

**UNIVERZITA MATEJA BELA V BANSKEJ BYSTRICI
EKONOMICKÁ FAKULTA**

**KOMPARÁCIA ZDRAVOTNÉHO A NEMOCENSKÉHO
POISTENIA
BAKALÁRSKA PRÁCA**

ad370694-c4e4-45e3-b1b7-e041572c22d8

**UNIVERZITA MATEJA BELA V BANSKEJ BYSTRICI
EKONOMICKÁ FAKULTA**

**KOMPARÁCIA ZDRAVOTNÉHO A NEMOCENSKÉHO
POISTENIA**

Bakalárska práca

ad370694-c4e4-45e3-b1b7-e041572c22d8

Študijný program: Financie, bankovníctvo a investovanie
Študijný odbor: 3.3.6. financie, bankovníctvo a investovanie
Pracovisko: Katedra financií a účtovníctva
Vedúci bakalárskej práce: Ing. Katarína Izáková, PhD.

ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Pod'akovanie

Týmto sa chcem poďakovať Ing. Kataríne Izákovej, PhD. za vedenie a cenné rady pri spracovaní a písaní bakalárskej práce.

ABSTRAKT

GUMANOVÁ, Silvia Bc.: Komparácia zdravotného a nemocenského poistenia. [Bakalárska práca] / Silvia Gumanová. - Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici. Ekonomická fakulta; Katedra financií a účtovníctva. - Vedúci: Ing. Katarína Izáková, PhD. - Stupeň odbornej kvalifikácie: Bakalár. - Banská Bystrica : Ekonomická fakulta UMB, 2013. 50 s.

Bakalárska práca je zameraná na systém zdravotného a nemocenského poistenia v SR. Cieľom je poukázať na rozdiely medzi zdravotným a nemocenským poistením, upozorniť na aktuálne zmeny v sledovanej problematike v SR a komparácia zdravotného systému v SR so zdravotným systémom v Holandsku a Dánsku. Práca využíva metódy analýzy, indukcie, komparácie a aj matematicko – štatistické metódy. Práca vychádza z odborných publikácií, zákonov, štatistických dát, a taktiež voľne dostupných internetových zdrojov.

Kľúčové slová: Sociálny a zdravotný systém. Zdravotné poistenie. Nemocenské poistenie. Nemocenské dávky. Poistné odvody.

ABSTRACT

GUMANOVÁ, Silvia, Bc. Comparison fo health and sickness insurance. [Bachelor thesis] / Silvia Gumanová. – Matej Bel University, Banská Bystrica. Faculty of Economics; Department of finance and accouting. – Supervisor: Ing. Katarína Izáková, PhD. – Qualification degree: Bachelor – Banská Bystrica: Faculty of Economics, MBU, 2013. 50 p.

The Bachelor thesis is aimed on system of health insurance and invalid insurance in Slovakia. Its objective is adverting to disparities between health and invalid insurance, advising of current changing in monitored issue in Slovakia. The comparison of health system in our republic with health system in Netherlands and Denmark is next objective of this work. In my thesis was used methods of analysis, induction, comparison and also mathematics – statistical methods. During writing of thesis specialized publication, laws, statistical data, also internet sources which are free available, were also used.

Keywords: Social and health system. Health insurance. An invalid insurance. Sickness benefits. Premium deductions.

OBSAH

ABSTRAKT	4
ABSTRACT.....	5
OBSAH	6
ZOZNAM TABULIEK A ILUSTRÁCIÍ	7
ÚVOD	8
1. TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ ZDRAVOTNÉHO A NEMOCENSKÉHO POISTENIA	9
1.1. Sociálny a zdravotný systém v SR	9
1.2. Odvody poistného.....	11
1.2.1. Poistné do zdravotných poisťovní.....	11
1.2.2. Poistné do Sociálnej poisťovne	13
1.3. Charakteristika nemocenského poistenia v SR.....	14
1.3.1. Nemocenské dávky v SR	15
1.4. Charakteristika zdravotného poistenia v SR.....	20
1.4.1. Formy a princípy zdravotného poistenia v SR.....	21
1.4.2. Verejné zdravotné poistenie.....	22
2. ANALÝZA ZDRAVOTNÉHO A NEMOCENSKÉHO POISTENIA.....	24
2.1. Nemocenské a zdravotné poistenie na Slovensku	24
2.2. Preukázanie závislosti, resp. nezávislosti medzi zdravotným a nemocenským poistením	30
2.3. Aktuálne zmeny v zdravotnom a nemocenskom poistení v SR	33
2.4. Komparácia systémov zdravotného poistenia v SR s vybranými krajínami.....	36
ZÁVER	44
SUMMARY	46
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	47
PRÍLOHY	51

ZOZNAM TABULIEK A ILUSTRÁCIÍ

Graf 1 Príjmy a výdavky Sociálnej poisťovne a zdravotných poisťovní v mil. eur v rokoch 2011-2013	24
Graf 2 Priemerný mesačný počet vyplatených nemocenských dávok za obdobie 2011 až 2013	26
Graf 3 Výdavky na jednotlivé nemocenské dávky v mil. eur za roky 2011 – 2013.....	27
Graf 4 Podiel mužov poberajúcich dávku materské na celkovom počte poberateľov materského za obdobie rokov 2011 – 2013	27
Graf 5 Štruktúra príjmov z výberu poistného v zdravotných poisťovniach podľa platiteľov za rok 2012	28
Graf 6 Podiel jednotlivých zdravotných poisťovní na trhu k 1.1.2014	30
Graf 7 Graf závislosti medzi výdavkami na zdravotné a nemocenské poistenie.....	32
Graf 8 Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP	41
Graf 9 Celkové výdavky na zdravotníctvo na jedného obyvateľa v USD.....	42
Tabuľka 1 Sadzby poistného pre zdravotné poistenie	12
Tabuľka 2 Odvody poistného na sociálne poistenia od 1.1.2014	14
Tabuľka 3 Prehľad o vyplatených nemocenských dávkach (ND) za roky 2011 – 2013.....	25
Tabuľka 4 Počet poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach	28
Tabuľka 5 Počet poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach po zohľadnení prírastku/úbytku poistencov.....	29
Tabuľka 6 Výdavky vynaložené na zdravotnú starostlivosť a na nemocenské dávky (% z HDP)	31
Tabuľka 7 Charakteristika zdravotných systémov Slovenska, Holandska a Dánska.....	40

ÚVOD

Zdravotné a nemocenské poistenie sa týka istým spôsobom každého občana. Poistenie vo všeobecnosti sprevádza ľudí celým ich životom, no aj napriek tomu sa o poistení vo všeobecnosti vie veľmi málo.

Zdravotné a nemocenské poistenie u ľudí poväčšine evokuje to isté. A práve to bol dôvod, prečo sme si zvolili túto tému bakalárskej práce, ktorej cieľom je poukázať na rozdiely medzi zdravotným a nemocenským poistením, upozorniť na aktuálne zmeny v sledovanej problematike v SR a komparácia zdravotného systému v SR so zdravotným systémom v Holandsku a Dánsku.

V teoretickej časti bakalárskej práce sa zaoberáme charakteristikou zdravotného poistenia a následne nemocenského poistenia, ku ktorému sa v podstate dostávame prostredníctvom charakteristiky sociálneho poistenia. V krátkosti poukazujeme na poistné odvody, ktoré musia zamestnávateľia, zamestnanci, samostatne zárobkovo činné osoby, dobrovoľne poistené osoby a v istých prípadoch aj štát platiť do Sociálnej poisťovne, resp. do zdravotných poisťovní.

V analytickej časti bakalárskej práce sa najprv zaoberáme vývojom zdravotného a nemocenského poistenia v posledných rokoch a následne na základe koeficienta korelácie poukážeme na intenzitu závislosti medzi zdravotným a nemocenským poistením. Niektoré z analýz sme zároveň sformulovali do grafov a výsledkom je poukázanie na skutočnosť, že zo zdravotného poistenia vyplýva niečo iné ako z poistenia nemocenského. V analytickej časti sa zároveň venujeme aktuálnym zmenám, ktoré sa v poslednom období uskutočnili v zdravotnom a nemocenskom poistení, a komparácii zdravotného systému v SR so zdravotným systémom v Holandsku a Dánsku. V práci sa nevenujeme porovnaniu nemocenského poistenia medzi sledovanými krajinami z dôvodu obmedzeného rozsahu práce.

1. TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ ZDRAVOTNÉHO A NEMOCENSKÉHO POISTENIA

O poistení sa vie vo všeobecnosti veľmi málo. Ľudia často nechápu jeho význam a mnohým sa zdá byť zložitý. Či už v súkromnom živote, alebo v podnikaní môže každého človeka postihnúť nešťastná náhoda, ktorej výsledkom môže byť strata majetku, strata schopnosti ďalej pracovať, strata zdravia. Týmto negatívnym dôsledkom je možné predchádzať, a to práve poistením.

Poistenie sprevádza ľudí celým ich životom, od ich narodenia až do smrti. Zasahuje do všetkých činností a týka sa každého občana. Jeho základnou úlohou je teda pôsobiť ako mechanizmus transferu rizika. Ak by riziko neexistovalo, potom by poistenie bolo úplne zbytočné a stratilo by svoj význam. Poistenie samo osebe nezabráni prejavu rizika, ale môže prispieť k zabezpečeniu náhrady po poistnej udalosti, ktorá stratu spôsobila (Čejková – Martinovičová – Nečas, 2011).

V práci sa budeme konkrétne venovať zdravotnému a nemocenskému poisteniu. Zdravotné poistenie slúži poistencom na poskytovanie zdravotnej starostlivosti pri predchádzaní chorobe, v prípade choroby, pri predchádzaní úrazu, v prípade úrazu a nemocenské poistenie im slúži ako náhrada v prípade straty príjmy v dôsledku dočasnej pracovnej neschopnosti, tehotenstva, materstva.

1.1. Sociálny a zdravotný systém v SR

Sociálny systém nemá presne zadefinované ciele, z čoho vyplýva, že nie je možné presne určiť jeho hranice. Ciele sociálnej politiky závisia od vládnucej politickej moci, vnímania verejnosti, no najmä od historického vývoja sociálneho systému v konkrétnej krajine. Systém sociálneho zabezpečenia na Slovensku môžeme v užšom zmysle rozdeliť do nasledujúcich troch oblastí:

- sociálne poistenie – peňažné prostriedky vyplácané Sociálnou poisťovňou, ktorá získava prostriedky inkasom poistných odvodov,
- sociálna podpora – peňažné dávky financované zo štátneho rozpočtu, prostredníctvom ktorých sa štát priamo podieľa na riešení niektorých životných situácií (napr. prídavky na deti, rodičovský príspevok, príspevok na pohreb a pod.),
- sociálna pomoc – predstavuje systém náhradných zdrojov najčastejšie v situáciách hmotnej núdze najzraniteľnejších skupín obyvateľstva.

Najdominantnejšou časťou sociálneho zabezpečenia je práve sociálne poistenie. Predstavuje povinné verejnoprávne poistenie založené na platení odvodov a poberaní dávok, napríklad dôchodkov. Jeho hlavnou úlohou je ochrániť obyvateľov pred rizikami v živote a tiež zabezpečiť prerozdelenie dôchodkov v národnom hospodárstve (Beňová, 2007).

Na Slovensku upravuje problematiku sociálneho poistenia Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení. Z tohto zákona vyplýva, že „sociálne poistenie je:

- **nemocenské poistenie ako poistenie pre prípad straty alebo zníženia príjmu zo zárobkovej činnosti a na zabezpečenie príjmu v dôsledku dočasnej pracovnej neschopnosti, tehotenstva a materstva,**
- dôchodkové poistenie, ktoré tvorí:
 1. starobné poistenie ako poistenie na zabezpečenie príjmu v starobe a pre prípad úmrtia,
 2. invalidné poistenie ako poistenie pre prípad poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v dôsledku dlhodobo nepriaznivého zdravotného stavu poistenca a pre prípad úmrtia,
- úrazové poistenie ako poistenie pre prípad platobnej neschopnosti zamestnávateľa na uspokojenie nárokov zamestnanca a na úhradu príspevkov na starobné dôchodkové sporenie nezaplatených zamestnávateľom do základného fondu príspevkov na starobné dôchodkové sporenie,
- poistenie v nezamestnanosti ako poistenie pre prípad straty príjmu z činnosti zamestnanca v dôsledku nezamestnanosti a na zabezpečenie príjmu v dôsledku nezamestnanosti (Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení).“

Hlavným orgánom verejnej správy, ktorý vykonáva sociálne poistenie je Sociálna poisťovňa. Je to verejnoprávna inštitúcia, ktorá má sídlo v Bratislave a jej pobočky sa nachádzajú po celom Slovensku.

Problematiku zdravotného poistenia upravuje Zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení tohto zákona, podľa ktorého (s. 9) zdravotné poistenie je definované ako „povinné verejné zdravotné poistenie, na základe ktorého sa poskytuje poistencom verejného zdravotného poistenia zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.“

Systém zdravotného poistenia zaraďujeme do poisťovacieho systému. Tento systém má hlavne stabilizovať ekonomickú situáciu občanov v prípade

neočakávaných a náhodných udalostí, ako je vznik choroby, úrazu a taktiež brániť poklesu životnej úrovne občanov (Kováč, 2009).

1.2. Odvody poistného

Poistenie nám slúži na ochranu pred rôznymi rizikami a konkrétnymi udalosťami, ktoré nám môžu spôsobiť rôznu škodu. Poistenie teda môžeme charakterizovať ako prenos rizika jedného subjektu na iný špecializovaný subjekt za vopred dohodnutú cenu, ktorej hovoríme poistné (Kováč, 2009).

1.2.1. Poistné do zdravotných poisťovní

V prípade zdravotného poistenia sa poistné odvádza do príslušnej zdravotnej poisťovne. Túto skutočnosť je povinný splniť zamestnanec, samostatne zárobkovo činná osoba, zamestnávateľ a štát.

Podľa Zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení má povinnosť platiť poistné aj osoba, ktorá nie je zamestnancom alebo SZČO, ak má príjem, ktorý podlieha dani z príjmov a je vyšší ako minimálna mzda. Poistné na zdravotné poistenie si musia platiť aj tzv. dobrovoľne nezamestnané osoby.

Každému z nás vzniká povinnosť zaplatiť poistné do príslušnej zdravotnej poisťovne. Táto povinnosť začína buď dňom vzniku verejného zdravotného poistenia, alebo dňom nástupu do pracovného pomeru, alebo dňom, od ktorého sa poistenec stal SZČO, alebo dňom nasledujúcim po dni, v ktorom sa skončila povinnosť platiť poistné z pracovného vzťahu alebo zo samostatnej zárobkovej činnosti, alebo dňom, od ktorého sa skončila povinnosť štátu platiť poistné (Zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení).

Zákon o zdravotnom poistení taktiež stanovuje sadzby poistného, ktoré musia zamestnanci, SZČO, zamestnávatelia a dobrovoľne nezamestnaní platiť do príslušnej zdravotnej poisťovne. Jednotlivé sadzby sú percentuálnym vyjadrením z vymeriavacieho základu a sú uvedené v tabuľke 1.

