

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE



PODNIKOVÁ EKONOMIKA

Vysoká škola ekonomie a managementu

info@vsem.cz / www.vsem.cz

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE/TITLE OF THESIS

Komparace zdravotního pojištění v České republice a ve vybrané zemi

TERMÍN UKONČENÍ STUDIA A OBHAJOBA (MĚSÍC/ROK)

říjen/2014

JMÉNO A PŘÍJMENÍ / STUDIJNÍ SKUPINA

Jitka Vandurková/PE 32

JMÉNO VEDOUcíHO BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

doc. Ing. Alena Maaytová Ph.D.

PROHLÁŠENÍ STUDENTA

Prohlašuji tímto, že jsem zadanou bakalářskou práci na uvedené téma vypracovala samostatně a že jsem ke zpracování této bakalářské práce použila pouze literární prameny v práci uvedené.

Jsem si vědoma skutečnosti, že tato práce bude v souladu s § 47b zák. o vysokých školách zveřejněna, a souhlasím s tím, aby k takovému zveřejnění bez ohledu na výsledek obhajoby práce došlo.

Prohlašuji, že informace, které jsem v práci užila, pocházejí z legálních zdrojů, tj. že zejména nejde o předmět státního, služebního či obchodního tajemství či o jiné důvěrné informace, k jejichž použití v práci, popř., k jejichž následné publikaci v souvislosti s předpokládanou veřejnou prezentací práce, nemám potřebné oprávnění.

Datum a místo: 27. srpna 2014, Praha

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí bakalářské práce za metodické vedení a odborné konzultace, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Vysoká škola ekonomie a managementu

info@vsem.cz / www.vsem.cz

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

SOUHRN
1. Cíl práce: Hlavním cílem bakalářské práce je komparace zdravotního pojištění v ČR a na Slovensku. Aby bylo dosaženo hlavního cíle, byly stanoveny i dílčí cíle: vymezit základní charakteristiky systémů zdravotnictví a reforem v obou zemích a porovnat je, analyzovat systém zdravotního pojištění v ČR a na Slovensku v letech 2000 – 2014 (legislativní rámec, působení zdravotních pojišťoven a jejich hospodaření se zaměřením na rozbor příjmů, výdajů a faktory, které je ovlivňují).
2. Výzkumné metody: Teoretická část je popisem základních charakteristik a reforem systémů zdravotnictví. V analytické části je použita metoda analýzy (horizontální i vertikální), komparace. V práci jsou pak dále využity matematické metody.
3. Výsledky výzkumu/práce: Na základě provedené komparace bylo zjištěno, že v ČR i na Slovensku funguje systém zdravotnictví na principu veřejného zdravotního pojištění, jehož legislativní nastavení je v obou zemích velmi podobné. Na této skutečnosti se zřejmě do jisté míry odrazily stejné výchozí podmínky, ze kterých při transformaci zdravotnictví po roce 1993 obě země vycházely. V průběhu zkoumaného období prošly oba systémy zdravotnictví řadou reforem. V některých případech ČR těžila z výsledků reforem zavedených na Slovensku. I po uplynutí více než 20 let od začátku transformace obou systémů lze říci, že se obě země stále potýkají s řadou problémů, ať už v oblasti financování celého zdravotnictví a spoluúčasti pacientů, hospodaření zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče, včetně dohledu a kontroly, kvality poskytované zdravotní péče a dlouhých čekacích dob na neakutní operace nebo celkové ekonomické situace země a demografického vývoje obyvatel, které stav zdravotnictví také ovlivňují.
4. Závěry a doporučení: Na základě provedené analýzy systémů zdravotnictví v ČR a na Slovensku za sledované období 2000 - 2014 lze říci, že se v obou zemích na vývoji systémů odráží do určité míry politická situace v dané zemi a nedokončené reformní kroky jednotlivých vlád. Na zdravotnictví stejně jako na jiná odvětví působí i řada dalších faktorů (ekonomických, demografických aj.), jejichž vliv nemusí být vždy jen pozitivní. Aby bylo možné čelit těmto nástrahám, je žádoucí dokončit reformy zdravotnictví, jasně nastavit systém veřejného zdravotního pojištění a poskytování zdravotních služeb, zlepšit kontrolu kvality zdravotní péče, zvýšit kontrolu vynaložených finančních prostředků, a to bez neustálých změn a rušení nastavených podmínek.
KLÍČOVÁ SLOVA
Zdravotnictví, veřejné zdravotní pojištění, financování, zdravotní pojišťovna, pojištěnec

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

SUMMARY

1. Main objective:

The main goal of the bachelor thesis is to compare the health insurance system in the Czech Republic and Slovakia. The following partial targets have been set to reach the main goal: to define basic characteristics of both healthcare systems, healthcare systems reforms realized and to compare them with each other; to analyze the health insurance systems in the Czech Republic and Slovakia in the period of 2000-2014 (legal framework, work of the health insurance agencies and their economic management, concentrating on the analysis of incomes, expenditures and factors influencing them).

2. Research methods:

The theoretical part of the thesis presents description of basic characteristics and reforms of both healthcare systems. The method of analysis (horizontal as well as vertical) and comparison have been implemented in the analytical part. Mathematical methods are further used in the thesis.

3. Result of research:

It has been found on the base of the realized comparison that the healthcare systems work on the principle of public health insurance in the Czech Republic as well as in Slovakia. Its legal framework is in both countries very similar. This matter of fact has been, in certain measure, caused by the same initial conditions of both systems in 1993. Both systems went through many reforms during the researched period. The Czech Republic has been sometimes benefiting from the experience of reforms realized in Slovakia. It is necessary to say that in spite of more than 20 years since the beginning of reforms, both countries are still facing many problems concerning funding of the whole healthcare system and participation of patients in the funding, management of healthcare agencies and healthcare suppliers, including audit and control, quality of the healthcare and long waiting periods for non-emergency operations or general economic situation of the country and demographic development of its population which are influencing the healthcare as well.

4. Conclusions and recommendation:

It can be stated on the base of the analysis of the healthcare systems in the Czech Republic and Slovakia in the period of 2000 - 2014 that the political situation and uncompleted reforming steps of both countries governments have influenced both systems in certain measure. There are also many other factors (economic, demographic etc.) effecting the healthcare systems as they are effecting many other fields as well and their impacts are not always positive. It's necessary to complete the healthcare reforms, set clear rules for the public healthcare insurance and for the healthcare suppliers, improve the quality control of the healthcare, increase control of the financial expenses etc.; and this without permanent changes and cancellation of already set rules; to be able to face successfully such complications.

KEYWORDS

Healthcare, public healthcare insurance, funding, healthcare insurance agency, insured person

JEL CLASSIFICATION

I13 Health Insurance, Public and Private
I15 Health and Ekonomik Development
G22 Insurance, Insurance Companies, Actuarial Studies

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Vysoká škola ekonomie a managementu
Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5
ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:	Jitka Vandůrková
Studijní program:	Ekonomika a management
Studijní obor:	Podniková ekonomika
Studijní skupina:	PE 32
Téma:	Komparace zdravotního pojištění v České republice a ve vybrané zemi
Zásady pro vypracování (stručná osnova práce):	1. Základní charakteristiky systému zdravotnictví ČR 2. Základní charakteristiky systému zdravotnictví vybrané země 3. Analýza systému zdravotního pojištění v ČR v letech 2000-2011 4. Analýza systému zdravotního pojištění ve vybrané zemi v letech 2000-2011 5. Komparace systémů zdravotního pojištění v České republice a ve vybrané zemi
Seznam literatury: (alespoň 4 zdroje)	DURDISOVÁ, J. <i>Ekonomika zdraví</i> . Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9. KUBÁTOVÁ, K. <i>Daňová teorie a politika</i> . Praha: Wolters Kluwer, 2010. ISBN 978-80-7357-574-8. STIGLITZ, J. E. <i>Ekonomie veřejného sektoru</i> . Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-454-1. VANČUROVÁ, A., KLAZAR, S. <i>Sociální a zdravotní pojištění - úvod do problematiky</i> . 2. vyd. Praha: ASPI – Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7357-381-2.
Vedoucí práce:	Ing. Alena Maaytová, Ph.D.



Prof. Ing. Milan Žák, CSc.
rektor

V Praze dne 1. 2. 2013

Vysoká škola ekonomie a managementu

info@vsem.cz / www.vsem.cz

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Obsah

1	Úvod.....	1
2	Teoretická část	3
2.1	Typologie zdravotnických systémů	3
2.1.1	Tržní model zdravotnictví	3
2.1.2	Model národní zdravotní služby.....	4
2.1.3	Model zdravotního pojištění	4
2.2	Základní charakteristika systému zdravotnictví v ČR	6
2.3	Základní charakteristika systému zdravotnictví na Slovensku	10
3	Analytická část	16
3.1	Analýza systému zdravotního pojištění v ČR.....	16
3.1.1	Veřejné zdravotní pojištění	16
3.1.2	Zdravotní pojišťovny v ČR	18
3.1.3	Příjmy a výdaje v systému zdravotního pojištění v ČR	19
3.2	Analýza systému zdravotního pojištění na Slovensku	24
3.2.1	Veřejné zdravotní pojištění	24
3.2.2	Zdravotní pojišťovny na Slovensku	27
3.2.3	Příjmy a výdaje v systému zdravotního pojištění na Slovensku	29
3.3	Komparace zdravotního pojištění v ČR a na Slovensku.....	33
4	Závěr	37

Literatura

Přílohy

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Seznam grafů

Graf 1 Výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích jako procento HDP, 2012 (v %)	5
Graf 2 Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele, 2012 (v USD)	6
Graf 3 Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování v ČR, 2000 – 2012	10
Graf 4 Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování na Slovensku, 2000 – 2012	15
Graf 5 Příjmy z veřejného zdravotního pojištění a výdaje na zdravotní péči v procentech HDP v ČR, 2000 - 2012	20
Graf 6 Tempo růstu míry nezaměstnanosti a příjmů z veřejného zdravotního pojištění v ČR, 2000 - 2012	22
Graf 7 Tempo růstu ukazatele HDP a příjmů z veřejného zdravotního pojištění v ČR, 2000 - 2012	23
Graf 8 Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči 1 pojištěnce podle pohlaví a věku v ČR, 2012	24
Graf 9 Příjmy z veřejného zdravotního pojištění a výdaje na zdravotní péči v procentech HDP na Slovensku, 2000 - 2012	30
Graf 10 Tempo růstu míry nezaměstnanosti a příjmů z veřejného zdravotního pojištění na Slovensku, 2000 - 2012	31
Graf 11 Tempo růstu ukazatele HDP a příjmů z veřejného zdravotního pojištění na Slovensku, 2000 - 2012	32
Graf 12 Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na 1 pojištěnce podle pohlaví a věku na Slovensku, 2012	33
Graf 13 Saldo příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven vyjádřené jako procento HDP v ČR a Slovensku, 2000 - 2012	35

Seznam tabulek

Tabulka 1 Zdroje financování zdravotnictví v ČR a na Slovensku v letech 2001, 2006, 2011	34
Tabulka 2 Věková struktura obyvatel v ČR a na Slovensku v letech 2000, 2006, 2012	36

1 Úvod

Zdraví a péče o něj se týká každého člověka a jak uvádějí Hegyi et al. (2011, s. 11), zdraví je jedním z klíčových faktorů rozvoje společnosti a v dnešní době nabývá stále většího významu. Zdravotnictví je ve většině zemí už řadu let diskutovaným tématem, a to, ať už se jedná o problémy s financováním zdravotnictví a zadlužováním zdravotního systému nebo problémy poskytování zdravotní péče a dlouhých čekacích dob na neakutní operační zákroky nebo související se stárnutím obyvatelstva. Zdravotnictví, potažmo zdravotnický systém ovlivňuje v každé zemi mnoho faktorů, které Kubátová (2010, s. 150) dělí do následujících skupin: faktory ekonomické (struktura pracovních sil a míra nezaměstnanosti, hospodářský růst, míra inflace), faktory politické (prosazování zákonů), faktory kulturně-historické, aj.

Česká i Slovenská republika po rozdělení společného státu stavěla na stejných výchozích základech při tvorbě nové zdravotní politiky a celého systému zdravotnictví. Za dobu více než dvaceti let si však obě tyto země prošly řadou reforem a změn. V ČR i na Slovensku funguje systém zdravotnictví založený na veřejném zdravotním pojištění, u kterého se projevuje princip sociální solidarity, tj. solidarity bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, mladých se starými, tedy solidarity těch, kteří mohou do systému přispívat více než jiní (Vančurová, Klazar, 2008, s. 10). Pojištění obecně, jak uvádí Stiglitz (1997, s. 351 - 352) hraje významnou roli při snižování rizik, kterým je jedinec vystaven a přenáší je na ty, kteří jsou ochotni ho přijmout. Zároveň má však i jiný důležitý následek a to, že pojištění podněcuje jedince, aby více utrácel za zdravotní péči, než kdyby pojištěn nebyl.

Bakalářská práce se zabývá komparací zdravotního pojištění v České republice a na Slovensku. V práci jsou zpracována data za období 2000 – 2012, s výjimkou subkapitoly, která se týká legislativního nastavení veřejného zdravotního pojištění. V této části jsou z důvodu aktuálnosti práce uvedeny údaje platné pro rok 2014.

Hlavní cílem práce je porovnání systému zdravotního pojištění v České a Slovenské republice v letech 2000 - 2014. Aby byl naplněn hlavní cíl, jsou stanoveny dílčí cíle. Jedním z těchto cílů je popsat systémy zdravotnictví v obou zemích včetně zavedených reformních opatření, aby bylo možné zjistit, jak oba systémy fungují, co je ovlivňuje a určit stejné znaky, případně odlišnosti. Dalším dílčím cílem je analýza systému zdravotního pojištění v letech 2000 – 2014, kde je nejprve popsán legislativní rámec veřejného zdravotního pojištění v obou zemích, působení zdravotních pojišťoven včetně rozboru jednotlivých příjmů i výdajů a následně je zkoumán dopad vývoje vybraných faktorů na výši příjmů a výdajů v systému veřejného zdravotního pojištění.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a analytickou. V teoretické části jsou vymezeny zdravotnické systémy používané ve světě, včetně uvedení jejich pozitivních a negativních dopadů. Dále se věnuje základním charakteristikám a reformám zdravotního systému v České a Slovenské republice. V analytické části, kapitole zabývající se analýzou systému zdravotního pojištění v ČR a na Slovensku, je stručně charakterizováno veřejné zdravotní pojištění z legislativního pohledu, jsou uvedeny typy plátců, vyměřovací základy a sazby veřejného zdravotního pojištění platné v roce 2014. Vybraná aktuální data jsou v přílohách doplněna o vývoj od roku 2000. V analytické části jsou následně zkoumány zdravotní pojišťovny vykonávající činnost veřejného zdravotního pojištění s doplněním vývoje počtu pojištěnců za sledované období, pozornost je také zaměřena na jednotlivé příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven v letech 2000 – 2012. Vývoj příjmů z veřejného zdravotního pojištění a výdajů na zdravotní péči je ovlivňován řadou faktorů. V práci je zkoumán dopad míry nezaměstnanosti, ukazatele HDP a demografické struktury obyvatelstva na tyto příjmy a výdaje. V části věnované komparaci systémů zdravotního pojištění v obou zemích jsou shrnuty a porovnány údaje zjištěné v rámci předchozích kapitol, doplněné o vývoj hospodaření zdravotních pojišťoven.

Práce je zpracována s využitím primárních i sekundárních zdrojů. Teoretická část je popisem základních charakteristik týkajících se zdravotnických systémů a reforem. V analytické části je použita metoda analýzy, horizontální i vertikální, pro rozbor veřejného zdravotního pojištění v České i Slovenské republice, zejména pak příjmů a výdajů. V závěru analytické části jsou pomocí komparace zhodnoceny systémy zdravotního pojištění v obou zemích. Při zpracování bakalářské práce jsou dále využity matematické metody.

2 Teoretická část

2.1 Typologie zdravotnických systémů

Zdravotnický systém, jak uvádí Durdisová (2005, s. 91), je závislý na vývoji země a je ovlivněn jejími sociálními, kulturními, ekonomickými a politickými podmínkami. Šatera (2012, s. 20) jej chápe jako „*organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče.*“

Zdravotnické systémy člení Šatera (2012, s. 21 - 24) zejména podle způsobu financování zdravotní péče, která může být hrazena státem, ze státního rozpočtu formou daní, povinným zdravotním pojištěním prostřednictvím zdravotních pojišťoven nebo komerčním pojištěním, které je založeno na vztahu nákup x prodej zdravotnických služeb.

Podle způsobu financování autor rozlišuje tři základní zdravotnické modely:

- Tržní model zdravotnictví – komerční pojištění;
- Model národní zdravotní služby – Beveridgeovský model;
- Model zdravotního pojištění – Bismarckovský model.

2.1.1 Tržní model zdravotnictví

Šatera (2012, s. 21 – 22) definuje tržní model zdravotnictví jako model založený na dobrovolném zdravotním pojištění, individuální odpovědnosti občanů a na principu volného trhu. Autor dále uvádí, že zdravotní péče je poskytována za tržní cenu a pohlíží se na ni jako na zboží. Zdravotnická zařízení se orientují především na zisk. Úhrady za zdravotní péči jsou prováděny přímo pacienty nebo komerční pojišťovnou, u níž je pacient pojištěn. Stát nezasahuje do vztahu pacient a poskytovatel zdravotních služeb, nekontroluje částky pojistného, ceny zdravotních služeb ani jejich nabídku. V zemi s tržním modelem neexistuje ucelená zdravotní politika. Zdravotnictví funguje převážně na principu liberalismu a nikoli solidarity. Tržní model je využíván ve Spojených státech amerických a do roku 1996 fungoval také ve Švýcarsku.

K tržnímu modelu zdravotnictví Durdisová (2005, s. 156) uvádí, že stát se podílí na problematice zdravotní péče spíše okrajově, a to u sociálně slabších skupin prostřednictvím speciálních programů. Jako příklad autorka uvádí programy Medicaid¹ a Medicare², které fungují v USA.

¹ Medicaid je určen pro občany s nízkými příjmy na financování jejich preventivní, akutní a dlouhodobé péče.

² Medicare se zaměřuje na osoby starší 65 let, které nemají pojištění.

Za výhody tohoto modelu považuje Dolanský (2008, s. 38) širokou nabídku vysoce kvalitních zdravotnických služeb, rozvoj nových technologií ve zdravotnictví, podněcování soutěživosti mezi poskytovateli zdravotní péče. Naopak mezi nevýhody podle Durdisové (2005, s. 158 – 162) patří omezená dostupnost zdravotní péče pro chudé a nepojištěné občany (v USA bylo v roce 2013 nepojištěno cca 14 % obyvatelstva – ČTK, 2013), nedostatečná preventivní péče, vysoké administrativní náklady a vysoké náklady na zdravotní péči, které se projevují zejména nadbytečným vyšetřením a léčbou ze strachu lékařů z obvinění ze zanedbání péče a dále také opakovanými výkony z důvodu nedostatečné organizace léčby. Nevýhodou je i absence kontrolních mechanismů (nejsou prováděny veřejné/státní kontroly cen zdravotnických služeb, kontrolována je spíše jen kvalita poskytovaných služeb).

2.1.2 Model národní zdravotní služby

Model národní zdravotní služby je podle Durdisové (2005, s. 162 – 167) opakem tržního modelu. Autorka uvádí, že zdravotní péče je zajišťována státem a financována formou daní prostřednictvím státního rozpočtu. Finanční spoluúčast pacientů je nízká, jedná se např. o příspěvky na léky, protetiku a optiku. Stát hraje významnou roli, protože garantuje bezplatnou zdravotní péči a její dostupnost. Kontrolní mechanismy jsou jasně definované, stát kontroluje a reguluje efektivní využívání finančních zdrojů. Stát je také vlastníkem nemocnic. Praktický lékař má klíčové postavení, které spočívá v koordinaci následné a specializované péče. Dolanský (2008, s. 36 – 39) říká, že se jedná o solidární systém, který je už od roku 1948 bez výrazných změn uplatňován hlavně ve Velké Británii, dále například ve Švédsku, Finsku, Dánsku, Kanadě a Španělsku.

Dolanský (2008, s. 39) uvádí jako přednosti tohoto modelu především dostupnost zdravotní péče a rovnost pro všechny pacienty, komplexní primární péči, nízké náklady na zdravotní péči, podporu rozvoje zdravotnických technologií. Autor zároveň zmiňuje i nedostatky, které spočívají v dlouhé čekací době na dražší a náročnější zdravotní výkony (pohybují se v rozmezí několika měsíců až dvou let), nízké konkurenční prostředí, nízká motivace k péči o vlastní zdraví, přílišná závislost na daňových příjmech, což může způsobovat problémy v období hospodářské krize.

