

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

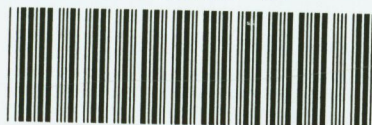
Zemědělská fakulta

Studijní program: B6208 Ekonomika a management
Studijní obor: Účetnictví a finanční řízení podniku – pro české firmy
Katedra: Účetnictví a financí

Bakalářská práce

Téma: Zdravotní pojištění garantované státem na příkladu vybraných zemí

Knihovna JU - ZF



3114701963

K9629

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Ivana Staňková

Autor:

Lenka Brusová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zemědělská fakulta
Katedra ekonomiky
Akademický rok: 2004/2005

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka BRUSOVÁ**
Studijní program: **B6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Účetnictví a finanční řízení podniku - pro české firmy**
Název tématu: **Zdravotní pojištění garantované státem na příkladu
vybraných zemí**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl:

Na příkladu vybraných států srovnajte princip fungování zdravotního pojištění.

Obsah:

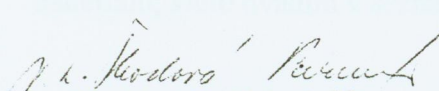
- 1. Základní pojmy v soukromém a veřejném zdravotním pojištění
- 2. Charakteristika principů financování zdravotního pojištění
- 3. Specifika principu fungování zdravotního pojištění v ČR
- 4. Srovnání principů fungování zdravotního pojištění ve vybraných zemích.

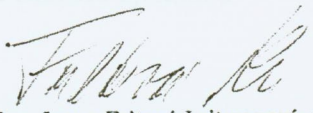
Rozsah práce: 30
Rozsah příloh:
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná
Seznam odborné literatury:

Ducháčková, E.: Principy pojištění a pojišťovnictví. VŠE Praha 2003.
Daňhel, J.: Kapitoly z pojistné teorie. VŠE Praha 2002.
Vostatek, J.: Sociální a soukromé pojištění. Praha, Codex Bohemia 2000.
Zákon č. 363/1999 Sb. o pojišťovnictví.
Zákon č. 48/1997 Sb. o zdravotním pojištění.
Zákon č. 551/91 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR
Zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších
zdravotních pojišťovnách.
Zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Ivana Staňková
Katedra ekonomiky

Datum zadání bakalářské práce: 1. března 2005
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. dubna 2006


prof. Ing. Magdalena Hrabánková, CSc.
děkanka
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZEMĚDĚLSKÁ FAKULTA
studijní oddělení
Studená 13
370 05 České Budějovice ①


doc. Ing. Ivana Faltová Leitmanová, CSc.
vedoucí katedry

/ Českých Budějovicích dne 1. března 2005

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně na základě zjištění a materiálů, které uvádím v seznamu použité literatury.

V Českých Budějovicích dne 15. 4. 2006

.....*Bursová Lenka*.....

Poděkování:

Děkuji Ing. Ivaně Staňkové za odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce a Mag. Viktoru Blankovi, konzulu rakouského velvyslanectví v Českých Budějovicích, za pomoc při sběru informací pro vypracování této práce.

Obsah

Úvod	1
Metodika	2
Základní pojmy v soukromém a veřejném zdravotním pojištění	3
Charakteristika principů financování zdravotního pojištění	11
Beveridgeův univerzální systém:	11
Bismarckův zaměstnanecký systém:	12
Americký liberální systém:	12
Specifika principu fungování zdravotního pojištění v ČR	14
Legislativa a vykonávání zdravotního pojištění	15
Financování (příjmy) veřejného zdravotního pojištění tvoří:	16
Příspěvky pojištěnců	17
Výdaje a náklady na zdravotnictví	18
Vstup ČR do EU a právní rámec financování zdravotnictví	20
Charakteristika fungování veřejného zdravotního pojištění v Rakousku a Švýcarsku	21
Rakousko	21
Povinné pojištění	21
Zdravotní pojištění v Rakousku	22
Legislativa a vykonávání sociálního pojištění	22
Pojistitelé sociálního pojištění	23
Rámcové podmínky sociálního pojištění	23
Okruh pojištěných osob	24
Financování (Příjmy) zákonného zdravotního pojištění	25
Příspěvky pojištěnců	25
Výdaje na zdravotnictví sociálního zdravotního pojištění	27
Výsledky hospodaření ve zdravotním pojištění	27
Švýcarsko	27
Pojišťovací povinnost ve Švýcarsku	27
Hlavní důvody pro pojišťovací povinnost	28
Zdravotní pojištění ve Švýcarsku	28
Legislativa a provádění sociálního pojištění	29
Financování (příjmy) zákonného zdravotního pojištění:	30
Modely zdravotního pojištění	32
Výdaje na zdravotnictví	33
Financování – tarify a ceny	34
Závěr	35
Seznam použité literatury	40
Seznam příloh	41

Úvod

Téma mé bakalářské práce je Zdravotní pojištění garantované státem na příkladu vybraných zemí. Na začátku jsem se zaměřila na vymezení základních pojmů ve veřejném a soukromém zdravotním pojištění. Díky tomu, že je tato část velmi rozsáhlá, musela jsem vybrat jen ty nejdůležitější a nejzajímavější pojmy jako například, kdo je pojištěnec a kdo pojistitel, kdy vzniká a zaniká zdravotní pojištění, práva a povinnosti plátce pojistného a pojištěnce, různé druhy plateb, systém zdravotnictví apod.

V druhé části jsem uvedla principy financování zdravotního pojištění a to na základě Beveridgeova a Bismarckova zdravotnického systému a Amerického liberálního systému.

Ve třetí části jsem se zaměřila na specifika fungování zdravotního pojištění v České republice. Charakterizovala jsem situaci na českém pojistném trhu a jak je české zdravotní pojištění legislativně upraveno. Dále jsem uvedla systém financování veřejného zdravotního pojištění, jaké máme příjmy a výdaje na zdravotnictví.

Ve čtvrté části jsem uvedla principy fungování zdravotního pojištění ve vybraných zemích. Jedná se o země Rakousko a Švýcarsko. U těchto zemí jsem se opět zaměřila na specifikaci legislativy a vykonávání zdravotního pojištění, na okruh pojištěných osob a na financování zákonného zdravotního pojištění.

Cílem mé práce bylo srovnání zdravotního pojištění České republiky se zdravotním pojištěním v Rakousku a Švýcarsku. Výsledky tohoto srovnání naleznete v závěru této práce.

Metodika

Při zpracování této bakalářské práce jsem narazila na problém nedostatku informací o zdravotním pojištění jiných zemí. Proto jsem byla nucena požádat o pomoc rakouského konzula Mag. Viktora Blanku, který mi vyšel vstříc a velice mi s tímto problémem pomohl. Díky tomu jsem mohla vypracovat bakalářskou práci a porovnat tak fungování zdravotního pojištění v České republice se zdravotním pojištěním v zahraničí.

Dalším problémem pro mě bylo přeložit si poskytnuté údaje do českého jazyka, protože byly v jazyce německém. Díky svým omezeným jazykovým schopnostem jsem si musela vybrat pouze německy mluvící země.

V ostatních případech jsem snad žádný problém nenašla. Vyskytnuté problémy jsem se snažila vyřešit co nejlépe a práci jsem zpracovala do konečné podoby.

Základní pojmy v soukromém a veřejném zdravotním pojištění

Pojištěnec je osoba, která uzavřela pojistnou smlouvu s pojistitelem (zdravotní pojišťovnou) a je povinna platit pojistné.

Pojistitel je právnická osoba, která má oprávnění provozovat pojištění.

Pojistné je cena za poskytovanou ochranu (Zákon č. 363/1999 Sb.).

Zdravotně jsou pojištěny (pojištěnci):

- osoby s trvalým pobytem na území České republiky,
- osoby, které nemají trvalý pobyt v České republice, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území České republiky,
- osoby, na které se vztahuje nařízení EU tedy osoby, které jsou výdělečně činné v ČR a jsou z EU a jejich rodinní příslušníci (Zákon č. 48/1997 Sb., §2).

Zdravotní pojištění vzniká:

- dnem narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,
- dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem,
- získáním trvalého pobytu na území České republiky (Zákon č. 48/1997 Sb., §3).

Zdravotní pojištění zaniká dnem:

- úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- kdy osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem,
- ukončení trvalého pobytu na území České republiky (Zákon č. 48/1997 Sb., §4).

Plátcí pojistného jsou:

1. zaměstnanci v pracovním poměru účastným na nemocenském pojištění

1.1. zaměstnanci,

1.1.1. osoby ve služebním poměru,

1.1.2. členové družstva,

- 1.1.3. společníci a jednatelé společnosti s ručením omezeným, komanditisté komanditní společnosti,
- 1.1.4. zaměstnanci na základě dohody o pracovní činnosti,
- 1.1.5. soudci,
- 1.1.6. členové zastupitelstev územních samosprávných celků,
- 1.1.7. poslanci Poslanecké sněmovny a senátoři Senátu Parlamentu a poslanci Evropského parlamentu, zvolení na území České republiky,
- 1.1.8. členové vlády, prezident, viceprezident a členové Nejvyššího kontrolního úřadu, členové Rady pro rozhlasové a televizní vysílání, členové Rady Českého telekomunikačního úřadu, finanční arbitr, zástupce finančního arbitra, Veřejný ochránce práv, zástupce Veřejného ochránce práv a ředitel Bezpečnostní informační služby a další.

1.2. osoby samostatně výdělečně činné,

- 1.2.1. osoby podnikající v zemědělství,
- 1.2.2. osoby provozující živnost,
- 1.2.3. osoby provozující podnikání podle zvláštních předpisů,
- 1.2.4. osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů,
- 1.2.5. společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností,
- 1.2.6. osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním podle zvláštních předpisů,
- 1.2.7. osoby vykonávající činnost mandátáře na základě mandátní smlouvy uzavřené podle obchodního zákoníku (Zákon č. 48/1997 Sb., §5).

2. zaměstnavatelé,

- 2.1. Zaměstnavatel je plátcem části pojistného za své zaměstnance,
- 2.2. Zaměstnavatel je plátcem části pojistného z příjmů zúčtovaných bývalému zaměstnanci po skončení zaměstnání zakládajícího účast na nemocenském pojištění (Zákon č. 48/1997 Sb., §6).

3. stát je plátcem zdravotního pojištění za:

- 3.1. nezaopatřené děti,
- 3.2. držitele důchodů z důchodového pojištění,
- 3.3. příjemce rodičovského příspěvku,

- 3.4. ženy na mateřské a rodičovské dovolené, ženy pobírající peněžitou pomoc v mateřství a muže po dobu jejich nepřítomnosti v práci, po kterou se jim poskytuje peněžitá pomoc podle předpisů o nemocenském pojištění,
- 3.5. uchazečů o zaměstnání,
- 3.6. osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby,
- 3.7. mladistvé umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy,
- 3.8. osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací, které byla udělena akreditace Ministerstvem vnitra, v rozsahu překračujícím v průměru alespoň 20 hodin v kalendářním týdnu,
- 3.9. žadatele o udělení azylu a jeho dítě narozené na území, cizince, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu, a jeho dítě narozené na území, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti (Zákon č. 48/1997 Sb., §7).

Povinnost platit pojistné:

Pojistné se hradí zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn a povinnost platit pojistné vzniká pojištěnci dnem:

- nástupu do zaměstnání,
- zahájení samostatné výdělečné činnosti,
- kdy se stal pojištěncem,
- ke kterému se po návratu do České republiky pojištěnec přihlásil u příslušné zdravotní pojišťovny,
- v jiných zákonem stanovených formách.

Zaměstnavatel má povinnost platit za své zaměstnance část zdravotního pojištění ode dne nástupu zaměstnance do zaměstnání a zaniká dnem skončení pracovního poměru.

Státu vzniká povinnost platit pojistné za pojištěnce dnem, kdy se stát podle zákona stává plátcem pojistného. Tato povinnost státu zaniká dnem, ke kterému stát přestal být plátcem pojistného.

Nezaplatí-li plátcem pojistného pojistné ve stanovené výši a včas, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna vymáhat na dlužníkovi jeho zaplacení včetně penále (Zákon č. 48/1997 Sb., §8).

Práva a povinnosti plátce pojistného

Plátce pojistného má oznamovací povinnost.

Zaměstnavatel jako plátce pojistného je povinen provést oznámení o vzniku dané události nejpozději do osmi dnů od jejího vzniku. Danou změnou může být např. nástup zaměstnance do zaměstnání, popřípadě ukončení pracovního poměru, pokud zaměstnanec změní zdravotní pojišťovnu apod.

Zaměstnanec jako plátce pojistného má povinnost tyto změny ohlásit své zdravotní pojišťovně, pokud tak neučinil zaměstnavatel.

Osoba samostatně výdělečně činná je povinna ohlásit příslušné zdravotní pojišťovně zahájení a ukončení dané činnosti a to nejpozději do osmi dnů.

