

# KOMPARACE ČESKÉHO A ESTONSKÉHO SYSTÉMU (SYSTÉMŮ) ZDRAVOTNÍHO A NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ

## COMPARISON OF CZECH AND ESTONIAN SYSTEM(S) OF HEALTH AND SICKNESS INSURANCE

**Jan Daler**

**Abstract:** *The paper deals with two systems - health and sickness insurance in two countries. In Czech Republic, where those systems are separated, and in Estonian Republic, where exists only health insurance, where belongs also benefits for temporary incapacity to work (the benefits falling under sickness insurance in Czech Republic). Most features of the systems are similar in both countries (such as solidarity, obligation of insurance, state guarantee), but there are also differences. The main one is that state pays for a small group of people in Estonian Republic, while state insured people cover more than half of the insured people in Czech Republic. Also one benefit is different in each country. People in Czech Republic receive compensatory benefit in pregnancy and maternity, in Estonian Republic adoptive parents receive the benefit called adoption benefit.*

**Keywords:** *Health insurance, Sickness insurance, Features, Benefits for temporary incapacity to work, Estonian Republic, Czech Republic.*

**JEL Classification:** *I1, H4.*

### Úvod

Zdravotnictví a jeho financování patří ke stále otevřeným tématům odborných i politických debat. Ve vyspělém světě se se zdravotnickým systémem potkal každý. A už jen jeho existence, respektive to, že jej v případě potřeby můžeme využít, představuje jednu ze životních jistot. Podobnou jistotou je pro nás též systém sociálního zabezpečení, kam spadají i dávky vyplácené v nemoci, tzn. v situaci, kdy člověk zároveň využívá zdravotnický systém.

Výsledky zachycené v tomto článku jsou součástí řešení širšího výzkumného úkolu, kdy se autor zabývá potenciálními přínosy nebo naopak nevýhodami propojení systémů nemocenského a zdravotního pojištění. V tomto smyslu je potom otázkou, zda by pro Českou republiku nebylo výhodné systémy propojit.

### 1 Formulace problematiky

V České republice (ČR) jsou odděleny systémy financování dávek pro osoby, které jsou ze zdravotních důvodů dočasně práce neschopné a financování zdravotnictví, respektive zdravotní péče. První systém označujeme jako nemocenské pojištění. Druhý systém je zdravotní pojištění. V Estonské republice (EST) spadají „nemocenské“ dávky pod pojištění zdravotní. Tento poměrně výrazný rozdíl skýtá možnosti, které mohou být výhodami, ale zároveň nevýhodami. V práci budou porovnány rysy systémů, díky čemuž bude položen základ pro srovnání výhod a nevýhod, jež může přinést jejich propojení.

Cílem práce je určení společných a naopak rozdílných rysů systému (systémů). Pro účely tohoto článku je cíl zúžen na nastavení dotčených systémů v ČR a EST.

## 2 Metody

Jak bylo psáno výše, EST a ČR mají rozdílné systémy, ale tyto státy byly zvoleny i proto, že v nich převažuje veřejné financování zdravotnictví (jinými slovy soukromé zdroje nehrají na financování zdravotnictví takovou roli).

Pro vznik práce bylo nutné seznámit se se zákony, které v daných zemích nastavují systémy zdravotního a nemocenského pojištění. V ČR to byl především zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Nejdůležitějším zákonem pro estonskou část práce byl zákon o zdravotním pojištění (RT I 2002, 62, 377).

V literární rešerši byly použity 3 metody: popis, analýza a komparace. Ze stručného popisu zákonných ustanovení vychází jejich hlubší analýza. Na analýzu autor naváže srovnáním. Z dosažených výsledků jsou následně vyvozeny závěry. V části 3.2 je nejvíce využívána metoda komparace. Porovnání bude zaměřeno na rysy systémů, dávky systémů a výpočet těchto dávek.

## 3 Rozbor problému

Tato kapitola je rozdělena do dvou podkapitol. První z nich bude literární rešerši věnující se rysům zdravotního a nemocenského pojištění v ČR a zdravotního pojištění (zahrnující i pojištění nemocenské) v EST, respektive i nemocenského pojištění v případě ČR. Následně budou popsány dávky při dočasné pracovní neschopnosti, jelikož jsou tyto dávky součástí nemocenského pojištění. Ve druhé podkapitole budou systémy komparovány.

### 3.1 Literární rešerše

#### 3.1.1 Česká republika

Jak již bylo napsáno v úvodu ČR má oddělené zdravotní a nemocenské pojištění. Kvůli přehlednosti budou rozděleny i v této práci.

#### Nemocenské pojištění

Krebs [7] tvrdí, že nemocenské pojištění je postaveno na následujících principech:

- Všeobecnost pojištění,
- obligatornost pojištění,
- solidarita,
- obligatornost nároků.

