlivými systémy.....	51
5.2	Porovnání ukazatelů .....	52
5.3	Výhody (ne)spojených systémů.....	61
5.4	Předpokládané dopady spojení systémů na zdravotní pojišťovny.....	61
<b>6</b>	<b>Závěr</b>	<b>63</b>
<b>7</b>	<b>Literatura</b>	<b>65</b>
<b>A</b>	<b>Seznam zkratk</b>	<b>70</b>



## Seznam obrázků

Obr. 1	Struktura dávek nemocenského pojištění v České republice v roce 2012	22
Obr. 2	Vývoj průměrné délky trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti v České republice	29
Obr. 3	Celkový počet prostonaných dní v České republice	30
Obr. 4	Počet prostonaných dní na obyvatele v České republice	31
Obr. 5	Pojistné na nemocenské a zdravotní pojištění v České republice	32
Obr. 6	Vývoj průměrné mzdy v České republice	33
Obr. 7	Odvod zaměstnavatele a zaměstnance z průměrné mzdy v České republice	34
Obr. 8	Výše peněžního příjmu v nemoci při průměrné mzdě v České republice	35
Obr. 9	Výše peněžního příjmu v nemoci v procentech průměrné mzdy	36
Obr. 10	Výše administrativních nákladů institucí spravující nemocenské a zdravotní pojištění v České republice	37
Obr. 11	Struktura dávek dočasné pracovní neschopnosti v Estonské republice v roce 2012	39
Obr. 12	Skladba pojištěnců v Estonské republice v roce 2011	43
Obr. 13	Vývoj průměrné délky trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti v Estonské republice	44
Obr. 14	Celkový počet prostonaných dní v Estonské republice	45
Obr. 15	Počet prostonaných dní na obyvatele v Estonské republice	45
Obr. 16	Vývoj průměrné mzdy v Estonské republice	46

<b>Obr. 17</b>	<b>Odvod zaměstnavatele a zaměstnance z průměrné mzdy v Estonské republice</b>	<b>47</b>
<b>Obr. 18</b>	<b>Výše peněžního příjmu v nemoci při průměrné mzdě v Estonské republice</b>	<b>48</b>
<b>Obr. 19</b>	<b>Výše peněžního příjmu v nemoci jako procento z průměrné mzdy 49</b>	
<b>Obr. 20</b>	<b>Výše administrativních nákladů Estonské zdravotní pojišťovny</b>	<b>50</b>
<b>Obr. 21</b>	<b>Komparace počtu prostonaných dní na obyvatele</b>	<b>53</b>
<b>Obr. 22</b>	<b>Komparace průměrné délky trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti</b>	<b>54</b>
<b>Obr. 23</b>	<b>Výše denního peněžního příjmu při nemoci a výdělku ve výši průměrné mzdy</b>	<b>55</b>
<b>Obr. 24</b>	<b>Výše peněžního příjmu v nemoci</b>	<b>56</b>
<b>Obr. 25</b>	<b>Komparace nemocenské vyjádřené procentem z průměrné mzdy 57</b>	
<b>Obr. 26</b>	<b>Administrativní náklady na obyvatele</b>	<b>58</b>
<b>Obr. 27</b>	<b>Administrativní náklady na obyvatele jako procento ze mzdy 59</b>	
<b>Obr. 28</b>	<b>Meziroční růst administrativních nákladů na obyvatele a průměrné mzdy</b>	<b>60</b>

# 1 Úvod<sup>1</sup>

Zdraví každého člověka by mělo v jeho žebříčku priorit být na prvním místě. Pokud je nemocný, měl by vše podřídit tomu, aby se co nejdříve vrátil do „normálního“ života, a to nejen z profesních důvodů (člověk by měl mít pocit, že roste), ale i z důvodů psychických a fyzických. Někdy to však není tak jednoduché, léčba může vyžadovat více zdrojů, než si samotný člověk dokáže vydělat. V tuto chvíli přichází na řadu důležitost státu, který musí zajistit, aby každému člověku byla poskytnuta péče vedoucí za jeho uzdravením.

Existuje spousta modelů, jak se podílet na financování zdravotnictví. Ať už je to ten čistě liberální ze Spojených států amerických, kde stát do zdravotnictví zasahuje minimálně, tak například ten náš – český – model, kdy většina zdrojů je tvořena odvody pojistného na zdravotní pojištění – tedy zdroji veřejnými.

Hledání efektivnějších způsobů financování by mělo být prioritou všech vlád světa a s touto motivací vzniká tato práce. Klade si za cíl porovnat systém estonský se systémem českým a to, co lépe funguje v Estonské republice analyzovat se zohledněním odlišnosti systémů a následně přenést do republiky České.

České zdravotnictví je v posledních letech velmi často probíranou oblastí. Do četných diskuzí se dostává opakovaným zaváděním a rušením platby regulačních poplatků a s nimi souvisejících debat o přílišném spoléhání na veřejné financování, odchodem lékařských sil do zahraničí či dohady o (ne)navyšování platby za státní pojištění.

Naproti tomu nemocenské pojištění, které je se zdravotním pojištěním úzce propojeno, se po počátku účinnosti nového zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v roce 2009 stabilizovalo a na svých účtech vykazuje přebytek. Příjmy nemocenského pojištění, které plynou od zaměstnavatelů a dobrovolně pojištěných osob samostatně výdělečně činných (OSVČ), převyšují výdaje na dávky směřující k pojištěným osobám.

Vše jde ale zlepšit, a proto autor práce přichází s porovnáním systémů ve dvou státech. Tyto systémy řeší stejné sociální situace, ale ne za existence stejných institucí. Jak vyplývá z výše napsaného, v České republice je zdravotní a nemocenské pojištění oddělené. O první systém se starají zdravotní pojišťovny pod dohledem Ministerstva zdravotnictví (MZ), o druhý systém se stará Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) pod dohledem Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV).

Estonská republika, se kterou budou systémy České republiky komparovány, má nemocenské pojištění „pohlčeno“ zdravotním pojištěním. Jinými slovy subjekty odvádí pouze pojistné na zdravotní pojištění, ze kterého v případě dočasné pracovní neschopnosti dostávají dotčené pojištěné osoby dávky. Institucí zabývající se zdravotním pojištěním je Estonský fond zdravotního pojištění (*Eesti Haigekassa*). Ten má pod dohledem nejen to, jak dlouho je člověk nemocný, proč, ale také náklady na péči této osoby.

---

<sup>1</sup> Část této práce byla publikována v časopise evidovaném v databázi SCOPUS – Scientific Papers of the University of Pardubice: Faculty of Economics and Administration, Series D, č. 36 (1/2016).

Spojení či nespojení systémů by v sobě mělo mít obsaženy nějaké výhody či naopak nevýhody a právě komparace na základě autorem zvolených ukazatelů by měla vést k jejich určení a následně predikci, jaké dopady by mělo případné spojení systémů na zdravotní pojišťovny v České republice.

## 2 Cíl práce a metodika

Cílem práce je určení dopadů sloučení systémů nemocenského a zdravotního pojištění na zdravotní pojišťovny.

Toho bude dosaženo pomocí následujících kroků a za dílčí cíle práce by se tedy dalo označit:

- vymezení rozdílů mezi systémy v daných zemích

K tomuto kroku bude nutné nastudování zákonů upravujících příslušné oblasti v daných zemích. Právě na základě analýzy zákonů budou objeveny rysy systémů.

Autor očekává, že se systémy budou alespoň v některých rysech lišit a právě na ně bude klást důraz, když bude hledat možné odlišnosti ve výkonnosti systémů v jednotlivých zemích.

- identifikace ukazatelů, které by tyto rozdíly mohly reflektovat a mohly by souviset s tím, že v jedné zemi jsou systémy propojené a v druhé oddělené

Data musí splňovat určitá kritéria. Tím základním je, že musí být dostupná v obou zemích. Dále musí být v časové řadě dostatečně dlouhé k tomu, aby bylo možné odhalit rozdíly a přičíst je ke změnám, které se udály (pokud by například autor práce zkoumal nemocnost v České republice v období do roku 2009, nemohl by si být jistý, jestli pokles nemocnosti v posledním zkoumaném roce je náhoda nebo je výsledkem účinnosti nového zákona).

- porovnání ukazatelů
- určení výhod jednotlivých systémů, které jsou spojené nebo oddělené

Na základě výhod systémů autor splní hlavní cíl práce, tedy určí dopad případného spojení systémů na zdravotní pojišťovny.

Zřejmě nejdůležitějším dílčím cílem práce bude dle názoru autora ono výše popsané zvolení správných ukazatelů, jelikož bez toho by nebylo možné systémy adekvátně srovnat. Vzhledem k tomu, že jsou porovnávány 2 země, může nastat i situace, kdy ukazatele jsou zvoleny se správným záměrem (jejich začlenění do komparace je racionálně odůvodněno), ale výsledky nepřinesou to, co bylo očekáváno.

### 2.1 Metodika

Diplomová práce by se dala rozdělit na dvě části. Obsahem první část je seznámení se systémy v České a Estonské republice (kapitoly Česká republika, respektive Estonská republika). Ve druhé části práce budou systémy porovnány, následně určeny výhody jednotlivých systémů a na závěr předpokládané dopady spojení systémů na zdravotní pojišťovny.

V diplomové práci byly použity následující metody: analýza, popis, komparace a indukce.

Metoda analýzy byla nutná před začátkem psaní práce, ale i po nastudování zákonů. Autor musel na základě studia zákona zvolit ukazatele. Dále tuto metodu použil při určování odlišností v křivkách ukazatele.

Metoda popisu byla použita při popisu systémů a dále v druhé půlce práce, kdy autor srovnával systémy.

Další metodou, která byla v práci použita, je metoda komparace. Tu autor potřeboval v druhé části práce, kde srovnával estonské a české ukazatele a následně mezi nimi určoval rozdíly. Na základě této metody zjistil autor výhody spojené s jednotlivými systémy.

V závěru práce autor z uvedených výhod a nevýhod vyvodil obecně platné dopady na zdravotní pojišťovny, tudíž upotřebil metodu indukce.

Aby autor zjistil potřebné legislativní „pozadí“, musel nastudovat zákony v daných zemích. Konkrétně se jednalo především o zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v České republice a zákon o zdravotním pojištění v Estonské republice.

Když měl autor nastudované zákony, mohl začít se seznámením čtenářů s jednotlivými systémy. V této části si dal autor za cíl určit rysy jednotlivých systémů a následně tyto systémy popsat pomocí ukazatelů.

Data k ukazatelům byla čerpána z významných zdrojů jako například: Českého statistického úřadu (CZSO), Estonského statistického úřadu, Světové banky, Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS), z výročních zpráv ČSSZ, zdravotních pojišťoven v České republice a z výročních zpráv Estonského zdravotního fondu. Byly zvoleny následující ukazatele:

- průměrná délka trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti,

Tento ukazatel autor do práce zakomponoval z toho důvodu, aby mohl určit, jaká je v dané zemi nemocnost. Na základě průměrné délky trvání autor hledal příčiny (především v zákoně), které k tomu vedou, a kladl si otázku, zdali to nemůže souviset s (ne)propojeností systémů.

- celkový počet prostonaných dní,

Obdobně jako u výše uvedeného ukazatele, i tento podkryje nemocnost v dané zemi. Rozdíl bude v tom, že celkový počet prostonaných dní povede k možnosti určení počtu prostonaných dní na obyvatele, zatímco průměrná délka trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti k určení, zdali v dané zemi převládá krátkodobá či dlouhodobá pracovní neschopnost.

- výše příjmu v nemoci při 30 dní trvající nemoci,

Výše příjmu v nemoci (sestává jak z náhrady mzdy (pokud již byla v daném roce uzákoněna), tak z nemocenské) je zkoumána kvůli názoru, že vysoká nemocnost může být spojena s vyšší dávkou. Lidé mohou dávky zneužívat, jelikož mzda získaná prací není o tolik vyšší než dávky získané „bez práce“ v nemoci.



Aby mohl autor přisuzovat odlišnou nemocnost v daných zemích různému uspořádání systémů, bere tento ukazatel možného zneužívání systému jako základní ke studiu a utvrzení se v tom, že pokud bude dávka přibližně ve stejné výši, pak může s větší jistotou hledat příčiny nemocnosti v samotných systémech.

- výše odvodu,

Pojištěnci odvádí část ze svých mezd jako pojistné na zdravotní (a nemocenské) pojištění. Pokud je odvedeno relativně vyšší pojistné, může to být spojeno jednak s vyšší hodnotou dávky (osoba sice více odvede, ale i více dostane), ale také s kvalitou poskytovaných služeb.

- výše administrativních nákladů.

Administrativní náklady jsou analyzovány z toho důvodu, že se (s největší pravděpodobností) budou lišit v případě, kdy nemocenské a zdravotní pojištění spravuje 1 instituce a kdy 2. Jsou tedy zásadní pro úvahu ohledně efektivity spojení dotčených systémů.

K analýze těchto ukazatelů autor používal maximální možné délky časového období. Ta se u jednotlivých ukazatelů lišila.

## **Průměrná délka 1 případu pracovní neschopnosti**

U průměrné délky 1 případu pracovní neschopnosti zvolil autor roky 2003 – 2013. Toto období bylo zvoleno kvůli tomu, že od roku 2003 byla v Estonské republice dostupná data, která umožnila tuto charakteristiku spočítat, a rok 2013 je rokem, který je prozatím posledním, kdy byla data k tomuto ukazateli zveřejněna.

Data v České republice obsahují přímo hledaný ukazatel, tedy průměrnou délku nemoci. V případě estonských dat ji bylo nutné vypočítat váženým průměrem, kdy váhu tvoří podíl počtu dané příčiny pracovní neschopnosti (např. nemoc nebo mateřství) a celkového počtu pracovních neschopností. Váhy byly násobeny průměrnou dobou trvání (např. nemoci nebo mateřství).

## **Počet prostonaných dní**

U počtu prostonaných dní bylo zvoleno období 2003 – 2014. Rok 2003 byl zvolen ze stejného důvodu jako u průměrné délky 1 případu pracovní neschopnosti a rok 2014 je prozatím posledním rokem, ve kterém je tento ukazatel evidován.

## **Výše peněžního příjmu v nemoci a odvodu**

Výše peněžního příjmu v nemoci i výše odvodu byla vypočítána z průměrné mzdy. U prvního ukazatele bylo zvoleno období 2007 – 2014, jelikož autor předpokládal, že toto období je dostatečně dlouhé na to, aby bylo možné poznat tendence.

U druhého ukazatele autor vybral období 2003 – 2014, jelikož v České republice měnili před rokem 2009 odvody a chtěl mít dostatečně dlouhé období před

tímto rokem k pozorování možných důsledků, kdy se na financování dočasně práce neschopných zaměstnanců podílel pouze stát.

### **Výpočet výše peněžního příjmu v nemoci**

Záměrem autora bylo „opsat“ realitu člověka s průměrnou mzdou, na jejímž cíli bylo zjištění, kolik dostane v případě krátkodobé nemoci od zaměstnavatele (náhrada mzdy) a od státu (nemocenská).

Peněžní příjem je postaven na předpokladu, že osoba onemocní 1. prosince a po celý měsíc prosinec bude dočasně práce neschopná. Předmětem zkoumání je výše dávky při krátkodobé nemoci.

Jelikož ve výpočtu peněžního příjmu v nemoci zřejmě budou rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, rozhodl se autor mít co nejpřesněji možná čísla.

„Síla“ tohoto ukazatele bude především při komparaci.

#### *Česká republika*

V letech 2007 a 2008 se vyplácí pouze nemocenské.

*2007:* nemocenské se počítá na základě mzdy ve 12 předcházejících měsících. Pro tento účel bylo počítáno s průměrnou mzdou roku předešlého (1 díl) a s průměrnou mzdou v daném roce (11 dílů). Následně byla výsledná částka vydělena počtem dní připadajícím na toto období, čímž bylo dosaženo částky denního vyměřovacího základu. Ten byl dále redukován dle zákona: do výše první redukční hranice připadalo 90 %, částka připadající mezi první a druhou redukční hranici bylo násobena sazbou 60 %. Z redukováného denního vyměřovacího základu (RDVZ) bylo počítáno nemocenské. V 1. a 3. dni se RDVZ násobil 25 %, od 4. dne 69 %. Posledním krokem výpočtu bylo sečtení dávek nemocenské v prvních 30 dnech.

*2008:* Postupovalo se totožně jako v případě roku 2007 až na 1 výjimku. V 1. a 3. dni se RDVZ násobil 60 % místo 25 %.

Od 1. ledna roku 2009 se na financování nemocných zaměstnanců začal podílet i zaměstnavatel. Proto musela být metodika výpočtu upravena. Pro všechny zbývající roky platí, že náhrada mzdy je vyplácena od 4. kalendářního dne, jelikož první 3 dny jsou karenční doba (doba bez nároku na dávku).

*2009, 2010 a 2014:* od 4. do 14. dne náleží nemocnému zaměstnanci náhrada mzdy. Ta se vypočte na základě mzdy ve 3 měsících předcházejících měsíci, ve kterém daná osoba onemocněla, tedy v období září, říjen, listopad. Průměrná mzda daného roku byla vynásobena 3, následně byla vydělena počtem odpracovaných hodin připadajícím na dané období (září – listopad jednotlivých let). Dále byla průměrná hodinová mzda zredukována 90 % a tato částka ještě jednou zredukována 60 %, čímž byla dosažena hodnota náhrady mzdy za 1 hodinu.

Zbývající období vyplácí stát nemocenskou. Základ pro výpočet je shodný s tím v roce 2007 a 2008, tedy předešlých 12 měsíců vydělených počtem dní v tomto období. Následuje redukce 90 % a 60 %.

Ke zjištění celkové výše dávky byla náhrada mzdy násobena součinem hodin a pracovních dní připadajících na prvních 14 kalendářních dní a přičtena

k nemocenské, která byla násobena kalendářními dny zbývajícími do konce prosince.

2011, 2012, 2013: výpočet probíhá totožně např. jako v roce 2009. Jediný rozdíl spočívá v tom, že náhrada mzdy byla vyplácena od 4. do 21. kalendářního dne (a nemocenské tím pádem od 22. kalendářního dne).

#### *Estonská republika*

Výpočet výše peněžního příjmu v Estonské republice probíhal za použití stejného předpokladu, tedy nemoci trvající v celém prosinci daného roku.

V letech 2007 a 2008 (i v první polovině roku 2009, ale to práci vzhledem k předpokladu nemoci v prosinci nepostihne) bylo vypláceno pouze nemocenské.

2007: nemocenské je vypočítáno na základě odvedené sociální daně v předešlém kalendářním roce. Protože sociální daň tvoří 33 % z hrubé mzdy, pak je onen základ vypočítán jako 33% z 12 násobku průměrné mzdy roku 2006. Následně je tato částka vynásobena 3, abychom zjistili celkovou (hrubou) mzdu v předešlém kalendářním roce. Dalším krokem ve výpočtu bylo vydělení počtem kalendářních dní v předešlém kalendářním roce, čímž byl získán ekvivalent českého denního vyměřovacího základu, jehož 80 % tvoří nemocenské. Krokem navíc oproti výpočtu v České republice je odpočet daně z příjmu, která v roce 2007 činila 22 %, z dávky. Finální fázi výpočtu bylo vynásobení výsledné částky číslem 30 (nemocenské bylo vypláceno od 2. dne nemoci).