Pojištěnec je povinen oznámit své zdravotní pojišťovně případné změny jako např. že přestal být pojištěncem za kterého platil pojistné stát. U narozeného dítěte je zákonný zástupce povinen do osmi dnů ode dne narození ohlásit tuto skutečnost zdravotní pojišťovně, u které je pojištěna matka dítěte (Zákon č. 48/1997 Sb., §10).

Práva a povinnosti pojištěnce

1. Pojištěnec má právo:

- na změnu zdravotní pojišťovny a to jednou za 12 měsíců a vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí,
- na výběr lékaře nebo jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení,
- na výběr dopravní služby, která je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně,
- na zdravotní péči bez přímé úhrady, která je stanovena zákonem č. 48/1997 Sb.,
- na léčiva bez přímé úhrady, jde-li o léčiva hrazené ze zdravotního pojištění,
- podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním.

2. Pojištěnec je povinen:

- plnit oznamovací povinnost, a to vždy nejpozději do osmi dnů,
- sdělit svému zaměstnavateli při nástupu do zaměstnání název zdravotní pojišťovny, u které je pojištěn,
- hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné,
- se na výzvu lékaře dostavit na preventivní prohlídky,
- dodržovat léčebný postup stanovený lékařem,

- vyvarovat se jednání, které by vedlo k vědomému poškození zdraví pojištěnce nebo jeho nemoci,
- prokázat se platným zdravotním průkazem vydaným příslušnou zdravotní pojišťovnou,
- nahlásit zdravotní pojišťovně ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce,
- platný průkaz pojištěnce je povinen pojištěnec vrátit při změně zdravotní pojišťovny, zániku zdravotního pojištění nebo dlouhém pobytu v zahraničí,
- oznámit příslušné zdravotní pojišťovně změny jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla, a to do 30 dnů ode dne, kdy ke změně došlo.

(Zákon č. 48/1997 Sb., §11)

Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

Ze zdravotního pojištění je pojištěnci hrazena poskytnutá zdravotní péče s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Jedná se zejména o:

- ambulantní a ústavní péči,
- pohotovostní a záchrannou službu,
- preventivní péči,
- dispenzární péči,
- poskytování léčiv, zdravotnické techniky a stomatologických výrobků,
- lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,
- dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů,
- posudkovou činnost,
- prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy,
- a jiné.

Ze zdravotního pojištění dochází k úhradě zdravotní péče poskytnuté na území České republiky a také částka, kterou pojištěnci vynaložili na nutné nebo neodkladné ošetření během jejich pobytu v zahraničí, a to do výše, která je stanovena pro úhradu dané péče v České republice (Zákon č. 48/1997 Sb., §13, §14).

Smluvní zdravotní pojištění

Zdravotní pojišťovny mají možnost vykonávat kromě péče stanovené zákonem i smluvní zdravotní pojištění, a to pro osoby, které nejsou pojištěnci podle zákona č. 48/1997 Sb. a pro osoby na hrazení péče přesahující hranici hrazené péče včetně léčení v zahraničí (Zákon č. 48/1997 Sb., §54).

Zajišťovací fond

Zajišťovací fond je zřízen zákonem č. 48/1997 Sb., je právnickou osobou a zapisuje se do obchodního rejstříku. Slouží k úhradě zdravotní péče poskytnuté zdravotnickými zařízeními pojištěncům likvidované zaměstnanecké pojišťovny.

Všechny zaměstnanecké pojišťovny mají povinnost do tohoto fondu přispívat, a to ve výši 0,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zaměstnanecké pojišťovny. Tento příspěvek za předchozí kalendářní rok musí daná pojišťovna uhradit nejpozději do 31. ledna běžného roku (Zákon č. 48/1997 Sb., §22a).

Zdravotní pojišťovna

Je subjekt, který poskytuje své služby pojištěncům.

Bezplatná péče

Je zdravotní péče poskytovaná bez přímé úhrady ze strany pacienta bezprostředně při provedení příslušných úkonů, ale na základě veřejného zdravotního pojištění nebo na základě uzavřeného smluvního pojištění. Zdravotní péče je placena zdravotnickým zařízením prostřednictvím třetí osoby a to buď pojišťovnou z prostředků, získaných z příspěvků pojištěnců nebo z příjmů veřejných rozpočtů.

Globální rozpočet

Globální rozpočet je způsob financování nemocnic a jiných zdravotnických zařízení, které obdrží předem určenou částku na krytí nákladů spojených s poskytováním zdravotnických služeb na dané období (zpravidla jeden rok) a na základě potvrzeného smluvního kontraktu obsahujícího strukturu příjmů a výdajů.

Nakupovatel zdravotní péče

Ve většině případů je to veřejná pojišťovna nebo veřejný zdravotní úřad.

Platba/úhrada za ošetřovací den

Platba za ošetřovací den je fixní částka, kterou nemocnice obdrží od pojišťovny na výdaje spojené s jednodenním pobytem pacienta na lůžku. Tento způsob úhrady je kritizován pro motivaci poskytovatele ponechat pacienta na lůžku déle než je nutné.

Platba/úhrada za případ

Platba za případ je roztrídění poruch zdraví do diagnostických skupin s určením jejich nákladové náročnosti. Na jeden případ dostává nemocnice pevně stanovenou částku.

Platba/úhrada za výkon

Poskytovatel zdravotnických služeb je odměňován za každou jednotlivou službu podle seznamu hrazených výkonů. Nevýhodou této platby je, že tato úhrada vede k provádění nadbytečných zdravotnických služeb.

Pojištění

Jedná se o způsob, kterým jedinec zmenšuje riziko nahodilých finančních výdajů sdružováním velkého počtu stejným rizikem ohrožených jedinců.

Poptávka po zdravotní péči

Znamená rozsah, v němž je lidmi pocíťovaná potřeba vyjádřena nárokováním zdravotní péče.

Poskytovatel zdravotní péče

Mezi poskytovatele zdravotní péče patří nemocniční zařízení nebo lékař zodpovídající za poskytování zdravotní péče a za napomáhání k maximální obnově zdraví pacienta.

Prémie pojištěnce

Slouží jako dodatečný příspěvek pojištěnců pro krytí vzniklého deficitu zdravotní pojišťovny při platbách určitých úkonů zdravotní péče.

Pojistný trh

Na pojistném trhu se střetává nabídka a poptávka po pojistné ochraně.

Pojistný trh lze rozdělit na dvě neoddělitelné části:

1. věcný pojistný trh, který znamená nabídku a poptávku po finanční službě pojištění, je tedy součástí trhu zboží a služeb,
2. investiční pojistný trh, který znamená investování volných peněžních prostředků a je součástí finančního trhu.

Retrospektivní platba

Náklady spojené s poskytnutím zdravotní péče jsou uhrazeny až po zákroku podle jejich skutečné výše.

Spoluúčast

Je regulační nástroj zaměřený na poptávku po zdravotnických službách. Pacient uhrazuje část nákladů poskytovaných v rámci zdravotního pojištění přímou hotovostní platbou,

Spoluúčast může mít různé formy:

- a) procentní sazba – pacient hradí určité procento z celkových nákladů,
- b) paušální poplatek – pacient hradí určitou fixní částku za každou poskytnutou službu,
- c) odpočitatelný poplatek – pacient zaplatí určitou částku před započtením pojistného programu.

Soukromé pojištění

Pojištěnec se účastní pojištění dobrovolně a pojistné se stanovuje na základě rizika.

Zdravotní péče

Je péče poskytovaná pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav, kterou v ČR poskytují státní i nestátní zdravotnická zařízení. Zdravotní péče zahrnuje ústavní i ambulantní péči, pohotovostní záchrannou službu, preventivní a dispenzární péči, poskytování léčebných prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků, lázeňskou péči, závodní preventivní péči, dopravu nemocných, posudkovou činnost apod.

Systém zdravotnictví

Systém zdravotnictví je formální uspořádání (struktura) zdravotní péče pro obyvatelstvo, jejíž financování, řízení, rozsah a obsah jsou dány zákonem a pravidly. Tato struktura zajišťuje, aby lidem byly poskytnuty služby, které přispějí k jejich zdraví a zdravotní péči, aby tyto služby byly poskytovány v různých prostředích, v domácnostech, ve vzdělávacích institucích, na pracovištích, veřejných místech, v lokálních komunitách, v nemocnicích a klinikách.

Charakteristika principů financování zdravotního pojištění

V současné době jsou používány tři systémy financování zdravotnictví (Goulli 2003):

- 1) Beveridgeův univerzální systém,
- 2) Bismarckův zaměstnanecký systém,
- 3) Americký liberální (pluralitní) systém.

Žádný z těchto systémů není v praxi zcela jednoznačný. V každém jsou obsaženy varianty a kombinace z jednotlivých systémů. Vedle těchto systémů byl uplatněn Semaškův sovětský systém v bývalých komunistických zemích, kde vznikl v 90. letech minulého století a dnes existuje jen na Kubě. Ve své podstatě se blíží Beveridgeovu systému podle zásady „tří U“.

Beveridgeův univerzální systém:

Systém je založen na třech základních principech nazývaných „3 U“:

- 1) Univerzalita – každý občan, nezávisle na svou profesní situaci, bude ochráněn proti všem sociálním rizikům,
- 2) Unita (jednotnost) – řízením všech rizik je pověřena jediná správa,
- 3) Uniformita – každý může využívat pomoci v závislosti na svých potřebách, ať je jeho příjem (důchod) jakýkoli.

Všichni občané i cizinci (rezidenti) mají právo na zdraví a nemocenské pojištění. Jsou financovány z daňových příjmů a rozpočet zdravotnictví stanovují ministerstva financí a zdravotnictví. Jeho prostředky jsou rozdělovány prostřednictvím parlamentu a řízeny správou pod kontrolou parlamentu.

Tento systém je založen na smluvním zdravotním pojištění. Soukromá zdravotnická zařízení poskytují své služby, dochází k prodeji a koupi zdravotnických služeb a soukromého pojištění. Beveridgeův systém je uplatňován například ve Velké Británii, USA, Švédsku, Španělsku a částečně také ve Švýcarsku.

Provedené analýzy prokázaly, že systém státního rozpočtu je méně nákladný, ale také méně efektivní.

Bismarckův zaměstnanecký systém:

Systém je založen na principu solidarity tzn., že občan s vyšším příjmem dotuje občana s nižším příjmem a zároveň zdravý občan dotuje nemocného. Uplatňuje se v rámci systému veřejných zdravotních pojišťoven a na rozdíl od předešlého Beveridgeova systému je nákladnější díky transakčním nákladům, ale může být velice efektivní.

Systém je charakteristický povinným zdravotním pojištěním. Zdravotní péče není státní, ale stát zaručuje zdravotní pojištění pro všechny obyvatele. Zdravotní péče je hrazena veřejnými zdravotními pojišťovnami. Stát vytvořil pro tento systém legislativní a ekonomické podmínky pro povinné zdravotní pojištění. Poskytování zdravotní péče je oddělené od jejího financování. Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení, která jsou samostatnými podniky a mají uzavřené smlouvy s jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Tento systém je uplatňován například v Rakousku, Belgii, Francii, Holandsku a v současné době i u nás v České Republice. Je založen na principu sociálního pojištění. Při úhradě zdravotní péče má každá země vytvořený koš hrazené zdravotní péče. Tyto koše jednotlivých zemí se od sebe liší, protože si je stanovuje každý stát sám. Při stanovení tohoto koše rozhoduje stát, pojišťovny (nemocenské pokladny) a popřípadě poskytovatelé zdravotnických služeb.

Zdravotnictví je tedy veřejným sektorem proto, že je financováno z veřejných prostředků, které občan alokuje státu a jeho institucím formou fiskální (přímé a nepřímé) daně a formou parafiskální (zdravotní pojištění a nemocenské zabezpečení). Veřejné prostředky slouží nejen k úhradě nákladů na poskytnutou zdravotní péči, ale i k úhradě nákladů na provoz a správu tohoto systému.

V České republice je momentálně uplatňován Bismarckův zaměstnanecký systém kombinovaný s právními a zdravotními prvky liberálního amerického systému.

Americký liberální systém:

V USA je situace zcela odlišná. Zde se z velké části podílí na financování soukromý sektor, přičemž veřejný sektor je vytvořen jen pro starší nad 65 let a chudé. Situace v USA je tedy zcela opačná a její důsledky s vysokými počty nepojištěných a nedostatečně pojištěných obyvatel jsou varovné, stejně jako vysoké výdaje na zdravotnictví.

Struktura financování ve zdravotnických systémech

(v %)

Ukazatele	Beveridgeův systém	Bismarckův systém	USA
Výdaje v procentech HDP	6 - 8,5	7 – 10	14
Daně	80 – 90	15	40
Pojistné	5	65 + 5	30
Účast pacienta	5 - 10	10 - 15	30
Cena zdravotní péče	sjednaná	kontrolovaná	vysoká
Objem spotřebované zdravotní péče	slabý	kontrolovaný	vysoký
Počet poskytovatelů	variabilní	variabilní	vysoký

U Beveridgeova a Bismarckova systému představuje zbytek do 100 %, procento výdajů uhrazovaných z lokálních veřejných rozpočtů. Ve většině zemí dochází ke kombinaci Bismarckova a Beveridgeova systému, v jiných zemích jako např. ve Švýcarsku nebo v Německu, jsou v jejich decentralizovaných systémech zahrnuty i některé prvky z liberálního systému USA. Protože je americký liberální systém dražší, je podíl výdajů na zdravotnictví v HDP vyšší než v ostatních evropských zemích.