Pod všeobecností pojištění se myslí, že pojištěnou osobou může být kdokoli. Nezáleží na tom, jak osoba pracuje či kolik jí je let. Jak říká Krebs [7, s. 240], „pojištění byli od počátku účastni dělníci a provozní úředníci zaměstnaní prakticky ve všech hospodářských odvětvích.“

Obligatornost pojištění znamená, že pojištění má nucenou povahu [7]. Osoby definované v zákoně jako „pojištěné osoby“ musí platit pojistné. V roce 2015 činí pojistné 2,3 % z vyměřovacího základu a odvádí jej zaměstnavatel a osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ). Mezi těmito plátcí je ale ten rozdíl, že zaměstnanci, jejichž mzdy tvoří základ pro výpočet pojistného placeného zaměstnavatelem, jsou dle zákona č. 187/2006 Sb. nemocenského pojištění [17] účastni povinně (§5, písmeno a), zatímco OSVČ a zahraniční zaměstnanci dobrovolně (§5, písmeno b). S povinností (dobrovolností) účasti souvisí nárok

na dávky. Zatímco zaměstnanci mají nárok na všechny benefity, které nabízí nemocenské pojištění, osoby, které se mohou pojistit dobrovolně, mají při pojištění nárok pouze na nemocenské a peněžitou pomoc v mateřství.

Nemocenské pojištění je založeno na solidaritě [9]. Na solidaritě mezi zdravými a nemocnými a zároveň (z finančního pohledu) mezi osobami s nižšími a vyššími příjmy. Solidaritu zajišťují 3 redukční hranice, které ve výpočtu nemocenské redukují denní vyměřovací základ (průměrný denní příjem za posledních 12 měsíců), jehož součin s procentuální sazbou připadající na dávku přinese výši denní dávky. Redukční hranice jsou 3 a s rostoucím příjmem redukční sazba klesá, díky čemuž je do dávky započítáno méně procent z příjmu [9].

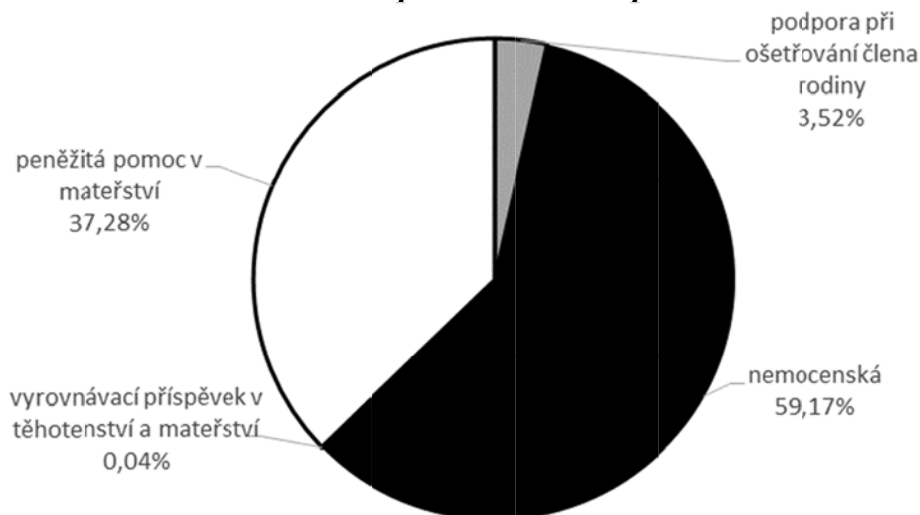
Vedle tří výše uvedených rysů může být vysledován další, který však Krebs neuvádí, jímž může být rozdělení platby „dávek“ nemocným zaměstnanců, mezi zaměstnavatele a stát. Tento rys se vyskytuje od 1. ledna 2009. V prvním období nemoci (v roce 2015 14 kalendářních dnech) platí zaměstnavatel náhradu mzdy (na základě mzdy v předchozích 3 měsících) podle zákona č. 262/2006 Sb., Zákoníku práce [18]. Pokud dočasná pracovní neschopnost trvá déle, platí nemocenskou stát. OSVČ nemají nárok na náhradu mzdy, protože nemají zaměstnavatele, který by jim ji vyplácel. Získávají tedy dávku nemocenské od 15. dne nemoci.

