

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE



PODNIKOVÁ EKONOMIKA

Vysoká škola ekonomie a managementu

info@vsem.cz / www.vsem.cz

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE/TITLE OF THESIS

Veřejné a soukromé výdaje na zdravotnictví – evaluace vybraných zemí (4 země)

TERMÍN UKONČENÍ STUDIA A OBHAJOBA (MĚSÍC/ROK)

Červen / 2016

JMÉNO A PŘÍJMENÍ / STUDIJNÍ SKUPINA

Pavel Nováček / PPE07

JMÉNO VEDOUCÍHO BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Ing. Robin Maialeh

PROHLÁŠENÍ STUDENTA

Odevzdáním této práce prohlašuji, že jsem zadanou bakalářskou práci na uvedené téma vypracoval samostatně a že jsem ke zpracování této bakalářské práce použil pouze literární prameny v práci uvedené.

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

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

Datum a místo: V Praze dne 27.4.2016

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych tímto poděkoval mému vedoucímu bakalářské práce, za metodické vedení a odborné konzultace, které mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Vysoká škola ekonomie a managementu

info@vsem.cz / www.vsem.cz

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

SOUHRN

1. Cíl práce:

Určení nejefektivnějšího systému financování zdravotnictví vybraných zemí na základě analýzy dat.

2. Výzkumné metody:

Analýza veřejných a soukromých výdajů na zdravotnictví dle dat World Databank, Eurostatu a OECD.

3. Výsledky výzkumu/práce:

Očekávaná délka života stoupá společně s výší výdajů na zdravotnictví v % HDP. Nejefektivnější systém z pohledu podílu veřejných a soukromých financí má Česká republika. Tento systém podporuje dostupnost zdravotní péče.

4. Závěry a doporučení:

Nejefektivnější systém vzhledem k podílu veřejných a soukromých výdajů je možné považovat systém využívaný Českou republikou. Bylo dokázáno, že délka života při narození stoupá spolu s výší celkových výdajů v % HDP. Doporučením je zvýšení procentních výdajů HDP na zdravotnictví.

KLÍČOVÁ SLOVA

Délka života
Dětská úmrtnost
Soukromé výdaje
Veřejné výdaje
Zdravotní péče

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

SUMMARY

1. Main objective:

Define the most efficient system of healthcare financing in selected countries on the basis of data analysis.

2. Research methods:

The data analysis of public and private expenditure on health by the World Databank data, Eurostat and OECD

3. Result of research:

Life expectancy has risen along with the amount of expenditure on health as% of GDP. The most effective system in terms of the proportion of public and private finance, the Czech Republic. This system supports access to health care

4. Conclusions and recommendation:

The most efficient system due to the contribution of public and private expenditure can be considered a system used by the Czech Republic. It has been proven that life expectancy at birth is increasing along with the amount of total expenditure as% of GDP. The recommendation is to increase the percentage of GDP spending on health care

KEYWORDS

Healthcare
Infant mortality
Life expectancy
Private expenditure
Public expenditure

JEL CLASSIFICATION

I11 Analysis of Health Care Markets
H51 Government Expenditures and Health
I18 Government Policy • Regulation • Public Health

Vysoká škola ekonomie a managementu

info@vsem.cz / www.vsem.cz

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:	Pavel Nováček
Studijní program:	Ekonomika a management (Bc.)
Studijní obor:	Podniková ekonomika
Studijní skupina:	PPE 07
Název BP:	Veřejné a soukromé výdaje na zdravotnictví – evaluace vybraných zemí (4 země)
Zásady pro vypracování (stručná osnova práce):	<ol style="list-style-type: none">Úvod<ol style="list-style-type: none">Cíl práce a metodika práceTeoretická část práce<ol style="list-style-type: none">Princip fungování zdravotních systému ve vybraných zemíchPraktická část<ol style="list-style-type: none">Analýza veřejných výdajů na zdravotnictví ve vybraných zemíchAnalýza soukromých výdajů na zdravotnictví ve vybraných zemíchPorovnání jednotlivých souborů výdajůFormulování závěru a doporučeníZávěr
Seznam literatury: (alespoň 4 zdroje)	<ul style="list-style-type: none">DURDISOVÁ, J. <i>Sociální politika v ekonomické praxi</i> : (vybrané problémy). Vyd. 1. Praha : Oeconomica, 2005, 246 s. ISBN 80-245-0850-8.KUBÁTOVÁ, K. <i>Daňová teorie a politika</i>. 3., přeprac. vyd. Praha : ASPI, 2003, 225 s. ISBN 80-863-9584-7.STIGLITZ, Joseph E. <i>Ekonomie veřejného sektoru</i>. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1997, 661 s. ISBN 80-716-9454-1.VANČUROVÁ, A., KLAZAR, S. <i>Sociální a zdravotní pojištění : úvod do problematiky</i>. Vyd. 1. Praha : ASPI, 2005, 95 s. Vzdělávání a certifikace účetních. ISBN 80-735-7102-1.
Harmonogram	<ul style="list-style-type: none">Zpracování cílů a metodiky do 15. 2. 2016Zpracování teoretické části do 15. 3. 2016Zpracování výsledků 10. 4. 2016Finální verze do 30. 4. 2016
Vedoucí práce:	Ing. Robin Maialeh

Prof. Ing. Milan Žák, CSc.
rektor

V Praze dne 30. 1. 2016

Prof. Ing.
Milan
Žák CSc.

Digitálně podepsal Prof. Ing. Milan Žák CSc.
DN: c=CZ, cn=Prof. Ing. Milan Žák CSc., o=Vysoká škola ekonomie a managementu, o.p.s., title=Rektor, serialNumber=ICA-10340169, serialNumber=DCCZ113308764
Datum: 2016.01.30 11:25:45 +01'00'

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Obsah

1. Úvod.....	1
1.1 Výzkumný problém.....	2
1.2 Výzkumné otázky.....	2
1.3 Metody.....	2
1.3.1 Kriteria výběru zdrojů a dat.....	2
1.3.2 Databáze použité pro vyhledávání.....	3
1.3.3 Kritéria vyhledávání.....	3
2. Teoretická část.....	3
2.1 Aktuální stav řešené problematiky.....	3
2.2 Princip fungování systémů financování zdravotnictví ve vybraných zemích.....	7
2.2.1 Princip fungování financování v České republice.....	7
2.2.2 Princip fungování financování na Slovensku.....	9
2.2.3 Princip fungování financování ve Spolkové republice Německo.....	10
2.2.4 Princip fungování financování ve Francouzské republice.....	12
3. Praktická část.....	14
3.1 Analýza veřejných výdajů na zdravotnictví ve vybraných zemích.....	16
3.2 Analýza soukromých výdajů na zdravotnictví ve vybraných zemích.....	19
3.3 Porovnání jednotlivých souborů výdajů.....	23
3.4 Aplikace nejefektivnějšího systému v podmínkách ČR.....	29
4. Závěr a doporučení.....	31

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Seznam zkratek

ČR – Česká republika

FRA – Francouzská republika

HDP – hrubý domácí produkt

IEEE – Institut pro etnika a vznikající technologie

IMR – ukazatel kojenecké úmrtnosti

LE 65 – ukazatel na dožití 65 let

LEB – ukazatel délky života při narození

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OECD - Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

SRN – Spolková republika Německo

USD – americký dolar

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WOS – databáze vědění

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Seznam grafů

Graf 1 Výdaje na zdravotnictví – Česká republika (World Databank, 2016).....	8
Graf 2 Výdaje na zdravotnictví ve Slovenské republice (World Databank, 2016).....	10
Graf 3 Výdaje na zdravotnictví ve Spolkové republice Německo (World Databank, 2016) ...	11
Graf 4 Výdaje na zdravotnictví ve Francouzské republice (World Databank, 2016)	13
Graf 5 Výdaje na 1 obyvatele v USD (World Databank, 2016)	14
Graf 6 Procento populace s veřejným zdravotním pojištěním (World Databank, 2016)	18
Graf 7 Výdaje na obyvatele v USD (World Databank, 2016)	19
Graf 8 Srovnání výdajů z vlastní kapsy občanů jako procento soukromých a jako procento celkových výdajů (World Databank, 2016).....	21
Graf 9 Procento populace se soukromým zdravotním pojištěním (World Databank, 2016)....	22
Graf 10 Porovnání výdajů České republiky s celkovými výdaji zkoumaných států v % HDP (World Databank, 2016)	23
Graf 11 Porovnání výdajů Slovenské republiky s celkovými výdaji zkoumaných států v % HDP (World Databank, 2016)	24
Graf 12 Porovnání výdajů Francouzské republiky s celkovými výdaji zkoumaných států v % HDP (World Databank, 2016)	25
Graf 13 Porovnání výdajů Francouzské republiky s celkovými výdaji zkoumaných států v % HDP (World Databank, 2016)	25
Graf 14 Vývoj očekávané délky života při narození (World Databank, 2016)	26
Graf 15 Vývoj naděje na dožití 65 a více let (World Databank, 2016).....	27
Graf 16 Vývoj kojenecké úmrtnosti pro jednotlivé země (World Databank, 2016)	28
Graf 17 Podíl veřejných a soukromých výdajů na zdravotnictví v modelovém schématu	29