Specifika principu fungování zdravotního pojištění v ČR

V České republice je zdravotní pojištění založeno na základě Bismarckova zaměstnaneckého principu spojeného s prvky ostatních principů. Z tohoto systému, který je popsán v předešlé části, vyplývá, že je zdravotnictví veřejným sektorem a shromážděné veřejné prostředky slouží nejen k úhradě nákladů poskytované zdravotní péče, ale i k úhradě nákladů na provoz a správu tohoto systému.

V České republice zabezpečují zdravotní pojištění Všeobecná zdravotní pojišťovna a 8 dalších tzv. rezortních, odborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven.

Zdravotní pojišťovny provozují „všeobecné zdravotní pojištění“. Všeobecné zdravotní pojištění zahrnuje poskytnutou potřebnou zdravotní péči bez nutnosti přímé úhrady v zákonem stanoveném rozsahu. Zdravotní pojišťovny mohou provozovat také dobrovolné zdravotní pojištění na komerčním základě pro krytí potřeb, které nejsou kryty v rámci pojistného zdravotního pojištění (tzv. nadstandardní služby).

Zdravotní pojištění je určené k úhradě nákladů zdravotní péče. Plně jsou hrazeny nezbytné lékařské úkony, léky a zdravotnický materiál. Na některé léky a zákroky pacient připlácí, některé hradí zcela.

Zdravotní pojištění nezakládá nárok na výplatu nemocenské v případě nemoci. Nemocenské pojištění je součástí sociálního pojištění, kterou musí povinně platit zaměstnanci, dobrovolně si ji mohou zvolit osoby samostatně výdělečně činné.

Pojištění nekryje léčebné výlohy v zahraničí, pokud mezinárodní dohody nestanoví jinak nebo se nejedná o úkon, který nelze provést v České republice a s jehož úhradou zdravotní pojišťovna souhlasí.

Konkurence mezi zdravotními pojišťovnami se pojištěným vyplácí. Každá nabízí doplňkový program nad rámec základní lékařské péče plně hrazené ze zákona. Mezi bonusy patří bezplatné plavání, příspěvek na ozdravné pobyty, hormonální antikoncepce a mnoho dalších.

Legislativa a vykonávání zdravotního pojištění

V České republice je zdravotní pojištění upraveno zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Tímto zákonem je také upravena možnost úhrady za poskytovanou zdravotní péči formou paušálních plateb. Tento způsob úhrady za zdravotní péči byl v zákoně zvolen jako alternativa k systému úhrad za jednotlivé výkony. Nakonec ale došlo mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními při dohodovacím řízení o cenách ke kompromisu a u praktických lékařů byla stanovena kombinovaná kapacitně výkonová platba. Pro ostatní druhy zdravotní péče (kromě stomatologické) na úhradu formou paušálních plateb. Tyto systémy financování ponechávají riziko z nadužívání zdrojů tam, kde se o použití zdrojů rozhoduje, to je ve zdravotnických zařízeních.

Pokud při dohodovacím řízení o ceně bodu není dosaženo dohody, nebo jeho výsledek odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, zůstávají v platnosti ceny bodu sjednané na předchozí období. Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou pouze výši úhrad a regulační omezení těchto úhrad v případech, kdy výsledek dohodovacího řízení odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, nebo pokud není předložen ve stanovené lhůtě.

Dále zdravotní pojištění upravuje také:

- zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách,
- zákon č. 363/1999 Sb. o pojišťovnictví,
- zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR,
- zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění,
- zdravotní řád,
- vyhlášky Ministerstva zdravotnictví,
- vyhlášky Ministerstva financí,
- atd.

Příjmy zdravotních pojišťoven zahrnují veškeré platby pojistného a další finanční prostředky, které pojišťovna skutečně obdrží. Na rozdíl od toho výnosy jsou platby zúčtované ve prospěch zdravotní pojišťovny bez ohledu na to, jsou-li fyzicky vyplaceny, či nikoli. Výnosy, které nebyly dosud inkasovány a tudíž se nestaly příjmy, jsou vykazovány ve formě pohledávek zdravotních pojišťoven.

Financování (příjmy) veřejného zdravotního pojištění tvoří:

- pojistné od pojištěnců v pracovním poměru, samostatně výdělečné činnosti,
- pojistné od pojištěnců s občanstvím ČR nebo s trvalým pobytem v ČR,
- pojistné od zaměstnavatelů za své zaměstnance,
- pojistné od státu za nezaopatřené děti, důchodce, příjemce rodičovského příspěvku, osoby na mateřské dovolené, uchazeče o zaměstnání zaregistrovaných na úřadech práce, osoby pobírající dávky sociální péče, ženy v domácnosti pečující o dítě do 7 let věku nebo dvě a více dětí do 13 let věku, vojáky, osoby pečující o zdravotně tělesně postiženou osobu, osoby ve vazbě,
- pojistné od zaměstnavatelů, u nichž vykonávaná práce vyžaduje zvýšenou zdravotní péči o zaměstnance,
- vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů zdravotní pojišťovny,
- ostatní příjmy jako např. dary, sankce svým klientům apod.

V České republice je zdravotní pojištění financováno ve velké míře na základě sociálního pojištění. U tohoto způsobu pojištění je stát v roli pojišťovatele a vyžaduje od svých občanů, aby se na pojištění podíleli. Pojištění je zajišťováno centrálními vládními organizacemi nebo skupinou pojišťoven nebo nemocenských fondů, které jsou pověřeny státem a působí na trhu jako právnické osoby. Jejich činností je výkon veřejného práva a jejich rozpočet určuje parlament. Tento systém pojištění má své výhody i nevýhody. Mezi výhody lze zařadit jeho transparentnost a tedy i větší přijatelnost pro veřejnost. Další výhodou se pak stává přenosnost pojištění na ty pojištěnce, kteří mění zaměstnání nebo vstupují a vystupují z trhu práce, krytí jejich zdravotních potřeb pokračuje a příspěvky nezávisí na jejich individuální rizikovitosti. Také umožňuje větší sdílení rizika než soukromé pojištění.

Za nevýhodu lze považovat to, že zaměstnavatelům je obvykle nařízeno přispívat určitou částí na sociální zdravotní pojištění. To vede k vyšším nákladům na zaměstnance a snižuje mezinárodní konkurenceschopnost ekonomiky daného státu.

V České republice jsou také příjmy zdravotního pojištění zahrnovány do daňových příjmů, i když se nejedná o přesnou daň, ale svými charakteristikami znakům daní vyhovuje.

Příspěvky pojištěnců

V zájmu zdravotních pojišťoven je zejména dosažení hospodářského „vyrovnání“ mezi zdravými a nemocnými pojištěnci. Používá formy solidárního vyrovnání závislého na příjmu. V České republice není, jako v některých jiných zemích, stanoven nejvyšší vyměřovací základ pro zdravotní pojištění, ale naopak je stanovena výše minimálního příspěvku na zdravotní pojištění. Minimální hranice je odvozena od minimálního vyměřovacího základu, kterým je minimální mzda. Ta se v současné době činí u zaměstnanců a osob bez zdanitelných příjmů 7 570 Kč, ze kterých je minimální zdravotní pojištění ve výši 1 022 Kč. Od 1. 7. 2006 bude minimální mzda ve výši 7 955 Kč a minimální zdravotní pojištění 1 074 Kč.

U OSVČ je v současné době minimálním vyměřovacím základem dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok o dva roky předcházející roku, pro který je vyměřovací základ stanovován. Ministerstvo zdravotnictví stanovilo Sdělením č. 261/2005 Sb. průměrnou mzdu za rok 2004 ve výši 18 035 Kč. Z toho vyplývá minimální měsíční vyměřovací základ ve výši 9 017,50 Kč a minimální měsíční pojistné tak činí 1 218 Kč.

Pojistné sazby zdravotního pojištění v ČR
(v %)

Kategorie pojištěnců	Celkem	Část	
		Zaměstnavatel	Zaměstnanec
Zaměstnanci	13,50	9,00	4,50
Ostatní pojištěnci	13,50	x	x
OSVČ	13,50	x	13,50
Státní pojištěnci ^{*)}	13,50	x	x

^{*)} z minimálního vyměřovacího základu (životní minimum), který v současné době činí 144 Kč.

V současné době je přerozdělováno 60 % z celkového vybraného pojistného. VZP ze zákona zřizuje zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění, jehož je právcem. Na tento účet plynou veškeré platby zdravotního pojištění, které jsou dále přerozdělovány mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny podle jejich pojištěnců do 60 a nad 60 let. Celková částka zdravotního pojištění je tvořena součtem podílů, které připadají na každého jednoho pojištěnce. Na pojištěnce do 60 let připadá jeden podíl a na pojištěnce nad 60 let připadají podíly tři.

ČESKÁ UNIVERZITA
ZEMĚDĚLSKÁ FAKULTA
Ústřední knihovna
Studentská 13
250 65 České Budějovice

60% vybraného pojistného (OSVČ, zaměstnanci) + platby od státu

1 podíl =

$$\frac{\text{60\% vybraného pojistného (OSVČ, zaměstnanci) + platby od státu}}{\sum \text{pojištěnců, za které platí stát (každý nad 60 let se započítá 3x)}}$$

40 % vybraného pojistného dostane příslušná zdravotní pojišťovna přímo bez jakéhokoliv přerozdělování, což dostatečně nezohledňuje potřeby v příjmových stránkách jednotlivých pojišťoven. Přepočteme-li stávajících nepřerozdělených 40 % příjmů každé zdravotní pojišťovny na jednoho pojištěnce, pak je tento ukazatel u jednotlivých pojišťoven značně rozdílný. Jelikož 40 % není nezanedbatelný podíl z celkových příjmů, vznikají tím, i po přerozdělení 60 %, značné disproporce mezi pojišťovnami navzájem. Tato absolutní výše celkových příjmů jednotlivých pojišťoven není vzhledem k rozdílnému počtu pojištěnců vhodným ukazatelem pro jejich vzájemné srovnání. Je tedy třeba vycházet z výše příjmů zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce. Přerozdělení příjmů zdravotních pojišťoven nejvíce ovlivní VZP, a to v pozitivním směru, zatímco ostatní zdravotní pojišťovny tímto přicházejí o podstatnou část svých příjmů. Proces přerozdělování tak znatelně přispívá k lepšímu fungování celého systému.

Výdaje a náklady na zdravotnictví

Při hodnocení zdravotního pojištění je nutné pečlivě rozlišovat rozdíl mezi pojmy náklady a výdaje. Náklady představují skutečnou spotřebu materiálu, služeb, práce a kapitálu v peněžním vyjádření ve vztahu ke sledované produkční funkci. Z účetního pohledu se pak jedná o došlé faktury, včetně neuhrazených.

Výdaje naopak představují tokovou veličinu, za kterou bývá označován úbytek peněžních prostředků z účtu v bance nebo z pokladny.

Výdaje zdravotních pojišťoven zahrnují převážně úhrady potřebné zdravotní péče na základě smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními. Dalšími výdaji jsou potom náklady na zajištění činnosti a provozu zdravotní pojišťovny, platby za výkony preventivní a specifické zdravotní péče, příspěvky na pořízení specifické zdravotní techniky, apod.

Zdravotnické služby jsou financovány převážně z veřejných prostředků, tj. z prostředků vytvořených příjmy z daní nebo daním podobných příspěvků do samostatných fondů zdravotního pojištění. Přímé platby a komerční zdravotní pojištění představují doplňkovou nebo okrajovou formu financování.

Výdaje zdravotních pojišťoven jsou veškeré platby, které se v daném období skutečně realizují, zatímco náklady představují úhrn vstupů do hospodářských procesů.

Výdaje zdravotních pojišťoven v ČR

Výdaje ZP celkem vč. zdanitelných	1999		2002	
	mld. Kč	%	mld. Kč	%
VZP	85,5	77,5	96,8	70,5
ZZP	24,8	22,5	40,6	29,5
ZP celkem	110,3	100,0	137,4	100,0

Vypovídací schopnost výdajů v celém systému veřejného zdravotního pojištění je menší než údajů o nákladech, které jsou vázány k jednotlivým produkčním funkcím poskytovatelů zdravotnických služeb. Výdaje kopírují v celém systému zhruba příjmy. V tomto pohledu je situace jakoby vyrovnaná. Klíčovou pozornost je třeba věnovat nákladům a zde pak jejich členění mezi jednotlivé segmenty zdravotnických služeb, v přepočtu na jednoho pojištěnce v průměru či na jednoho pojištěnce ve věkových skupinách.

Finanční zdroje tvořící největší část podílu na financování zdravotnictví představují tři položky: Zdravotní pojišťovny, veřejné rozpočty a domácnosti. Ostatní finanční zdroje, které jsou obtížně dostupné, dosahují v České republice odhadem 2 až 3 % výdajů na zdravotnictví. V příloze číslo 1 je uvedena tabulka znázorňující celkové výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování v letech 2000 - 2004.

