

**Technická univerzita v Liberci  
Hospodářská fakulta**

**Studijní program: 6202 - Hospodářská politika a správa  
Studijní obor: Pojišťovnictví**

**Zdravotní pojištění na Slovensku**

**Health insurance in Slovakia**

**BP – PO – KPO – 2006 – 06**

**Tomáš Lazar**

**Vedoucí práce: doc. Ing. Eva Ducháčková, CSc., Katedra pojišťovnictví**

**Konzultant : ing. Robin Jirásko, Katedra pojišťovnictví**

**Počet stran: 35**

**Počet příloh: 0**

**Datum odevzdání 11.5.2006**

Byl jsem seznámen s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 - školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

Datum: 11.5.2006

Podpis:

## **Resumé**

Bakalářská práce zkoumá zdravotní pojištění na Slovensku. V první části představuje systémy zdravotnictví ve světě, čímž se snaží ukázat, jakými směry může být financováno zdravotnictví. V další části se zabývá problémy a riziky zdravotnictví a zdravotního pojištění v období do roku 2002 ve Slovenské republice. Analyzuje hlavní problémy zdravotnictví a předkládá možné řešení některých problémů. Podrobně se zabývá finančními toky a navrhuje možné řešení financování a tím zastavení růstu deficitu v systému zdravotní péče. V další části se zabývá reformou zdravotnictví na Slovensku. Krátce popisuje reformní zákony a dále si všímá řešení problému financování zdravotnictví. V konečném shrnutí ukazuje a zhodnocuje reformu zdravotnictví na Slovensku.

## **Resume**

Bachelor thesis describes health insurance in Slovakia. In the first part it describes different ways of financing world health care, trying to show possibilities for the health care economy in Slovakia. In the next part it shows main fails and risks in health economy in Slovakia before year 2002. It analyses main problems and shows possible solutions. It closely analyses way of financing Slovak health care. It shows options how to solve increasing dept in health economics and propose some models of financing. In the next part it describes the situation after the reform of heath care and insurance in Slovakia. It shortly describes new laws. At the end it summarize the reform in Slovakia showing its advantages and possible fails.

## OBSAH

<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>2. SYSTÉMY ZDRAVOTNICTVÍ VE SVĚTĚ.....</b>	<b>9</b>
2.1 BEVERIDGEŮV MODEL VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ .....	9
2.2 BISMARCKŮV MODEL .....	9
2.3 DOBROVOLNÉ/SOUKROMÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ .....	11
<b>3. SLOVENSKÉ ZDRAVOTNICTVÍ PŘED REFORMOU.....</b>	<b>12</b>
3.1 ZDROJE SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ A JEHO FINANCOVÁNÍ PŘED REFORMOU .....	16
3.1.1 Zaměstnanci a zaměstnavatelé.....	16
3.1.2 Osoby samostatně výdělečně činné.....	16
3.1.3 Domácnosti.....	17
3.1.4 Ministerstvo zdravotnictví, státní rozpočet.....	17
3.1.5 Národní úřad práce.....	18
3.1.6 Mimořádné zdroje .....	19
3.1.7 Všeobecná pokladniční správa.....	19
3.1.8 Dodavatelé.....	19
3.1.9 Jiné zdroje.....	19
3.2 MOŽNOSTI JAK DOSTAT DO SYSTÉMU PENÍZE.....	19
3.2.1 Odpojení financování ze státního rozpočtu.....	20
3.2.2 Modelování snížení míry solidarity financování zdravotnictví.....	21
<b>4. SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>22</b>
4.1 ZÁKON O ZÁCHRANNÉ ZDRAVOTNÍ SLUŽBĚ .....	22
4.2 ZÁKON O ZDRAVOTNÍ PÉČI, SLUŽBÁCH S TÍM SOUVISEJÍCÍCH A ZÁKON O ROZSAHU ZDRAVOTNÍ PÉČI HRAZENÉ Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	22
4.3 ZÁKON O ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ .....	23
4.3.1 Veřejné zdravotní pojištění.....	24
4.3.2 Plátcí pojistného.....	24
4.3.3 Sazby pojistného.....	25
4.3.4 Vyměřovací základ zaměstnance .....	26
4.3.5 Vyměřovací základ zaměstnavatele .....	27
4.3.6 Vyměřovací základ Osob samostatně výdělečně činných.....	27
4.3.7 Vyměřovací základ dobrovolně nezaměstnaných.....	27
4.4 ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVNÁCH .....	28
4.5 ZÁKON O POSKYTOVATELÍCH ZDRAVOTNÍ PÉČE, ZDRAVOTNÍCH ZAMĚSTNANCÍCH A STAVOVSKÝCH ORGANIZACÍ V ZDRAVOTNICTVÍ .....	29
4.6 KONEČNÉ SHRUTÍ.....	30
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>32</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA: .....</b>	<b>34</b>

## 1. Úvod

Je v zájmu každého státu mít zdravé občany. Zdravotní stav populace Slovenska není příznivý. Průměrný Slovák přežije při plném zdraví 62,4 let. Obyvatelé vyspělých zemí se dožívají 69,4 (Německo) až 73,8 let (Japonsko). V porovnání se zeměmi střední a východní Evropy, Slovensko předběhly dle World health report ne jenom ekonomicky vyspělejší země jako Slovinsko (66,9 let) a Česká republika (65,6 let) ale i méně vyspělé krajiny jako Bulharsko (63,4 let). Slovensko je dle studie Světové banky stále méně schopné zvládat problémy industrializovaných zemí: kardiovaskulární a onkologická onemocnění. [2]

Tato zjištění poukazují na neudržitelnost zdravotního systému socialistického typu založeného na extenzivní síti nemocnic s důrazem na fyzickou dostupnost. Ten byl sice úspěšný ve zvládnutí komunikativních chorob, ale je zjevně neúčinný v zápase proti nepřenositelným chorobám, jejichž výskyt vzrostl v druhé polovině 20. století jako důsledek stárnutí populace. [2]

Dle Slovenské ústavy je zdravotnictví bezplatné. Tato iluzorní představa vytváří systém bez zodpovědnosti občanů za vlastní zdraví a vytváří tak neudržitelně vysoké náklady. Důsledkem je kontinuální růst nákladů nad rámec schopnosti jejich financování.

Z důvodu neefektivnosti systému zdravotnictví v Slovenské republice dochází k reformě, která se snaží změnit myšlení občanů a snaží se vnést do zdravotnictví větší ekonomizaci na základě pravidel volného trhu. Ve své práci se proto snažím ukázat problematiku části starého systému a analyzovat jeho změny v současném systému zdravotního pojištění. Pokouším se také nastínit rozbor jejich možných dopadů. Protože Slovensko vycházelo ze společných základů jako Česká republika, doufám, že přiblížení zdravotního pojištění na Slovensku pomůže při případné aplikaci v českém systému zdravotnictví.

## **2. Systémy zdravotnictví ve světě**

Ve vyspělých krajinách světa se setkáváme s pěti základními modely financování zdravotní péče. Toto rozdělení je ale vzhledem k vývoji a vzájemné konvergenci jednotlivých systémů orientační a jednotlivé systémy rozlišujeme podle hlavního cíle a dominantního kanálu financování zdravotní péče.

Pro 29 z 30 krajín OECD s výjimkou USA je společné to, že léčení pacienta je zajištěno zákonným způsobem a financováno v přiměřeném rozsahu národním zdravotnickým systémem nebo sociálním pojištěním. Je založeno na principu solidarity. Výše pojistného není stanovena na základě zdravotního rizika, ale na výši mzdy, která je většinou shora i zdola ohraničená. Nevýhodou je její nižší efektivita a vysoká míra solidarity, vyúsťující do problému morálního hazardu.

Historicky se vyvinuly dva základní systémy kolektivního zajištění pacienta.