Tabuľka 1 Sadzby poistného pre zdravotné poistenie

	zamestnanec	SZČO	zamestnávateľ	dobrovoľne nezamestnaní
sadzba poistného	4%	14%	10%	14%
sadzba poistného pre osoby so zdravotným postihnutím	2%	7%	5%	7%

Zdroj: vlastné spracovanie na základe Zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení

Do vymeriavacieho základu sa započítavajú:

- príjmy zo závislej činnosti zdaňované podľa zákona o dani z príjmov,
- príjmy z podnikania, inej samostatnej zárobkovej činnosti zdaňované podľa zákona o dani z príjmov – okrem príjmu z výkonu činnosti osobného asistenta,
- príjmy z kapitálového majetku,
- príjmy z podielu na zisku obchodných spoločností alebo družstiev.

Vymeriavací základ SZČO je vo výške podielu základu dane z príjmov fyzických osôb dosiahnutý v rozhodujúcom období, ktorý nie je znížený o zaplatené poistné na povinné verejné zdravotné poistenie, poistné na povinné nemocenské poistenie, poistné na povinné dôchodkové poistenie a povinné príspevky na starobné dôchodkové sporenie, ktoré sa platia spolu s poistným na povinné dôchodkové poistenie, poistné do rezervného fondu solidarity povinne dôchodkovo poistenej samostatne zárobkovo činnnej osoby, a koeficientu 1,486. Tento koeficient sa v priebehu rokov 2013 až 2015 postupne znižuje. Pre rok 2013 sa používal koeficient 1,9; tento rok sa používa koeficient 1,6; a od začiatku roka 2015 sa prvýkrát použije koeficient 1,486 (Mihál, 2013).

Vymeriavací základ zamestnávateľa je vymeriavací základ každého zamestnanca za rozhodujúce obdobie. Pre osobu tzv. dobrovoľne nezamestnanú je vymeriavacím základom jej príjem, ktorý podlieha dani z príjmov a ktorý táto osoba dosiahla v rozhodujúcom období okrem vyňatých príjmov. V prípade, že poistenec takýto príjem nemá, vymeriavacím základom je ním určená suma.

Minimálny vymeriavací základ zamestnanca a zamestnávateľa na účely zdravotného poistenia nie je určený. V prípade samostatne zárobkovo činnnej osoby a dobrovoľne nezamestnanej osoby je zákonom stanovená suma, ktorá predstavuje 50

% z priemernej mesačnej mzdy zamestnanca v hospodárstve Slovenskej republiky zistenej Štatistickým úradom SR za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza rozhodujúcemu obdobiu (Zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení).

Maximálnym vymeriavacím základom je suma, ktorú stanovuje zákon. U všetkých platiteľov poistného predstavuje rovnakú sumu, ktorá je 60 – násobkom priemernej mesačnej mzdy zamestnanca (Zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení).

Za rozhodujúce obdobie na určenie vymeriavacieho základu v prípade zdravotného poistenia sa považuje kalendárny rok, v ktorom sa platí poistné.

1.2.2. Poistné do Sociálnej poisťovne

Vymeriavací základ na platenie poistného na sociálne poistenie sa pohybuje v intervale od minimálnej po maximálnu hranicu.

Minimálny vymeriavací základ za obdobie od 1. januára 2014 do 31. decembra 2014 je určený pre povinne poistenú samostatne zárobkovo činnú osobu a dobrovoľne poistenú osobu vo výške 50 % jednej dvanástiny všeobecného vymeriavacieho základu za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza kalendárnemu roku, v ktorom sa platí poistné na sociálne poistenie, t. j. 402,50 eur. Minimálny vymeriavací základ pre zamestnanca už s účinnosťou od 1. januára 2010 na účely sociálneho poistenia nie je upravený, avšak zamestnávateľ má naďalej podľa pracovnoprávných predpisov povinnosť odmeňovať zamestnanca v súlade s ustanoveniami zákona o minimálnej mzde (Mihál, 2013).

Maximálny vymeriavací základ platný od 1. januára 2014 do 31. decembra 2014 je už jednotný pre všetky fondy sociálneho poistenia (s výnimkou úrazového poistenia) a je v sume 4 025,00 eur (Mihál, 2013).

Sociálne poistenie sa považuje za systém, ktorý je založený na príjmoch od platiteľov poistného a výdavkoch na dávky pre poistené osoby. Poistné vo všeobecnosti musí platiť zamestnanec, zamestnávateľ, samostatne zárobkovo činná osoba, štát a Sociálna poisťovňa.

Sociálna poisťovňa platí poistné na starobné poistenie za poberateľov úrazovej renty do dovŕšenia dôchodkového veku alebo do priznania predčasného starobného dôchodku. V tabuľke 2 sú uvedené percentuálne sadzby poistných odvodov na sociálne poistenia z vymeriavacieho základu.

Tabuľka 2 Odvody poistného na sociálne poistenia od 1.1.2014

	nemocens- ké poistenie	dôchodkové poistenie		úrazové poistenie	garančné poistenie	poistenie v nezamest- nanosti
		Starobné	Invalid- né			
Zamestnanec	1,40%	4%	3%	-	-	1%
Zamestnávateľ	1,40%	14%	3%	0,80%	0,25%	1%
Dobrovoľne poistená SZČO	4,40%	18%	6%	-	-	-
Štát	-	18%	6%	-	-	-
Sociálna poisťovňa	-	18%		-	-	-

Zdroj: vlastné spracovanie na základe údajov zo Sociálnej poisťovne

Štát preberá úlohu platiteľa poistného za presne definované skupiny osôb.

Najčastejšie sa za poistenca štátu považuje:

- nezaopatrené dieťa,
- fyzická osoba, ktorá poberá rodičovský príspevok,
- fyzická osoba, ktorá dosiahla dôchodkový vek, ale nemá nárok na dôchodok,
- fyzická osoba, ktorá je invalidná, ale nevznikol jej nárok na poberanie invalidného dôchodku,
- fyzická osoba, ktorá poberá peňažný príspevok za opatrovanie,
- fyzická osoba, ktorá je evidovaná v evidencii uchádzačov o zamestnanie a pod.

Presné skupiny osôb, za ktoré platí poistné štát definuje Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení.

1.3. Charakteristika nemocenského poistenia v SR

Nemocenské poistenie je súčasťou najrozsiahlejšej časti sociálneho zabezpečenia – sociálneho poistenia. Vo všeobecnosti plní nemocenské poistenie úlohu poistenia pre prípad straty a zníženia príjmu zo zárobkovej činnosti a na zabezpečenie príjmu v dôsledku dočasnej pracovnej neschopnosti, tehotenstva, či materstva.

V ekonomicky vyspelých krajinách je štát zo zákona povinný poskytovať zamestnancom peňažné dávky v prípade straty príjmu v dôsledku choroby, v súvislosti s tehotenstvom a starostlivosťou o dieťa. Nemocenské poistenie je vo vyspelých krajinách povinné pre všetkých zamestnancov. Podnikatelia si toto

poistenie môžu, ale nemusia zvoliť. Je to z dôvodu, že v minulosti prevládal názor, že podnikatelia majú dostatočne vysoké príjmy na to, aby sa v prípade potreby zabezpečili sami alebo prostredníctvom súkromného poistenia (Beňová, 2007).

Podľa zákona (Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení, s. 20) „povinne nemocenský poistení sú:

- zamestnanec, ktorý vykonáva prácu na území Slovenskej republiky alebo mimo tohto územia počas obdobia určeného zamestnávateľom,
- samostatne zárobkovo činná osoba, ktorej príjem z podnikania a z inej samostatnej zárobkovej činnosti bol vyšší ako 12 – násobok vymeriavacieho základu.“

Dobrovoľne nemocensky poistenou osobou sa rozumie fyzická osoba, ktorá dovŕšila vek 16 rokov, má trvalý pobyt na území Slovenskej republiky alebo povolenie na prechodný, resp. na trvalý pobyt na území Slovenskej republiky (Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení).

1.3.1. Nemocenské dávky v SR

Predpokladom vzniku nároku na každú nemocenskú dávku je vznik sociálnej udalosti, čiže vznik dôvodu na poskytnutie nemocenskej dávky. Hneď prvou požiadavkou na to, aby sa vôbec Sociálna poisťovňa dozvedela, že niekomu vznikol nárok na nemocenskú dávku, je podanie žiadosti o nemocenskú dávku.

Jednou zo základných podmienok nároku na nemocenskú dávku je existencia nemocenského poistenia alebo plynutie ochrannej lehoty. Je dôležité vedieť, či človek, ktorému vznikol nárok na nemocenskú dávku, je nemocensky poistený alebo koľko dní uplynulo od zániku jeho nemocenského poistenia.

V prípade nemocenského poistenia ochranná lehota je sedem dní po zániku nemocenského poistenia. Ak bol poistenec nemocensky poistený menej ako sedem dní, ochranná lehota poistenca je toľko dní, koľko trvalo nemocenské poistenie. V prípade, že poistencovi vznikne nárok na nemocenskú dávku v čase plynutia ochrannej lehoty, počet dní ochrannej lehoty získaný z nového nemocenského poistenia sa pripočíta k nevyčerpanému počtu dní ochrannej lehoty z predchádzajúceho nemocenského poistenia. Plynutie ochrannej lehoty sa skončí, ak neuplynula skôr ako dňom, v ktorom poistencovi vzniklo nemocenské poistenie, alebo vznikol nárok na výplatu starobného alebo invalidného dôchodku (Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení).

Nemocenské dávky môžu byť vyplatené až po splnení skutočnosti, ktorou je predloženie lekárskeho potvrdenia o pracovnej neschopnosti v stanovenej lehote, alebo včasné oznámenie svojmu zamestnávateľovi o chorobe. Nárok na plnenie nemocenského poistenia je často podmienený splnením čakacej lehoty, t.j. počtom odpracovaných hodín. V istých prípadoch sa nemocenské dávky vyplácajú hneď od prvého dňa choroby (choroba z povolania, pracovný úraz) alebo sa stanovuje tzv. karenčná doba. Karenčná doba predstavuje počet dní od vzniku ochorenia, keď poistenec nemá ešte nárok na výplatu nemocenskej dávky. Na to aby poistenec dostal peniaze od poisťovne musí byť dlhšie práceneschopný ako je stanovená karenčná doba. Karenčná doba sa najčastejšie stanovuje na 14 alebo 28 dní.

Nárok na nemocenskú dávku sa posudzuje samostatne z každého nemocenského poistenia. Ak vznikne nárok na viaceré nemocenské dávky, nemocenská dávka sa vypláca len jedna. Táto dávka sa určí ako suma denných vymeriavacích základov na určenie výšky nemocenských dávok z tých poistení, z ktorých vznikol nárok na nemocenskú dávku. Poistenec nemá nárok na nemocenskú dávku v prípade, ak vykonáva základnú službu, náhradnú službu alebo zdokonaľovaciu službu v rámci vojenskej služby v ozbrojených silách alebo v prípade ak vykonáva civilnú službu (Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení).

Zo systému nemocenského poistenia sa poskytujú tieto nemocenské dávky:

- nemocenské,
- ošetrovné,
- vyrovnávací dávka,
- materské.

Pri určovaní výšky jednotlivých nemocenských dávok, okrem vyrovnávacej dávky, sa vychádza z denného vymeriavacieho základu. Denný vymeriavací základ sa určí tak, že sa spočítajú vymeriavacie základy na platenie poistného na nemocenské poistenie poistenca v rozhodujúcom období a tento súčet sa následne vydelením počtom dní rozhodujúceho obdobia. Denný vymeriavací základ sa zaokrúhľuje na 4 desatinné miesta nahor (Šebo – Štrangfeldová, 2008).

Určenie rozhodujúceho obdobia sa u jednotlivých poistencov líši a má svoje špecifiká. Ale poväčšine sa za rozhodujúce obdobie považuje kalendárny rok predchádzajúci kalendárnemu roku, v ktorom poistencovi vznikol dôvod na poskytnutie nemocenskej dávky. Do počtu dní rozhodujúceho obdobia sa ale nerátajú

dni vylúčenia povinnosti platiť poistné na nemocenské poistenie a dni prerušenia nemocenského poistenia (Dokupilová, 2013).

Nemocenské

Nemocenské je najčastejšie poskytovaná nemocenská dávka, ktorá sa poskytuje všetkým nemocensky poisteným osobám. Podľa zákona o sociálnom poistení účelom nemocenského je zabezpečiť poistencovi príjem, ktorý stratil v dôsledku choroby alebo úrazu, resp. nariadenia karanténneho opatrenia. Úlohou nemocenského je teda zabezpečiť poistencovi príjem počas dočasnej pracovnej neschopnosti, tzv. „PN“.

Podmienkou nároku na nemocenské pre dobrovoľne nemocensky poistenú osobu je vznik dočasnej práceneschopnosti, ak v posledných dvoch rokoch pred vznikom dočasnej práceneschopnosti bola nemocensky poistená najmenej 270 dní.

Zamestnanec má nárok na výplatu nemocenského od jedenásteho dňa dočasnej pracovnej neschopnosti. Ak dočasná pracovná neschopnosť vznikla v ochrannnej lehote, zamestnancovi vzniká nárok na nemocenské od prvého dňa dočasnej PN. V prípade SZČO vzniká nárok na nemocenské od prvého dňa dočasnej pracovnej neschopnosti. Tento nárok na nemocenské zaniká dňom nasledujúcim po skončení dočasnej pracovnej neschopnosti, ale najneskôr uplynutím 52. týždňa od vzniku dočasnej PN (Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení).

Nemocenské sa poskytuje za kalendárne dni a vypláca sa mesačne pozadu v lehotách, ktoré sú určené Sociálnou poisťovňou. Sadzba nemocenského predstavuje za prvé tri dni dočasnej PN 25 % a od štvrtého dňa dočasnej PN 55 % denného vymeriavacieho základu. V prípade, že zamestnancovi vznikla dočasná PN v ochrannnej lehote, výška nemocenského tohto zamestnanca je od prvého dňa dočasnej PN 25 % denného vymeriavacieho základu a od štvrtého dňa dočasnej PN 55 % denného vymeriavacieho základu (Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení).

Poistenec nemá nárok na výplatu nemocenského odo dňa, od ktorého došlo k porušeniu liečebného režimu určeného lekárom do skončenia dočasnej PN. Najviac však v rozsahu 30 dní odo dňa porušenia liečebného režimu.

Ošetrovné

Ošetrovné charakterizujeme ako nemocenskú dávku poskytovanú z dôvodu osobného a celodenného ošetrovania chorého dieťaťa, chorého manžela/manželky, chorého rodiča alebo chorého rodiča manžela/manželky alebo z dôvodu starostlivosti o zdravé dieťa do desiatich rokov veku – tzv. „OČR“.

Nárok na ošetrovné má poistenec, ktorý sa stará o zdravé dieťa do desiatich rokov veku v týchto prípadoch:

- dieťaťu bolo nariadené karanténne opatrenie,
- predškolské zariadenie alebo zariadenie sociálnych služieb, v ktorých sa dieťaťu poskytuje starostlivosť alebo škola, ktorú dieťa navštevuje, boli rozhodnutím príslušných orgánov uzavreté alebo v nich bolo nariadené karanténne opatrenie,
- fyzická osoba, ktorá sa inak o dieťa stará ochorela, alebo jej bolo nariadené karanténne opatrenie, alebo bola prijatá do ústavnej starostlivosti zdravotníckeho zariadenia a kvôli týmto skutočnostiam sa o dieťa nemôže starať (Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení).