Z nemocenského pojištění jsou v ČR poskytovány 4 dávky (§4 zákona č. 187/2006 Sb. [17]):

- nemocenská,
- peněžité pomoci v mateřství,
- podpora při ošetřování člena rodiny,
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

Na dávky vzniká při splnění zákonem stanovených povinností nárok přímo ze zákona. Tomuto rysu se říká obligatornost nároků. V roce 2012 byla výše vyplacených dávek 19 377 mil. Kč, z čehož 11 465 mil. Kč připadalo na nemocenskou, 7 224 mil. Kč na peněžitou pomoc v mateřství, 682 mil. Kč na podporu při ošetřování člena rodiny a 7 mil. Kč na vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. [9]

**Obr. 1: Struktura dávek dočasné pracovní neschopnosti v ČR v roce 2012**



Zdroj: [9]

Výpočet nemocenské, peněžité pomoci v mateřství a ošetřovného dle Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) [9] probíhá totožně, tedy výpočtem denního vyměřovacího základu (podíl započitatelného příjmu a počtu dní v rozhodném roce), redukcí denního vyměřovacího základu, určením denní dávky (sazba připadající na dávku násobená redukovaným denním vyměřovacím základem) a určením výše dávky (denní dávka krát počet dní pracovní neschopnosti). Jediné dva rozdíly jsou:

- 1) procentuální sazba, která se započítává do první redukční hranice při redukcí denního vyměřovacího základu. Zatímco u nemocenské a podpoře při ošetřování člena rodiny je započítáno 90 %, u peněžité pomoci v mateřství 100 %.
- 2) procentuální sazba při výpočtu samotné dávky. Nemocenské a ošetřovné je ve výši 60 %, zatímco peněžité pomoci v mateřství činí 70 % redukovaného denního vyměřovacího základu.

Z obrázku 1 je zřejmé, že státní rozpočet nejvíce zatěžujícím benefitem v ČR je nemocenská, následovaná peněžitou pomocí v mateřství (jejíž výše by však v případě zápočtu 90 % místo 100 % klesla). Zbylé dvě dávky se na celkových výdajích podílejí malým podílem, a proto se jimi nebude autor dále zabývat.

### **Zdravotní pojištění**

V zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění [16] nejsou rysy explicitně jmenovány, ale mezi řádky se dají najít následující:

- Obligatornost pojištění,
- státní garance,
- solidarita.

Durdisová [2] vedle výše uvedených rysů přidává dva další:

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

První rys Durdisové znamená, že pakliže existují 2 osoby, které vydělávají stejné peníze, a z nichž jedna bude zdravá a druhá dlouhodobě nemocná, budou odvádět stejné pojistné. Významově tedy odlišuje soukromé a veřejné zdravotní pojištění, jelikož u soukromého pojištění je výše pojistného závislá na věku, zdravotním stavu apod. Pokud by se pojišťovali uvedené dvě osoby, druhá by zaplatila větší pojistné.

Druhý rys Durdisové prezentuje zdraví člověka na prvním místě. To, kolik osoba čerpá prostředků, nezávisí na odvedeném pojistném. Pokud je vyžadována péče, pak je čerpána bez existence rozpočtového omezení.

Nyní ale k rysům vyplývajícím ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění [16]. Obligatornost pojištění znamená, že je povinné se pojištění účastnit. §2 uvádí osoby, které musí být povinně zdravotně pojištěny. Jsou jimi:

1. osoby s trvalým pobytem na území ČR,
2. osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má trvalý pobyt nebo sídlo na území ČR.

O účasti na zdravotním pojištění tak rozhoduje místo trvalého pobytu osoby, respektive místo trvalého pobytu zaměstnavatele. V porovnání s nemocenským pojištěním tedy nezáleží na tom, jestli je osoba zaměstnancem, OSVČ nebo zaměstnavatelem. S výše uvedenými podmínkami účasti souvisí i Durdisovou [2] uváděná zásada o volném přístupu do systému.

Dále je popsán důležitý rys systému českého zdravotního systému, kterým je státní garance. Jinými slovy to znamená, že jedním z plátců zdravotního pojištění je stát. Plátcí pojistného zdravotního pojištění jsou dle §4 zákona č. 48/1997 Sb. [16]:

- pojištěnci uvedení v §5
  - zaměstnanci, kterými zákon myslí fyzické osoby, kterým plynou příjmy ze závislé činnosti),
  - OSVČ,
- zaměstnavatelé,
- stát.

Stát v roce 2011 platil pojistné za více než polovinu pojištěných osob. Státem pojištěných osob, kterými jsou například důchodci, studenti či nezaměstnaní, bylo v roce 2011 58,1 % z celkového počtu pojištěných (do výpočtu nebyla zahrnuta zdravotní pojišťovna Škoda, jelikož nemá dostupnou výroční zprávu).

Na základě statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) [14], který eviduje příjmy systému, nejvíce do systému přispívali zaměstnanci, následovaní státem a OSVČ, z čehož stát odvedl necelých 25 % z celkové odvedeného pojistného. Z toho plyne, že za více než polovinu pojištěnců (státní pojištěnci) stát odvádí necelou čtvrtinu celkového pojistného. Tento „schodek“ pokrývají pracující (kteří jsou, jak bude psáno níže, solidární). Existují 4 skupiny pojištěnců, a to zaměstnanci (za které odvádí 2/3 pojistného zaměstnavatel), OSVČ, osoba bez zdanitelných příjmů (OBZP) a státní pojištěnci. Každá skupina má jiný vyměřovací základ, ze kterého se odvádí pojistné. Například státem pojištěné osoby mají vyměřovací základ v nejmenší výši a je stanoven nařízením. Zaměstnanci mají jako vyměřovací základ úhrn příjmů ze závislé činnosti, přičemž nemůže být nižší než minimální mzda [16].