Z tabulky vyplývá, že celkové výdaje vzrostly od roku 2000 do roku 2004 o téměř 38 %. Dynamika jednotlivých zdrojů financování je ale odlišná: výdaje zdravotních pojišťoven vzrostly o téměř 40 %, pomalejší růst byl u veřejných rozpočtů (25 %). Výraznější růst byl zaznamenán u přímých výdajů domácností (o 51 %). V příloze č. 2 je graf: Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v roce 2002.

Zdravotní pojišťovny plánují, sledují i vykazují náklady na zdravotní péči podle metodiky MZ ČR v členění do 10 skupin. Ty tvoří náklady na: ambulantní péči, ústavní péči, lázeňskou péči, záchranou službu, léky, ozdravovny, dopravu, zdravotnické prostředky, léčení v zahraničí a ostatní. Náklady čtyř hlavních skupin, tj. náklady na ambulantní, ústavní, lázeňskou péči a na léky tvoří kolem 95% celkového objemu nákladů za všechny ZP.

Velmi výrazně se liší náklady VZP a ostatních ZZP. Tyto rozdíly jsou způsobeny věkovou strukturou pojištěnců. VZP má větší podíl starších pojištěnců a tedy větší podíl nákladů. Naopak ostatní ZP mají menší podíl nákladů na zdravotní péči díky mladším pojištěncům, kteří nespotřebují tolik péče jako starší občané.

V ČR je stále věnována velká pozornost zejména příjmové stránce zdravotních pojišťoven, ale efektivní činnosti bude dosaženo pokud bude minimálně stejná pozornost věnována i stránce výdajové. Problémy s řízením výdajové stránky systému veřejného zdravotního pojištění jsou charakteristickým příkladem obecného problému výdajů veřejné ekonomiky. V poslední době se ale začíná věnovat pozornost i tomuto problému výdajů.

V přílohách č. 3, 4 jsou uvedeny tabulky: Příjmy a výdaje VZP a ostatních ZP v letech 1998 – 2003 a Výdaje zdravotnictví ČR na 1 obyvatele v Kč. V příloze č. 5 je grafické vyjádření výdajů zdravotnictví ČR na 1 obyvatele v Kč.

Vstup ČR do EU a právní rámec financování zdravotnictví

EU nemá právní předpisy přímo upravující poskytování a financování zdravotní péče. Přesto i zde existují normy. Aby mohla být v plném rozsahu uplatňována svoboda pohybu osob na vnitřním trhu EU bylo nutné mimo jiné připomenout opatření koordinující systémy sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství a prováděcím Nařízením Rady (EEC) 574/72.

Nařízení jsou na území každého členského státu přímo závazné a nad národní zákony postavené předpisy. Proto po vstupu ČR do EU jsou i tato nařízení automaticky aplikována všemi soudy, úřady a jednotlivými osobami.

Charakteristika fungování veřejného zdravotního pojištění v Rakousku a Švýcarsku

RAKOUSKO

Povinné pojištění

Rakouský zdravotní systém je vybudován na základě principu sociálního pojištění.

Téměř všichni obyvatelé jsou povinně začleněni do systému zdravotního pojištění, a to vlastními příspěvky a odpovídajícími úpravami.

Rakousko má celkem solidárně organizované zdravotnictví. Každý občan odvádí, přiměřeně svým příjmům z výdělečné činnosti (ne se zaměřením na riziko), příspěvky do zákonného zdravotního pojištění. Platební povinnost navazuje na jeho výdělečnou činnost. Rozhodující je za druhé také výše příjmu. Zájmy pojištěnců jakož i poskytovatelů plnění jsou solidárně zohledněny, a to na základě společensko-politicky vyváženého komplexního systému s velmi vysokými nároky.

Celkově lze zákonné zdravotní pojištění v Rakousku charakterizovat jako povinné pojištění následujícím způsobem:

- státní určení vzájemných plnění a prostředků k dosažení cílů,
- solidarita,
- sociální vyrovnanost,
- přerozdělování.

V Rakousku lze hovořit o "skoro-monopolu" zákonného zdravotního pojištění jako poskytovatele pojistného plnění, neboť soukromí poskytovatelé mají v tomto systému místo jen do té míry, pokud nabízejí dobrovolné přípojištění, které není kryto zákonným zdravotním pojištěním (jako např. náklady na nadstandartní metody ošetření apod.).

Tito soukromí poskytovatelé jsou zdánlivě odkázáni jen na okrajové oblasti, protože klíčové oblasti jsou kryty zákonným zdravotním pojištěním.

Neexistuje ovšem žádné právní konkurenční omezení, nýbrž pouze omezení hospodářské. To znamená, že soukromá zdravotní pojištění mohou být poskytována, ale zabírají pouze malou část trhu. Kromě toho je i poptávka po zdravotnických výkonech přísně regulovaná, neboť není možný volný přístup na trh, ani u ambulantní lékařské pomoci, ani u stacionárních výkonů v zdravotnických zařízeních, ani u léků a léčebných pomůcek. Z toho vyplývá, že neexistuje volný prostor pro jednotlivé pojistitele co se týká příspěvků, neboť ty jsou závazně stanoveny v zákoně.

Také plnění jsou z velké části určeny zákonem. Ve stanovách pojistitele může být pouze v určitých případech přijato samostatné (specifické) opatření. Volné prostory se ukazují tedy v oblasti služeb a marketingu, přičemž jsou směřovány na cíl zdravotní politiky a nikoliv na vlastní reprezentace.

Zdravotní pojištění v Rakousku

V úvodu bych ráda zmínila, že Rakousku se dostává díky jeho příkladnému zdravotnictví mezinárodního uznání. Poskytuje dobrou, plošnou péči pro všechny, vysoký standard v diagnóze a terapii a může využít vynikající lékařské a vědecké zkušenosti. Toto odráží také výsledek empirického průzkumu, podle něhož je 72 % rakouského obyvatelstva velmi spokojeno s nabízenou zdravotní péčí.

Legislativa a vykonávání sociálního pojištění

Rakousko se počítá ke konzervativním sociálním státům. Charakteristiky konzervativního sociálního státu procházejí systémem zákonného zdravotního pojištění.

Principiálně je zabezpečení zdravotnictví v Rakousku veřejným úkolem. Sociální pojištění pokrývá téměř celkovou potřebu, a proto je bezprostřední státní pomoc (jako např. sociální pomoc) tak dobrá, jak ani není nutné.

Sociální pojištění se skládá z oblastí zdravotního pojištění, důchodového pojištění a úrazového pojištění, přičemž jsou, dle formy výdělečné činnosti a profesní skupiny, rozdílně upraveny zákonem. Legislativa sociálního pojištění je úkolem vlády a jsou to tedy spolkové zákony přijímané národní radou, které musí jednotliví pojistitelé vykonávat. Samotní pojistitelé mají zřídka vliv na legislativu, protože obsah zákonů určují v první řadě hospodářská situace a politické intence.

Ačkoliv je zdravotnictví v legislativě věcí vlády, velká zodpovědnost leží také na:

- různých ministerstvech vlády,
- zemích (zejména nemocnice) a obcích,
- pojistitelích sociálního pojištění.

Vedle spolkových zákonů jsou to ještě všeobecné právní úkony, které jsou přijímány příslušnými pojistiteli sociálního pojištění: stanovy, nemocenské řády a dále jsou to ještě nařízení jednotlivých spolkových ministrů.

Pojistitelé sociálního pojištění

V současné době existuje v Rakousku 27 různých pojistitelů (19 zdravotních pojišťoven a 8 pojišťovacích ústavů), které jsou organizovány jako autonomní orgány. To znamená, že mohou ve svém oboru působnosti jednat volně, ale za to podléhají státnímu dozoru.

Přednosti, které z toho vyplývají, jsou za prvé ulehčení a decentralizace státní správy a za druhé zesílení solidárního povědomí. Nejvyšším orgánem dozoru je spolkové ministerstvo práce, zdraví a sociálních věcí (BMAS). Stará se o to, aby byly dodržovány zákony a nařízení a kromě toho má také kontrolovat účelnost správy.

Všichni pojistitelé sociálního pojištění jsou sdruženi v hlavním svazu rakouských pojistitelů sociálního pojištění. Tento svaz koordinuje zájmy pojistitelů sociálního pojištění, vytváří závazné směrnice, znalecké posudky a jedná jako zástupce ve společných záležitostech jako např. při uzavírání smluv s lékaři (celkové smlouvy jako soukromoprávní smlouvy), s nemocnicemi (rovněž upravené písemnými smlouvami) atd.

Zdravotní pojišťovny jsou v některých spolkových zemích silně deficitní a mají velké finanční problémy. Každá zdravotní pojišťovna je proto povinna platit ročně určitou částku do vyrovnávacího fondu. Tento fond slouží k tomu, aby se vyvážila nerovnováha finanční síly v rámci Rakouska.

Rámcové podmínky sociálního pojištění

Základem pro zdravotní, úrazové a penzijní pojištění osob nesamostatně výdělečně činných v Rakousku, stejně tak i zdravotní pojištění důchodců je Všeobecný zákon o sociálním pojištění (ASVG).

Plně jsou dle zákona pojištěni zaměstnanci, nezávislí zaměstnanci („obdobná činnost jako zaměstnanecká“) a členové představenstva akciových společností a podobných institucí.

Zdravotní a úrazové pojištění úředníků a zdravotní pojištění penzionovaných úředníků je upraveno dle zákona o zdravotním a úrazovém pojištění úředníků (B-KUVG) (Úředníci pobírají své důchody od svých příslušných zaměstnavatelů).

Samostatně výdělečně činné osoby živnostenského podnikání (penzisté) jsou pojištěny dle zákona o živnostenském sociálním pojištění (GSVG).

Do zákona o sociálním pojištění lidí se svobodným povoláním („na volné noze“)(BSVG) jsou nyní zahrnuti – nikoliv pro všechny formy pojištění - i lékaři „na volné noze“, samostatní lékárníci a patentní zástupci.

Také pro sedláky, jejich rodinné příslušníky a penzisty existuje zvláštní zákonná úprava, a to zákon o sociálním pojištění sedláků (BSVG).

Rakouské sociální pojištění

Rakouské sociální pojištění		
Hlavní svaz rakouských pojistitelů sociálního pojištění		
Úrazové pojištění	Zdravotní pojištění	Penzijní pojištění
Všeobecná úrazová pojišťovna	Oborové zdravotní pojišťovny	Penzijní pojišťovací ústavy
	Závodní zdravotní pojišťovny	
	Pojišťovna rakouského hornictví	
	Pojišťovny sociálního pojištění pro živnostenské hospodářství	
Pojišťovna rakouských železničářů		
Pojišťovny soc. pojištění pro sedláky		
Pojišťovna veřejných zaměstnanců		Pojišťovna rakouských notářů

Rozdělení v rámci zdravotního, úrazového a penzijního pojištění není ale jediným rozdělením sociálního pojištění v Rakousku. Dále dělení navazuje také na následující hlediska:

- různé skupiny pojištěných osob (zaměstnanci, dělníci, sedláci, úředníci, OSVČ živnostenského podnikání apod.),
- regionální zařazení (spolkové země),
- hospodářské zařazení (podniky).

Okruh pojištěných osob

Rakouské sociální pojištění spočívá na principu solidarity mladých ke starým, zdravých k nemocným, pracujících k práci neschopným a nezaměstnaným. Je postaveno na teritoriálním principu, to znamená, že všechny osoby nezávisle na jejich státní příslušnosti, které v Rakousku vykonávají samostatnou či nesamostatnou výdělečnou činnost, podléhají povinnému pojištění, přičemž začátek a konec pojistného poměru je upraven rozdílně. Některé skupiny jsou ale z povinného pojištění vyňaty úplně nebo částečně, protože mají rovnocennou jinou sociální ochranu.

Nejdůležitějšími skupinami částečně pojištěných jsou, pokud uvedu jen zdravotní pojištění, osoby pobírající penzi a osoby vykonávající prezenční službu, popřípadě také osoby vykonávající civilní službu.

Příslušnost ke zdravotní pojišťovně je závislá, jak již bylo zmíněno, ze zásady na povolání a spolkové zemi, ve které je povolání vykonáváno. Pojistná ochrana zákonného zdravotního pojištění se vztahuje nejen na samotné pojištěnce, kteří jsou k tomu

ve smyslu "společného rizika" ze zákona povinování, nýbrž i na jejich blízké rodinné příslušníky, např. manžel(ka), životní druh (družka), není-li však zdravotně pojištěn na základě vlastního pojistného. Především se sem počítají děti do dovršení 18. roku života, s výjimkou studujících či se připravujících na povolání.

Toto spolupojištění je tudíž silným společensky žádaným prvkem sociálního vyrovnání např. mezi bezdětnými rodinami s více příjmy a rodinami s více dětmi jen s jedním příjmem.

Zákonné sociální pojištění zahrnuje sice přímo či nepřímo převažující část rakouského obyvatelstva, ale přesto nejsou ještě některé skupiny obyvatel do sociálního pojištění zahrnuty (jako např. ženy v domácnosti, nejsou-li spolupojištěny).