2008: nemocenské je počítáno po vzoru roku 2007. Rozdíl je pouze ve vyšší sazbě daně z příjmu, která meziročně klesla o 1 procentní bod na 21 %.

Od 1. července 2009 začal v prvním období nemoci platit dávku i zaměstnavatel. Konkrétně šlo o období 4. – 8. kalendářní den (první 3 dny jsou karenční dobou).

2009 – 2014: Náhrada mzdy je vyplácena na základě mzdy v 6 měsících před měsícem, kdy osoba onemocní, tedy na základě mzdy v období červen až listopad. Mzda v 6 měsíců trvajícím období je rovna šestinásobku průměrné mzdy v daném roce. Následně je vydělena počtem dní připadajícím na toto období (183), vynásobena 70 %, je odečtena daň z příjmu (21 %) a výsledná částka představuje náhradu mzdy za den.

Od 9. dne platí nemocenskou stát. Výpočet je totožný s tím v roce 2008. Jediným rozdílem je, že dávka náleží ve výši 70 % (meziročně došlo k poklesu o 10 p. b.).

Za měsíc prosinec náleží nemocné osobě 3 dny bez dávky a dále za každý kalendářní den buď náhrada mzdy, anebo nemocenské. Tedy: 5 dní platba náhrady mzdy od zaměstnavatele a 23 dní státem vypláceno nemocenské.

Komparace výše peněžitého příjmu v kapitole 5 probíhá jak na základě porovnání výše nemocenské, tak na základě kombinace nemocenské a náhrady mzdy.

Jakmile je část nadepsána „výše peněžitého příjmu v nemoci“, jedná se i o náhradu mzdy. Pokud je nadepsána jako „výše dávky“, pak je počítáno pouze s nemocenskou.

Začleněním těchto ukazatelů chtěl autor rozlišit výši krátkodobé a dlouhodobé dávky (pokud počítá s náhradou mzdy, jedná se o krátkodobou pracovní neschopnost).

### **Výše administrativních nákladů**

U administrativních nákladů, které byly zvoleny podle metodiky Estonského fondu zdravotního pojištění a budou popsány níže, bylo zvoleno období 2007 – 2014. Rok 2007 je totiž tím prvním, kdy Estonský fond zdravotního pojištění začal samostatně evidovat administrativní náklady (ty se skládají z nákladů na chod kanceláří (náklady za telefon, náklady na tisk, náklady na internet), na opravu a údržbu místností (např. rekonstrukce), a vybavení místností (např. nábytek), na údržbu vozidel a z nákladů na obchodní cesty). Protože ale estonské náklady obsahují náklady za nemocenské i zdravotní pojištění, musel autor práce vymyslet postup, který by bylo možné použít i v České republice.

Rozhodl se sečíst:

1. odpovídající náklady ČSSZ (jejichž výpis autorovi poslala ředitelka ekonomického odboru ČSSZ (Matějková, 2016) a vynásobit je koeficientem rovnajícím se podílu počtu zaměstnanců věnujícím se nemocenskému pojištění a celkového počtu zaměstnanců ČSSZ (tento podíl v roce 2014 činil  $1658/8948 = \text{cca } 18,5 \%$  a opět byl zjištěn na základě dat od ředitelky ekonomického odboru ČSSZ (Matějková, 2016b)) a
2. administrativní náklady dle estonské metodiky u zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny však nemají podrobné informace, a tak se autor rozhodl postupovat následovně: provozní náklady zdravotních pojišťoven vynásobil průměrným podílem administrativních nákladů ČSSZ a provozních nákladů ČSSZ. Jinými slovy autor předpokládá, že poměr administrativních nákladů na provozních nákladech bude totožný jak u ČSSZ, tak u zdravotních pojišťoven.

Aby bylo umožněno mezinárodní srovnání, bylo nutné výše uvedené ukazatele, jejichž výstupy byly vyjádřeny v peněžních jednotkách, převést na stejnou měnu (autor zvolil Euro), přepočítat na obyvatele a případně ještě zohlednit různou úroveň mezd (např. pokud někde bude dávka 100 € a v druhé zemi ekvivalent této částky, neznamená to, že obyvatelé v obou zemích vnímají vyšší dávky (peněžního příjmu v nemoci) stejně, jelikož se liší výše průměrné mzdy).

Ukazatele, jejichž výstupy byly ve fyzických jednotkách (např. dny), stačilo přepočítat na obyvatele.

## 3 Česká republika

Česká republika je jednou ze zemí, kde jsou systémy financování dávek pro osoby, které jsou dočasně práce neschopné ze zdravotních důvodů, a financování zdravotní péče, odděleny. Prvně zmíněný systém se nazývá nemocenské pojištění, druhý (veřejné) zdravotní pojištění.

Oběma z těchto systémů se bude věnovat 1 podkapitola. Nejprve budou popsány dávky, které jsou vypláceny v případě dočasné pracovní neschopnosti, a způsob výpočtu těchto dávek. Následně budou vyjmenovány rysy systémů a na závěr kapitoly budou u každého státu zkoumány autorem vybrané ukazatele, které umožní komparaci mezi systémy.

### 3.1 Nemocenské pojištění

Nemocenské pojištění je v současné době (rok 2016) upraveno zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Počátek účinnosti se datuje k 1. lednu 2009, kdy byl nahrazen více než 50 let účinný zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců.

Nový zákona podle Příba (2009, s. 17) obsahuje komplexní úpravu nemocenského pojištění, tedy jednak oblast hmotněprávní (kdo je účastný nemocenského pojištění a na jaké dávky má nárok), ale také oblast organizační a procesní (jaké orgány jsou činné v nemocenském pojištění).

Nejvýraznější novinkou, kterou zákon přinesl, byla participace zaměstnavatele na financování nemocných zaměstnanců v prvním období nemoci (běžně od 4. do 14., v letech 2011-2013 od 4. do 21. kalendářního dne). Od 15., respektive 22. dne vyplácí nemocenskou stát - MPSV, při nemocích trvajících méně než 15 dní platí zaměstnavatel náhradu mzdy dle zákona č. 262/2006 Sb., Zákoníku práce (Daler, 2014).

Na nemocenské pojištění se odvádí v rámci pojistného na sociální zabezpečení podle §7 zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení. Mimo nemocenské pojištění je odváděno ještě na důchodové pojištění a státní politiku zaměstnanosti. Pokud je jako odvádějící osoba brán zaměstnavatel, pak se jedná o následující sazby:

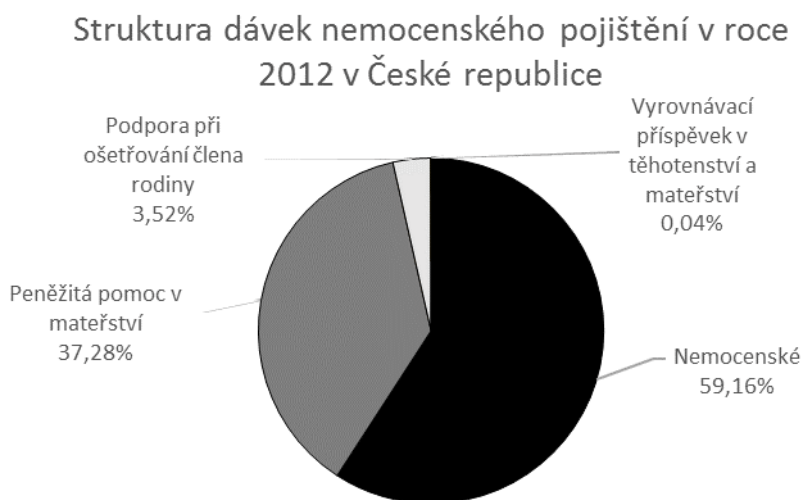
- 21,5 % na důchodové pojištění,
- 2,3 % na nemocenského pojištění,
- 1,2 % na státní politiku zaměstnanosti.

#### 3.1.1 Dávky nemocenského pojištění

Dávky dočasné pracovní neschopnosti jsou uvedeny v §4 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. Konkrétně se jedná o 4 dávky, které jsou (v případě, že je osoba nemocensky pojištěna) vypláceny na základě účasti v systému nemocenského pojištění. Jsou jimi:

- nemocenské,
- peněžitá pomoc v mateřství,
- podpora při ošetřování člena rodiny a
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

V roce 2012 se z nemocenského pojištění vyplatilo celkem 19,377 miliard Kč, z čehož 11,465 miliardy připadalo na nemocenskou, 7,224 na peněžitou pomoc v mateřství, 682 milionů Kč na podporu při ošetřování člena rodiny a 7 milionů Kč na vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství (MPSV, 2013). Skladba dávek je pro přehlednost prezentována v následujícím grafu:



Obr. 1 Struktura dávek nemocenského pojištění v České republice v roce 2012  
Zdroj: MPSV, 2013

Z výše uvedeného obrázku je patrné, že téměř 60 % je vypláceno na nemocenskou, která se společně s peněžitou pomocí v mateřství (37 %) podílí na 96 % všech dávek. Významnost podpory při ošetřování člena rodiny a vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství je marginální, a proto se těmito dávkami dále práce nebude zabývat.

## Výpočet dávek

Z metodiky výpočtu dávek, kterou uvádí MPSV (2013), vyplývá, že výpočet nemocenské i peněžitě pomoci v mateřství probíhá totožně, a to následovně:

1. výpočtem denního vyměřovacího základu (= podíl započitatelného příjmu a počtu dní v rozhodném roce),
2. redukcí takto vypočteného základu (existence 3 redukčních hranic, kdy s rostoucím příjmem je započítáno méně procent do základu pro výpočet dávky),

3. určením denní dávky (součin redukováného vyměřovacího základu a sazby připadající na dávku),
4. určením výše dávky (denní dávka krát počet dní pracovní neschopnosti (v případě nemocenské kalendářní dny, v případě náhrady mzdy dny pracovní).

Jediné dva rozdíly při výpočtu jsou:

1. procentuální sazba, která se započítává do první redukční hranice při redukcí denního vyměřovacího základu. Zatímco u peněžité pomoci v mateřství k redukcí nedochází, u nemocenského se započítá 90 %.
2. procentuální sazba použitá k určení výše samotné dávky. Peněžítá pomoc mateřství přísluší ve výši 70 %, nemocenské ve výši o 10 procentních bodů nižší.

Pokud jsou porovnány výše uvedená fakta s grafem struktury dávek (Obr. 1), je zřejmé, že pokud by byly dávky počítány se stejnými parametry, došlo by k poklesu poměru u peněžité pomoci v mateřství, zatímco poměr všech ostatních dávek by vzrostl.

### 3.1.2 Rysy systému nemocenského pojištění

Krebs (2007) tvrdí, že nemocenské pojištění České republiky je postaveno na následujících principech:

- všeobecnost pojištění,
- obligatornost pojištění,
- solidarita,
- obligatornost nároků.

Vzhledem k tomu, že v roce 2007, kdy Krebs publikoval výše citovanou knihu, ještě nebyl účinný nový zákon (č. 187/2006 Sb.), přidává autor následující rys, a to rozdělení financování mezi zaměstnavatele a stát (přesněji MPSV).

#### Všeobecnost pojištění

Pojištěnou osobou může být kdokoli. Pojištění není vázáno na výkon určitého povolání nebo na určitý věk (Krebs, 2007).

#### Obligatornost pojištění

Pojištění má nucenou povahu. Zákonem definované osoby musí platit pojistné. V roce 2016 činí pojistné 2,3 % (§7 zákona č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti) a platí jej zaměstnavatel (na základě příjmů zaměstnanců) a OSVČ (na základě částky, kterou si sama stanoví, ne však méně než 50 % základu daně dle §7 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů).

Mezi výše uvedenými plátcí je rozdíl, který spočívá v tom, že zaměstnanci se nemocenského pojištění účastní povinně (§5, písmeno a zákona č. 187/2006 Sb.),

zatímco OSVČ a zahraniční zaměstnanci dobrovolně (§5, písmeno b zákona č. 187/2006 Sb.). S povinností, respektive dobrovolností účasti souvisí i nárok na dávky. Zaměstnanci mají nárok na všechny benefity nabízené nemocenským pojištěním. OSVČ a zahraniční zaměstnanci, pakliže se rozhodnou účastnit nemocenského pojištění, mají nárok pouze na nemocenské (v prvním období dočasné pracovní neschopnosti nemají nárok na náhradu mzdy, jelikož nemají zaměstnavatele) a peněžitou pomoc v mateřství.

## **Solidarita**

V nemocenském pojištění jsou 2 typy solidarity. Jednak solidarita mezi zdravými a nemocnými a dále solidarita mezi osobami s nižšími a vyššími příjmy. Solidarita v nemocenském pojištění je zajištěna způsobem výpočtu dávek, kdy s rostoucím příjmem je započítáno méně procent do dávky.

Jinými slovy existují 3 redukční hranice, které redukuje denní vyměřovací základ. „Do částky první redukční hranice se počítá 90 %, z částky nad první redukční hranici do druhé redukční hranice se počítá 60 %, z částky nad druhou redukční hranici do třetí redukční hranice se počítá 30 % a k částce nad třetí redukční hranici se nepřihlíží.“ (§21 zákona č. 187/2006 Sb.)

## **Obligaturnost nároků**

Pod pojmem obligaturnost nároků se myslí, že nárok na dávku vzniká přímo ze zákona a nezáleží na vůli osoby, které dávka náleží.

## **Rozdělení financování mezi zaměstnavatele a stát**

Nejnovějším rysem je rozdělení financování nemocných zaměstnanců mezi zaměstnavatele a stát. Tento rys je součástí nemocenského pojištění od 1. ledna 2009, kdy začal být účinný zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění. V prvním období dočasné pracovní neschopnosti (v roce 2016 se jedná o 14 kalendářních dnů) platí zaměstnavatelé náhradu mzdy (na základě mzdy ve 3 předchozích měsících). Až při nemocích, které trvají déle než 14 dní, se začne o nemocné po finanční stránce „starat“ stát (konkrétně MPSV).

Výše byly představeny rysy systému nemocenského pojištění České republiky. Konkrétně se jednalo o všeobecnost a obligaturnost pojištění, obligaturnost nároků, solidaritu a rozdělení financování mezi zaměstnavatele a stát.

V následující části budou vypsány rysy zdravotního pojištění České republiky.

## **3.2 Zdravotní pojištění**

Zdravotní pojištění je upraveno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Platba pojistného na zdravotní pojištění je upravena zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.



§2 druhého zmíněného zákona uvádí sazbu pojistného, která je ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu (o konkrétních vyměřovacích základech je detailně pojednáno níže v části státní garance).

### 3.2.1 Rysy systému zdravotního pojištění

Rysy zdravotního pojištění je možné najít mezi řádky zákona č. 48/1997 Sb. a jedná se o následující:

- obligatornost pojištění,
- státní garance,
- solidarita.

Tyto rysy mohou být dále doplněny o další dva (Durdisová, 2005):

- neexistence vazby mezi zdravotním stavem a výškou pojistného,
- čerpání péče nikoli podle rozpočtového omezení, ale dle objektivní potřeby a zdravotní stavu.

Níže budou uvedené rysy popsány detailněji.

#### Obligatornost pojištění

Zdravotní pojištění je povinné pro osoby uvedené v §2 zákona č. 48/1997 Sb. Jedná se o:

1. osoby s trvalým pobytem na území České republiky,
2. osoby, které nemají trvalý pobyt na území České republiky, ale jsou zaměstnání u zaměstnavatele, který má trvalý pobyt nebo sídlo na území České republiky.

Pokud je porovnána účast na zdravotním pojištění s účastí na pojištění nemocenském, jsou na první pohled patrné rozdíly. Zatímco v případě nemocenského pojištění je účast podmíněna výkonem výdělečné činnosti, v případě zdravotního pojištění postačuje místo trvalého pobytu osoby, respektive místo trvalého pobytu zaměstnavatele. Z toho vyplývá, že zdravotní pojištění má pokryto více obyvatel než pojištění nemocenské.

Každý český pojištěnec má nárok na výběr 1 ze 7 zdravotních pojišťoven (MZ, 2014), která následně přijímá pojistné od svých pojištěnců a po procesu přerozdělování (detailněji níže v části solidarita) i pojistné náležitosti jim za státní pojištěnce (§8 zákona č. 48/1997 Sb.). Zdravotní pojišťovny jsou povinny „zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů.“ (§46 zákona č. 48/1997 Sb.).

Durdisová (2005) tento rys uvádí pod názvem volný přístup do systému.

## Státní garance

Pod pojmem státní garance se skrývá stát jako garant platby pojistného zdravotního pojištění za osoby, které z různých důvodů nemohou sami odvádět nebo by to pro ně bylo finančně tak náročné, že by žili pod důstojnou úrovní. Zákon uvádí 3 plátce pojistného na zdravotní pojištění (§4 zákona č. 48/1997 Sb.):

- pojištěnce uvedené v §5
  - zaměstnanci (osoby, kterým plyne příjem ze závislé činnosti),
  - OSVČ,
  - pojištěnci, kteří mají trvalý pobyt na území České republiky, nespádají pod zaměstnance ani OSVČ a neodvádí za ně pojistné stát,
- zaměstnavatele,
- stát.

Výše byli uvedeni 3 plátcí zdravotního pojištění. Nyní bude pojednáno o 4 skupinách pojištěných osob. Jedná se o:

- zaměstnance,
- OSVČ,
- osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP) a
- státní pojištěnce.

3 nejvýznamnější skupiny státních pojištěnců jsou (v závorkách je uvedeno procentní zastoupení této skupiny z celkového počtu státních pojištěnců v roce 2012) důchodci (46,15 %), nezaopatřené děti (37,66 %) či nezaměstnaní (9,01 %). Více než polovina pojištěnců byla pojištěna státem (ÚZIS, 2013).

Na základě statistik, které eviduje ÚZIS (2012), nejvíce do systému přispívali zaměstnanci, následováni státem a OSVČ. Stát odvedl zhruba 25 % z celkově odvedeného pojistného. Pozorným čtenářům jistě neušla skutečnost, že stát za velkou skupinu (více než 50 % všech pojištěných) odvádí méně (25 % celkového pojistného). Schodek, který vzniká kvůli financování státu, pokrývá skupina (solidárních) pracujících.

Právě platba za státní pojištěnce je častým tématem diskuzí a o správnou výši se přou i ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček a ministr financí Andrej Babiš. První jmenovaný by rád získal zdroje k růstu plateb za státní pojištěnce. Babiš však odmítá, jelikož si myslí, že by to nevedlo k vyřešení současných problémů českého zdravotnictví (ČTK, 2016).

Každá skupina pojištěnců má jiný vyměřovací základ pro výpočet pojistného. Státní pojištěnci mají vyměřovací základ stanovený nařízením a je v nejmenší absolutní výši.