### ***2.1 Beveridgeův model veřejného zdravotnictví***

V tomto modelu je, oproti modelu soukromého zdravotnictví, zdůrazňováno právo na život, na zdraví. Zdůrazňuje se odlišnost zdravotní péče od jiných statků a vyvozuje se, že přístup ke zdravotní péči by neměl být kontrolován trhem.

Hlavním rysem financování a produkce tohoto systému je financování zdravotnictví z daní s přerozdělovacím úkolem státu. Zdravotní péči poskytují nemocnice ve veřejném vlastnictví, nemocniční lékaři jsou honorováni platem. Tento model je charakteristický pro britský systém zdravotnictví, dále se používá například v Dánsku nebo Itálii.

### ***2.2 Bismarckův model***

Tento systém, někdy též nazývaný jako veřejný smluvní model, je založený na financování zdravotnických služeb prostřednictvím zákonného sociálního pojištění, tedy zajištění jistého rizika solidárními pojištěnými populací. Hlavní rozdíl je v tom, že systém je financován přes soukromé, státem regulované zdravotní pojišťovny.

Poskytovatelé zdravotní péče jsou jak veřejní (státní nemocnice) tak i soukromí, všichni mají smlouvu se zdravotními pojišťovnami.

Původní Bismarckův model je typickým pro Německo a částečně třeba pro Nizozemí. V obou zemích totiž systém sociálního pojištění nekryje tu část populace, která má příjem vyšší než je určitá stanovená hranice. Ta je pak pojištěna v efektivnějších soukromých zdravotních pojišťovnách a fondech.

Typické rysy tohoto modelu nese slovenské i české všeobecné zdravotní pojištění. Tak jako ve většině zemí Evropy je pojištěna celá populace a není možno ze systému vystoupit

V případě systému sociálního pojištění existují dvě variace.

1. pojištění s peněžním plněním tzv. model veřejné úhrady výdajů používaný například v Belgii nebo Francii. Pacient nejdříve zaplatí a pak mu zdravotní pojišťovna po odečtení případné spoluúčasti uhradí jeho výdaje. Výhodou tohoto systému je okamžitá úhrada nákladů poskytovatele.
2. pojištění bez peněžitého plnění známé například už z výše uvedeného Německa nebo České republiky. Pacient zde za služby přímo neplatí.

Diskuse ohledně toho, který systém je lepší se vede už dlouhé roky. Hlavními argumenty proti pojistným systémům jsou jejich vysoké náklady na provoz spočívající v komplikované administrativě, revizním a kontrolním systému a v jejich zneužívání pacienty a poskytovateli. Tyto náklady se odhadují na 10 až 25% z vybraného pojistného.

U daňových systémů se kritizují nedostatky v přerozdělování zdrojů a subjektivita ceny poskytovaných služeb. Viditelným projevem, vyvolávajícím nespokojenost jsou dlouhé čekací doby na hospitalizaci a zpochybňovaná efektivita alokování zdrojů.

Principiální rozdíl mezi oběma systémy spočívá v charakteru platby od občanů a v místě vyrovnávání rizika. Zatímco v systému sociálního pojištění jsou to odvody závislé na výši příjmů, v případě Beveridgeova modelu jsou to daně. Vyrovnávání



rizika v systému sociálního pojištění probíhá přerozdělováním určité části prostředků.

Přes tyto rozdíly v obou systémech, je možno pozorovat společnou snahu zrychlit a zkrátit cestu financí od plátců k poskytovatelům a zvýšit efektivitu tohoto výběru. Stejně se modernizuje způsob likvidace pojistného plnění, respektive úhrady za poskytnuté služby. Moderní způsoby financování zdravotnictví směřují ke kombinaci původních klasických modelů. Rostoucí nároky na poskytování zdravotní péče způsobily, že ani jedna z vyspělých zemí světa na financování nepoužívá výlučně jeden kanál financování.

### ***2.3 Dobrovolné/soukromé zdravotní pojištění***

Jako výjimku z krajín OECD jsem uvedl USA, které má zaveden systém Dobrovolného zdravotního pojištění. Ten je založen na samostatnosti a svobodě člověka a na čistém zdravotním riziku. Výška pojistného je stanovena individuálně na základě zdravotního stavu, věku, genetiky a jiných faktorů ovlivňujících zdraví člověka. Tento systém má tyto problémy. Takzvané sbírání smetany – risk selection a adverzní výběr – adverse selection. Výsledkem je systém efektivní a kvalitní, má ale extrémně vysoké procento nepojištěné populace a s extrémně rostoucími výdaji. Až 17% nepojištěné populace je to v případě USA. Míra solidárnosti je velice nízká, výjimku programy jako Medicare a Medicaid, financované z federálních daní.

V současné době v USA sílí tendence ke změnám v systému zdravotní péče. Jsou zaznamenány snahy zavést systém solidárního zabezpečení všech občanů. Zákon o veřejném zdravotním pojištění byl zaveden například v státě Kalifornie, ale byl zrušen referendem. V současné době stát Massachusetts přijal zákon o povinném všeobecném zdravotním pojištění. Předpokládá se, že bude také podepsán gubernérem státu. Zákon ukládá, že od 1.7.2007 by měla být celá populace státu zdravotně pojištěna.[6]

### 3. Slovenské zdravotníctví před reformou

Způsob financování slovenského zdravotnictví se, podobně jako v České republice, orientoval na pojišťovací systém. V roce 1994 byl přijat zákon 273/1994 o zdravotním pojištění. Postupně začalo na trhu fungovat 13 zdravotních pojišťoven. Z tohoto počtu v současnosti funguje pět. V současné době povolení vykonávat veřejné zdravotní pojištění dostali i další dvě pojišťovny. V tabulkách je uveden přehled pojišťoven v letech 1995-1999 a počet pojištěnců v těchto letech.

#### **Splynutia jednotlivých zdravotných poisťovní v rokoch 1995 – 1999**

Názov	Dátum vzniku	Dátum zániku	Počet poisťencov				
			január 95	január 96	január 97	január 98	jún 99
Prvá východoslovenská ZP*	október 95	december 96			36 000		
ZP Medipharma*	október 95	december 96			10 000		
Družstevná ZP Druzap**	máj 95	január 97		80 582	232 000		
Zdravotná poisťovňa Perspektiva**	máj 95	január 97		37 548	188 000		
Perspektiva, družstevná ZP***	február 98	jún 99				585 000	
Všeobecná zdravotná poisťovňa	november 94		5 178 164	4 301 555	2 816 000	2 775 000	3 557 627
Zdravotná poisťovňa VZP****	január 95	apríl 97		283 669	467 000		
ZP Dôvera	január 97	apríl 97			1 400		
Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera	máj 97					438 000	393 977
Chemická zdravotná poisťovňa Apollo	január 95			229 665	597 000	512 000	480 642
Železničarska ZP Garant *****	október 94	jún 98	61 526	114 564	172 000	199 000	
Vojenská zdravotná poisťovňa *****	júl 94	júl 98	70 879	109 453	209 000	239 000	
Poisťovňa Ministerstva vnútra SR *****	november 93	jún 98	45 638	100 678	242 000	273 000	
Spoločná ZP	júl 98						701 943
Slovenská hutnícka ZP Sideria *****	máj 95	január 98		88 015	205 000		
ZP Zamestnanecká istota *****	marec 95	január 98		20 815	206 000		
Združená ZP Sideria – Istota	február 98					602 000	431 265

Zdroj: Top Trend 1995 – 2000

\*Poisťencov prebral Druzap, \*\*Poisťencov prebrala Perspektiva, \*\*\*Poisťovní bola odňatá licencia a poisťencov prebrala Všeobecná zdravotná poisťovňa, \*\*\*\*Zlúčenie – Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera, \*\*\*\*\*Zlúčenie – Spoločná ZP, \*\*\*\*\*Zlúčenie – Združená ZP Sideria – Istota

Tabulka 1 [1]