Dieťaťom sa v tomto prípade podľa Zákona o sociálnom poistení rozumie vlastné dieťa alebo osvojené dieťa poistenca, alebo jeho manžela/manželky alebo dieťa, ktoré bolo poistencovi zverené do náhradnej starostlivosti.

Ošetrovné sa poskytuje za dni a jeho výška je 55 % denného vymeriavacieho základu. Poistenec má nárok na ošetrovné od prvého dňa potreby ošetrovania fyzickej osoby a zaniká dňom skončenia tejto potreby. Doba trvania ošetrovania nesmie prekročiť 10 dní, pričom ošetrovné za to isté obdobie ošetrovania patrí len raz a len jednému poistencovi.

Ošetrovné sa nesmie vyplatiť za dni, počas ktorých je vyplácaná náhrada príjmu pri dočasnej PN zamestnanca a za dni, počas ktorých má poistenec nárok na výplatu nemocenského, či materského.

Vyrovňavacia dávka

Pomerne zriedkavo poskytovanou nemocenskou dávkou je vyrovňavacia dávka, ktorá je poskytovaná len zamestnankyniam. Nárok na vyrovňavaciu dávku si môže uplatniť zamestnankyňa, ak:

- je z dôvodu tehotenstva preradená na inú prácu, pretože práca, ktorú predtým vykonávala, je podľa osobitného predpisu zakázaná tehotným ženám alebo podľa lekárskeho posudku ohrozuje jej tehotenstvo, a pri práci, na ktorú je preradená, dosahuje bez svojho zavinienia nižší príjem ako pri práci, ktorú vykonávala pred preradením,
- je počas materstva do konca deviateho mesiaca po pôrode preradená na inú prácu, pretože práca, ktorú predtým vykonávala, je zakázaná matkám do deviateho mesiaca po pôrode alebo podľa lekárskeho posudku ohrozuje jej

zdravie alebo materstvo a pri práci, na ktorú je preradená, dosahuje bez svojho zavinenia nižší príjem ako pri práci, ktorú vykonávala pred preradením (Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení).

Vyrovňavacia dávka sa na rozdiel od nemocenského a ošetrovného poskytuje za kalendárny mesiac. Platí to aj v tom prípade, ak zamestnankyňa bola preradená na inú prácu alebo sa preradenie skončilo počas kalendárneho mesiaca. Počas tehotenstva sa vyrovňavacia dávka poskytuje najdlhšie do nástupu na materskú dovolenku a po skončení materskej dovolenky najviac do konca deviateho mesiaca po pôrode.

Výška vyrovnávacej dávky je 55 %. Určí sa z rozdielu medzi mesačným vymeriavacím základom a vymeriavacím základom, z ktorého zamestnankyňa platí poistné na nemocenské poistenie v jednotlivých kalendárnych mesiacoch po preradení na inú prácu. V prípade, že zamestnankyňa nevykonávala preradenú prácu počas celého mesiaca, vyrovnávacia dávka sa vypočíta z rozdielu pomerových častí mesačného vymeriavacieho základu (Dokupilová, 2013).

Materské

V období starostlivosti o narodené dieťa, resp. aj v období pred jeho narodením je poskytovaná nemocenská dávka – materské. Materské sa poskytuje v zásade žene, ktorá dieťa porodila, ale môže byť poskytovaná aj inému poistencovi (napr. otcovi dieťaťa alebo adoptívnemu rodičovi), ktorý dieťa prevzal do starostlivosti. Účelom materského je teda zabezpečiť poistencovi príjem, ktorý stratil v dôsledku vzniku potreby starostlivosti o narodené dieťa.

Podmienky nároku na materské na základe Zákona o sociálnom poistení sú:

- nárok na materské má poistenkyňa, ak v posledných dvoch rokoch pred pôrodom bola nemocensky poistená najmenej 270 dní,
- poistenkyni vzniká nárok na materské od začiatku šiesteho týždňa pred očakávaným dňom pôrodu určeným lekárom, najskôr však od začiatku ôsmeho týždňa pred týmto dňom, a ak porodila skôr, odo dňa pôrodu.
- poistenkyňa, ktorej sa narodilo mŕtve dieťa, má nárok na materské do konca 14. týždňa od vzniku nároku na materské.

Nárok na materské zaniká uplynutím 34. týždňa od vzniku nároku na materské. Výnimkou je, ak poistenkyňa porodila zároveň dve alebo viac detí a aspoň o dve z nich sa stará alebo je osamelá. V týchto prípadoch sa nárok na materské predlžuje. V prípade úmrtia dieťaťa v období, kedy ešte nárok na materské trvá, tento

nárok zaniká po konci druhého týždňa odo dňa úmrtia dieťaťa, ale nie dlhšie ako do konca 28. týždňa (37. týždňa pri dvoch a viac deťoch) od vzniku nároku na materské.

V prípadoch, kedy sa matka z rôznych príčin nemôže starať o svoje dieťa, prechádza nárok na materské na iného poistencu, ktorý prevzal starostlivosť o dieťa. Najčastejšie si v praxi okrem matky dieťaťa uplatňuje nárok na materské otec dieťaťa po dohode s matkou dieťaťa, alebo ak sa matka dieťaťa nemôže z rôznych príčin o dieťa starať. V posledných rokoch má poskytovanie materského otcovi dieťaťa stúpajúcu tendenciu (Cviková, 2013).

Inému poistencovi vznikne nárok na materské odo dňa prevzatia dieťaťa do starostlivosti. Nárok na materské má v období 28 týždňov od vzniku nároku na materské. V súvislosti s týmto je dôležité zdôrazniť, že materské sa poskytuje za to isté obdobie len raz a len jednému poistencovi. Z uvedeného vyplýva, že nemôže nastať situácia, že by si nárok na materské uplatnila najskôr matka dieťaťa a súčasne by si na to isté dieťa za to isté obdobie snažil nárok na materské uplatniť aj otec dieťaťa (Cviková, 2013).

Materské sa poskytuje za dni rovnako ako pri nemocenskom a ošetrovnom, ale výška materského je 65 % denného vymeriavacieho základu. Denný vymeriavací základ na určenie výšky materského je podiel súčtu vymeriavacích základov, z ktorých poistenec zaplatil poistné na nemocenské poistenie v rozhodujúcom období a počtom dní rozhodujúceho obdobia. Vymeriavací príjem zamestnanca je v zásade tzv. hrubý príjem zamestnanca.

1.4. Charakteristika zdravotného poistenia v SR

Zdravie je považované za celospoločenskú prioritu. Je to niečo, čo sa nedá merať, niečo, čo je výsledkom systému zdravotnej starostlivosti.

Zdravotné poistenie je špecifickým poistením, na základe ktorého sa poskytuje zdravotná starostlivosť pri predchádzaní úrazu, v prípade úrazu alebo pri predchádzaní chorobe a v prípade choroby (Beňová, 2007) .

Na základe zdravotného poistenia je poskytovaná potrebná zdravotná starostlivosť bez nutnosti jej priamej úhrady. Pod pojmom zdravotná starostlivosť rozumieme starostlivosť o ochranu, zachovanie, navrátenie zdravia, prevenciu ochorení poskytnutím preventívnej zdravotnej starostlivosti a tiež poskytnutie liekov, či liečebných pomôcok (Škrovánková, 2010).

1.4.1. Formy a princípy zdravotného poistenia v SR

Zdravotné poistenie, rovnako ako aj ostatné poistenia, je charakteristické svojimi formami a princípmi. Pri zdravotnom poistení rozlišujeme dve základné formy poistenia:

- verejné (povinné) zdravotné poistenie – na jeho základe má poistenec nárok na poskytovanie zdravotnej starostlivosti podľa zákona, je založené na princípe solidarity, výšku poistného určuje zákon a vzniká registráciou,
- individuálne (nepovinné) zdravotné poistenie – na jeho základe má poistenec nárok na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rozsahu, ktorý je určený v zmluve s poisťovňou, ktorá zároveň určuje aj výšku poistného, je založené na princípe individuálnosti, vzniká kontraktáciou a má tieto tri formy:
 - ✓ doplnkové – ide o privátne pokrytie pre poistencov používajúcich služby, ktoré nie sú pokryté povinným zdravotným poistením,
 - ✓ dodatkové – ide o privátne pokrytie služieb, ktoré rozširujú služby pokryté povinným zdravotným poistením, túto formu označujeme ako pripoistenie,
 - ✓ náhradné – ide o privátne pokrytie paralelné k povinnému zdravotnému poisteniu pre osoby nepokryté vyššie uvedenými druhmi zdravotného poistenia (Kováč, 2009).

Medzi základné princípy verejného zdravotného poistenia sa zaraďuje:

- princíp solidarity,
- nezávislé autonómne riadenie,
- neziskovosť,
- autonómne financovanie a finančná ekvivalentnosť,
- vopred definovaný rozsah hrazených zdravotníckych služieb (Kováčik, 2006, s. 34).

Hlavným rozdielom medzi verejným a individuálnym zdravotným poistením je skutočnosť, že verejné zdravotné poistenie nemôže mať ako princíp tvorbu zisku. Je to z dôvodu, že verejné zdravotné poistenie je organizované ako povinné, s rešpektovaním solidarity, rovnosti v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a jej dostupnosti. Neznamená to však, že zdravotná poisťovňa nemôže tvoriť zisk. Ak ho vytvorí, použije ho na zlepšenie služieb poistencov, alebo na zníženie poistných sadzieb. Z toho vyplýva, že zdravotná poisťovňa, ktorá vykonáva povinné zdravotné poistenie, nemôže použiť svoj vytvorený zisk na podnikanie (Kováčik, 2006).

V prípade nepovinného zdravotného poistenia rozlišujeme dva princípy:

- princíp individuálnosti – pri tomto princípe je podmienkou individuálna zmluva obsahujúca dohodnutú výšku poistnej sadzby na dohodnutý výber služieb vo vybranej komerčnej poisťovni,
- princíp ziskovosti – pri tomto princípe je základnou podmienkou tvorba zisku (Beňová, 2007).

Komerčné zdravotné poisťovne sa zásadne odlišujú od zdravotných poisťovní, ktoré vykonávajú povinné zdravotné poistenie. Komerčné poisťovne sa orientujú na poistenie len menších rizík, keďže im hlavným cieľom je zabezpečenie zisku. Komerčných poisťovní je na Slovensku viacero, ale len tri verejnoprospešné zdravotné poisťovne:

- Všeobecná zdravotná poisťovňa,
- Zdravotná poisťovňa Dôvera,
- Zdravotná poisťovňa Union.

1.4.2. Verejné zdravotné poistenie

Podľa zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení sa za povinne verejne zdravotne poistenú osobu považuje fyzická osoba, ktorá má trvalý pobyt na území Slovenskej republiky. Zároveň je to aj fyzická osoba, ktorá síce nemá trvalý pobyt na území SR, nie je zdravotne poistená v inom členskom štáte Európskej únie alebo v zmluvnom štáte Dohody o Európskom hospodárskom priestore a vo Švajčiarskej konfederácii a:

- je zamestnaná u zamestnávateľa, ktorý má sídlo na území SR,
- vykonáva na území SR samostatnú zárobkovú činnosť,
- je azylant,
- je zahraničný študent, ktorý študuje na škole v SR na základe medzinárodnej zmluvy, ktorou je SR viazaná,
- je maloletý cudzinec, ktorý sa na území SR zdržiava bez zákonného zástupcu a poskytuje sa mu starostlivosť v zariadení, v ktorom je umiestnený na základe súdneho rozhodnutia,
- je cudzinec zaistený na území SR,
- je vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody,
- je nezaopatrený rodinný príslušník, ktorý sa poistencovi narodil v inom členskom štáte.

Verejné zdravotné poistenie vzniká v prípade, ak ide o fyzickú osobu s trvalým pobytom na území SR, narodením. Zaniká smrťou alebo vyhlásením za mŕtveho. U fyzickej osoby, ktorá nemá trvalý pobyt na území SR, verejné zdravotné poistenie vzniká dňom, keď nastali skutočnosti odôvodňujúce povinnosť byť verejne zdravotne poisteným, aj keď v SR táto osoba nemá trvalý pobyt, alebo dňom získania trvalého pobytu na území SR. V tomto prípade poistenie zaniká dňom zániku skutočností, ktoré odôvodňujú povinnosť byť verejne zdravotne poisteným.

Zákon o zdravotnom poistení ustanovuje, že zdravotnou poisťovňou dieťaťa je odo dňa jeho narodenia zdravotná poisťovňa, v ktorej je alebo v čase narodenia bola poistená jeho matka. Ak táto poisťovňa nebola, príslušnou zdravotnou poisťovňou dieťaťa je zdravotná poisťovňa s najväčším počtom poistencom. Zákonný zástupca dieťaťa má povinnosť podať prihlášku v príslušnej poisťovni do 60 dní od narodenia.

Zmeniť zdravotnú poisťovňu je možné len k 1. januáru nasledujúceho kalendárneho roka. Prihlášku je však nutné podať najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka. Ak poistenec podá prihlášku do 30. septembra kalendárneho roka, jeho zdravotnou poisťovňou sa stáva poisťovňa, ktorá prihlášku potvrdila, od 1. januára nasledujúceho kalendárneho roka. Ak to poistenec nestihol, a prihlášku podal až po 30. septembri kalendárneho roka, prihláška sa považuje za podanú 1. januára nasledujúceho kalendárneho roka. Z toho vyplýva, že ak poistenec rozmyšľá o zmene zdravotnej poisťovne v r. 2015, prihlášku musí podať do 30. 9. 2014. Iba vtedy bude zmena účinná od 1. 1. 2015. V opačnom prípade bude zmena účinná až od 1. 1. 2016.

Pri zmene zdravotnej poisťovne sa odporúča overiť si, či lekári, ktorých poistenec vyhľadáva najčastejšie, sú zmluvnými lekármi príslušnej poisťovne. A zároveň je poistenec pri zmene zdravotnej poisťovne povinný do ôsmich dní vrátiť preukaz poistenca poisťovni, ktorá bola jeho zdravotnou poisťovňou.

2. ANALÝZA ZDRAVOTNÉHO A NEMOCENSKÉHO POISTENIA

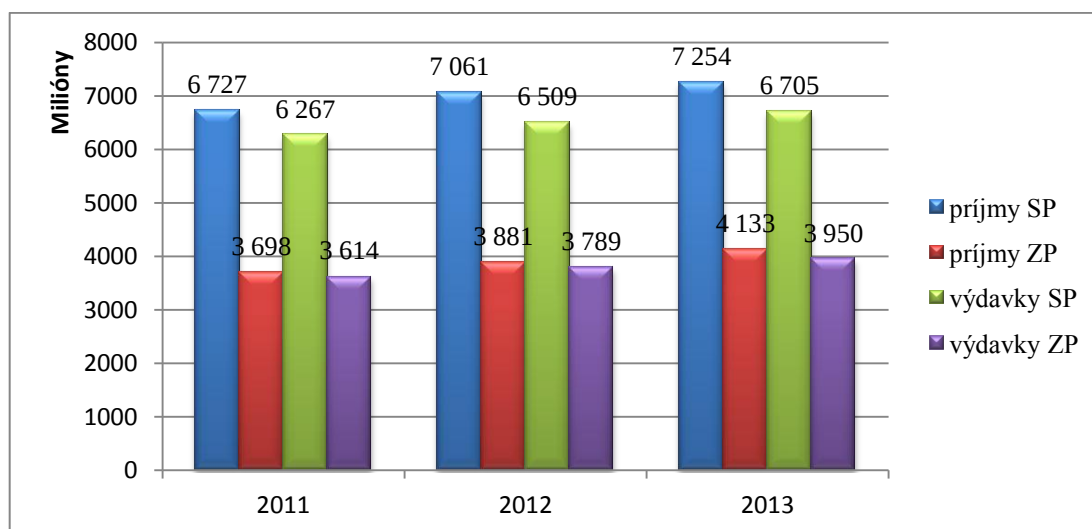
V analytickej časti bakalárskej práce sa zameriame na zdravotné poistenia a zo sociálnych poistení hlavne na nemocenské poistenie, ktoré spolu so zdravotným poistením je predmetom tejto práce.