Vyměřovací základ zaměstnanců je úhrn příjmů ze závislé činnosti a musí být vyšší než minimální mzda (zákon č. 48/1997 Sb.). Za zaměstnance odvádí zaměstnavatel (1/3 je strhnutá zaměstnancům ze mzdy a 2/3 platí zaměstnavatel), OSVČ i

OBZP odvádí sama za sebe a za státní pojištěnce, jak bylo napsáno výše, garantuje platbu pojistného stát.

V níže uvedené tabulce (Tab. 1) jsou uvedeny rozdíly mezi pojištěnými osobami, a to v roce 2013. Autor do porovnání vstupoval se záměrem, aby mohl být porovnán i průměrný odvod jednotlivých skupin pojištěnců. Protože nenašel aktuálnější data než z roku 2013, jsou poslední 3 sloupce v tabulce právě z tohoto roku.

Tab. 1 Základ pro výpočet pojistného na zdravotní pojištění

Pojištěná osoba	Vyměřovací základ	Minimální vyměřovací základ	Minimální vyměřovací základ [Kč]	Minimální měsíční odvod [Kč]	Průměrný odvod pojištěnce VZP [Kč]
Zaměstnanec	Úhrn příjmů ze závislé činnosti	Minimální mzda	8000/8500	1080/1148	3120
OSVČ	50 % příjmů po odpočtu výdajů	50 % průměrné mzdy	12942	1748	1843
OBZP	Minimální mzda	Minimální mzda	8000/8500	1080/1148	1109
Státní pojištěnec	Stanoven nařízením	Stanoven nařízením	5355/5829	723/787	734

Zdroj: zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění; Asociace malých a středních podniků a OSVČ ČR, 2015

Poznámka: Data v posledních 3 sloupcích jsou z roku 2013.

## Solidarita

MZ spatřuje solidaritu ve zdravotním pojištění jednak jako solidaritu mezi zdravými a nemocnými, ale také jako solidaritu mezi ekonomicky aktivními a neaktivními osobami, respektive mezi osobami vysoko příjmovými a nízko příjmovými.

Pojištěné osoby (kromě státních) odvádí pojistné na účet zdravotní pojišťovny. Následně je na řadě potřeba přerozdělit pojistné. Právě proces přerozdělení odstartuje solidaritu mezi lidmi, kteří do systému odvádí z vlastní kapsy a mezi lidmi, za které je plátcem pojistného stát. Díky procesu přerozdělování ekonomicky aktivní osoby nepřímo platí zdravotní péči osobám ekonomicky neaktivním, jejichž většinu tvoří právě pojištěnci státu.

Proces získání platby, respektive odvodu pojistného za státní pojištěnce je popsán v zákoně č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. §21 ukládá povinnost zdravotním pojišťovnám, která spočívá v tom, že musí státu sdělit počet pojištěnců spadajících do kategorie státní pojištěnec. Další povinností pojišťoven je, že musí sdělit částku, kterou vybrali na pojistném. Na základě těchto

informací provede stát platbu na zvláštní účet vedený u Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP).

Následně se pojistné přerozděluje. Částka, která pojišťovnám náleží, je součinem dvou proměnných:

- počtu standardizovaných pojištěnců zdravotní pojišťovny (součin součtu pojištěnců v jednotlivých skupinách podle věku a pohlaví a nákladového indexu dané skupiny), a
- podílu na standardizovaného pojištěnce, který je stanoven jako podíl součtu „pojistného vybraného všemi zdravotními pojišťovnami, celkové platby státu“ za státní pojištěnce, „penále, pokut a jiných plnění“, které jsou příjmem zvláštního účtu, „úroků vzniklých na zvláštním účtu, snížený o poplatky za účetní operace a za vedení zvláštního účtu, a počtu standardizovaných pojištěnců všech zdravotních pojišťoven.“ (§20, odstavec 4 zákona č. 592/1992 Sb.)

Pokud je výsledná částka nižší než vybrané pojistné, musí pojišťovna odvést přebytečné prostředky na zvláštní účet VZP. Pokud je výsledná částka vyšší než vybrané pojistné, pak musí správce účtu VZP připsat dané pojišťovně chybějící prostředky.

### **Neexistence vazby mezi zdravotním stavem a výškou pojistného**

Tento rys bude vysvětlen na jednoduchém příkladu. Necht' si čtenář představit, že existují 2 osoby, které v případě, že jsou zdravé, vydělávají stejné peníze. Jenže skutečnost je taková, že první z osob je zdravá a druhá dlouhodobě nemocná. Pojistné se odvádí podle výše výdělku, ale ze systému čerpají obě osoby dle potřeby. V tomto případě první osoba odvádí do systému více prostředků (protože pracuje) a zároveň využívá méně zdravotních služeb, zatímco osoba druhá (nemocná) pojistné neodvádí (pobírá nemocenskou, ze které se pojistné neplatí) a služby čerpá více než osoba první.

To je základním rozdílem mezi veřejným a soukromým pojištěním, jelikož u soukromého pojištění je výše pojistného závislá na věku, zdravotním stavu apod. Pokud by se výše uvedené osoby pojišťovali soukromě, druhá by zaplatila vyšší pojistné.

### **Čerpání zdravotní péče nikoli podle rozpočtového omezení, ale dle objektivní potřeby a zdravotního stavu**

Pokud osoba vyžaduje zdravotní péči, musí jí být poskytnuta bez ohledu na rozpočtové omezení. Pro zdraví člověka musí být uděláno cokoli a na výdaje (respektive na to, jestli daná osoba odvedla tolik prostředků, kolik potřebuje) by se při tom neměl brát žádný ohled.

Výše byly představeny rysy českého zdravotního systému. Mezi ty nejdůležitější (a nejznámější) patří obligatornost pojištění, solidarita, státní garance, neexistence

vazby mezi zdravotním stavem a výškou pojistného a čerpání zdravotní péče podle potřeb nikoli podle rozpočtového omezení.

V následující části bude nemocenský a zdravotní systém České republiky popsán na základě autorem vybraných ukazatelů, které by později při komparaci s oddělenými systémy měly vést ke zjištění výhod a nevýhod oddělených systémů.

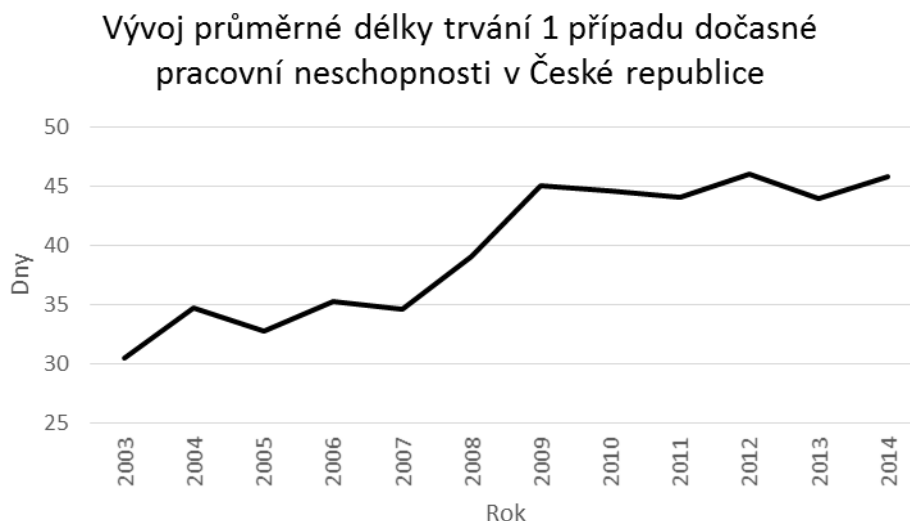
### 3.3 Popis systémů na základě ukazatelů

Jak bylo napsáno v kapitole 2.1 věnované metodice, systémy obou států budou charakterizovány na základě stejných ukazatelů. Konkrétně se jedná o:

- průměrnou délku trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti,
- vývoj celkového počtu prostonaných dní,
- výši odvodů na nemocenské a zdravotní pojištění,
- výši peněžního příjmu v nemoci při výdělku rovnajícimu se průměrné mzdě,
- výši administrativních nákladů institucí starajících se o nemocenské a zdravotní pojištění (v případě České republiky ČSSZ a zdravotních pojišťoven).

#### Průměrná délka trvání jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti

Následující graf prezentuje vývoj průměrné doby trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti. Vyjadřuje tedy průměrnou dobu „uzdravení“, jelikož měří dobu od doby, kdy je osoba lékařem uznána za nemocnou, do doby, kdy se pojištěná osoba vrací do práce.



Obr. 2 Vývoj průměrné délky trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti v České republice

Zdroj: CZSO, 2015

Z grafu je patrný rostoucí trend mezi lety 2003 až 2009, přičemž největší meziroční růst zaznamenala v roce 2004, 2008 a 2009. Od roku 2009 však došlo ke stagnaci, kdy se délka trvání dočasné pracovní neschopnosti, udržuje přibližně na hodnotě 45 dní. Důvodem, proč roste průměrná délka trvání, je fakt, že počet krátkodobých nemocí klesá, zatímco dlouhodobé nemoci zůstávají ve stejném počtu (MPSV, 2013).

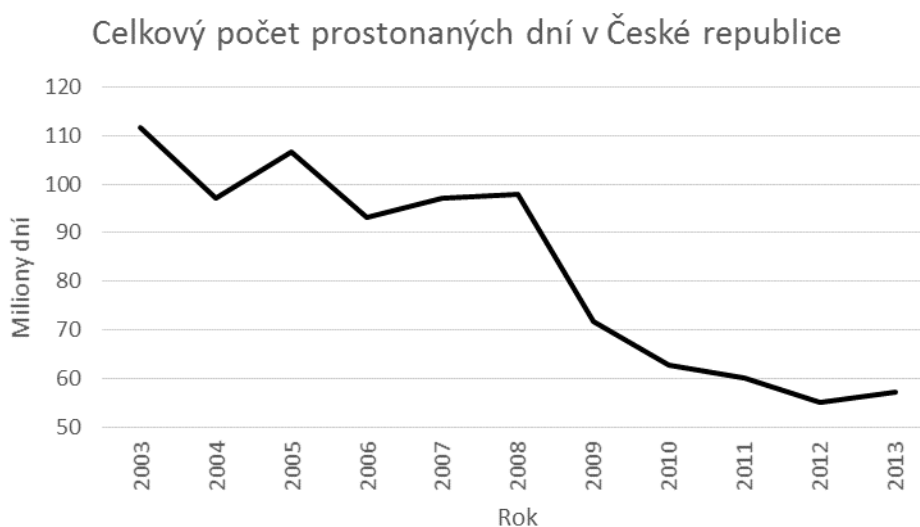
Autor práce se domnívá, že za výrazným meziročním růstem v letech 2008 a 2009 může stát i zavedení karenční doby, kdy lidé chtějí doléčit nemoci do úplného uzdravení a nechtějí riskovat, že se vrátí do práce dříve, ale za to brzy opět odejdou, protože nebudou doléčení, a budou první 3 dny bez jakéhokoli příjmu.

Druhým možným vysvětlením je i fakt, že pro osoby zneužívající systém nemocenského pojištění přestalo být tak výhodné být krátkodobě nemocný.

V roce 2009 – 2014 se průměrná délka ustálila přibližně na čísle 45. Průměrně tedy osoba stráví u jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti 45 dní. Pokud by byla nemocná, náležel by jí 11 dní nárok na náhradu mzdy a 31 dní nemocenské.

### Vývoj celkového počtu dní v pracovní neschopnosti

Druhý ukazatel, který bude zkoumán, představuje celkový počet dní, kdy osoby nemohly pracovat z důvodu dočasné pracovní neschopnosti.



Obr. 3 Celkový počet prostonaných dní v České republice

Zdroj: ÚZIS, 2005; ÚZIS, 2007; ÚZIS, 2008; ÚZIS, 2009; ÚZIS, 2010; ÚZIS, 2011; ÚZIS, 2012; ÚZIS, 2013b; ČSSZ, 2014; ČSSZ, 2015

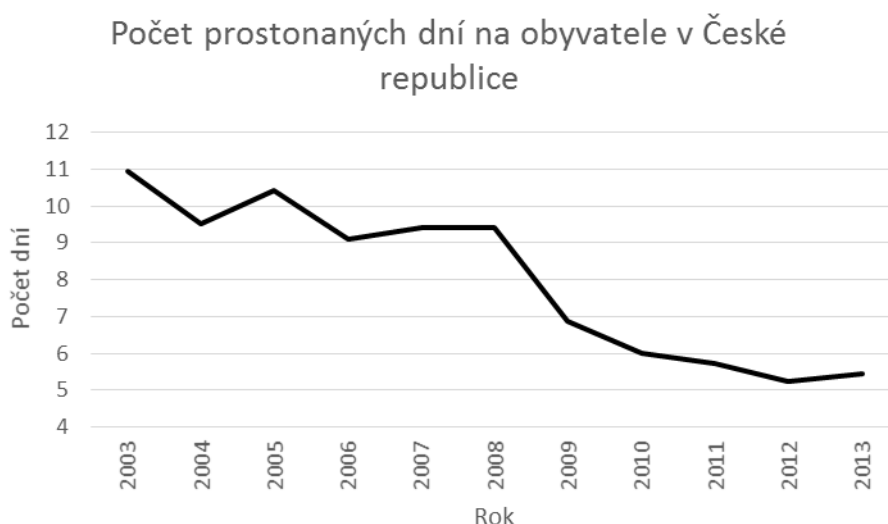
U celkového počtu prostonaných dní (Obr. 3) je vidět klesající trend, a to především od roku 2008. Zatímco v roce 2003 byl počet prostonaných dní ve výši 111 milionů dní, v roce 2014 činil „pouze“ 57 milionů, což znamená pokles o 49 %.

Největší zlom v grafu nastal z roku 2008 na rok 2009, kdy došlo k meziročnímu poklesu o více než 26 milionů dní. Příčina je zjevná. Je jí nahrazení

starého zákona novým. Byla zavedena karenční doba, klesla výše dávky nemocenské (meziročně o 9 p. b.).

Nyní bude vzata v úvahu kombinace dvou výše uvedených grafů, tedy toho s průměrnou dobou trvání dočasné pracovní neschopnosti (Obr. 2) a toho s celkovým počtem prostonaných dní (Obr. 3). K roku 2009 došlo k zastavení růstu průměrné doby trvání neschopnosti a ustálení na hodnotě 45 dní. Naproti tomu celkový počet prostonaných dní klesl. Na jedné straně tedy je vysoká průměrná doba trvání nemoci, ale na druhou stranu klesá počet celkových dní, kdy osoba není schopna pracovat. To znamená, že v České republice výrazně ubylo počtu případů pracovní neschopnosti. Stát vyplácí méně na dávkách, a to i kvůli tomu, že 2 (respektive 3) týdny platí dočasně práce neschopným zaměstnancům zaměstnavatel náhradu mzdy.

Aby bylo možné následně tento ukazatel komparovat, je nutné přepočíst absolutní ukazatel na ukazatel relativní. K tomuto účelu autor vydělil celkový počet dní počtem obyvatel. Počet dní připadajících na 1 obyvatele prezentuje následující graf:



Obr. 4 Počet prostonaných dní na obyvatele v České republice

Zdroj: ÚZIS, 2005; ÚZIS, 2007; ÚZIS, 2008; ÚZIS, 2009; ÚZIS, 2010; ÚZIS, 2011; ÚZIS, 2012; ÚZIS, 2013b; ČSSZ, 2014; ČSSZ, 2015; Světová banka, 2016

Z grafu je patrné, že počátkem účinnosti zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, došlo k výraznému poklesu počtu prostonaných dní na obyvatele, který se snížil zhruba o 30 % oproti stavu před tím, než zákon začal být účinný.

V roce 2013 byl průměrný český obyvatele dočasně práce neschopný 5,47 dní, což oproti roku 2008 (kdy ještě nemocenské pojištění nebylo upraveno zákonem č. 187/2006 Sb.) představuje 42% pokles.

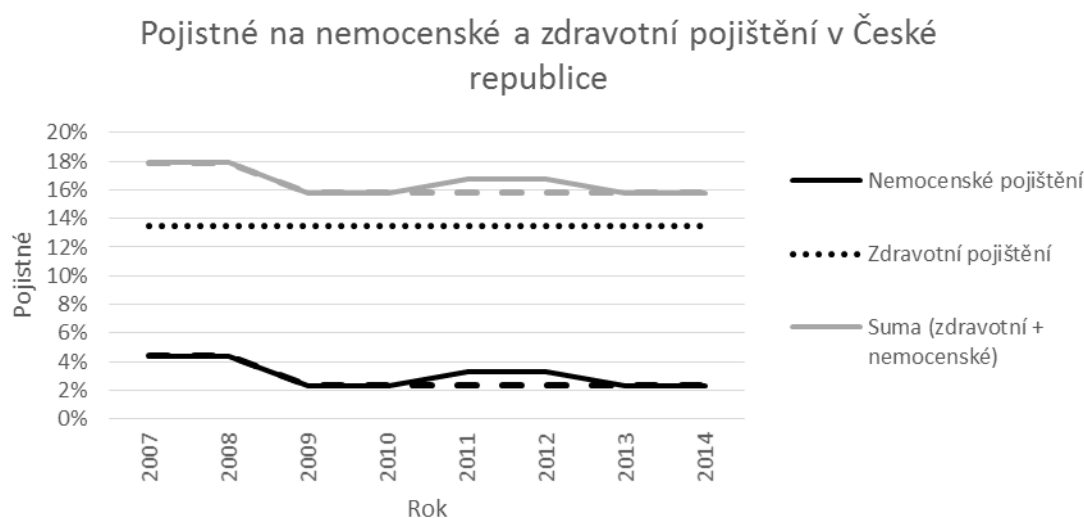
Kombinací výše uvedených grafů (Obr. 2 a Obr. 4) a komentářů k nim lze vyvodit, že zdravotním pojišťovnám by v posledních letech (od roku 2010) měly klesat náklady na zdravotní péči, jelikož na jedné straně klesá počet celkových prostonaných dní, ale na straně druhé je zachována průměrná délka trvání 1 případu

dočasné pracovní neschopnosti. Jak bylo psáno výše, je to kvůli tomu, že ubývají krátkodobé nemoci, zatímco dlouhodobé zůstávají nezměněny.

### Výše odvodů na nemocenské a zdravotní pojištění

Jak již bylo psáno výše, v České republice se odvádí zvlášť na nemocenské a zdravotní pojištění. Na nemocenské pojištění odvádí zaměstnavatelé, a to 2,3 % (rok 2016) z objemu hrubých mezd svých zaměstnanců. Na zdravotní pojištění odvádí zaměstnavatel i zaměstnanci, a to dohromady 13,5 % z hrubých mezd.

Následující graf prezentuje sazbu pojistného na nemocenské a zdravotní pojištění v letech 2007 až 2014.