Se státní garancí souvisí i solidarita a proces přerozdělování pojistného. Solidarita je jednou ze základních zásad, na které je zdravotní systém postaven. Ministerstvo zdravotnictví (MZ) [10] vidí solidaritu ve zdravotním pojištění jednak jako solidaritu mezi zdravými a nemocnými, ale také jako solidaritu ekonomicky aktivních a neaktivních lidí, respektive také vysokopříjmových s nízkopříjmovými. Pojištěné osoby (kromě státních) odvádí pojistné na účet zdravotních pojišťoven. Následně je na řadě proces přerozdělení pojistného (detailněji níže). Právě proces přerozdělení odstartuje solidaritu, jelikož díky němu ekonomicky aktivní osoby nepřímo platí zdravotní péči osobám ekonomicky neaktivním, jejichž většinu tvoří pojištěnci státu.

Proces přerozdělování pojistného je popsán v zákoně č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění [15]. Pojišťovny mají dle §21 povinnost oznámit počet pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát. Na základě této informace stát provede platbu na zvláštní účet Všeobecné zdravotní pojišťovny. Dále musí pojišťovny sdělit, kolik vybraly na pojistném. Částka, která jednotlivým pojišťovnám náleží, je součinem dvou proměnných:

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

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

### **3.1.2 Estonská republika**

Rysy estonského zdravotního pojištění, ve kterém je již obsaženo i pojištění nemocenské, jsou vypsány přímo v §2 zákona o zdravotním pojištění [6] a jsou jimi:

- solidarita,
- sdílení nákladů,
- neexistence omezení poskytovaných služeb (poskytovány dle potřeb pojištěnců),
- rovná dostupnost ve všech regionech.

Zdravotní pojištění v EST je stejně jako v ČR založeno na solidaritě pojištěných osob. Všechny pojištěné osoby mají nárok na stejnou zdravotní péči nehlédě na výši odvedeného pojistného, na subjektivní zdravotní rizika nebo věk [12]. Solidaritu je opět možné vnímat jednak jako solidaritu mezi zdravými a nemocnými, ale i jako mezi ekonomicky aktivními a ekonomicky neaktivními osobami, respektive osobami s vysokým příjmem a osobami s nízkým příjmem. Nutnost odvodu pojistného se váže na zaměstnání [7]. Pracující osoby (zaměstnanci pracující pod pracovní smlouvou, ale i OSVČ) odvádí 33% ze zdanitelné částky (u zaměstnance mzda, u OSVČ rozdíl mezi příjmy a výdaji [7]) jako sociální daň, jejíž 13 p.b. přísluší jako pojistné na zdravotní pojištění [13]. Za zaměstnance odvádí zaměstnavatel. OSVČ platí sociální daň jako by byli zaměstnavatelé. [11]

V EST platí, že ke zlepšení zdravotního stavu nesmí být omezovány nabízené služby. Na peníze se při tom nehledí, péče je poskytována dle potřeb nemocné osoby. Dále platí, že péče by měla být stejně dostupná ve všech regionech. Tím se myslí, že pojištěnci musí mít možnost (na základě smluv mezi estonským fondem zdravotního pojištění a poskytovateli zdravotní péče) poptávat zdravotní služby nehledě na to, na kterém místě v EST se nachází.

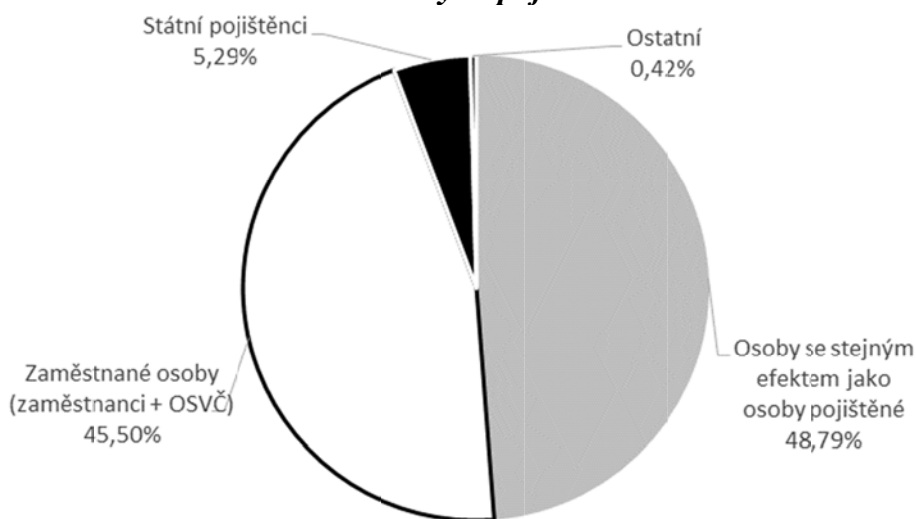
V zákoně může být nalezen i rys spojený se státní garancí. §4 zákona o sociální dani [13] definuje tyto plátce:

- Právnícké osoby – rezidenty, (**legal persons**)
- fyzické osoby, (**natural persons**)
- nerezidenty, kteří mají trvalé bydliště v EST,
- stát.