Pri analýze zdravotného a nemocenského poistenia budeme za sledované obdobie považovať prevažne roky 2011 až 2013. Zmena nastane pri analýze jednotlivých zdravotných poisťovní na Slovensku, kde budeme vychádzať z najnovších údajov.

V poslednej subkapitole pri komparácii slovenského zdravotníctva s vyspelými krajinami, Holandskom a Dánskom, budeme za sledované obdobie brať roky 2009 až 2011, lebo novšie dáta neboli k dispozícii.

2.1. Nemocenské a zdravotné poistenie na Slovensku

Príjmy a výdavky Sociálnej poisťovne a zdravotných poisťovní každoročne rastú. V sledovanom období sme zaznamenali najvyšší nárast výdavkov práve v roku 2012 oproti roku 2011. V prípade Sociálnej poisťovne nárast bol 3,8 % a výdavky zdravotných poisťovní sa zvýšili o 4,8 %. Čo sa týka príjmov zdravotných poisťovní, najviac rástli v roku 2013 a to o 6,5 % v porovnaní s rokom 2012. Príjmy Sociálnej poisťovne sa najviac zvýšili v roku 2012 o zhruba 5 %. V roku 2013 rástli len o 2,7 %.



Graf 1 Príjmy a výdavky Sociálnej poisťovne a zdravotných poisťovní v mil. eur v rokoch 2011-2013

Zdroj: vlastné spracovanie na základe dostupných údajov

V každom prípade môžeme tento vývoj hodnotiť pozitívne, lebo sledujeme každoročne vyšší nárast práve príjmov ako výdavkov aj v prípade Sociálnej poisťovne, aj v prípade zdravotných poisťovní. Táto skutočnosť je zachytená na grafe 1.

Sociálna poisťovňa vynakladá najviac svojich výdavkov na dávky dôchodkového poistenia, z ktorého získava súčasne aj najviac príjmov. Na druhom mieste sú výdavky práve na dávky nemocenského poistenia. V prípade príjmov na druhom mieste sa umiestnili príjmy rezervného fondu a až tretie najvyššie príjmy dosiahla Sociálna poisťovňa v nemocenskom poistení. Pre potreby práce sa budeme ďalej zo sociálnych poistení venovať práve nemocenskému poisteniu.

Z nemocenského poistenia Sociálna poisťovňa vypláca nemocenské dávky. V roku 2013 došlo v porovnaní s rokom 2012 k poklesu počtu vyplatených nemocenských dávok o 67 855 prípadov, čo predstavuje pokles o zhruba 3,9 %. Suma vyplatených nemocenských dávok sa v roku 2013 znížila o 28 726 121 eur oproti roku 2012, teda o 6,71 %. Prehľad vývoja počtu a súm vyplatených nemocenských dávok za obdobie rokov 2011 až 2013 zobrazuje tabuľka 3.

Tabuľka 3 Prehľad o vyplatených nemocenských dávkach (ND) za roky 2011 – 2013

Rok	Počet vyplatených ND	Suma vyplatených ND v eurách	Priemerná suma na 1 ND v eurách
2011	1 683 856	381 533 028	226,58
2012	1 720 712	428 160 537	248,82
2013	1 652 857	399 434 416	241,66

Zdroj: vlastné spracovanie na základe údajov získaných zo Sociálnej poisťovne

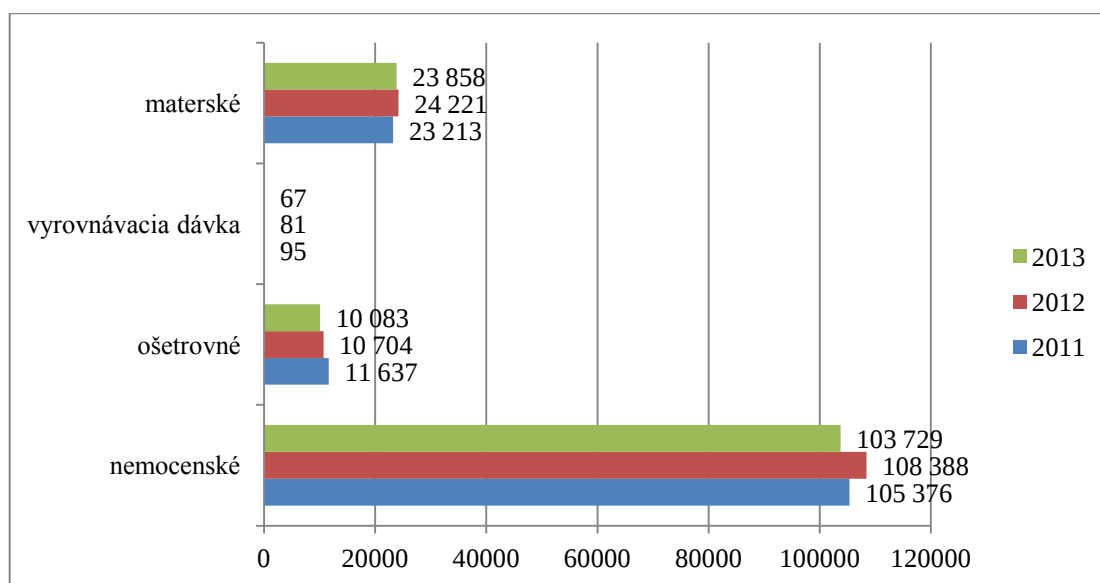
Priemerná suma vyplatená na 1 nemocenskú dávku v roku 2013 predstavovala zhruba 242 eur. Táto suma oproti predchádzajúcemu roku 2012 poklesla približne o 2,8 %.

V roku 2012 a roku 2011 v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi počty a sumy vyplatených nemocenských dávok, ako aj priemerná suma prislúchajúca na 1 nemocenskú dávku, zaznamenali nárast.

Na základe údajov z tabuľky môžeme konštatovať, že v roku 2013 nastal pokles počtu vyplatených nemocenských dávok a súm vyplatených nemocenských dávok za sledované obdobie prvýkrát. Tento fakt sa pripisuje hlavne legislatívnym úpravám, ktoré sa dotýkajú najmä oblasti dobrovoľného nemocenského poistenia. Úpravy v tejto oblasti spôsobili pokles počtu vyplatených nemocenských dávok z tohto poistenia, čo je možné vidieť aj v súhrnných štatistikách. Práve z nich

vyplýva, že v roku 2013 v porovnaní s rokom 2012 došlo k poklesu počtu vyplatených nemocenských dávok z dobrovoľného poistenia o zhruba 54 %. Suma vyplatených nemocenských dávok z dobrovoľného nemocenského poistenia poklesla v roku 2013 približne o 49 %.

Najčastejšie využívanou nemocenskou dávkou je nemocenské. V priemere za 1 mesiac bolo vyplatených až vyše 100 000 dávok nemocenského. Zhruba o 80 000 menej bolo vyplatených nemocenských dávok materské a najmenším počtom vyplatených dávok sa vyznačuje vyrovnávacia dávka. Podrobnejší prehľad počtu vyplatených jednotlivých nemocenských dávok v priemere za jeden mesiac v sledovanom období zobrazuje graf 2.

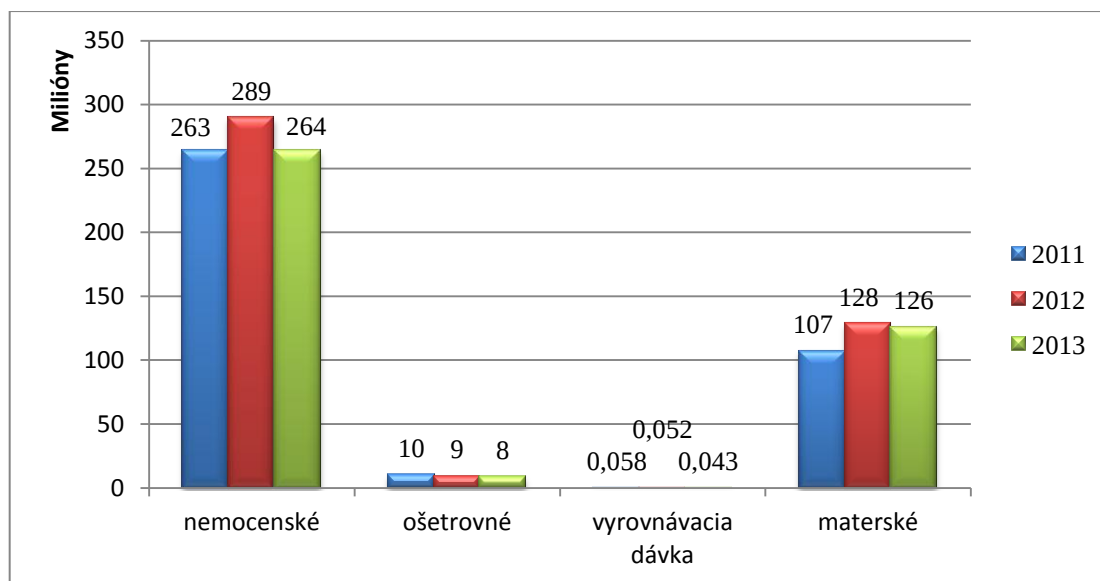


Graf 2 Priemerný mesačný počet vyplatených nemocenských dávok za obdobie 2011 až 2013

Zdroj: vlastné spracovanie na základe údajov získaných zo Sociálnej poisťovne

V sledovanom období práve na nemocenskú dávku nemocenské bolo vynaložených najviac výdavkov, ktoré sa v roku 2013 v porovnaní s rokom 2012 znížili zhruba o 8,7 %.

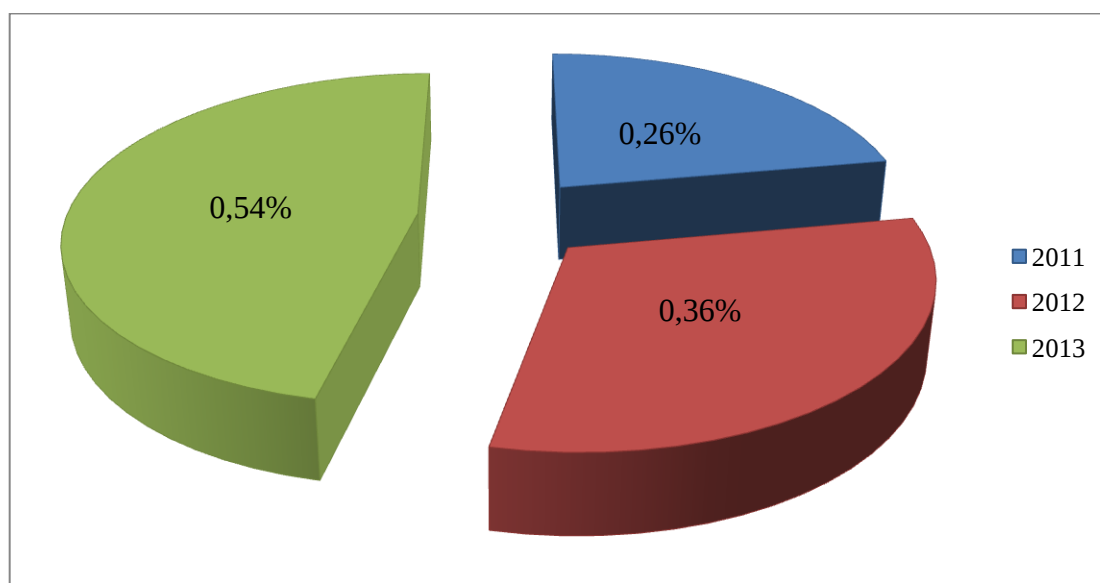
Najmenej výdavkov bolo v sledovanom období použitých na najmenej využívanú nemocenskú dávku – vyrovnávaciu dávku. Výdavky na túto dávku z roka na rok klesajú. Najväčší pokles zaznamenala v roku 2013 približne o 16,8 % v porovnaní s rokom 2012. Podrobnejší prehľad výdavkov na jednotlivé nemocenské dávky zachytáva graf 3.



Graf 3 Výdavky na jednotlivé nemocenské dávky v mil. eur za roky 2011 – 2013

Zdroj: vlastné spracovanie na základe údajov získaných zo Sociálnej poisťovne

Zaujímavou nemocenskou dávkou je nemocenská dávka materské, z ktorej názvu vyplýva, že nárok na ňu má matka dieťaťa, avšak nárok na materské môže získať aj otec po dohode rodičov dieťaťa. Z grafu 4 vyplýva, že za sledované obdobie počet materských dávok, ktoré Sociálna poisťovňa vyplatila otcom, sa každoročne zvyšoval.

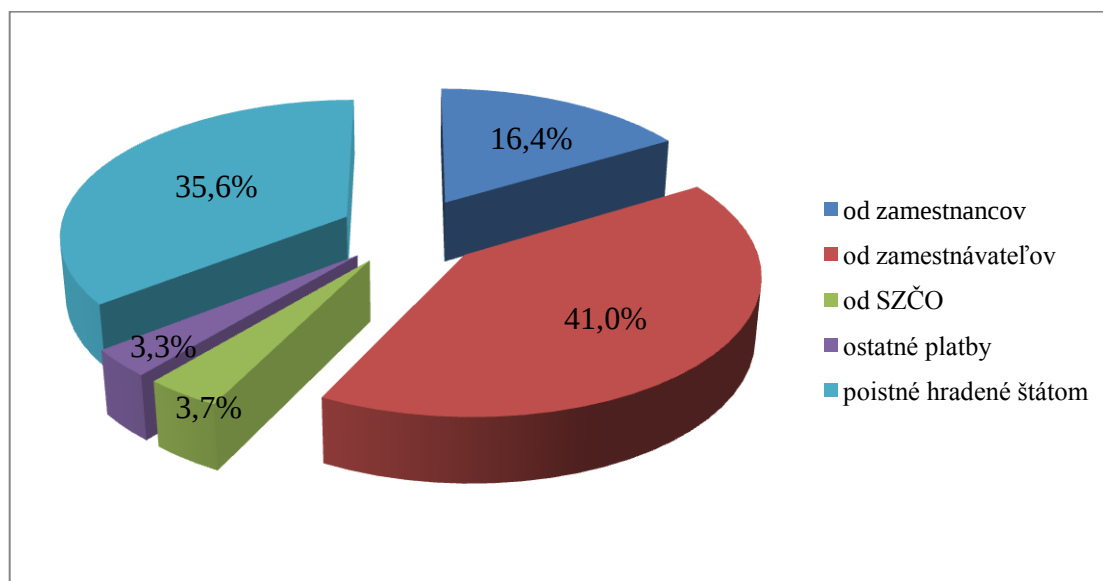


Graf 4 Podiel mužov poberajúcich dávku materské na celkovom počte poberateľov materského za obdobie rokov 2011 – 2013

Zdroj: vlastné spracovanie na základe údajov zo Sociálnej poisťovne

V roku 2013 bolo z 56 210 poberateľov materského 305 mužov, ktorí poberali dávku materské. V percentuálnom vyjadrení muži tvorili 0,54 % poberateľov materského z celkového počtu poberateľov.