V příloze č. 6 této práce je uveden graf: Chráněné osoby v sociálním zdravotním pojištění v roce 2002.

Z vyobrazení vyplývá, že přibližně dvě třetiny zdravotně pojištěných osob přispívají, ostatní jsou coby rodinní příslušníci od placení příspěvků osvobozeni.

Financování (Příjmy) zákonného zdravotního pojištění

Téměř 85 % prostředků zákonného zdravotního pojištění je získáváno z příspěvků pojištěnců a zaměstnavatelů. Další příjmy pak tvoří příspěvky svazu a ostatní příjmy.

Dle zákonné koncepce není předvídán zásadní příliv daňových prostředků. K dispozici jsou při tom dvě metody financování sociálního pojištění, a to způsob kapitálového krytí (vytvoření kapitálového fondu) a přerozdělování. Rakouské sociální pojištění je v zásadě financováno dle systému přerozdělování. To znamená, že finanční prostředky sociálního pojištění z běžných periodických plateb příspěvků zaměstnaných pojištěnců jsou vynaloženy na příslušnou SSZ. Není-li dostatečné finanční krytí, jsou chybějící prostředky opatřeny z vyrovnávacích plateb vyrovnávacího fondu SSZ nebo z prostředků rozpočtu spolku.

Příspěvky pojištěnců

V zájmu zdravotní pojišťovny je zejména dosažení hospodářského „vyrovnání“ mezi zdravými a nemocnými pojištěnci. Používá formy solidárního vyrovnání závislého na příjmu, tj. příspěvky pojištěnců jsou závislé na příjmech, přičemž je zákonem stanoven nejvyšší vyměřovací základ.

Ve srovnání s tím neovlivní nízké příjmy, že by člověk neměl pojišťovací povinnost ke zdravotnímu (ale i penzijnímu) pojištění, ale možnost placení příspěvků na dobrovolné pojištění.

Pojistné sazby zdravotního pojištění v procentech *)
(v %)

Kategorie pojištěnců	Celkem	Část	
		Zaměstnavatel	Zaměstnanec
Zaměstnanci	7,40	3,70	3,70
Dělníci, pro které platí zákon o zachování výdělku	7,40	3,50	3,90
Zaměstnanci na volné noze	7,00	3,45	3,55
Ostatní pojištěnci	9,10	4,55	4,55
Úředníci	7,10	3,15	3,95
OSVČ**)	8,90	x	8,90
Sedláci	6,40	x	6,40

*) včetně 0,5 % dodatečného příspěvku na financování zdravotních pojišťoven

**) při setrvání v povinném pojištění

Jak vyplývá z tabulky, jsou příspěvky nesamostatných výdělečně činných osob, zakládající se na skutečném výdělku, hrazeny z poloviny zaměstnavatelem a z poloviny zaměstnancem. Doplnující tabulku s nejvyššími vyměřovacími základy najdete v příloze č. 7.

U sedláků je vyměřovací základ závislý na velikosti podniku. Stejně jako u nesamostatně výdělečně činných osob se vypočítávají příspěvky podle GSVG (Zákon o živnostenském sociálním pojištění pojištěnců) z příjmů na „principu přibývání“, pokud překročí hranici minima. Příjemci pojištění pro případ nezaměstnanosti jsou na základě zákona o pojištění pro případ nezaměstnanosti zdravotně pojištění, přičemž příspěvky jsou v plné výši placeny z prostředků pojištění pro případ nezaměstnanosti. Jako vyměřovací základ se použije dvojnásobná částka pobírané dávky (pojistná sazba pohybující se kolem 9,1 %). Nositel penzijního pojištění platí příspěvky zdravotní pojišťovně penzistů. Příjemcům penze je zadržena pouze částka ve výši 4,35 % jejich penze.

Výdaje na zdravotnictví sociálního zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění je nejvýznamnějším finančníkem zdravotnictví. Vždyť finanční situace zdravotních pojišťoven je již několik let stabilní v červených číslech (v rozvaze). Operativní obchod pojišťoven pro rok 2003 leží za mínus 500 mil. €.

V příloze č. 8 je uveden graf: Výdaje sociálního zdravotního pojištění v roce 2002.

Z obrázku vyplývá, že tři největší výdajové položky tvoří ústavní péče, lékařská pomoc a léky, dohromady téměř 70 % výdajů.

Výsledky hospodaření ve zdravotním pojištění

Celkové příjmy v roce 2002 činily € 10.635 mil., celkové výdaje € 10.812 mil. Rozčlenění příjmů a výdajů dle jednotlivých oblastí pojištění je zobrazen v příloze č. 9: Výsledky hospodaření ve zdravotním pojištění v Rakousku.

Data této tabulky odrážejí přibývající výdaje od roku 1992, v r. 2002 naproti tomu je nepatrný výsledek v oblasti příjmů. Aby bylo posíleno zdravotní uvědomění obyvatel a mohla být transparentně představena pojistitelům tato problematika, musí nositelé zdravotního pojištění informovat pojištěnce jedenkrát ročně o cenách věcných výkonů, které byly poskytnuty jim a jejich rodinným příslušníkům.

ŠVÝCARSKO

Pojišťovací povinnost ve Švýcarsku

Ve švýcarském zdravotním pojištění se rozlišuje zdravotní pojištění sociální a soukromé. Zákon o zdravotním pojištění (KVG) zavedl roku 1996 povinnost pojistit se pro všechny obyvatele. Každý obyvatel tak získá jakýsi balíček základních plnění u některého dobrovolně zvoleného pojišťovatele podle sociálních pojišťovacích právních hledisek. Získá tzv. pojišťovací povinnost na základní plnění.

Soukromá část pojištění je upravena spolkovým zákonem z roku 1908 o pojistné smlouvě. Tento zákon upravuje veškerá připojištění nabízená zdravotními pojišťovnami nebo soukromými pojišťovateli, která obsahují výkony zdravotní péče, které nejsou hrazeny z povinného základního pojištění.

Hlavní důvody pro pojišťovací povinnost

Jedním z hlavních důvodů je politická většina a dalším důvodem je neposkytnout monopol jedné pojišťovně. Povinné pojištění by vyžadovalo pro všeobecnou pojišťovací povinnost pojišťovatele monopolního charakteru. Tradičně však působí ve Švýcarsku přes sto sociálních zdravotních pojišťovatelů, z nich většina vykonává svou činnost ve všech regionech a jsou v každodenní konkurenci.

Dalším důvodem byla nutnost zavedení tzv. volby. Kdo dříve neměl z vlastní vůle zdravotní pojištění, což bylo asi 0,5 % obyvatelstva, se musel nyní pojistit. Na oplátku však obdržel občan možnost volby, která se týká:

- neomezené volby pojišťovatele,
- plnění, kdy pojištění je pouze základní, výkony a jejich poskytovatelé jsou stanoveny v zákoně,
- omezení plnění v rámci základního pojištění a další bonusový systém pro každého pojištěnce,
- svobody volby poskytovatele plnění v případě nemoci,
- vysoké zodpovědnosti za sebe sama. Snahou bylo, aby byli všichni účastníci začleněni do spoluodpovědnosti,
- neexistence vazby mezi pojištěním a platy občanů,
- pojištěnci si určují kvalitu služeb pojišťovatelů, protože mohou bez udání důvodu změnit pojišťovatele. To vyvíjí tlak na každého pojišťovatele, aby se přizpůsobil požadavkům zákazníka, a to ve službách, cenách i kvalitě, při kterých pojistitelé a poskytovatelé výkonů nesou více odpovědnosti.

Konkurence přináší rozdíly v plněních, kvalitě, ceně a informacích a vytváří tak samoregulační podněty na trhu. Proto může každá zdravotní pojišťovna nebo soukromá pojišťovací společnost, při splnění zákonných podmínek, poskytovat jak sociální zdravotní pojištění, tak i soukromé připojištění.

Zdravotní pojištění ve Švýcarsku

Zdravotní pojištění je ve Švýcarsku, stejně jako v Rakousku, nejstarším oborem sociální jistoty. Zajisté lze rozpoznat podstatné rozdíly s ohledem na rámcové podmínky a individuální možnosti utváření. V následující kapitole představuji detailně systém švýcarského zdravotního pojištění.

Legislativa a provádění sociálního pojištění

Švýcarsko patří na základě svého hluboce zakořeněného liberálního duševního majetku k liberálním sociálním státům. Spoléhá se při tom na volný tržní mechanismus a je zdůrazňována individuální svoboda. Také proto přikládá soukromým pojištěním velký význam.

Zdravotní politika ve Švýcarsku se tedy v zásadě liší tím, že je utvářena tradičně silně federalisticky a liberálně. Jako federativní stát nezná Švýcarsko uzavřený, centralizovaný systém sociální jistoty a zdravotnictví spadá tak do působnosti 26 kantonů. Do dnes jdou kantony v organizaci a ve financování svého zdravotnictví částečně velmi odlišnou cestou. Z toho vyplývá, že k udržení a prosazení pojišťovací povinnosti jsou kompetentní kantony. Ve švýcarském zdravotním pojištění se rozlišuje, jak již bylo uvedeno, sociální a soukromá část.

Spolkový zákon z 18. března 1994 o zdravotním pojištění (KVG), který vstoupil v platnost 1. ledna 1996, upravuje sociální část. Ta zahrnuje povinné zdravotní pojištění a dobrovolné pojištění náhrady denního platu.

Švýcarské zdravotní pojištění spočívá na základě individuálního pojištění, což znamená, že pojištěnec má nárok na pojišťovnu. Ve srovnání s rakouským systémem nejsou rodinní příslušníci, obzvláště děti, automaticky spolupojištěny, ale mají nárok jen na pojistná plnění, pokud mají v pojišťovně samostatné členství. Zákonné pojištění spočívá na teritoriálním principu. Zásadně může být u švýcarské zdravotní pojišťovny pojištěn jen ten, kdo:

- má ve Švýcarsku místo bydliště nebo se zde většinou zdržuje (nemusí mít švýcarskou státní příslušnost),
- zahraniční občan s povolením k pobytu po dobu delší než 3 měsíce nebo takový občan, který ve Švýcarsku pracuje méně než 3 měsíce a nedisponuje požadovaným zahraničním pojištěním.

Osoby podléhající povinnému pojištění se musí nechat pojistit během 3 měsíců podle místa bydliště ve Švýcarsku nebo podle místa narození popřípadě se nechat pojistit od zákonného zástupce.

Zaměstnavatel má povinnost, své zaměstnance na povinnost pojištění upozornit. Švýcarští obyvatelé se musí nahlásit ke zdravotnímu pojištění a také ho zaplatit. Zaměstnavatel může dobrovolně platit prémie na zdravotní pojištění nebo poskytnout určitou částku.

Pracovně smluvní dohoda reguluje zúčtování v těchto případech:

- Když lidé nejsou zákonně pojištěni, budou příslušným kantoním úřadem přiděleni k jednomu pojistiteli. Kantony musí zároveň pečovat o dodržování zdravotní péče.
- Bylo-li pojištění uzavřeno během krátké doby, potom vznikne pojistná ochrana ze zpětnou platností až do začátku pojištění. Zmeškal-li člověk lhůtu nebo nezaplatil se zpožděním, musí být zaplacen penále, které stanovuje spolková rada. Pojištění končí, když pojištěná osoba už nepodléhá zdravotní péči.

Jen v určitých vyjmenovaných případech neexistuje zdravotní péče:

- pohraničníci se svými rodinnými příslušníky (ti se mohou dobrovolně pojistit),
- v zahraničí bydlící příslušníci osoby, která je pojištěna ve Švýcarsku,
- členové diplomatických a konsulárních misí, jakož i zaměstnanci mezinárodních organizací a jejich rodiny, pokud nejsou ve Švýcarsku dobrovolně pojištěni.

Osoba podléhající povinnému pojištění může povinné pojištění uzavřít u každé pobočky zdravotní pojišťovny. Existuje zde ale také svobodná možnost volby. Přijetí zdravotní pojišťovnou nesmí být ze zdravotních důvodů nebo během těhotenství zamítnuto a oba poměry jsou brány v úvahu ihned při přijetí.

Kromě toho není pojištěnec při změně pojišťovny v nevýhodě k jiným pojišťovnám, pokud mu to tedy více vyhovuje, ale rozsah výkonu základního pojištění je v každém případě tentýž. Rozdíly mohou být popřípadě u služeb pojišťovny. Například neposkytnou všechny pojišťovny služby okamžitě, ale každá pojišťovna se zaváže, každou zdravotní péči uhradit.

Při změně musí být dodrženy zákonem stanovené výpovědní lhůty. Kromě toho nesmí vzniknout v souvislosti se změnou pojišťovny mezera v pojistné ochraně (krytí). Stávající zdravotní poměr končí, když „stará“ pojišťovna obdržela od „nové“ pojišťovny oznámení, v opačném případě vznikne povinnost nahradit škodu.