Rozdíl mezi právníckými osobami a fyzickými osobami spočívá v tom, že právnícké osoby (firmy) odvádí pojistné na základě vyplacených mezd svým zaměstnancům (odvedou 33 % z jejich mezd). Fyzické osoby (podle autora se myslí osoby samostatně výdělečně činné) platí sami za sebe (odvádí 33% z rozdílu mezi příjmy a výdaji), ale pouze tehdy, nejsou-li zaměstnanci nebo pojištěnci státu. [5]

Stejně jako v případě ČR i v EST se stát zaručuje za platbu nákladů na zdravotní péči určitých skupin. Konkrétně se jedná např. o rodiče na mateřské dovolené do 3 let věku dítěte, nezaměstnané a osoby pečující o postižené [7]. Pojistné, které odvádí pouze pracující osoby, však „dotuje“ i zdravotní péči lidí, které zákon označuje jako osoby mající stejný efekt jako osoby pojištěné. Do takové skupiny patří například děti, studenti či důchodci. V roce 2011 byla skladba pojištěnců následující [7]:

**Obr. 2: Skladba estonských pojištěnců v roce 2011**



*Zdroj: [7]*

Nejpočetnější skupinou byla skupina osob se stejným efektem jako osoby pojištěné. Tedy osoby, které do zdravotního systému nepřispívají. O 3 procentní body méně má skupina, jež jako jediná naopak ze svých mezd přispívá. Přibližně 5 % platí stát (za osoby uvedené v §6 zákona o sociální dani [13]) a do necelého 0,5 % patří například osoby pojištěné dle mezinárodních dohod.

Estonský systém zdravotního pojištění je financován z dvou třetin ze sociální daně, zhruba z 10 % ze státního rozpočtu a zbytek (cca 24 %) ze soukromých zdrojů [7]. Systém

může být deficitní, ale jelikož v EST platí zákon o vyrovnanosti státního rozpočtu, v případě, že by schodek způsobený u zdravotního pojištění měl zapříčinit deficit státního rozpočtu, byl by uhrazen z jiných daní [7].

Dalším rysem, který není zmíněn přímo u rysů v §2 zákona, je obligatornost pojištění. Obyvatelé s trvalým i lidé s přechodným bydlištěm zaplativší sociální daň, nebo za které sociální daň byla zaplácena, se účastní zdravotního pojištění. [6]

Dávky zdravotního pojištění se dělí do dvou kategorií [6]. Jednak do hmatatelných benefitů (**benefits in kind**; např. zdravotní služby, léky, zdravotní zařízení) a dále do peněžních benefitů (**benefits in cash**; např. dávky při dočasné pracovní neschopnosti, náhrada za zubní péči pro dospělé, dodatečná náhrada za léky). První jmenované dávky u peněžitých benefitů jsou dávky „nemocenského pojištění“. Existují 4 dávky, a to:

- Nemocenská (sickness benefit),
- ošetrovné (care allowance),
- mateřská (maternity benefit),
- dávka pro adoptivního rodiče (adoption benefit).

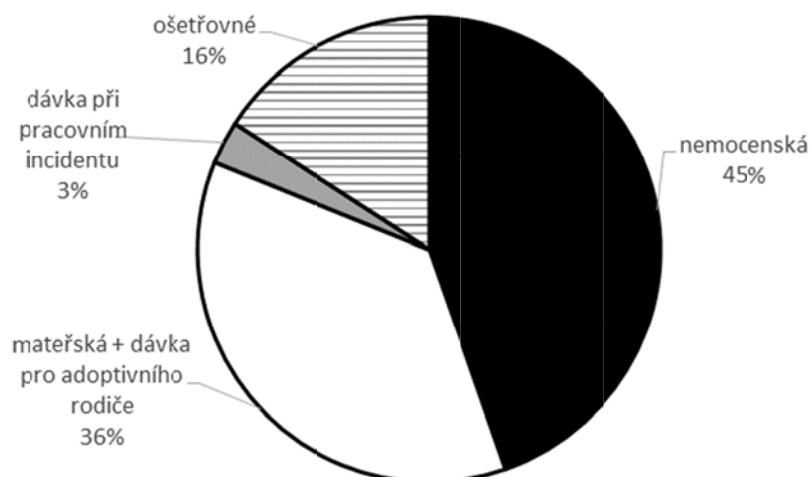
Všechny dávky se vypočítají z průměrné mzdy za stanovené období (v případě státem vyplácených dávek se jedná o předcházející rok). K výpočtu výše dávky stačí pouze vynásobit danou procentní sazbou s průměrnou denní mzdou.