Obr. 5 Pojistné na nemocenské a zdravotní pojištění v České republice

Zdroj: zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení; zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění

Poznámka: V letech 2009 a 2010 bylo odvedené pojistné ve skutečnosti nižší, protože subjekty mohly odečítat polovinu částky poskytnutou na náhrady mzdy. V letech 2011 a 2012 bylo na výběr, jestli si podnikatelský subjekt odečte polovinu částky na náhrady mzdy, ale odvede vyšší pojistné (3,3 %), nebo jestli si subjekt neodečte polovinu částky na náhrady mzdy, ale odvede nižší pojistné (2,3 %).

Oproti roku 2007 a 2008 došlo u zaměstnavatelů k relativnímu poklesu odvodů do státního rozpočtu (kvůli poklesu sazby na nemocenské pojištění z 3,3 % na 2,3 %). V následujících letech se procentní sazba upravovala především ve vztahu k možnosti odpočtu poloviny částky vyplacené zaměstnancům jako náhrada mzdy. Od roku 2014 je sazba ve výši 2,30 % a subjektům nejsou umožněny žádné odpočty (zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení).

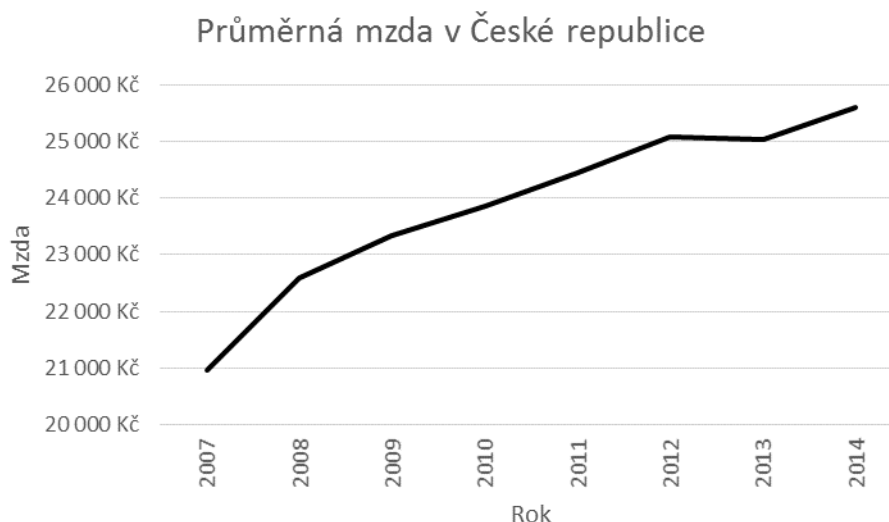
Pokles sazby byl důsledkem skutečnosti, že subjektům od roku 2009 vznikl nový náklad – již několikrát zmiňovaná náhrada mzdy. Konečný dopad na náklady související s nemocenským pojištěním je ovšem sporný. Autor zastává názor, že některým subjektům náklady vzrostly, některým klesly.



Výše byly uvedeny změny u odvodů na nemocenské pojištění, Nyní budou popsány odvody na zdravotní pojištění, kde však ke změnám nedošlo.

V další části práce se autor pokusí vyčíslit odvody i dávky v peněžních jednotkách. Postupy pro výpočet jsou uvedeny v 2.1. kapitole (Metodika). Jako základ, ze kterého výpočty vychází, je použita průměrná mzda čerpaná z Českého statistického úřadu (CZSO, 2016), z níž jsou placeny odvody, ale zároveň je i základem pro výši dávky, kterou subjekt obdrží v případě dočasné pracovní neschopnosti.

Vývoj průměrné mzdy v České republice ukazuje následující graf:



Obr. 6 Vývoj průměrné mzdy v České republice

Zdroj: CZSO, 2016

Průměrná mzda v České republice až na rok 2013 zaznamenává meziroční nominální růst. Vzhledem ke skutečnostem, které uvádí graf s odvody pojistného (Obr. 5), by mělo v roce 2007 a 2008 dojít k růstu odvodů, v roce 2009 k poklesu (způsobeno poklesem sazby pojistného na nemocenské pojištění, musí však být dodržen předpoklad, že pokles sazby překoná růst nominální mzdy) a následně k meziročním růstům na základě růstu průměrné mzdy (opět s výjimkou roku 2013).

Další graf (Obr. 7) prezentuje absolutní výši odvodů, která byla počítána jako součin průměrné mzdy a sumy sazeb pojistného.



Obr. 7 Odvod zaměstnavatele a zaměstnance z průměrné mzdy v České republice

Zdroj: CZSO, 2016; zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení

Poznámka: v letech 2011 a 2012 bylo počítáno s tím, že se subjekt rozhodl pro sazbu 2,3 %.

Kalkulovaný odvod zaměstnavatele na nemocenské pojištění vypočítávaný z průměrné mzdy se od roku 2009 pohybuje v intervalu 530 až 589 Kč. Odvody zaměstnavatele a zaměstnance na zdravotní pojištění od roku 2009 zaznamenávají výraznější absolutní růst, jelikož je na něj odváděno více procent než na nemocenské pojištění, a proto více „pohltní“ růst průměrné mzdy.

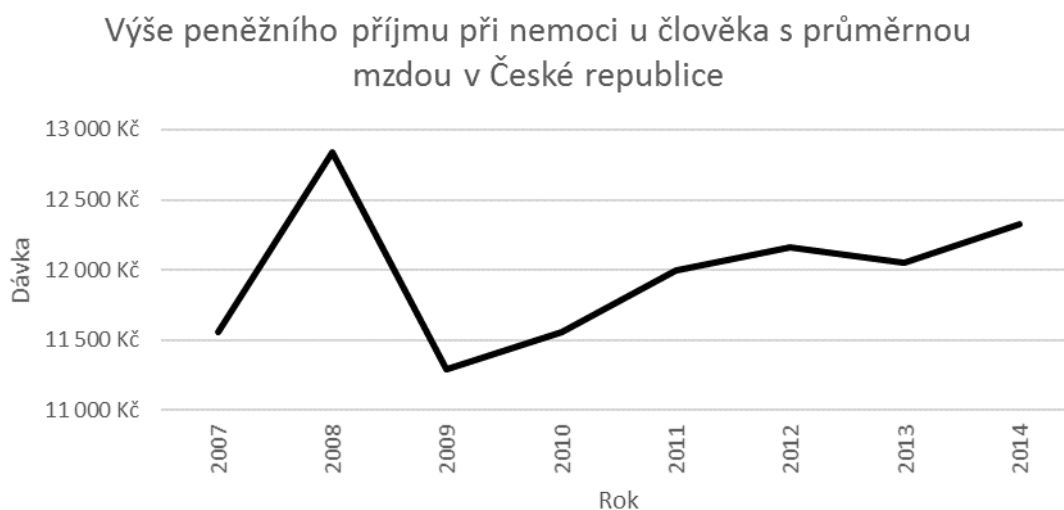
V roce 2014 činil odvod na nemocenské pojištění 589 Kč a na zdravotní pojištění 3457 Kč, což v součtu činí 4046 Kč, tedy 15,8 % průměrné mzdy (2,3 + 13,5).

### Výše peněžního příjmu v nemoci

V této části práce bude vypočítána výše peněžitého příjmu u nemocného člověka, která vydělává průměrnou mzdu a prostoná celý měsíc prosinec. Jedná se tedy o krátkodobou nemoc.

Konkrétní kroky výpočtu byly popsány v kapitole 2.1 (Metodika). Pod dávkou se skrývá jak nemocenská, tak náhrada mzdy.

První graf této části (Obr. 8) prezentuje výši peněžního příjmu v nemoci v letech 2007 až 2014.



Obr. 8 Výše peněžního příjmu v nemoci při průměrné mzdě v České republice

Zdroj: CZSO, 2016; MPSV, 2013; MPSV, 2015

Poznámka: V letech 2007 a 2008 sestává peněžní příjem pouze z nemocenské. Od roku 2009 i z náhrady mzdy.

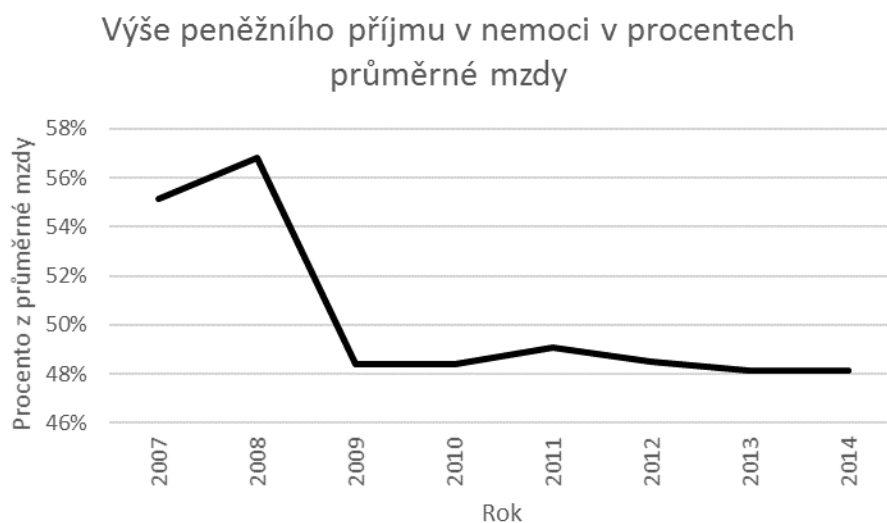
Zatímco v letech 2007 a 2008 náleželo zaměstnanci pouze nemocenské, od roku 2009 mu v prvních 14 dnech (přesněji od 4. do 14. kalendářního dne; v letech 2011 až 2013 do 21. dne) nemoci připadá nárok na náhradu mzdy a v případě, že nemoc trvá déle, tak od 15. (21.) dne i na nemocenskou.

V roce 2008 byl peněžní příjem v nemoci vyšší, protože došlo k meziročnímu růstu mzdy o 7,8 % a navíc v prvních 3 dnech nenáležela dávka ve výši 25 %, jak tomu bylo v roce 2007, ale ve výši 60 %. Díky tomu zaměstnanec v prvních 3 dnech dostal cca o 700 Kč více.

Výrazný pokles peněžního příjmu v nemoci v roce 2009 je zapříčiněn důvody, které již byly v této práci popsány – karenční doba, pokles sazby nemocenské.

Roky 2011 až 2013 zaznamenaly růst výše peněžního příjmu, protože náhrada mzdy, která je vyšší než nemocenské, byla vyplácena v prvních 21 dnech. Proto je poněkud paradoxní, že v roce 2014, kdy se nemocenské začalo vyplácet od 15. dne, došlo k absolutnímu růstu výše peněžního příjmu v nemoci. Růst peněžního příjmu v nemoci byl přibližně ve stejné výši jako růst průměrné mzdy (cca 2,2 %).

Dá se konstatovat, že výše peněžního příjmu v nemoci od roku 2009 většinou roste. Jak si ale stojí v porovnání s růstem průměrné mzdy? Je poměr stále stejný? Odpověď na tyto otázky nalezneme v následujícím grafu.



Obr. 9 Výše peněžního příjmu v nemoci v procentech průměrné mzdy

Zdroj: CZSO, 2016; MPSV, 2013; MPSV, 2015

Poznámka: V letech 2007 a 2008 sestává peněžní příjem pouze z nemocenské. Od roku 2009 i z náhrady mzdy.

Z grafu absolutní výše peněžního příjmu v nemoci (Obr. 9) je zřejmé, že výše dávky při 30denní pracovní neschopnosti roste. Pokud je ale terčem zkoumání poměr dávky k průměrné mzdě, je patrné, že od roku 2009 došlo k výraznému poklesu a k ustálení přibližně na 48 %.

V letech 2007 a 2008 byla výše peněžního příjmu v nemoci pro zaměstnance přívětivější, jelikož (jak již bylo psáno výše) v prvních 3 dnech nebyly v nulové výši (jinými slovy neexistovala karenční doba) a nemocenská byla poskytována ve výši 69 % (a nikoli ve výši 60 % jako tomu je od roku 2009).

### **Výše administrativních nákladů institucí starající se o nemocenské a zdravotní pojištění**

V České republice se o nemocenské pojištění stará ČSSZ a o zdravotní pojištění pojišťovny. Aby autor mohl přijít na celkovou výši administrativních nákladů, musel sečíst administrativní náklady u těchto institucí. Metodika výpočtu je uvedena v kapitole 2.



Obr. 10 Výše administrativních nákladů institucí spravující nemocenského a zdravotního pojištění v České republice

Zdroj: Matějková, 2016; Matějková, 2016b; Parlament České republiky, 2009; Parlament České republiky, 2010; Parlament České republiky, 2011; Vláda České republiky, 2012; Vláda České republiky, 2013; Vláda České republiky, 2014; Parlament České republiky, 2015

Z grafu je patrné, že administrativní náklady nejsou stabilní veličinou. Výrazný nárůst zaznamenávají především v roce 2009 a 2010 – to je zapříčiněno nárůstem provozních nákladů zdravotních pojišťoven, z nichž jsou počítány administrativní náklady. V roce 2010 je to kombinace tohoto faktoru a nárůstu položky „služby pošt“ u ČSSZ.

Pokles v roce 2013 a 2014 je naopak spojen s poklesem provozních nákladů zdravotních pojišťoven (z roku 2012 na rok 2013 o více než 38 milionů Kč).

Administrativní náklady se v posledních dvou zkoumaných letech dostávají dokonce níže než v letech 2007 a 2008. Na administrativních nákladech z let 2009 – 2012 se podepsaly vysoké provozní náklady zdravotních pojišťoven.

V kapitole 3.3 byl popsán nemocenský a zdravotní systém České republiky. Bylo zjištěno, že počet prostonaných dní na obyvatele klesá, avšak délka průměrné pracovní neschopnosti od roku 2009 stagnuje. Za tento vývoj ukazatelů může skutečnost, že počet krátkodobých nemocí klesá, zatímco počet dlouhodobých zůstává ve stejném poměru. Může však být deklarováno, že ubývá počtu dočasných pracovních neschopností, což je jednoznačně pozitivní, protože osoby podávají výkon a jsou za to patřičně odměněny. Díky vyššímu příjmu (bylo zjištěno, že peněžní příjem v nemoci od roku 2009 dosahuje zhruba 48 % průměrné mzdy) mohou více spotřebovávat a přispívat tak k růstu hrubého domácího produktu.

Posledním zkoumaným ukazatelem byly administrativní náklady ČSSZ a zdravotních pojišťoven. Ty byly identifikovány jako značně nestabilní veličina. O jejich výši bude moci být více řečeno až při komparaci s estonským systémem.

## 4 Estonská republika

V Estonské republice již od roku 1991, kdy vznikla tato republika, existuje pouze systém zdravotního pojištění (The Republic of Estonia Health Insurance Act, 1992). Estonská republika je tedy zástupcem státu, kde nemocenské pojištění spadá pod pojištění zdravotní. Jinými slovy dávky v případě dočasné pracovní neschopnosti jsou vypláceny zdravotní pojišťovnou.

Dalšími státy, kde jsou systémy sloučeny, jsou například Německá spolková republika (Busse, Blümmel, 2014) nebo Chorvatská republika (Džakula, Sagan, Pavič a kol., 2014).

### 4.1 Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění je v Estonské republice upraveno zákonem o zdravotním pojištění z roku 2002 (Health Insurance Act, 2016). Platbu pojistného na zdravotní pojištění upravuje zákon o sociální dani (Social Tax Act, 2016), který zahrnuje ještě platbu pojistného na důchodové pojištění.

#### 4.1.1 Dávky systému zdravotního pojištění

Dávky estonského fondu zdravotního pojištění mohou být rozděleny do 2 skupin:

- věcné benefity (in-kind benefits),
- peněžní benefity.

Do první skupiny benefitů patří zdravotní služby sloužící k prevenci, léčbě nemocí. Dále představuje léčivé výrobky nebo léčivé přístroje. Do druhé skupiny spadají benefity při dočasné pracovní neschopnosti (Health Insurance Act, 2016).

Vzhledem k tomu, že práce se zabývá pouze benefity v nemocenském pojištění, autor bude v další části práce pracovat pouze s peněžními benefity náležitými pojištěncům v dočasné pracovní neschopnosti (tedy těmi ve výčtu druhými uvedenými), jež jsou uvedeny v §50 zákona o zdravotním pojištění (z důvodu větší přehlednosti a srovnatelnosti nazval autor dávky sloužící ke stejným účelům tak, jak jsou pojmenovány v české legislativě):

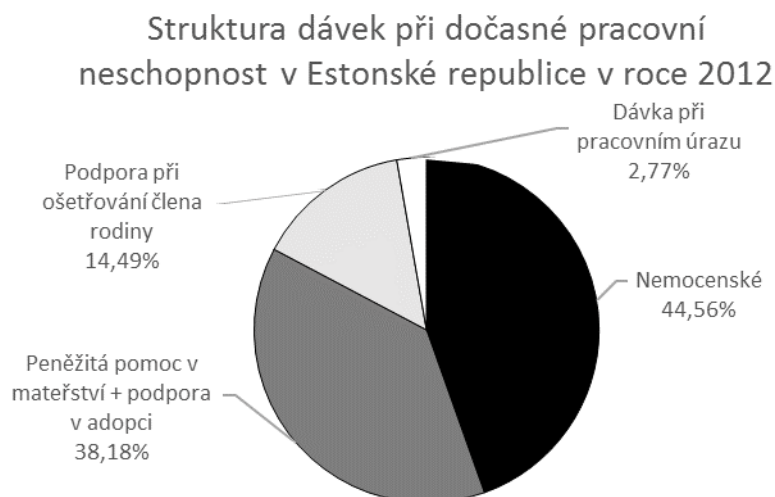
- nemocenské,  
Od 1. července 2009 byla zavedena 3 denní karenční doba následovaná 5 dny, kdy dávku platí zaměstnavatel. Fond zdravotního pojištění platí nemocenskou až od 9. kalendářního dne nemoci (§56 Health Insurance Act, 2016).  
Do 30. června 2009 nebyl zaměstnavatel do systému placení dávek v případě nemoci zaměstnance zainteresován. Byla jednodenní karenční doba a od druhého dne vyplácel Estonský fond zdravotního pojištění nemocenskou (Health Insurance Act, 2009).
- peněžní pomoc v mateřství,

- podpora při adopci,
- podpora při ošetřování člena rodiny

Ve statistikách estonského statistického úřadu je brána v potaz ještě dávka při pracovním úrazu. Jedná se o tu samou dávku jako nemocenské. Jediný rozdíl je v tom, že při pracovním incidentu odpadá zaměstnanci karenční doba a platba náhrady mzdy zaměstnavatelem. Dávku vyplácí od prvního dne Estonský fond zdravotního pojištění.

V roce 2012 se na dávkách vyplatilo 84 265 tisíc Eur, z čehož 37 545 tisíc Eur příslušelo nemocenskému, 32 168 tisíc Eur peněžité pomoci v mateřství a podpoře při adopci, 2 337 tisíc Eur dávce při pracovním incidentu a 12 214 tisíc Eur podpoře při ošetřování člena rodiny (Statistics Estonia, 2015).