Financování (příjmy) zákonného zdravotního pojištění:

Výkony (plnění) zdravotního pojištění jsou financovány pojištěnci (pojistné, podíl na nákladech,...), veřejným sektorem (spolek, z části kantony a obce) a v některých případech na bázi dobrovolných příspěvků zaměstnavatelů. Spolková rada stanoví na žádost instituce částku. V úvahu jako zdroj příjmů připadají také úroky.

1) Rezervy

Povinné zdravotní pojištění je financováno, stejně jako v Rakousku, podle „přiznání k jednání“. Dodatečně musí tvořit bezpečnostní rezervy a rezervy na vyrovnání výkyvů, ve výši určeného počtu pojištěných osob pojišťovnou. Tyto rezervy mají sloužit k pozastavení výkyvů výdajů a poskytnout zdravotní pojišťovně v potřebné době určité zajištění.

2) Jednotné prémie/ prémie na hlavu

Každá zdravotní pojišťovna umožňuje všem svým pojištěncům měsíčně požadovat stejné prémie (nezávislý příjem), to znamená, že to nejsou prémie rozdělené podle vstupního věku, pohlaví nebo pracovního stavu a právě tak není dovoleno odlišit premiové tarify pro kolektivní smlouvy. Nejsou tak také rozlišeny pokud se jedná o nezávislou a závislou výdělečnou činnost.

Zvláštní úpravy se poskytují většinou pro zvláštní pojištěnce:

- mladiství mezi 19 – 25 rokem platí většinou redukované prémie, to znamená, ve srovnání k normálnímu tarifu snížené prémie,
- děti do 18 let získávají výhodnější prémie,
- lidé v nenáročném hospodářském poměru (vztahu), závislých na příjmech a rodinných vztazích, mají nárok na státní zlevněné prémie. Spolek poskytne k tomuto účelu kantonům roční částku pro zlevnění premií. Ze spolku budou pro zlevněné prémie rozděleny plánované peníze podle počtu obyvatel a podle finanční situace (od roku 1997 tak podle výše premií, na příslušné kantony). Vychází se tedy z rozdílu ve výši kvóty (pokud jde o množství a pohlaví) v jednotlivých kantonech.

Například v roce 2001 bylo jako zlevněné prémie vyplaceno podle KVG 2,66 milionu franků.

Počet pojištěnců, kvóty a rozpočty podle KVG od roku 1997

Rok	Počet pojištěnců	Změna oproti předchozímu roku (v %)	Odběratelská kvóta
1997	1 995 994	18,1	27,5
1998	2 240 522	14,5	31,4
1999	2 334 267	4,2	32,6
2000	2 337 717	0,1	32,4
2001	2 376 421	1,7	32,7

Jak je z tabulky patrné, počet pojištěnců, kterým byly na základě příslušných předpokladů poskytnuty snížené prémie, stoupal. Například v roce 2001 byly snížené prémie poskytnuty téměř 2,4 milionům pojištěnců, což je o 1,7 % více než v roce 2000. Obyvatelé si nechávají z toho všechny švýcarské odběratelské kvóty odhadnout na 32,7 %.

Odlišné zdravotní pojišťovny jsou oprávněny odstupňovat prémie kantonální a regionální. Během kantonů jsou dovoleny nejvýše tři regionální tarify (městský, velkoměstský a venkovský), přičemž premie nejvyššího stupně nesmí být vyšší než 50 %. Spolkový úřad pro sociální pojištění uveřejňuje každý rok v říjnu přehled měsíčních základních pojišťovacích premií pro kanton.

Modely zdravotního pojištění

U tohoto povinného základního pojištění nemohou být provedeny žádné změny, protože jsou regulovány podle zákona, člověk se soustředí na optimalizaci premií. U tohoto se vyplatí porovnat nabídky příslušných cen různých zdravotních pojišťoven, musí ale být brán ohled na odlišné a individuální potřeby.

1) Volba franšízy

Dospělí mají na základě povinného zdravotního pojištění převzatý minimální podíl nákladů od 300 franků = řádná franšíza za kalendářní rok. Děti a mladiství do 18 let neplatí žádnou řádnou franšízu. Dodatečně k franšíze bude muset člověk vzít na sebe spoluúčast 10 % zbývajících účtovaných částek, ale max. 700 franků za rok (děti a mladiství do 18 let 350 franků) jako podíl nákladů. Za všechny děti společně je plánovaná maximální spoluúčast od 700 franků, předpokládá se však, že jsou pojištěni u stejné zdravotní pojišťovny.

Příklad řádné franšízy:

Náklady na ošetření (lékař, léky, brýle) v jednom roce činí například 2000 franků. Na to zaplatí pojištěnec 300 franků franšízu a 10 % spoluúčast ze zbytku částky.
 $\text{Fr. } 300 + 10\% \text{ von Fr } 1700 = \text{Fr } 470$. Zbytek Fr 1530 zaplatí zdravotní pojišťovna. Tento podíl nákladů představuje takřka doplněk k měsíční premii. Tento příspěvek ztratíte, když si zvolíte dobrovolnou nebo nejvyšší franšízu.

2) Pojištění pomocí bonusů

Tento model pojištění závisí na principu „bezškodovosti“. Zdravotní pojišťovny jsou oprávněny, vedle řádného základního pojištění nabídnout i tuto variantu. U bonusového pojištění je právo na snížení premií, pokud během doby 12 měsíců nebudou provedeny žádné služby. Bonusové pojištění může být podmíněčně ovlivněno i vznikem pojistné události ve zdravotním pojištění. Ze sociálně-politického pohledu není proto dobré nechat profitovat bezproblémového (zdravého) pojištěnce z prémiového snížení. Protože potom vzniklý dluh v prémiové kase od nemocného pojištěnce musí být stejně uhrazen. Tento zásah do solidarity je alespoň částečně zmírněn tím, že je poskytnuta výhodná premie za bonusové pojištění ve výši 10 % a premie za řádné zdravotní pojištění. V bonusovém pojištění je proto plánováno 5 prémiových stupňů.

c) Pojištění s omezeným právem volby

Jak už název říká, jde o formu pojištění s omezením výběru vykonávaných služeb. Pojištěnec má možnost volného výběru lékařů, lékařek nebo nemocnic. Přitom se pojištěnec zavazuje, svobodně si vybrat zdravotní pojišťovnou navrhnutého lékaře a lékařku.

U všech tří řešení je ale možné, pokud je to z medicínského pohledu nutné, poukázání na specialisty. V příloze č. 10 je pro zajímavost uveden přesný počet pojištěnců v příslušné formě pojištění v letech 1994 – 2001.

Výdaje na zdravotnictví

Povinné zdravotní pojištění je, jak již bylo zmíněno, financováno dle metody přerozdělování, což reflektuje také rozsáhlý paralelní vývoj křivky příjmů a výdajů. V příloze č. 11 je uveden graf: Výdaje na švýcarské zdravotnictví.

Jak je patrné z obrázku, činí tři největší výdajové pozice nemocenské ošetření, lékařská pomoc a léky, celkem více jak 2/3 výdajů. Vývoj nákladů na výdaje zdravotnictví je centrální příčinou zvyšování pojistného.

Financování – tarify a ceny

Vztah mezi poskytovatelem plnění a zdravotními pojišťovnami je založen rovněž na tarifních smlouvách. Ty jsou uzavírány mezi tarifními partnery, a to na jedné straně mezi jednotlivými nebo více poskytovateli nebo jejich spolky a jednotlivými nebo více zdravotními pojišťovnami na straně druhé. Je-li smluvní stranou spolek, je tarifní smlouva závazná pro členy spolku jen tehdy, pokud ke smlouvě přistoupili.

Tarifní smlouvy vyžadují povolení dané kantonální vlády a za celošvýcarské tarifní smlouvy je kompetentní spolková rada. Smluvní partneři, jakož i úřady dbají na to, aby bylo dosaženo kvalitní vysoce postavené a účelné zdravotní zabezpečení za co možná nejpříznivějších cen. Proto ověřuje schvalovací úřad, zda je tarifní smlouva v souladu se zákonem a příkazem ekonomičnosti a levnosti.

Jinak než v rakouském systému mají v zásadě všichni poskytovatelé plnění nárok na tarifní smlouvu, čímž jim vzniká povinnost smlouvu uzavřít. Nemohou-li se ovšem poskytovatelé plnění a zdravotní pojišťovny na tarifní smlouvě domluvit, stanoví tarif kantonální vláda po vyslechnutí obou stran.

Závěr

Zdravotní pojištění je určené k úhradě nákladů zdravotní péče. Plně jsou hrazeny nezbytné lékařské úkony, léky a zdravotnický materiál. Na některé léky a zákroky pacient připlácí, některé hradí zcela.

Zdravotní pojištění nezakládá nárok na výplatu nemocenského pojištění v případě nemoci. Nemocenské pojištění je součástí sociálního pojištění, kterou musí povinně platit zaměstnanci, dobrovolně si ji mohou zvolit osoby samostatně výdělečně činné. Pojištění nekryje léčebné výlohy v zahraničí, pokud mezinárodní dohody nestanoví jinak nebo se nejedná o úkon, který nelze provést v České republice a s jehož úhradou zdravotní pojišťovna souhlasí.

Rakouský i český systém zdravotního pojištění vychází z Bismarckova zaměstnaneckého principu. V obou zemích je tak zdravotní systém vybudován na základě principu sociálního pojištění. Ve Švýcarsku je naopak zdravotní pojištění rozděleno na část sociální a soukromou. Každý obyvatel Švýcarska tak získá jakýsi balíček základních plnění na zdravotní péči, která není hrazena z povinného základního pojištění nebo se může nechat pojistit soukromě. V České republice a Rakousku mají obyvatelé také možnost uzavřít soukromé pojištění, ale jsou z něho hrazeny pouze nadstandartní výkony. Není proto zákonem vymezeno, který výkon je hrazený a který nikoliv, jako je tomu např. ve Švýcarsku.

V České republice existuje na trhu celkem 9 zdravotních pojišťoven, z toho je VZP a 8 dalších tzv. rezortních, odborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven. Všechny pojišťovny jsou zapsány v obchodním rejstříku jako právnické osoby. V Rakousku mají různých pojistitelů téměř čtyřikrát více. Počet zdravotních pojišťoven se zde pohybuje okolo 20, které nesmí být právnickou osobou a k tomu se řadí 8 pojišťovacích ústavů. Výrazným opakem je právě Švýcarsko, které díky zásadě, neposkytnout monopol jedné pojišťovně, má kolem 100 zdravotních pojišťovatelů. Tyto zdravotní pojišťovny mohou poskytovat i jiné druhy pojištění a mohou být jak soukromou, tak veřejnou právnickou osobou. Výhodou takového množství pojišťoven je pro obyvatelstvo v každém případě jejich dostupnost, protože mají zastoupení ve všech regionech. V České republice, díky mizivému počtu pojišťoven oproti Švýcarsku, nemají některé pojišťovny v některých regionech zastoupení žádné, jako např. Zaměstnanecká pojišťovna škoda, která má své pobočky jen v Mladé Boleslavi, Nymburce, Vrchlabí, Rychnově nad Kněžnou a v Kvasínách.

Další neopomenutelnou výhodou pro obyvatelstvo je i konkurence, která má velký vliv na cenu poskytovaných služeb od pojistitelů. Nevýhodou je velký počet pojistitelů pro samotné pojišťovny, které se tak musí přizpůsobit požadavkům zákazníka, a to v cenách, službách i kvalitě, protože jinak o své pojištěnce přijdou. Pro pojištěnce, díky velkému počtu pojišťoven, není problém vybrat si jiného pojišťovatele. V Rakousku i České republice má pojištěnec možnost volby zdravotní pojišťovny, ale díky jejich menšímu počtu, ne v tak velkém rozsahu.

Zdravotní pojišťovny v České republice, Rakousku i Švýcarsku musí tvořit zákonem stanovené fondy, ze kterých se potom hradí případné výkyvy výdajů a dále mají pojišťovně poskytnout po určitou dobu určité zajištění.

V Rakousku a České republice se zdravotní pojištění vztahuje pouze na pojištěné osoby. V České republice nemusí být některé osoby pojištěny vůbec, ale v daném případě jim nemusí být poskytnuta zdravotní péče nebo si ji musí uhradit sami ze svých prostředků. Naopak ve Švýcarsku musí být pojištěn každý obyvatel, alespoň ve výši povinného základního pojištění. Ve Švýcarsku a Česku není možnost spolupojištění jako například v Rakousku. Samostatné členství blízkých rodinných příslušníků u zdravotní pojišťovny tvoří základnu pro nároky na pojistná plnění. V Rakousku nemusí mít některé osoby vlastní pojištění, pokud si ho sami neuzavřou, protože je zde možnost tzv. spolupojištění. Tzn., že blízcí příbuzní jako např. manželka, družka a děti do 18 let nebo děti, které studují nebo se připravují na budoucí povolání jsou spolupojištěny s pojištěncem. V Rakousku je toto spolupojištění velmi oblíbené a tudíž i žádané.