Obdobně jako v případě ČR je i u EST platba nemocenské rozdělena mezi zaměstnavatele a stát. Zaměstnavatel platí 70 % zaměstnancova průměrného příjmu (za posledních 6 měsíců) od 4. do 8. kalendářního dne nemoci. Dávku, kterou obdrží, však musí ještě zdanit. Od 9. dne je za financování zodpovědný Estonský fond zdravotního pojištění.

Co se týče výše vyplácených dávek v roce 2014, pak se dle statistické ročenky [4] vyplatilo 46,4 milionů Eur na nemocenskou, 37,9 milionů Eur na mateřskou a dávku pro adoptivního rodiče (tyto dávky jsou ve statistice uvedeny pod mateřskou), 16,5 milionů Eur na ošetrovné a 3,1 milionu Eur bylo vyplaceno jako dávka při pracovním incidentu. Ta by dle názoru autora měla formálně spadat pod nemocenskou, avšak mezi těmito dávkami je rozdíl ve výplatě (v případě pracovního incidentu vyplácí dávky pouze estonský fond zdravotního pojištění a zaměstnavatel se na dávkách nepodílí [3]), a proto je zřejmě evidována zvlášť. Výše uvedená čísla jsou prezentována v následujícím grafu:



**Obr. 3: Struktura dávek při dočasné pracovní neschopnosti v EST v roce 2014**



Zdroj: [4]

### 3.2 Komparace

Český a estonský systém, který byl popsán v předešlé podkapitole, se vyznačuje několika stejnými rysy, a to solidaritou, povinností pojištění, neexistencí omezování finančních prostředků sloužících ke zlepšení zdravotního stavu, státní garancí za určité skupiny pojištěnců.

To, že rysy zní stejně, ale neznamená, že znamenají přesně to stejné. Nyní budou porovnány o odstavec výše uvedené rysy.

Solidarita u dávek při dočasné pracovní neschopnosti je patrná, jelikož v obou zemích jsou dávky hrazeny z prostředků, které do rozpočtu plynou od ekonomicky aktivních osob. Je však evidentní i rozdíl ve výpočtu dávek. Zatímco v EST se počítají z průměrného příjmu a ihned se násobí sazbou náležící k určité dávce, v ČR navíc dochází k redukci průměrného příjmu. Dávka se tak v ČR počítá z menšího základu.

V obou zemích je nutné být zdravotně pojištěn a stačí k tomu mít na území daného státu trvalé bydliště. V případě České republiky se ještě musí pojistit osoby nemající trvalé bydliště v ČR, ale které pracují pro zaměstnavatele se sídlem v ČR. V případě EST se pojištění musí účastnit i osoby s přechodným bydlištěm, které zaplatily (za které bylo zapláceno) sociální daň.

Posledním z rozebíraných společných rysů bude státní garance. Jak již bylo řečeno, pod tímto slovním spojením se skrývá to, že stát je plátcem za určité skupiny osob. Nejvíce státem pojištěných osob v České republice pochází ze skupin důchodci, děti a studenti. Stát za ně platí 13,5 % z vyměřovacího základu, který je stanoven nařízením. V roce 2012 tato částka činila 734 Kč měsíčně. V EST jsou tyto osoby považovány za osoby mající stejná práva jako pojištěné osoby a sociální daň za ně není placena. Dochází tedy k tomu rozdílu, že v České republice za tyto osoby platí stát, čímž na zdravotní péči přispívá, zatímco v EST tyto lidi, pakliže neplatí sociální daň (např. při zaměstnání studentů), respektive za tyto lidi není odváděno nic.

V obou státech je za nemocné zaměstnance platba „dávky“ rozdělena mezi stát a zaměstnavatele. Karenční doba (období bez dávky) dosahuje 3 dnů. Rozdíl je v tom, který den začíná platit stát. Zaměstnavatel přestává platit 8. den v případě EST a 14. den v případě ČR.

Rysy, které byly v práci představeny, jsou velmi podobné. Některé dokonce i stejné. Rozdíly ale mohou být nalezeny, pokud jsou porovnány dávky, které jsou poskytovány při dočasné pracovní neschopnosti. V obou zemích jsou poskytovány 4 dávky, z nichž 3 náleží za stejnou událost - mateřská, nemocenská a ošetrovné. Poslední dávky jsou rozdílné. V ČR je poskytován příspěvek, který vyrovná rozdílnou mzdou v období těhotenství a mateřství. V EST je poskytována adoptivní dávka pro rodiče, který se stará o dítě, jehož je adoptivním rodičem. Taková dávka v ČR existuje, nese jméno odměna pěstouna a je definovaná v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ale nespadá pod zdravotní (nebo nemocenské) pojištění.