Príjmy zdravotných poisťovní pochádzajú z výberu poistného od piatich hlavných platiteľov. Najvyšší príjem zabezpečujú zdravotným poisťovniam zamestnávateľia, zamestnanci a štát. Podrobnú štruktúru príjmov z výberu poistného zachytáva graf 5.



Graf 5 Štruktúra príjmov z výberu poistného v zdravotných poisťovniach podľa platiteľov za rok 2012

Zdroj: Štatistický úrad SR

Na grafe 5 je znázornená štruktúru príjmov z výberu poistného iba za rok 2012, lebo Štatistický úrad SR nemá na svojej internetovej stránke zverejnené tieto údaje za iné roky.

Verejné zdravotné poistenia zabezpečujú na Slovensku tri zdravotné poisťovne – Všeobecná zdravotná poisťovňa, Zdravotná poisťovňa Dôvera, Zdravotná poisťovňa Union. Za najväčšiu verejnú zdravotnú poisťovňu s najvyšším počtom poistencov sa považuje Všeobecná zdravotná poisťovňa. A naopak najmenšou poisťovňou zabezpečujúcou verejné zdravotné poistenie s najnižším počtom poistencom je Zdravotná poisťovňa Union. Počet poistencov troch slovenských zdravotných poisťovní k 30.9.2013 a k 1.1.2014 zobrazuje tabuľka 4.

Tabuľka 4 Počet poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach

Poisťovňa	Počet poistencov k 30.9.2013	Počet poistencov k 1.1.2014
Dôvera	1 435 615	1 436 422
VŠZP	3 321 983	3 331 009
Union	439 941	430 108
SPOLU	5 197 539	5 197 539

Zdroj: HPI

Počet poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach sa každoročne mení. Záujem o zmenu zdravotnej poisťovne sa pohybuje na úrovni 2 – 3 % z celkového počtu poistencov. Ide o malé číslo, ale nie však zanedbateľné. Za hlavný dôvod, prečo ľudia menia zdravotnú poisťovňu, považujeme skutočnosť, že v očiach „bežného poistenca“ sa zdravotné poisťovne odlišujú len minimálne až vôbec. Rozdiely pociťujú hlavne poistenci, ktoré potrebujú nejaké špeciálne výkony, liečbu v zahraničí, finančne náročnú liečbu a pod. Na trhu nie sú prítomné produkty, ktorými by sa zdravotné poisťovne od seba odlišovali, ako je to napr. pri povinnom zmluvnom poistení auta, havarijnom poistení auta, alebo pri životnom poistení. Zdravotné poisťovne sa neodlišujú ani výškou odvodov, čo by sa dalo považovať za dôvod zmeny zdravotnej poisťovne. Poistenci tak nie sú motivovaní k tomu, aby si menili zdravotnú poisťovňu.

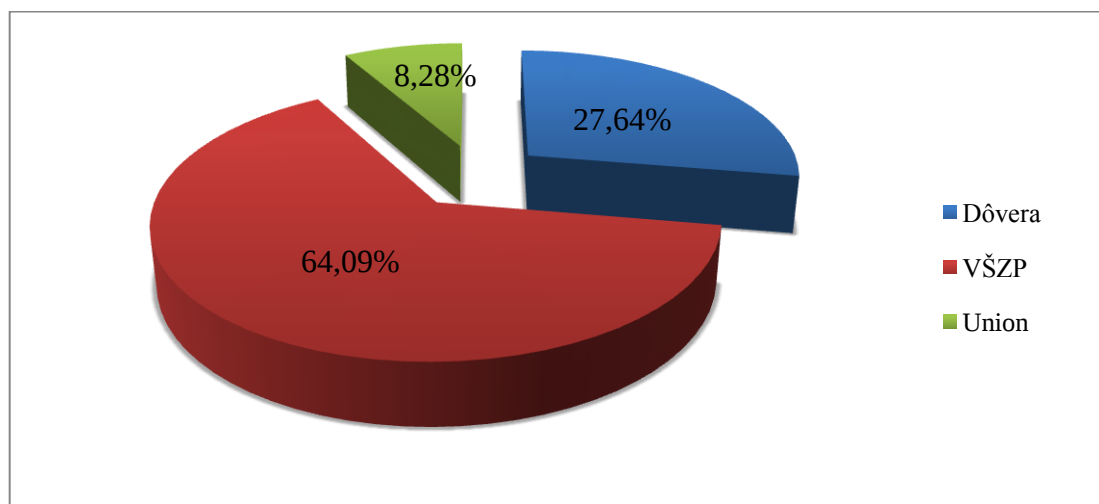
Najviac poistencov k 1.1.2014 získala Všeobecná zdravotná poisťovňa, ktorej poistný kmeň sa zvýšil o 9 026 poistencov, ale z pohľadu veľkosti jej kmeňa je to nárast iba o 0,27 %. Zdravotná poisťovňa Union stratila 9 833 poistencov a poistný kmeň Zdravotnej poisťovne Dôvera sa výrazne nezmenil. Prírastky, resp. úbytky jednotlivých zdravotných poisťovní obsahuje tabuľka 5.

Tabuľka 5 Počet poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach po zohľadnení prírastku/úbytku poistencov

Poisťovňa	Počet poistencov k 30.9.2013	Počet poistencov k 1.1.2014	Úbytok/prírastok počtu poistencov	Nárast/pokles v %
Dôvera	1 435 615	1 436 422	807	0,06%
VŠZP	3 321 983	3 331 009	9 026	0,27%
Union	439 941	430 108	- 9 833	- 2,29%

Zdroj: HPI

Z uvedených informácií vyplýva, že najvyšší podiel na trhu má Všeobecná zdravotná poisťovňa.



Graf 6 Podiel jednotlivých zdravotných poisťovní na trhu k 1.1.2014

Zdroj: vlastné spracovanie

Z grafu 6 vyplýva už aj spomínaná skutočnosť, že na slovenskom trhu je najmenšou zdravotnou poisťovňou Zdravotná poisťovňa Union a za najväčšiu poisťovňu sa pokladá Všeobecná zdravotná poisťovňa.

2.2. Preukázanie závislosti, resp. nezávislosti medzi zdravotným a nemocenským poistením

Na prvé počutie je možné myslieť si, že zdravotné poistenie a nemocenské poistenie je to isté. Obidve poistenia hovoria o zdraví, resp. chorobe. Ale nevyplýva z nich to isté. Základné teoretické rozdiely medzi zdravotným a nemocenským poistením vyplývajú z prvej kapitoly práce.

V tejto subkapitole chceme aj štatisticky ukázať, že zdravotné poistenie nie je možné spájať s nemocenským poistením. Príslušné poisťovne, ktoré sa zaoberajú výkonom týchto poistení, majú rozdielne príjmy a vynakladajú iné výdavky pri vzniku poistnej udalosti.

Príjmy z týchto poistení pozostávajú hlavne z poistných odvodov, ktoré sú zamestnávateľia, zamestnanci, samostatne zárobkovo činné osoby, dobrovoľne nemocensky poistené osoby a v istých prípadoch aj štát, povinní platiť do príslušných poisťovní. Výdavky súvisia v prípade zdravotného poistenia s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a v prípade nemocenského poistenia s vyplácaním nemocenských dávok.

Na štatistické vyjadrenie závislosti, resp. nezávislosti medzi zdravotným a nemocenským poistením sme ako vstupné dáta použili výdavky na zdravotnú starostlivosť ako % z HDP a výdavky na nemocenské dávky ako % z HDP za obdobie rokov 1997 až 2011. Nepoužili sme údaje za posledné dva roky z dôvodu nezverejnenia potrebných údajov v databáze EUROSTATU, z ktorej sme pri tejto analýze vychádzali. Dáta v rôznych databázach a štatistikách sa od seba mierne odlišujú, preto sme pokladali za potrebné zvoliť si rovnaký zdroj čerpania dát.

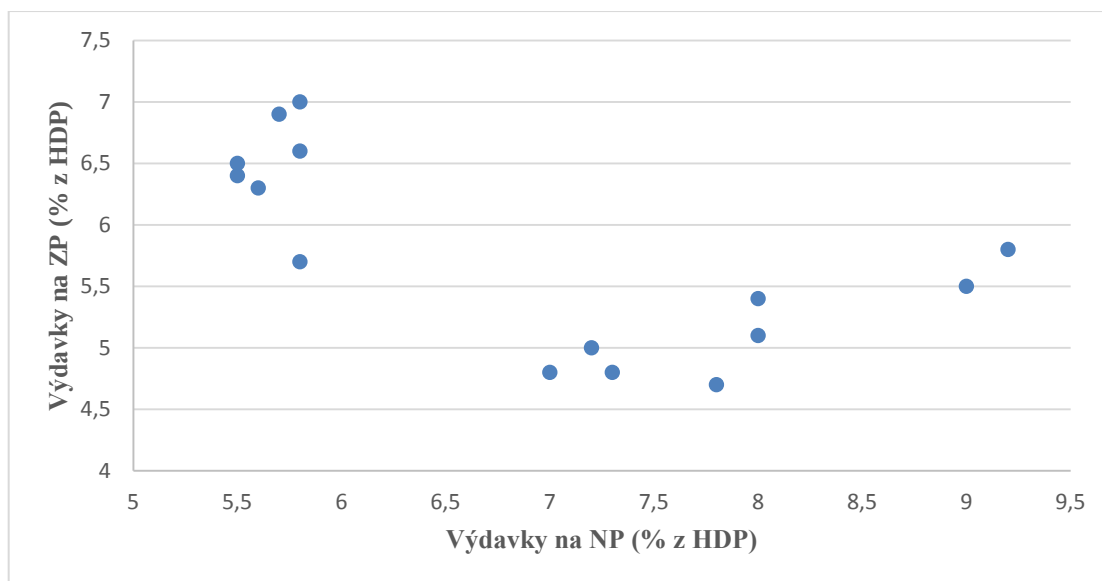
Tabuľka 6 Výdavky vynaložené na zdravotnú starostlivosť a na nemocenské dávky (% z HDP)

Rok	Výdavky na zdravotnú starostlivosť ako % HDP	Výdavky na nemocenské dávky ako % HDP
1997	5,8	7,0
1998	5,7	6,9
1999	5,8	6,6
2000	5,5	6,5
2001	5,5	6,4
2002	5,6	6,3
2003	5,8	5,7
2004	7,2	5,0
2005	7,0	4,8
2006	7,3	4,8
2007	7,8	4,7
2008	8,0	5,1
2009	9,2	5,8
2010	9,0	5,5
2011	8,0	5,4

Zdroj: vlastné spracovanie na základe údajov z databázy EUROSTATU

Naším cieľom je na základe dostupných údajov, ktoré zobrazuje tabuľka 6, dospieť k záveru, či medzi zdravotným a nemocenským poistením existuje závislosť, resp. nezávislosť. Na posúdenie závislosti využijeme jednak zostrojenie grafu závislosti a potom aj výpočet koeficienta korelácie.

Z grafu 7 je zrejmé, že medzi danými poisteniami nie je závislosť. Keby medzi týmito dvoma skúmanými znakmi bola závislosť, body na grafe by vytvárali priamku, ale body na grafe 7 sú rozptýlené, z čoho vyplýva nemožnosť závislosti. Túto skutočnosť si overíme výpočtom koeficienta korelácie.



Graf 7 Graf závislosti medzi výdavkami na zdravotné a nemocenské poistenie

Zdroj: vlastné spracovanie

Korelačný koeficient umožňuje posudzovať intenzitu koreláciu a vypočíta sa buď zo vzorca:

$$r(x, y) = \frac{\text{cov}(x, y)}{s(x) * s(y)},$$

kde $r(x, y)$ – korelačný koeficient javov x a y ,

$\text{cov}(x, y)$ – kovariancia, ktorú zistíme na základe vzorca

$$\text{cov}(x, y) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x}) * (y_i - \bar{y}),$$

$s(x)$ – smerodajná odchýlka x ,

$s(y)$ – smerodajná odchýlka y ,

alebo sa na výpočet korelačného koeficienta môže použiť štatistická funkcia CORREL v MS EXCEL. Tento koeficient môže nadobúdať hodnoty z intervalu $[-1; 1]$. Ak absolútna hodnota koeficienta korelácie je v intervale $(0; 0,3]$, zvykne sa hovoriť o slabej koreláci, ak je v intervale $(0,3; 0,7)$, o stredne silnej a v intervale $[0,7; 1)$ o silnej koreláci. Ak je jeho absolútna hodnota vyššia ako 0,9, možno veriť aj v to, že medzi skúmanými znakmi je veľmi silná lineárna závislosť.

Pri časových radoch, ako je to v našom prípade, sa korelačný koeficient vypočíta tak, že najskôr je potrebné odstrániť trend. Pre odstránenie trendu sme využili diferencovanie časového radu. Zo získaných údajov sa následne vypočíta koeficient korelácie už spomínaným spôsobom.

V našom prípade koeficient korelácie nadobudol hodnotu zhruba 0,08, čo vypovedá o veľmi slabej, resp. žiadnej závislosti. Táto skutočnosť súvisí aj s tým, že

medzi zdravotným a nemocenským poistením existujú isté nezanedbateľné rozdiely. Tieto poistenia slúžia na krytie iných rizík, strát a každé z týchto poistení má inú politiku.

2.3. Aktuálne zmeny v zdravotnom a nemocenskom poistení v SR

V zdravotnom a sociálnom systéme Slovenskej republiky sa uskutočňujú stále nejaké zmeny. Stále je čo vylepšovať, upravovať. Každoročne sa menia podmienky, dávky, odvody, ktoré sa týkajú buď zdravotných poisťovní alebo Sociálnej poisťovne.

V ostatnom čase sa v slovenskom zdravotnom systéme hovorilo o jednej zdravotnej poisťovni. Na Slovensku zatiaľ funguje pluralitný zdravotný systém s možnosťou tvorby zisku. Tento pluralitný zdravotný systém funguje v mnohých európskych krajinách, napr. aj v Holandsku, o ktorom si viac povieme v nasledujúcej kapitole.

Na Slovensku sa plánuje zaviesť unitárny systém zdravotného poistenia, čo by znamenalo, že by u nás fungovala jedna zdravotná poisťovňa podobne ako v Dánsku, Švédsku, Veľkej Británii a v ďalších 13 európskych krajinách. Pôvodne mal byť tento systém na Slovensku implementovaný už začiatkom roka 2014, ale jeho realizácia sa potom presunula na rok 2015, čoho dôvodom bol nedostatok finančných prostriedkov.