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

Seznam tabulek

Tab. 1 Srovnání ukazatele LEB (EUROSTAT, 2015)	4
Tab. 2 Srovnání ukazatele LE-65 (EUROSTAT, 2015).....	5
Tab. 3 Srovnání ukazatele IMR (EUROSTAT, 2015)	5
Tab. 4 Celkové výdaje na zdravotní péči v České republice (ÚZIS, 2015)	7
Tab. 5 Výdaje na zdravotnictví na obyvatele v USD (World Databank, 2016)	14
Tab. 6 Celkové výdaje na zdravotnictví jednotlivých států v HDP (World Databank, 2016)..	15
Tab. 7 Veřejné výdaje na zdravotnictví vyjádřené v % HDP (World Databank, 2016)	16
Tab. 8 Veřejné výdaje v % vládních výdajů (World Databank, 2016)	16
Tab. 9 Veřejné výdaje v % celkových výdajů na zdravotnictví (World Databank, 2016).....	17
Tab. 10 Soukromé výdaje na zdravotnictví v % HDP (World Databank, 2016).....	19
Tab. 11 Výdaje z vlastní kapsy občanů % celkových výdajů na zdravotnictví (World Databank, 2016)	20
Tab. 12 Procentuální vyjádření ze soukromých výdajů na zdravotnictví (World Databank, 2016).....	20
Tab. 13 Modelové hodnoty výdajů na zdravotní péči v % HDP	28

1. Úvod

Financování zdravotnictví je komplexní problematikou promítající se v řadě oblastí. Dotýká se veřejných i soukromých výdajů, ovlivňuje systémy zdravotní péče, roli v problematice hrají instituce zemí a sociální faktory, ale i aktivity rozvojové pomoci v oblasti zdraví. I přes tlak na sjednocování legislativy a systémů v rámci Evropské unie, volí země rozdílné přístupy k systému zdravotnictví, a rovněž přidělují rozdílné výše financí do sektoru. Je možné tvrdit, že finance ve zdravotnictví mají dopad na úroveň veřejného zdraví v zemi. Potřeba financí ve zdravotnictví se každoročně zvyšuje, především vzhledem k rozvoji technologií a inovacím v oblasti léčiv. Na potřebě zvyšování výdajů v oblasti zdravotnictví se podepisují rovněž globální problémy, které plynou z rychlého zvyšování životní úrovně, zvyšování věku dožití a snižující se porodnosti. Jedná se o stárnutí populace, které se jeví být problémem vyžadujícím systémový přístup k řešení.

V současnosti je značně diskutován dopad veřejných výdajů ve zdravotnictví na zdravotní důsledky, které jsou rozhodnutími v této oblasti ovlivňovány. Je identifikováno několik demografických ukazatelů, pomocí kterých je možné sledovat dopad systémů zdravotnictví na obyvatelstvo. Mărginean (2014) prokazuje, že na základě srovnání výdajů jednotlivých zemí a výsledků ukazatelů, je možné posuzovat efektivitu systému.

Tato práce se zaměřuje specificky na oblast veřejných a soukromých výdajů ve zdravotnictví ve zvolených zemích. Teoretická část práce představuje obecný přehled údajů o systémech a výdajích na zdravotnictví, a dále konkrétní přístupy k financování zdravotnictví v České republice, Slovenské republice, Spolkové republice Německo a Francouzské republice. Praktická část práce analyzuje konkrétní data z oblasti financování zkoumaných zemí, která dále srovnává a pokládá do kontextu vybraných demografických ukazatelů, aby odhalila nejefektivnější ze zkoumaných systémů a představila možnosti jeho aplikace v prostředí České republiky.

Práce si klade za cíl určit nejefektivnější systém financování zdravotnictví na základě rešerše dat vybraných zkoumaných zemí. Cíle bude dosaženo za pomoci shromáždění základních teoretických data o problematice veřejných a soukromých výdajů a představení výsledků rešerše konkrétních finančních údajů České republiky, Slovenské republiky, Spolkové republiky Německo a Francouzské republiky v oblasti výdajů ve zdravotnictví. Praktickým výstupem této práce bude odhalení nejefektivnějšího systému financování zdravotnictví na základě analýzy dat zkoumaných zemí a představení možnosti jeho aplikace v prostředí České republiky.

1.1 Výzkumný problém

Přístupy jednotlivých zkoumaných zemí k systému financování zdravotnictví jsou známy, jsou rovněž k dispozici data představující konkrétní sumy výdajů na zdravotní péči. Je možné stanovit hodnoty řady ukazatelů vedoucích k definování výsledků zdravotnictví v jednotlivých zemích. Z výzkumů a studií provedených v posledních letech vyplývá, že výše veřejných výdajů, a rovněž systém správy oblasti zdravotnictví se do jisté míry podepisuje na hodnotách těchto ukazatelů. Je tedy předpokládáno, že analýzou dat je možné zjistit, který ze systémů zdravotnictví, a jaké objemy výdajů na zdravotnictví, představují největší benefit. Nejeftivnější systém ze zkoumaných, tedy zjištěné výše výdajů, a rovněž složení výdajů, je pak možné obecně doporučit.

1.2 Výzkumné otázky

V rámci této práce budou zodpovězeny následující otázky:

1. Jaké existují rozdíly mezi způsoby a výší financování zdravotnictví ve zkoumaných zemích?
2. Který ze systémů financování zdravotnictví ve zkoumaných zemích je možné na základě analyzovaných ukazatelů považovat za nejvíce efektivní?

1.3 Metody

Teoretickou část práce tvoří rešerše zdrojů. Je provedena rešerše aktuálních poznatků o systému veřejného a soukromého financování zdravotnictví v České republice, Slovenské republice, Spolkové republice Německo a Francouzské republice.

Praktická část práce je realizována formou analýzy konkrétních veřejných a soukromých výdajů v jednotlivých zkoumaných zemích. Hodnoty výdajů zemí jsou dále srovnávány se zjištěnými demografickými ukazateli. Jedná se o ukazatel očekávané délky života při narození (LEB), ukazatel naděje na dožití 65 let (LE-65) a ukazatel kojenecké úmrtnosti (IMR). Výstupem praktické části práce je odhalení země s nejvíce efektivním systémem financování zdravotní péče.

1.3.1 Kriteria výběru zdrojů a dat

Metodika práce byla zvolena na základě rešerše zdrojů. K zajištění srovnání hodnot bylo využito ekonomických ukazatelů jednotlivých států. Na základě rešerše empirických studií byly identifikovány demografické ukazatele a ekonomické ukazatele vhodné k ověření a zodpovězení výzkumných otázek. Tyto ukazatele jsou nejvíce prezentované ukazatele používány statistickými úřady jednotlivých států Evropské unie potažmo Eurostatem.

Sledované demografické ukazatele: očekávaná délka života při narození (LEB), ukazatel naděje na dožití 65 let a více (LE-65), ukazatel kojenecké úmrtnosti (IMR).

Sledované ekonomické hodnoty a ukazatele: výdaje na zdravotnictví na obyvatele (v US \$), celkové výdaje na zdravotnictví (v % HDP), veřejné výdaje na zdravotnictví (v % HDP), veřejné výdaje na zdravotnictví (v % vládních výdajů), veřejné výdaje na zdravotnictví (v % celkových výdajů na zdravotnictví), soukromé výdaje na zdravotnictví (v % HDP).

Cílem rešerše aktuálního stavu řešené problematiky je získání komplexního přehledu o provedených empirických výzkumech týkajících se oblasti veřejného a soukromého financování zdravotnictví v České republice, Slovenské republice, Spolkové republice Německo a Francouzské republice a dále o hodnotách dopadů a efektivity přístupů jednotlivých těchto zemí.

1.3.2 Databáze použité pro vyhledávání

K vyhledávání relevantních zdrojů bylo využito databází Web of Knowledge (WoS), IEEE – IET, Scopus, ScienceDirect.

K vyhledávání dat bylo dále využito databází World DataBank, OECD, European Commission, EUROSTAT, MZČR, ÚZIS.

1.3.3 Kritéria vyhledávání

K vyhledávání je využito katalogů informačních zdrojů a dat. Získané výsledky vyhledávání jsou filtrovány dle kritéria data publikace textu. Za aktuální jsou považovány studie a výzkumy z let 2009 – 2016. Použity jsou texty v anglickém a českém jazyce.

Jsou posuzována data zemí z období let 2006 – 2013. Data pro získání ukazatelů z let 2014 a 2015 nejsou v řadě případů doposud k dispozici.

2. Teoretická část

Cílem rešerše aktuálního stavu řešené problematiky je získání komplexního přehledu o dosažených poznatcích v oblasti veřejného a soukromého financování zdravotnictví a jejich dopadů. Kapitola dále představuje systémy zdravotní péče a systémy financování zdravotnictví v jednotlivých zkoumaných zemích.

2.1 Aktuální stav řešené problematiky

Studie provedená v roce 2015 prokazuje, že 95 % z detekovaných rozdílů v úmrtnosti, mezi různými státy světa, lze vysvětlit především rozdíly v dostupnosti financí v dané zemi (Ssozi, 2015). Financování zdravotnictví a systém zdravotnictví v jednotlivých zemích se podílí na zdravotním stavu obyvatel především prostřednictvím dostupnosti zdravotní péče (Briggs, 2013). Existuje významný vliv zásahů veřejné správy do oblasti zdravotnictví, veřejné výdaje na zdravotnictví snižují úmrtnost v zemích, kde veřejná správa pracuje efektivně (Ssozi, 2015). Je nutné podotknout, že financování zdravotní péče a finanční prostředky ve zdravotnictví jsou zpravidla analyzovány zcela odděleně, mezi těmito proměnnými ovšem existují určité interakce. Na kvalitu financování zdravotní péče má vliv optimální zdanění příjmů, proporcionalita daně z příjmů a pojistné (Nuscheler, 2015). Ssozi dále uvádí, že někteří autoři se rovněž domnívají, že zdraví je ovlivňováno především výší příjmů na občana v zemi.