Rozdílná je rovněž i struktura dávek, kdy v ČR se nemocenská s mateřskou podílí na celkových dávkách z 96 %. V EST tyto dvě dávky (včetně dávek pro adoptivní rodiče) činí „pouhých“ 81 %. Zbývající část „koláče“ je vyplněna z 16 % ošetrovným, které v ČR činí pouhé 3 %. Je otázkou, zdali rodiče v EST tráví s dětmi více času nebo je tam vyšší nemocnost. Kvůli rozsahu práce se toto téma nestalo ústředním, a proto nebylo z autorovy strany řešeno.

#### 4 Diskuze

Přímo srovnání systému zdravotního (a nemocenského) pojištění ČR a EST není autorovi práce známo, a tak bude kapitola diskuze věnována diskuzi s autory popisujícími rysy systému v ČR. Vzhledem k požadovanému rozsahu práce nebyly vypsány všechny rysy, které citovaní autoři uvádí. Zbývajícím je věnován prostor zde.

Práci šlo samozřejmě pojmout i jako srovnání předností a slabin s větším důrazem na praktická data, jak to dělá například Ed Cooper a Liz Taylor [1], avšak podle autora je nutné nejprve pochopit legislativní základ a teprve na základě jeho znalosti porovnávat praktická data.

MPSV [9] uvádí následující principy nemocenského pojištění: jednotnost (nemocenské pojištění je pro všechny skupiny osob, které jsou výdělečně činné), zásluhovost (dávky závisí na výši příjmu), dynamičnost (změny redukčních hranic), garance (finanční a právní ze strany státu), financování ze státního rozpočtu (dávky jsou čerpány z toho, co se odvede do státního rozpočtu jako pojistné). Autor tohoto článku souhlasí se všemi výše uvedenými rysy kromě jednotnosti a se zásluhovostí souhlasí jen z části. Dovoluje si nesouhlasit s jednotností, jelikož osoba může být výdělečně činná na základě dohody o provedení práce a mít příjem do 10 000 Kč a není účastna nemocenského pojištění. Co se týče zásluhovosti, ta je omezená, jelikož se příjmy dosahující větší hodnoty než činí horní mez 3. redukční hranice nezapočítávají do výše dávky.

Rysům zdravotního pojištění se věnuje Durdisová [2], která navíc uvádí vazbu příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven na národohospodářské veličiny. S tímto rysem autor souhlasí, jelikož příjmy zdravotních pojišťoven se odvíjí od vyměřovacích základů, které úzce souvisí například s tím, jak se vyvíjí HDP (při růstu HDP by měly růst mzdy a tím pádem i příjmy zdravotních pojišťoven).

MZ [10] uvádí mimo rysy prezentovaných v článku: vysoký stupeň samosprávy, financování s vysokým podílem veřejného zdravotního pojištění a povinnost očkování proti infekčním nemocím. Dle názoru autora souvisí vysoký stupeň samosprávy s funkcemi a úlohami zdravotních pojišťoven, které mají domluveny kontrakty s poskytovateli a zároveň jsou plátcí zdravotní péče. S financováním převážně z veřejného zdravotního

pojištění autor souhlasí, jelikož takové prostředky představují více než 80 % všech výdajů. Co se týče povinného očkování, nelze nesouhlasit.

## **Závěr**

V práci byly popsány a následně porovnány systémy české a estonské republiky. Tyto státy byly zvoleny ze dvou důvodů: (1) Estonská republika má nemocenské pojištění zahrnuto v pojištění zdravotním, Česká republika má systémy zvlášť, (2) v obou zemích je drtivá převaha veřejných zdrojů financování.

Český systém zdravotního a nemocenského pojištění se vyznačuje těmito rysy: solidarita, obligatornost pojištění (pro určité skupiny; v případě nemocenského pojištění jsou OSVČ a zahraniční zaměstnanci pojištěni dobrovolně), obligatornost nároků, všeobecnost pojištění, rozdělení platby „dávky“ v případě nemoci mezi zaměstnavatele a zaměstnance, státní garance (pro osoby specifikované zákonem), neexistence vazby mezi odvedeným pojistným a čerpáním ze systému, čerpání dle potřeb.

Rysy estonského zdravotního systému jsou následující: solidarita, sdílení nákladů, čerpání dle potřeb, rovná dostupnost, státní garance, obligatornost pojištění.

Systémy obou států jsou velmi podobné. Stojí na solidaritě a povinnosti pojištění pro osoby stanovené zákonem. Významným rysem je státní garance, kdy se stát zavazuje za platbu pojistného (ČR), respektive daně (EST) za určité osoby.