Ve všech třech srovnávaných zemích je zdravotní pojištění financováno z pojistného od pojištěnců, z veřejného sektoru a od zaměstnavatelů. Výjimku však tvoří Švýcarsko, kde jsou příspěvky na zdravotní pojištění od zaměstnavatelů dobrovolné. Neopomenutelné jsou i ostatní příjmy zdravotního pojištění jako jsou např. sankce svým klientům apod.

U příspěvků pojištěnců vychází Česká republika z minimálního vyměřovacího základu, kterým je u zaměstnanců a osob bez zdanitelných příjmů minimální mzda (v současnosti 570 Kč). U OSVČ je to dvanáctinásobek poloviny průměrné měsíční mzdy za kalendářní rok, dva roky předcházející roku, pro který je vyměřovací základ stanovován. U státních pojištěnců se vyměřovací základ odvíjí od životního minima, které v současné době činí 144 Kč. U příspěvků rakouských pojištěnců je to naopak, ti mají stanoven nejvyšší vyměřovací základ. V České republice a Rakousku jsou stanoveny sazby zdravotního pojištění v procentech. Kromě základních pojistných skupin, jako jsou zaměstnanci, OSVČ

a ostatní pojištěnci má Rakousko stanovené pojistné sazby ještě pro zaměstnance na „volné noze“, úředníky, sedláky a dělníky, pro které platí zákon o zachování výdělků. Oproti tomu, má Česká republika navíc pojistné sazby státních pojištěnců. V Rakousku pak platí zaměstnanec i zaměstnavatel ve výši 3,7 %, kdežto v České republice platí zaměstnanci 4,5 % a zaměstnavatel 9 %. Po celkovém srovnání mají rakouští obyvatelé nižší pojistné sazby než Česká republika. Ve Švýcarsku mají zákonem stanoven minimální podíl na nákladech tzv. řádnou franšizu za kalendářní rok (od této franšizy jsou osvobozeni děti a mladiství). K této franšize si člověk musí na sebe vzít 10%-ní spoluúčast zbývajících účtovaných částek, ale max. 700 franků za rok. Rozdíl mezi náklady na ošetření a franšizou s 10%-ní spoluúčastí uhradí zdravotní pojišťovna. Švýcarští občané mají možnost kromě řádné franšizy, zvolit také bonusové pojištění nebo pojištění s omezeným právem volby. U bonusového pojištění vzniká pojištěnci nárok na snížení premií, pokud během 12 měsíců nebudou provedeny žádné služby.

Při hodnocení výdajů zdravotních pojišťoven v České republice a v Rakousku, je jejich finanční situace nestabilní. Převládají tak výdaje nad samotnými příjmy. Ve Švýcarsku díky uplatňované metodě přerozdělování dochází k tomu, aby příjmy pokryly výdaje musí být pojistné zvýšeno.

Systém financování zdravotní péče se stává stále komplexnější se stále širší škálou institucí do něj zapojených. Základní členění je rozděleno na veřejné a soukromé zdroje. Následující tabulka ukazuje strukturu výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v zemích OECD. Z následující tabulky vyplývá, že Česká republika má vládní výdaje ve výši 90 %, Rakousko 68 % a Švýcarsko 58 %. Soukromé výdaje má Česká republika ve výši 10 %, Rakousko 32 % a Švýcarsko 40 %. Česká republika patří k zemím s největším podílem vládních výdajů na financování zdravotnictví. Naopak Švýcarsko patří k zemím s nejmenším podílem vládních výdajů na financování zdravotnictví.

Struktura výdajů na zdravotnictví ve státech OECD v roce 2003
(v %)

Země	Celkové vládní výdaje	Výdaje veřejných rozpočtů	Výdaje fondů sociálního zabezpečení	Celkové soukromé výdaje	Výdaje za soukromé pojištění	Přímé výdaje domácností	Ostatní soukromé výdaje
Austrálie	68	68	0	32	8	20	4
Rakousko	68	23	45	32	8	19	5
Kanada	70	68	2	30	13	15	2
Česká republika	90	13	77	10	0	8	2
Dánsko	83	83	0	17	1	16	0
Finsko	77	60	17	23	2	18	3
Francie	77	3	74	23	12	10	1
Německo	78	10	68	22	9	10	3
Maďarsko	72	12	60	28	1	25	2
Island	83	53	30	17	0	17	0
Irsko	78	77	1	22	6	13	3
Itálie	75	75	0	25	1	21	3
Japonsko	82	16	66	18	0	16	2
Korea	49	9	40	51	2	42	7
Lucembursko	90	12	78	10	1	7	2
Mexiko	46	15	31	54	3	51	0
Nizozemí	62	4	58	38	17	8	13
Nový Zéland	78	78	0	22	6	16	0
Norsko	84	68	16	16	0	16	0
Polsko	70	10	60	30	1	26	3
Slovensko	88	6	82	12	0	12	0
Španělsko	71	66	5	29	4	24	1
Švýcarsko	58	18	40	42	9	32	1
VB	83	83	0	17	x	x	x
USA	44	32	12	56	37	14	5

Pokud bychom hodnotili celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2003 v procentech z HDP, byla by Česká republika na úrovni Rakouska, a to ve výši 7,5 %. Ve Švýcarsku jsou výdaje na zdravotnictví z HDP ve výši 11,5 %. Podle parity kupní síly na obyvatele činí ve Švýcarsku 3 781, v Rakousku 2 302 a v České republice 1 298. Pro zajímavost je v příloze č. 12 uveden graf: Celkové výdaje na zdravotnictví v paritě kupní síly na obyvatele v roce 2003.

Z celé této práce vyplývá, že veřejné zdravotní pojištění České republiky a Rakouska se až na pár výjimek téměř neliší, protože vychází ze stejného principu fungování. Naopak švýcarské zdravotní pojištění se v zásadě liší velkým podílem soukromých výdajů na financování zdravotního pojištění. Švýcarské zdravotní pojištění je financováno téměř z poloviny soukromým pojištěním

Seznam použité literatury

Zákon č. 48/1997 Sb., o zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů,

Zákon č. 363/1997 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů,

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění,

Altman, S. – Die Krankenversicherungssysteme in Österreich und der Schweiz –
eine Gegenüberstellung, Neuhofen 2004,

Háva, P.; Goulli, R.; Pintová, K.; Mastná, S.; Vorlíčková, V.; Stožický, A.; Kružík, L.;

Vyskočilová, O.; Pasovská, L.; Staňková, B.; Kliner, J.; Drábková, K. – Zdravotnictví ČR
v kontextu úhrad, Kostelec nad Černými lesy 2003.

internet:

<http://www.izpe.cz> - internetové stránky Institutu zdravotní politiky a ekonomiky,

<http://www.mzcr.cz> - internetové stránky Ministerstva zdravotnictví České republiky,

<http://www.mfcr.cz> - internetové stránky Ministerstva financí České republiky,

<http://www.vzp.cz> - internetové stránky Všeobecné zdravotní pojišťovny,

<http://www.oecd> – internetové stránky Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

<http://www.uzis.cz> - internetové stránky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR,

<http://www.czso.cz> - internetové stránky Českého statistického úřadu.

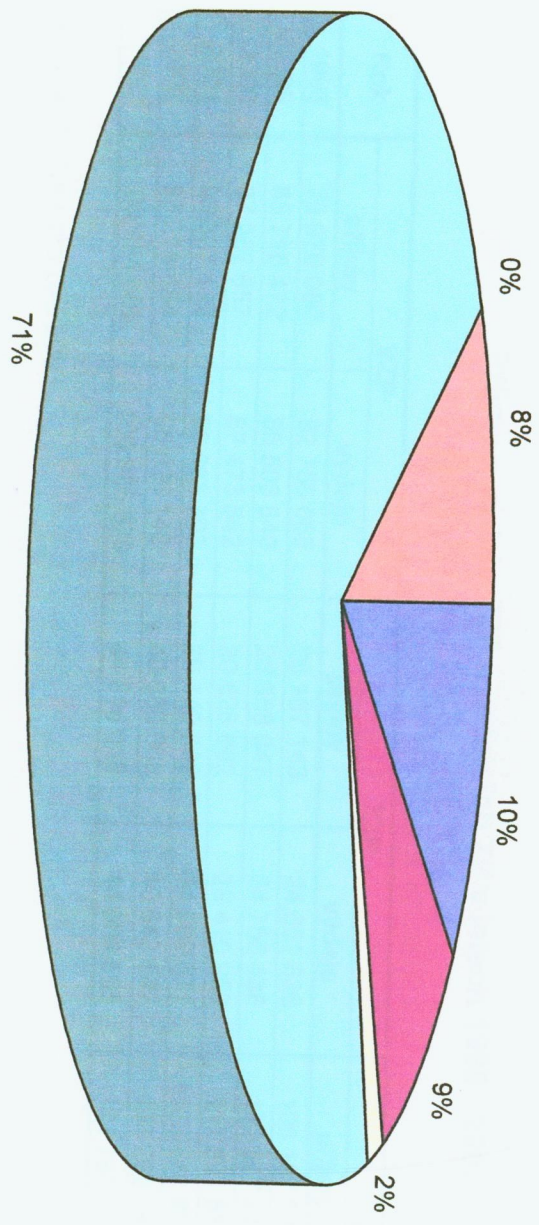
Seznam příloh

- Příloha č. 1 – Celkové výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování
v letech 2000 – 2004
- Příloha č. 2 – Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v roce 2002
(graf)
- Příloha č. 3 – Příjmy a výdaje VZP a ostatních ZP v letech 1998 – 2003
- Příloha č. 4 - Výdaje zdravotnictví ČR na 1 obyvatele v Kč
- Příloha č. 5 - Výdaje zdravotnictví ČR na 1 obyvatele v Kč (graf)
- Příloha č. 6 – Chráněné osoby v sociálním zdravotním pojištění Rakouska v roce 2002
(graf)
- Příloha č. 7 – Nejvyšší vyměřovací základ zdravotního pojištění v EUR
- Příloha č. 8 – Výdaje sociálního zdravotního pojištění v Rakousku v roce 2002 (graf)
- Příloha č. 9 – Výsledky hospodaření rakouského zdravotního pojištění
- Příloha č. 10 – Přesný počet pojištěnců v příslušné formě pojištění v letech 1994 – 2001
- Příloha č. 11 – Výdaje na zdravotnictví ve Švýcarsku v roce 2002 (graf)
- Příloha č. 12 – Celkové výdaje na zdravotnictví v PKS v roce 2003 (graf)

Celkové výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování v letech 2000 – 2004
(v mil. Kč)

Zdroj financování	2000	2001	2002	2003	2004
Vládní výdaje	149 408	161 938	181 761	198 632	203 715
Veřejné rozpočty	17 170	17 346	20 279	23 891	21 495
Centrální rozpočty	8 319	14 761	17 164	10 968	10 485
Místní rozpočty	8 851	2 585	3 115	12 923	11 010
Zdravotní pojišťovny	115 068	127 246	141 203	150 850	160 725
Soukromý sektor	13 873	16 094	16 626	19 542	21 393
Ostatní soukr. pojištění	–	–	–	445	459
Domácnosti	13 873	16 094	16 626	19 097	20 934
Výdaje celkem	163 281	178 032	198 387	218 174	225 108

Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdroje financování v roce 2002



- Veřejné rozpočty
- Centrální rozpočty
- Místní rozpočty
- Zdravotní pojišťovny
- Ostatní soukr. pojištění
- Domácnosti

Příjmy a výdaje VZP a ostatních ZP v letech 1998 - 2003

Rok	VZP		ZZP		ZP celkem	
	příjmy	výdaje	příjmy	výdaje	příjmy	výdaje
1998	79 970 080	82 756 065	26 167 143	24 651 836	106 137 223	107 407 901
1999	85 718 472	85 508 640	26 858 947	24 755 438	112 577 419	110 264 078
2000	87 262 657	87 473 542	30 628 882	28 410 969	117 891 539	115 884 511
2001	96 337 132	96 063 707	36 140 502	34 989 571	132 447 634	131 053 278
2002	96 211 684	96 826 146	40 050 663	40 642 547	136 262 347	137 468 693
2003*	100 934 085	100 885 870	44 816 018	44 904 535	145 750 103	145 790 405