Ze srovnání jednotlivých států Evropské unie provedeného v roce 2014 vyplývá, že existují významné rozdíly mezi jednotlivými členskými státy v oblasti úrovně veřejných výdajů na zdravotnictví, a zároveň jsou tak různé i vztahy mezi vstupy a výstupy systému. Je možné zaznamenat, že nejvíce rozvinuté země přidělují největší množství zdrojů do této oblasti a dosahují tak nejvyššího výkonu v oblasti zdravotnictví (Mărginean, 2014).

V souvislosti s financemi v oblasti zdraví jsou diskutovány problémy financování zdravotního systému, finanční důsledky špatného zdravotního stavu pro jednotlivé občany a platby za

zdravotnické služby. Cílem systémů financování je tedy optimalizovat využívání zdrojů. Je tak možné tvrdit, že nerozhoduje pouze množství využitých finančních zdrojů, ale rovněž způsob jejich využití (Briggs, 2013).

Na výsledcích systému se však podílejí i další faktory, kterými jsou samotná správa systému, chování obyvatel, životní styl a stravovací návyky. Dopady využívání veřejných zdrojů v oblasti zdravotnictví je možné prokazovat pomocí statistik, zpráv z oblastí veřejného zdravotnictví, a dále ukazatelů v podobě očekávané délky života při narození, tedy Life expectancy at birth (LEB), ukazatele naděje na dožití 65 let (LE-65) a ukazatele kojenecké úmrtnosti, tedy Infant mortality rate (Mărginean, 2014).

Tabulka 1 Srovnání ukazatele LEB

Zkoumaná země	Očekávaná délka života při narození (v letech)								
	Rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Česká republika		76,6	77,0	77,3	77,4	77,7	78,0	78,1	78,3
Slovenská republika		74,5	74,6	74,9	75,3	75,6	76,1	76,3	76,6
Spolková republika Německo		79,9	80,1	80,2	80,3	80,5	80,8	81,0	80,9
Francouzská republika		80,9	81,3	81,4	81,5	81,8	82,3	82,1	82,4

Zdroj: Očekávaná délka života při narození v letech (EUROSTAT, 2015)

Tabulka číslo 1 představuje srovnání ukazatele LEB v jednotlivých zkoumaných zemích mezi lety 2006 až 2013. Jak můžeme v tabulce číslo 1 vidět, tak ve všech sledovaných státech dochází k nárůstu očekávané délky života. Nejhuře je na tom s očekávanou délkou života Slovenská republika, kterou následuje Česká republika. Na druhém místě v tomto sledovaném ukazateli se umístila Spolková republika Německo. Prvenství v očekávané délce života drží s náskokem skoro 4 let na Českou republiku, republika Francouzská.

Na následující tabulce číslo 2 můžeme vidět ukazatel LE – 65, což je naděje na dožití věku 65 let. Ukazatel je srovnáván mezi lety 2006 až 2013. Jak můžeme na tomto grafu vidět, tak nejmenší procentuální šanci na dožití věku 65 let mají na Slovensku. Mezi lety 2006 až 2013 byl trend stoupající, to znamená, že v roce 2006 byla šance na dožití na Slovensku necelých 74% v roce 2013 již skoro 82%. Jako protiklad můžeme dát Francouzskou republiku, kde ve sledovaném roce 2006 byla naděje na dožití 80%, což je o 6% více než na Slovensku.

V roce 2013, který je poslední sledovaným rokem ve Francouzské republice, byla již šance na dožití 65 let téměř 82%, což již je stejné jako ve Slovenské republice. Česká republika měla ve sledovaném období od roku 2006 hodnoty od 76% a v konečném roce sledování měla 77,5%. Spolková republika Německo, měla ukazatel LE- 65 od hodnot 79% do 80%.

Tabulka 2 Srovnání ukazatele LE-65

Zkoumaná země	Naděje na dožití 65 let a více (v %)							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rok								
Česká republika	76	76,6	76,5	76,6	76,9	77,2	77,4	77,5
Slovenská republika	73,9	74	74,4	74,8	75	75,5	75,7	81,7
Spolková republika Německo	79,2	79,4	79,5	79,6	79,8	80,1	80,2	80,2
Francouzská republika	80,3	80,6	80,7	80,9	81,1	81,6	81,4	81,7

Zdroj: Naděje na dožití 65 let a více let (EUROSTAT, 2015)

Další tabulka číslo 3 představuje srovnání ukazatele IMR v jednotlivých zkoumaných zemích v letech 2006 až 2013. Jak můžeme v této tabulce vidět, tak v České republice od roku 2006 do roku 2013, klesá kojenecká úmrtnost na 1000 živě narozených dětí. Dalším státem s nízkou kojeneckou úmrtností je Spolková republika Německo, kde se úmrtnost na 1000 obyvatel snížila z 3,8 na 3,3 v posledním sledovaném roce. Nejhorší kojeneckou úmrtnost na 1000 obyvatel má Slovenská republika v posledním roce skoro 5,5 na 1000 živě narozených.

Tabulka 3 Srovnání ukazatele IMR

Zkoumaná země	Kojenecká úmrtnost (na 1000 živě narozených)							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rok								
Česká republika	3,3	3,1	2,8	2,9	2,7	2,7	2,6	2,5
Slovenská republika	6,6	6,1	5,9	5,7	5,7	4,9	5,8	5,5
Spolková republika Německo	3,8	3,9	3,5	3,5	3,4	3,6	3,3	3,3
Francouzská republika	3,8	3,8	3,8	3,9	3,6	3,5	3,5	3,6

Zdroj: Kojenecká úmrtnost (EUROSTAT, 2015)

Za účelem snížení nákladů ve zdravotních systémech je často aplikován finanční příspěvek pacientů požadovaný pro možnost využívání služeb zdravotní péče (Lundy, 2009).

Požadavek příspěvku na zdravotní péči vyžaduje finanční plánování pacientů. Ve věci připravenosti občanů na nutnost spoluúčasti na financování zdravotní péče byla v roce 2016 provedena studie, ve které byla posuzována účinnost chování pacientů na vzorku žen v prostředí Austrálie. Z výzkumu vyplývá, že účinnost finančních opatření v podobě investičních a spořicíh produktů je spojena s vyšší efektivitou, než ta, která je spojena s produkty souvisejícími se zadlužením pacienta. Vysoká účinnost obvykle korelovala rovněž s vyšší finanční gramotností respondenta (Farrell, 2016).

Finanční příspěvky představují částky, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, či zdravotních plánů, dle systému v dané zemi. Tyto formy spoluúčasti pacienta na léčbě zahrnují například paušální částky, které musí spotřebitel zaplatit za služby, či zboží, dále se může jednat o procento z ceny léčby, dále například částky, které musí spotřebitel zaplatit pro dané časové období (Lundy, 2009).

Kromě vyjmenovaných nákladů mohou osobám vzniknout i další náklady na zdravotní péči, které je možné označit jako nepřímé. V tomto případě se může jednat o příplatky za služby, které nejsou zahrnuty v určitém zdravotním plánu, dále náklady k uhrazení částky přesahující limit na léčbu či na léky, dále se může jednat o příplatky v případě, že pacient navštíví přímo specialistu, ačkoliv jeho zdravotní plán vyžaduje primárně navštívit všeobecného lékaře, dále se může jednat o služby, na které se nevztahuje zdravotní plán či zdravotní pojištění, a dále pak o speciální položky zdravotního pojištění (Lundy, 2009).

Spoluúčast pacienta je rozporuplným tématem ve všech zemích, neboť zahrnuje obtížné politické rozhodování o přijatelném množství plateb tak, aby byla nástrojem pro zlepšování zdravotní péče v zemi, ale zároveň nepředstavovala přílišné finanční zatížení poplatníků (Pražmová, 2014). Systém zdravotní péče má rozhodující význam pro dosažení národních a mezinárodních politických cílů. Volba systému financování by se tak měla odvíjet od formy systému zdravotní péče (Normand, 2008).

Zdravotní pojištění vede k vyšší pravděpodobnosti léčby nepřenosných nemocí ve skupinách osob s nižšími a středními příjmy. Jeho cílem je zmírnit socioekonomické rozdíly a nutnost půjček a prodejů majetku v souvislosti s platbou zdravotní péče (El-Sayed, 2015). Normand (2008) tvrdí, že na vývoji zdravotního systému se značně podepisuje kultura země a její historie.

2.2 Princip fungování systémů financování zdravotnictví ve vybraných zemích

2.2.1 Princip fungování financování v České republice

Česká republika využívá systém veřejného zdravotního pojištění. V posledních letech byla největší snaha o změnu systému skrze regulační poplatky. V roce 2008 byly zavedeny tzv. regulační poplatky, které následně prošly značným vývojem. Reforma v roce 2008 přinesla i další změny, například v podobě ochranného limitu, který má zajistit dostupnost péče pro chronicky nemocné a zároveň pro sociálně znevýhodněné osoby. Reformu je možné považovat za významnou, neboť zavádí do systému spoluúčast pacientů, která dříve nebyla zohledňována (Pražmová, 2014).