V práci byly představeny i rozdíly mezi státy, které se vyskytují například právě ve státní garanci. Zatímco v ČR stát platí za velmi početné skupiny důchodců či studentů, v EST tyto osoby neplatí sami ani za ně neplatí stát. Jejich náklady na zdravotní péči jsou tak kryty převážně z odvodů zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ. Státní pojištěnci v ČR tvoří nadpoloviční většinu z celkového počtu pojištěných osob. V EST platí stát pojištění pouze za přibližně 5 % pojištěných.

Co se týče dávek v případě, že je osoba dočasně práce neschopná, nabízí obě země shodně 4 dávky. Nemocenská, mateřská a ošetřovné je v obou zemích. V ČR je oproti EST navíc vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. Naopak v EST je navíc dávka pro adoptivního rodiče (která je v ČR vyplácena na základě zákona o sociálně-právní ochraně dětí). Co se týče poměrů, v ČR jsou dvě významné dávky, a to nemocenské (59 % z celkových dávek při dočasné pracovní neschopnosti) a mateřská (37 %). V EST tvoří výdaje na dávky při dočasné pracovní neschopnosti ze 45 % nemocenské, z 36 % mateřská (včetně dávek pro adoptivního rodiče) a z 16 % ošetřovné.

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěl poděkovat Ing. Jitce Duškové, PhD. za čas, který mi během celé doby práce na tomto tématu obětovala, a za podporu a cenné rady, které mi poskytla.

Tento článek byl zpracován s podporou výzkumného projektu: MENDELU IFA PEF\_TP\_2015\_011.

## **Reference**

- [1] COOPER, E., TAYLOR, L. *Comparing Health Care Systems: What makes sense for the US?* Good Medicine. 1994. [cit. 2015-12-26]. Dostupné na WWW: <<http://www.context.org/iclib/ic39/cooptalr/>>.

- [2] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*, Praha: VŠE v Praze – nakladatelství Oeconomica, 2005, s. 228. ISBN: 978-80-2450-998-3.
- [3] EESTI HAIGEKASSA. *Benefits for temporary incapacity for work*. 2015. [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<https://goo.gl/XUCTvh>>.
- [4] EESTI STATISTIKA. *Eesti statistika aastaraamat 2015*. 2015. [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<https://goo.gl/NUiPcH>>.
- [5] ERNST & YOUNG. *Doing business in Estonia*. 2012. [cit. 2016-03-19]. Dostupné na WWW: <<http://goo.gl/8wUzIL>>
- [6] Health Insurance Act. 2015 [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/520012014001/consolide>>.
- [7] KREBS, V. et al. *Sociální politika*, 4. vyd. Praha: ASPI, a. s., 2007, s. 504. ISBN: 978-80-7357-276-1.
- [8] LAI, T., HABICHT, T., KAHUR, K. et al. *Estonia: Health system review*. 2013. [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<http://goo.gl/WuzCiJ>>.
- [9] MPSV. *Analýza vývoje nemocenského pojištění*. 2013 [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<https://goo.gl/kQ0ExO>>.
- [10] MZ. *General principles of the health system in the Czech republic and an overview of the most important legal provisions applicable to health care*. 2015 [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<http://goo.gl/3urwyt>>.
- [11] ROOSAAR, L., NURMELA, K. *Estonia: Self-employed workers*. 2009. [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<http://goo.gl/NJYGkq>>.
- [12] ROSS, T. *Overview of the Estonian Health Care System: toward integrated health care - Estonia*. 2015. [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<https://goo.gl/PIHl6V>>.
- [13] Social Tax Act. 2015 [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/514112013022/consolide>>.
- [14] ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011*. 2012. [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2011.pdf>>.
- [15] *Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění*. In: Sběrka zákonů. 21. prosince 1992, částka 119, s. 3558 – 3565. [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<https://goo.gl/pzboh>>.
- [16] *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*. In: Sběrka zákonů. 28. března 1997, částka 16, s. 1185 – 1264. [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<https://goo.gl/HmGqZd>>.
- [17] *Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění*. In: Sběrka zákonů. 12. května 2006, částka 64, s. 2330 – 2392. [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<https://goo.gl/pGT4Ni>>.
- [18] *Zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce*. In: Sběrka zákonů. 7. června 2006, částka 84, s. 3146 – 3232. [cit. 2015-12-19]. Dostupné na WWW: <<https://goo.gl/ouceil>>.

## **Kontaktní adresa**

### **Bc. Jan Daler**

Mendelova univerzita v Brně, Provozně ekonomická fakulta, Ústav ekonomie  
Zemědělská 1, 613 00 Brno, Česká republika

E-mail: [xdaler@node.mendelu.cz](mailto:xdaler@node.mendelu.cz)

Tel. číslo: +420 737 851 283

Received: 28. 12. 2015

Reviewed: 27. 01. 2016, 09. 03. 2016

Approved for publication: 21. 03. 2016