Strukturu vyplacených dávek uvádí následující graf:



Obr. 11 Struktura dávek dočasné pracovní neschopnosti v Estonské republice v roce 2012

Zdroj: Statistics Estonia, 2015

3 ze 4 dávek jsou zastoupeny na celku v „rozumném“ poměru. Jedinou výjimku tvoří dávka při pracovním úrazu. Pokud by tedy bylo rozhodováno o poklesu výdajů, v případě Estonské republiky by mohla být ignorována dávka při pracovním úrazu, a to kvůli svému malému významu.

### Výpočet dávek

Výpočet dávek je v případě Estonské republiky o dost snazší než v případě České republiky. Dle estonského fondu zdravotní pojištění (Eesti Haigekassa, 2009) se nemocenské placené zaměstnavatelem (od 1. července 2009 4. – 8. kalendářní den nemoci) vypočítá na základě průměrné mzdy v 6 měsících předcházejících měsíci, ve kterém daná osoba onemocněla. Pro zjištění konkrétní výše „náhrady mzdy“ pak stačí dodržet následující kroky:

1. vydělit průměrnou mzdu počtem dní připadajících na posledních 6 měsících,

2. vynásobit tuto částku 70 % (před 1. červencem 2009 ve výši 80 % (Health Insurance Act, 2009),
3. vynásobit částku z bodu 2 počtem kalendářních dní (rozdíl oproti České republice, kde náhrada mzdy náleží za pracovní dny) a
4. na závěr od částky z bodu 3 odečíst daň z příjmu (European Commission, 2013) na základě §13 Income Tax Act.

V případě platby estonským fondem zdravotního pojištění dochází k několika změnám:

1. základ pro výpočet dávky se vypočte na základě odvodu sociální daně (odvedená sociální daň/33 % = mzda) v předešlém kalendářním roce,
2. mzda se vydělí počtem dní v daném roce, čímž bude vypočtena průměrná denní mzda,
3. ke zjištění výše nemocenského je nutné tuto částku vynásobit 70 % a odečíst od ní daň z příjmu.

U ostatních benefitů dochází k té změně, že:

1. některé benefity jsou ihned vypláceny estonským fondem zdravotního pojištění (např. podpora při ošetřování člena rodiny, peněžité pomoci v mateřství),
2. dávka přísluší v různých výších dle sociální události, která dočasnou pracovní neschopnost způsobila (80 % v případě ošetřování člena rodiny, 100 % v případě pomoci v mateřství nebo podpoře v adopci, 100 % v případě, že důvodem dočasné pracovní neschopnosti je incident při práci (§54 zákona o zdravotním pojištění)).

#### **4.1.2 Rysy systému zdravotního pojištění**

Rysy zdravotního systému jsou explicitně zmíněny v §2 zákona o zdravotním pojištění. Jedná se o následující:

- solidarita,
- sdílení nákladů,
- neexistence omezení poskytovaných služeb,
- rovná dostupnost ve všech regionech.

Autor práce dále dodává následující rysy, jejichž oprávněnost níže zdůvodní:

- obligatornost pojištění,
- státní garance.

Z výše uvedeného výčtu je patrné, že rysy estonského a českého systému jsou velmi podobné. Znají úplně stejně, ale v náplni jednotlivých rysů jsou samozřejmě rozdíly.



## **Solidarita**

Solidarita v systému je obdobně jako v případě solidarity v systémech České republiky pojímána jako solidarita mezi zdravými a nemocnými, respektive mezi ekonomicky aktivními a ekonomicky neaktivními osobami. Všechny pojištěné osoby mají nárok na stejnou zdravotní péči nehledě na to, kolik odvedou na pojistném, na subjektivní zdravotní rizika nebo na věk (Ross, 2015).

## **Sdílení nákladů**

Pod sdílením nákladů se dle názoru autora myslí, že na zdravotní péči, respektive na financování dočasně práce neschopných zaměstnanců se nepodílí pouze stát, ale i zaměstnavatelé.

Obdobně jako v případě České republiky v prvním období nemoci (od 4. do 8. dne) vyplácí dočasně práce neschopným zaměstnancům zaměstnavatel nemocenskou. Od 9. dne nemoci vyplácí dávku Estonský fond zdravotního pojištění (Lai, Habicht, Kahur, 2013).

Sdílení nákladů na zdravotní péči bude detailněji popsáno níže v části „státní garance“.

## **Neexistence omezení poskytovaných služeb**

Ke zlepšení zdravotního stavu nemohou být omezovány nabízené služby. Péče je poskytována dle potřeb, na rozpočtové omezení se (obdobně jako v případě České republiky) nehledí.

## **Rovná dostupnost ve všech regionech**

Další nutností je, aby dostupnost zdravotní péče byla ve všech regionech stejná. Pod rovnou dostupností se myslí, že pojištěnci musí mít možnost poptávat zdravotní služby na kterémkoli místě v Estonské republice a tato poptávka musí být na kterémkoli místě uspokojena. To je zajištěno smlouvami mezi estonským fondem zdravotního pojištění a poskytovateli zdravotní péče (Eesti Haigekassa, 2016b).

## **Obligatornost pojištění**

Účast v systému zdravotního pojištění je vázána na trvalý pobyt v Estonské republice (Lai, Habicht, Kahur, 2013).

Pojištěné osoby spadají do 4 kategorií (Lai, Habicht, Kahur, 2013):

- osoby, které jsou pojištěny, aniž by odváděly pojistné,
- osoby, za které odvádí pojistné (vypočtené na základě mzdy) zaměstnavatel,
- osoby pojištěné státem,
- osoby pojištěné na základě mezinárodních nebo dobrovolných dohod.

Jak vyplývá z výše uvedeného výčtu, ne každá pojištěná osoba odvádí pojistné. To odvádí jednak stát a dále pojištěnci na základě dohod a pracující osoby (zaměstnanci pod pracovní smlouvou, ale i OSVČ).

Zaměstnanci jsou povinni odvádět 33 % ze zdanitelné částky (u zaměstnance se jedná o mzdu, u OSVČ rozdíl mezi příjmy a výdaji) jako sociální daň. 13 procentních bodů z oněch 33 % přísluší jako pojistné na zdravotní pojištění (§10 zákona o sociální dani), zbytek je pojistné na důchodové pojištění. Zaměstnavatelé odvádějí pojistné za zaměstnance (§9 Social Tax Act). OSVČ pojistné odvádí, jako kdyby byly zaměstnavatelé.

Pojištěné osoby jsou automaticky pojištěny u jediné zdravotní pojišťovny (Estonská zdravotní pojišťovna), která je evidována u veřejného zdravotního pojištění (Eesti Haigekassa, 2016).

## Státní garance

V §4 zákona o sociální dani jsou uvedeni 4 plátcí:

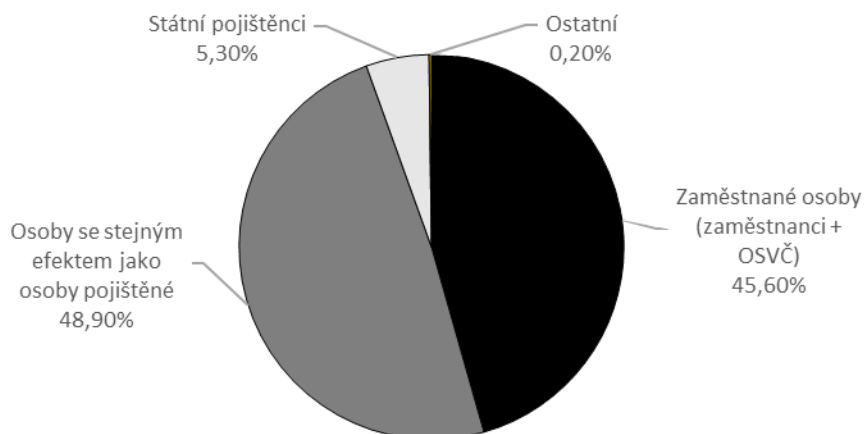
- právnické osoby – rezidenti (dle autora může být chápáno jako zaměstnavatelé)
- fyzické osoby (dle autora může být chápáno jako zaměstnanci či OSVČ),
- nerezidenti mající trvalé bydliště v Estonsku,
- stát.

Stát garantuje platbu zdravotní péče pro určité skupiny pojištěných osob. Konkrétně jde například o nezaměstnané, o osoby pečující o postižené nebo o rodiče na mateřské dovolené do 3 let věku dítěte (Lai, Habicht, Kahur, 2013).

V Estonské republice se rozlišuje mezi osobami pojištěnými a osobami majícími stejný efekt jako osoby pojištěné. Do druhé skupiny spadají například děti, studenti či důchodci. Jelikož osoby mající stejný efekt jako osoby pojištěné pojistné neodvádí a ani za ně není odváděno, musí být náklady na zdravotní péči pokryty z pojistného, které platí stát, zaměstnavatelé a zaměstnanci.

Následující graf prezentuje skladbu pojištěnců v roce 2011:

## Skladba pojištěnců v Estonské republice v roce 2011



Obr. 12 Skladba pojištěnců v Estonské republice v roce 2011

Zdroj: Lai, Habicht, Kahur, 2013

Poznámka: mezi ostatní pojištěnce patří například pojištěnci dle mezinárodních dohod.

Z grafu je patrné, že drtivá většina pojištěnců se skládá ze dvou skupin. Jednak z osob pracujících tvořených zaměstnanci a OSVČ a dále z osob se stejným efektem jako osoby pojištěné.

Vůbec nejpočetnější je právě druhá zmíněná skupina, která do systému neodvádí, a jejíž péči musí pokrýt odvody plátců.

Výše byly čtenářům přiblíženy rysy estonského zdravotního systému – solidarita, sdílení nákladů, neexistence omezení poskytování služeb, rovná dostupnost ve všech regionech, obligatornost pojištění a státní garance.

V následující části bude zdravotní systém Estonské republiky popsán na základě autorem vybraných ukazatelů.

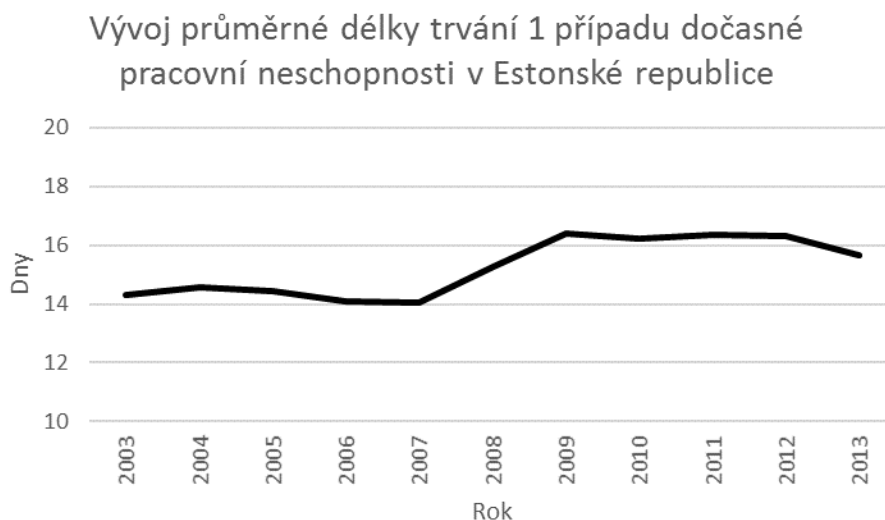
## 4.2 Popis systému na základě ukazatelů

Obdobně jako v případě České republiky i Estonská republika bude popsána na základě ukazatelů. Vzhledem k tomu, že Estonská republika nemá samostatné nemocenské pojištění, došlo k úpravě názvosloví. Konkrétně se jedná o:

- průměrnou délku trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti,
- vývoj celkového počtu dní v pracovní neschopnosti,
- výši odvodů na zdravotní pojištění,
- výše peněžního příjmu při nemoci při výdělku rovnajícím se průměrné mzdě,
- výše administrativních nákladů institucí starajících se o nemocenské a zdravotní pojištění.

## Průměrná délka trvání jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti

Následující graf prezentuje vývoj průměrné doby trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti:



Obr. 13 Vývoj průměrné délky trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti v Estonské republice

Zdroj: Eesti Haigekassa, 2011; Eesti Haigekassa, 2014

V Estonské republice délka průměrného trvání dočasné pracovní neschopnosti v posledních letech (od roku 2009) stagnuje. Zatímco v letech 2003 až 2007 Estonci v dočasné pracovní neschopnosti strávili průměrně zhruba 14 dní. Mezi roky 2007 a 2009 došlo k růstu průměrné délky trvání přibližně o 2 dny. Příčinou v roce 2009 může být růst karenční doby a zainteresování zaměstnavatele na placení nemocných zaměstnanců. Od roku 2009 se průměrná délka pohybuje kolem 16 dní.

Pokud je osoba nemocná v průměrné délce (tedy 16 dní), obdrží 5 dní náhradu mzdy od zaměstnavatele a 8 dní nemocenskou.

## Vývoj celkového počtu dní v pracovní neschopnosti

V této části bude uveden graf, který prezentuje sumu prostonaných dní. Tedy celkový počet dní, kvůli kterým osoby nemohly docházet do práce, do školy apod. z důvodu nemoci, pracovní úrazu, péči o nemocné dítě, z důvodu mateřství a dalších skutečností, které pokrývají peněžní dávky zdravotního pojištění v Estonské republice.

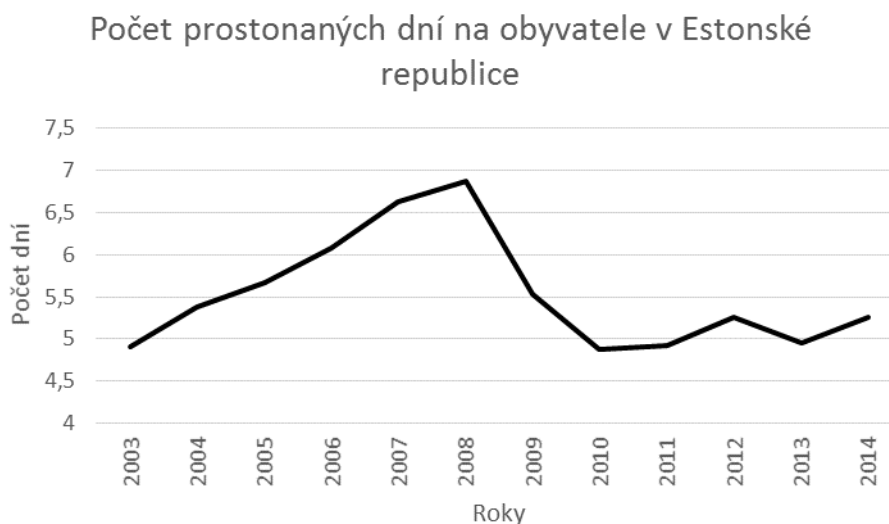


Obr. 14 Celkový počet prostonaných dní v Estonské republice

Zdroj: Eesti Haigekassa, 2011; Eesti Haigekassa, 2016a

Zatímco do roku 2008 celkový počet prostonaných dní roste, v roce 2009 byl zaznamenán téměř 2 milionový pokles. Od té doby se prostonané dny pohybují mezi 6,5 – 7 miliony dní ročně. Příčinou může být zainteresování zaměstnavatele do systému, kdy více kontroloval nemocné zaměstnance, ale i pokles sazby připadající na dávku (nemocenské). Tím pádem se lidem, kteří zneužívali dávku, již tolik nevypláť předstírat nemoc.

Obdobně jako v případě České republiky bude tento ukazatel přepočítán na jednoho obyvatele.



Obr. 15 Počet prostonaných dní na obyvatele v Estonské republice

Zdroj: Eesti Haigekassa, 2011; Eesti Haigekassa, 2016a; Světová banka, 2016

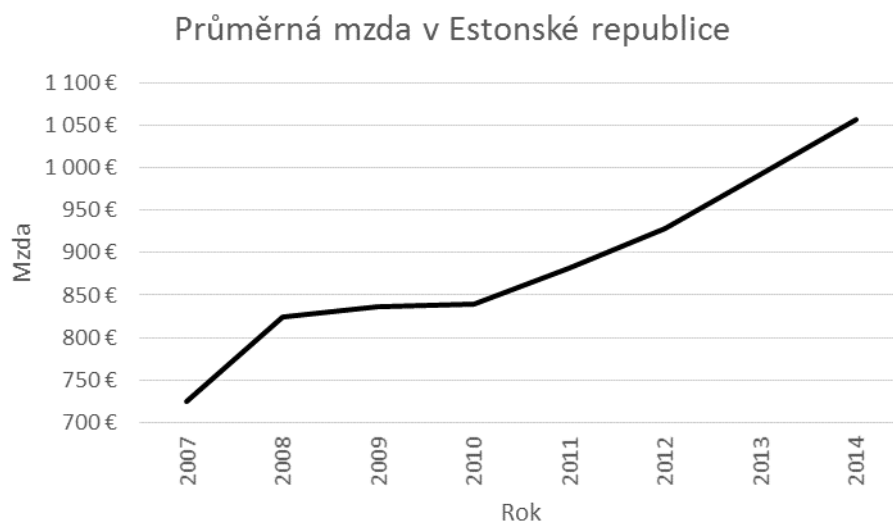
Z grafu vyplývá, že přijetím zákona v roce 2009 se ustálil počet prostonaných dní na obyvatele přibližně na hodnotě 5 dní a vrátil se tak na hodnoty z roku 2003.

V roce 2014 je člověk v průměru nemocen 5,26 dní, což představuje 23,5 % pokles oproti roku 2008, kdy ještě nebyl do systému zainteresován zaměstnavatel.

U Estonské republiky jsme svědky stagnace průměrné doby trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti a na druhé straně poklesu celkového počtu prostonaných dní. O dopadu na náklady zdravotní pojišťovny však mohou být vedeny pouze dohady, jelikož autor nenašel žádná vysvětlení (jako například v případě České republiky, kde ubývají krátkodobé nemoci, zatímco dlouhodobé zůstávají ve stejném počtu).

### Výše odvodů na zdravotní pojištění

Pojistné na zdravotní pojištění, které jak bylo psáno výše, je součástí platby sociální daně, činilo a aktuálně činí 13 % (§7 Social Tax Act). Protože bude vyčíslen odvod z průměrné mzdy, nejprve bude zobrazen vývoj výše průměrné mzdy.



Obr. 16 Vývoj průměrné mzdy v Estonské republice

Zdroj: Statistics Estonia, 2009; Statistics Estonia, 2015

Průměrná mzda v Estonské republice má rostoucí trend, přičemž od roku 2011 rostla meziročně nejméně o 5 %. V roce 2014 činila průměrná mzda 1057 € (Statistics Estonia, 2015).

V následujícím grafu (Obr. 17) je uvedena absolutní výše odvodu na zdravotní pojištění.



Obr. 17 Odvod zaměstnavatele a zaměstnance z průměrné mzdy v Estonské republice  
Zdroj: Statistics Estonia, 2009; Statistics Estonia, 2015; Social Tax Act, 2016

Jelikož na zdravotní pojištění se sazba pojistného v jednotlivých letech neměnila a stále činila 13 % (Social Tax Act, 2016), je tvar křivky odvodu pojistného totožný s křivkou průměrné mzdy. Jedinou změnou je osa y, která činí 13 % z osy y u předešlého grafu (Obr. 16).