V České republice je zdravotní péče financována primárně ze zdrojů veřejných, mezi ty patří prostředky z fondu veřejného zdravotního pojištění, prostředky státních fondů, místní rozpočtové prostředky krajů a obcí. Prostředky z veřejného zdravotního pojištění činí zhruba 77 % ze všech výdajů na zdravotnictví, státní fondy a místní rozpočty pak tvoří zhruba 7 %, celkem 16 % je pak možné počítat za soukromé zdroje (Pražmová, 2014).

V České republice tvoří náklady na zdravotní péči necelých 8 % hrubého domácího produktu (Pražmová, 2014).

Výběr prostředků zajišťuje v České republice stát, veřejné zdravotní pojišťovny a poskytovatelé služeb. Stát využívá způsobu výběru přímých a nepřímých daní, zdravotní pojišťovny pak získávají prostředky formou zákonného pojistného, poskytovatelé zdravotních služeb získávají prostředky formou přímých plateb (Vepřek, 2010).

Následující tabulka číslo 4 představuje celkové výdaje na zdravotní péči v České republice. Tyto celkové výdaje jsou rozdělené na výdaje zdravotního pojištění, státních a místních rozpočtů a výdajů soukromých.

Tabulka 4 Celkové výdaje na zdravotní péči v České republice

	Celkové výdaje na zdravotní péči v České republice (v milionech Kč)							
Rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Zdravotní pojištění	174200	183713	197280	217658	222500	225545	230371	229905
Státní a místní rozpočty	22828	22851	21493	26034	20781	16863	15647	16657
Soukromé výdaje	29783	35370	45801	47954	45754	46376	46719	44381
Celkové výdaje	226811	226934	264574	291646	289035	288784	292737	290943

Zdroj: Celkové výdaje na zdravotní péči v České republice (ÚZIS, 2015)

Jak můžeme vidět, tak výdaje na zdravotní péči v České republice mají vzestupný charakter.

U výdajů soukromých je zajímavé se podívat mezi roky 2007 -2008, jaký dopad mělo zavedení regulačních poplatků. Můžeme zde vidět, že nárůst byl o 100 mil. Kč ve výdajích, které jsou soukromého charakteru.

Přerozdělení prostředků slouží k přizpůsobení objemu zdrojů rizikové struktury pojištěnců. V České republice se uplatňuje tzv. stoprocentní přerozdělení. Specifická je situace u pacientů s vysoce nákladnými diagnózami. Pojišťovněm je zpětně uhrazeno 80 % z nákladů, o které roční léčení překročilo hranici třiceti násobku nákladů na běžného pojištěnce (Vepřek, 2010). Veřejné zdravotní pojištění je možné považovat za nejdůležitější složku financování v tomto systému, je řešeno jako povinné pro všechny osoby, které mají trvalý pobyt v zemi, ale rovněž pro cizince zaměstnané subjektem se sídlem na území České republiky (Pražmová, 2014). Každý jedinec je pojištěn zcela zvlášť, není možné využít statutů, jakými jsou rodinná pojištění, známá z jiných zemí. Komerční pojištění hraje v České republice pouze okrajovou roli, v tomto prostředí je zpravidla využíváno cizinci, kteří zde působí bez toho, aby byli občany či zaměstnanci subjektů se sídlem na území České republiky. Komerční pojištění je dále využíváno jako cestovní (Vepřek, 2010).

Následující graf číslo jedna představuje výdaje na zdravotnictví v České republice dle zdroje jejich původu vyjádřené v procentech z celkových výdajů na zdravotnictví. Jak můžeme na tomto grafu vidět, tak přes 80% všech výdajů ve sledované období jde z veřejných financí. V roce 2008, kdy byli zavedeny regulační poplatky, tak procento spoluúčasti občanů stoupá a to i přes to, že regulační poplatky již byly zrušeny.

Graf 1 Výdaje na zdravotnictví v České republice



Zdroj: Výdaje na zdravotnictví – Česká republika (World Databank, 2016)

2.2.2 Princip fungování financování na Slovensku

Slovenská republika využívá veřejné zdravotní pojištění, v rámci kterého získává pojistné od jednotlivých osob ve státě, které dále přerozděluje mezi poskytovatele zdravotního pojištění. Na Slovensku tak existuje odvodový model a pluralita zdravotních pojišťoven (Úrad vlády SR, 2016).

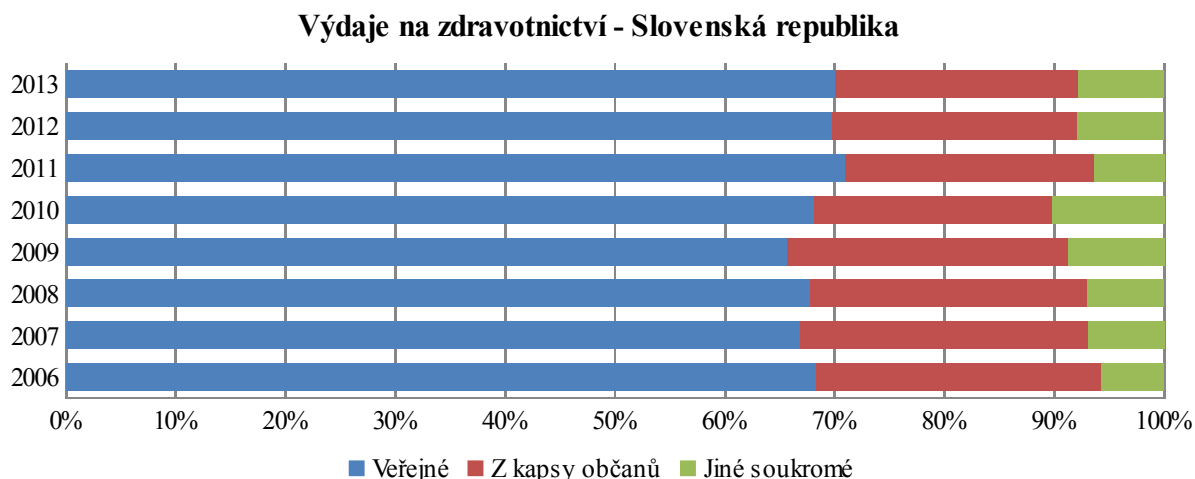
Zdravotní pojištění je součástí komplexu sociálního zabezpečení. Evropská komise (2016). Zdravotní pojištění je zákonné, neziskové a solidární (European Commission, 2016). Od roku 1990 probíhal na Slovensku proces transformace systému. Na základě doporučení legislativní rady z roku 1992 vznikly v roce 1993 zákony, na jejichž základě tkvělo zdravotní pojištění na třech jednotkách. Jednalo se o správu zdravotní pojišťovnou, pomocí fondu sociálního zabezpečení, a dále pomocí fondu zdravotního pojištění. Vzhledem ke komunikačním nesrovnalostem byly systémy dále zredukovány tak, aby fungoval pouze systém zdravotního pojištění založený na principu solidarity a dále systém sociálního pojištění založený na důchodech na principu zásluh (European Commission, 2016). Následně byla zavedena pluralita zdravotních pojišťoven, se zákonem v roce 1995 byly představeny rovněž zásady solidarity, rovnosti, neziskovosti, ekonomické efektivity, autonomie a veřejného řízení systému zdravotnictví (Úrad vlády SR, 2016). Po tomto kroku vzniklo v letech 1994 až 1998 celkem 15 zdravotních pojišťoven, která poskytovaly povinné zdravotní pojištění občanů. V roce 2003 došlo k fúzi, na celkem 5 zdravotních pojišťoven. V roce 2004 byla zavedena stabilizační opatření, která však vedla pouze k zadluženosti a nadbytečné spotřebě služeb. Po roce 2004 vstoupila v platnost celková reforma veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny byly v roce 2005 transformovány na akciové společnosti. Proces transformace byl ukončen teprve v lednu 2011, kdy byly definovány podmínky správy zisku zdravotních pojišťoven (European Commission, 2016).

Stát přerozděluje příjmy zdravotních pojišťoven. Toto přerozdělení probíhá dle pohlaví věku a ekonomické aktivity. Zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy s poskytovateli zdravotní péče, což probíhá mimo zásahy státu, jsou vyjednávány vlastní podmínky pro každý daný rok. Pojištěnci je umožněno vybrat si zdravotní pojišťovnou, kterou může jednou ročně změnit (European Commission, 2016). Tok zdrojů v systému financování zdravotnictví ve Slovenské republice je graficky znázorněn v příloze číslo 1 tato práce.

Výzkum provedený v roce 2015 prokázal, že ukazatele zdravotního stavu slovenských občanů významně zaostávají za rozvinutými zeměmi (Gavurová, 2015). Gavurová se domnívá, že tento problém je spojen se zásadním přístupem k veřejnému zdravotnictví ve státě. Jsou dle ní řešena rozvinutá onemocnění, spíše než prevence vzniku zdravotních problémů. Současný stav je úzce spojen se sociálním a politickým vývojem v posledních desetiletích (European Commission, 2016).

Následující graf číslo 2 nám představuje výdaje na zdravotnictví ve Slovenské republice, rozdělení dle původu zdrojů, vyjádřené v procentech z celkových výdajů na zdravotnictví.