2.1.3 Model zdravotního pojištění

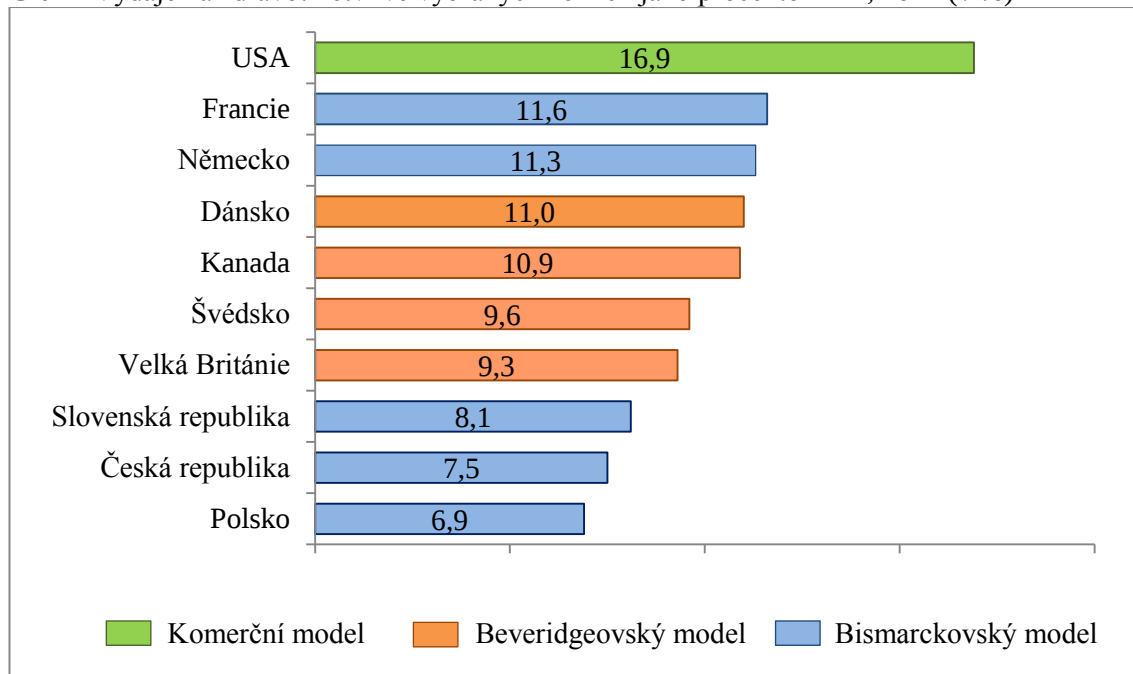
Jedná se o sociální model založený Otto von Bismarckem, který je podle Durdisové, (2005, s. 172) určitým kompromisem mezi tržním a Beveridgeovským modelem. Dolanský (2008, s. 37 - 39) říká, že hlavním znakem je existence povinného zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven, prostřednictvím kterých je financována zdravotní péče občanů. Systém je založen na principu solidarity. Občané platí povinné

zdravotní pojištění jako podíl ze svých příjmů a zdravotní péči dostávají podle svých potřeb. Činnost zdravotních pojišťoven bývá hrazena z příjmů veřejného zdravotního pojištění, provozní výdaje pojišťoven jsou obvykle regulovány právními předpisy a činí v průměru 2 - 4 % příjmů z veřejného zdravotního pojištění. Určitou roli hraje stát, který garantuje dostupnost zdravotní péče všem pacientům, provádí dohled nad činností zdravotních pojišťoven, plní kontrolní funkci, která je zaměřena na rozsah a strukturu zdravotnických zařízení a částečně se podílí na financování zdravotní péče prostřednictvím úhrad zdravotního pojištění za vybranou skupinu obyvatel. Model je uplatňován v řadě evropských zemí např. Německu, Rakousku, Francii, Belgii, Polsku a také v České republice a Slovensku.

Výhody tohoto systému vidí Durdisová (2005, s. 170 - 173) v dostupnosti kvalitní zdravotní péče pro všechny občany, rovném přístupu v poskytování zdravotní péče pacientům, dostatečné síti zdravotnických zařízení a rozmanité nabídce zdravotnických služeb. Nevýhodami podle Dolanského (2008, s. 37 - 39) jsou nepřehledný a komplikovaný systém úhrad za poskytnutou zdravotní péči, zdravotní pojišťovny se mohou dostat do platební neschopnosti nebo jiných potíží na úkor poskytovatelů zdravotní péče i pacientů.

V Grafu 1 jsou uvedeny výdaje na zdravotnictví vyjádřené jako procento HDP ve vybraných zemích za rok 2012 v rozlišení podle zdravotnického modelu, který je v dané zemi používán.

Graf 1 Výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích jako procento HDP, 2012 (v %)

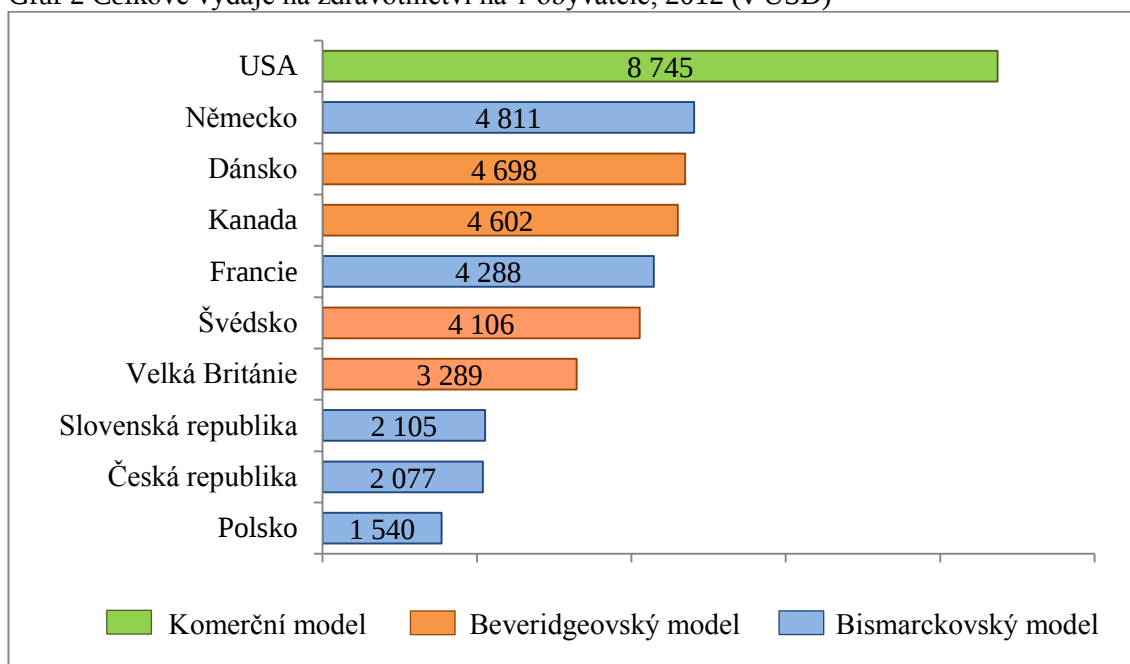


Zdroj: OECD (2014), Health Data: Total expenditure on health, vlastní úprava

USA jako představitel tržního modelu vykazuje nejvyšší podíl výdajů na zdravotnictví (16,9 %). V ostatních zemích je uplatňován model zdravotního pojištění (Bismarckovský model) nebo model národní zdravotní služby (Beveridgeovský model). V ČR byly výdaje na zdravotnictví ve výši 7,5 % HDP a na Slovensku 8,1 %.

Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2012 na jednoho obyvatele v rozdělení podle zdravotnických modelů zachycuje Graf 2. Údaje jsou uvedeny v USD (v přepočtu dle parity kupní síly).

Graf 2 Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele, 2012 (v USD)



Zdroj: OECD (2014), Health Data: Total expenditure on health per capita, vlastní úprava

Nejvyšší výdaje vykazují opět USA, tj. 8 745 USD. V České republice a na Slovensku byly tyto výdaje téměř shodné, pohybovaly se kolem 2 100 USD. Z uvedených zemí byly nejnižší výdaje na jednoho obyvatele v Polsku, a to 1 540 USD.

2.2 Základní charakteristika systému zdravotnictví v ČR

Česká republika a Slovensko tvořily jeden společný stát, kde do konce roku 1989 fungoval socialistický model zdravotnictví, který byl, jak uvádí Dolanský (2008, s. 26 – 27), určitou variantou modelu národní zdravotní služby. Autor zmiňuje, že všechny zdravotnické služby byly zahrnuty pod Ministerstvo zdravotnictví (MZ) a zdravotní péče byla financována prostřednictvím daní ze státního rozpočtu, přímá úhrada byla minimální (např. poplatek za recept 1 Kčs). Po roce 1989 se centrálně

řízená ekonomika začala transformovat na tržní hospodářství. V důsledku toho bylo nutné provést změny v celém národním hospodářství, a to i ve zdravotnictví. Cílem, jak konstatuje Darmopilová (2010, s. 38), bylo vytvořit flexibilní a efektivní zdravotnický systém, který by umožnil poskytovat kvalitní zdravotní péči všem. V roce 1990 vláda schválila nový návrh systému zdravotní péče. Podle autorky se jednalo především o změny ve financování (vícezdrojové financování postavené na principu solidarity) a v postavení jednotlivých subjektů (pacientů, poskytovatelů a veřejných institucí).

Na konci roku 1992 došlo k rozdělení Československa a 1. 1. 1993 vznikly dva samostatné státy Česká republika a Slovenská republika. Po vzniku samostatného českého státu došlo ve zdravotnictví k dalším změnám. Dolanský (2008, s. 27) uvádí tyto: byl zahájen proces privatizace zdravotnických zařízení, občané měli nově možnost volby zdravotní pojišťovny, lékaře i zdravotnického zařízení. Dále byly přijaty zákony upravující postavení a působnost zdravotních pojišťoven, na základě kterých vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP) a následně dalších 26 zdravotních pojišťoven. Současně vstoupily v platnost zákony upravující veřejné zdravotní pojištění. Většina zákonů byla v průběhu let několikrát novelizována a s drobnými změnami je platná dodnes. Jedná se zejména o tyto právní přepisy:

- 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky;
- 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách;
- 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění;
- 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Dolanský (2008, s. 28) upozorňuje, že do roku 1995 nebyly nastaveny dostatečné kontrolní mechanismy nad zdravotními pojišťovnami, a proto často docházelo ke špatnému hospodaření s finančními prostředky a k zadlužování. Zavedení nových podmínek (např. stanovení minimálního počtu pojištěnců, maximální výše provozních nákladů, nemožnost hrazení některých úkonů zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění) vedlo v následujícím období k ukončení činnosti řady zdravotních pojišťoven.

Česká republika vstoupila 1. května 2004 do Evropské unie a tím se pro ni staly závazné i evropské právní předpisy. Šatera (2012, s. 38) zmiňuje některé z nich: Nařízení Rady EHS č. 1408/71 a prováděcí předpis Nařízení Rady EHS č. 574/72 a Judikatura Evropského soudního dvora v oblasti poskytování zdravotní péče.

Podle Dolanského (2008, s. 26 – 29) v roce 2007 začal opět sílit tlak na reformu zdravotnictví. Hlavním cílem každé reformy zdravotnictví by mělo být podle autora zlepšování zdravotního stavu obyvatel a ne pouze změna úhradových systémů nebo privatizace. Od roku 2008 začala probíhat reforma zdravotnictví pod vedením tehdejšího ministra zdravotnictví Tomáše Julínka. Jak uvádí Darmopilová (2010, s. 41), reforma zdravotnictví byla rozdělena do 2 etap. Cílem první etapy byla stabilizace

systému zdravotnictví a reforma institucí prostřednictvím zvýšení odpovědnosti a volby občanů, větší zodpovědnosti zdravotních pojišťoven, modernizace zdravotnických zařízení a dále změna úhrad za léky (podle jejich přínosu). Změna v systému financování zdravotnictví byla pak cílem druhé etapy. Autorka uvádí, že v roce 2007 prošly novelizací některé zákony týkající se zdravotnictví. V souladu s požadavky Evropské unie byl změněn systém stanovení úhrad léků s posílením pravomoci Státního ústavu pro kontrolu léčiv a od ledna 2008 byly zavedeny regulační poplatky (30 Kč za návštěvu u lékaře a za každou jednu položku léků na receptu, 60 Kč/den za pobyt v nemocnici, lázních, dětských léčebnách a ozdravovnách, 90 Kč za pohotovostní službu a službu první pomoci) a ochranné limity (5 000 Kč), do nichž se započítávaly jen 30 Kč poplatky (§ 16a, zákon č. 48/1997). Cílem zavedení regulačních poplatků bylo omezit plýtvání a zneužívání zdravotních služeb a přimět občana k větší zodpovědnosti za vlastní zdraví a čerpání zdravotní péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007, s. 6).

Darmopilová (2010, s. 42 – 43) říká, že v rámci reformy měla být zavedena i další opatření, a to v oblasti veřejného zdravotního pojištění (definice zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a nastavení prostoru pro platby za tzv. nadstandardní péči, zpřísnění dohledu nad zdravotními pojišťovnami, změna právní formy zdravotních pojišťoven aj.), v oblasti poskytování zdravotní péče (změna ve struktuře sítě zdravotnických zařízení, zvýšení konkurenceschopnosti zdravotnictví ve světě, změny v postavení a činnosti zdravotních pojišťoven, aj.) a v neposlední řadě v oblasti vzdělávání, vědy a výzkumu (např. zlepšení systému vzdělávání zdravotníků, větší podpora výzkumu, který povede ke zkvalitnění péče o pacienty).

Většina kroků nebyla veřejností pozitivně přijata. VZP uvádí, že v polovině roku 2009 byly částečně omezeny regulační poplatky, byl snížen ochranný limit pro občany mladší 18 let a starší 65 let na 2 500 Kč. V roce 2010 se stal ministrem zdravotnictví Leoš Heger. Pod jeho vedením byla připravována další reforma zdravotnictví, v rámci níž došlo k přijetí zejména těchto opatření (čerpáno z internetových stránek VZP a Ministerstva zdravotnictví ČR):

- změny v regulačních poplatcích – od 1. 12. 2011 zvýšení regulačního poplatku z 60 Kč na 100 Kč/den za pobyt v nemocnici, lázních, dětských léčebnách a ozdravovnách, od 1. 1. 2012 poplatek 30 Kč se nově neplatil za položku na receptu, ale za recept;
- byla zavedena možnost legálního připlácení na zdravotní péči, tzv. ekonomicky náročnější varianta. Zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění byla označena jako tzv. základní varianta;
- byl schválen předpis č. 307/2012 Sb. Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb účinný od 1. 1. 2013, který stanovil maximální čekací doby na plánované (neakutní) operace;
- byl schválen zákon o univerzitních nemocnicích, jehož cílem bylo odstátnění a depolitizace fakultních nemocnic, které byly do té doby přímo řízené

ministerstvem zdravotnictví. Cílem těchto kroků měla být kvalitnější kontrola nemocnic a nastavení vztahů mezi nemocnicemi a lékařskými fakultami.

Na konci roku 2010 čelil ministr L. Heger tlaku zdravotnických pracovníků na zvyšování platů, v rámci něhož podalo téměř 4 tisíce lékařů v nemocnicích výpovědi s datem 28. 2. 2011. Po dlouhých jednáních bylo podepsáno memorandum s příslibem zvýšení platů lékařů o 5 000 až 8 000 Kč. Informace byly čerpány z internetových stránek LOK-SČL.

V polovině roku 2013 ústavní soud zrušil rozhodnutím zvýšení regulačního poplatku z 60 Kč na 100 Kč/den za poskytování lůžkové péče včetně lázeňské a od 1. 1. 2014 byl tento poplatek zcela zrušen. Ústavní soud zrušil i zavedení tzv. ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče, což je podle slov L. Hegera návrat k šedé ekonomice (portál EPRESA MEDIA, časopis Týden, 2013). Lze říci, že ani období let 2010 – 2013 za působnosti ministra zdravotnictví L. Hegera nepřineslo očekávanou a potřebnou reformu zdravotnictví.

Přerozdělovací systém, jak uvádí Dolanský (2008, s. 60 – 61), je v ČR zaveden od roku 1993, v průběhu let byl několikrát upraven a od roku 2005 platí nové principy přerozdělování. Zdravotní pojištění vybrané jednotlivými zdravotními pojišťovnami, jak uvádí autor, podléhá přerozdělování, jehož účelem je upravit rozdíly jednak na straně příjmů, tak na straně výdajů. Úkol přerozdělovacího systému spočívá v udržení míry solidarity mezi pojištěnci s vysokými a nízkými příjmy, mezi pojištěnci zdravými a nemocnými. Aktuálně v ČR podléhá přerozdělování 100 % vybraného pojistného (do roku 2005 to bylo 60 %). Kritériem přerozdělování je:

- nákladovost pojištěnců – stanovena podle nákladových indexů, kterých je celkem 36, rozdělených podle věku, zvláště pro muže a ženy;
- nákladná péče – jedná se o určitý způsob zajištění pojištěnecem proti tzv. drahým pojištěncům.

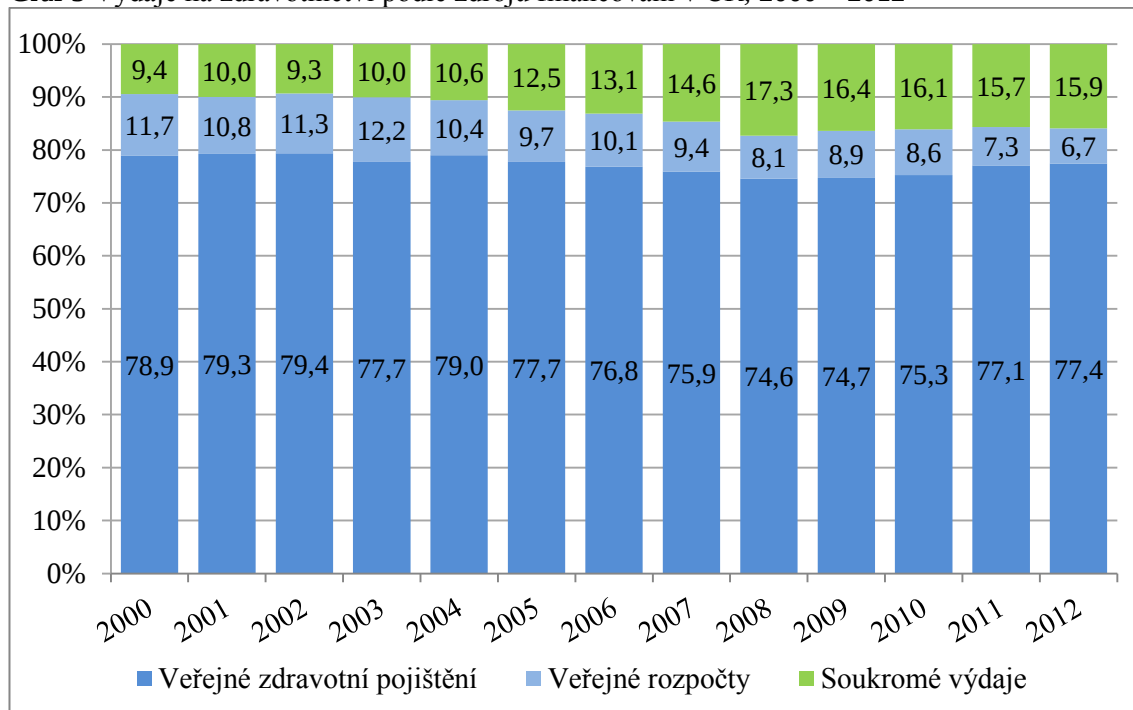
V České republice je financování zdravotnictví založeno na modelu povinného zdravotního pojištění (tzv. Bismarckovském modelu) a vychází z principu sociální ekvity. Tento princip je zakotven také v Listině základních lidských práv a svobod v článku 31: *„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“*

Zdravotní péče je financována z několika zdrojů (Durdisová, 2005, s. 192):

- veřejné rozpočty;
- platby pacientů;
- veřejné zdravotní pojištění;
- sponzoři, nadace, aj.

Procentní podíl výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v ČR v letech 2000 – 2012 zobrazuje Graf 3. Nejvýznamnějším zdrojem financování zdravotnictví bylo veřejné zdravotní pojištění, tvořilo v průměru cca 77,2 %. Zdravotnictví je dále financováno z veřejných rozpočtů (státní rozpočet a místní rozpočty), tento podíl se v průběhu sledovaného období snížil na polovinu, tj. z 11,7 % na 6,7 %. Naopak podíl soukromých výdajů (domácností, korporací, aj.) vzrostl v roce 2012 oproti roku 2000 z 9,4% na 15,9%.

Graf 3 Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování v ČR, 2000 – 2012



Zdroj: ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2012, vlastní úprava

2.3 Základní charakteristika systému zdravotnictví na Slovensku

Po roce 1992 se i na Slovensku tvořily nové podmínky pro zdravotní pojištění. Jak uvádějí Mátl et al. (2009, s. 29) byly přijaty nové zdravotnické zákony: zákon o zdravotním pojištění a zdravotních pojišťovnách (273/1994), zákon o zdravotní péči (277/1994) a zákon o léčebném pořádku (98/1995). Tyto právní předpisy zajišťovaly občanům Slovenska právo na zdravotní péči, která je stejně jako v České republice garantována Ústavou (460/1992, čl. 40): „Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“

Slabou stránkou tehdy platné legislativy byla podle Mátla et al. (2009, s. 30) nedostatečná motivace jednotlivých subjektů, ať už pacientů, zdravotních pojišťoven nebo poskytovatelů zdravotní péče k ekonomickému, racionálnímu a zodpovědnému chování. Autoři dále konstatují, že zdravotnická zařízení nemohla vytvářet zisk a naopak za špatně hospodařící zařízení platil dluhy stát, nebyl definován balíček služeb hrazených ze zdravotního pojištění. A často docházelo k nadspotřebě léků a zdravotní péče. Nepříznivě se začaly projevovat i další faktory (stárnutí populace, nárůst chronických a dalších chorob – kardiovaskulárních, využívání moderních, ale často drahých technologií), které působí na růst výdajů. Na přelomu 20. a 21. století se slovenské zdravotnictví potýkalo se značnými problémy, které pramenily právě z chybného nastavení zdravotnické legislativy.

Zachar (2013, s. 3 – 5) uvádí, že roky 2000 – 2002 nepřinesly ve slovenském zdravotnictví výrazné změny. Podle autora byla přijata jen částečná opatření, jejichž cílem nebylo změnit systém od základů, ale pouze zmírnit problémy a odsunout jejich řešení do budoucna. Chyběla ucelená představa o reformě a odvaha prosadit mnohdy nepopulární kroky vedoucí k ozdravení zdravotnictví. Docházelo tak k dalšímu zadlužování. V červenci 2001 byla schválena novela Exekučního zákona, jejímž cílem bylo vyloučit z exekucí majetek zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení na dobu 6 měsíců. Mělo jít o zabránění kolapsu slovenského zdravotnictví a o vytvoření časového prostoru pro získání finančních prostředků pro zdravotnictví. Následně bylo toto období několikrát prodlouženo, nejprve do doby ukončení transformace zdravotních pojišťoven na akciové společnosti (do konce června 2005) a transformace zdravotnických zařízení (do konce roku 2006), nakonec však bylo prodlouženo až do konce roku 2007.