#### **Počet poisťencov v jednotlivých poisťovniach v rokoch 1995–99**

	31.12.1995	31.12.1996	31.12.1997	31.12.1998	30.6.1999	31.12.1999
Všeobecná zdravotná poisťovňa	4 417 889	2 816 066	2 752 297	3 294 663	3 557 627	3 531 038
Spoločná zdravotná poisťovňa	0	0	0	693 051	701 943	703 514
Chemická zdravotná poisťovňa Apollo	191 771	596 764	519 765	483 609	480 642	456 044
Zamestnanecká ZP Sideria – Istota	0	0	0	461 163	431 265	393 745
Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera	0	0	18 099	400 467	393 977	342 290
Zaniknuté poisťovne	759 382	1 966 117	2 340 784	279 763	68 001	0
Počet poisťencov spolu (P)	5 369 042	5 378 947	5 630 945	5 612 716	5 633 455	5 426 631
Počet obyvateľov spolu (O)	5 367 790	5 378 932	5 387 650	5 393 000	5 396 000	5 396 000
P-O	1 252	15	243 295	219 716	237 455	30 631
(P-O)/O	0.0 %	0.0 %	4.5 %	4.1 %	4.4 %	0.6 %

Zdroj: Štatistický úrad SR, Ministerstvo financií

Tabulka 2 [1]

V další tabulce uvádím seznam zdravotních pojišťoven dle příjmů za rok 2004.

		Příjmy – tvorba fondů (tis. Sk) 2004	Změna 2004/03 (%)	Bilance hospodaření (tis. Sk) 2004	Průměrný počet pojištěnců 2004	Změna 2004/03 (%)
1.	Všeobecná zdravotná poist'ovňa	44 646 329	1,9	-5 725 316	3 498 529	-0,4
2.	Spoločná zdravotná poist'ovna	7 982 461	9,8	312 637	709 407	-1
3.	Chemická zdravotná poist'ovňa Apollo	5 386 980	7,3	336 195	474 363	0,9
4.	Združená zdrav. poist'ovňa Sideria - Istota	4 443 081	10,4	104 267	397 013	0
5.	Vzájomná zdravotná poist'ovňa Dôvera	3 538 305	8,5	665 415	335 085	0,8
	Zdravotné poist'ovne spolu	65 997 156	4,1	-4 306 802	5 414 397	-0,3

Tabulka 3 [7]

System tak jak byl nastaven se vyznačoval některými deformacemi. Hlavní problémy jsou definovány v několika bodech:

1. Zdravotní pojišťovny nenesou žádná rizika a mají garantovaný 4% správní fond.
2. Navzdory výrazným rozdílům ve výšce platby za zdravotní pojištění systém každému občanovi poskytuje rovnou úroveň celé zdravotní péče, vycházejíc z principu "solidárnosti". Nevýhodou takového pojetí solidárnosti je její časté zneužívání.
3. Zdravotní pojišťovny, zabezpečují financování úplně shodné úrovně zdravotní péče svým pojištěncům.

4. Systém nevhodně kombinuje přerozdělování příjmů (platby státu za své pojištěnce) a prvky sociálního pojištění.
5. Lékaři negativně vymezují zdravotní pojišťovny, což se projevuje doporučením pro pojištěnce, aby se přepojistili do těch zdravotních pojišťoven, které aspoň do určité míry hradí služby za poskytnutou zdravotní péči.
6. Odměňování primární a specializované zdravotní péče je nemotivační a není závislé na skutečně odvedeném výkonu. Primární sféra v podstatě neslouží pacientovi a nevytváří konkurenční tlak na zdravotnické pracovníky aby se starali o pacienta, který, i když v nepřímé formě, je jediný zdroj financí. Specializovaná ambulantní péče je omezována ve svých výkonech, a přizpůsobuje se výšce finančního krytí. Jde o takzvaný systém objednávání výkonů – limity bodů, které měsíčně kontrahuje pojišťovna. Lékaři pracují jen do výše objednaných bodů.
7. Způsob placení lůžkových zařízení neumožňuje zavést prvky ekonomické efektivity, založené na principu konkurence, soutěže o pacienta jako jediného nositele zdrojů za poskytované služby.

Ještě na začátku pojišťovacího systému, když vznikali rezortní a občanské pojišťovny, byla situace jiná. Některé nabízely svým pojištěncům nadstandard, když za standard můžeme považovat nabídku Všeobecné zdravotní pojišťovny. Občané tak skutečně měli pocit, že rozdíl mezi pojišťovnami je. Bohužel systém postupně vedl k tomu, že si pojišťovny už jen prostřednictvím přerozdělovacího účtu na základě věkové struktury a koeficientu rizika začali sebou přerozdělovat finanční prostředky. Toto přerozdělování vybraných prostředků mezi zdravotními pojišťovnami se uskutečňuje prostřednictvím osobitného účtu přerozdělování. Je založeno na základě indexu rizika, který zohledňuje statistické náklady v korelaci s věkem pojištěnce. Nejlevnější je dvacetiletá žena s indexem rizika 1 a nejdražší jsou důchodci s indexem rizika 6 a děti do tří let s indexem rizika 3. Důvodem k zavedení přerozdělování byla nerovná struktura aktivních a neaktivních pojištěnců jednotlivých pojišťoven. Systém začal fungovat od roku 1995 a byl předmětem mnoha sporů. Hlavními problémy tohoto nastavení systému jsou:

1. Postupné zvyšování objemu přerozdělovaných zdrojů až na 100% vybraného pojistného způsobilo, že z tohoto dotačního mechanismu profitují ty zdravotní pojišťovny, které mají nevýhodný pojistný kmen. Mechanismus přerozdělování účtu je totiž založen na redistribuci vybraného pojistného z pojišťoven s vysokým podílem aktivního obyvatelstva, který má nízký index rizika, do pojišťoven s nevyhovujícím pojistným kmenem, který mají vysoký index rizika a s tím souvisejícími vysokými náklady na léčbu. Jedná se o už zmiňované děti do tří let a důchodce. Zavedením tohoto dotačního systému roztočilo spirálu zdvojených duší, které se staly předmětem přerozdělování. Od roku 1997 až do poloviny 1999 počet pojištěnců převyšoval počet obyvatel Slovenské republiky o téměř 250000 osob, což je přibližně 4,4% celkové populace republiky. Tento problém byl odstraněn zavedením centrálního registru pojištěnců. Viz tabulka 2.
2. Často se měnící pravidla přerozdělování. Hlavními prvky přerozdělování jsou index rizika a početnost určité věkové skupiny a procento z objemu vybraného pojistného. Nejdříve se jednalo o 60%, pak od roku 1996 už 80%, v roce 1997 kleslo na 75%, potom na 70% až na 65%. V současnosti je přerozdělování nastaveno jinak a je nastaveno na 95%. Oba faktory se rok od roku prudce měnily, čímž nebyla zabezpečena stabilita prostředí. Jednotlivé zdravotní pojišťovny tak neměly šanci poskytovat svým pojištěncům úhradu některých výkonů, protože dodatečné prostředky byly odčerpávány pojišťovnami s převahou nákladných, většinou státních pojištěnců, za které platí minimální pojistné stát.
3. Správa a administrace tohoto účtu se svými tranzitivními náklady není vyvážená efektem. Nízká alokativní a technická efektivita, vyúsťující do deficitního financování a růstu dluhu, je navíc posílena nemotivačním postavením pojišťoven, což je výsledkem špatné legislativy, která je nenutí lépe a kvalitněji hospodařit. Chybí tlak reálných financí v konkurenčním prostředí poskytovatelů snižovat ceny služeb. Za daného objemu peněz, pojišťovny nedovedou a ani je k tomu nic nenutí vykazovat větší výkon, protože nejsou závislé na zisku, nenesou žádné podnikatelské riziko, které nese stát, který ručící za jejich solventnost, a nemají žádnou motivaci.

Jejich činnost se zjednodušila na pouhý výběr financí a komplikovanou redistribuci.