Graf 2 Výdaje na zdravotnictví ve Slovenské republice



Zdroj: Výdaje na zdravotnictví ve Slovenské republice (World Databank, 2016)

Jak můžeme na grafu číslo 2 vidět, tak na Slovensku je mnohem vyšší spoluúčast občanů. Ve sledovaném období je spoluúčast vyšší než 30% celkových výdajů na celé zdravotnictví na Slovensku. Po dokončení transformace v roce 2011, se výdaje na zdravotnictví v následujících dvou letech stabilizovaly.

2.2.3 Princip fungování financování ve Spolkové republice Německo

Hlavní myšlenkou zákonného zdravotního systému v Německu je princip solidarity, které se odvíjí od výše příjmů osoby. Můžeme tak s jistotou tvrdit, že je v Německu tento princip solidarity ještě vyšší než v České republice a Slovenské republice. Pro zaměstnance s vyššími příjmy, nebo pro osoby samostatně výdělečně činné, existuje možnost účastnit se soukromého pojištění (Obermann, 2013). Zaměstnanci s příjmem vyšším než 50.850 EUR, dále osoby samostatně výdělečně činné a státní zaměstnanci se mohou rozhodnout, zda se zúčastní povinného zdravotního pojištění nebo soukromého zdravotního pojištění (Obermann, 2013). Významná reforma systému proběhla v roce 2009 (Göpffarth, 2013). V Německu existuje celkem 146 subjektů zajišťujících zákonné zdravotní pojištění (Obermann, 2013). Zdravotní pojištění v Německu je charakterizováno třemi strukturálními principy. Jedná se o princip solidarity, dále příjemce získává léčbu, aniž by musel platit předem, financování je zajištěno od zaměstnavatelů a zaměstnanců, existuje možnost vlastní správy soukromého pojištění, dále se jedná o princip plurality. Pacienti tedy mohou volit mezi nemocnicemi a soukromými poskytovateli péče (Obermann, 2013).

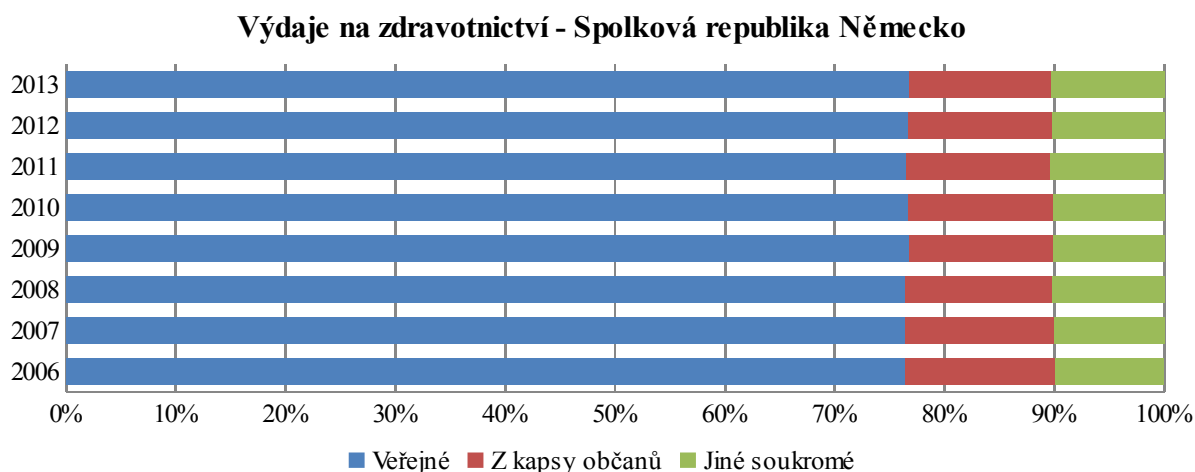
Je možné se setkat s termínem Krankenkasse, který je předchůdcem v současné době používaného sociálně zdravotního pojištění. V rámci systému zdravotní péče je využívána subsidiarita, tedy první, kdo řeší problém, je nejmenší a nejvíce lokální instituce (Obermann, 2013). Zdravotní pojišťovny jsou samostatnými celky, stát poskytuje právní rámec a zároveň dohled. Existuje zásada decentralizace. Zákonné zdravotní pojištění pokrývá zhruba 85 - 88% populace (Obermann, 2013) a je tedy rozhodujícím pro fungování německého systému.

Zákonné zdravotní pojištění je financováno převážně z příjmů zaměstnanců (Barták, 2010). V Německu byl stanoven regulační poplatek za návštěvu praktického lékaře, zubaře, psychologa a specialisty ve výši 10 EUR za kalendářní čtvrtletí, a to jako příjem zdravotních pojišťoven (Pražmová, 2014). Reforma z roku 2009 si vyžádala změny po roce 2013 (Göpffarth, 2013). Pražmová (2014) rovněž uvádí, že poplatek byl zrušen v roce 2012. Německý zdravotní systém prodělal během posledních 35 let značný vývoj. V současnosti se systém potýká s obdobnými problémy, jako ostatní evropské země (Obermann, 2013). Jedná se především o snižování počtu osob v rámci povinného pojištění (Pendzialek, 2015), migrace osob z vyšších příjmových skupin k soukromému pojištění, systém ovlivňuje rovněž stárnutí populace, projevují se rostoucí náklady vlivem pokroku zdravotnické techniky a zároveň neúčinných veřejných systémů zdravotní péče a dále extrémní zvyšování nákladů v některých sektorech (Obermann, 2013). Zvýšila se elasticita cen pojištění (Pendzialek, 2015). Zaměstnavatel odvádí do systému celkem 7,3 %, zaměstnanec pak 8,2 % nezdaněného příjmu (Obermann, 2013).

Německý systém je založen na pěti pilířích, které tvoří zdravotní pojištění, penzijní připojištění, to bylo původně nazýváno důchodovým pojištěním, dále se jedná o pojištění nezaměstnanosti, pojištění dlouhodobé péče a úrazové pojištění (Obermann, 2013).

Financování německých nemocnic se řídí systémem dvojího financování, který byl zaveden federálním zákonem již v roce 1972 (Vogl, 2014). Principem systému je, že provozní náklady jsou financovány z povinného a soukromého pojistného na zdravotní pojištění a kapitálové náklady se pak financují z 16 spolkových zemí a federálních dotací prostřednictvím daňových výnosů (Göpffarth, 2013). Vogl (2014) se domnívá, že systém je neefektivní, neboť skutečná míra financování kapitálových nákladů klesá pod infrastrukturální potřeby.

Graf 3 Výdaje na zdravotnictví ve Spolkové republice Německo



Zdroj: Výdaje na zdravotnictví ve Spolkové republice Německo (World Databank, 2016)

Na grafu 3 sledujeme výdaje na zdravotnictví ve Spolkové republice Německo, rozdělené dle původu zdrojů, vyjádřené v procentech z celkových výdajů na zdravotnictví. Jak můžeme na sledovaném grafu vidět, tak výdaje na zdravotnictví ve Spolkové republice Německo jsou stabilní. Příčinu stability výdajů na zdravotnictví ve Spolkové republice Německo vidí autor v tom, že provozní výdaje jsou financovány z veřejného a soukromého zdravotního pojištění.

2.2.4 Princip fungování financování ve Francouzské republice

Poskytování zdravotní péče je ve Francii považováno za národní zodpovědnost. O národní zdravotní strategii rozhoduje Ministerstvo sociálních věcí, Ministerstvo zdravotnictví a složky pro ženská práva. Plánování a financování je řešeno na podkladě jednání mezi zástupci poskytovatelů, státem a statutárními zdravotními pojišťovnami. Výstupy z jednání jsou dále předloženy parlamentu, který je implementuje do zákonů. Centrální vláda řídí národní strategie a zároveň alokace rozpočtových výdajů mezi různé sektory zdravotnictví, a zároveň mezi regiony, přesněji nemocnice v regionech. Na regionální úrovni pak působí krajské zdravotnické agentury, které mají zároveň zodpovědnost za zdraví a péči o zdraví obyvatelstva. Zdravotně sociální péče a služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením pak spadají do působnosti Generální rady, která představuje řídicí orgán na místní úrovni (Durand-Zaleski, 2015).

Pojištění je univerzální a povinné, a to pro všechny obyvatele, kteří nevyužívají jiného statutárního zdravotního pojištění v jiné zemi (Toth, 2016). Způsobilost k účasti na zdravotním pojištění vzniká zaměstnáním, je poskytována rovněž osobám, které jsou nezaměstnané, avšak dříve byly v zaměstnání, dále studentům a osobám v důchodu. Zdravotní pojištění není možné odhlásit, pouze v případě, že občan přechází na jiné zákonné pojištění jiného státu, v rámci zaměstnání v zahraniční firmě. Stát hradí náklady na zdravotní pojištění u těch osob, které mají trvalý pobyt v zemi, ale nejsou způsobilé hradit zákonné zdravotní pojištění, rovněž financuje zdravotní služby pro osoby, které požádaly o azyl (Durand-Zaleski, 2015).

Pojištění se vztahuje na nemocniční péči a léčbu v dalších zdravotnických institucích, služby a statky předepsané odborníky. Preventivní služby mají pouze omezené krytí, za některé úkony tak platí plná úhrada pacienta, jedná se například o imunizaci, mamografické vyšetření, vyšetření k prevenci rakoviny tlustého střeva a další. Existuje rovněž sdílení nákladů, které je řešeno třemi formami. Jedná se o připojištění, spoluúčast a vyrovnávací fakturaci (Durand-Zaleski, 2015).