Předpokladem účinné transformace zdravotnictví dle Zachara (2013, s. 6) bylo i oddlužení a privatizace zdravotnických zařízení (v letech 2000 – 2002). Na oddlužení bylo poskytnuto 12 miliard slovenských korun z privatizace, avšak proces transformace všech zdravotnických zařízení nebyl v tomto období dokončen a mnohá z nich se začala opět zadlužovat. Mělo být odstátněno celkem 169 zdravotnických zařízení a převedeno bezúplatně na města a obce, s právem Ministerstva zdravotnictví tato zařízení kontrolovat.

Zachar (2013, s. 6 – 19) uvádí, že období let 2003 – 2005 se nese v duchu „Zajacovej“ reformy. V říjnu 2002 nastoupil na post ministra zdravotnictví Rudolf Zajac, který měl jasnou představu o reformě, jejímž cílem bylo zajistit finanční stabilitu zdravotnictví především zvýšením efektivnosti systému a spoluúčasti pacientů. Autor dále říká, že nejprve byla přijata stabilizační opatření - od června 2003 byly zavedeny paušální poplatky (návštěva lékaře v ambulanci 20 Sk, pobyt v nemocnici 50 Sk/den, pobyt v lázních 50 – 220 Sk/den, návštěva pohotovosti nebo poskytnutí služby první pomoci 60 Sk, vydání léku na předpis 20 Sk, doprava sanitkou 2 Sk/km). Zavedení paušálních poplatků mělo omezit nadměrnou spotřebu zdravotnických služeb, léků a zvýšit

odpovědnost pacienta za vlastní zdraví. Toto stabilizační opatření mělo i zmírnit stále rostoucí dluh zdravotnictví.

Po zavedení stabilizačních opatření byla přijata systémová opatření, která byla schválena na konci roku 2004. Jednalo se o balíček šesti nových zákonů (Zachar, 2013, s. 13 – 18):

- Zákon č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, definoval zdravotní péči a formy jejího poskytování, práva a povinnosti při poskytování zdravotní péče a vedení zdravotní dokumentace. Poprvé byla zákonem upravena vazba mezi zdravotní péčí a diagnózou, (k jednotlivým diagnózám byly přiřazeny standardní postupy), což umožnilo přesně definovat, „kdo má na co nárok“. Došlo také ke kategorizaci výkonů, nemocí, léků, pomůcek aj.
- Zákon č. 577/2004 Z.z., o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Součástí zákona byla příloha, která obsahovala přibližně 6400 tzv. prioritních diagnóz včetně nákladů na léčení hrazených z veřejného zdravotního pojištění. U ostatních asi 3300 tzv. neprioritních diagnóz, které nebyly uvedeny v příloze, měla vláda nařízením určit výši spoluúčasti pacienta. Během tohoto období však vláda nařízení nevydala.
- Zákon č. 578/2004 Z. z., o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve, upravoval transformaci státních poskytovatelů zdravotní péče na akciové společnosti. Zákon definoval veřejnou minimální síť poskytovatelů zdravotní péče, která garantovala dostupnost zdravotní péče.
- Zákon č. 580/2004 Z. z., o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve, zavedl dva druhy zdravotního pojištění, a to veřejné zdravotní pojištění a individuální zdravotní pojištění. Individuální zdravotní pojištění se v praxi neujalo, jelikož nebyla stanovena výše spoluúčasti pacienta v případě tzv. neprioritních diagnóz. Zákon dále upravuje podmínky týkající se pojištění a míru přerozdělení pojistného. Zákonem bylo zavedeno roční zúčtování zdravotního pojištění resp. měsíčních odvodů, které povinně zpracovávali pojištěnci. Cílem tohoto zúčtování bylo zamezení spekulacím např. při výplatě mezd zaměstnancům. Zavedení ročního zúčtování bylo podrobeno značné kritice pro jeho komplikovanost a administrativní náročnost.
- Zákon č. 581/2004 Z. z., o zdravotných poisťovniach, dohláde nad zdravotnou starostlivosťou, měl za úkol především transformaci zdravotních pojišťoven na akciové společnosti (v roce 2005), kde stát neručí za platební schopnost jednotlivých zdravotních pojišťoven. Zákon měl zabezpečit přehledné finanční vztahy, účetnictví a povinný nezávislý audit, zodpovědnost managementu za hospodaření. Tato opatření měla přispět k větší konkurenci při výkonu zdravotního pojištění a poskytování zdravotní péče (např. při nákupu služeb a výkonů u poskytovatelů). Přeměna na akciovou společnost se týkala i Všeobecné

zdravotní pojišťovny (VšZP), kde 100 % vlastníkem bude stát. Zákon umožňoval zdravotním pojišťovnám vytvářet zisk a následně ve formě dividend vyplácet akcionářům, při splnění stanovených podmínek (pojišťovna nevykazovala žádné neuspokojené nároky z výkonů, za léky, pomůcky aj. a žádný pacient nebyl na čekací listině). Pokud nebyly splněny dané podmínky, pojišťovna musela vykázaný zisk reinvestovat na uspokojení těchto nároků. Zákonem byl zřízen Úřad pro dohlád nad zdravotnou starostlivostí (ÚDZS). Mělo se jednat o nezávislý orgán, který plní funkci převážně regulační a kontrolní.

- Zákon č. 579/2004 o záchranné zdravotnické službě.

Reforma zdravotnictví však byla přijata se značnou nevolí a kritikou jak ze strany laické tak i odborné veřejnosti, nicméně se jednalo do té doby o nejkomplexnější změny v oblasti zdravotnictví, i když nebyly přijaty všechny zamýšlené návrhy a opatření (Zachar, 2013, s. 17 - 18).

Kritika reformy se promítla do volebních preferencí a s nastupující vládou Roberta Fica (období 2006 - 2009) byla některá opatření přijatá v rámci „Zajacovy“ reformy zrušena (Zachar, 2013, s. 20 - 23): od září 2006 byly sníženy některé paušální poplatky na 0,- Sk (za návštěvu lékaře, za pobyt v nemocnici) a sníženy poplatky za recept z 20 Sk na 5 Sk, byla přijata novela zákona o zdravotních pojišťovnách, která umožnila odvolat předsedu ÚDZS z jakýchkoliv důvodů (do té doby jen z taxativně vymezených důvodů). Toto opatření bylo považováno za omezení nezávislosti kontrolního a regulačního úřadu v oblasti zdravotnictví. Dalším opatřením byl zákaz zdravotním pojišťovnám vykazovat zisk, respektive vyplácet zisk mezi akcionáře. Zisk měl být použit výhradně pro potřeby zdravotní péče. Podle novely měly zdravotní pojišťovny plnit sociální funkci a cílem by nemělo být dosahování zisku. Touto novelou došlo zároveň ke snížení maximální výše provozních výdajů ze 4 % na 3,5 % z vybraného zdravotního pojištění před přerozdělením. V roce 2007 byla i novelou zákona zastavena transformace státních zdravotnických zařízení na akciové společnosti.

Rok od zrušení některých paušálních poplatků byly nově zavedeny tzv. výměnné listy (Zachar, 2013, s. 20). Jednalo se o doporučení praktického lékaře k návštěvě specialisty, které mělo nahradit princip paušálních poplatků za návštěvu lékaře (mělo odradit pacienty od zbytečných návštěv u lékařů). Jak uvádí autor, toto opatření Ministerstvo zdravotnictví zdůvodnilo tím, že praktický lékař by měl mít přehled o celkovém stavu a léčbě pacienta včetně jeho návštěv u specialistů.

V roce 2011 za vlády Ivety Radičovej byla schválena rozsáhlá novela zákona o zdravotních pojišťovnách, včetně úprav dalších zákonů. Došlo ke zpřísnění kritérií při posuzování platební schopnosti zdravotních pojišťoven, avšak kvůli finančním problémům VšZP bylo toto opatření odsunuto až na začátek roku 2013. (Zachar, 2013, s. 24 – 30)

Autor zmiňuje i další opatření, kterými byly:

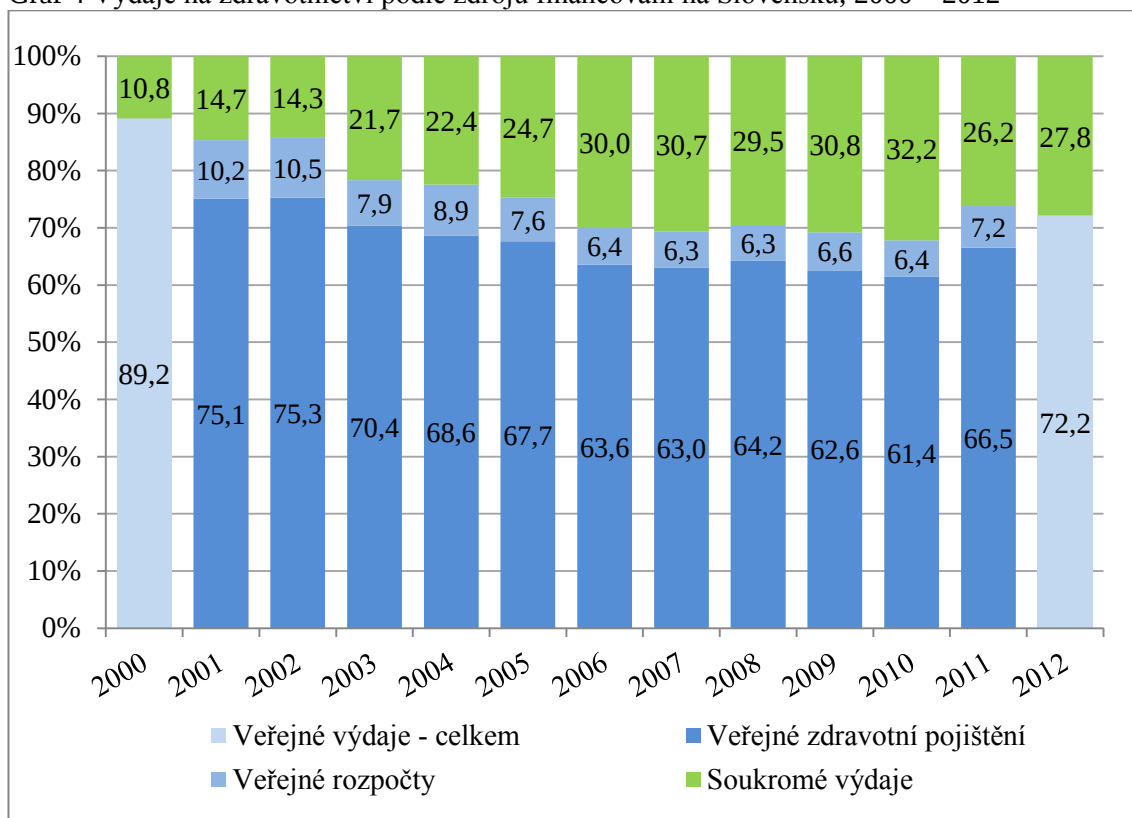
- povinnost zveřejňovat na internetu všechny smlouvy zdravotních pojišťoven uzavřených s poskytovateli zdravotní péče;
- opětovné posílení nezávislosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, zrušením možnosti odvolat předsedu z jakéhokoliv důvodu;
- zrušení povinnosti tzv. výměnných listů;
- byl schválen ochranný limit na doplatky za léky pro některé skupiny pacientů (45 EUR pro důchodce s příjmem nižším než 372,25 EUR a pro zdravotně postižené 30 EUR);
- byl zrušen zákaz zdravotních pojišťoven vykazovat, respektive rozdělovat zisk mezi akcionáře (dle nálezu Ústavního soudu SR byl tento zákaz protiústavní);
- od roku 2012 měly začít zpracovávat roční zúčtování odvodů zdravotního pojištění zdravotní pojišťovny namísto pojištěnců.

Vláda I. Radičovej si dala za cíl dokončit transformaci státních nemocnic na akciové společnosti (Zachar, 2013, s. 26). Autor však uvádí, že v důsledku pádu vlády na jaře 2011 a pod tlakem protestujících lékařů tato transformaci nebyla dokončena a navíc byla zrušena i legislativně. Nejprínosnější reformou roku 2011 byla reforma lékové politiky. Právě výdaje na léky a jejich vysoká spotřeba byly ve slovenském zdravotnictví velkým problémem. Jednalo se o zpřísnění systému určování cen léků, kdy cena léků nesměla přesáhnout úroveň druhé nejnížší ceny ve všech zemích EU. S nástupem nové vlády (2012 – 2013) musela nová ministryně zdravotnictví Zuzana Zvolenská čelit problému v souvislosti s uspokojením vyšších mzdových nároků pro lékaře a zdravotní sestry.

Přerozdělovací systém (Kováč, 2009, s. 42 - 45) a § 27 – 28a zákona č. 581/2004 Z. z. slouží ke kompenzaci rizik, která souvisí jednak se strukturou pojištěnců a jednak se strukturou pacientů. Jak autor dále uvádí, na Slovensku přerozdělování příjmů mezi zdravotními pojišťovnami provádí Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. V roce 2005 podléhalo přerozdělení 85,5 % celkové sumy vybraného pojistného zdravotními pojišťovnami s cílem motivovat zdravotní pojišťovny k vymáhání nedoplatků (Zachar, 2013, s. 14 – 23). Autor doplňuje, že v roce 2008 se zvýšil základ pro přerozdělování na 95 %, což mělo zabezpečit větší solidaritu (ve skutečnosti však mělo jít o zlepšení finanční situace VšZP). Do přerozdělovacího mechanismu bylo od roku 2008 zavedeno nové kritérium, tj. počet pojištěnců, za které hradí pojištění stát (do této doby byly kritérium jen věk a pohlaví pojištěnců). Nyní je zohledňován také index rizikovosti pacienta (zohledňuje nákladovost pojištěnců podle pohlaví a věku). Zdravotní pojišťovny hlásí každý měsíc ÚDZS celkovou sumu vybraného pojištění a počet pojištěnců v rozdělení podle pohlaví a věku, ten provede propočet a stanoví částku připadající na jednoho pojištěnce. Přerozdělení podléhá také pojistné připadající na státní pojištěnce, které hradí Ministerstvo zdravotnictví SR. Na základě měsíčního a následně ročního přerozdělování příjmů jsou jednotlivým pojišťovnám uhrazeny příjmy nebo naopak pojišťovny musí částky vybrané nad limit odeslat ÚDZS.

Stejně jako v České republice i na Slovensku je financování zdravotnictví založeno na povinném veřejném zdravotním pojištění, tzv. Bismarckovském modelu. Financování probíhá hned z několika zdrojů. Kováč (2009, s. 28 – 29) uvádí, že prioritně jde o platby veřejného zdravotního pojištění. Dalšími zdroji jsou státní rozpočet a místní rozpočty, soukromé zdroje (přímé platby občanů), eurofondy a jiné zdroje (sponzoři, soukromí investoři aj.). V Grafu 4 je uvedeno, kolika procenty se podílely jednotlivé zdroje na financování zdravotnictví v letech 2000 – 2012. Údaje za rok 2000 a 2012 se nepodařilo zjistit v podrobném členění, proto jsou uvedeny pouze v rozdělení na veřejné a soukromé výdaje, přičemž podíl veřejných výdajů celkem zahrnuje veřejné zdravotní pojištění i výdaje z veřejných rozpočtů. Největší podíl zaujímá veřejné zdravotní pojištění, přičemž jeho podíl měl ve sledovaném období klesající tendenci. V roce 2001 se jednalo o podíl ve výši 75,1 %, v roce 2011 to bylo 66,5 %. Naopak soukromé výdaje na zdravotnictví vzrostly z 10,8 % v roce 2000 na 27,8 % v roce 2012. Největší podíl soukromých výdajů byl vykázán v roce 2010, a to 32,2 % z celkových výdajů. Veřejné výdaje se mírně snížily, v období 2001 – 2011 činily v průměru 7,7%.

Graf 4 Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování na Slovensku, 2000 – 2012



Zdroj: ŠÚ SR, Štatistická ročenka SR 2000 – 2013 a OECD (2014), Total expenditure on health, vlastní úprava

3 Analytická část

3.1 Analýza systému zdravotního pojištění v ČR

3.1.1 Veřejné zdravotní pojištění

Právní úprava zdravotního pojištění je dána zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Zákon upravuje veřejné zdravotní pojištění (vznik a zánik zdravotního pojištění, definuje plátce pojistného a pojištěnce včetně jejich práv a povinností), rozsah a podmínky úhrad zdravotní služby, způsoby stanovení cen a úhrad léčivých přípravků, které jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podle § 2, odst. 1 tohoto zákona jsou zdravotně pojištěny osoby mající trvalý pobyt na území České republiky a osoby, které sice nemají trvalý pobyt na území České republiky, ale jsou zaměstnány u zaměstnavatele mající sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky. Zákon definuje plátce zdravotního pojištění v § 4 - 7, kterými jsou zaměstnanci, zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ), stát a osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP).

Dalším právním předpisem je zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, který upravuje především výši pojistného, vyměřovací základy, odvody na veřejné zdravotní pojištění a přerozdělování pojistného. Výše pojistného je stanovena v § 2 a činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Vyměřovací základ (VZ) pro výpočet pojistného na veřejné zdravotní pojištění je specifikován pro jednotlivé plátce v § 3, 3a, 3b, 3c. Zákon stanoví také limity, tj. minimální a maximální vyměřovací základ. Maximální vyměřovací základ byl zaveden v roce 2008 a odvíjí se od průměrné měsíční mzdy (přehled maximálních vyměřovacích základů je uveden v Příloze 1). Pro období let 2013 – 2015 není maximální vyměřovací základ stanoven.

Zaměstnanec je fyzická osoba, která má příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků. Pro účely zdravotního pojištění se za zaměstnance považuje i osoba činná na základě dohody o provedení práce, pokud její příjem v kalendářním měsíci přesáhne částku 10 000 Kč a osoba vykonávající činnost na základě dohody o pracovní činnosti, pokud v kalendářním měsíci její příjem dosáhl částky 2 500 Kč. Příjmy z více uzavřených dohod o provedení práce i dohod o pracovní činnosti, se nesčítají a každá dohoda se posuzuje odděleně, a to i v případě, že jsou uzavřeny u stejného zaměstnavatele (viz VZP ČR). Vyměřovacím základem u zaměstnance (§ 3 zákona č. 592/1992 Sb.) je úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou zdanitelným příjmem fyzických osob a nejsou od daně osvobozeny podle zákona o dani z příjmů. Jedná se o příjmy poskytnuté zaměstnavatelem v peněžní i nepeněžní formě, případně formou výhody. Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění přesně stanovuje příjmy, které se do vyměřovacího základu nezahrnují (např. náhrada škody, odstupné aj.).

Minimálním vyměřovacím základem je minimální mzda stanovená právním předpisem pro dané období nebo její poměrná část a použije se u zaměstnance, který čerpá pracovní volno bez náhrady příjmů, nebo kterému trvala neomluvená nepřítomnost v práci. Minimální mzda je od 1. 8. 2013 stanovena ve výši 8 500 Kč, tato výše je platná i pro rok 2014. Vývoj minimální mzdy v letech 2000 – 2014 je uveden v Příloze 5. Rozhodným obdobím pro stanovení vyměřovacího základu u zaměstnance je kalendářní měsíc. Sazba pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu, zaměstnavatel hradí 9 %, zaměstnanec 4,5 %. Celkovou sumu pojistného odvádí zaměstnavatel nejpozději do 20. dne následujícího kalendářního měsíce na účet příslušné zdravotní pojišťovny.

Osoby samostatně výdělečně činné definuje § 5 zákona č. 48/1997 Sb. jako osoby provozující živnost nebo podnikání na základě zvláštních předpisů, osoby podnikající v zemědělství, osoby konající činnost uměleckou nebo tvůrčí na základě autorskoprávních vztahů (kromě případů, kdy mají příjmy, jež jsou samostatným základem daně a zdaněny zvláštní sazbou podle zákona o dani z příjmů) aj. Vyměřovací základ činí 50 % příjmů z podnikání nebo z jiné samostatně výdělečné činnosti, které jsou sníženy o výdaje použité na dosažení, zajištění a udržení těchto příjmů. Jestliže OSVČ vede účetnictví, vyměřovacím základem je 50 % ze základu daně z příjmů podle zákona o daních z příjmů. Procento pro stanovení vyměřovacího základu se v průběhu období 2000 – 2014 postupně měnilo z 35 % až na 50 % (přehled VZ je uveden v Příloze 2). Za příjmy OSVČ podléhající zdravotnímu pojištění se nepovažují např. příjmy, které tvoří samostatný základ daně a jsou zdaněny zvláštní sazbou daně. Minimální roční vyměřovací základ u OSVČ je 12násobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. Tento základ neplatí pro osoby, které jsou současně např. zaměstnancem a z tohoto zaměstnání odvádí pojistné alespoň z minimálního vyměřovacího základu nebo státním pojištěncem aj., za předpokladu, že rozhodné skutečnosti trvaly po celé období. Od 1. 1. 2014 činí minimální výše měsíční zálohy 1 752 Kč. Výše minimálních a maximálních měsíčních záloh v jednotlivých letech 2000 – 2014 jsou uvedeny v Příloze 3. Rozhodným obdobím u OSVČ je kalendářní rok. OSVČ hradí pojistné měsíčně, formou záloh a po skončení kalendářního roku, na základě provedeného zúčtování, uhradí případný doplatek na pojistné. Pokud je na základě ročního zúčtování zjištěn přeplatek, je pojištěnci zdravotní pojišťovnou vrácen.

Státní pojištěnci jsou (§ 7, zákon č. 48/1997 Sb.) nezaopatřené děti, osoby pobírající důchod (starobní, invalidní nebo pozůstalostní), nezaměstnané osoby vedené v evidenci úřadu práce, ženy na mateřské dovolené, osoby na rodičovské dovolené nebo osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi aj.). Rozhodným obdobím je kalendářní měsíc. Vyměřovací základ je stanoven v roce 2014 ve výši 5 829 Kč, z něhož měsíční pojistné činí 787 Kč (§ 3c zákona č. 592/1992 Sb.). Pojistné na veřejné zdravotní pojištění odvádí stát prostřednictvím Ministerstva financí ČR na Zvláštní účet Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Následně

dochází k přerozdělení pojistného mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny. Měsíční vyměřovací základ a pojistné za státní pojištěnce od roku 2000 zobrazuje Příloha 4.