Výsledkem chaotického, často se měnícího a nemotivačně nastaveného systému zdravotních pojišťoven, je dluh celého systému zdravotnictví.

Zdravotním pojišťovnám tak lze nejvíce vytýkat, že:

1. Nejsou skutečným nákupcem služeb
2. Nerozhodují dostatečně o struktuře výdajů
3. Nenakupují efektivně zdravotní plány
4. Nenesou podnikatelské riziko
5. Nepodléhají nezávislé kontrole a auditu
6. Nezvyšují efektivnost – jsou pasivní
7. Nic nemotivuje pojišťovny snižovat náklady na zdravotní péči.

### **3.1 Zdroje systému zdravotnictví a jeho financování před reformou**

#### **3.1.1 Zaměstnanci a zaměstnavatelé**

Příspěvky zaměstnanců a zaměstnavatelů do systému jsou definovány ze zákona jako procento ze mzdy před zdaněním. Odvody za zaměstnance tvoří 14% vyměřovacího základu, 10% platí zaměstnavatelé a 4% zaměstnanci. Do roku 2000 se jednalo o 3,7%. Zaměstnavatel, který zaměstnává občany se změněnou pracovní schopností, platí pojistné ve výši 6,6% z toho zaměstnanec platí 2,6%.

Za vyměřovací základ se považuje mzda před zdaněním – hrubá mzda.

Minimálním vyměřovacím základem je výška minimální mzdy, v roce 2002 stanovena na 4400 Sk. Maximální vyměřovací základ je 32000 Sk. Výše prostředků vybraných státem je pro rok 2002 přibližně 35,4 mld. Sk [16]

#### **3.1.2 Osoby samostatně výdělečně činné**

Odvod tvoří 14% z vyměřovacího základu. Výška měsíčního vyměřovacího základu je stanovena jako 1/12 ročního základu daně. Minimální vyměřovací

základ je 4400 Sk, maximem je 32000 Sk. Výše prostředků vybraných státem je asi 1,5 mld. Sk dle Ministerstva financí SR.

### **3.1.3 Domácnosti**

Domácnosti zdravotnictví financují třemi způsoby.

Za prvé jsou to dobrovolní plátcí zdravotního pojištění například ženy v domácnosti nebo dobrovolně nezaměstnaný. Platí 14% z 3000 Sk. Výše prostředků vybraných státem je asi 0,3 mld. Sk.

Za druhé legálními platbami za poskytování zdravotních služeb například u soukromého zubaře, nebo formou příplatků na léky a pomůcky při platbě v hotovosti. Výše prostředků takhle vybraných se odhaduje na 5,7 mld. Sk.

Třetím způsobem jsou neformální platby za služby ve formě korupce a úplatků. Ty jsou dávány nejen z důvodu získávání dodatečné výhody, ale i za elementární věci z vděčnosti. Korupce nahrazuje nefunkční trhové vztahy mezi jednotlivými subjekty zdravotnictví. V roce 2001 dle údajů Eurostatu představuje podíl stínové ekonomiky na Slovensku 15% HDP. Vzhledem k luxusní povaze statků zdravotní péče je předpoklad, že objem korupce převyšuje uvedených 15% a lze ho odhadnout na 12 mld. Sk [8]

### **3.1.4 Ministerstvo zdravotnictví, státní rozpočet**

Financování zdravotnictví prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví se realizuje vyčleněním prostředků ze státního rozpočtu. Rozlišujeme dvě významné složky.

Zprvé se jedná o prostředky, které Ministerstvo zdravotnictví odvádí za pojištěnce státu do zdravotních pojišťoven. Největší nevýhodou toku finančních prostředků přes státní rozpočet je dlouhodobé stanovení nízké hladiny vyměřovacího základu za velkou skupinu lidí. Jedná se hlavně o děti a důchodce, to znamená nejnákladnější skupiny. Vybírá se na ně poměrně málo prostředků. Dalším problémem je, že stát odváděl pojistné ve velmi nedostatečné výši. V roce 1993 neodvedl pojistné vůbec, v roce 1994 jenom 33,6 Sk namísto 336 Sk, v roce

1995 jen 181 Sk místo 336 Sk. Tento trend pokračuje dál například v roce 2001 336 Sk místo 370 Sk. Proto by bylo vhodné odvádět pojistné přímo do systému zdravotního pojištění. Daňové zatížení zůstane stejné a sníží se transakční náklady.

<b>Kategorie</b>	<b>Počet /v roce 1999/</b>
Pojištěnci, za které platí pojistné stát z toho:	3 226 163
Nezaopatřené děti	1 601 504
Důchodci	1 077 972
Evidovaní nezaměstnaní bez podpory v nezaměstnanosti	209 810
Osoby pečující o dítě	218 810
Osoby pečující o invalidní osobu	46 425
Osoby sociálně odkázané	19 511
Osoby vykonávající vojenskou a civilní službu	35 939
Osoby ve výkonu trestu odnětí svobody	9 262

Tabulka 4. [8]

Za druhé, přes Ministerstvo zdravotnictví směřují do zdravotnictví ještě další 4 mld. Sk. 1,8 mld. Sk odčerpá Ministerstvo zdravotnictví na svůj provoz a 2,2 mld. Sk směřuje do lůžkových zdravotnických zařízení jako kapitálové transfery.

Celkově pojistné hrazené státem pro rok 2002 činilo 15,3 mld. Sk [8]

### **3.1.5 Národní úřad práce**

Hradí pojistné za nezaměstnané, pobírající podporu v nezaměstnanosti. Podobně jako u státního rozpočtu je vyměřovací základ často měněn. V roce 2001 odvod za nezaměstnaného dosahoval 378 Sk, což je velice malé číslo. Do systému bylo takhle dodáváno asi 0,5 mld. Sk.



### **3.1.6 Mimořádné zdroje**

Mezi mimořádné zdroje lze zařadit hlavně zdroje z privatizace. Jsou využívány například pro snižování zadluženosti a financování reformy. V roce 2002 je to 3,6 mld. Sk [8]

### **3.1.7 Všeobecná pokladniční správa**

Ze všeobecné pokladniční správy je zdravotním pojišťovnám každoročně přidělována finanční výpomoc v celkové výši 12 mld. Sk, sloužící k posilnění platební schopnosti pojišťoven. Je to platba nestandardní a lze ji považovat za jakousi kompenzaci nedostatečného odvodu pojistného ze strany státu.

### **3.1.8 Dodavatelé**

Dalším ze zdrojů financování zdravotnictví jsou jeho dodavatelé, kteří financují zdravotnictví svými pohledávkami, které z hlediska poskytovatelů zdravotní péče můžeme klasifikovat jako úvěry.

### **3.1.9 Jiné zdroje**

Sem patří například penále, pokuty, dlužné pojistné a jiné zdroje. Jejich výška činila v roce 2002 přibližně 2 mld. Sk. [8]

Úkolem nového systému je nastolit rovnováhu tak, aby objem zdrojů v zdravotnictví nebyl nižší než předchozí situace a aby zůstal vyrovnaný a dle potřeby mohl růst. Důležité bude oddělit státní rozpočet od financování zdravotnictví a zavedení jasných pravidel financování. Stále se ale počítá, že míra solidárnosti zůstane velice vysoká respektive 100%. Hlavní objem financí z pojistného budou obstarávat zdroje od zaměstnanců a zaměstnavatelů. Jak je to s financemi v zdravotnictví teď ukážu v další kapitole.

## **3.2 Možnosti jak dostat do systému peníze**

### 3.2.1 Odpojení financování ze státního rozpočtu

Pro udržení systému dlouhodobě stabilním navrhuji odpojit systém od financování přímo ze státního rozpočtu. Zdravotnictví je významnou součástí života každého z nás. Každá negativní změna se projevuje také politicky. Politické strany se proto snaží v případě problémů a tím i klesající popularity pomocí mimořádných dotací dostávat do systému peníze navíc. V případě, že mediální a veřejná poptávka není po zdravotnictví velká, peníze se nepošlou. Předem pak není jasné s jakým objemem financí má systém počítat. Stát proto často upravuje výšku příspěvků tak, jak se mu to hodí podle politických a ne ekonomických potřeb.