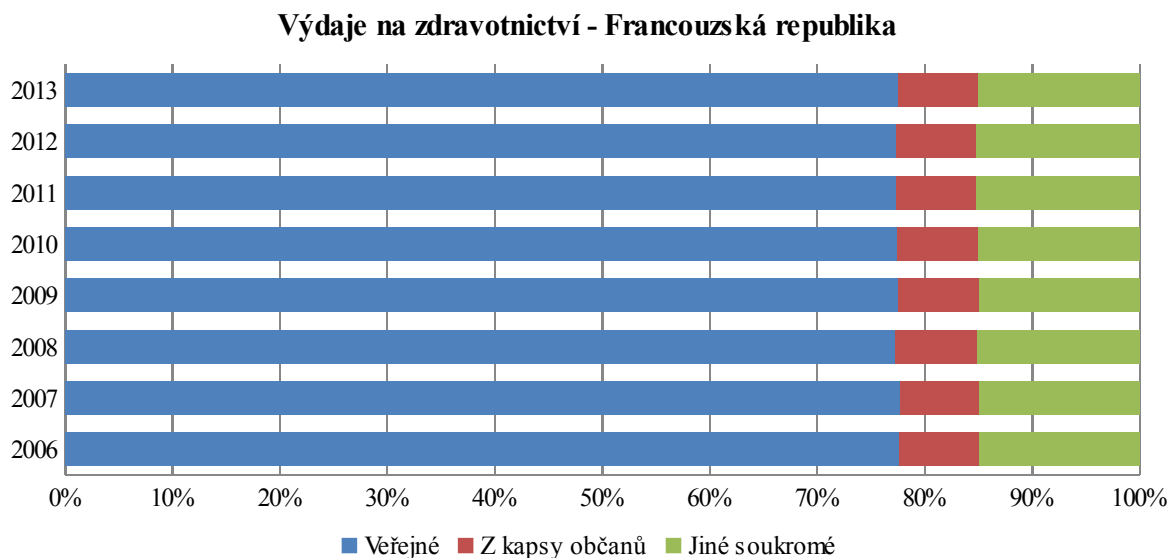
Veřejné výdaje představovaly v roce 2012 celkem 77 % nákladů na zdravotní péči, a zároveň 9 % hrubého domácího produktu (World Databank, 2016). Zákonné zdravotní pojištění je financováno zaměstnanci a zaměstnavateli, a to v daní ze mzdy (Barták, 2010). Jedná se o celkem 64 % (Durand-Zaleski, 2015). Národní daň z příjmů činí 16 %, příjmy z tabáku a alkoholu, z farmaceutického průmyslu a dobrovolného pojištění činí 12 %, státní dotace činí 2 %, převody z jiných odvětví sociálního zabezpečení pak 6 % (Durand-Zaleski, 2015).

Financování ze soukromých zdrojů představuje uzavření dobrovolného zdravotního pojištění, sdílení nákladů na běžnou péči, a dále nízké pokrytí oční a zubní péče v rámci povinného zdravotního pojištění (Durand-Zaleski, 2015). Vzhledem k vysoké návštěvnosti lékařů ve Francii bylo přistoupeno ke stanovení regulačního poplatku ve výši 1 EUR za každou návštěvu, a dále 30 až 40 % nákladů na léčbu pacienta (Pražmová, 2014). Poplatek byl zaveden rovněž pro léčiva (Metyš, 2006). Zákon zde stanovuje výjimky pro určité kategorie pojištěnců, jakými jsou například děti a těhotné ženy, ale i pro některá nezbytná vyšetření a ošetření, mezi něž patří například CT vyšetření (Pražmová, 2014). Ve Francii je možné pozorovat rovněž vysokou spoluúčast pacienta při odběru léků (Metyš, 2006). Ta se pohybuje ve výši 35 až 85 % z ceny léku, pacient zaplatí dále 0,5 EUR za každou položku na lékařském předpisu (Pražmová, 2014).

Podíl komerčního pojištění ve Francii překračuje zhruba 10 % na celkových prostředcích zdravotnictví (World Databank, 2016). Jedná se o jediný stát v Evropě, který této výše dosahuje (Vepřek, 2010).

Organizace zdravotního systému ve Francouzské republice je graficky znázorněna v příloze číslo 2 tyto práce.

Graf 4 Výdaje na zdravotnictví ve Francouzské republice



Zdroj: Výdaje na zdravotnictví ve Francouzské republice (World Databank, 2016)

Na grafu číslo 4 můžeme vidět výdaje na zdravotnictví ve Francouzské republice, které jsou rozděleny dle jejich původu, procentním vyjádřením. Jak můžeme na výše uvedeném grafu vidět, veřejné výdaje ve Francouzské republice se pohybují pod hranicí 80%. Výdaje, které jsou financovány občany, se pohybují do 10% a výdaje z jiných soukromých zdrojů například soukromého životního pojištění překračují 10%.

3. Praktická část

Následuje analýza konkrétních veřejných a soukromých výdajů v jednotlivých zkoumaných zemích. Hodnoty výdajů zemí jsou dále srovnávány s výše uvedenými demografickými ukazateli očekávané délky života při narození, naděje na dožití 65 let a kojenecké úmrtnosti. Následuje představení hodnot celkových výdajů na zdravotnictví jednotlivých zemí. Následující tabulka číslo 5 představuje výdaje na zdravotnictví jednotlivých států na obyvatele v USD.

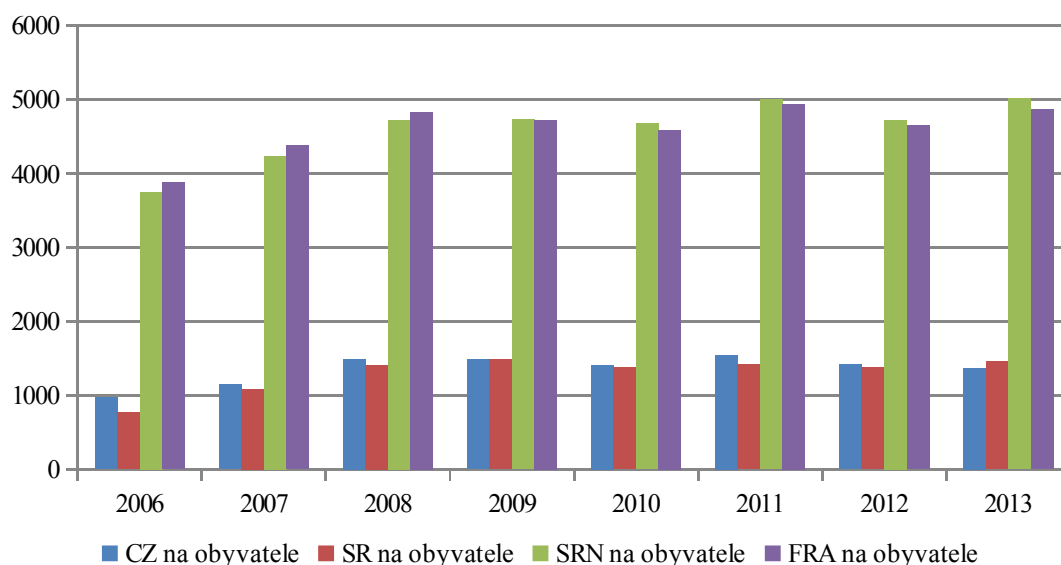
Tabulka 5 Výdaje na zdravotnictví jednotlivých států na obyvatele v USD.

Zkoumaná země	Výdaje na zdravotnictví na obyvatele (v US \$)							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Česká republika	971,51	1147,98	1486,18	1483,94	1410,04	1545,57	1411,48	1367,02
Slovenská republika	763,16	1082,05	1406,45	1483,39	1377,73	1414,97	1376,86	1454,08
Spolková republika Německo	3745,58	4230,56	4717,80	4727,54	4668,40	4992,26	4716,59	5006,49
Francouzská republika	3871,53	4371,97	4827,88	4722,01	4583,69	4934,09	4643,85	4863,55

Zdroj: Výdaje na zdravotnictví na obyvatele (World Databank, 2016)

Graf 5 uvádí výdaje na jednoho obyvatele v jednotlivých zkoumaných zemích. Hodnoty jsou uvedeny v amerických dolarech celkem.

Výdaje na obyvatele v USD - celkem



Zdroj: Výdaje na 1 obyvatele v USD (World Databank, 2016)

Nejvyšších výdajů na obyvatele v amerických dolarech dosahuje Spolková republika Německo a Francouzská republika. V grafu je možné pozorovat, že výkyvy výše výdajů jednotlivých zemí odpovídají stejným trendům. Došlo k jejich zvýšení oproti předchozím letům v roce 2008, zvýšení je možné zaznamenat rovněž v roce 2011 a 2013.