### Výše peněžního příjmu v nemoci

Níže bude uveden graf prezentující absolutní výši peněžního příjmu při nemoci v prosinci daného roku. Následující analýza tedy může být brána jako výše dávky v případě, že je osoba krátkodobě nemocná, jelikož zohledňuje karenční dobu, výplatu náhrady mzdy i výplatu nemocenské.

Postup výpočtu dávky byl popsán v kapitole 2.1 věnující se metodice.



Obr. 18 Výše peněžního příjmu v nemoci při průměrné mzdě v Estonské republice

Zdroj: Statistics Estonia, 2009; Statistics Estonia, 2015; Health Insurance Act, 2009, Health Insurance Act, 2016; Social Tax Act, 2016

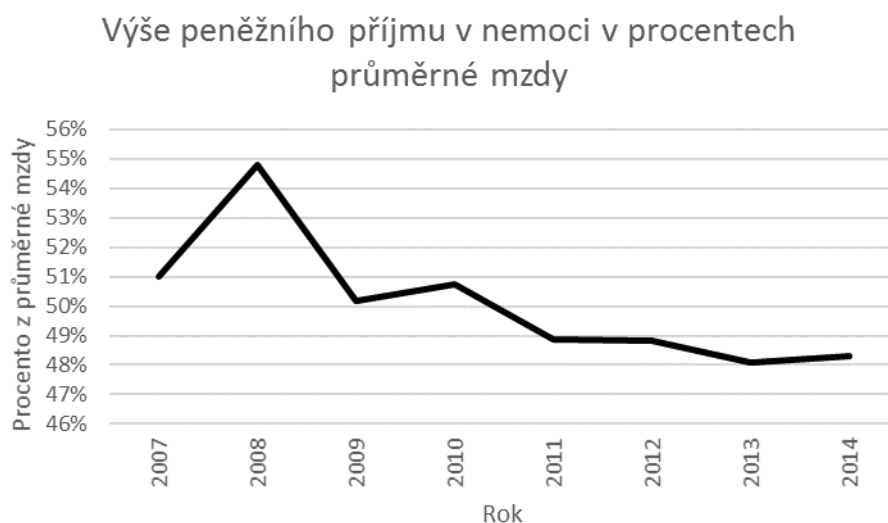
Poznámka: V letech 2007 a 2008 sestává peněžní příjem pouze z nemocenské. Od roku 2009 i z náhrady mzdy.

Peněžní příjem v nemoci je na tom podobně jako průměrná mzda – meziročně roste. Jediným rokem, kdy peněžní příjem v nemoci klesl, byl rok 2009. Důvodem pro tuto skutečnost byly 2 fakty:

1. nemocenské, respektive náhrada mzdy začalo platit od 4. (místo 2.) dne nemoci,
2. sazba nemocenského klesla o 10 p. b.

Absolutní výše peněžního příjmu v nemoci má rostoucí trend, je ale otázkou, jestli roste i v poměru k průměrné mzdě. Na tuto otázku odpovídá následující graf (Obr. 19).





Obr. 19 Výše peněžního příjmu v nemoci jako procento z průměrné mzdy

Zdroj: Statistics Estonia, 2009; Statistics Estonia, 2015; Health Insurance Act, 2009, Health Insurance Act, 2016; Social Tax Act, 2016

Peněžní příjem vyjádřený v procentech z průměrné mzdy ve většině let klesá. Jinými slovy průměrná mzda roste rychleji než peněžní příjem v nemoci. To by zaměstnance mělo motivovat k tomu, že je lepší pracovat než předstírat nemoc a spoléhat na dávky.

Zatímco zaměstnanci odvádí stále 13 % ze svých (hrubých) mezd, dostávají ze své mzdy relativně méně a méně. V roce 2014 to bylo 48,31 %.

### **Výše administrativních nákladů instituce starající se o zdravotní pojištění**

V Estonské republice je položka administrativní náklady přímo ve výročních zprávách a sestávají z nákladů na provoz kanceláří (především poštovní náklady a náklady na komunikaci – např. účty za telefon, dále energie), nákladů na vybavení (např. nábytek, rekonstrukce), nákladů na pracovní cesty (např. jízdenky, konferenční poplatky) a z dalších nákladů (např. benefity pro zaměstnance ze strany zaměstnavatele).



Obr. 20 Výše administrativních nákladů Estonské zdravotní pojišťovny

Zdroj: Eesti Haigekassa, 2009b; Eesti Haigekassa, 2011b; Eesti Haigekassa, 2013; Eesti Haigekassa, 2014b

Poznámka: Přepočet Estonských Korun na Euro v letech 2007, 2008 a 2009 probíhal na základě kurzu 1 € = 15,65 EKK

Administrativní náklady Estonské zdravotní pojišťovny jsou stejně jako v případě České republiky značně nestabilní. V roce 2008 vzrostly o více než 95 000 Euro, o 2 roky později zaznamenávají pokles o 19 %, aby se dostaly na hranici 1,05 milionu Euro.

V roce 2014 velmi vzrůstají. To je ale zapříčiněno uměle, jelikož se měnila metodika výpočtu (náklady byly přepočítány tak, aby odpovídaly jednotlivým řádkům, které jsou využívány při přípravě rozpočtu (Eesti Haigekassa, 2015)). Pro představu čtenářů: v roce 2013 byly administrativní náklady ve výši 1,069 milionů Eur, přičemž po úpravě dle nové metodiky vzrostly na 1,337 milionů Eur. Pokud by náklady v roce 2014 vzrostly stejným poměrem jako v předešlém roce, pak by činily 1,159 milionů Eur. To znamená rozdíl cca 180 tisíc Eur (4,86 milionu Kč).

Předmětem kapitoly 4.2 byla analýza ukazatelů v Estonské republice. Bylo zjištěno, že počet prostonaných dní na obyvatele se pohybuje mezi 5 a 6 dny, avšak délka průměrné pracovní neschopnosti od roku 2009 stagnuje. O dopadu na zdravotní pojišťovnu bohužel autor nemohl napsat, jelikož nezná příčiny, které vedou k současnému vývoji těchto ukazatelů.

V případě nemoci dostane zaměstnanec vydělávající průměrnou mzdu peněžní příjem zhruba ve výši 48 – 50 % svého platu.

Posledním zkoumaným ukazatelem byly administrativní náklady Estonského fondu zdravotního pojištění. Jejich výše značně kolísala a rozhodně se nedá hovořit o stabilní veličině. Konkrétní výše administrativních nákladů bude hodnocena až v následující kapitole, která se bude věnovat srovnání obou systémů.

## 5 Komparace systémů

Ve druhé části práce dojde k porovnání systémů. K tomu budou sloužit ukazatele, které byly použity k popisu těchto systémů v kapitole 3 a 4, tedy:

- průměrná délka trvání jednoho případu dočasné pracovní neschopnosti,
- vývoj celkového počtu dní v pracovní neschopnosti,
- výše odvodu na zdravotní (a nemocenské) pojištění,
- výše dávky při dočasné pracovní neschopnosti při výdělku rovnajícimu se průměrné mzdě a
- výše administrativních nákladů institucí starajících se o nemocenské a zdravotní pojištění.

Autor považuje za nejdůležitější ověření dvou hypotéz:

1. Estonská zdravotní pojišťovna by měla mít větší přehled nejen o tom, jak dlouho je daná osoba dočasně práce neschopná, ale i o tom, kolik za ní je zapláceno. Díky tomu by měla být v dané zemi kratší průměrná doba trvání nemoci.
  - 1.1. K tomu účelu bude nutná i komparace dávek. Pokud by toto srovnání autor neudělal, pak by hrozilo, že v jedné ze zemí může být nižší nemocnost pouze kvůli tomu, že dávka je například 5x menší. V případě, že dávka bude přibližně na stejné úrovni, lze různou nemocnost přičíst na vrub rozdílným systémům.
2. Tím, že Estonská republika má „dvě instituce v jedné“, měla by mít nižší náklady spojené se správou systémů.
  - 2.1. Výhody či nevýhody nastavení systémů spojených s (ne)propojenými systémy

Skutečnost, že má země spojené systémy, by měla vést k tomu, že disponuje oproti zemi s odděleným systémem nějakými výhodami, ale i nevýhodami, a naopak. Níže budou vypsány ty potenciální.

### 5.1 Teoretické výhody s jednotlivými systémy

#### Systemy spojené

Pokud jsou systémy spojené, nemocenské pojištění spadá pod pojištění zdravotní. Jinými slovy v dané zemi nemocenské pojištění neexistuje pod tímto slovním spojením, ale je „schováno“ ve zdravotním pojištění.

Spojené systémy mají jednu velkou výhodu, jíž je, že jedna instituce má přehled nejen o tom, kolik je nemocných osob, ale i o tom, za jak dlouho se uzdraví a kolik stála zdravotní péče za tyto osoby. Zdravotní pojišťovna (pojišťovny) tak mů-

že sledovat, jak dlouho trvá uzdravovací proces a kolik je to stojí, respektive kolik peněz musí do uzdravovacího procesu vložit.

Další výhodou je, že spravovat 1 systém by mělo být méně nákladné než spravovat systémy 2.

### **Systémy oddělené**

Pokud jsou systémy oddělené, je evidováno zvláště nemocenské a zvláště zdravotní pojištění. Z prvního systému se platí dávky v případě dočasné pracovní neschopnosti, z druhého systému se financuje zdravotní péče.

Výhodou je, že se systémy více specializují na předmět své činnosti. Zároveň je snazší tuto instituci kontrolovat (a to jak pro pracovníky zastávající řídicí pozice, tak pro externí skupiny – např. Úřad pro odhalování organizovaného zločinu).

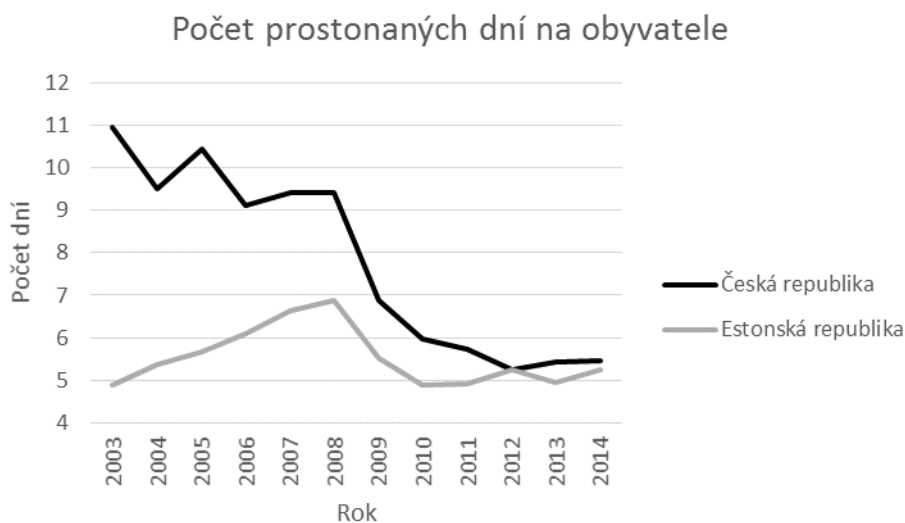
Důležitou otázkou je, zdali je s jedním nebo druhým systémem možné dosahovat úspory a právě zodpovězení otázky je jedním z cílů práce, kterých by chtěl autor pomocí komparace estonského a českého systému dosáhnout.

Nejlehčí cestou ke zjištění výhod systému by bylo, kdyby se v jedné ze zemí systém v průběhu času měnil – ze spojeného na oddělený nebo obráceně. To se však nestalo, jelikož Česká republika má od počátku svého vzniku systémy odděleny a Estonská republika má obdobně systémy sloučené.

## **5.2 Porovnání ukazatelů**

### **Vývoj celkového počtu dní v pracovní neschopnosti**

První oblastí, ve které se budou systémy srovnávat, je vývoj celkového počtu dní v pracovní neschopnosti. Aby bylo možné srovnání mezi zeměmi, je celkový počet dní přepočten na obyvatele.



Obr. 21 Komparace počtu prostonaných dní na obyvatele

Zdroj: ÚZIS, 2005; ÚZIS, 2007; ÚZIS, 2008; ÚZIS, 2009; ÚZIS, 2010; ÚZIS, 2011; ÚZIS, 2012; ÚZIS, 2013b; ČSSZ, 2014; ČSSZ, 2015; Světová banka, 2016; Eesti Haigekassa, 2011; Eesti Haigekassa, 2016a; Světová banka, 2016

Z grafu je patrné, že od roku 2008 se počet prostonaných dní vyvíjí stejným směrem, přičemž pokles v České republice je výraznější než v případě Estonské republiky. V průběhu let byla estonská nemocnost o 3-6 dní na obyvatele, v posledních letech však došlo ke stáhnutí tohoto rozdílu a počet prostonaných dní na obyvatele je na totožné výši. Současné české hodnoty se nacházejí hluboko pod těmi před rokem 2008. To v případě Estonské republiky se počet prostonaných dní v posledních letech dostal přibližně na hodnoty v roce 2003.

Důvody k výraznému poklesu nemocnosti jsou spojeny s novými zákony v daných zemích (v České republice i v Estonské republice se v prvních dnech nemoci na financování nemocných zaměstnanců podílí zaměstnavatel, navíc existuje karenční doba). Dalším důvodem mohla být v zárodcích, především v roce 2009, obava lidí před recesí. Kdyby byli nemocní, cítili by se ohrožení ztrátou pracovní pozice.

Dalším důvodem, který bude detailněji popsán na následujících řádcích, je výše dávky. Při interpretaci u výše uvedeného grafu (Obr. 21) však má jen omezenou vypovídající schopnost. O tomto poznatku můžeme hovořit před rokem 2008, kdy se velmi liší počet prostonaných dní na obyvatele. V letech následujících tento jev mohl utlumit právě vliv recese.

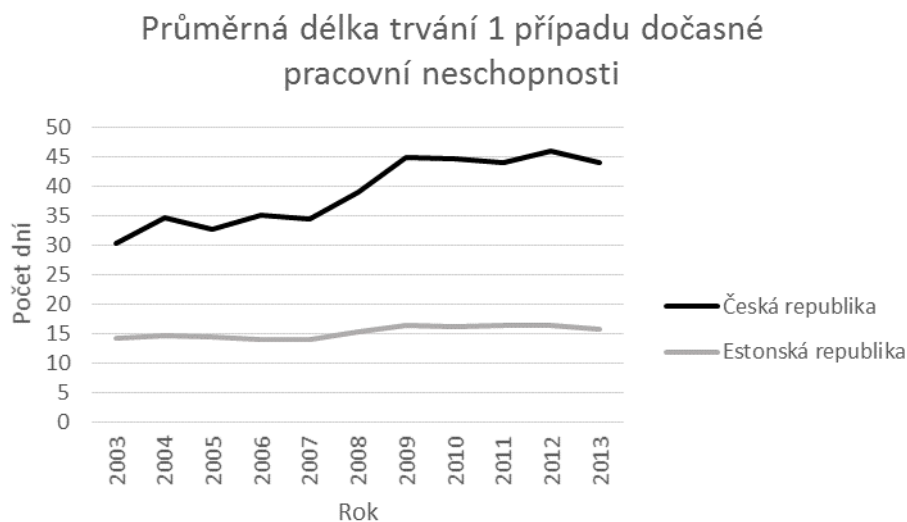
## Průměrná délka trvání dočasné pracovní neschopnosti

Další zkoumaná charakteristika bude průměrná délka trvání dočasné pracovní neschopnosti, tedy kolik dní v průměru uplyne od doby, kdy pracovní neschopnost dané osoby uzná lékař a kdy přestane pobírat dávky nemocenského pojištění (pří-

padně náhradu mzdy, pokud nemoc trvá kratší dobu než je doba, od kdy instituce platí nemocenskú).

Nejprve bude prezentována odlišnost v počtu dní dočasné pracovní neschopnosti v České a Estonské republice. Jelikož se autor domnívá, že s délkou souvisí i výše dávky, na tuto část bude navazovat část s porovnáním výše dávek.

Graf (Obr. 22) uvádí průměrnou délku trvání dočasné pracovní neschopnosti obou států v jednom grafu.

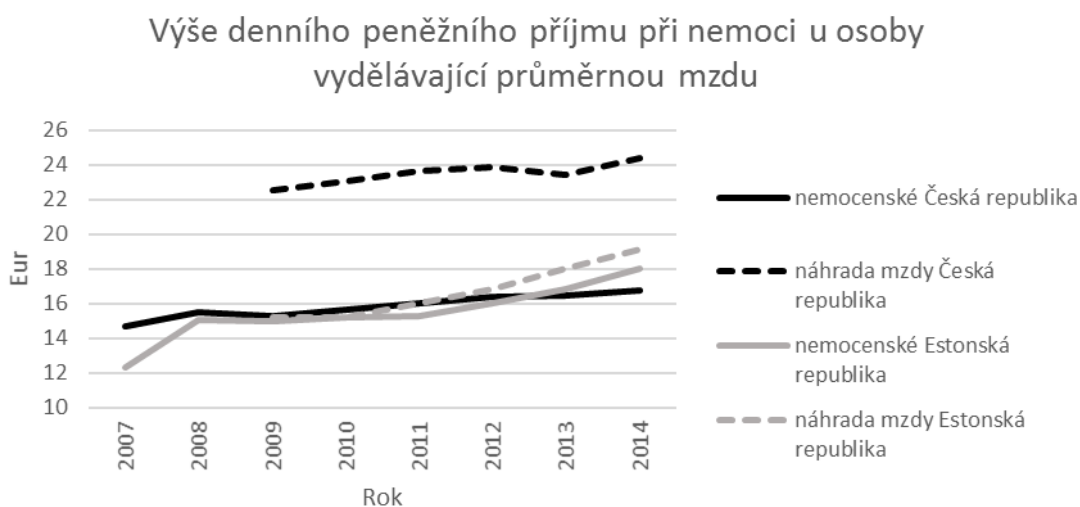


Obr. 22 Komparace průměrné délky trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti  
Zdroj: Eesti Haigekassa, 2011; Eesti Haigekassa, 2014; CZSO, 2015

Z grafu je zřetelné, že v Estonské republice je o poznání nižší průměrná doba trvání dočasné pracovní neschopnosti. To může být samozřejmě zapříčiněno několika důvody: sociálními (úroveň vzdělanosti v dané zemi), ekonomickými (výše mzdy a tím pádem i výše dávky), biologickými (genetika), fyzikálními (znečištění vzduchu) (OECD, 2015), ale samozřejmě i nastavením systémů. Většina z vyjmenovaných příčin se však dá velmi těžko zkoumat, je tu však jeden, který můžeme podrobit drobnohledu, a to právě výše dávky.

## Výše peněžního příjmu při nemoci

Autor se rozhodl zkoumat tuto rozdílnost na výši peněžního příjmu u osoby, která vydělává průměrnou mzdu a je prezentována níže v grafu (Obr. 23).