Odpojením financování pojistného od státního rozpočtu, bychom museli změnit odvodové zatížení. Vycházím z toho, že veřejné zdravotní pojištění v roce 2002 disponovalo se zdroji 54,8 mld Sk potřebnými pro krytí základního balíku služeb (viz tabulka 7), pojistné placené státem včetně plateb za nezaměstnané je 16,4 mld Sk. V tomto případě by odvodové zatížení muselo vzrůst z původních 14% na 19,98% zaokrouhleně tedy na 20% abychom zachovali stejný objem peněz.

Finanční břemeno nese jen pracující část obyvatelstva, míra solidárnosti vybraných zdrojů na definovaný zákonný nárok dosahuje 100%.

Výška odvodu z hrubé mzdy	Zdroje při současném nastavení				Systém odpojen od státního rozpočtu			
	Pojistné od zaměstnaných a OSVČ	Pojistné ze SR a NÚP	Kapitálové transfery a rozpočet MZ	Spolu	Zdroje zdravotní pojišťovny z pojistného	Pojistné ze SR a NÚP do zdravotní pojišťovny	Kapitálové transfery a rozpočet MZ	Spolu
10%	27,4	11,7	4,8	43,9	27,4	0	4,8	32,2
14%	38,4	16,4	4,8	59,6	38,4	0	4,8	43,2
20%	54,8	20,6	4,8	74,6	54,8	0	4,8	59,6

Tabulka 5.

### 3.2.2 Modelování snížení míry solidarity financování zdravotnictví

Pro současný systém zdravotnictví Slovenska se počítá s 100% solidaritou financování zákonného nároku. V budoucnosti se ale nabízí při rozdělení léčebního pořádku na zákonný nárok a nepovinnou část a zachování 100% solidarity ekonomicky aktivních a neaktivních občanů dva další modely.

Jedná se o zavedení povinné fixní platby každého občana a kombinace s různou mírou solidarity.

V případě povinné fixní platby každého občana, má křivka této veličiny na celém intervalu stejnou charakteristiku. Je to konstanta a její výška má dva extrémy. První je poloha, když výšku stanovíme jako nula, představující 100% solidaritu. Druhý extrém je situace, kdy každý platí stejnou částku. Při zachování potřebné předpokládané výšky zdrojů 54,8 mld. Sk by to znamenalo měsíční paušální platbu 849 Sk na občana. Počítám s počtem obyvatel Slovenska 5 379 000 v roce 2002 dle Statistického úřadu. Samozřejmě se nejedná o pojištění založené na posouzení individuálního rizika, to by stanovilo každému občanovi pojistné jednotlivě.

Vzájemnou kombinací fixní platby a změny procentuální sazby odvodu při celkovém objemu zdrojů v objemu 54,8 mld. Sk znázorňuje tabulka. Procentní část platí pouze zaměstnaní a Osoby samostatně výdělečně činné.

Výška fixní platby	Výška odvodu v %	Zdroje spolu v mld.Sk
849 Sk	0%	54,8
636 Sk	5%	54,8
424 Sk	10%	54,8
254 Sk	14%	54,8
0 Sk	20%	54,8

Tabulka 6.

## **4. Současný stav**

V říjnu roku 2004 Národní rada Slovenské republiky definitivně schválila šest základních takzvaných reformních zákonů. Zákony začínají platit od 1. ledna roku 2005 respektive 2006.

### **4.1 Zákon o záchranné zdravotní službě**

Tento zákon obsahuje dvě základní myšlenky. Každý občan musí mít na jakémkoliv místě okamžitou a rychlou zdravotní pomoc, bez ohledu na jeho schopnost platit. Takovouto pomoc může zabezpečit každá právnická osoba, která získá licenci. Činnost záchranné služby se financuje z veřejného pojištění. Mělo by vzniknout asi 200 stanic záchranné služby, otázkou je jestli se skutečně podaří tento počet stanic vytvořit, což záleží na finanční výnosnosti služby.

### **4.2 Zákon o zdravotní péči, službách s tím souvisejících a zákon o rozsahu zdravotní péči hrazené z veřejného zdravotního pojištění.**

Tento zákon možno považovat za jeden z nejdůležitějších, protože vytváří předpoklady pro konkrétní opatření definované v dalších zákonech. Systém zavádí klasifikaci zdravotnických služeb podle míry významnosti. Reguluje co je a co není nutné, aby bylo zahrnuto ve veřejném zdravotním pojištění a do jaké míry.

Nová struktura výkonů je klasifikovaná takto:

1. Neodkladná zdravotní péče - poskytuje se z veřejného pojištění každému, kdo je v ohrožení života.
2. Zdravotní péče, která se dělí na
  - Prioritní seznam výkonů, plně hrazený pojišťovkami
  - Ostatní diagnózy, na léčbu kterých si pojištěnec bude připlácet
3. Služby související s poskytováním zdravotní péče, které mohou být zpoplatněny. Jedná se například o stravování a pobyt na lůžku v nemocnici, doprava a podobně. [9]

Nová kvalifikace výkonů a léků by měla umožnit koncentraci veřejných zdrojů tam, kde je to potřebné. Méně závažné úkony či choroby nechává čistě na nemocném. Například léčení běžného nachlazení je plně na nemocném. Léky, které jsou poskytovány v rámci ústavní péče, jsou plně hrazeny. Také léky poskytované v rámci ambulantní nebo zdravotní péče jsou plně nebo částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Platí, že z každé skupiny léčiv je minimálně jeden lék plně hrazen z pojištění.

Zavádí se jednorázové poplatky. Za návštěvu ambulance se platí 20 Sk, 20 Sk za recept v lékárnách a 50 Sk za den pobytu v nemocnici. Poplatek 20 Sk se neplatí když se jedná o povinné očkování, opakovanou návštěvu za 7 dní, za dítě do jednoho roku, za duševně nemocné a za lidi s chronickými nemocemi. 50 Sk neplatí děti do tří let, lidé v ústavech a duševně nemocní, těhotné ženy. Lidé, kteří dokáží, že se nacházejí v hmotné nouzi a to když pobírají sociální dávky, platí pouze první tři dny. Dalším poplatkem, který se zavádí je 2 Sk za 1 kilometr dopravy sanitkou. Toto neplatí pro záchrannou službu. [9]

Zákon se snaží zaměřit také na prevenci. Plně jsou hrazeny preventivní prohlídky u malých dětí, u starších osmnácti let pak jedna preventivní prohlídka za dva roky. Hrazena je i preventivní prohlídka u zubaře jednou ročně. Hrazeno je i povinné očkování. Do zákona se dostali i ekonomické sankce v případě neabsolvování preventivní přehlídky. Například léčba zubního kazu je hrazena pouze v případě, že jste absolvovali i preventivní prohlídku.

Podstatně mění situaci v lázeňské léčbě. Plně se hradí léčba 74 onemocnění, i zde je však vyčíslen poplatek 50 – 220 Sk na den strávený v lázních. Jiné diagnózy již bude muset pacient hradit. Plně se hradí léčba navazující na ambulantní nebo ústavní péči. Úhradu vždy schvaluje příslušná zdravotní pojišťovna na návrh lékaře. [9]

### **4.3 Zákon o zdravotním pojištění**

Další klíčový zákon, který posunuje zdravotní pojištění Slovenské republiky k standardům vyspělých zemí. Zdravotní pojištění se rozděluje na dvě základní skupiny.

#### 1. Veřejné zdravotní pojištění

Zde se vychází ze zákona o rozsahu zdravotní péče. Je definované jako solidární systém.