Tabulka 6 Celkové výdaje na zdravotnictví jednotlivých států v HDP

Zkoumaná země	Celkové výdaje (v % HDP)							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rok								
Česká republika	6,69	6,52	6,82	7,85	7,43	7,50	7,55	7,24
Slovenská republika	7,35	7,76	8,02	9,15	8,51	7,96	8,15	8,21
Spolková republika Německo	10,64	10,48	10,70	11,75	11,56	11,25	11,27	11,30
Francouzská republika	10,85	10,78	10,91	11,60	11,55	11,52	11,61	11,66

Zdroj: Celkové výdaje (World Databank, 2016)

Ze souhrnných dat je možné pozorovat, že nejvyšší výdaje na zdravotnictví na obyvatele jsou v průběhu let 2006 až 2013 zaznamenány ve Spolkové republice Německo a ve Francouzské republice. Průměrnou hodnotou je v obou zemích 4.600,- USD (zaokrouhleno na celé desítky USD). Hodnoty v České republice a Slovenské republice jsou si značně podobné. V České republice se jedná o průměr v podobě 1.350,- USD, ve Slovenské republice se jedná průměrně o 1.300,- USD. Výdaje na zdravotnictví na obyvatele jsou tak ve Francii a v Německu 3,6 × vyšší, než výdaje na zdravotnictví na obyvatele v České a Slovenské republice.

Pokud jsou srovnávány celkové výdaje na zdravotnictví jednotlivých zemí v procentech hrubého domácího produktu, je možné pozorovat, že nejmenší procento HDP přiděluje na zdravotnictví Česká republika, průměrně se jedná o 7%. Slovenská republika přiděluje na zdravotnictví průměrně 8 % HDP, Německo a Francie přidělují průměrně 11 % HDP.

3.1 Analýza veřejných výdajů na zdravotnictví ve vybraných zemích

Následující kapitola má za úkol porovnat veřejné výdaje na zdravotnictví vybraných zemí. Nejdříve budou porovnány veřejné výdaje na zdravotnictví vyjádřené v procentech HDP. Dalším ukazatel budou výdaje na zdravotnictví vyjádřené v procentech vládních výdajů. Poslední tabulkou v této kapitole bude tabulka, která vyjadřuje veřejné výdaje v porovnání s celkovými výdaji na zdravotnictví v procentním vyjádření.

Tabulka 7 Veřejné výdaje na zdravotnictví vyjádřené v procentech HDP

Zkoumaná země	Veřejné výdaje (v % HDP)							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rok								
Česká republika	5,81	5,56	5,63	6,57	6,22	6,31	6,34	6,03
Slovenská republika	5,02	5,18	5,44	6,01	5,80	5,64	5,68	5,75
Spolková republika Německo	8,13	8,00	8,18	9,03	8,87	8,60	8,64	8,68
Francouzská republika	8,42	8,37	8,43	8,99	8,96	8,91	8,98	9,04

Zdroj: Veřejné výdaje (World Databank, 2016)

Tabulka číslo 7 nám ukazuje veřejné výdaje na zdravotnictví vyjádřené v procentech HDP. Ve sledovaném období se v České republice pohybovaly od 5,8% HDP do 6,03% HDP. Slovenská republika přispívá na zdravotnictví od 5,02% HDP do 5,75% HDP. Nejvyšší příspěvek na veřejné výdaje na zdravotnictví mají Spolková republika Německo společně s Francouzskou republikou. Tyto výdaje se pohybuji mezi 8-9% HDP.

Tabulka 8 Veřejné výdaje na zdravotnictví vyjádřené v procentech vládních výdajů.

Zkoumaná země	Veřejné výdaje (v % vládních výdajů)							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rok								
Česká republika	13,83	13,54	13,68	14,70	14,23	14,63	14,25	14,25
Slovenská republika	13,75	15,15	15,57	14,47	14,55	14,50	14,86	14,86
Spolková republika Německo	17,92	18,39	18,56	18,69	18,53	19,05	19,34	19,42
Francouzská republika	15,90	15,91	15,83	15,86	15,83	15,95	15,84	15,84

Zdroj: Veřejné výdaje (World Databank, 2016)

Předchozí tabulka číslo 8 nám prezentuje veřejné výdaje na zdravotnictví vyjádřené v procentech vládních výdajů. Česká republika společně se Slovenskou republikou mají ve sledovaném období mezi roky 2006 až 2013 nejnižší podíl vládních výdajů v roce 2006 pod 14% v roce 2013 lehce pod 15%. Spolková republika Německo má tyto vládní výdaje v roce 2006 na úrovni skoro 18% a v na konci sledovaného období v roce 2013 je na 19,5%. Je to dáno dvojím financováním zdravotního systému. Francouzská republika má v celém sledovaném období výdaje na úrovni 16%.

Následuje tabulka číslo 9, která představuje veřejné výdaje na zdravotnictví jednotlivých států vyjádřených v procentech celkových výdajů na zdravotnictví země.

Tabulka 9 Veřejné výdaje na zdravotnictví vyjádřených v % celkových výdajích na zdravotnictví země.

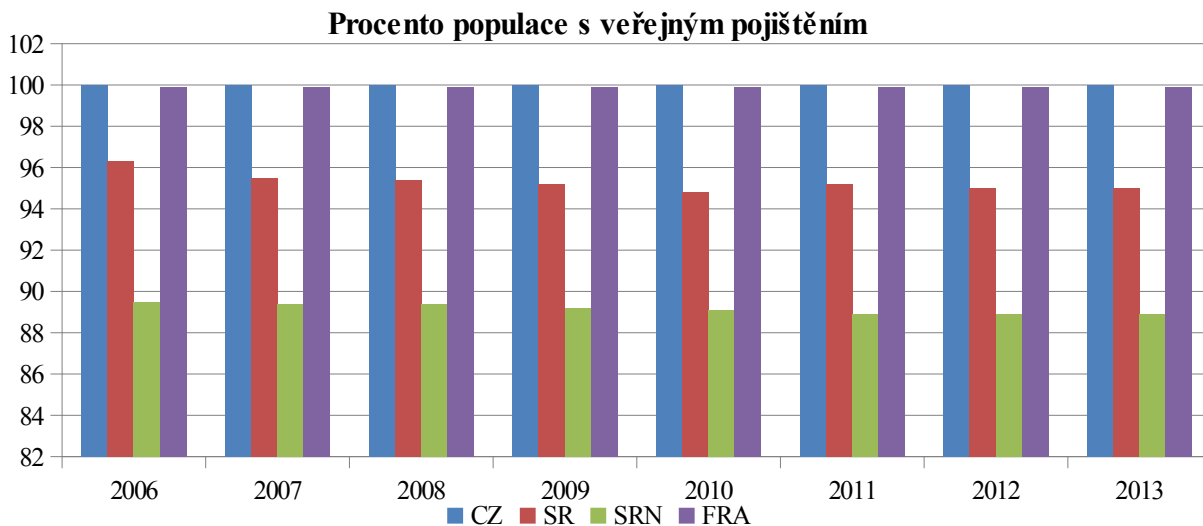
Zkoumaná země	Veřejné výdaje (v % celkových výdajích na zdravotnictví)							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Rok</i>								
Česká republika	86,73	85,19	82,55	83,74	83,76	84,18	84,02	83,30
Slovenská republika	68,32	66,85	67,76	65,69	68,13	70,93	69,72	70,04
Spolková republika Německo	76,41	76,38	76,44	76,79	76,73	76,49	76,71	76,81
Francouzská republika	77,62	77,69	77,29	77,45	77,51	77,33	77,35	77,54

Zdroj: Veřejné výdaje (World Databank, 2016)

Jak můžeme v tabulce číslo 9 vidět, tak největší veřejné výdaje na celkové financování celého zdravotnického systému má Česká republika. V roce 2006 se pohybovalo toto financování na úrovni 86%, jako protiklad si můžeme uvést Slovenskou republiku, která měla v tomto roce jen 68%. Spolková republika Německo měla v roce 2006 podíl na financování 76% a Francouzská republika 77%. Jak můžeme dále v této tabulce vidět, tak tendenci výdajů u České republiky od roku 2008 klesá, jelikož byly zavedeny regulační poplatky. Ve Slovenské republice je trend financování na celkových výdajích stoupající na konci sledovaného období je na úrovni 70%. Spolková republika Německo má podíl veřejných výdajů na celkovém financování zdravotnického systému stále stejně konstantní, stejně je na tom i Francouzská republika.

Na následujícím grafu číslo 6 autor uvádí procento populace, které disponuje veřejným zdravotním pojištěním.

Graf 6 Procento populace disponující veřejným zdravotním pojištěním



Zdroj: Procento populace s veřejným zdravotním pojištěním (World Databank, 2016)

Nejvyšším procentem populace s veřejným pojištěním disponuje Česká republika a Francie. V České republice se jedná skoro o 100 %. Dle Červinky jsou z pojištění vyňaty osoby, které na území České republiky vykonávají nelegální práci a dále osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR a pracují pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit, nebo pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na našem území. Dále se jedná o osoby, které dlouhodobě pobývají v zahraničí a tím pádem si platí pojistné v té zemi, ve které pobývají a jsou odhlášení z veřejného pojištění v České republice. Ve Francouzské republice se jedná o desetiny procenta pod 100 % hladinou. Jak již bylo řečeno, Francouzi mají placení veřejného zdravotního pojištění zakořeněno ve svém smyslu pro národní hrdost, proto je toto číslo ve Francouzské republice takto vysoké. Procento populace s veřejným pojištěním na Slovensku kolísá okolo 95 %. Ve spolkové republice Německu se jedná o zhruba 89 % populace v průběhu zkoumaných let. Je to dáno tím, že čím dál více německých občanů vstupuje do soukromého zdravotního pojistného systému.

3.2 Analýza soukromých výdajů na zdravotnictví ve vybraných zemích

Následuje představení soukromých výdajů na zdravotnictví ve zkoumaných zemích. První tabulka číslo 10, kterou v této kapitole nalezneme, představuje soukromé výdaje na zdravotnictví v jednotlivých státech vyjádřené v procentech HDP.