Osoby bez zdanitelných příjmů jsou podle § 5 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb. pojištěnci mající trvalý pobyt na území České republiky, kteří nejsou zaměstnanci, OSVČ a nejsou ani státními pojištěnci po celý kalendářní měsíc (např. se jedná o ženy v domácnosti, osoby bez zaměstnání, které nejsou v evidenci úřadu práce vedeni jako uchazeči o zaměstnání aj.). Vyměřovacím základem je minimální mzda. Osoba bez zdanitelných příjmů je povinna hradit pojistné sama za kalendářní měsíc ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu na účet příslušné zdravotní pojišťovny. V roce 2014 je měsíční pojistné osoby bez zdanitelných příjmů 1 148 Kč. Příloha 5 ukazuje vývoj minimální mzdy včetně výše pojistného OBZP v období 2000 - 2014.

3.1.2 Zdravotní pojišťovny v ČR

V České republice provádějí veřejné zdravotní pojištění dva typy zdravotních pojišťoven. Jedná se o Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR, která byla 1. 1. 1992 zřízena zákonem č. 551/1991 Sb., a která jak uvádí na svých internetových stránkách „*dlouhodobě patří k základním pilířům systému zdravotnictví v ČR.*“ Ostatní zdravotní pojišťovny jsou označovány jako zaměstnanecké pojišťovny. Řídí se zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách a zřizují se na základě povolení, které uděluje Ministerstvo zdravotnictví ČR po předchozím souhlasu Ministerstva financí ČR (§ 3 zákona 280/1992 Sb.). V České republice působí v současné době šest zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven:

- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (VoZP);
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP);
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP);
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZP Škoda);
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZPMV);
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (Revírní ZP).

V roce 2000 působilo v ČR 9 zdravotních pojišťoven. Ve sledovaném období vznikly dvě nové zdravotní pojišťovny ZP Agel a ZP Média, které však nepůsobily dlouho. Svou činnost ukončila také Česká národní ZP a ZP Metal-Aliance a od konce roku 2012 vykonává činnost veřejného zdravotního pojištění 7 zdravotních pojišťoven. V Příloze 6 je uveden přehled počtu pojištěnců evidovaných u jednotlivých zdravotních pojišťoven v letech 2000 – 2012 vždy k 31. 12. V České republice evidovaly zdravotní pojišťovny k 31. 12. 2012 celkem 10 404 tis. pojištěnců. Největší podíl pojištěnců vykazovala VZP, i když tento podíl postupně klesal - v roce 2000 zaujímal 71,1 % (7 361 tis. pojištěnců), v roce 2012 už jen 59,2 % (6 162 tis. pojištěnců). Klesající podíl pojištěnců u VZP měl za následek růst pojištěnců u ostatních pojišťoven. Největší zaměstnaneckou

zdravotní pojišťovnou podle počtu pojištěnců je Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR, kdy v roce 2012 podíl činil 11,4 % (1 187 tis. pojištěnců). Oproti tomu byla v roce 2012 nejmenší zdravotní pojišťovnou Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, jejíž podíl pojištěnců činil 1,3 % (137 tis. pojištěnců).

Zdravotní pojišťovny jsou právnické osoby, jejichž hlavní činností je provádění všeobecného zdravotního pojištění. Pojišťovny hospodaří s vlastním majetkem a majetkem jím svěřeným (§ 2 – 3 zákona č. 551/1991 Sb., a § 2 a 5 zákona č. 280/1992 Sb.). Zdravotní pojišťovny na základě § 7 zákona č. 551/91 Sb., a § 16 - 19 zákona č. 280/92 Sb., vytváří a spravují fondy, prostřednictvím kterých provádí financování svých činností. Základní fond slouží především k přijímání plateb pojistného od plátců na veřejné zdravotní pojištění a následné úhradě placených služeb zdravotní péče. Z tohoto fondu jsou prováděny i přiděly do provozního fondu (ke krytí nákladů na činnost pojišťovny) a dalších fondů na základě prováděcích právních předpisů. Těmito fondy jsou rezervní fond (slouží převážně ke krytí schodků základního fondu), sociální fond, fond majetku a fond reprodukce majetku.

VZP spravuje a vede Zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění, který slouží podle § 20 zákona č. 592/92 Sb., *„k financování hrazených služeb na základě přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu podle pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění.“*

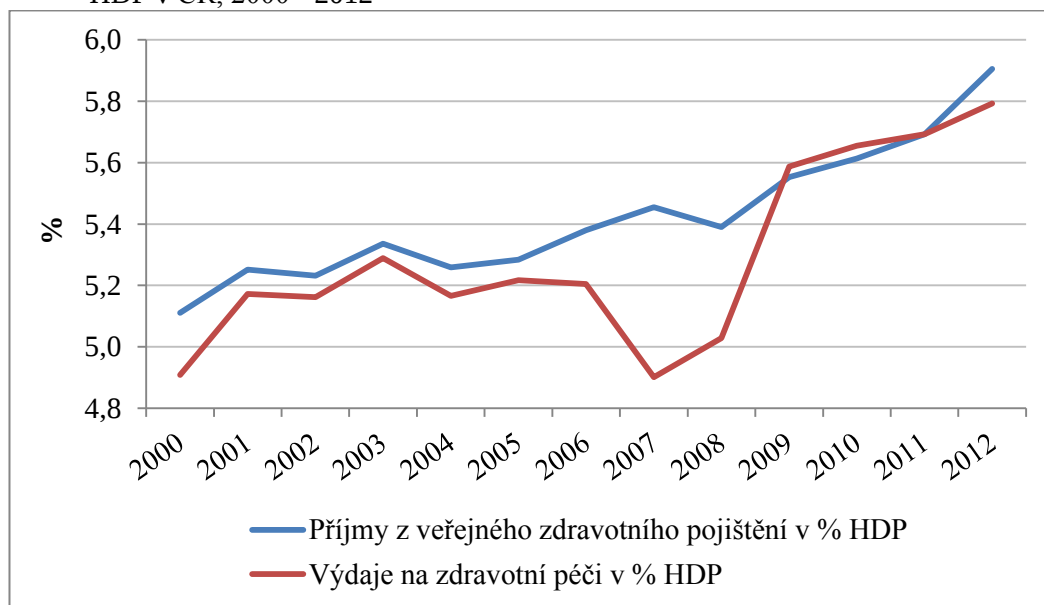
3.1.3 Příjmy a výdaje v systému zdravotního pojištění v ČR

Zdravotní pojišťovny hospodaří na základě zdravotně pojistného plánu (§ 6 zákona č. 551/1991 Sb. a § 15 zákona č. 280/1992 Sb.), který sestavují na příslušný kalendářní rok. Plán je souhrnem všech příjmů, výdajů a dalších informací souvisejících s hospodařením a činností pojišťoven. Hlavním zdrojem příjmů zdravotních pojišťoven jsou příjmy vybírané z veřejného zdravotního pojištění od jednotlivých plátců. Dalšími příjmy jsou např. příjmy z pokut a poplatků z prodlení, dary a ostatní příjmy (§ 4 zákony 551/1991 Sb. a § 12 zákona 280/1992 Sb.). V Příloze 7 jsou zobrazeny příjmy zdravotních pojišťoven celkem a rozdělení příjmů podle vybraných plátců v období 2000 – 2012. Největší podíl příjmů tvořily příjmy z pojistného na veřejné zdravotní pojištění za osoby v pracovním nebo obdobném poměru. V roce 2000 byl podíl těchto příjmů na celkových příjmech zdravotních pojišťoven 71,4 %, v následujících letech došlo k poklesu a v roce 2012 činil tento podíl 65,1 % celkových příjmů. Příjmy hrazené ze státního rozpočtu za státní pojištěnce se zvýšily z 27 258 mil. Kč na 58 976 mil. Kč, což představuje zvýšení o 116 % v porovnání let 2012 a 2000. Příčinou bylo zejména zvýšení částky pojistného a počtu státních pojištěnců. Průměrný podíl příjmů hrazených za státní pojištěnce ve sledovaném období byl 22,8 %. Příjmy placené OSVČ činily v tomto období v průměru 6,7 % z celkových příjmů zdravotních pojišťoven.

Mezi výdaje zdravotních pojišťoven (§ 5 zákona 551/1991 Sb. a § 13 zákony 280/1992 Sb.) patří výdaje za poskytnuté zdravotní služby, které zdravotní pojišťovny hradí z veřejného zdravotního pojištění na základě uzavřených smluv s poskytovateli zdravotních služeb. Dále jsou to platby za neodkladné léčení v cizině, náklady na činnost zdravotních pojišťoven aj. Přehled celkových výdajů, výdajů na zdravotní péči a na provoz zdravotních pojišťoven v letech 2000 – 2012 zachycuje Příloha 8. Z přílohy je patrné, že výdaje na zdravotní péči tvořily největší část výdajů zdravotních pojišťoven a ve sledovaném období dosahovaly v průměru 96,4 % celkových výdajů. V roce 2012 dosahovaly výše 222 769 mil. Kč a oproti roku 2000 vzrostly o téměř 100 %. Růst výdajů na provoz zdravotních pojišťoven kopíroval růst celkových výdajů a v průměru činily tyto výdaje 3,3 %. Porovnáním roku 2012 a 2000 provozní výdaje vzrostly o 87,68 %. Limity provozních výdajů zdravotních pojišťoven jsou stanoveny závazným právním předpisem.

Následující graf (Graf 5) ukazuje vývoj příjmů z veřejného zdravotního pojištění a výdajů vynaložených na zdravotní péči pacientů v České republice v období 2000 - 2012, obojí vyjádřené jako procento HDP. Ukazatel HDP je použit v běžných cenách.

Graf 5 Příjmy z veřejného zdravotního pojištění a výdaje na zdravotní péči v procentech HDP v ČR, 2000 - 2012



Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická ročenka ČR 2000 – 2012 a Příloha 18, vlastní úprava

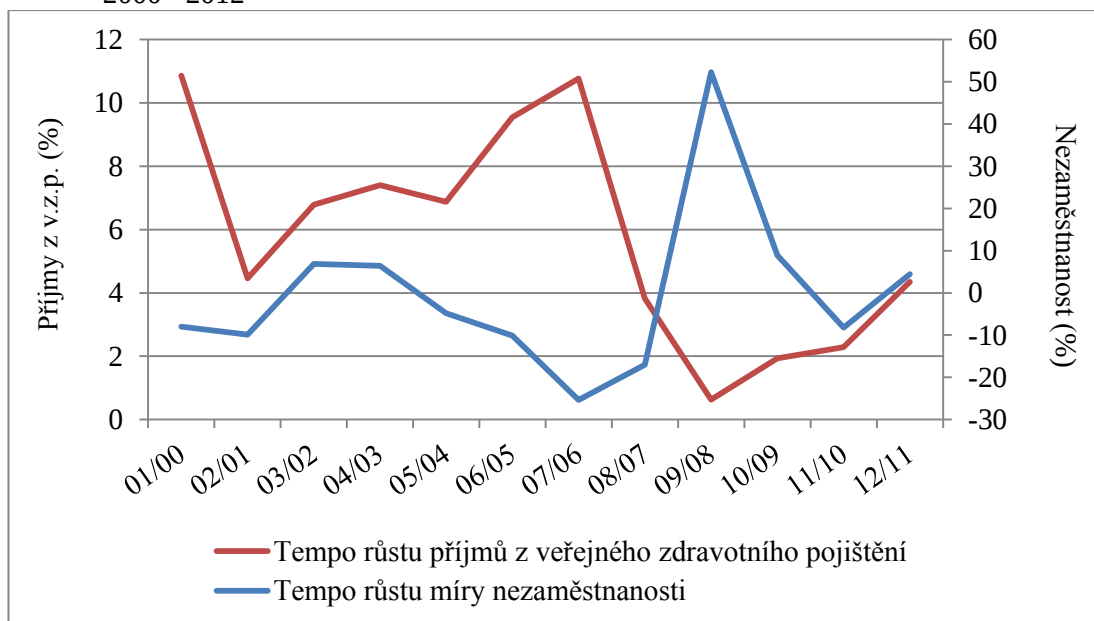
Z grafu je patrné, že v období 2000 – 2008 příjmy z veřejného zdravotního pojištění byly vyšší než výdaje vynaložené na zdravotní péči. Od roku 2009 procento výdajů vyjádřené v procentech HDP převyšovalo podíl příjmů na HDP, byť nepatrně. V roce 2008 došlo k poklesu příjmů z výběru zdravotního pojištění, na němž se projevil

především zavedení maximálního vyměřovacího základu. V roce 2009 v důsledku hospodářské krize, která měla vliv také na zaměstnanost a příjmy obyvatel, došlo k poklesu příjmů z výběru veřejného zdravotního pojištění od ekonomicky činných obyvatel. Tento pokles byl částečně pokryt pojistným hrazeným státem za státní pojištění, neboť počet těchto osob se v důsledku hospodářské krize zvýšil. Nárůst příjmů z pojistného hrazeného státem však nemohl zcela kompenzovat pokles příjmů z výběru veřejného zdravotního pojištění, a tak absolutní částka vybraných příjmů na jednoho pojištěnce klesla. K největšímu nárůstu výdajů na zdravotní péči došlo v roce 2009 oproti roku 2008, což bylo pravděpodobně zapříčiněno jednak zavedením nové úhradové vyhlášky č. 464/2008 a zároveň komplikovanou situací ve stanovování cen a úhrad léků (dle informací zveřejněných na internetových stránkách Ministerstva financí ČR). V roce 2011 příjmy i výdaje dosahovaly stejných hodnot. V roce 2012 nárůst příjmů z veřejného zdravotního pojištění byl vyšší než nárůst výdajů na zdravotní péči.

Na výši příjmů z veřejného zdravotního pojištění má vliv celá řada faktorů. Jedná se nejen o právní předpisy, které určují výši pojistného, sazby, vyměřovací základy, ale také další faktory, které odráží vývoj dané země (ekonomické ukazatele, demografický vývoj obyvatelstva, atd.).

V níže uvedeném grafu (Graf 6) je zachycen vývoj míry nezaměstnanosti a vývoj příjmů zdravotních pojišťoven z veřejného zdravotního pojištění. Míra nezaměstnanosti, jak uvádí Pavelka (2007, s. 115), vyjadřuje: „*procento nezaměstnaných z ekonomicky aktivního obyvatelstva*“. V části věnované veřejnému zdravotnímu pojištění v ČR, již bylo zmíněno, že obyvatelé spadající do kategorie nezaměstnaných jsou pojištěnci, za které platí zdravotní pojištění stát. Odvody pojistného za tuto skupinu pojištěnců jsou v porovnání s příjmy od plátců v pracovním poměru (zaměstnanců a zaměstnavatelů) výrazně nižší, tzn., že zvýšení počtu nezaměstnaných obyvatel neboli zvýšení míry nezaměstnanosti se projeví ve výběru příjmů z veřejného zdravotního pojištění. V Příloze 17 je uveden vývoj míry nezaměstnanosti v ČR v letech 2000 až 2012.

Graf 6 Tempo růstu míry nezaměstnanosti a příjmů z veřejného zdravotního pojištění v ČR, 2000 - 2012

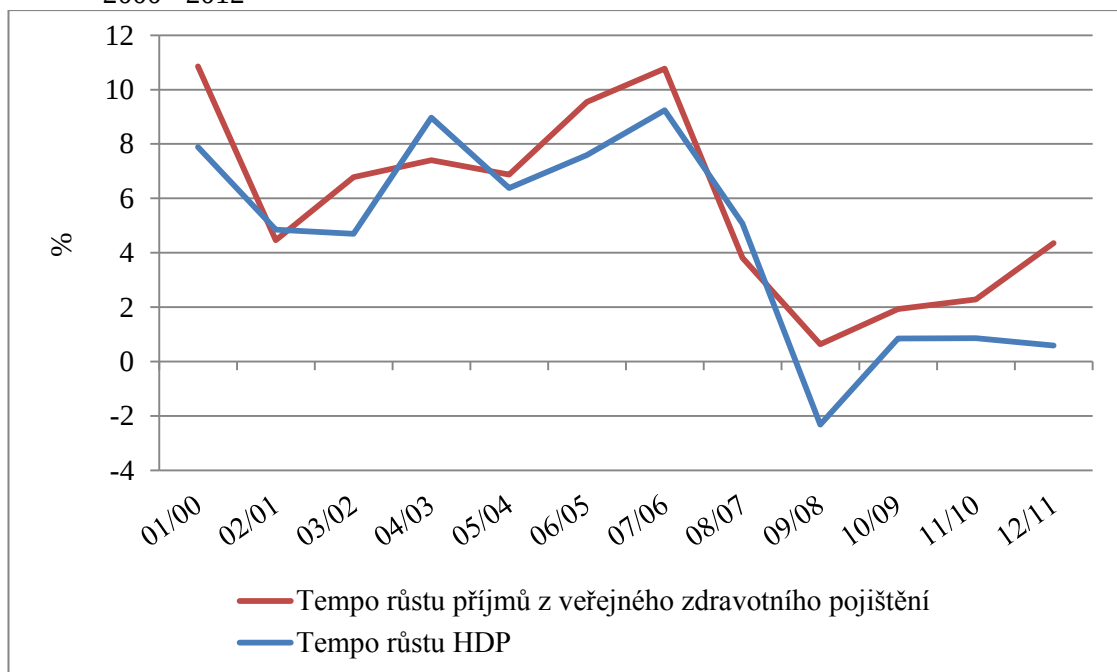


Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická ročenka ČR 2000 – 2012 a Příloha 17, vlastní úprava

V grafu je možné vypořádat dopad vývoje míry nezaměstnanosti na změnu příjmů z veřejného zdravotního pojištění, a to nejlépe v roce 2007 oproti roku 2006, kdy se míra nezaměstnanosti snížila o 25,4 %, a příjmy vzrostly o 10,8 %. Opačná situace je zachycena v roce 2009 v porovnání s rokem 2008. Míra nezaměstnanosti se zvýšila o 52,3 %, přičemž příjmy sice vzrostly, ale pouze o 0,6 %. Lze tedy říci, že zvyšující se míra nezaměstnanosti vyvolá pokles tempa růstu příjmů z veřejného zdravotního pojištění.

Dalším ukazatelem, který částečně může ovlivnit výši příjmů z veřejného zdravotního pojištění, je ukazatel HDP, pomocí něhož se vyjadřuje ekonomická výkonnost země. Graf 7 zachycuje vývoj tempa růstu HDP a příjmů z veřejného zdravotního pojištění v ČR v letech 2000 – 2012. Absolutní hodnota ukazatele HDP v běžných cenách za sledované období je uvedena v Příloze 18.

Graf 7 Tempo růstu ukazatele HDP a příjmů z veřejného zdravotního pojištění v ČR, 2000 - 2012



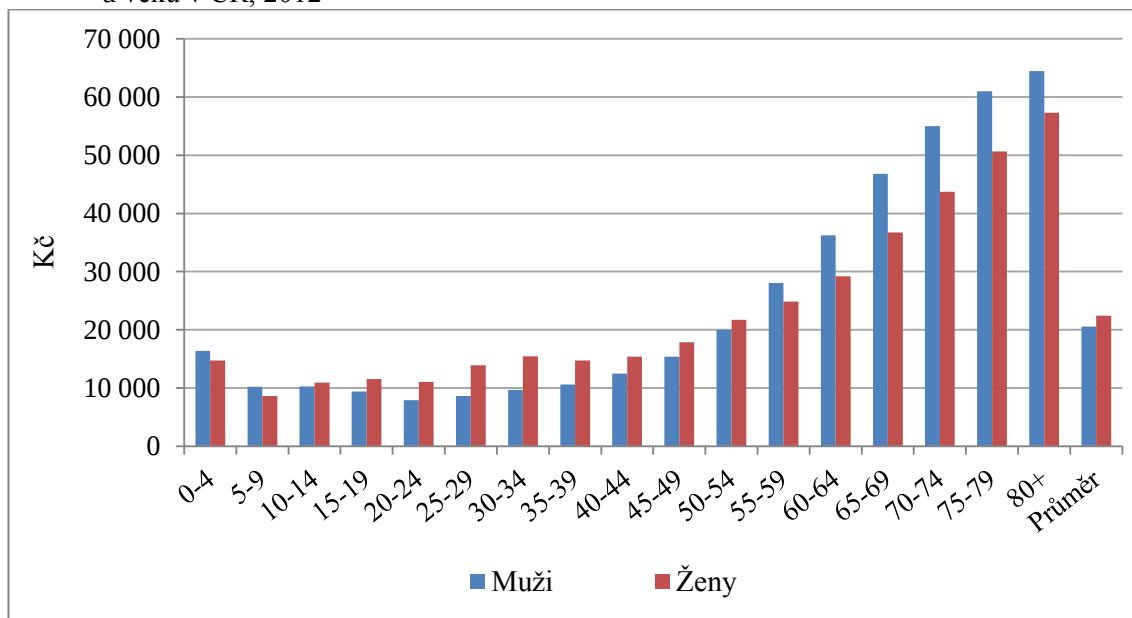
Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická ročenka ČR 2000 – 2012 a Příloha 18, vlastní úprava

Z grafu je na první pohled patrné, že ve většině období tempo růstu příjmů z veřejného zdravotního pojištění kopíruje tempo růstu ukazatele HDP. Lze říci, že zvýšení tempa růstu HDP se také odráží ve zvýšení tempa růstu těchto příjmů. V roce 2007 se hodnota ukazatele HDP zvýšila o 9,3 % oproti roku 2006 a zároveň příjmy vzrostly o 10,8 %. Za zmínku stojí také porovnání roku 2009 s rokem 2008, kdy absolutní hodnota ukazatele HDP se snížila o 2,3 %. Příjmy v tomto období sice rostly, ale jen o 0,6 %.