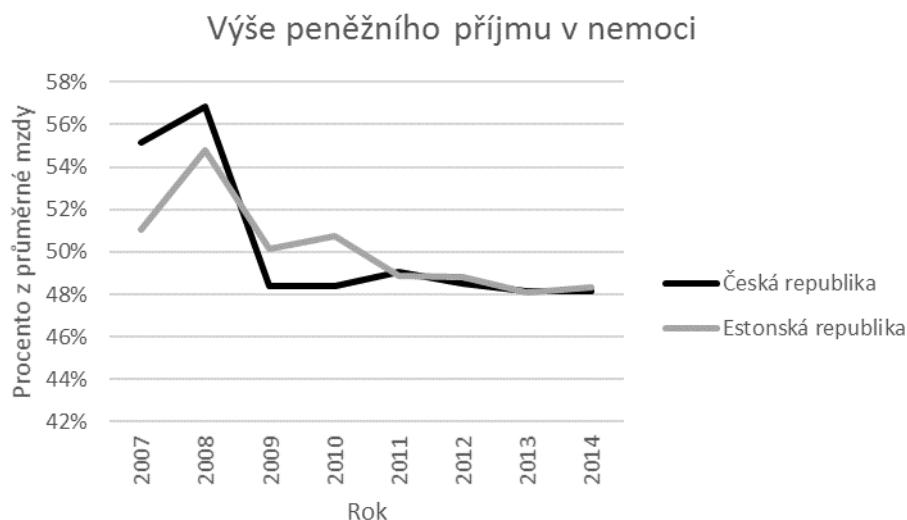
Obr. 23 Výše denního peněžního příjmu při nemoci a výdělku ve výši průměrné mzdy  
Zdroj: CZSO, 2016; MPSV, 2013; MPSV, 2015; Statistics Estonia, 2009; Statistics Estonia, 2015; Health Insurance Act, 2009, Health Insurance Act, 2016; Social Tax Act, 2016

Z grafu je vidět velmi zajímavý rozdíl. Zatímco rozdíl mezi náhradou mzdy a nemocenskou v Estonské republice je minimální, v České republice je mezi těmito veličinami výrazný rozdíl. Jelikož dříve byly uvedeny průměrné mzdy daných zemí, tak to na první pohled vypadá, že je výhodnější být krátkodobě nemocný v České republice, zatímco dlouhodobě v Estonské republice.

To, že je dávka v absolutní výši v jedné zemi vyšší než v zemi druhé, ale nemusí znamenat, že Estonci dávku vnímají jako nízkou (či obráceně), jelikož v každé zemi je jiná úroveň mezd. Pokud by například Estonci měli 5x nižší průměrnou mzdu, pak mají relativně vyšší dávku. A naopak, pokud by měli 5x vyšší průměrnou mzdu, pak v případě nemoci dostanou značně zredukovanou dávku.

Autor by ještě rád dodal, že náhrada mzdy v České republice je oproti ostatním peněžním příjmům ve výše uvedeném grafu (Obr. 23) o dost vyšší, avšak, jak již bylo psáno dříve v textu, náhrada mzdy je vyplácena pouze za pracovní dny (všechny ostatní peněžní příjmy v již zmíněném grafu jsou placeny za kalendářní dny).

Následující graf ukazuje rozdílnost výše peněžního příjmu v nemoci v případě, že osoba onemocní v prosinci daného roku.



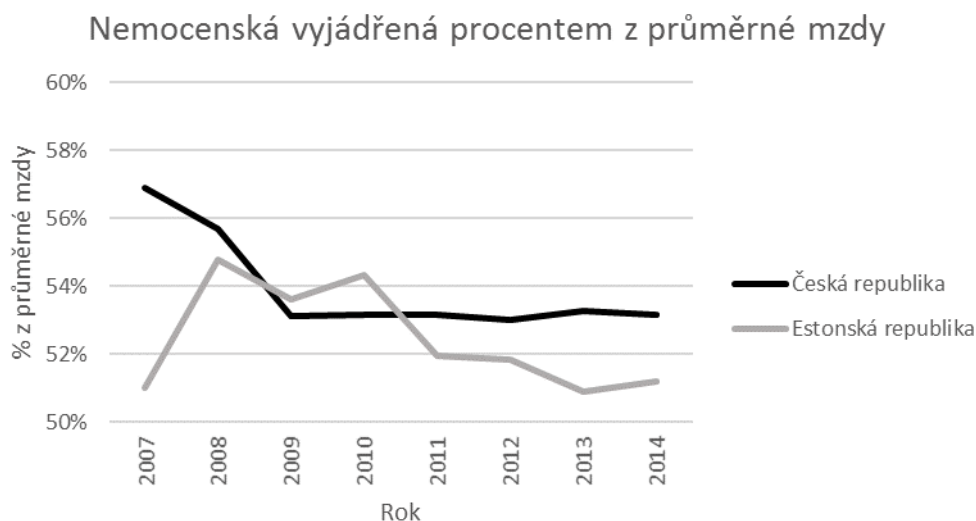
Obr. 24 Výše peněžního příjmu v nemoci

Zdroj: CZSO, 2016; MPSV, 2013; MPSV, 2015; Statistics Estonia, 2009; Statistics Estonia, 2015; Health Insurance Act, 2009, Health Insurance Act, 2016; Social Tax Act, 2016

Ačkoli předešlý graf (Obr. 23) prezentoval české peněžní příjmy v nemoci jako vyšší, když jsou porovnány s průměrnou mzdou, vychází velmi podobně jako v případě Estonské republiky. V posledních letech by mohlo být hovořeno o totožnosti. Peněžní příjem při krátkodobé nemoci je tedy ve srovnatelné výši.

V kapitole 3 bylo psáno, že dlouhodobé nemoci v České republice zůstávají ve stejném počtu, zatímco krátkodobé ubývají. Aby autor zjistil, jestli není delší průměrné trvání pracovní neschopnosti v České republice zapříčiněno tím, že dávka (nemocenské) je vyšší, v následujícím grafu porovnává osobu s průměrnou mzdou, která je nemocná např. druhý měsíc (a za každý den ji náleží nemocenské). Tím porovná výši dávky u dlouhodobých nemocí.





Obr. 25 Komparace nemocenské vyjádřené procentem z průměrné mzdy

Zdroj: CZSO, 2016; MPSV, 2013; MPSV, 2015; Statistics Estonia, 2009; Statistics Estonia, 2015; Health Insurance Act, 2009, Health Insurance Act, 2016; Social Tax Act, 2016

Z výše uvedeného grafu (Obr. 25), jehož účelem bylo zjištění rozdílné výše nemocenské při dlouhodobé nemoci, vyplývá, že v Estonské republice je ve většině let nižší úroveň dávky, avšak ne o tolik, aby to zapříčinilo takový rozdíl (cca 30 kalendářních dní) v průměrném trvání dočasné pracovní neschopnosti, jaký je u Estonské a České republiky.

Autor tedy dospěl k dílčímu závěru, že v obou zemích je stejný počet prostaných dní na obyvatele, avšak v České republice je výrazně vyšší průměrné trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti. Důležitým zjištěním bylo, že průměrné trvání by nemělo být ovlivněno výší dávky. Jak bylo prezentováno v grafech (Obr. 24 a Obr. 25), dávky jsou nastaveny na víceméně stejný poměr z průměrné mzdy.

Za delší délkou trvání mohou stát nastavení zákonů, kdy dochází k různým podpůrným dobám (peněžité pomoc v mateřství v České republice má podpůrnou dobu činí 196 dní (§33 zákona č. 187/2006), zatímco v Estonské republice pouze 140 dní (§58 Health Insurance Act, 2016)), ale také spojenost systému. V této oblasti však autor nedohledal zdroje, na základě kterých by odchylku v době trvání dočasné pracovní neschopnosti mohl přičíst právě spojenosti systémů.

První autorem prezentovaná hypotéza je sice potvrzena (Estonská republika má nižší nemocnost), ale z dostupných informací nemůže být tento výsledek jednoznačně přičítán propojenosti systémů.

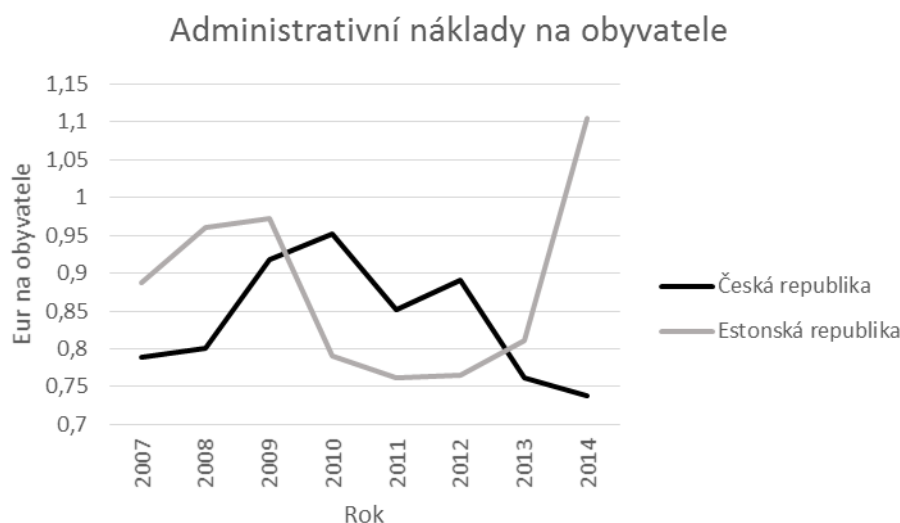
Pro úplnost by ještě autor rád dodal, že porovnával i výši odvodu a velikost dávky (a peněžitého příjmu v nemoci) z průměrné mzdy. V České republice pojištěnci odvádí zhruba 32 % vypočteného peněžního příjmu v nemoci. V Estonské republice tento poměr činí zhruba 25 %. Aby Čech a Estonec vydělávající průměrnou mzdu v dané zemi dostali stejný peněžní příjem v nemoci (relativně – je vztažen k průměrné mzdě), Čech musí odvést více.

## Administrativní náklady

Poslední porovnanou veličinou jsou administrativní náklady, které mohou být v případě propojených systémů vyšší, jelikož čím větší organizace je, tím větší správní náklady by měla mít.

Jak již bylo napsáno v kapitole 2.1 (Metodika), administrativní náklady se v České republice skládají z administrativních nákladů zdravotních pojišťoven a z administrativních nákladů ČSSZ připadajících na nemocenské pojištění. V Estonské republice se jedná o administrativní náklady Estonské zdravotní pojišťovny.

V níže uvedeném grafu jsou uvedeny administrativní náklady na obyvatele.



Obr. 26 Administrativní náklady na obyvatele

Zdroj: Matějková, 2016; Matějková, 2016b; Parlament České republiky, 2009; Parlament České republiky, 2010; Parlament České republiky, 2011; Vláda České republiky, 2012; Vláda České republiky, 2013; Vláda České republiky, 2014; Parlament České republiky, 2015; Eesti Haigekassa, 2009b; Eesti Haigekassa, 2011b; Eesti Haigekassa, 2013; Eesti Haigekassa, 2014b

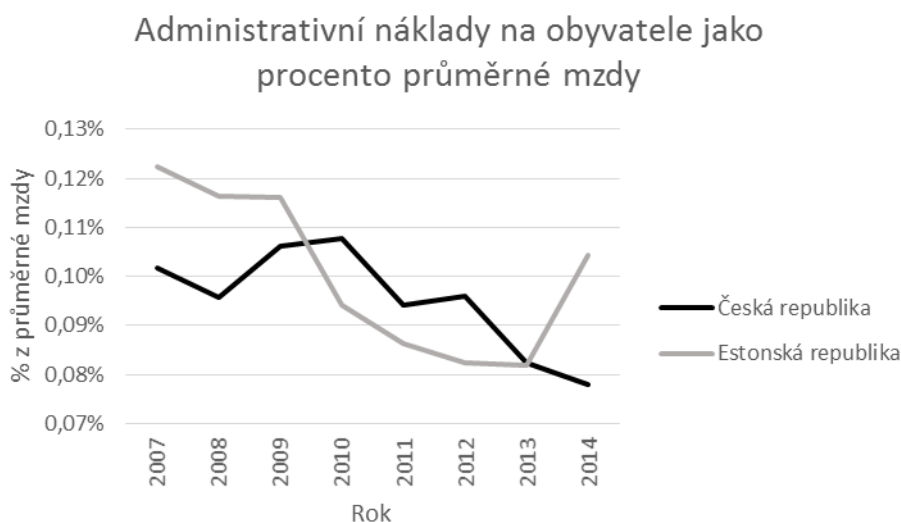
Poznámka: Administrativní náklady v Estonské republice v roce 2014 výrazně vzrostly kvůli změně metodiky.

Z výše uvedeného grafu lze vyvodit, že administrativní náklady na obyvatele jsou v obou zemích velmi nestabilní veličinou. Zatímco ty estonské v letech 2007 a 2009 převyšují ty české, v letech 2010 až 2012 je tomu naopak. Poslední 2 zkoumané roky opět přinesly „nadvládu“ Estonské republiky, přičemž rok 2014, jak již bylo psáno, představuje extrémní hodnotu zapříčiněnou změnou metodiky.

Vzhledem k dostupnosti dat bohužel autor nemůže vysvětlit, co je důvodem k výkyvům v Estonské republice. Výkyvy u České republiky jsou způsobeny růstem provozních nákladů zdravotních pojišťoven a ve většině případů platí, že příčiny výkyvů lze hledat především na straně zdravotních pojišťoven, což dokazuje variační rozpětí mezi administrativními náklady ČSSZ (25,4 milionu) a zdravotními pojišťovnami (55,3 milionu). Pokles provozních nákladů zdravotních pojišťoven je spojen s provedenou úpravou maximálního limitu nákladů na činnost (vypočíta-

ných podle §7 vyhlášky č. 418/2003 Sb.), která začala platit 1. ledna 2013 (Vláda České republiky, 2014).

I takto srovnávané náklady však nemusí být úplně vypovídající, jelikož v sobě odrážejí nerovnosti ve výkonnosti zemí. Následující graf prezentuje výši administrativních nákladů na obyvatele vyjádřenou v procentech z průměrné mzdy a umožňuje tak i zohlednění „zásahu do kapes“ obyvatel v obou zmíněných zemích.

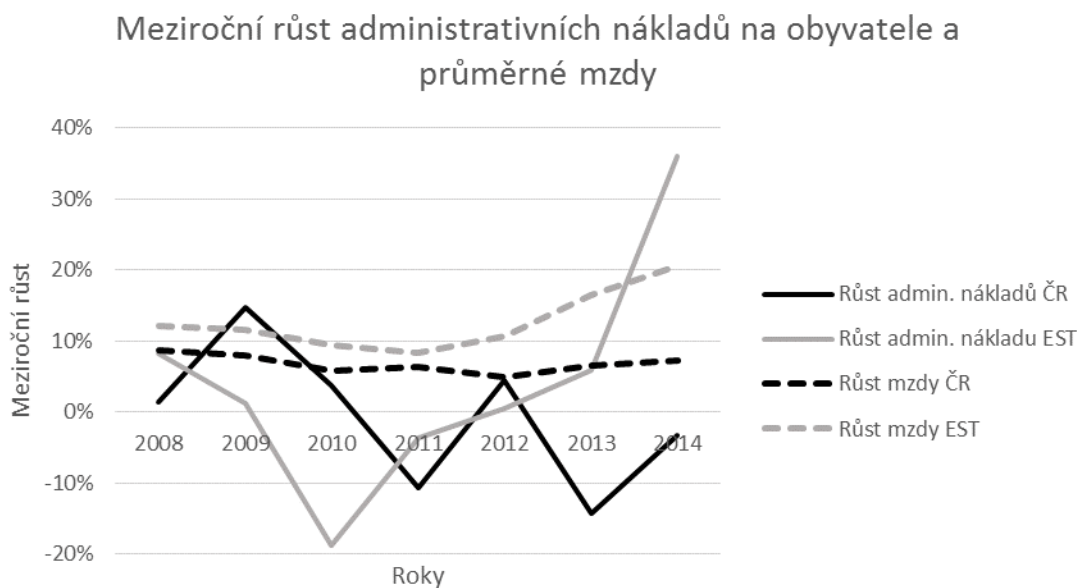


Obr. 27 Administrativní náklady na obyvatele jako procento ze mzdy

Zdroj: Matějková, 2016; Matějková, 2016b; Parlament České republiky, 2009; Parlament České republiky, 2010; Parlament České republiky, 2011; Vláda České republiky, 2012; Vláda České republiky, 2013; Vláda České republiky, 2014; Parlament České republiky, 2015; Eesti Haigekassa, 2009b; Eesti Haigekassa, 2011b; Eesti Haigekassa, 2013; Eesti Haigekassa, 2014b; CZSO, 2016; Statistics Estonia, 2009; Statistics Estonia, 2015

Poznámka: Administrativní náklady v Estonské republice v roce 2014 výrazně vzrostly kvůli změně metodiky.

Když jsou administrativní náklady vyjádřeny procentem ze mzdy, výsledkově nedochází oproti předešlému grafu k žádné změně – když byly větší náklady v Estonské republice, pak jsou větší i v tomto grafu. Je však patrný menší rozdíl mezi hodnotami, a to především v období 2009 – 2013. K vysvětlení příčin může pomoci následující graf popisující meziroční změny 2 veličin: administrativních nákladů a průměrné mzdy.



Obr. 28 Meziroční růst administrativních nákladů na obyvatele a průměrné mzdy

Zdroj: Matějková, 2016; Matějková, 2016b; Parlament České republiky, 2009; Parlament České republiky, 2010; Parlament České republiky, 2011; Vláda České republiky, 2012; Vláda České republiky, 2013; Vláda České republiky, 2014; Parlament České republiky, 2015; Eesti Haigekassa, 2009b; Eesti Haigekassa, 2011b; Eesti Haigekassa, 2013; Eesti Haigekassa, 2014b; CZSO, 2016; Statistics Estonia, 2009; Statistics Estonia, 2015

Poznámka: Administrativní náklady v Estonské republice v roce 2014 výrazně vzrostly kvůli změně metodiky. Zkratka ČR je Česká republika, EST je Estonská republika.

Výše uvedený graf (Obr. 28) slouží jako doplněk k okomentování grafu popisujícího administrativní náklady na obyvatele k průměrné mzdě (Obr. 27). Je zjevné, že ve většině let se růsty průměrné mzdy nachází nad růsty administrativních nákladů. To vede k tomu, že v grafu (Obr. 27) klesají administrativní náklady více než by tomu bylo při stejné mzdě.

Vzhledem k nestálosti je těžké určit, jestli propojenost systémů vede k růstu správních nákladů, ale autor se přiklání spíše k variantě, že propojenost či nepropojenost systémů nemá vliv na výši nákladů. Výše provedená analýza tomu nasvědčuje.

Navíc je nutné podotknout, že Estonská republika má na výběr pouze 1 zdravotní pojišťovnu, takže i v případě, kdy by v České republice nastalo sloučení zdravotního a nemocenského pojištění, administrativní náklady by (v případě, že by sloučené systémy skýtaly možnosti úspor) zřejmě neklesly na takovou úroveň jako v Estonské republice. Příčinou by byla existence většího počtu zdravotních pojišťoven (7 v roce 2016), která by bránila potenciálním úsporám.