Avšak najnovšia informácia z rokovania vlády SR 12. februára 2014 hovorí, že projekt unitarizácie na Slovensku sa zastavuje. Ministerstvo pripravilo návrh príslušnej legislatívy, ale pre nedostatok finančných prostriedkov v ďalších krokoch nepokračuje. Ministerstvo sa vyjadrilo, že (HPI, 2014):

„Vzhľadom na finančnú stránku projektu zavedenia unitárneho systému verejného zdravotného poistenia, Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky pred tým, ako bude zo strany Ministerstva financií Slovenskej republiky verifikovaná pripravenosť Slovenskej republiky na jeho dostatočné finančné krytie, neuskutočňuje ďalšie kroky, ktoré by v súčasnosti mohli znamenať predčasné a teda neefektívne nakladanie s verejnými zdrojmi.“

Medzi hlavný dôvod, prečo by mohol byť unitárny systém plusom pre Slovensko je maximálne využitie zdrojov zo zaplateného poistného na financovanie zdravotnej starostlivosti. Znížili by sa tým správne náklady a došlo by k zrušeniu tvorby zisku. Vytvorením jednej zdravotnej poisťovne by bolo možné vrátiť finančné prostriedky späť do zdravotníctva, späť k pacientom, a tým by sa zvýšila kvalita poskytovania zdravotnej starostlivosti. Zároveň by sa lepšie presadzovali rozhodnutia.

Oligopolné prostredie podnecuje zdravotné poisťovne k správaniu neefektívneho využívania zdrojov.

Jedna zdravotná poisťovňa by priniesla výhody nielen v prípade financií, ale priniesla by aj transparentnosť a spravodlivosť pri procese rozdeľovania poistencov na čakacie listiny. Finančné úspory získané z hradenia administratívy nie troch, ale len jednej zdravotnej poisťovne, by boli presunuté na zdravotnú starostlivosť a tým by sa čakacie lehoty skrátili.

Nevýhoda unitárneho systému spočíva v tom, že poistenci nemajú možnosť voľby v tomto systéme. Došlo by k vytvoreniu monopolu, a tým k nižšej miere inovácií. Nová jedna poisťovňa by bola závislá od fungovania štátnej správy.

Nedá sa jednoznačne určiť, ktorý systém je lepší. Sú krajiny, ktorých zdravotníctvo je na špičkovej úrovni a majú viac zdravotných poisťovní, no zároveň sú krajiny s jednou zdravotnou poisťovňou umiestnené taktiež na popredných priečkach. Napr. podľa výskumu, ktorý robili analytici z Health Policy Institute, Holandsko sa umiestnilo s jeho pluralitným systémom na prvom mieste a Dánsko s jednou poisťovňou na mieste druhom. To znamená, že vo svete sa oba systémy ukazujú ako správne. Ale ktorý systém by bol výhodnejší pre Slovensko?!

V minulom roku došlo k novele zákona č. 461/2013 Z.z. o sociálnom poistení a zároveň sa novelizoval aj zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení. Niektoré zmeny začali byť účinné už od 1.11.2013, no väčšina zmien je účinná od začiatku tohto roka.

Jednou z dôležitých zmien v sociálnom a zdravotnom poistení je s účinnosťou od 1.11.2013 zavedenie výnimky pri zamestnávaní dlhodobo nezamestnaných občanov. Pod dlhodobo nezamestnaným občanom rozumieme občana, ktorý bol v evidencii úradu práce viac ako 12 mesiacov.

V tomto prípade je zamestnanec oslobodený od platenia odvodov do Sociálnej poisťovne a zdravotných poisťovní po dobu dvanástich mesiacov. To znamená, že nebude platiť odvody jeden celý rok. Rovnako aj pre jeho zamestnávateľa platí odvodová úľava. Zamestnávateľ bude platiť 1,05 % z príjmu zamestnanca do Sociálnej poisťovne na garančné poistenie a 1,05 % na úrazové poistenie. Od platenia odvodov na nemocenské poistenie, dôchodkové poistenie a poistenie v nezamestnanosti je oslobodený po dobu jedného roka (Mihál, 2013).

Uvedený zamestnanec bude zvýhodnený aj pri zdravotnom poistení. Za zamestnanca s odvodovým zvýhodnením platí poistné naďalej štát, ako keby bol stále

uvádzaný v evidencii na úrade práce. Takýto zamestnanec je súčasne zdravotne poistený aj ako zamestnanec, avšak sadzba poistného je 0 % pre zamestnanca a rovnako aj 0 % pre zamestnávateľa.

Odvodové zvýhodnenie sa uplatní počas prvých 12 mesiacov trvania pracovného pomeru. Čiže ak zamestnávateľ zamestnal dlhodobo nezamestnaného občana napr. 5. 2. 2014, prvý mesiac, odkedy sa začalo uplatňovať odvodové zvýhodnenie, bol február 2014. Posledný, teda dvanásty mesiac, za ktorý sa ešte odvodové zvýhodnenie uplatní, bude január 2015.

Hranica príjmu, do ktorého sa uplatní odvodová úľava, je pre pracovný pomer, či štátnozamestnanecký pomer, ktorý vznikne v roku 2014, suma 539,35 EUR. Je však nevyhnutné upozorniť na skutočnosť, že ak k tomu istému dňu vznikne jednej osobe viac pracovných pomerov, odvodová úľava sa uplatní pri tom, na základe ktorého bude podaná prihláška do Sociálnej poisťovne ako prvá (Mihál, 2013).

Vďaka tejto úľave na odvodoch dlhodobo nezamestnaní ľahšie získajú prácu a sú uprednostňovaní pri obsadzovaní voľných pracovných miest. No naopak je to nevýhoda pre ľudí, ktorí sú na úrade práce evidovaní menej ako 12 mesiacov.

Tento zamestnanec bude mať vyšší príjem o 13,4 %, no väčšiu výhodu bude mať zamestnávateľ, ktorý ušetrí zhruba 35 % zo mzdy zamestnanca, predtým dlhodobo nezamestnaného. Tých 35 % by musel inak zamestnávateľ platiť do Sociálnej a zdravotnej poisťovne za svojho zamestnanca.

Veľkou nevýhodou pre zamestnanca je že v čase uplatňovania úľavy na odvodoch, nebude mať nárok na nemocenské dávky. V prípade práceneschopnosti zamestnávateľ mu bude povinný vyplatiť za prvých 10 dní náhradu príjmu, ale v prípade dlhšej práceneschopnosti, 11 a viac dní, mu Sociálna poisťovňa nemocenské nevyplatí. Zamestnanec, resp. zamestnankyňa nebude mať nárok na ošetrovné, ak im ochorie dieťa a tehotnej zamestnankyni nebude vyplatené materské.

Môže nastať aj situácia, že v regiónoch s vyššou nezamestnanosťou, zamestnávateľ po roku prepustí zamestnanca, vďaka ktorému získal úľavu na odvodoch, a namiesto neho zamestná nového, predtým dlhodobo nezamestnaného. Takýmto skutkom by zamestnávateľ znova získal odvodovú úľavu, čo by pre neho znamenalo, že znova ušetrí. A zamestnanec si bude prácou istý iba na jeden rok.

Od 1.1.2014 došlo k ďalšej zmene, ktorá sa týka nemocenského poistenia. Od začiatku roka platia zmäknuté podmienky nároku na nemocenské dávky. Do 31. 12. 2013 bolo jednou z podmienok nároku zamestnanca na nemocenskú dávku, že

zamestnanec nemá príjem, ktorý vstupuje do vymeriavacieho základu zamestnanca v období, v ktorom nevykonáva činnosť zamestnanca, pretože čerpá nemocenskú dávku. To znamená napr., že ak zamestnanec, ktorému skončil pracovný pomer a v poslednom mesiaci bol celý mesiac práceneschopný, a zároveň zamestnávateľ mu vyplatil odstupné, nemal vyplatené nemocenské zo Sociálnej poisťovne za tento mesiac.

Po novom sa nemocenská dávka nevyplatí iba v prípade, ak príjem vyplatený za mesiac, v ktorom bol na PN, ošetrovnom, resp. materskej, súvisel s prácou, ktorú vykonal v čase poberania nemocenského, ošetrovného, resp. materského. To znamená, že ak napr. zamestnankyňa je na materskej a od zamestnávateľa má poskytnuté služobné vozidlo na súkromné účely aj v čase materskej, nebude to dôvod na nevyplatenie materského, pretože nejde o príjem za vykonanú prácu.

Ďalšia zmena v nemocenskom poistení, ktorá platí od začiatku roka 2014 sa týka automatického zániku dobrovoľného poistenia. Doteraz platilo, že dobrovoľné nemocenské poistenie (zároveň aj dobrovoľné dôchodkové poistenie alebo poistenie v nezamestnanosti) zaniklo dňom odhlásenia sa z tohto poistenia, teda bolo potrebné podať odhlášku z dobrovoľného poistenia Sociálnej poisťovni.

Po novom dobrovoľné poistenie zanikne automaticky v prípade, ak dva po sebe nasledujúce kalendárne mesiace dobrovoľne poistená osoba nezaplatí poistné na toto poistenie. Výnimkou sú prípady, ak v kalendárnom mesiaci nebola dobrovoľne poistená osoba povinná platiť poistné na dobrovoľné poistenie z dôvodu, že za celý mesiac sa jej vyplácalo nemocenské, ošetrovné, či materské.

V oblasti zdravotného a vo všeobecnosti sociálneho poistenia (pre účely práce nemocenského poistenia) sa neustále vykonávajú nejaké zmeny, resp. úpravy. Preto je nevyhnutné sa v tejto oblasti neustále vzdelávať a sledovať, čo sa zmenilo, čo sa zmeniť chystá a kedy novela jednotlivých zákonov prichádza do platnosti.

2.4. Komparácia systémov zdravotného poistenia v SR s vybranými krajinami

Komparáciou systému zdravotníctva Slovenska s vyspelými krajinami, ktorých zdravotníctvo je na špičkovej úrovni (Holandsko, Dánsko), poukážeme na rozdiely v systémoch daných troch krajín.

Zdravotné systémy Holandska a Dánska obsadzujú popredné priečky v rebríčkoch, ktoré merajú spokojnosť pacientov so zdravotným systémom na základe

Euro Health Consumer Index. Dôvodom obsadenosti najvyšších umiestnení je hlavne rozdielny zdroj financovania. V Holandsku sa financovanie realizuje prostredníctvom zdravotného poistenia a naopak v Dánsku platí daňový model.

Euro Health Consumer Index (EHCI) porovnáva rôzne nastavenia zdravotnej politiky v 35 európskych krajinách. Stále ich hodnotí vo vzťahu k pacientovi. Výsledné hodnotenie vypovedá o miere zamerania na pacienta a jeho potreby. EHCI poskytuje zhruba vizitku o jednotlivých zdravotných systémoch. Zdravotné systémy hodnotí v piatich nasledovných subdisciplínach:

- práva pacientov a informácie,
- dostupnosť – čakacie doby,
- výsledky,
- prevencia a rozsah poskytovaných služieb,
- lieky.

Na základe rôznych indikátorov, ktoré sa začleňujú do týchto piatich oblastí, boli jednotlivým krajinám priradené počty bodov. Maximálny dosiahnuteľný počet bodov bol 1 000 a minimálny 333 bodov. Výsledky v 35 európskych krajinách zobrazuje graf v prílohe 1. Slovensko sa umiestnilo na 22. mieste.

Existujú rôzne výhrady k metodike, či k dátam použitých pri meraní EHCI, no aj napriek tomu hovoríme o cennej spätnej väzbe. Takéto medzinárodné porovnanie ponúka identifikovať priority, na ktoré by sa mali tvorcovia zdravotnej politiky sústrediť.

HOLANDSKO

Holandsko sa od roku 2005 každoročne umiestňuje na prvých priečkach v Euro Health Consumer Index, čo je možné vidieť aj na grafe v prílohe 1. Za tento úspech vďačí podľa organizátora prieskumu, Health Consumer Powerhouse, úzkej spolupráci lekárov s pacientmi. Štát a zdravotné poisťovne zasahujú do ich spolupráce len minimálnou mierou. Financovanie zdravotnej starostlivosti v Holandsku rovnako ako aj na Slovensku vychádza z odvodového modelu s pluralitou zdravotných poisťovní na trhu (Björnberg, 2013).

Zdravotné poistenie v Holandsku pozostáva z troch zložiek:

- základné zdravotné poistenie,
- povinné zdravotné poistenie mimoriadnych nákladov, ktoré je kontrolované štátom,
- dobrovoľné doplnkové zdravotné poistenie.

Základné zdravotné poistenie je povinné a kombinuje nominálne poistné, ktoré si určuje každá poisťovňa sama, odvody podľa výšky príjmu a spoluúčasť pacienta, resp. príspevok štátu za poistencov do 18 rokov. Odvody sa odvádzajú do Fondu zdravotného poistenia. Z fondu sa ďalej prerozdeľujú zdravotným poisťovňam na základe rizikovej štruktúry poistencov. Zamestnanci odvádzajú odvody vo výške 6,5 % s maximálnym ročným vymeriavacím základom 30 000 eur. Deťom do osemnástich rokov platí zdravotné poistenie štát (Baláži, 2012).

Povinné zdravotné poistenie mimoriadnych nákladov zahŕňa financovanie nákladov na dlhodobú zdravotnú starostlivosť, vrátane dlhodobej hospitalizácie a iných nákladov, ako napr. na invalidný vozík. Toto poistenie je hradené vo forme odvodov z príjmu. Bolo zavedené už v roku 1968 a jeho cieľom už vtedy bolo ochrániť pacientov pred negatívnymi finančnými dopadmi dlhodobých ochorení alebo vrodených porúch (Baláži, 2012).

Na holandskom trhu pôsobí 15 prísne regulovaných zdravotných poisťovní. Svojim poistencom poskytujú plnenie buď priamo poskytnutím zdravotnej starostlivosti, alebo formou úhrady nákladov, ktoré poistencovi vznikli pri zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa sa od konkurenčných subjektov môže odlíšiť výškou poistného. Výška poistného nemôže byť závislá od zdravotného stavu alebo veku poistenca. To je základná zásada holandského systému. Ďalšia výhoda spočíva v tom, že obyvatelia s nízkym príjmom majú nárok od štátu na príspevok na zdravotné poistenie. Holandský zdravotný systém je dobrým príkladom efektívne fungujúceho pluralitného modelu zdravotných poisťovní. Prísna regulácia zo strany štátu zabraňuje diskriminácii zdravotne ťažko postihnutých alebo starých občanov spolu s účinnou kompenzáciou za týchto poistencov. A zároveň nízka regulácia výšky poistného umožňuje konkurenciu medzi zdravotnými poisťovňami (Baláži, 2012).

V podmienkach SR sú rozdiely medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami bezvýznamné, nakoľko je výška poistných odvodov taxatívne určená zákonom a možnosť individuálneho pripoistenia neexistuje. Slovenské zdravotné poisťovne, na rozdiel od holandských poisťovní, nie sú nútené hľadať lepšie, no hlavne lacnejšie spôsoby poskytovania zdravotnej starostlivosti, čím by sa snažili získať viac poistencov.

Okrem mnohých pozitív má holandský systém aj niekoľko negatív. Za najvýznamnejšie negatívum sa považujú dlhé čakacie doby k špecialistom, ktoré existujú aj napriek výmenným lístkom. Tieto výmenné lístky (alebo nazývané aj

odporúčacie lístky) patria medzi hlavné kamene zdravotného systému v Holandsku. Prinášajú do systému úsporu nákladov a kontinuálnu starostlivosť o pacienta (Baláži, 2012).

Keďže v Holandsku sa na základe niekoľkoročného sledovania štruktúry výdavkov úspora nákladov nepotvrdila, môžeme očakávať zrušenie výmenných lístkov. Na Slovensku boli síce výmenné lístky v roku 2011 zrušené, ale od 1. apríla 2013 sa opätovne zaviedli.