Demografická struktura obyvatel působí na příjmy i výdaje v systému veřejného zdravotního pojištění. Na výši příjmů zdravotních pojišťoven z veřejného zdravotního pojištění má vliv především rozdělení obyvatel na ekonomicky aktivní (osoby starší 15 let, které jsou zaměstnaní nebo nezaměstnaní) a neaktivní (děti mladší 15 let, důchodci aj.). V Příloze 15 je uveden počet obyvatel v rozdělení do tří věkových skupin, tak aby co nejlépe zobrazovaly ekonomicky aktivní a neaktivní obyvatele v letech 2000 – 2012. V České republice tvořily v letech 2000 – 2012 největší skupinu osoby ve věku 15 – 64 let a to v průměru cca 70 % z celkového počtu obyvatel. Obyvatelé v této věkové kategorii přispívají zpravidla nejvíce na veřejné zdravotní pojištění, pokud se jedná o osoby výdělečné (zaměstnanci, OSVČ). Počet obyvatel ve věkové skupině 0 – 14 let se snížil z 16,2 % v roce 2000 na 14,8 % v roce 2012. Opačný vývoj lze pozorovat u obyvatel starších 65 let, kdy v roce 2000 dosahoval podíl 13,9 % z celkového počtu obyvatel a v roce 2012 se zvýšil na 16,8 %. Za osoby v těchto dvou věkových kategoriích ve většině případů hradí pojištění stát a jeho výše je poměrně

nížká v porovnání např. se zaměstnanci. Věková struktura obyvatel ovlivňuje i výdaje za poskytnutou zdravotní péči. V Grafu 8 jsou zachyceny průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči jednoho pojištěnce podle pohlaví a věku v roce 2012.

Graf 8 Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči 1 pojištěnce podle pohlaví a věku v ČR, 2012



Zdroj: ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 až 2012, vlastní úprava

Graf ukazuje, že nižší výdaje byly poskytnuty na pojištěnce ve věku do 49 let a s přibývajícím věkem pojištěnce výdaje na zdravotní péči rostly. V roce 2012 byly nejvyšší průměrné výdaje vynaloženy v přepočtu na jednoho pojištěnce ve věku 80 let a více, kdy na jednoho muže činily 67 474 Kč, na jednu ženu 57 331 Kč. Celkové průměrné výdaje na 1 pojištěnce v roce 2012 činily 20 539 Kč u mužů a 22 414 Kč u žen. V roce 2000 byly tyto průměrné výdaje na jednoho muže 10 099 Kč a ženu 12 273 Kč (čerpáno z ČSÚ).

3.2 Analýza systému zdravotního pojištění na Slovensku

3.2.1 Veřejné zdravotní pojištění

Mezi právní předpisy upravující zdravotní pojištění na Slovensku patří zákon č. 580/2004 Z.z., o zdravotnom poistení a o zmene zákona č. 95/2002 Z.z., o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zákon upravuje zdravotní

pojištění, vztahy účastníků zdravotního pojištění a přerozdělení pojistného. § 2 tohoto zákona definuje zdravotní pojištění jednak jako:

- povinné veřejné zdravotní pojištění, na jehož základě se poskytuje pojištěncům zdravotní péče a další související služby – pojištění je povinné a přesně definováno zákonem;
- individuální zdravotní pojištění, pro které se může rozhodnout každá osoba. Jedná se o individuální doplňkové zdravotní pojištění, na základě kterého jsou poskytnuty služby určené smlouvou.

Osoba, která má trvalý pobyt na území Slovenska a nesplňuje žádnou z podmínek povinného veřejného zdravotního pojištění (není zdravotně pojištěná v jiném evropském státě a není ani veřejně zdravotně pojištěná), může být dobrovolně veřejně zdravotně pojištěná. Pojištěncem je osoba, která je povinně veřejně zdravotně pojištěná a má trvalý pobyt na území Slovenska. Pojištěné jsou i fyzické osoby bez trvalého pobytu uvedené v § 3 zákona 580/2004 Z.z., jako např. osoba zaměstnaná u zaměstnavatele, který má sídlo na území Slovenské republiky, osoba vykovávající nebo mající oprávnění vykonávat na území Slovenské republiky samostatnou výdělečnou činnost aj. Plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění je podle §11 zákona č. 580/2004 Z.z., zaměstnanec, samostatně výdělečně činná osoba (SZČO), stát, osoba dobrovolně nezaměstnaná, tzv. samoplátce a příjemce dividend.

Pojistné na veřejné zdravotní pojištění je stanoveno jako procento z vyměřovacího základu (VZ). Do konce roku 2000 činila sazba 13,7 %, od 1. 1. 2001 je stanovena ve výši 14 % z vyměřovacího základu (§ 12 zákona 580/2004 Z.z.). V případě, že se jedná o osoby se zdravotním postižením, sazba se snižuje na polovinu. Rozhodným obdobím je kalendářní rok. V průběhu roku odvádí plátce zálohy na veřejné zdravotní pojištění, které jsou povinni platit všichni plátcí ze svých příjmů, kromě příjmů z kapitálového majetku a ostatních příjmů podle § 7 a 8 zákona č. 595/2003 Z.z., o dani z příjmů. Tyto příjmy jsou zohledněny až v rámci ročního zúčtování pojistného. Jak je uvedeno v § 19 zákona č. 580/2004 Z.z., roční zúčtování pojistného na veřejné zdravotní pojištění od roku 2011 zpracovávají zdravotní pojišťovny. Výsledkem je buď nedoplatek, který musí být v zákonem stanovených lhůtách uhrazen nebo vzniká přeplatek, který je následně pojištěncům vrácen. Jak již bylo zmíněno výše, plátcí pojistného, vyměřovací základ, sazba, rozhodné období a placení pojistného včetně podmínek ročního zúčtování je podrobně uvedeno v § 11 – 19 zákona 580/2004 Z. z.

Zaměstnancem je fyzická osoba, která má příjmy ze závislé činnosti podle zákona o dani z příjmů. Za zaměstnance se nepovažuje osoba ve dnech, kdy nemá příjem ze závislé činnosti a ani nepobírá náhrady příjmů (dávky nemocenské, mateřské, ošetrovné aj.). Jde o případy, kdy fyzická osoba čerpá neplacené volno nebo má neomluvenou absenci v práci. V uvedených dnech se tato osoba stává samoplátcem povinného zdravotního pojištění. Od 1. 1. 2013 se považuje za zaměstnance i osoba

pracující na základě dohod konaných mimo pracovní poměr (dohody o provedení práce a dohody o pracovní činnosti).

Od 1. 11. 2013 byla zavedena tzv. odvodová úleva pro zaměstnavatele, kteří zaměstnají dlouhodobě nezaměstnanou osobu. Úlevu lze uplatnit nejdéle po dobu 12 kalendářních měsíců od vzniku daného pracovního poměru. Za zaměstnance platí pojištění stát, tzn. zaměstnanec ani zaměstnavatel neplatí zdravotní pojištění. Zaměstnavatel plní jen oznamovací a vykazovací povinnost. Odvodovou úlevu nelze uplatnit v případě uzavření dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr. Pro uplatnění tzv. odvodové úlevy musí být splněny stanovené podmínky, např. před vznikem pracovního poměru byla tato osoba nezaměstnaná minimálně po dobu 12 měsíců, suma měsíčního příjmu nesmí být vyšší než 67 % průměrné mzdy, a to po dobu prvních 12 měsíců, zdravotní pojišťovna nesmí vykazovat vůči zaměstnavateli žádné pohledávky z titulu zdravotního pojištění. Informace byly čerpány z internetových stránek VŠZP.

Vyměřovacím základem u zaměstnanců je úhrn příjmů ze závislé činnosti včetně např. odstupného, náhrad za pracovní a služební pohotovost, vyplacená odměna při dosažení životního nebo pracovního výročí, dosažené v rozhodném období. Pro rok 2014 nebyla stanovena hranice pro minimální vyměřovací základ u zaměstnanců. Sazba pojistného na veřejné zdravotní pojištění činí u zaměstnance 4 % z vyměřovacího základu, 2 %, jedná-li se o osobu zdravotně postiženou nebo 0 % v případě zaměstnance s tzv. odvodovou úlevou. Zaměstnavatel je plátcem pojistného za svého zaměstnance, a to ve výši 10 % z jeho vyměřovacího základu, (5 % u osoby se zdravotním postižením a 0 % v případě odvodové úlevy). Zaměstnavatel odvádí na účet příslušné zdravotní pojišťovny měsíční zálohy na pojistné společně s pojistným, které hradí zaměstnanec.

Samostatně výdělečně činnou osobou se rozumí osoba starší 18 let, která je oprávněná k výkonu nebo provozování výdělečné činnosti anebo má z této činnosti příjem. Vyměřovacím základem v roce 2014 je výše podílu základu daně z příjmů z podnikání a jiné samostatně výdělečné činnosti v rozhodném období a koeficientu 1,6. Výše koeficientu se v jednotlivých letech mění a předpokládá se, že se bude postupně snižovat až na hodnotu 1,486. Sazba pojistného je ve výši 14 % z vyměřovacího základu, u osob se zdravotním pojištěním 7 %. Zálohy na pojistné v roce 2014 se počítají jako součin sazby a podílu, který se stanoví jako poměrná část základu daně vykázané v roce 2012 (nesníženého o zaplacené pojistné) a koeficientu 1,6. Minimální vyměřovací základ pro výpočet měsíční zálohy činí 50 % z průměrné měsíční mzdy a maximální 5násobek průměrné měsíční mzdy. V roce 2014 minimální výše pojistného činí 56,35 EUR (u osob zdravotně postižených 28,17 EUR) a maximální pojistné 563,50 EUR (281,75 EUR). Minimální a maximální vyměřovací základ, výše pojistného a jejich vývoj v jednotlivých letech jsou uvedeny v Příloze 9.

Stát je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění za vymezenou skupinu pojištěnců, kterými jsou například nezaopatřené děti (do 30 let studující na vysoké

škole), osoby pobírající rodičovský příspěvek, osoby, kterým nevznikl nárok na důchod, přestože dosáhly důchodového věku, osoby pobírající příspěvek za opatrování, osoby pobírající náhradu příjmů (nemocenskou, mateřskou nebo ošetřovné podle zvláštních předpisů) aj. Státní pojištěnec je i zaměstnanec, který splňuje podmínky pro uplatnění tzv. odvodové úlevy. Státními pojištěnci naopak nejsou osoby, jejichž vyměřovací základ v rozhodném období přesáhl 15násobek životního minima nebo jeho poměrnou část za období, kdy byla tato osoba státním pojištěncem (§ 11 odst. 8, zákona č. 580/2004 Z.z.). Pokud má státní pojištěnec např. příjmy z dividend, příjmy z kapitálového majetku platí pojistné z těchto příjmů. Ročním vyměřovacím základem je 12násobek průměrné měsíční mzdy a sazba pojistného činí 4 %. Stát odvádí pojistné formou měsíčních záloh ve výši 1/12 částky ročního pojistného, a to na účet Úřadu pro dohled nad zdravotnou starostlivostí. ÚDZS následně provádí přerozdělení pojistného mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny. V roce 2014 je stanovena výše měsíčního pojistného na 32,20 EUR z měsíčního vyměřovacího základu 805 EUR. V průběhu sledovaného období se měnila nejen výše VZ, ale i sazba pojistného, viz Příloha 10.

Dobrovolně nezaměstnaná osoba neboli tzv. samoplátce je osoba, která není zaměstnancem, SZČO ani státním pojištěncem. Vyměřovacím základem je příjem dosažený v rozhodném období, který podléhá dani z příjmů (příjmy z kapitálového majetku, příjmy z dividend aj.). Minimální vyměřovací základ pro výpočet měsíčních záloh je stanoven stejně jako u SZČO, a to ve výši 50 % průměrné měsíční mzdy, maximální činí 5násobek průměrné měsíční mzdy. Samoplátce odvádí zálohy na zdravotní pojištění ve výši 14 % (7 % zdravotně postižené osoby) z vyměřovacího základu.

Plátcem pojistného z dividend je právnická osoba, která dividendy vyplácí a má sídlo na území Slovenské republiky. Tento plátce odvádí pojistné za pojištěnce, kterému jsou dividendy vyplaceny. Povinnost platit zdravotní pojištění z tohoto druhu příjmů je zavedena od roku 2011. Vyměřovacím základem je částka skutečně vyplacených dividend za rozhodné období. U dividend vyplacených v roce 2014 ze zisku dosaženého za rok 2013, je plátce povinen uhradit zálohu. Maximální vyměřovací základ pro výpočet zálohy na pojistné je 60násobek průměrné měsíční mzdy. Plátce dividend (právnická osoba, která dividendy vyplácí) je povinen odvést zálohu ve výši 14 % z vyměřovacího základu, a to do 8 dnů od jejich vyplacení pojištěnci. U těchto příjmů se sazba pojistného nesnižuje na polovinu v případě, že příjemcem je osoba se zdravotním postižením.

3.2.2 Zdravotní pojišťovny na Slovensku

Zdravotní pojišťovny se řídí zákonem č. 581/2004 Z.z., o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou. Zákon upravuje zejména postavení a činnost zdravotních pojišťoven, podmínky vykonávání veřejného zdravotního pojištění, zřízení,

působnost a hospodaření Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Zdravotní pojišťovny mají právní formu akciových společností, které mají sídlo na území Slovenské republiky a jsou založeny na základě povolení pro účely veřejného zdravotního pojištění. Činnost zdravotních pojišťoven (tj. přijímání pojistného na veřejné zdravotní pojištění, účast na jejím přerozdělení, uzavírání smluv s poskytovateli zdravotní péče a úhrady za poskytnutou zdravotní péči, vydávání průkazů veřejného zdravotního pojištění svým pojištěncům, poradenská činnost v oblasti pojištění aj.) je stanovena v § 2 a 6 zákona č. 581/2004 Z.z. Zdravotní pojišťovna uzavírá smlouvy s poskytovateli zdravotní péče, na základě kterých dochází k úhradám za poskytnutí péče za dohodnuté ceny, a to z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Při uzavírání smluv je pojišťovna povinna vynakládat peněžní prostředky z veřejného zdravotního pojištění účelně, efektivně a hospodárně. Každá pojišťovna je povinna předkládat Ministerstvu zdravotnictví a ÚDZS zprávu o hospodaření za první půlrok, plán činností na příslušný rok včetně odhadu příjmů a výdajů aj. Pojišťovna je dále povinna zabezpečovat po celou dobu vykonávání činnosti platební schopnost, tzn. zabezpečovat placení závazků vůči poskytovatelům zdravotní péče za poskytnutí zdravotní péče (platební schopnost je zabezpečena, pokud zdravotní pojišťovna nevykazuje závazky vůči poskytovatelům po lhůtě splatnosti delší než 30 dní a jejich objem nepřevyšuje 0,2 % objemu všech neuhrazených závazků za období 3 kalendářních měsíců).

ÚDZS vykonává podle § 17 – 20 zákona 581/2004 Z.z. dohled nad poskytováním zdravotní péče a veřejným zdravotním pojištěním, vede centrální registry pojištěnců, plátců pojistného, zdravotních pojišťoven, poskytovatelů zdravotní péče, vydává povolení o zřízení nové zdravotní pojišťovny. Dohled nad zdravotní péčí zahrnuje dohled nad zdravotními pojišťovnami, plátcí pojistného, poskytovateli zdravotní péče, pojištěnci. Pokud ÚDZS zjistí nedostatky, může ukládat sankce ve formě pokut, zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou, nařídít ozdravný plán, pozastavit nebo zrušit povolení na provozování zdravotnického zařízení nebo zdravotní pojišťovny, převedení pojistného kmene aj. ÚDZS hospodáří (§ 28 zákona 581/2004 Z.z.) podle rozpočtu schváleného dozorcí radou na daný kalendářní rok. Mezi příjmy patří příjmy od zdravotních pojišťoven na činnost úřadu (0,45 % z celkové výše ročního přerozdělovaného pojistného), zisk z předchozích účetních období, úroky a ostatní příjmy z činnosti dané zákonem. Výdaji jsou především osobní výdaje a výdaje na činnost úřadu.

Na Slovensku působí tři zdravotní pojišťovny (MZ SR):

- Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VŠZP);
- DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s. (DÔVERA);
- Union zdravotná poisťovňa, a. s. (Union).

V roce 2000 vykonávalo činnost veřejného zdravotního pojištění 5 zdravotních pojišťoven. V průběhu let 2000 – 2010 postupně vznikaly další zdravotní pojišťovny, nicméně většina z nich v tomto období svou činnost ukončila sloučením s jinou existující zdravotní pojišťovnou. Od konce roku 2010 působí na Slovensku jen tři výše uvedené zdravotní pojišťovny. V Příloze 11 je uveden počet pojištěnců v jednotlivých zdravotních pojišťovnách v letech 2005 – 2012 vždy k 31. 12. Počty pojištěnců za rok 2000 – 2004 se nepodařilo z veřejně dostupných zdrojů, ani při oslovení zdravotních pojišťoven a úřadů zjistit, z tohoto důvodu nejsou v příloze uvedeny. Na Slovensku evidovaly zdravotní pojišťovny k 31. 12. 2012 celkem 5 212 tis. pojištěnců. VšZP je největší zdravotní pojišťovnou co do počtu pojištěnců, její podíl v roce 2012 činil 64,4 % (3 357 tis. pojištěnců). Druhou největší zdravotní pojišťovnou byla pojišťovna DÓVERA, která vykazovala podíl pojištěnců ve výši 27,7 % (1 445 tis. pojištěnců). Nejmenší pojišťovnou byla Union a její podíl v roce 2012 představoval 7,9 % (409 tis. pojištěnců).

3.2.3 Příjmy a výdaje v systému zdravotního pojištění na Slovensku

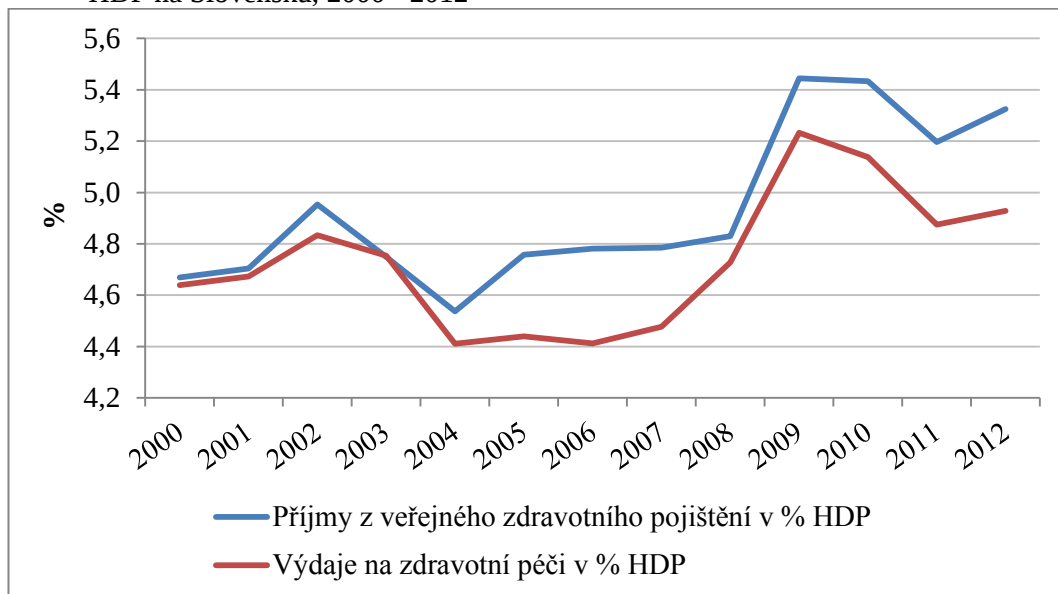
Zdravotní pojišťovny hospodaří s peněžními prostředky na základě pojistného plánu (§ 11 zákona č. 581/2004 Z.z.), který obsahuje plánované příjmy a výdaje na příslušný kalendářní rok. Příjmy zdravotních pojišťoven tvoří daňové příjmy (příjmy z výběru zdravotního pojištění), nedaňové příjmy (administrativní poplatky, kapitálové příjmy, úroky z úvěrů, půjček a vkladů a ostatní příjmy), granty a transfery (ÚDZS, Správa o stave vykonávania VZP – 2012, s. 15 – 16). Celkové příjmy zdravotních pojišťoven, příjmy z veřejného zdravotního pojištění v rozdělení podle vybraných plátců za období 2000 – 2012 jsou uvedeny v Příloze 12. Z této přílohy vyplývá, že největší podíl příjmů tvořily příjmy z výběru pojistného od osob v pracovním poměru. Poměrně velkou část tvořilo i pojistné placené za státní pojištěnce. V roce 2012 příjmy z veřejné zdravotní pojištění tvořily 93,6 % celkových příjmů zdravotních pojišťoven, z toho podíl 57,2 % připadal na pojistné hrazené za pojištěnce v pracovním poměru (od zaměstnanců a zaměstnavatelů), příjmy hrazené ze státního rozpočtu za státní pojištěnce zaujímaly podíl 35,8 % a příjmy od SZČO tvořily podíl ve výši 3,7 %.

Výdaje zdravotních pojišťoven představují zejména výdaje na zdravotní péči, výdaje na správu pojišťoven, příspěvek na činnost ÚDZS a operačních středisek a dále ostatní výdaje např. pokuty, penále, poplatky (ÚDZS, Správa o stave vykonávania VZP – 2012, s. 46). Rozsah výdajů na provozní činnost zdravotních pojišťoven a jejich výše je dána zákonem (§ 6a zákon č. 581/2004 Z.z.). Příloha 13 uvádí celkové výdaje, výdaje vynaložené na zdravotní péči a výdaje na provoz zdravotních pojišťoven v letech 2000 až 2012. Celkové výdaje v roce 2012 dosáhly částky 3 856,8 mil. EUR, z toho největší podíl tvořily výdaje na zdravotní péči pacientů, a to 90,9 %. Tyto výdaje vzrostly v roce 2012 o 142 % (2 058 mil. EUR) oproti roku 2000. Výdaje na provoz pojišťoven

představovaly podíl 3,3 % z celkových výdajů. Výdaje na provoz v letech 2000 – 2003 nebylo možné z dostupných zdrojů zjistit, proto nejsou v Příloze 13 uvedeny.