Díky výše uvedeným dílčím závěrům může být zamítnuta autorova hypotéza, že administrativní náklady spojeného systému budou nižší.

## 5.3 Výhody (ne)spojených systémů

V této podkapitole budou uvedeny výhody a nevýhody oddělených a spojených systémů. Ty budou vycházet jednak z analýzy ukazatelů a dále také z popisu zákonů, kdy autor objevil potenciální výhody, které by nemohly být v případě „druhého“ systému možné.

### Výhody spojených systémů

Autor se domnívá, že největší výhodou spojeného systému je, že jedna instituce má přehled nejen o tom, že někdo onemocněl, ale i to, za jak dlouho se vrací a kolik stála zdravotní péče. Díky tomu je snazší optimalizovat výši nutných prostředků k pokrytí nákladů. Bohužel se autorovi nepodařilo zjistit, jestli zdravotní pojišťovna v Estonské republice sleduje délku nemoci, ale pokud by to dělala, pak by byla o krok napřed.

Autorovi se bohužel nepodařilo plně dokázat, jestli se krátká průměrná doba trvání pracovní neschopnosti v Estonské republice dá přičíst tomu, že instituce sleduje délku nemoci. Pokud by tomu pak bylo, jedná se o další velmi významnou výhodu.

### Výhody oddělených systémů

Pokud má země zvlášť nemocenské a zdravotní pojištění je výhodné, že jednotlivé instituce se specializují na užší portfolio. Díky této specializaci by mělo docházet ke snadnějšímu řízení a kontrole.

Svým způsobem je výhodou i skutečnost, která v práci nebyla vyvrácena, a to ta, že „2 instituce v 1“ nemají vyšší administrativní náklady, které autor předpokládal. Jsou srovnatelné s těmi u oddělených systémů. Je však otázkou, zdali by tento ukazatel více neukázal, kdyby byla komparována Estonská zdravotní pojišťovna s pojišťovnou, která je v dané zemi jediná, jelikož vyšší administrativní náklady České republiky byly zapříčiněny především růstem administrativních nákladů zdravotních pojišťoven. Pokud by byla v České republice jediná zdravotní pojišťovna, mělo by dojít k poklesu administrativních nákladů (autor předpokládá následující: „čím více institucí v jedné, tím nižší náklady“)

## 5.4 Předpokládané dopady spojení systémů na zdravotní pojišťovny

Na základě popisu zákona a analýzy ukazatelů, které však bohužel nevedly k natolik vypovídajícím závěrům, jaké si autor na začátku práce představoval, dospěl autor k tomu názoru, že v komparaci spojených nebo oddělených systémů nejsou výrazné výhody nebo nevýhody jednoho nebo druhého systému, které by překloupily misku vah k tomu, že by se dalo určit, že jeden nebo druhý systém je lepší.

Případné dopady lze tedy pouze odhadovat. Nesporným faktem je, že v případě, kdy by se v České republice „zrušilo“ nemocenské pojištění, spadla by

na zdravotní pojišťovny větší zátěž, takže by to zprvu vyžadovalo velké množství práce, a to ať už pro samotné pojišťovny, tak i například pro politiky, kteří by museli nastavit nový systém tak, aby byl co nejefektivnější.

V případě, že by pojistné na zdravotní i na nemocenské pojištění bylo odváděno zdravotním pojišťovnám, a ty by následně vyplácely dávky v případě pracovní neschopnosti, mohlo by to pojišťovnám přinést větší kontrolu (jak by tomu potenciálně mohlo být současně v Estonské republice) a po určitém časovém období by mohly nemocenskému pojištění nastavit nové parametry, které by umožnily snížení nemocnosti ještě na nižší hodnoty než je tomu nyní. Konkrétně tím má autor na mysli, že by pojišťovny věděly skladbu nemocnosti podle počtu dní, ale i kolik dotyčná osoba dostane na dávkách, kolik státu odvedla a kolik pojišťovny stála péče o tohoto člověka. Pokud by následně porovnaly příjmovou stranu (odvedené pojistné osob) s výdajovou stránkou (dávka nemocenského pojištění a výdaje zdravotní) a provedly statistickou analýzu, mohly by dospět k zajímavým úkazům, na základě kterých by zproduktivnily činnost celého systému.

Za největší negativum pro zdravotní pojišťovny v případě spojení systémů považuje autor ve větší zátěži. Kvůli tomu by pojišťovny musely zřizovat nová oddělení a nějakou chvíli by trvalo než by se správně nastavily procesy.

## 6 Závěr

V práci byly popsány zdravotní a nemocenské systémy dvou zemí, a to České a Estonské republiky. Estonská republika byla zvolena z důvodu propojenosti systémů – samostatné nemocenské pojištění neexistuje, v případě dočasné pracovní neschopnosti jsou vypláceny dávky ze zdravotního pojištění.

Nejprve byly popsány dávky, které se vyplácejí v případě pracovní neschopnosti. Obě země řeší situace, kdy je člověk nemocný, kdy se musí starat o výchovu narozeného dítěte a kdy musí pečovat o nemocné dítě. Poté má každá země 1 dávku, kterou druhá nemá. Češi mají možnost čerpat vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství, zato Estonci mají nárok na podporu při adopci.

Dále byly vypsány rysy systémů. V případě České republiky se jedná o všeobecnost pojištění, obligatornost pojištění, solidarita, obligatornost nároků, rozdělení financování mezi zaměstnavatele a stát, státní garanci, neexistenci vazby mezi zdravotním stavem a výškou pojistného a čerpáním péče nikoli podle rozpočtového omezení, ale podle objektivní potřeby a zdravotních potřeb. Estonská republika má rysy velmi podobné, a to: solidarita, sdílení nákladů (ekvivalent rozdělení financování mezi zaměstnavatele a stát), neexistence omezení poskytovaných služeb, rovná dostupnost ve všech regionech, státní garance.

Jakmile autor znal rysy systémů a dávky systémů (systému), přišla na řadu analýza ukazatelů, kdy autor práce popsal vývoj průměrného trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti, vývoj počtu prostonaných dní, výši dávky, výši odvodu na zdravotní a nemocenské pojištění a jako poslední ukazatel výši administrativních nákladů institucí starající se o zkoumané systémy.

Vývoj průměrného trvání 1 případu dočasné pracovní neschopnosti se u obou zemí velmi lišil. Zatímco v České republice bylo nejkratší možné trvání 30,5 dne a nejdelší 46,1 dne, v Estonské republice to bylo pouhých 14, respektive 16,4 dne. Autor se snažil hledat příčiny ve výši jak peněžního příjmu v nemoci (jakožto zástupce krátkodobé nemocnosti), tak ve výši nemocenské (zástupce dlouhodobých nemocí). Pokud jsou dávky porovnány s průměrnou mzdou, dosahují stejné výše. Rozdílly jsou však v podpůrné době, kdy Česká republika je štedřejší a poskytuje dávky déle než Estonská republika.

Administrativní náklady institucí starajících se o zdravotní a nemocenského pojištění jsou výrazně vyšší v případě České republiky, což se dalo očekávat, jelikož Česká republika má mnohonásobně více obyvatel. Při přepočtu na obyvatele, respektive při přepočtu nákladů na obyvatele vyjádřených v procentech průměrné mzdy, autor dospěl k závěru, že náklady sloučených systémů jsou přibližně ve stejné výši jako systémů nesloučených.

V práci byly dále popsány výhody a nevýhody, které jsou spjaté se spojenými nebo oddělenými systémy. Mezi výhody spojených systémů jsou zařazeny:

1. vědomost nejen o tom, že je někdo nemocný, ale i o tom, kolik za něj muselo být zapláceno při zdravotní péči,

2. komplexní kontrola nemocných osob – jak dlouho jsou nemocné, kolik odvedli, kolik na ně stojí péče apod.

Výhodou oddělených systémů je:

1. snazší řízení a kontrola institucí,
2. nebylo vyvráceno, že by 2 instituce měly vyšší administrativní náklady, což je další výhodou, protože náklady 2 institucí by měly být vyšší než náklady instituce 1.

Cílem diplomové práce bylo určit dopady na zdravotní pojišťovny, Autor předpokládal, že jím zvolené ukazatele, tyto dopady odkryjí, bohužel ale jeho očekávání nebyla naplněna. Z výsledků analýzy ukazatelů totiž není možné přičítat jednotlivé dopady spojeným či odděleným systémům. Vinný jsou většinou jiné činitele než to, jestli je v dané zemi nemocenské pojištění součástí zdravotního pojištění nebo jestli vystupuje samostatně.

Autor je toho názoru, že spojení systémů by na zdravotní pojišťovny nedopadlo ani pozitivně, ani negativně. Přineslo by pozitiva (správa komplexnějšího systémem), ale i negativa (nutná větší potřeba kontroly nebo velký zásah do rozběhlého systému především v počátcích změn) a o jednoznačném dopadu není možné vyrukovat s jistotou.

Pro další rozvedení této tematiky by autor doporučil do komparace přidat více zemí, aby byla umožněna větší vypovídací schopnost výsledků, a díky tomu by se systémům postaveným na stejném základu dalo přičítat více závěrů.



## 7 Literatura

- ASOCIACE MALÝCH A STŘEDNÍCH PODNIKŮ A ŽIVNOSTNÍKŮ ČR, 2015. *Analýza odvodů OSVČ a zaměstnanců*. BusinessInfo.cz – Oficiální portál pro podnikání a export [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/qy47yS> [citováno 2015-09-14]
- BUSSE, R., BLÜMMEL, M., 2014. *Germany: Health system review*. Health Systems in Transition [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/DjdN3L> [citováno 2016-04-03]
- ČTK, 2016. *Zdravotnictví mrhá peníze, napsal lékařům Babiš. Výsměch, míní Němeček*. iDnes.cz – zprávy, kterým můžete věřit [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/ctW2Gd> [citováno 2016-04-30]
- ČSSZ, 2014. *Výroční zpráva 2013*. Česká správa sociálního zabezpečení [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/waauro> [citováno 2016-04-03]
- ČSSZ, 2015. *Výroční zpráva 2014*. Česká správa sociálního zabezpečení [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/GVmPhe> [citováno 2016-04-03]
- CZSO, 2015. *Zdravotnictví v České republice – vybrané ukazatele*. Český statistický úřad [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/xLs1F0> [citováno 2016-04-03]
- CZSO, 2016. *Průměrná hrubá měsíční mzda*. Český statistický úřad [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/qnYcXn> [citováno 2016-04-30]
- DALER, J., 2014. *Dopady změn systému nemocenského pojištění na firmy*. Bakalářská práce. Brno: Mendelova univerzita v Brně.
- DURDISOVÁ, J., 2005. *Ekonomika zdraví*. Praha: VŠE v Praze.
- DŽAKULA, A., SAGAN, A., PAVIĆ, N. A KOL., 2014. *Croatia: Health system review*. Health Systems in Transition [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/2F0zcc> [citováno 2016-04-03]
- EESTI HAIGEKASSA, 2009. *Changes for employers in the payment of sickness benefit*. Eesti Haigekassa [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/eCWtMa> [citováno 2016-04-03]
- EESTI HAIGEKASSA, 2009b. *Estonian Health Insurance Fund Annual Report 2008*. Eesti Haigekassa [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/y8zAKb> [citováno 2016-04-29].
- EESTI HAIGEKASSA, 2011. *Töövõimetushüvitiste kulude võrdlus*. Eesti Haigekassa [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/QAKlwr> [citováno 2016-04-03]
- EESTI HAIGEKASSA, 2011b. *Estonian Health Insurance Fund Annual Report 2010*. Eesti Haigekassa [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/mCNNV5> [citováno 2016-04-29].
- EESTI HAIGEKASSA, 2013. *Estonian Health Insurance Fund Annual Report 2012*. Eesti Haigekassa [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/xSOF5G> [citováno 2016-04-29].
- EESTI HAIGEKASSA, 2014. *Töövõimetushüvitiste kulud*. Eesti Haigekassa [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/MM0dsF> [citováno 2016-04-23]

- EESTI HAIGEKASSA, 2014b. *Estonian Health Insurance Fund Yearboooook 2014*. Eesti Haigekassa [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/UaYKUu> [citováno 2016-04-29]
- EESTI HAIGEKASSA, 2015. *Estonian Health Insurance Fund Yearbook 2014*. Eesti Haigekassa [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/UaYKUu> [citováno 2016-04-23]
- EESTI HAIGEKASSA, 2016. *The Organisation*. Eesti Haigekassa [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/14y1Pa> [citováno 2016-04-03]
- EESTI HAIGEKASSA, 2016a. *Töövõimetushüvitiste kulud*. Eesti Haigekassa [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/0001gx> [citováno 2016-04-03]
- EESTI HAIGEKASSA, 2016b. *On the assessment of the demand for health care services and on planning of the contracts of financing treatments*. Eesti Haigekassa [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/PzN7uc> [citováno 2016-04-03]
- EUROPEAN COMMISSION, 2013. *Your social security rights in Estonia*. European Commission [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/5buROh> [citováno 2016-04-03]
- Health Insurance Act*, 2016. Riigi Teataja [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/cAJemN> [citováno 2016-04-03]
- Health Insurance Act*, 2009. Riigi Teataja [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/MGTMge> [citováno 2016-04-03]
- KREBS, V. a kol., 2007. *Sociální politika*, 4. vydání: Praha.
- MATĚJKOVÁ, I., 2016. *Emailová korespondence*. Iva.Matejkova@cssz.cz [citováno 2016-04-25]
- MATĚJKOVÁ, I., 2016b. *Emailová korespondence*. Iva.Matejkova@cssz.cz [citováno 2016-04-26]
- MPSV, 2013. *Analýza vývoje nemocenského pojištění*. MPSV.CZ : Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/jnYKEQ> [citováno 2016-04-03]
- MPSV, 2015. *Analýza vývoje nemocenského pojištění*. MPSV.CZ : Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/lysGjj> [citováno 2016-04-03]
- MZ, 2014. *Zdravotní pojišťovny*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/ZT5EC7> [citováno 2016-04-03]
- OECD, 2015. *Health at a Glance: Europe 2014*. OECD iLibrary: Organisation for Economic Co-operation and Development [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/JOpGAE> [citováno 2016-04-25]
- PŘÍB, J., 2009. *Nemocenské pojištění v praxi: zákon s výkladem k 1. 1. 2009*. Praha: Grada.
- Social Tax Act*, 2016. Riigi Teataja [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/iO8agP> [citováno 2016-04-03]

- STATISTICS ESTONIA, 2009. *WS5311: average monthly gross and net wages (salaries) by economic activity (emtak 2003) (2000-2008)*. Statistika andmebaas [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/KTyjv> [citováno 2016-04-03]
- STATISTICS ESTONIA, 2015. *WS5211: average monthly gross and net wages (salaries) by economic activity (emtak 2008)*. Statistika andmebaas [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/xWGA0S> [citováno 2016-04-03]
- SVĚTOVÁ BANKA, 2016. *Population, total*. World Bank Group [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/qKbey> [citováno 2016-04-03]
- The Republic of Estonia Health Insurance Act*, 1992. Eesti Haigekassa [online]. Dostupné z: <https://goo.gl/wp0TSr> [citováno 2016-04-03]
- PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, 2009. *Vývoj hospodaření veřejného zdravotního pojištění v letech 2006 – 2008*. Parlament České republiky [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/wsSny2> [citováno 2016-04-29]
- PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, 2010. *Souhrnné hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění v roce 2009*. Parlament České republiky [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/vkHann> [citováno 2016-04-29]
- PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, 2011. *Souhrnné hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění v roce 2010*. Parlament České republiky [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/RdQO9h> [citováno 2016-04-29]
- PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, 2015. *Souhrnné hodnocení vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2014*. Parlament České republiky [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/exP192> [citováno 2016-04-29]
- ÚZIS, 2005. Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2004. ÚZIS ČR [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/I6J9cG> [citováno 2016-04-30]
- ÚZIS, 2007. Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2006. ÚZIS ČR [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/G97vCO> [citováno 2016-04-30]
- ÚZIS, 2008. Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2007. ÚZIS ČR [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/uxjIID> [citováno 2016-04-30]
- ÚZIS, 2009. Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2008. ÚZIS ČR [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/XF37Nr> [citováno 2016-04-30]
- ÚZIS, 2010. Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2009. ÚZIS ČR [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/xmVmFl> [citováno 2016-04-30]
- ÚZIS, 2011. Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2010. ÚZIS ČR [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/Dpzh3y> [citováno 2016-04-30]
- ÚZIS, 2012. Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2011. ÚZIS ČR [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/jGnhuQ> [citováno 2016-04-30]
- ÚZIS, 2013. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012*. ÚZIS ČR [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/HbBDkS> [citováno 2016-03-04]
- ÚZIS, 2013b. Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2012. ÚZIS ČR [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/qCjdPm> [citováno 2016-04-30]

- VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, 2012. *Usnesení vlády České republiky č. 740 k výročním zprávám a účetním závěrkám zdravotních pojišťoven za rok 2011*. Parlament České republiky [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/XMVca2> [citováno 2016-04-29]
- VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, 2013. *Usnesení vlády České republiky č. 51 k výročním zprávám a účetním závěrkám zdravotních pojišťoven za rok 2012*. Parlament České republiky [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/xRL7ly> [citováno 2016-04-29]
- VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, 2014. *Usnesení vlády České republiky č. 361 k výročním zprávám a účetním závěrkám zdravotních pojišťoven za rok 2013*. Parlament České republiky [online]. Dostupné z: <http://goo.gl/2ABtMn> [citováno 2016-04-29]
- Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti*. In: Sbíрка zákonů. 20. listopadu 1992, částka 118, s. 3522 – 3528. Dostupné z: <http://goo.gl/PO6AfX> [citováno 2016-04-30]
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění*. In: Sbíрка zákonů. 21. prosince 1992, částka 119, s. 3558 – 3565. Dostupné z: <https://goo.gl/pzboh> [citováno 2015-12-19]
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*. In: Sbíрка zákonů. 28. března 1997, částka 16, s. 1185 – 1264. Dostupné z: <https://goo.gl/HmGqZd> [citováno 2015-12-19]
- Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění*. In: Sbíрка zákonů. 12. května 2006, částka 64, s. 2330 – 2392. Dostupné z: <https://goo.gl/pGT4Ni> [citováno 2015-12-19]
- Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce*. In: Sbíрка zákonů. 7. června 2006, částka 84, s. 3146 – 3232. Dostupné z: <https://goo.gl/ouceil> [cit. 2015-12-19]

# Přílohy

## A Seznam zkratk

- ČSSZ Česká správa sociálního zabezpečení  
CZSO Český statistický úřad České republiky  
MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky  
MZ Ministerstvo zdravotnictví České republiky  
OBZP Osoba bez zdanitelných příjmů  
OSVČ Osoba samostatně výdělečně činná  
RDVZ redukovaný denní vyměřovací základ  
ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky  
VZP Všeobecná zdravotní pojišťovna