DÁNSKO

V Dánsku je pre pacientov väčšina poskytovaných zdravotných služieb bezplatná. Zdravotná starostlivosť je financovaná z daní, ktoré tvoria vyše 80 % celkových zdrojov v zdravotníctve. Zhruba 20 % tvoria súkromné platby, a to najmä za lieky, stomatologické zákroky a fyzioterapiu (Stanek, 2005).

Medzi výhody dánskeho systému, rovnako ako v podmienkach SR, zaraďujeme rovnosť a solidaritu. Rozdiel je však v spokojnosti pacientov, ktorá v Dánsku patrí nielen medzi najvyššie spomedzi škandinávskych štátov, ale je aj najvyššia v Európe. Kombináciou vysokej úrovni informovanosti a práv pacientov, možnosti voľby poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a fungujúceho systému elektronického zdravotníctva eHealth dochádza k vytvoreniu systému, ktorý je ústretový voči pacientovi s vysokou efektivitou vynakladaných prostriedkov (Björnberg, 2013).

Zdravotná starostlivosť v Dánsku pozostáva z troch úrovní – národná, regionálna a miestna. Národnú úroveň tvorí vláda, parlament a štátne inštitúcie, ktoré vytvárajú legislatívny rámec poskytovania zdravotnej starostlivosti. Vykonávajú kontrolu a dohľad nad regionálnou a miestnou úrovňou. Inštitúcie na regionálnej úrovni zodpovedajú za poskytovanie primárnej a sekundárnej zdravotnej starostlivosti. Väčšinu nemocníc vlastní a spravuje regionálna úroveň a lekári pracujúci v nemocniciach sú zamestnancami regionálnej samosprávy. Miestne samosprávy sú zodpovedné najmä za terciárny sektor zdravotnej starostlivosti (Stanek, 2005).

V dánskom zdravotníctve funguje od konca deväťdesiatych rokov systém DRG (Diagnosis – related group). Slovensko je jediná krajina v Európskej únii, ktorá tento systém nemá zavedený. DRG systém vytvára základ pre financovanie nemocníc na základe počtu výkonov. Pacienti si môžu vybrať lekára aj mimo svojho regiónu. Vedie to k stimulovaniu nemocníc, efektívnemu vykonávaniu a plánovaniu výkonov,

čo skráti čakacie lehoty a stáva sa to atraktívnejšie pre pacientov (Strandberg-Larsen, 2007).

Na rozdiel od dánskeho systému medzi problémy slovenského patrí nedostatok finančných prostriedkov, čo priamo súvisí s efektívnosťou fungovania zdravotného systému. V podmienkach SR sa však efektívnosť fungovania zdravotného systému nemeria. Stojí do istej miery na okraji záujmu. Naopak v Dánsku sa ministerstvo zdravotníctva sústreďuje na kontrolu vynakladaných výdavkov, zvýšenie produktivity, zlepšenie kvality zdravotníckych zariadení. Medzi silné stránky dánskeho zdravotníctva patrí aj kvalitne fungujúce elektronické zdravotníctvo. Zatiaľ čo slovenské zdravotníctvo sa na informatizáciu systému iba pripravuje, v Dánsku došlo k schváleniu tohto projektu v roku 2001. Elektronické zdravotníctvo prináša mnohé výhody a zjednodušenia pre pacientov i lekárov. Jeho úspešné zavedenie na Slovensku prinesie nový rozmer poskytovania zdravotnej starostlivosti a zlepši úroveň informovanosti jednotlivých subjektov. Na Slovensku by mal eHealth začať fungovať od 1. 1. 2016.

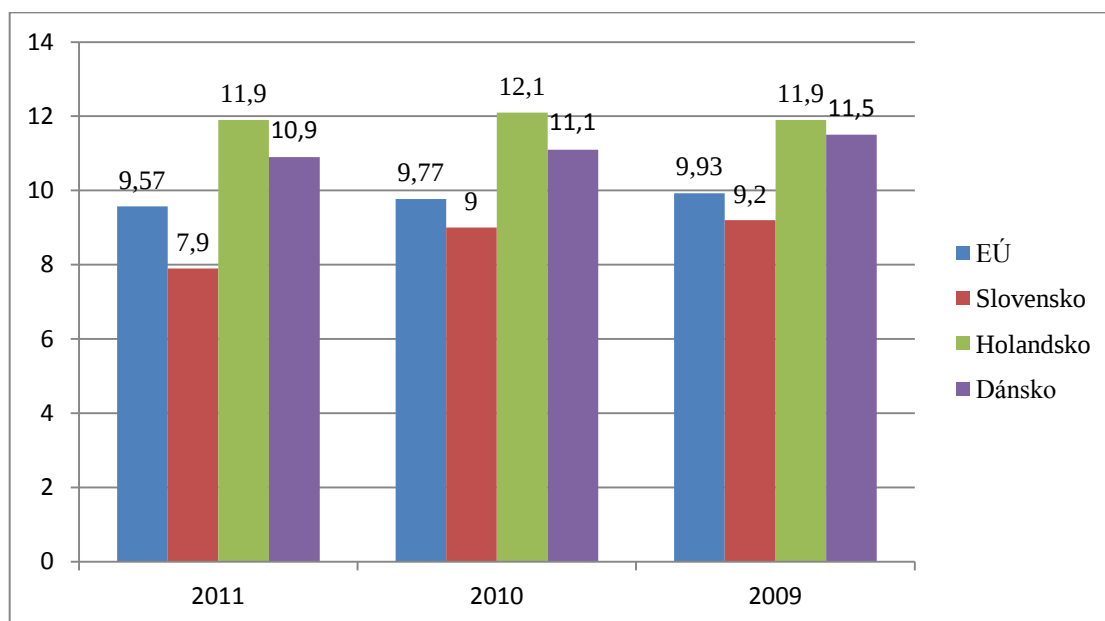
Tabuľka 7 Charakteristika zdravotných systémov Slovenska, Holandska a Dánska

Charakteristika/krajina	Slovensko	Holandsko	Dánsko
Spôsob financovania	Odvodový (Bismarckov) model	Odvodový (Bismarckov) model	Daňový (Beveridgeov) model
Zdravotné poisťovne	Pluralita zdravotných poisťovní	Pluralita zdravotných poisťovní	Jedna nezisková zdravotná poisťovňa
Výdavky na zdravotníctvo za rok 2011 (% HDP)	7,9 %	11,9 %	10,9 %
Silné stránky	Rozsah bezplatnej starostlivosti	Orientácia na pacienta, lieková politika	Práva a informovanosť pacientov, eHealth
Slabé stránky	Nízka kvalita a efektívnosť	Dlhé čakacie lehoty	Neexistujúci priamy prístup k Špecialistom

Zdroj: vlastné spracovanie

Tabuľka 7 poukazuje na základné rozdiely, resp. spoločné znaky slovenského, holandského, dánskeho zdravotného systému a zároveň obsahuje aj dosiahnuté

výdavky na zdravotníctvo za rok 2011 ako % HDP v daných troch krajinách. Kým Slovensko v roku 2011 ukrojilo zo svojho HDP na zdravotníctvo 7,9 %, priemer Európskej únie sa pohyboval na úrovni 9,57 %. Lepšie na tom bolo Holandsko a Dánsko, čo znázorňuje graf 8. Podielom HDP na celkových výdavkoch zdravotníctva sa Slovensko ocitlo pod priemerom Európskej únie aj v roku 2010 a v roku 2009, čo je taktiež znázornené na grafe 8.

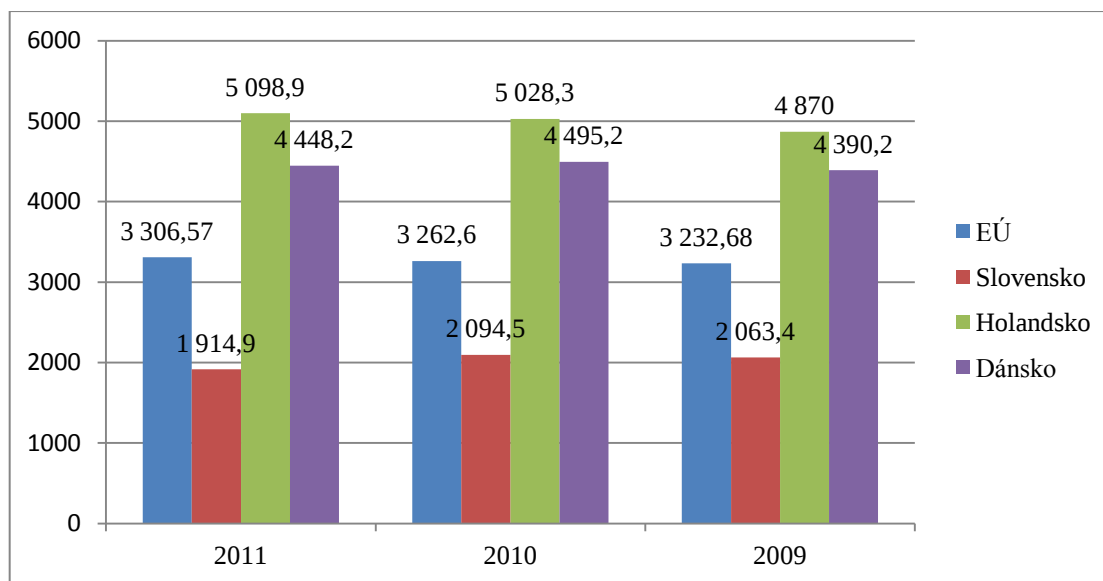


Graf 8 Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP

Zdroj: vlastné spracovanie na základe údajov z databázy WHO

Pod priemerom sa Slovensko oproti väčšine členských krajín Európskej únie ocitlo aj vo výdavkoch na zdravotníctvo na jedného obyvateľa. SR dala v roku 2011 na jedného obyvateľa zhruba 1 915 USD, čo je zhruba o 1 392 USD menej ako priemer Európskej únie.

V medziročnom porovnaní výdavky na obyvateľa na Slovensku klesli. Ešte rok predtým boli na úrovni približne 2 095 USD. Oveľa lepšie na tom v roku 2011 bolo Holandsko a Dánsko, čo je možné vidieť na grafe 9.



Graf 9 Celkové výdavky na zdravotníctvo na jedného obyvateľa v USD

Zdroj: vlastné spracovanie na základe údajov z databázy WHO

Z uvedeného vyplýva, že slovenské zdravotníctvo je na oveľa nižšej úrovni ako zdravotníctvo Holandska a Dánska. Za sledované obdobie Slovensko ani raz nedosiahlo priemer Európskej únie.

Okrem toho, že vynakladá menej finančných prostriedkov na zdravotníctvo ako dve sledované krajiny, patrí medzi jedinú krajinu v Európskej únii, ktorá ešte nemá implementovaný systém DRG. Tento úhradový mechanizmus zabezpečuje transparentnosť, efektívnosť a v konečnom dôsledku napomáha odstraňovať ne hospodárnosť. DRG jednoducho napomáha starať sa o pacientov efektívnejšie a za spravodlivejšiu úhradu.

Slovensko patrí taktiež medzi krajiny, ktoré nevyužívajú elektronické zdravotníctvo – eHealth, ktoré napomáha znižovať náklady na administratívne činnosti zdravotníckych zariadení, znižovať duplicitné vyšetrenia a vedie k lepšej komunikácii. Podľa nás zavedenie DRG systému a elektronického zdravotníctva bude pre slovenské zdravotníctvo prínosom.

Z práce vychádza, že stotožňovanie zdravotného a nemocenského poistenia nie je prípustné. Hlavný rozdiel medzi zdravotným a nemocenským poistením spočíva v účele poistenia. Zdravotné poistenie sa uzatvára za účelom poskytovania zdravotnej starostlivosti a služieb spojených so zdravotnou starostlivosťou. Naproti tomu účelom nemocenského poistenia je náhrada pre prípad straty alebo zníženia príjmu zo zárobkovej činnosti a zabezpečenie príjmu v dôsledku pracovnej neschopnosti, tehotenstva a materstva. V prípade zdravotného poistenia má poistenec právo na

výber zdravotnej poisťovne, na výber lekára, zdravotníckeho zariadenia. Z nemocenského poistenia sa za podmienok ustanovených zákonom o sociálnom poistení poskytujú nemocenské dávky, ktoré slúžia len ako náhrada za dočasnú stratu alebo zníženie príjmu, t. j. na základe nemocenského poistenia sa neposkytuje zdravotná starostlivosť. Rozdiel medzi týmito poisteniami je aj vo výške poistných odvodov, ktoré musia jednotlivé subjekty platiť do Sociálnej, resp. zdravotných poisťovní.

ZÁVER

Stretávame sa s názorom, že zdravotné a nemocenské poistenie vyjadrujú to isté, čo ale nie je samozrejme pravda. A práve preto sme si vybrali ako tému bakalárskej práce komparáciu týchto dvoch poistení, čím sme v práci poukázali na rozdiel medzi nimi a ujasnili si, prečo nie je možné stotožnenie týchto poistení.

Cieľom práce bolo poukázať na rozdiely medzi zdravotným a nemocenským poistením, upozorniť na aktuálne zmeny v sledovanej problematike v SR a komparácia zdravotného systému v SR so zdravotným systémom v Holandsku a Dánsku.

Zdravotné poistenie súvisí s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Na základe tohto poistenia sa poskytuje poistencom zdravotná starostlivosť. Na druhej strane nemocenské poistenie je poistením pre prípad straty príjmu, resp. slúži na zabezpečenie príjmu v dôsledku dočasnej pracovnej neschopnosti, tehotenstva, či materstva. Nemocenské poistenie je súčasťou najrozsiahlejšej časti sociálneho zabezpečenia – sociálneho poistenia – na rozdiel od zdravotného poistenia, ktoré tvorí samostatné poistenie. Zo systému nemocenského poistenia sa poskytujú nemocenské dávky – nemocenské, materské, ošetrovné a vyrovnávacia dávka.

V roku 2013 došlo prvýkrát k poklesu počtu a súm vyplatených nemocenských dávok. Tento fakt sa pripisuje hlavne legislatívnym úpravám, ktoré sa dotýkajú najmä oblasti dobrovoľného nemocenského poistenia. Úpravy v tejto oblasti spôsobili pokles počtu vyplatených nemocenských dávok z tohto poistenia, čo je možné vidieť aj v súhrnných štatistikách.

Jednotlivé ekonomické subjekty platia rozdielne poistné odvody do Sociálnej poisťovne a zdravotných poisťovní. Poistné odvody do príslušných poisťovní sú taxatívne stanovené v Zákone o zdravotnom poistení, resp. Zákone o sociálnom poistení. Rozličné sú aj výdavky, ktoré príslušné poisťovne vynakladajú na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti, resp. na nemocenské dávky.

Na základe výpočtu koeficienta korelácie z výdavkov vynaložených na poistné plnenie zo zdravotného a nemocenského poistenia ako % z HDP sme dospeli k záveru, že medzi výdavkami na zdravotnú starostlivosť a výdavkami na nemocenské dávky nie je závislosť. Na základe toho sme usúdili, že nie je závislosť ani medzi zdravotným a nemocenským poistením. To svedčí aj o tom, že zdravotné a nemocenské poistenie nemožno stotožňovať. Týmto sa popiera názor, že zdravotné a nemocenské poistenie plní rovnakú úlohu.