Příjmy vybrané na veřejné zdravotní pojištění a výdaje vynaložené na zdravotní péči (v procentech HDP) zachycuje Graf 9. Křivku příjmů i výdajů ovlivňuje nejen absolutní výše těchto veličin, ale také vývoj HDP v běžných cenách ve sledovaném období.

Graf 9 Příjmy z veřejného zdravotního pojištění a výdaje na zdravotní péči v procentech HDP na Slovensku, 2000 - 2012

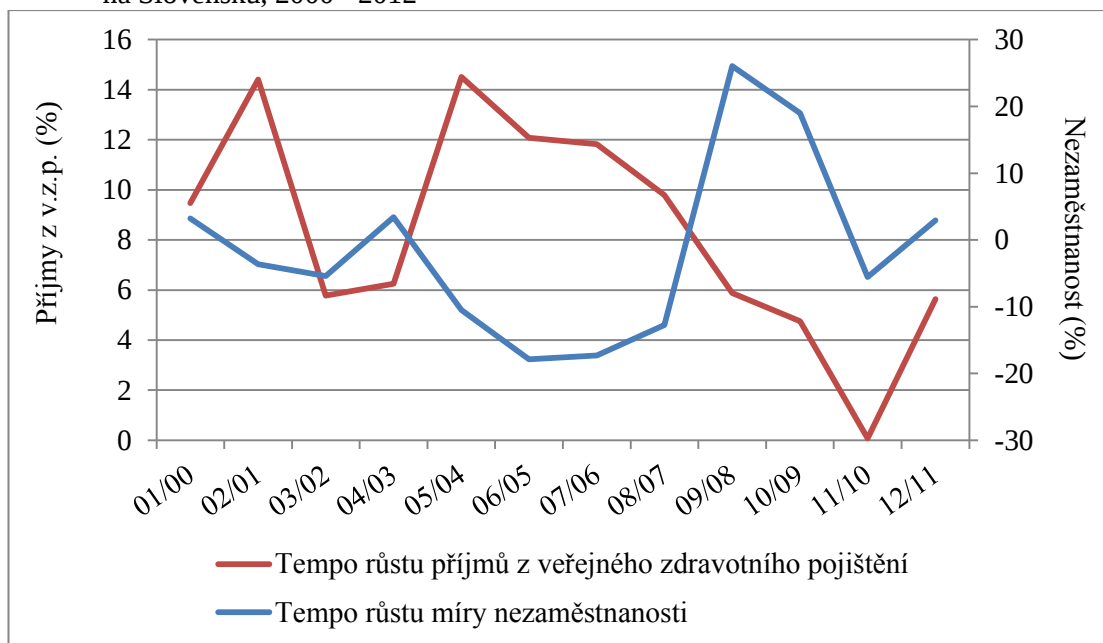


Zdroj: ŠÚ SR, Štatistická ročenka SR 2000 – 2013 a Příloha 18, vlastní úprava

K výraznému nárůstu příjmů ze zdravotního pojištění došlo v roce 2009, a to o 5,4 % oproti roku 2008, zároveň se však zvýšily i výdaje na zdravotní péči o 5,2 %. Křivka příjmů z veřejného zdravotního pojištění se po celé sledované období pohybovala nad křivkou výdajů na zdravotní péči. Lze tedy říci, že pokud by byly příjmy vybrané na veřejné zdravotní pojištění použity jen k úhradě zdravotní péče pacientů, byly by tyto příjmy dostačující. Celkové příjmy zdravotních pojišťoven včetně příjmů z veřejného zdravotního pojištění slouží nejen na úhradu výdajů na zdravotní péči, ale i na provoz zdravotních pojišťoven, provoz ÚDZS aj.

V následující části je zkoumán dopad vývoje dvou faktorů, a to míry nezaměstnanosti a ukazatele HDP na vývoj příjmů z veřejného zdravotního pojištění v letech 2000 – 2012. První graf (Graf 10) zachycuje vývoj míry nezaměstnanosti a příjmů zdravotních pojišťoven z veřejného zdravotního pojištění. V Příloze 17 je uveden přehled, jak se vyvíjela míra nezaměstnanosti na Slovensku v období 2000 – 2012.

Graf 10 Tempo růstu míry nezaměstnanosti a příjmů z veřejného zdravotního pojištění na Slovensku, 2000 - 2012

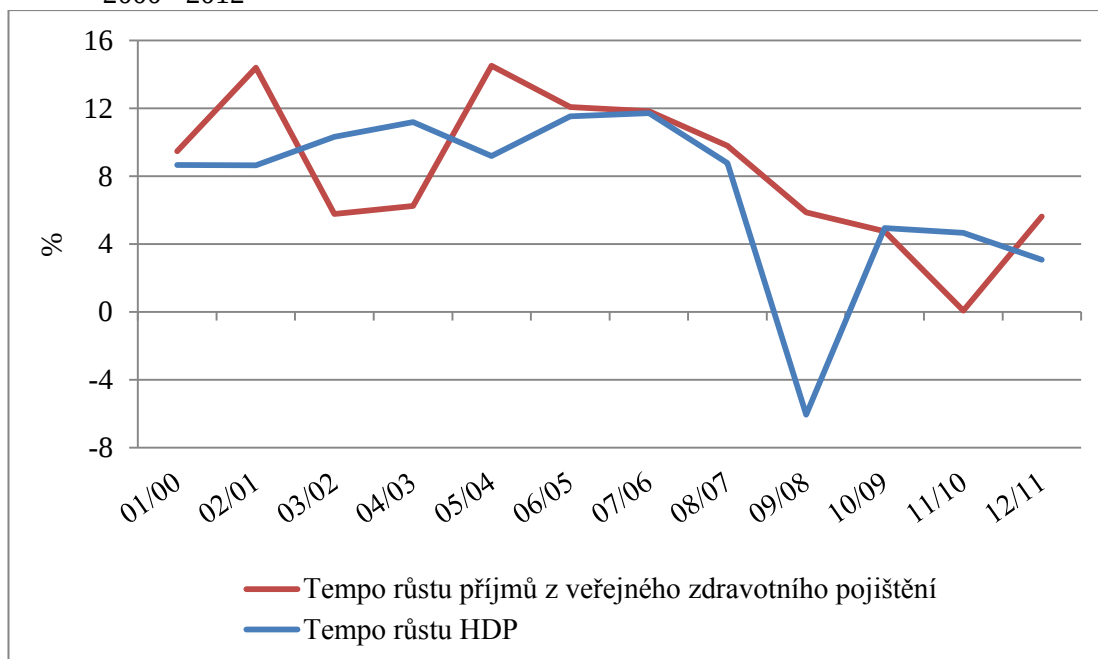


Zdroj: ŠÚ SR, Štatistická ročenka SR 2000 – 2013 a Příloha 17, vlastní úprava

Míra nezaměstnanosti v letech 2004 – 2008 klesala. Nejvýraznější pokles o 17,9 % je zachycen v roce 2006 v porovnání s rokem 2005 a v dalším roce 2007 o 17,3 % oproti roku 2006. Příjmy se v tomto období vyvíjely opačně, měly rostoucí tendenci. V roce 2006/2005 vzrostly o 12,1 %, 2007/2006 o 11,8 %. Lze konstatovat, že vývoj míry nezaměstnanosti má do jisté míry vliv na výši příjmů z veřejného zdravotního pojištění. Pokud pochází k poklesu nezaměstnanosti, snižuje se počet nezaměstnaných osob, za které hradí pojištění stát, což se částečně odráží na příjmech z veřejného zdravotního pojištění, které naopak rostou. Důvodem je rozdíl mezi platbou za státní pojištěnce a výši pojistného za zaměstnance či samostatně výdělečně činné osoby. Opačný jev je v grafu zachycen v letech 2009/2008, kdy míra nezaměstnanosti vzrostla o 26 %, výše příjmů také vzrostla, ale jen o 5,9 %, což představuje zpomalení tempa růstu o téměř 40 % roku 2009 oproti roku 2008.

V Grafu 11 je zobrazen vývoj ukazatele HDP v běžných cenách, který zachycuje ekonomickou úroveň na Slovensku a meziroční změna příjmů z veřejného zdravotního pojištění. Hodnoty v grafu jsou uvedeny v procentním vyjádření. Příloha 18 ukazuje, jak se vyvíjel ukazatel HDP v jednotlivých letech sledovaného období.

Graf 11 Tempo růstu ukazatele HDP a příjmů z veřejného zdravotního pojištění na Slovensku, 2000 - 2012

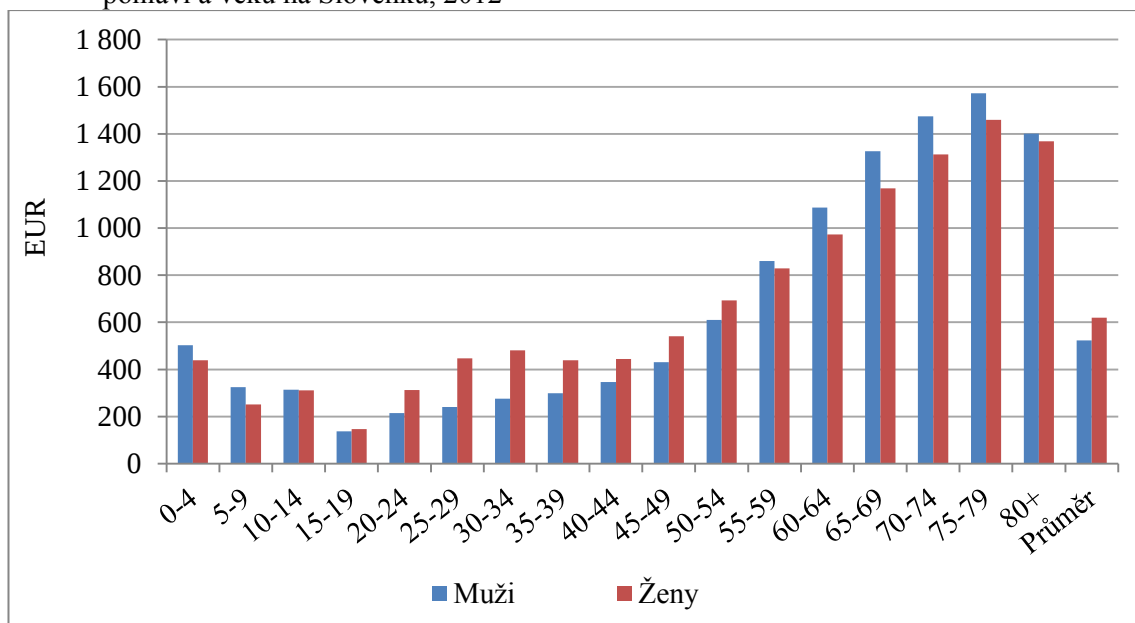


Zdroj: ŠÚ SR, Štatistická ročenka SR 2000 – 2013 a Příloha 18, vlastní úprava

Z grafu je patrné, že v letech 2008 a 2009 se snížení hodnoty ukazatele HDP o 6 % projevilo v poklesu růstu příjmů z veřejného zdravotního pojištění o 5,9 %. V ostatních letech není vliv změny ukazatele HDP na příjmy tolik patrný. To může být do jisté míry způsobeno také tím, že v ukazateli HDP se odráží i celá řada dalších faktorů (např. inflace, nezaměstnanost atd.). Další příčinou může být zpoždění reakce příjmů na vývoj ukazatele HDP.

Dalším zkoumaným faktorem je demografická struktura obyvatelstva. V Příloze 16 je uveden počet obyvatel v rozdělení do tří skupin podle věku za období 2000 – 2012. Počet obyvatel ve věku 0 – 14 let se snížil v roce 2012/2000, a to o téměř o 20 %, (o 205 tis. obyvatel). Na pokles obyvatel v této věkové kategorii má velký vliv porodnost a dále dosažení věkové hranice 14 let. Počet obyvatel ve věku 65 a více se naopak zvýšil z 11,5 % v roce 2000 na 13,1 % v roce 2012. V roce 2012 v porovnání s rokem 2000 se podíl ekonomicky aktivních obyvatel (věková skupina 15 – 64 let) zvýšil na 71,5 % z 69,4 %. Stejně jako na příjmy i na výdaje působí věková struktura obyvatel. V Grafu 12 jsou uvedeny průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v přepočtu na 1 pojištěnce podle pohlaví a věku v roce 2012.

Graf 12 Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na 1 pojištěnce podle pohlaví a věku na Slovensku, 2012



Poznámka: Údaje byly poskytnuty na základě emailové žádosti Štatistickým úradom SR.

Zdroj: ŠÚ SR - email, vlastní úprava

Z grafu je patrné, že vyšší výdaje jsou vynakládány na pojištěnce ve vyšší věkové kategorii. Nejvyšší výdaje jsou hrazeny za pojištěnce ve věku 75 – 79 let (u mužů 1 573 EUR a u žen 1 460 EUR). Průměrné výdaje na zdravotní péči přepočtené na jednoho pojištěnce v roce 2012 činily 523 EUR u mužů a o něco více, 619 EUR u žen. Údaje za rok 2000 nejsou dostupné, proto jsou pro porovnání uvedeny údaje za rok 2002. Průměrné výdaje v roce 2002 připadající na 1 pojištěnce byly ve výši 284 EUR u mužů a 349 u žen (informace byly poskytnuty na základě emailu - ŠÚ SR).

3.3 Komparace zdravotního pojištění v ČR a na Slovensku

V následující kapitole je provedeno srovnání ČR a Slovenska na základě údajů a výsledků z předchozích kapitol. Nejprve jsou porovnány obě země z pohledu zdrojů financování zdravotnictví, následuje shrnutí legislativního nastavení veřejného zdravotního pojištění, dále pak porovnání působnosti zdravotních pojišťoven a výsledků jejich hospodaření. Poslední část této kapitoly je věnována vybraným faktorům (míře nezaměstnanosti, ukazateli HDP a demografické struktuře obyvatelstva) a jejich působení na příjmy a výdaje v systému veřejného zdravotního pojištění.

V ČR i na Slovensku je zdravotnictví financováno z několika zdrojů, kdy nejvyšší podíl tvořilo veřejné zdravotní pojištění. V Tabulce 1 jsou uvedeny zdroje financování zdravotnictví v roce 2001, 2006 a 2011. V České republice se mírně snížily výdaje

z veřejného zdravotního pojištění a veřejných rozpočtů, a došlo ke zvýšení soukromých výdajů z 10,0 % na 15,6 %. Na Slovensku byl podíl soukromých výdajů podstatně vyšší. V roce 2006 se zvýšil podíl na 30 % celkových výdajů, což byl důsledek reformy zdravotnictví probíhající od roku 2004, a v roce 2011 činil 26,3 %. Na Slovensku byl v roce 2011 podíl výdajů hrazených z veřejného zdravotního pojištění o 13,7 % nižší než v ČR. Výdaje z veřejných rozpočtů v tomto roce byly na přibližně stejné úrovni.

Tabulka 1 Zdroje financování zdravotnictví v ČR a na Slovensku v letech 2001, 2006, 2011

Rok	Země	Veřejné zdravotní pojištění (v %)	Veřejné rozpočty (v %)	Soukromé výdaje (v %)
2001	ČR	79,2	10,8	10,0
	Slovensko	75,1	10,2	14,7
2006	ČR	76,8	10,1	13,1
	Slovensko	63,6	6,4	30,0
2011	ČR	77,1	7,3	15,6
	Slovensko	66,5	7,2	26,3

Zdroj: Graf 3 a 5

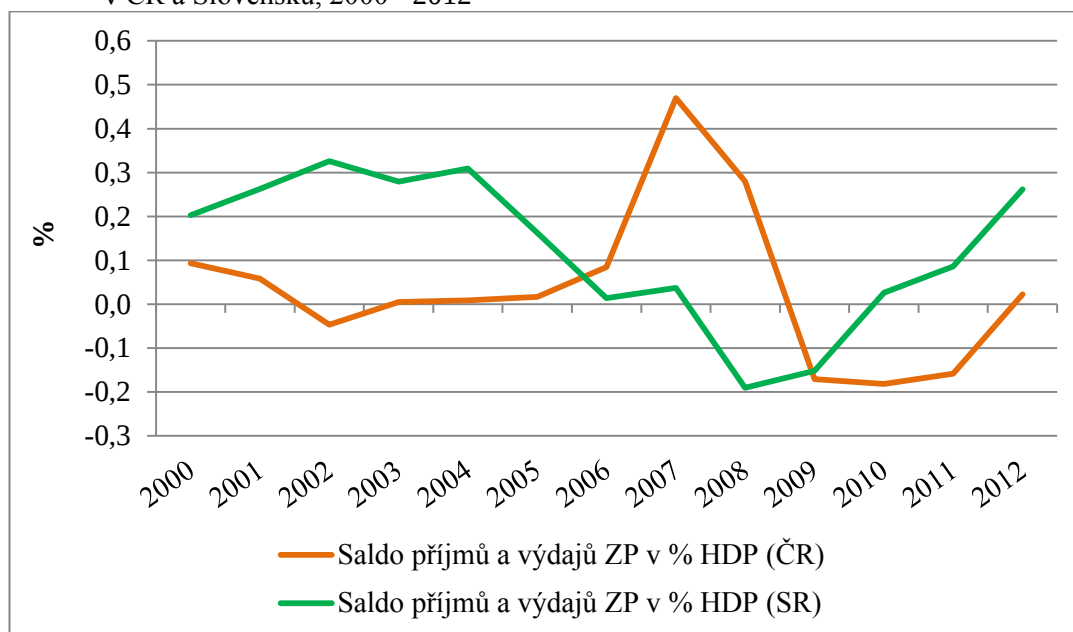
Co se týká legislativních rámců veřejného zdravotního pojištění, jsou v obou zemích nastaveny obdobně. Rozdíly jsou u sazby pojistného, které je v ČR ve výši 13,5 %. Na Slovensku je stanovena sazba pojistného ve výši 14 %, u osob zdravotně postižených se ale snižuje na 7%. Snižená sazba u osob zdravotně handicapovaných se v ČR nepoužívá. Dalším rozdílem je rozsah příjmů, který podléhá odvodům zdravotního pojištění, který je na Slovensku větší oproti ČR. Na Slovensku podléhají zdravotnímu pojištění i příjmy z dividend. Na Slovensku bylo zavedeno roční zúčtování odvodů u všech plátců, které v současné době provádí zdravotní pojišťovny, což do jisté míry může být administrativně náročnější.

V České republice působí v roce 2014 sedm zdravotních pojišťoven (VZP a šest tzv. zaměstnaneckých pojišťoven), na Slovensku jen tři (VšZP a dvě zaměstnanecké pojišťovny). V roce 2012, co do počtu pojištěnců, byla v ČR největší VZP (59,2 %) a na Slovensku VšZP (64,4 %). Naopak nejmenší zdravotní (zaměstnaneckou) pojišťovnou v ČR je ZP Škoda (1,3 %) a na Slovensku pojišťovna Union (7,9 %). Na Slovensku probíhalo jednání s cílem zavedení systému zdravotního pojištění pouze s jednou zdravotní pojišťovnou, zatím však tyto kroky byly pozastaveny z finančních důvodů.

V analytické části byla popsána struktura příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven v obou zemích, větší podíl ve sledovaném období tvořily příjmy z veřejného zdravotního pojištění a výdaje na zdravotní péči. Graf 13 zobrazuje vývoj sald souhrnně za všechny zdravotní pojišťovny v ČR a na Slovensku vyjádřené jako procento HDP

v letech 2000 - 2012. Ukazatel HDP byl vyjádřen v běžných cenách, tzn. včetně inflace. Absolutní hodnoty příjmů, výdajů a sald zdravotních pojišťoven v obou zemích jsou uvedeny v Příloze 14.

Graf 13 Saldo příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven vyjádřené jako procento HDP v ČR a Slovensku, 2000 - 2012



Zdroj: Příloha 14 a 18, vlastní úprava

Ve sledovaném období 2000 – 2012 příjmy i výdaje zdravotních pojišťoven v ČR rostly, ne vždy však příjmy daného roku pokryly celkové výdaje a zdravotní pojišťovny proto vykazovaly deficit, což je v grafu zobrazeno v letech 2002, 2009, 2010 a 2011. V posledním roce sledovaného období (2012) skončily české zdravotní pojišťovny s mírným přebytkem (854 mil. Kč). Na Slovensku vykázaly zdravotní pojišťovny deficit v letech 2008 a 2009. V roce 2012 hospodařily slovenské pojišťovny s přebytkem ve výši 186 mil. EUR. Na hospodaření českých i slovenských pojišťoven v letech 2008 až 2011 se zřejmě podepsala i právě probíhající světová hospodářská krize. Ve srovnání obou zemí, lze říci, že zdravotní pojišťovny na Slovensku ve sledovaném období dosahovaly lepších finančních výsledků.

V části věnované analýze systému zdravotního pojištění byl zkoumán vliv vybraných faktorů na vývoj příjmů z veřejného zdravotního pojištění a výdajů na zdravotní péči. Podle zjištěných výsledků lze říci, že v obou zemích se shodně projevilo zvýšení míry nezaměstnanosti na snížení výběru příjmů z veřejného zdravotního pojištění. Pokud naopak docházelo v letech ke snížení míry nezaměstnanosti, došlo ke zvýšení těchto příjmů. Co se týká porovnání vývoje ukazatele HDP a jeho vlivu na příjmy z veřejného

zdravotního pojištění, výraznější souvislost mezi těmito veličinami lze pozorovat v ČR, kde tempo růstu příjmů se vyvíjí podobně jako tempo růstu ukazatele HDP.

Posledním zkoumaným faktorem byla demografická struktura obyvatelstva. Porodnost, stárnutí obyvatelstva i prodlužující se střední délka života, to vše působí na výši příjmů a výdajů v systému veřejného zdravotního pojištění. V Tabulce 2 je zachycena věková struktura obyvatel v ČR a na Slovensku jako procentní podíl v letech 2000, 2006 a 2012 vždy k 31. 12. Při srovnání roku 2000 a 2012 došlo v ČR ke zvýšení celkového počtu obyvatel o 2,4 % (o 250 tis.), na Slovensku pouze o 0,1 % (o 8 tis.), což vyplývá z Přílohy 15 a 16.