#### 2. Individuální zdravotní pojištění

Zde se vychází ze všeobecných norem hlavně Občanského zákoníku. Pojišťovna a pojištěnec se spolu domluví na rozsahu poskytovaném v rámci individuálního zdravotního pojištění.

### **4.3.1 Veřejné zdravotní pojištění**

Povinně veřejně pojištěnými jsou osoby s trvalým bydlištěm na území Slovenské republiky. Pojištěny nejsou osoby, které jsou zaměstnány v cizině déle než šest měsíců nebo v cizině podnikají. Pojištěny jsou i osoby, které nemají trvalý pobyt na území Slovenska a

- Na Slovensku podnikají
- Jsou azylanti
- Jsou studenty z jiného členského státu Evropské Unie nebo studenti ze státu smluvně zavázaného
- Osoba je mladiství cizinec, který se na území zdržuje bez zákonného zástupce a poskytuje se mu péče v zařízení na základě rozhodnutí soudu
- Je ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody [14]

Fyzická osoba může být i dobrovolně veřejně zdravotně pojištěna.

Pojištěnec podává přihlášku v zdravotní pojišťovně, která ho smí odmítnout pouze v případě, že přihláška byla podaná ještě v další zdravotní pojišťovně.

### **4.3.2 Plátcí pojistného**

Pojistné je povinen platit

- Zaměstnanec
- Samostatně výdělečně činná osoba
- Zaměstnavatel
- Stát
- Osoba dobrovolně nezaměstnaná [14]

Stát je plátcem pojistného za

- Nezaopatřené dítě
- Osoby pobírající důchod starobní nebo invalidní na Slovensku
- Osoby, které dosáhli důchodového věku a kterým nevznikl nárok na důchod
- Osobu ve vazbě
- Zahraničního studenta z jiného členského státu Evropské Unie nebo student ze státu smluvně zavázaného
- Osobu, která pobírá peněžní příspěvek za opatrování, opatrování občana s těžkými zdravotním postižením
- Osobu, která pobírá rodičovský příspěvek nebo se celodenně stará o dítě do šesti let
- Osobu z evidence uchazečů o zaměstnání a osob pobírajících příspěvek sociální dávky
- Osoba je azylantem [14]

Stát neplatí za osoby, které jsou zde uvedeny, když jsou výdělečně činnou osobou a souhrn mezd přesahuje polovinu úhrnu minimálních mezd v rozhodném období. To znamená polovinu z dvanácti minimálních mezd v roce. Když se důvody k vyplácení pojistného překrývají, stát platí pouze jednou.

#### **4.3.3 Sazby pojistného**

Zásadní změna nastává v sazbách pojistného. Z důvodu zajištění dlouhodobě ustáleného objemu peněz v zdravotnictví, nastává změna v sazbách pojistného.

- Zaměstnanec platí 4% z vyměřovacího základu, jestli je osoba se zdravotním postižením platí 2%

- Zaměstnanec, který není osobou samostatně výdělečně činnou a má příjmy podléhající dani z příjmů (kromě příjmů z pronájmů a příjmů, u kterých se vybírá daň srážkou) je 14%, u osob se zdravotním pojištěním 7% z vyměřovacího základu.
- Osoby samostatně výdělečně činné platí 14% vyměřovacího základu, jestli se jedná o osobu se zdravotním postižením sazba pojistného je 7% z vyměřovacího základu.
- Zaměstnavatel platí 10% z vyměřovacího základu. Jestli zaměstnává osoby se zdravotním pojištěním sazba pojistného je 5% z vyměřovacího základu.
- Dobrovolně nezaměstnaná osoba tj. pojištěnec, který není zaměstnancem nebo osobou samostatně výdělečně činnou, ale má příjem, který podléhá dani z příjmů vyšší než je minimální mzda. Jeho příjmy jsou například práce vykonávané na základě smluv, smluv o dílo nebo různých dohod o vykonání práce. Platí 14% sazbu z vyměřovacího základu, zdravotně postižený 7%.
- Stát platí 4% z vyměřovacího základu. [14]

#### **4.3.4 Vyměřovací základ zaměstnance**

Do vyměřovacího základu se započítává příjem zaměstnance, který podléhá dani z příjmů a jeho příjmy nepodléhající dani ze z příjmu, protože tak ukládají zvláštní předpisy o zamezení dvojitého zdanění. Dále se započítávají různé podíly na zisku.

Nejnižší možný vyměřovací základ se vypočítá jako výše úhrnu minimálních základů zaměstnance za každý měsíc roku, v kterém byla povinnost platit pojistné. Minimálním základem je myšlena minimální mzda. Ta je stanovena pro osoby pracující 40 hodin týdně. Proto osoby pracující méně, dělí mzdu úměrně počtu odpracovaných hodin.

Nejvyšší možný vyměřovací základ každého pojištěnce je 36 násobek průměrné měsíční mzdy zaměstnance dle Statistického úřadu Slovenské republiky za



kalendářní rok, který dva roky předchází kalendářní rok, za který se platí pojistné. Není důležité, jak dlouho byl pojištěnec v daném roku pojištěn, hranice platí pro každého bez rozdílu. Například pro rok 2006 je to suma 36 x 15825 Sk což je průměrná měsíční mzda za rok 2004. Nejvyšší možný vyměřovací základ je tedy 569700 Sk.

#### **4.3.5 Vyměřovací základ zaměstnavatele**

Vyměřovací základ zaměstnavatele je dán jako základ každého jeho zaměstnance. Zaměstnavatel spočítá zaplacené pojistné v jednotlivých měsících a samostatné pojistné v ročním zúčtování z vyměřovacího základu každého zaměstnance každé zvlášť. Jestli zaměstnanec v rozhodném období měl víc zaměstnavatelů a tedy víc plátců, započítává se její poměrná část. [14]

#### **4.3.6 Vyměřovací základ Osob samostatně výdělečně činných**

Vyměřovací základ, je u zaměstnance, který platí sazbu 14% a u osob samostatně výdělečně činných, ve výšce podílu základu daně z příjmu fyzických osob dosažených v rozhodném období a dalších příjmů. Od této sumy odpočítáme náklady z výkonu, nepočítáme ale předdavky placené na pojistné. Výsledek vydělíme číslem 2,14. Také pro osoby samostatně výdělečně činné platí minimální a maximální výše vyměřovacího základu. [14]

#### **4.3.7 Vyměřovací základ dobrovolně nezaměstnaných**

Vyměřovacím základem pro dobrovolně nezaměstnaného je úhrn jeho příjmů. Také zde je určená minimální výše, jedná se o součin koeficientu pojištění a minimálních základů, to znamená minimálních mezd v ekonomice, za všechny kalendářní měsíce kdy měl platit pojistné. Koeficient se vypočítává jako podíl 4% z průměrné měsíční mzdy a 14% z minimální mzdy, zaokrouhuje se na čtyři desetinná místa nahoru. Maximální výše je určena jako 36 násobek průměrné měsíční mzdy zaměstnance dle Statistického úřadu Slovenské republiky za

kalendářní rok, který dva roky předchází kalendářní rok, za který se platí pojistné.[14]

#### **4.4 Zákon o zdravotních pojišťovnách**

Tento zákon přináší několik důležitých změn. Nejdůležitější je transformace zdravotních pojišťoven na akciové společnosti. Stát si ponechává ve svých rukou dvě zdravotní pojišťovny – Všeobecnou zdravotní pojišťovnu a Společnou zdravotní pojišťovnu, kde vlastní 100% akcií. Zdravotní pojišťovny, které působily na Slovensku, se musely do 30. června 2005 přetransformovat, jinak by jim jejich oprávnění skončilo. Cílem, proč byly zavedeny tyto změny, je zásadně zvýšit kompetence zdravotních pojišťoven, které by měly získat práva a možnosti ovlivňovat zdravotní systém. Jak už jsem se zmínil v předchozí části, pojišťovny fungovali spíše jen jako přerozdělovače peněz, tuto činnost by ale mohl dělat levněji i stát. Zdravotní pojišťovny by měly uzavírat smlouvy s poskytovateli zdravotní péče, přičemž o tomto procesu v primární péči bude v podstatě rozhodovat občan. Pojišťovna totiž musí uzavřít smlouvu s praktickým lékařem, jestli je k němu přihlášen aspoň jeden její pojištěnec. V ostatních případech by pojišťovny měly mít v podstatě volnost rozhodování. Omezení je jen v případě, že musí uzavřít smlouvu v minimálním rozsahu určenou minimální sítí zdravotnických zařízení. Základním kritériem výběru by měla být kvalita a cena. Pacient má nadále možnost vybrat si lékaře specialistu a nebo lůžkovou péči. V případě, že pojišťovna s ním nebude mít uzavřenou smlouvu, budou pojištěnému uhrazeny náklady do výšky nákladů účtovaných pojišťovnou smluvním partnerům. Rozdíl může být kryt například z individuálního pojištění.