Problém vidíme v tom, že ľudia v súčasnosti majú málo informácií o daných poisteniach. Vedia síce, že sú zdravotne a nemocensky poistení, ale nevedia, čo všetko to v sebe zahŕňa. Myslia si, že za tým všetkým je len fakt, že poisťovňa im preplatí lieky, liečenie, pobyt v nemocnici. Dôležité si je však uvedomiť, že toto vyplýva zo zdravotného poistenia, ale určite nie z poistenia nemocenského.

Pri komparácii slovenského systému zdravotného poistenia so systémami v Holandsku a Dánsku musíme skonštatovať, že slovenské zdravotníctvo je na nižšej úrovni ako zdravotníctvo Holandska a Dánska. Avšak musíme brať do úvahy aj fakt, že ekonomika Holandska a Dánska je na lepšej úrovni ako ekonomika Slovenska.

Holandský zdravotný systém považujeme za dobrý príklad efektívne fungujúceho pluralitného modelu zdravotných poisťovní. Prísna regulácia zo strany štátu bráni diskriminácii chronicky chorých a starých občanov spolu s účinnou kompenzáciou za týchto poistencov. Výhodou zdravotného systému v Holandsku je zároveň aj nízka regulácia výšky poistného, čo umožňuje konkurenciu medzi zdravotnými poisťovňami. V podmienkach SR sú rozdiely medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami bezvýznamné, keďže výška poistných odvodov je taxatívne daná zákonom.

Na rozdiel od Slovenska a Holandska, kde funguje pluralitný model zdravotných poisťovní, v Dánsku funguje jedna zdravotná poisťovňa a zdravotná starostlivosť je financovaná z daní. Dánsko sa vyznačuje vytvorením systému, ktorý je ústretový voči pacientom s vysokou efektivitou vynakladaných prostriedkov.

Holandsko a Dánsko patria medzi krajiny, v ktorých systém DRG a elektronické zdravotníctvo nie je ničím novým. Samozrejme aj zavedenie týchto „noviniek“ pomohlo ich zdravotnému systému. Preto odporúčame, aby Slovensko implementovalo systém DRG a eHealth čím skôr, čo by podporilo rozvoj systému zdravotníctva na Slovensku.

SUMMARY

We meet with opinion, that health and invalid insurance mean same but it is not true. That's why we have chosen as an object of Bachelor thesis a comparison of these two insurances. We have adverted to difference between them and sized up situation enlighten as to, why these insurances are not possible to associate oneself with views their parity.

The health insurance is incidentaled to providing of health care. On the basic of this insurance, health care is providing to insurants. On the other side, an invalid insurance is an insurance for case of pernancy loss. It functions as cash flow safety in the result of provisional disability for work, gravidity or maternity. An invalid insurance is part of the broadest section of social security – social insurance – in contrast to health insurance which makes independent insurance. Sickness benefits – invalid, maternity, compensatory amount are provided from system of invalid insurance. An invalid amount is used more frequently. At least, compensatory amount.

On the ground of calculation of coefficient correlation from charges which were expended on insurance admission by health and invalid insurance as % from GDP we have shown, that between charges on health care and charges on sickness benefits is not an addiction. We can also argue that an addiction between health and invalid insurance does not exist. On grounds that, health and invalid insurance don't fill alike function.

Slovak health is not appertained between the best health systems in the world but also Slovak health sevice cannot consider to be the worst. In research Euro Health Consumer Index Slovakia is located on 22.position from 35 European countries. From comparing of Slovak health system with health system in Netherlands and Denmark results that Slovakia is on meaner level as these 2 monitored countries.

Pluralistic model of health institutions functions in Netherlands, the same in Slovakia . In Denmark is only one health institution and fiscal model holds generally there. Netherlands and Denmark are countries, in which system DRG and eHearth operate. Of course, an application these „novelties“ has helped their health system. That's why we think, an implementation of system DRG and electronical health (eHealth) will good and promote expansion of Slovak health. We think, an implementation of system DRG and electronical health (eHealth) to Slovak will good and support health his growth .

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

BALÁŽI, P. 2012. *Komparácia systémov financovania zdravotníctva 1. časť* [online]. In *Finančné trhy*, roč. 8, 2012 [cit. 2014-04-30]. ISSN 1336-5711. Dostupné na internete:

< http://www.derivat.sk/files/casopis%202012/2012_August_Balazi_1.pdf >

BALÁŽI, P. 2012. *Komparácia systémov financovania zdravotníctva 2. časť* [online]. In *Finančné trhy*, roč. 9, 2012 [cit. 2014-04-30]. ISSN 1336-5711. Dostupné na internete:

< http://www.derivat.sk/files/casopis%202012/2012_Sept_Balazi_2.pdf >

BEŇOVÁ, E. 2007. *Financie a mena*. Bratislava: Iura Edition, spol. s.r.o., 2007. 391 s. ISBN 978-80-8078-142-2.

BJÖRNBERG, A. 2013. *Euro Health Consumer Index 2013* [online]. Sweden: Health Consumer Powerhouse, 2013 [cit. 2014-04-30]. 98 s. ISBN 978-91-980687-2-6. Dostupné na internete:

< <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf> >

CVIKOVÁ, K. 2013. *Materské – iný poistenec* [online]. In *Sociálne poistenie*, roč. 9, 2013 [cit. 2014-03-02]. Dostupné na internete:

< www.socpoist.sk/socialne-poistenie---odborny-mesacnik-socialnej-poistovne-ydm/26811s?set_subframe >

ČEJKOVÁ, V., MARTINOVIČOVÁ D., NEČAS S. 2011. *Poistný trh*. Bratislava: Iura Edition, spol. s.r.o., 2011. 222 s. ISBN 978-80-8078-399-0.

DANĚK, A., GLET, J. 2003. *Zdravotní pojištění*. Praha 3 : LINDE nakladatelství s.r.o., 2003. 95 s. ISBN 80-86131-46-7.

DOKUPILOVÁ, K. 2013. *Výpočet výšky nemocenskej dávky* [online]. In *Sociálne poistenie*, roč. 12, 2013 [cit. 2014-05-02]. Dostupné na internete:

< http://www.socpoist.sk/socialne-poistenie---odborny-mesacnik-socialnej-poistovne-ydm/26811s?set_subframe >

DRBAL, C. 2005. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha 5: Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0.

DUCHAČKOVÁ, E. 2009. *Principy pojištění a pojišťovnictví*. Praha 4 : Ekopress, s.r.o., 2009. 224 s. ISBN 978-80-86929-51-4.

EUROSTAT [online]. Statistics Database [cit. 2014-05-01]. Dostupné na internete: < http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database >

FOLTÁN, V. 2010. *Sociálna farmácia a zdravotníctvo*. Martin : Osveta, spol. s r.o., 2010. 203 s. ISBN 978-80-8063-333-2.

HPI. 2014. *Plán zaviesť jednu poisťovňu nepokračuje* [online]. In HPI, 2014 [cit. 2014-05-01]. Dostupné na internete: <<http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/10833/plan-zaviesť-jednu-poisťovnu-nepokračuje.html> >

HUDECOVÁ, D. 2013. *Dávky od štátu dostáva čoraz viac ľudí. Klesá len počet nemocenských*. In *Pravda*, XXIII/171. s. 15-19.

HULANSKÁ, D. 2013. *Nemocenské dávky – 1.časť* [online]. In *Sociálne poistenie*, roč. 3, 2013 [cit. 2013-11-04]. Dostupné na internete: <<http://www.socpoist.sk/socialne-poistenie---odborny-mesacnik-socialnej-poistovne-ydm/26811s> >

HVOJNÍK, I. 2000. *Nemocenské poistenie v praxi*. Bratislava: Práca, 2000. 191 s. ISBN 80-7094-340-2.

IVANIŠOVÁ, A. 2013. *Nemocenské dávky – 2.časť* [online]. In *Sociálne poistenie*, roč. 5, 2013 [cit. 2013 – 11 - 04]. Dostupné na internete: <<http://www.socpoist.sk/socialne-poistenie---odborny-mesacnik-socialnej-poistovne-ydm/26811s> >

KOVÁČ, E. 2009. *Zdravotné poistenie*. Bratislava: Herba, spol. s r.o., 2009. 96 s. ISBN 978-80-89171-62-0.

KOVÁČIK, M. a kol. 2006. *Zdravotné poistenie a zdravotné poisťovne* [online]. [cit.2011-03-05]. Dostupné na internete:
<http://www.instasa.sk/index_files/dokument/asa_dikusForum/konferencia_reduta/publikacia/text.pdf >

MIHÁL, J. 2013. *Sociálne a zdravotné poistenie* [online]. In *Trend* [cit. 2014-02-18]. Dostupné na internete:
<<http://blog.etrend.sk/mihalblog/socialne-a-zdravotne-poistenie-zmeny-v-odvodoch-od-112014.html> >

MUŽIK, R. 2013. *Prepoisťovanie 2013: historický úspech VŠZP* [online]. In *HPI* [cit. 2014-05-01]. Dostupné na internete:
<<http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/10561/prepoistovanie-2013-historicky-uspech-vszip.html> >

NĚMEC, J. 2008. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Havlíčkův Brod, a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

SOCIÁLNA POISŤOVŇA [online]. *Nemocenské poistenie* [cit. 2014-05-01]. Dostupné na internete:
< <http://www.socpoist.sk/nemocenske-poistenie-khe/48005s> >

STANEK, V. 2005. *Ekonomika zdravotníctva*. Bratislava: Ekonóm, 2005. 224 s. ISBN 80-225-1996-0.

STRANDBERG-LARSEN, M. 2007. *Health Systems in Transition* [online]. United Kingdom: Elias Mossialos, 2007 [cit. 2014-02-18]. 162 s. ISSN 1817-6127. Dostupné na internete:
< http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/80581/E91190.pdf >

ŠEBO, J., ŠTRANGFELDOVÁ, J. 2008. *Sociálne poistenie*. Banská Bystrica: Občianske združenie Ekonómia, 2008. 164 s. ISBN 978-80-8083-642-9.

ŠKROVÁNKOVÁ, L., ŠKROVÁNKOVÁ, P. 2010. *Dôchodkové, zdravotné a nemocenské poistenie*. Bratislava: Ekonóm, 2010. 126 s. ISBN 978-80-225-2924-2.

ŠSTATISTICKÝ ÚRAD SR [online]. 2014 [cit. 2014-05-01]. Dostupné na internete: <http://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/themes/demography/social/indicators!/ut/p/b1/jZDLDoIwEEU_qZdSXsuCUmoI8hDFbgwLYzACLozfbyGsTCzObtJzemeGKNiQNbTv7ta-unFoH1Ov3EvhST8MLQ7f8QCZVTVwrICUauCsAfwoji8_K7eQB56LcscsMGfxDcDkx1VOecBEtCn3sX6OqF-ILgWsxY8ET5iXAn4qHEie1GVQ2Da4_d_8hgBTvnBXfA2s5J-ImhHTBjNgOvHakZR5irUf9BZZMvZX8uxrXQ06eWcfzhuO3Q!!/dl4/d5/L2dJQSEvUUt3QS80SmtFL1o2X1E3SThCQjFBMDg1NzAwSU5TVTAwVlMwMEoy/>

WHO [online]. Databázy [cit. 2014-05-01]. Dostupné na internete: <<http://data.euro.who.int/hfadb/>>

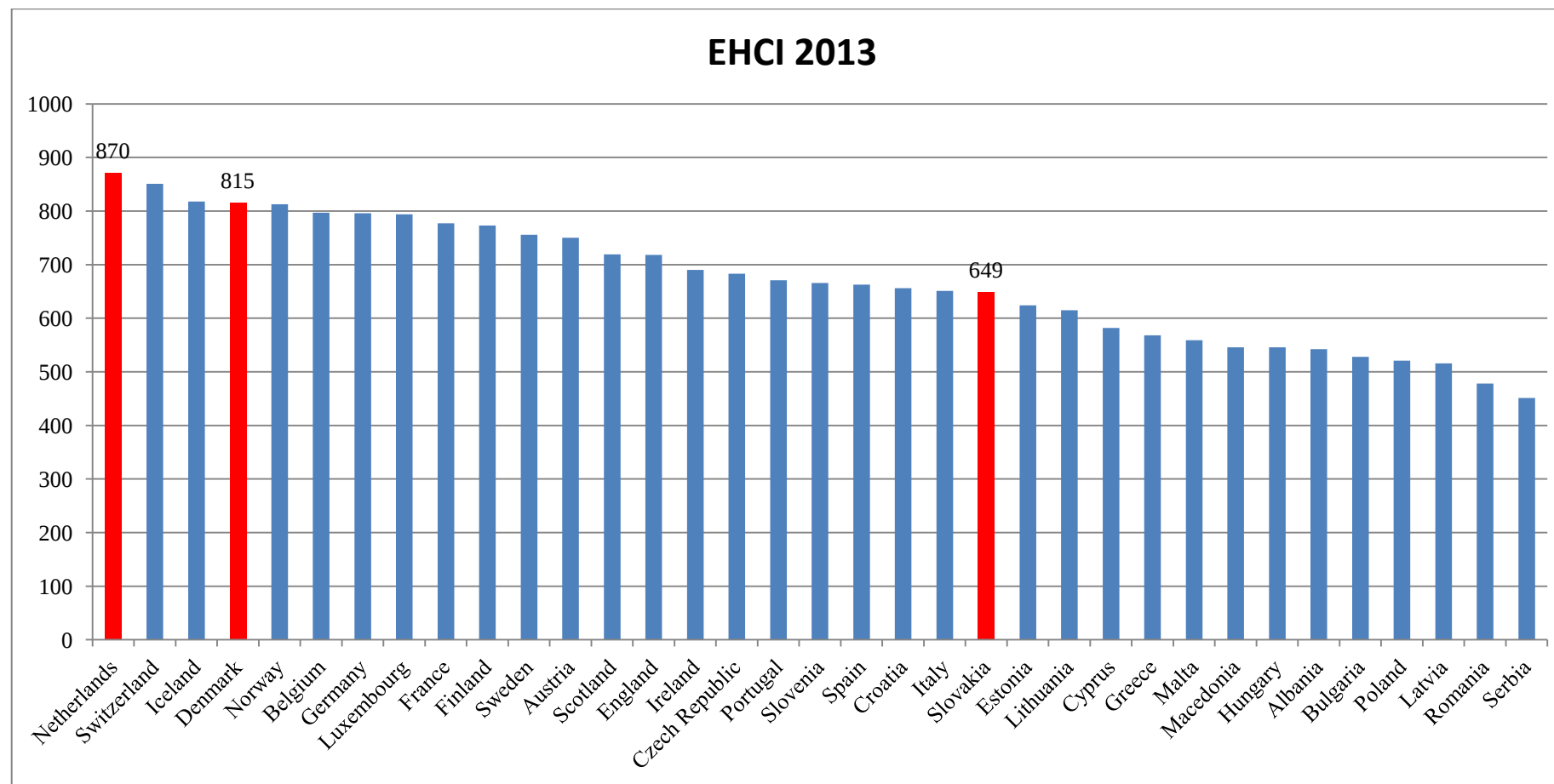
Zákon č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení účinný od 1.4.2012. Bratislava: Iura Edition, 2012. 299 s. ISBN 978-80-8078-468-3.

Zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov s účinnosťou od 1.10.2013.

PRÍLOHY

Príloha 1 Výsledky prieskumu Euro Health Consumer Index za rok 2013	52
---	----

Príloha 1 Výsledky prieskumu Euro Health Consumer Index za rok 2013



Zdroj: vlastné spracovanie na základe správy Health Consumer Powerhouse