Tabulka 2 Věková struktura obyvatel v ČR a na Slovensku v letech 2000, 2006, 2012

Rok	Země	Věková struktura obyvatel (v %)		
		0 - 14	15 - 64	65 a více
2000	ČR	16,2	69,9	13,9
	Slovensko	19,2	69,4	11,5
2006	ČR	14,4	71,2	14,4
	Slovensko	16,1	72,0	11,9
2012	ČR	14,8	68,4	16,8
	Slovensko	15,4	71,5	13,1

Zdroj: Příloha 15 a 16, vlastní úprava

Z tabulky je patrné, že podíl obyvatel ve věku 15 – 64 let se v roce 2012 oproti roku 2000 výrazně nezměnil, a to jak v ČR, tak na Slovensku. Osoby v této věkové kategorii přispívají zpravidla nejvyšší částkou na pojistné, pokud nejsou v dané chvíli např. nezaměstnaní, nemocní, studující atd. Další dvě věkové skupiny (osoby ve věku 0 -14 let a osoby 65 let a starší) jsou osoby, za které hradí pojištění stát, přičemž se podílí relativně malou měrou na příjmech zdravotních pojišťoven. Na Slovensku se v roce 2012 oproti roku 2000 podstatně více snížil podíl osob v kategorii 0 – 14 let, téměř o 20 % (205 tis. obyvatel), v ČR se jednalo o snížení jen o 6,3 % (104 tis. obyvatel). V ČR se v roce 2012/2000 naopak zvýšil podíl obyvatel ve věku 65 let a starších, a to o 24,2 % (345 tis. obyvatel), na Slovensku se jednalo o zvýšení jen o 14,5 % (90 tis. obyvatel).

Věková struktura obyvatel ovlivňuje i výdaje vynakládané na zdravotní péči. Z Grafu 8 a 12 lze vypožorovat, že s přibývajícím věkem obyvatel rostou jejich výdaje na zdravotní péči. Nejvyšší průměrné výdaje přepočtené na jednoho pojištěnce byly v ČR vynaloženy na pojištěnce staršího 80 let, na Slovensku na pojištěnce ve věku 75 – 79 let.

4 Závěr

Česká i Slovenská republika stavěly nový systém zdravotnictví na stejných základech a i v dnešní době jsou patrné společné znaky. Po vzniku samostatných států byl v obou zemích zaveden zdravotní systém založený na veřejném zdravotním pojištění, tzv. Bismarckovský model s několika zdravotními pojišťovnami.

Hlavním cílem bakalářské práce byla komparace zdravotního pojištění v České republice a na Slovensku. Na základě zjištěných skutečností týkajících se vývoje zdravotnických systémů v obou zemích po roce 1993 lze říci, že Slovenská republika byla, co se týká reformy odváznější. Na Slovensku proběhla reforma zdravotnictví pod vedením ministra zdravotnictví Rudolfa Zajaca (od roku 2004). Česká republika "čekala" na první reformní kroky do roku 2008, kdy s nástupem ministra Tomáše Julínka byly započaty reformní kroky, které ale stejně jako na Slovensku, nebyly dokončeny. Česká republika čerpala inspiraci v okolních zemích, zejména pak ze zkušeností Slovenska. V obou zemích se však nejen v oblasti zdravotnictví projevují politické tlaky, které často v souvislosti s bojem o vyšší volební preference brzdí zavedení nepopulárních reformních opatření.

Zdravotnictví je financováno v obou zemích z několika zdrojů, největší podíl v letech 2000 – 2012 zaujímaly výdaje z veřejného zdravotního pojištění. V České republice se tento podíl téměř nezměnil, na Slovensku se snížil o 11,5 %. Za pozornost stojí vývoj soukromých výdajů. Na Slovensku zaujímaly soukromé výdaje podstatně větší podíl na celkových výdajích než v ČR (v roce 2001 činil 14,7 % a v roce 2011 se zvýšil téměř na dvojnásobek – 26,3 %). Ke zvýšení soukromých výdajů na Slovensku pravděpodobně nejvíce přispěla reforma zahájená v roce 2004 R. Zajacem. V ČR se podíl soukromých výdajů také zvýšil, a to z 10,0 % (2001) na 15,6 % (2011).

Legislativní nastavení obou systémů veřejného zdravotního pojištění je obdobné. Rozdílná je výše sazby pojistného, v ČR je stanovena ve výši 13,5 %, na Slovensku činí 14 % (sazba se snižuje u osob zdravotně postižených na polovinu). Podle zjištěných údajů lze říci, že na Slovensku je systém výběru pojistného na veřejné zdravotní pojištění administrativně náročnější, a to díky zavedení ročního zúčtování odvodů pojistného u všech plátců. Na Slovensku je také větší rozsah příjmů, který podléhá zdravotnímu pojištění.

V obou zemích funguje plurální systém zdravotního pojištění. V ČR vykonává činnost sedm zdravotních pojišťoven, na Slovensku jen tři. V obou zemích je největší zdravotní pojišťovnou Všeobecná zdravotní pojišťovna, nicméně počet jejich pojištěnců od roku 2000 postupně klesal ve prospěch ostatních zdravotních pojišťoven. Jak již bylo v práci zmíněno, Slovenská republika do budoucna zvažuje zavedení unitárního systému, tzn. jediné zdravotní pojišťovny.

Z výsledků hospodaření zdravotních pojišťoven vyplývá, že zdravotní pojišťovny na Slovensku dosahovaly o něco lepších finančních výsledků. V letech 2008 – 2009 vykazovaly slovenské zdravotní pojišťovny deficit, české zdravotní pojišťovny se potýkaly s deficitem od roku 2009 do 2011. Na výsledcích hospodaření zdravotních pojišťoven se v obou zemích podepsala i probíhající světová hospodářská krize.

Největší část příjmů byly v roce 2000 – 2012 příjmy placené od plátců v pracovním nebo obdobném poměru, tento podíl činil v České republice v průměru 69 %, na Slovensku činil tento podíl o něco méně, a to necelých 63 %. Velkou skupinu pojištěnců tvořili státní pojištěnci, za něž platí zdravotní pojištění stát ze státního rozpočtu. V roce 2012 v ČR pojistné hrazené ze státního rozpočtu za státní pojištěnce představovalo 25,9 % z celkových příjmů, přitom podíl této skupiny pojištěnců činil 58,6 %. Ve stejném roce na Slovensku byl podíl státních pojištěnců 63,4 % všech pojištěnců a podíl pojistného placeného státem na celkových příjmech zdravotních pojišťoven byl jen 35,8 %. Zde můžeme vidět, jak poměrně nízkou částkou pojistného přispívala do systému veřejného zdravotního pojištění poměrně velká skupina pojištěnců.

Výdaje zdravotních pojišťoven jsou vynakládány v největší míře na zdravotní péči (v ČR v průměru za sledované období 96,4 % a na Slovensku 90,6 %). Výdaje na provoz slovenských zdravotních pojišťoven činily v průměru 4,1 % celkových výdajů, v ČR se jednalo v průměru o podíl ve výši 3,3 %, což ukazuje na hospodárnější vynakládání finančních prostředků v ČR.

Na Slovensku byl zřízen Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, který vykonává dohled nad veřejným zdravotním pojištěním, poskytováním zdravotní péče aj. ÚDZS provádí i přerozdělení pojistného. V ČR provádí kontrolu Ministerstvo zdravotnictví spolu s Ministerstvem financí. Přerozdělení pojistného vykonává jedna ze zdravotních pojišťoven, a to VZP prostřednictvím Zvláštního účtu. Na Slovensku podléhá přerozdělení 95 % vybraného pojistného, v ČR celých 100 %.

V práci bylo prokázáno, že pokles míry nezaměstnanosti se projevuje ve zvýšení příjmů z veřejného zdravotního pojištění a naopak. Vyšší hodnoty ukazatele míry nezaměstnanosti vykazuje po celou sledovanou dobu Slovenská republika. V roce 2012 dosahovala na Slovensku výše 14 %, v ČR 7 %. Druhým zkoumaným ukazatelem, byl ukazatel HPD, který odráží celkový hospodářský vývoj země. V České republice vývoj příjmů z veřejného zdravotního pojištění kopíruje v jednotlivých letech sledovaného období vývoj ukazatele HDP. Na Slovensku tento jev nebyl tak patrný, což mohlo být způsobeno vlivem dalších faktorů (inflace, nezaměstnanost, atd.) nebo zpožděnou reakcí příjmů na ekonomickou situaci v zemi. Velký vliv na vývoj příjmů i výdajů v systému zdravotního pojištění má i demografická struktura obyvatel a s tím související faktory, především nízká porodnost, stárnutí obyvatelstva, prodlužující se střední délka života. V ČR se více než na Slovensku zvyšuje podíl obyvatel ve věku 65 a více let, s čímž také souvisí výdaje za poskytnutou zdravotní péči. V roce 2012 byly vynaloženy nejvyšší

výdaje v přepočtu na jednoho pojištěnce v ČR na pojištěnce ve věku 80 let a více, na Slovensku na pojištěnce ve věku 75 - 79 let.

Závěrem lze říci, že i po uplynutí více než 20 let od začátku transformace zdravotnictví, se obě země stále potýkají s řadou podobných problémů, a to týkající se zejména financování celého zdravotnictví a spoluúčasti pacientů, hospodaření zdravotních pojišťoven i poskytovatelů zdravotní péče, dohledu a kontroly, kvality poskytované zdravotní péče pacientům, dlouhých čekacích dob na neakutní operace. Na celkovém stavu zdravotnictví se také odráží ekonomická situace země, demografický vývoj obyvatelstva a v neposlední řadě i politická situace a nedokončené reformní kroky jednotlivých vlád, a to ne vždy pozitivně. Doporučení pro obě země je dokončit reformy zdravotnictví, jasně nastavit systém veřejného zdravotního pojištění a poskytování zdravotních služeb, zlepšit kontrolu kvality zdravotní péče, zvýšit kontrolu vynakládaných finančních prostředků, a to bez neustálých změn a rušení nastavených podmínek.

Literatura

Primární zdroje

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění roku 2000 – 2014.

Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění roku 2000 – 2014.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, v platném znění roku 2000 – 2014.

Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění roku 2000 – 2014.

Zákon č. 460/1992 Zb., Ústava Slovenskej republiky.

Zákon č. 273/1994 Z.z. NR SR o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní, v platném znění roku 1994 – 2004.

Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v platném znění roku 2004 – 2014.

Zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v platném znění roku 2004 – 2014.

Monografie

DARMOPILOVÁ, Z. *Vliv zájmových skupin na reformu zdravotnictví*. 1 vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2010. 181 s. ISBN 978-80-210-5406-6.

DOLANSKÝ, H. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1 vyd. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9.

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

DOLANSKÝ, H. *Veřejné zdravotnictví*. 1 vyd. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2008. 223 s. ISBN 978-80-7248-494-2.

DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1 vyd. Praha : Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

HEGYI, L., BIELIK, I. a kol. *Základy veřejného zdravotnictví*. 1 vyd. Bratislava : Herba, 2011. 288 s. ISBN 978-80-89171-84-2.

KOVÁČ, E. *Zdravotné poistenie*. 1 vyd. Bratislava : Herba, 2009. 91 s. ISBN 978-80-89171-62-0.

KUBÁTOVÁ, K. *Daňová teorie a politika*. 5 aktual. vyd. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2010. 276 s. ISBN 978-80-7357-574-8.

MÁTL, O. a kol. *Zdravotnictví za hranicemi: přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích*. Praha : Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. 81 s. ISBN 978-80-254-3776-6.

PAVELKA, T., *Makroekonomie*. 2 aktual. vyd. Praha : Vysoká škola ekonomie a managementu, 2007. 277 s. ISBN 978-80-86730-21-9.

STIGLITZ, J. E., *Ekonomie veřejného sektoru*. 1 vyd. Praha : Grada, 1997. 661 s. ISBN 80-7169-454-1.

ŠATERA, K. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 2 uprav. vyd. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012. ISBN 978-80-7454-135-3.

VANČUROVÁ, A., KLAZAR, S. *Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky*. 2 aktual. vyd. Praha : ASPI, 2008. 121 s. ISBN 978-80-7357-381-2.

Internetové zdroje

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. *Výroční zpráva 2009 – 2012*. [online]. [cit. 2014-05-20]. Dostupné z www: <http://www.cpzp.cz/clanek/50-0-Ekonomie-informace.html>.

ČSÚ. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2012*. [online]. [cit. 2014-06-29]. Dostupné z www: <http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/p/260005-14>.

ČSÚ. *Databáze ročních národních účtů*. [online]. [cit. 2014-06-29]. Dostupné z www: http://apl.czso.cz/pll/rocenka/rocenkavyber.makroek_prod.

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

ČSÚ. *Zaměstnanost, nezaměstnanosti – časové řady*. [online]. [cit. 2014-06-29]. Dostupné z www: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zam_cr.

ČSÚ. *Česká republika v číslech 2000 - 2013*. [online]. [cit. 2014-06-30]. Dostupné z www: <http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/1409-13>.

ČTK. *Reforma zdravotnictví v USA se rozjíždí – s technickými problémy*. [online]. 2013 [cit. 2014-08-07]. Dostupné z www: <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/reforma-zdravotnictvi-v-usa-se-rozjizdi-s-technickymi-problemy/990415>.

EMPRESA MEDIA, Heger: *Zrušení nadstandardů je návrat k šedé ekonomice*. [online]. 2013 [cit. 2014-06-01]. Dostupné z www: http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/heger-zruseni-nadstandardu-ve-zdravotnictvi-je-navrat-k-sede-ekonomice_275322.html#.U6CX6ytIvIV.

LOK-SČL. *Memorandum podepsáno, doktoři si polepší*. [online]. 2011 [cit. 2014-06-05]. Dostupné z www: http://www.dekujeme-odchazime.cz/co_se_povedlo/memorandum_podepsano_doktori_si_polepsi.

MF ČR. *Státní závěrečný účet 2009*. [online]. [cit. 2013-10-10]. Dostupné z www: <http://www.mfcr.cz/cs/verejny-sektor/monitoring/plneni-statniho-rozpocetu/2009/statni-zaverecny-ucet-za-rok-2009-2046>.

MZ ČR. *II. fáze reformy ve zdravotnictví*. [online]. 2011 [cit. 2014-05-20]. Dostupné z www: http://www.mzcr.cz/dokumenty/iifaze-reformy-ve-zdravotnictvi_5591_2160_1.html.

MZ ČR. *Vláda schválila další důležité součásti zdravotnické reformy*. [online]. 2012 [cit. 2014-05-20]. Dostupné z www: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vlada-schvalila-dalsi-dulezite-soucasti-zdravotnicke-reformy_6695_2501_1.html.

MZ ČR. *Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008*. [online]. 2007 [cit. 2014-08-10]. Dostupné z www: http://www.mzcr.cz/dokumenty/brozurka-navod-na-pouziti-ceskeho-zdravotnictvi-v-roce-je-k-dispozici-siroke-verejnosti_770_871_1.html.

MZ SR. *Zdravotné poisťovne*. [online]. [cit. 2014-05-22]. Dostupné z www: <http://www.health.gov.sk/?zdravotne-poisťovne>.

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. *Výroční zpráva 2001 – 2012*. [online]. [cit. 2014-05-20]. Dostupné z www: <http://www.ozp.cz/tiskove-centrum/vyrocní-zpravy>.

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

OECD. *Health Data: Total expenditure on health* [online]. 2014 [cit. 2014-08-10]. Dostupné z www: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm>.

OECD. *Health Data: Total expenditure on health per capita*. [online]. 2014 [cit. 2014-08-10]. Dostupné z www: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm>.

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna. *Výroční zpráva 2005 – 2012*. [online]. [cit. 2014-05-15]. Dostupné z www: <http://www.rbp-zp.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>.

SITA, Slovenská tlačová agentúra, a.s., *Parlament schválil zmeny v zdravotnom poistení*. [online]. 2010 [cit. 2014-05-15]. Dostupné z www: <http://www.podnikam.webnoviny.sk/odvody-do-zp/parlament-schvalil-zmeny-v-zdravotnom-poistení/18804>.

Štatistický úrad SR. *Štatistická ročenka Slovenskej republiky 2000 – 2013*. [online]. [cit. 2014-03-15]. Dostupné z www: <http://slovak.statistics.sk>.

Štatistický úrad SR. *Databáze Slovstat*. [online]. [cit. 2014-06-15]. Dostupné z www: <http://www.statistics.sk/pls/elisw/metainfo.explorer>.

ÚDZS. *Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2005 – 2012*. [online]. [cit. 2014-02-20]. Dostupné z www: http://www.udzs-sk.sk/dokumenty/vestnik-uradu.html?page_id=523.

ÚZIS. *Zdravotnická ročenka České republiky 2000 – 2012*. [online]. [cit. 2014-02-10]. Dostupné z www: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>.

ÚZIS. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2003 – 2012*. [online]. [cit. 2014-05-10]. Dostupné z www: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zdravotnictvi-jako-soucast-narodni-ekonomiky-drive-vyvoj-financnich-ukazatelů-makroekono>.

VoZP ČR. *Výroční zpráva 2005 – 2012*. [online]. [cit. 2014-06-05]. Dostupné z www: <http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/tiskovy-servis/vyrocní-zpravy/>.

VšZP. *Platenie poistného*. [online]. [cit. 2014-05-20]. Dostupné z www: <http://www.vszp.sk/platitelia/>.

VZP ČR. *Regulační poplatky: Změny k 1. 4. 2009*. [online]. [cit. 2014-05-20] Dostupné z www: <http://www.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky/zmeny-k-1-4-2009>.

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

VZP ČR. *Povinnosti plátců – metodika*. [online]. [cit. 2014-07-20]. Dostupné z www: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika>.

VZP ČR. *Výroční zpráva VZP ČR za rok 2001 – 2012*. [online]. [cit. 2014-07-20]. Dostupné z www: <http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocni-zpravy>.

ZACHAR, D. *Reformné procesy v zdravotníctve – obdobie rokov 2000 – 2012*. [online]. 2013 [cit. 2014-05-20]. Dostupné z www: <http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/9435/reformne-procesy-v-nbsp-zdravotnictve-obdobie-rokov-2000-2012.html>.

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva 2007 – 2012*. [online]. [cit. 2014-05-25]. Dostupné z www: <http://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocni-zpravy>.

ZPMV ČR. *Výroční zpráva 2000 – 2012*. [online]. [cit. 2014-06-10]. Dostupné z www: <http://www.zpmvcr.cz/pojistovna-211/vyrocni-zpravy/>.

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Přílohy

Příloha 1 Přehled maximálních vyměřovacích základů v ČR,
2008 – 2012 (v Kč)

Období	Maximální vyměřovací základ
1. 1. 2008 - 31. 12. 2008	1 034 880
1. 1. 2009 - 31. 12. 2009	1 130 640
1. 1. 2010 - 31. 12. 2010	1 707 048
1. 1. 2011 - 31. 12. 2011	1 781 280
1. 1. 2012 - 31. 12. 2012	1 809 864

Zdroj: VZP, vlastní úprava

Příloha 2 Přehled procentního podílu pro stanovení vyměřovacího
základu u OSVČ v ČR, 2000 - 2014

Období	Procento pro stanovení vyměřovacího základu
- 31. 12. 2003	35%
1. 1. 2004 - 31. 12. 2004	40%
1. 1. 2005 - 31. 12. 2005	45%
1. 1. 2006 -	50%

Zdroj: § 3a, Zákon č. 592/1997 Sb., vlastní úprava

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Příloha 3 Přehled minimálních a maximálních měsíčních záloh pojistného OSVČ
v ČR, 2000 – 2014 (v Kč)

Období	Minimální měsíční záloha	Maximální měsíční záloha
1. 1. 2000 - 30. 6. 2000	540	-
1. 7. 2000 - 31. 12. 2000	608	-
1. 1. 2001 - 31. 12. 2001	675	-
1. 1. 2002 - 31. 12. 2002	770	-
1. 1. 2003 - 31. 12. 2003	837	-
1. 1. 2004 - 31. 12. 2004	1 071	-
1. 1. 2005 - 31. 12. 2005	1 143	-
1. 1. 2006 - 31. 3. 2006	1 218	-
1. 4. 2006 - 31. 12. 2006	1 272	-
1. 1. 2007 - 31. 12. 2007	1 360	-
1. 1. 2008 - 31. 12. 2008	1 456	11 643
1. 1. 2009 - 31. 12. 2009	1 590	12 720
1. 1. 2010 - 31. 12. 2010	1 601	19 205
1. 1. 2011 - 31. 12. 2011	1 670	20 040
1. 1. 2012 - 31. 12. 2012	1 697	20 361
1. 1. 2013 - 31. 12. 2013	1 748	-
1. 1. 2014 -	1 752	-

Zdroj: VZP, vlastní úprava

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Příloha 4 Měsíční vyměřovací základ a pojistné za státní pojištění v ČR,
2000 – 2014 (v Kč)

Období	Měsíční vyměřovací základ	Měsíční pojistné
1. 1. 2000 - 30. 6. 2001	2 900	392
1. 7. 2001 - 31. 12. 2002	3 250	439
1. 1. 2003 - 31. 12. 2003	3 458	467
1. 1. 2004 - 31. 12. 2004	3 520	476
1. 1. 2005 - 31. 12. 2005	3 556	481
1. 1. 2006 - 31. 1. 2006	3 798	513
1. 2. 2006 - 31. 3. 2006	4 144	560
1. 4. 2006 - 31. 12. 2006	4 709	636
1. 1. 2007 - 31. 12. 2007	5 035	680
1. 1. 2008 - 31. 12. 2009	5 013	677
1. 1. 2010 - 31. 10. 2013	5 355	723
1. 11. 2013 -	5 829	787

Zdroj: VZP, vlastní úprava

Příloha 5 Přehled minimální mzdy a výše pojistného u OBZP v ČR,
2000 – 2014 (v Kč)

Období	Minimální mzda	Pojistné
1. 1. 2000 - 30. 6. 2000	4 000	540
1. 7. 2000 - 31. 12. 2000	4 500	608
1. 1. 2001 - 31. 12. 2001	5 000	675
1. 1. 2002 - 31. 12. 2002	5 700	770
1. 1. 2003 - 31. 12. 2003	6 200	837
1. 1. 2004 - 31. 12. 2004	6 700	905
1. 1. 2005 - 31. 12. 2005	7 185	970
1. 1. 2006 - 30. 6. 2006	7 570	1 022
1. 7. 2006 - 31. 12. 2006	7 955	1 074
1. 1. 2007 - 31. 7. 2013	8 000	1 080
1. 8. 2013 -	8 500	1 148

Zdroj: VZP, vlastní úprava

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Příloha 6 Počet pojištěnců v jednotlivých zdravotních pojišťovnách v ČR, 2000 – 2012

Název ZP	Počet pojištěnců k 31.12.												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
VZP	7 360 606	7 177 318	6 956 348	6 801 230	6 691 100	6 617 714	6 567 687	6 535 622	6 429 707	6 261 809	6 271 186	6 247 532	6 162 465
VoZP	554 383	568 641	579 378	577 648	575 071	567 431	568 310	565 411	551 670	592 443	586 428	598 504	626 404
ČP ZP	296 881	308 245	329 813	332 178	335 451	343 165	349 214	352 859	362 615	721 831	716 996	727 847	1 171 395
OZP	373 934	412 065	489 410	557 793	607 451	628 210	647 013	660 896	672 992	684 428	694 792	696 290	702 555
ZP Škoda	115 870	118 252	120 023	122 771	126 309	127 391	130 121	131 332	133 121	133 364	134 868	136 202	137 188
ZP MV	835 322	885 593	933 316	968 632	1 012 667	1 014 370	1 038 342	1 064 961	1 100 551	1 121 497	1 136 830	1 157 355	1 186 964
Revírní	263 455	289 530	310 879	329 314	345 925	353 145	359 430	366 160	391 441	415 759	414 192	416 461	417 191
ZP Metal-Aliance	236 079	260 611	288 863	304 110	314 411	323 622	337 063	353 212	385 516	401 232	408 528	423 362	-
ZP Agel	-	-	-	-	-	-	-	-	35 116	-	-	-	-
ZP Média	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43 641	28 245	-	-
Česká národní ZP	316 390	311 693	310 446	306 907	308 607	310 788	313 433	313 818	307 713	-	-	-	-
Celkem pojištěnců	10 352 920	10 331 948	10 318 476	10 300 583	10 316 992	10 285 836	10 310 613	10 344 271	10 370 442	10 376 004	10 392 065	10 403 553	10 404 162

Poznámka: Údaje o počtu pojištěnců za období 2000 – 2004 jsou doplněny na základě informací od ÚZIS – email. Údaje o počtech pojištěnců za již neexistující pojišťovny (ZP Agel, Českou národní ZP, ZP Média a ZP Metal-Aliance) jsou uvedeny na základě informací poskytnutých nástupnickými pojišťovnami.