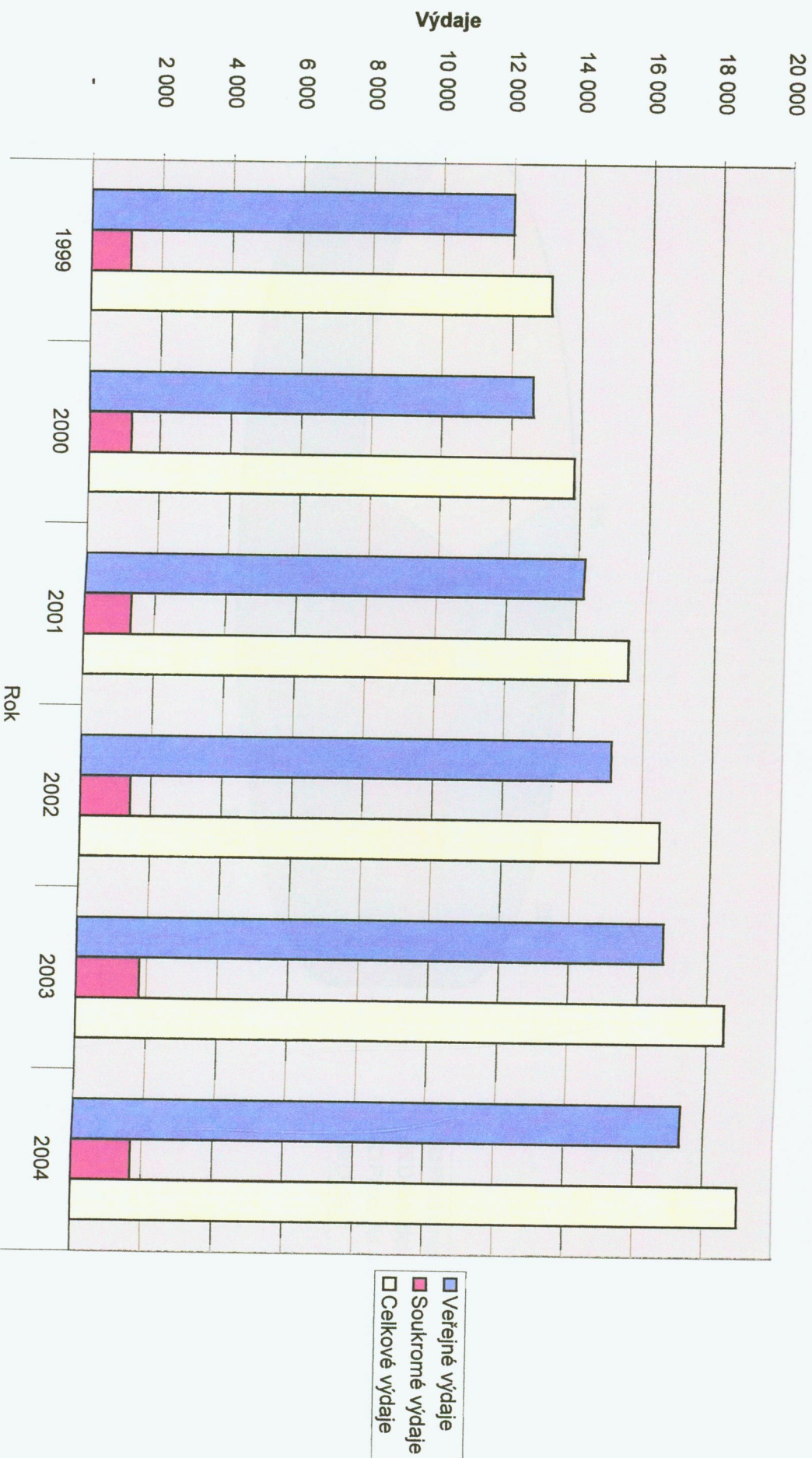
*) odhad hodnot pro rok 2003

Výdaje zdravotnictví ČR na 1 obyvatele v Kč

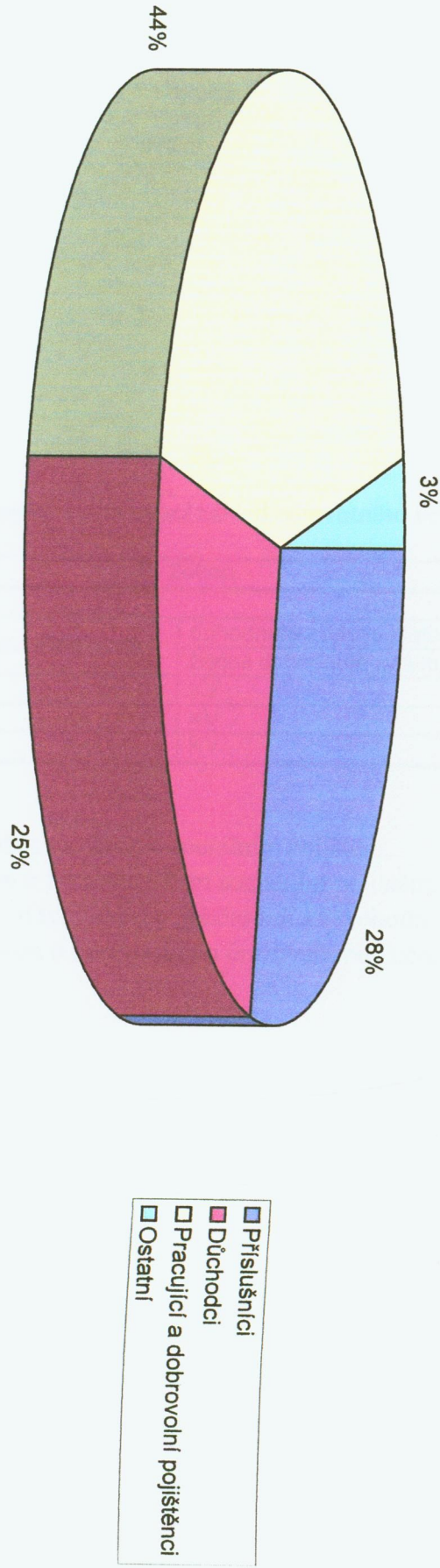
Výdaje	Rok					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Veřejné výdaje	12 006	12 619	14 191	15 103	16 700	17 316
Soukromé výdaje	1 116	1 192	1 333	1 417	1 787	1 680
Celkové výdaje	13 122	13 811	15 524	16 520	18 487	18 996

Zdroj dat: Český statistický úřad (ČSÚ), ÚZIS ČR

Výdaje zdravotníctví na 1 obyvatele v Kč



Chráněné osoby v sociálním zdravotním pojištění Rakouska v roce 2002



Nejvyšší vyměřovací základ zdravotního pojištění v EUR

Zákon		Částka
ASVG		3 360
Zaměstnanci na volné noze	dohodnuté zvláštní platby	3 360
	žádné dohodnuté zvláštní platby	3 920
GSVG	KV	3 920
BSVG	KV	3 920
B-KUVG	KV	3 360

Pozn.:

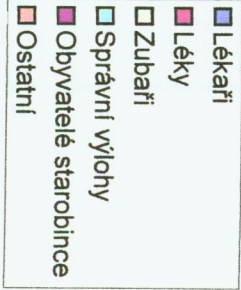
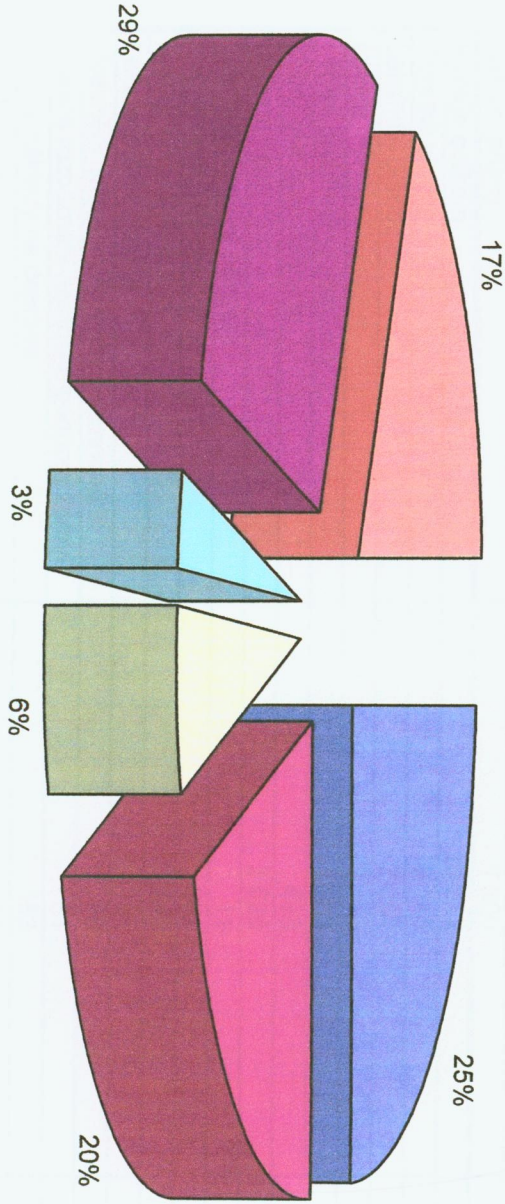
ASVG - Všeobecný zákon o sociálním pojištění,

GSVG - Zákon o živnostenském sociálním pojištění,

BSVG - zákon o sociálním pojištění lidí se svobodným povolání

B-KUGV - zákon o zdravotním a úrazovém pojištění úředníků

Výdaje sociálního zdravotního pojištění v Rakousku v roce 2002



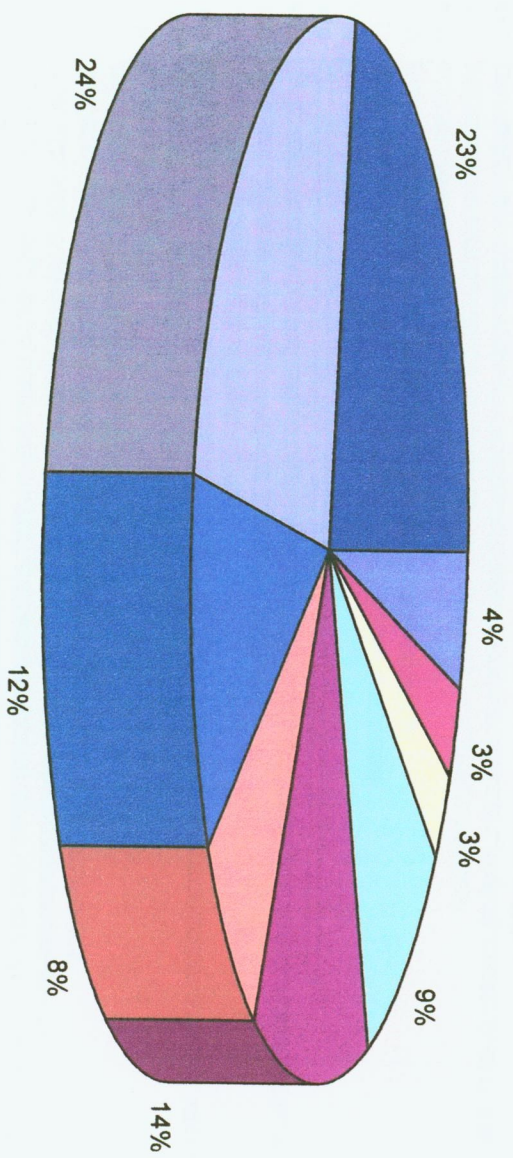
Výsledky hospodaření rakouského zdravotního pojištění

	Hospodaření v roce 2002 v mil. EUR	Rozdíl v %	
		2001	1992
Příjmy celkem	10 635	3,7	56,5
Příspěvky pro pojištěnce	8 645	1,7	44,3
Kapitálové výnosy	79	-15,2	-43,5
Poplatky za recepty	311	1,1	109,9
Ostatní příjmy	1 600	17,8	250,3
Výdaje celkem	10 812	3,9	59,5
Pojišťná plnění	10 145	3,7	60,0
Lékařská pomoc	2 651	3,8	64,3
Léčiva	2 196	6,5	150,2
Léčivé prostředky, pomůcky	223	7,5	50,9
Zubní ošetření, náhrada	688	0,5	33,7
Ústavní péče	3 028	2,7	39,4
Lékařská domácí ošetření	11	64,1	51,5
Nemocenské dávky	361	- 3,0	11,1
Dávky v mateřství	448	4,8	28,1
Lékařská rehabilitace	191	6,3	287,6
Upevnění zdraví a prevence onemocnění	56	- 9,0	-25,2
Včasně rozpoznání nemoci a podpora zdraví	81	4,1	97,6
Diety a náklady na dopravu	153	4,9	39,9
Ostatní plnění	58	5,9	3,5
Správní náklady	358	4,4	30,3
Ostatní výdaje	309	9,8	88,2
Saldo	- 177	x	x

Přesný počet pojištěnců v příslušné formě pojištění v letech 1994 - 2001

Rok	Řádná roční franšíza	Volitelná roční franšíza	Bonusové pojištění	Omezený výběr (HMO,...)	Celkem
1994	6 447 562	643 991	15 298	24 802	7 131 653
1995	6 399 482	698 747	32 383	35 383	7 166 317
1996	4 739 640	2 305 688	27 828	121 598	7 194 754
1997	4 083 854	2 736 364	11 494	383 093	7 214 805
1998	4 016 267	2 726 468	11 828	494 040	7 248 603
1999	3 998 744	2 715 642	10 258	541 890	7 266 534
2000	3 921 920	2 758 539	9 811	577 841	7 268 111
2001	3 882 191	2 833 816	9 341	595 939	7 321 287

Výdaje na zdravotníctví ve Švýcarsku v roce 2002



- ☐ Ostatní
- ☐ Laboratoře
- ☐ Fyzioterapeuť
- ☐ Pečovatelské ústavy a nemocnice
- ☐ Léky z lékáren
- ☐ Léky od lékařů
- ☐ Ambulantní nemocnice
- ☐ Ambulantní lékaři
- ☐ Stacionární nemocnice

Celkové výdaje na zdravotnictví v PKS v roce 2003