S cílem zabezpečit transparentnost rozhodování o uzavírání smluv, musí pojišťovna zveřejňovat kritéria výběru a na jejich základě stanovit pořadí poskytovatelů. Zde vstupuje do procesu i Ministerstvo zdravotnictví, které sestavuje indikátory kvality.

Příliš komplikovaný zůstává systém vypovězení smluv. Ty se uzavírají na dobu neurčitou, přičemž cena se do procesu nedostává a postupuje se na základě

kvality. Cena by ale měla být podstatná již při výběru. Podstatné by mělo být totiž, kdo poskytne potřebnou kvalitu a za nejlepší cenu a ne vybrat poskytovatele nejkvalitnějšího. Přínosem je naopak zavedení a definování takzvaných čekacích listů. Je to pořadí pacientů, kterým není možné poskytnout určitý výkon pro nedostatek zdrojů ze strany pojišťovny.

Na zabezpečení dohledu nad zdravotními pojišťovnami a také nad poskytovateli zdravotní péče, se zřizuje Úřad pro dohled nad zdravotní péčí. Je právnickou osobou a jeho činností je dohled nad dodržováním standardů veřejného zdravotního pojištění a nad rozsahem a kvalitou poskytování zdravotní péče. Pod standardy se myslí především splnění podmínek na vznik zdravotní pojišťovny a dodržování podmínek, které se týkají udržování permanentní platební schopnosti při plnění závazků vůči poskytovatelům zdravotní péče. Financování Úřadu se zabezpečuje z příspěvků zdravotních pojišťoven.

#### ***4.5 Zákon o poskytovatelích zdravotní péče, zdravotních zaměstnancích a stavovských organizací v zdravotnictví***

Zákon definuje minimální veřejnou síť poskytovatelů péče, jako opatření, které má zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče. Síť má být určitým kompromisem mezi tržním ponětím a sociálními hodnotami spojenými se zdravotnictvím. Do jaké míry bude jeho princip reálně naplněn, ukáže až čas. Často kritizovaným momentem je povinná transformace současných státních poskytovatelů na akciové společnosti, nebo na neziskové organizace, která by měla probíhat do konce roku 2006. Tento proces je zaveden hlavně kvůli ekonomizaci fungování zdravotních zařízení. Nemyslím si, že by změna na akciové společnosti nebo na neziskové organizace neprosperovala. Změna má spíše organizační charakter, který je zaměřen hlavně na vytvoření tvrdších rozpočtových omezení. První důsledky se projeví už v roce 2004, kdy začaly některé nemocnice propouštět nadbytečné zaměstnance. V současné době je transformace zastavena kvůli blížícím se volbám.

#### **4.6 Konečné shrnutí**

Je potřeba připomenout, že žádná reforma ve veřejném sektoru není černobílá. Ekonomika a společnost jako celek jsou mimořádně složité mechanismy. Výsledky některých opatření můžeme někdy jen těžko odhadovat. Absolutně optimální řešení asi neexistuje a každé opatření je spojeno s pozitivními i negativními důsledky.

Slovenské zdravotnictví má ale myslím vykročeno dobrým směrem. Finanční zdroje do systému budou téct hlavně od ekonomicky aktivních občanů. Platí 14% ze mzdy, když minimální vyměřovací základ bude ve výšce trojnásobku průměrné mzdy v hospodářství. Důležitým bodem je zavedení odvodového zatížení pojištěnců státu ve výši 4% z průměrné mzdy. Suma se už neschvaluje v státním rozpočtu, ale je navázaná na průměrnou měsíční mzdu v hospodářství. Tím je zavedena předvídatelnost prostředí a pojišťovny můžou vytvářet pojistný rozpočet. Do budoucna je možné uvažovat s kombinací s takzvanou fixní platbou každého občana, jak jsem to ukázal na modelovém příkladě.

Stát platí přímo zdravotním pojišťovnám a ne na fiktivní účet přerozdělení jak tomu bylo v minulosti. Změnila se i metodika výpočtu pojištěnců státu, zavedením centrálního registru. Omezil se tak počet fiktivních pojištěnců, o kterém jsem mluvil v první části.

Dalším důležitým zdrojem příjmů hlavně do budoucna jsou soukromé zdroje občanů. Občan si bude moci zvolit připlácení nad rámec zákonného nároku prostřednictvím komerčních pojišťoven, nebo ve formě přímých plateb poskytovatelům. Zatím fungují přímé platby jako forma spoluúčasti. Platí se například u léků, kde pacienti platí určitou část ceny léku.

V nepovinném pilíři je předpokládaný trend:

1. Význam nepovinného pojištění by měl postupem času vzrůstat. Nejdůležitější v nejbližší době bude, aby systém individuálního zdravotního pojištění vůbec začal fungovat.
2. Kombinace s jinými pojištěními a produkty jako například s životním a důchodovým pojištěním.

Platí se také jednorázové poplatky. Jejich zavedení mělo největší význam v prolomení tabu obyvatelstva, které považuje zdravotní péči za bezplatnou službu. Poplatky neodrážejí skutečné náklady, ale mají motivační efekt. Zvyšují marginální náklady obyvatel a tím vedou k poklesu spotřeby. Poplatky by měli motivovat občany k vyšším požadavkům na kvalitu služeb, za které částečně přímo zaplatili. Stejný efekt vidím v zavedení poplatků při snižování korupce hlavně té drobné.

Celkový předpokládaný objem financí v zdravotnictví shrnuje tabulka 7 [4]:

Tabuľka 7 : Predpokladané zdroje zdravotných poisťovní v mld. SK

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Verejné zdravotné poistenie</b>	<b>26,3</b>	<b>35,4</b>	<b>38,4</b>	<b>41,4</b>	<b>43,0</b>	<b>45,3</b>	<b>49,6</b>	<b>54,8</b>	<b>59,0</b>	<b>66,2</b>	<b>72,6</b>	<b>78,2</b>
Príjmy z poistného	18,7	23,7	26,8	28,7	29,5	32,1	34,8	38,8	42,3	47,7	51,9	56,3
Zamestnanci												
a zamestnávateľa	17,8	22,5	25,5	27,0	27,5	30,0	32,8	36,6	40,4	44,0	48,0	52,3
Zamestnávateľov	13,5	16,4	18,7	19,7	20,1	21,9	23,6	26,4	28,8	31,4	34,3	37,4
Zamestnancov	4,2	6,1	6,8	7,3	7,5	8,1	9,2	10,2	11,5	12,6	13,7	14,9
SZČO	0,9	1,0	1,1	1,3	1,4	1,4	1,5	1,7	1,8	3,6	3,7	3,8
Ostatní	0,0	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Penále, pokuty, dlžné poistné	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,4	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Poistné hradené štátom	7,1	10,3	10,4	10,5	11,1	11,2	13,0	15,5	16,1	18,5	20,7	22,0
Poistné hradené z NÚP	0,1	0,3	0,4	0,5	0,6	0,5	0,4	0,5	0,6	0,0	0,0	0,0
Iné zdroje	0,3	1,0	0,8	1,7	1,9	1,4	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Výdavky kapitoly MZ SR</b>												
<b>(bez poistného</b>												
<b>plateného štátom)</b>												
<b>a vrátane výdavkov</b>												
<b>ostatných ministerstiev</b>												
<b>a orgánov štátnej správy</b>												
<b>+ výdavky na výskum</b>												
<b>+ kapitálové výdavky</b>	<b>4,1</b>	<b>4,6</b>	<b>4,9</b>	<b>4,7</b>	<b>4,4</b>	<b>4,5</b>	<b>4,9</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>4,1</b>	<b>3,8</b>	<b>3,1</b>
<b>Výdavky hradené</b>												
<b>Sociálnou poisťovňou</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>0,7</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>
<b>Priame platby</b>												
<b>a individuálne poistenie</b>	<b>1,8</b>	<b>2,6</b>	<b>3,8</b>	<b>4,1</b>	<b>5,4</b>	<b>5,9</b>	<b>6,3</b>	<b>7,0</b>	<b>10,5</b>	<b>14,0</b>	<b>16,0</b>	<b>19,0</b>
<b>Zdroje poistného systému</b>												
<b>spolu (verejné aj súkromné)</b>	<b>33,1</b>	<b>43,6</b>	<b>48,3</b>	<b>51,5</b>	<b>54,1</b>	<b>56,7</b>	<b>61,9</b>	<b>67,8</b>	<b>75,0</b>	<b>84,3</b>	<b>92,4</b>	<b>100,3</b>
HDP	543,0	606,0	690,0	746,0	845,0	886,0	967,0	1065,0	1160,0	1293,0	1423,0	1551,0
Zdroje/HDP v %	6,1 %	7,2 %	7,0 %	6,9 %	6,4 %	6,4 %	6,4 %	6,4 %	6,5 %	6,5 %	6,5 %	6,5 %

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR

Nejvýraznější změny nastávají hlavně v:

1. povolování a dohledu nad činností v zdravotnictví
2. definování právní úpravy pro zdravotní péči, její rozsah a formy jejího poskytování
3. zavedení jasných pravidel ve financování zdravotní péče
4. nastavení sítě poskytovatelů zdravotní péče
5. zavedení možnosti individuálního pojištění

Dle mého názoru byly učiněny správné kroky k zastavení nedostatku peněz ve zdravotnictví. Zdroje jsou vyvážené a nedochází zatím k větším výpadkům jako v minulosti. Tlak na ekonomizaci prostředí se projevuje propouštěním nadbytečného personálu nebo snižováním počtu lůžek. Důkazem může být i nedávný protest zdravotníků na Slovensku. Představoval bych si ještě větší oddělení financování od státu a částečnou finanční participaci osob ekonomicky neaktivních. I malé částky by dle mého názoru přispěly k větší zodpovědnosti za své zdraví a změně pohledu na zdravotnictví jako na službu veřejnou a bezplatnou. To by ale vyžadovalo, aby systém soukromého pojištění měl větší váhu a v budoucnu kryl víc rizik. Problém vidím v tom, že Slovensko není atraktivní co se týče objemu peněz ve zdravotnictví. Časem asi zaniknou některé zdravotní pojišťovny a tím se i zmenší konkurenční tlak. Ať už mezi pojišťovnami nebo mezi poskytovateli zdravotní péče. Jako dobrou perspektivu vidím možnost většího propojení soukromého zdravotního pojištění s komerčními pojišťovnami poskytujícími životní popřípadě důchodové pojištění.

## **6. Závěr**

Bakalářská práce zkoumá možnosti jak dostat do systému peníze. Ukazuje možnosti financování a předkládá rozbor současného a předreformního stavu. Ukazuje důležitost zavedení pravidel volného trhu ve zdravotnictví. Proměna pojišťoven na akciové společnosti zvyšuje jejich kompetence a dává jim možnosti ovlivňovat zdravotní systém. Poukazuje na nutnost zavedení jasných pravidel pro platby od státu, čímž zvyšuje předvídatelnost trhu a lepší možnosti kalkulace pro

zdravotní pojišťovny. Rozdělení systému na individuální a veřejné zdravotní pojištění se otvírají možnosti vzájemnou konkurenci jak zdravotních tak i komerčních pojišťoven. V systému veřejného pojištění práce dokládá nutnost krýt pouze rizika do určité úrovně a nadstandard krýt z dalších zdrojů hlavně z individuálního pojištění nebo přímých plateb.

Situace ve slovenském zdravotnictví je velice podobná české. Je to dáno historicky. Ve společném státě byly zákony, myšlení lidí a zdravotní morálka stejné. Po rozdělení se obě země vydali vlastní cestou. Převzaly většinu neduhů socialistického řízení ekonomiky, a i když se jich postupně snaží zbavovat, v některých oblastech jako například ve zdravotnictví převládá myšlení, že vše je bezplatné a stát se má o nás občany postarat. Zvýšení vlastní zodpovědnosti nad osudem svého zdraví je významný krok ke svobodné a demokratické možnosti volby.

Reforma zdravotnictví na Slovensku se snaží vytvořit fungující systém, z kterého budou profitovat občané, poskytovatelé služeb a pojišťovny jako nákupci. Zavedením jasných pravidel, zavedením konkurence mezi subjekty se vytváří velká možnost nabízet kvalitní produkty pro občany. Pro pojišťovny, které budou působit na slovenském trhu, se otvírá konečně možnost reálně vstoupit do boje o zákazníka a vytvářet zisk.

Kvůli vzájemné blízkosti obou národů, je vynikající příležitostí České republiky, sledovat a nechat si vyzkoušet bez rizika vlastního omylu možnosti reformy zdravotnictví a vyvarovat se možných nedostatků, které vzniknou při reformě slovenské.

## Použitá literatura:

1. PAŽITNÝ P. a ZAJAC R. *Stratégia reformy zdravotníctva - reálnej formy pre občana*, Bratislava: MESA 10, 2001
2. PAŽITNÝ P. a ZAJAC R. *Zdravotná politika*, Bratislava: Slovenská spoločnosť pre zahraničnú politiku, 2001
3. VOSTATEK J. *Sociální zabezpečení, teorie a politika*, Praha: VŠE 1995
4. Konceptcia poskytovania zdravotnej starostlivosti v SR [online] [cit.2.3.2006] dostupné z <http://www.reformazdravotnictva.sk>
5. ESPRING-ANDERSEN G. a MICKLEWRIGHT J., *Welfare State Models in OECD Countries: an Analysis for the Debate in Eastern Europe*, Warshaw 1990
6. Yahoo News - US health insurance [online]. [cit.5.4.2006] dostupné z [http://news.yahoo.com/s/afp/20060405/hl\\_afp/ushealthinsurance\\_060405202034/](http://news.yahoo.com/s/afp/20060405/hl_afp/ushealthinsurance_060405202034/)
7. Trend časopis [online]. [cit. 15.11.2005] dostupné z <http://www.etrend.sk/firmy-a-trhy/financny-sektor/zdravotne-poistovne-na-slovensku>
8. PAŽITNÝ P. a ZAJAC R. *Zdravotníctvo, Slovensko 2002 – Súhrnná správa o stave spoločnosti*, Bratislava: Inštitút pre verejné otázky 2003
9. Zákon 576/2004 Z.z. - Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov
10. Zákon 140/1998 Z.z. - Zákon o lieku a zdravotníckych pomôckach, o zmene zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 220/1996 Z.z. o reklame
11. Zákon 577/2004 Z.z. - Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti



12. Zákon 578/2004 Z.z. - Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
13. Zákon 579/2004 Z.z. - Zákon o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov
14. Zákon 580/2004 Z.z. - Zákon o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
15. Zákon 581/2004 Z.z. - Zákon o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov
16. Zákon o zdravotnom poistení, 273/1994 Zz
17. <http://www.vszp.sk/>