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven, ÚZIS – email, vlastní úprava

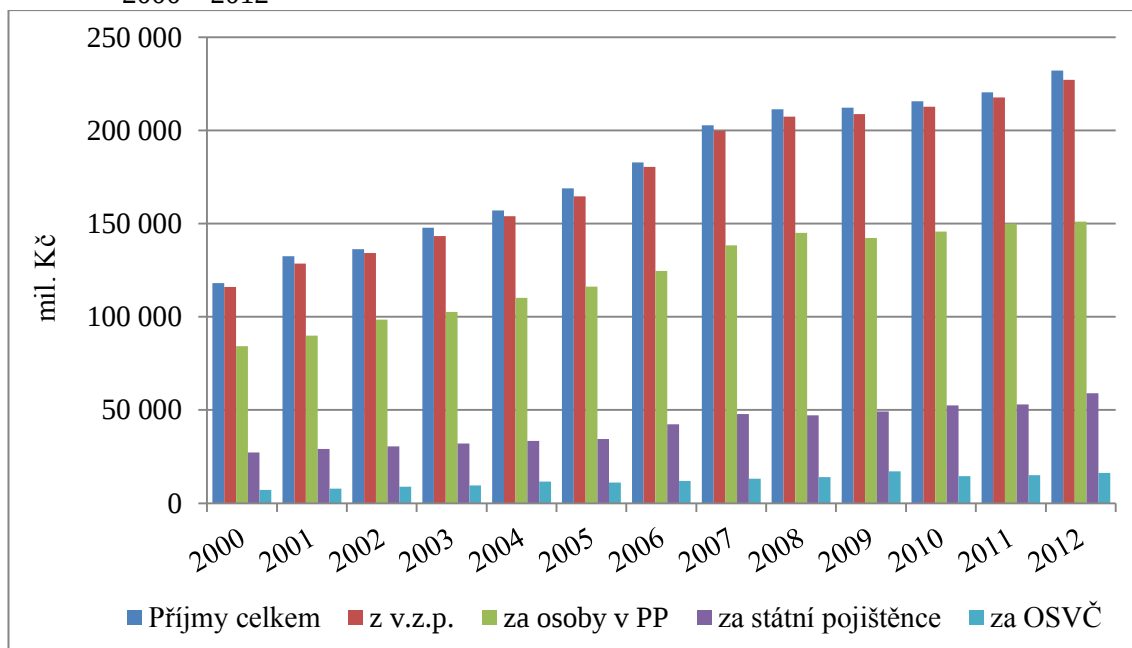
Vysoká škola ekonomie a managementu

info@vsem.cz / www.vsem.cz

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

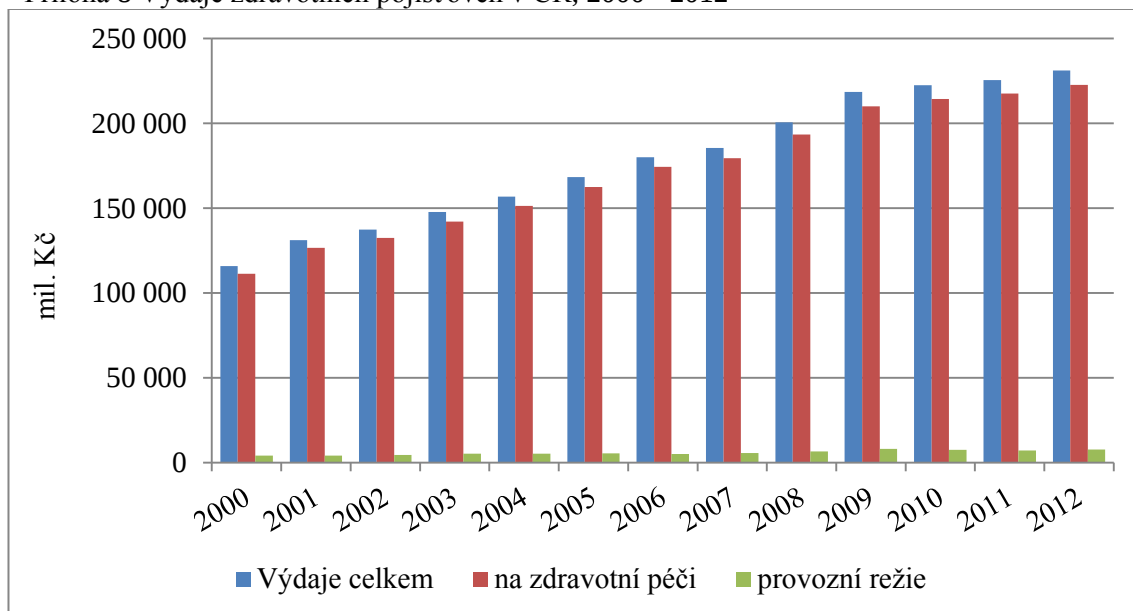
Příloha 7 Příjmy zdravotních pojišťoven dle plátců veřejného zdravotního pojištění v ČR, 2000 – 2012



Poznámka: v.z.p. – veřejné zdravotní pojištění, v PP – v pracovním poměru

Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická ročenka ČR 2000 – 2012 a Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2003 – 2012, vlastní úprava

Příloha 8 Výdaje zdravotních pojišťoven v ČR, 2000 - 2012



Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická ročenka ČR 2000 – 2012, vlastní úprava

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Příloha 9 Přehled minimálních a maximálních měsíčních vyměřovacích základů a záloh na pojistné SZČO na Slovensku, 2000 – 2014 (v EUR)

Období	Minimální měsíční		Maximální měsíční	
	vyměřovací základ	záloha	vyměřovací základ	záloha
1. 1. 2000 - 31. 12. 2000	146,05	20,01	1 168,40	160,07
1. 1. 2001 - 31. 12. 2001	163,31	22,86	1 306,48	182,91
1. 1. 2002 - 31. 12. 2002	184,89	25,88	1 479,12	207,08
1. 1. 2003 - 31. 12. 2003	201,82	28,25	1 614,56	226,04
1. 1. 2004 - 31. 12. 2004	215,76	30,21	1 726,08	241,65
1. 1. 2005 - 31. 12. 2005	229,04	32,07	1 430,49	200,27
1. 1. 2006 - 31. 12. 2006	252,27	35,32	1 575,87	220,62
1. 1. 2007 - 31. 12. 2007	268,87	37,64	1 720,17	240,82
1. 1. 2008 - 31. 12. 2008	268,87	37,64	1 868,25	261,56
1. 1. 2009 - 31. 12. 2009	295,50	41,37	2 006,16	280,86
1. 1. 2010 - 31. 12. 2010	319,57	44,74	2 169,09	303,67
1. 1. 2011 - 31. 12. 2011	329,06	46,07	2 233,50	312,69
1. 1. 2012 - 31. 12. 2012	339,89	47,58	2 307,00	322,98
1. 1. 2013 - 31. 12. 2013	393,00	55,02	3 930,00	550,20
1. 1. 2014 - 31. 12. 2014	402,50	56,35	4 025,00	563,50

Zdroj: VŠZP, Preddavky na poistné, § 13 zákona č. 273/1994 a zákona č. 580/2004, vlastní úprava

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Příloha 10 Přehled sazeb pojistného, měsíčních vyměřovacích základů a výše pojistného státních pojištěnců na Slovensku, 2000 - 2014

Období	Sazba (v %)	Měsíční (v EUR)	
		vyměřovací základ	pojistné
1. 1. 2000 - 31. 12. 2000	13,70	68,56	9,39
1. 1. 2001 - 31. 12. 2001	14,00	79,67	11,15
1. 1. 2002 - 31. 12. 2002	14,00	91,28	12,78
1. 1. 2003 - 31. 12. 2003	14,00	95,93	13,43
1. 1. 2004 - 31. 12. 2004	14,00	114,98	16,10
1. 1. 2005 - 31. 12. 2005	4,00	476,83	19,07
1. 1. 2006 - 31. 12. 2006	4,00	525,29	21,01
1. 1. 2007 - 30. 04. 2007	5,00	513,39	25,67
1. 5. 2007 - 31. 12. 2007	4,00	513,39	20,54
1. 1. 2008 - 31. 12. 2008	4,50	622,75	28,02
1. 1. 2009 - 31. 12. 2009	4,90	668,72	32,77
1. 1. 2010 - 31. 12. 2010	4,78	723,03	34,56
1. 1. 2011 - 31. 12. 2011	4,32	744,50	32,16
1. 1. 2012 - 30. 06. 2012	4,00	769,00	30,76
1. 7. 2012 - 31. 12. 2012	4,33	769,00	33,29
1. 1. 2013 - 31. 12. 2013	4,25	786,00	33,41
1. 1. 2014 - 31. 12. 2014	4,00	805,00	32,20

Zdroj: SITA (2010), § 13 zákona č. 273/1994 a zákona č. 580/2004, vlastní úprava

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Příloha 11 Počet pojištěnců v jednotlivých zdravotních pojišťovnách na Slovensku, 2005 – 2012

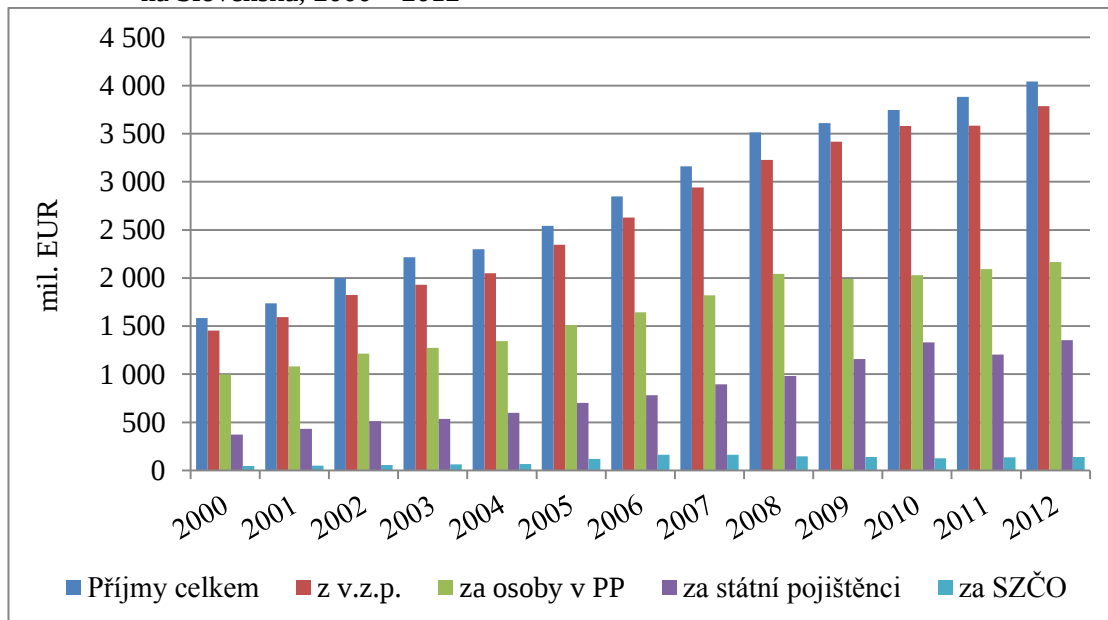
Zdravotní pojišťovna	Počet pojištěnců k 31. 12.							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
VZP	3 421 786	3 400 632	2 954 641	2 920 629	2 896 224	3 485 650	3 439 399	3 357 176
DÔVERA ZP	335 783	351 119	777 432	856 681	865 156	1 402 133	1 400 335	1 445 473
Union ZP	-	197	453 624	336 959	370 629	366 455	387 271	409 198
Apollo ZP	473 489	472 690	445 345	446 161	498 856	-	-	-
Spoločná ZP	691 331	680 957	597 409	715 882	641 526	-	-	-
Európska ZP	-	7	70 552	-	-	-	-	-
Sideria ZP	388 031	398 514	-	-	-	-	-	-
Celkem pojištěnců	5 310 420	5 304 116	5 299 003	5 276 312	5 272 391	5 254 238	5 227 005	5 211 847

Zdroj: ÚDZS, Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2005 - 2012, vlastní úprava

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

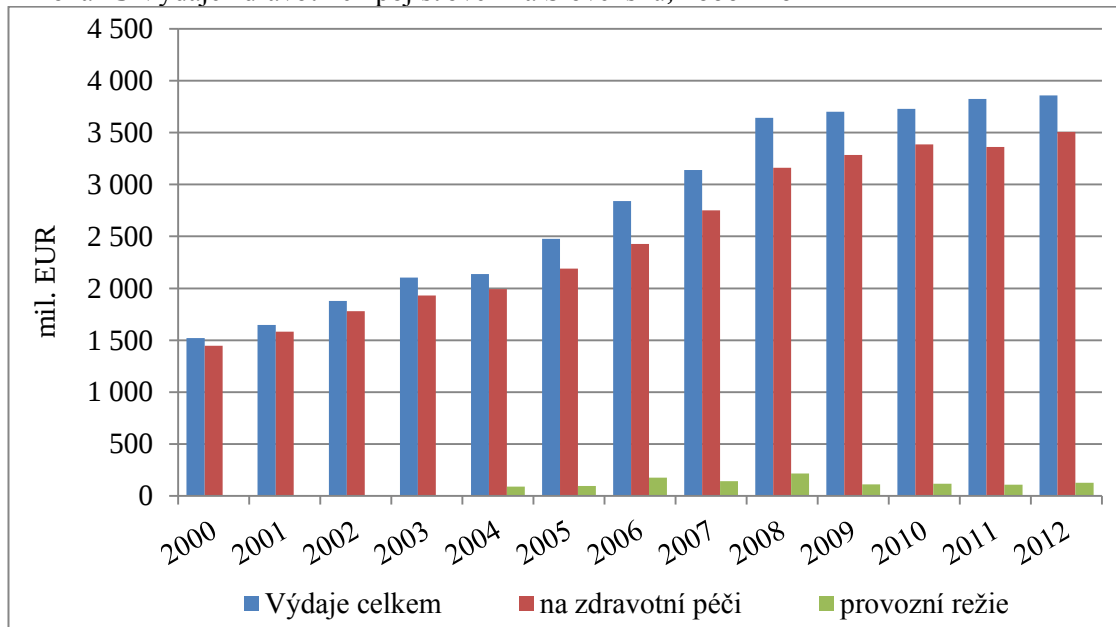
Příloha 12 Příjmy zdravotních pojišťoven dle plátců veřejného zdravotního pojištění na Slovensku, 2000 – 2012



Poznámka: v.z.p. – veřejné zdravotní pojištění, v PP – v pracovním poměru

Zdroj: ŠÚ SR, Štatistická ročenka SR 2000 – 2013, vlastní úprava

Příloha 13 Výdaje zdravotních pojišťoven na Slovensku, 2000 - 2012



Zdroj: ŠÚ SR, Štatistická ročenka SR 2000 – 2013, vlastní úprava

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Příloha 14 Hospodaření zdravotních pojišťoven v ČR a na Slovensku, 2000 - 2012

Rok	Hospodaření ZP v ČR (v mil. Kč)			Hospodaření ZP na Slovensku (v mil. EUR)		
	Příjmy	Výdaje	Saldo	Příjmy	Výdaje	Saldo
2000	118 040	115 919	2 121	1 584,7	1 521,6	63,1
2001	132 560	131 136	1 424	1 736,6	1 647,8	88,8
2002	136 288	137 487	-1 199	1 998,1	1 878,0	120,1
2003	147 860	147 736	124	2 217,1	2 103,7	113,4
2004	157 053	156 811	242	2 300,7	2 161,1	139,6
2005	168 925	168 417	508	2 542,8	2 462,8	80,0
2006	182 833	180 011	2 822	2 848,7	2 841,2	7,5
2007	202 808	185 610	17 198	3 162,3	3 139,7	22,6
2008	211 360	200 592	10 768	3 513,4	3 640,8	-127,4
2009	212 199	218 630	-6 431	3 414,3	3 509,7	-95,4
2010	215 615	222 500	-6 885	3 744,6	3 727,3	17,3
2011	219 482	225 545	-6 063	3 881,4	3 822,3	59,1
2012	232 124	231 270	854	4 042,8	3 856,8	186,0

Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická ročenka 2000 – 2012 a ŠÚ SR, Štatistická ročenka SR
2000 – 2013, vlastní úprava

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Příloha 15 Věková struktura obyvatel v ČR, 2000 – 2012

Rok	Počet obyvatel k 31. 12. (v tis.)			
	0-14	15-64	65 a více	celkem
2000	1 664	7 179	1 423	10 266
2001	1 622	7 170	1 415	10 207
2002	1 590	7 196	1 418	10 204
2003	1 554	7 234	1 423	10 211
2004	1 527	7 259	1 435	10 221
2005	1 501	7 293	1 456	10 250
2006	1 480	7 325	1 482	10 287
2007	1 477	7 391	1 513	10 381
2008	1 480	7 431	1 556	10 467
2009	1 494	7 414	1 599	10 507
2010	1 518	7 379	1 636	10 533
2011	1 541	7 263	1 701	10 505
2012	1 560	7 188	1 768	10 516

Zdroj: ČSÚ, vlastní úprava

Příloha 16 Věková struktura obyvatel na Slovensku, 2000 – 2012

Rok	Počet obyvatel k 31. 12. (v tis.)			
	0-14	15-64	65 a více	celkem
2000	1 036	3 747	620	5 403
2001	1 007	3 759	613	5 379
2002	975	3 788	616	5 379
2003	945	3 815	620	5 380
2004	919	3 840	626	5 385
2005	894	3 862	633	5 389
2006	871	3 883	640	5 394
2007	851	3 903	647	5 401
2008	836	3 922	654	5 412
2009	831	3 929	665	5 425
2010	830	3 932	673	5 435
2011	832	3 881	691	5 404
2012	831	3 870	710	5 411

Zdroj: ŠÚ SR, vlastní úprava

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Příloha 17 Míra nezaměstnanosti v ČR a na Slovensku, 2000 - 2012

Rok	Nezaměstnanost (v %)	
	ČR	Slovensko
2000	8,8	18,6
2001	8,1	19,2
2002	7,3	18,5
2003	7,8	17,5
2004	8,3	18,1
2005	7,9	16,2
2006	7,1	13,3
2007	5,3	11,0
2008	4,4	9,6
2009	6,7	12,1
2010	7,3	14,4
2011	6,7	13,6
2012	7,0	14,0

Zdroj: ČSÚ, ŠÚ SR, vlastní úprava

Příloha 18 Ukazatel HDP v ČR a na Slovensku, 2000 – 2012

Rok	HDP v ČR (v mld. Kč - b. c.)	HDP na Slovensku (v mld. EUR - b. c.)
2000	2 269,70	31,18
2001	2 448,60	33,88
2002	2 567,50	36,81
2003	2 688,10	40,61
2004	2 929,20	45,16
2005	3 116,10	49,31
2006	3 352,60	55,00
2007	3 662,60	61,45
2008	3 848,40	66,84
2009	3 759,00	62,79
2010	3 790,90	65,90
2011	3 823,40	68,97
2012	3 845,90	71,10

Zdroj: ČSÚ, ŠÚ SR, vlastní úprava