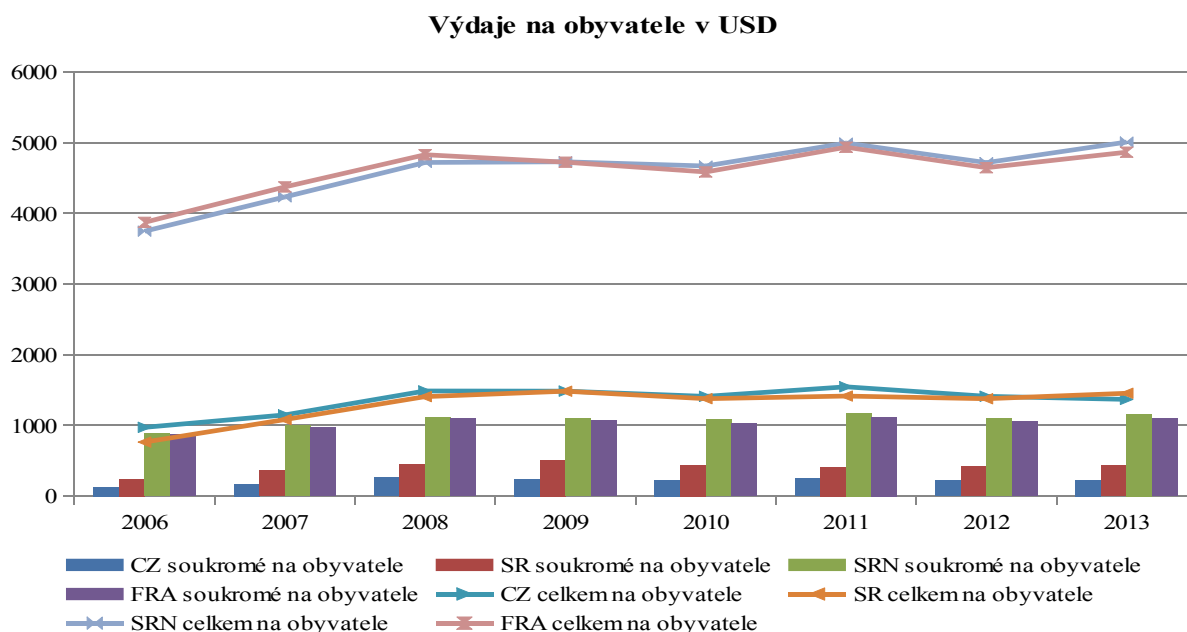
Tabulka 10 Soukromé výdaje na zdravotnictví vyjádřené v % HDP

Zkoumaná země	Soukromé výdaje na zdravotnictví (v % HDP)							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rok								
Česká republika	0,89	0,97	1,19	1,28	1,21	1,19	1,21	1,21
Slovenská republika	2,33	2,57	2,59	3,14	2,71	2,31	2,47	2,46
Spolková republika Německo	2,51	2,47	2,52	2,73	2,69	2,64	2,62	2,62
Francouzská republika	2,43	2,40	2,48	2,61	2,60	2,61	2,63	2,62

Zdroj: Soukromé výdaje na zdravotnictví (World Databank, 2016)

Jak můžeme v této tabulce číslo 10 vidět, tak nejmenší podíl soukromých výdajů na HDP má Česká republika. On roku 2008, kdy byly zavedeny regulační poplatky, tak toto číslo roste, ale s porovnání s ostatními zeměmi je poloviční. Jak ve Slovenské republice, tak ve Spolkové republice Německo a ve Francouzské republice je vidět vyšší spoluúčast pacientů, jelikož podíl na HDP je skoro 3% oproti 1,2 v České republice. Následuje graf číslo 7.

Graf 7 Výdaje na obyvatele v USD.



Zdroj: Výdaje na obyvatele v USD (World Databank, 2016)

Na grafu číslo 7 můžeme vidět výdaje na obyvatele v amerických dolarech. Pomocí grafu je možné srovnat výše soukromých výdajů na jednoho obyvatele ve zkoumané zemi a dále výše celkových výdajů na jednoho obyvatele ve zkoumaných zemích.

Následující tabulka číslo 11 uvádí jednotlivé hodnoty výdajů z vlastní kapsy občanů. Jedná se o procentuální vyjádření z celkových výdajů na zdravotnictví.

Tabulka 11 Výdaje z vlastní kapsy občanů v procentuálním vyjádření z celkových výdajů na zdravotnictví.

Zkoumaná země	Výdaje z vlastní kapsy občanů (% celkových výdajů na zdravotnictví)								
	Rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Česká republika		11,29	13,18	15,73	14,63	14,86	14,74	15,03	15,71
Slovenská republika		25,95	26,22	25,24	25,55	21,66	22,65	22,37	22,14
Spolková republika Německo		13,67	13,60	13,33	13,08	13,13	13,14	13,03	12,89
Francouzská republika		7,42	7,33	7,62	7,50	7,45	7,49	7,46	7,40

Zdroj: Výdaje z vlastní kapsy občanů (World Databank, 2016)

Tabulka 12 uvádí jednotlivé hodnoty výdajů z vlastní kapsy občanů ve zkoumaných zemích. Soukromé výdaje na zdravotnictví zahrnují přímé výdaje pro domácnost, soukromé pojištění, charitativní dary a platby přímé soukromých společností. Jedná se tedy o výdaje soukromé.

Tabulka 12 Procentuální vyjádření ze soukromých výdajů na zdravotnictví.

Zkoumaná země	Výdaje z vlastní kapsy občanů (% soukromých výdajů na zdravotnictví)								
	Rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Česká republika		85,11	89,03	90,15	89,96	91,50	93,20	94,06	94,06
Slovenská republika		81,92	79,10	78,29	74,48	67,98	77,91	73,88	73,91
Spolková republika Německo		57,96	57,59	56,59	56,37	56,43	55,88	55,97	55,57
Francouzská republika		33,16	32,86	33,55	33,38	33,14	33,04	32,94	32,94

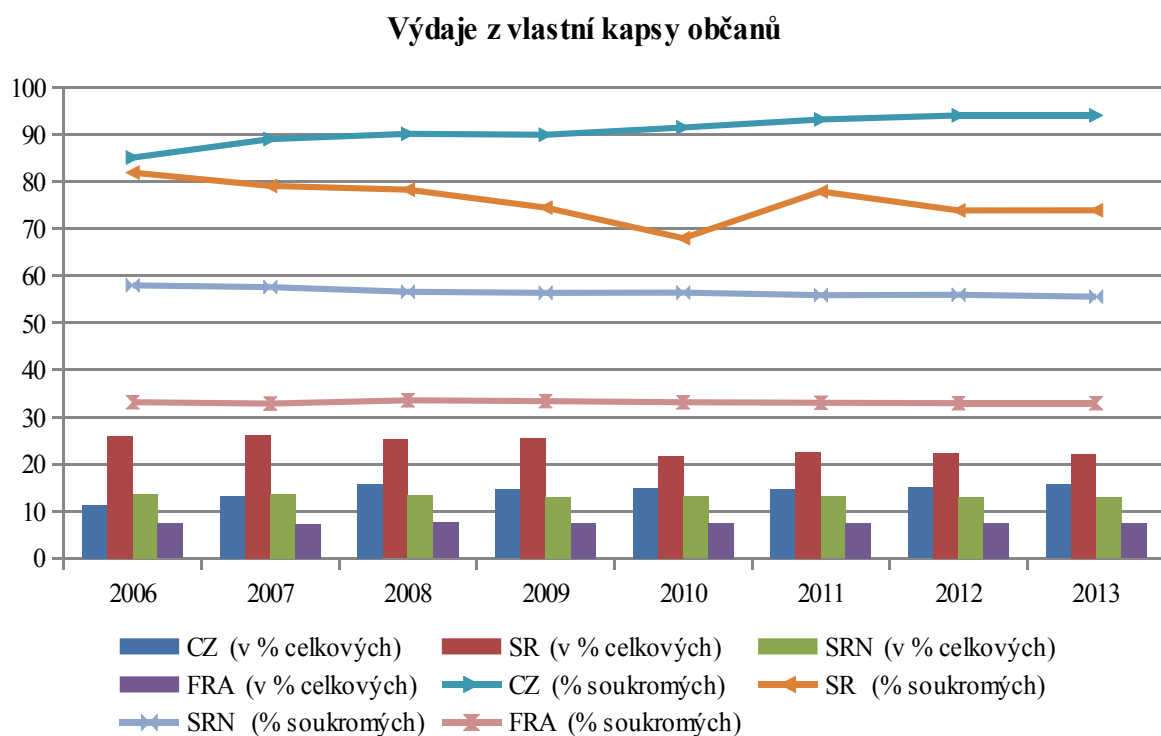
Zdroj: Výdaje z vlastní kapsy občanů (World Databank, 2016)

Tabulka číslo 12 interpretuje, kolik procent soukromých výdajů na zdravotnictví tvoří výdaje občanů, které dají z vlastní kapsy. Jak můžeme v této tabulce vidět, tak v České republice po zavedení regulačních poplatků v roce 2008 nastal v roce 2010 nárůst výdajů hrazených občany. V roce 2013 je dokonce 94% všech soukromých výdajů hrazeno občany České

republiky. Na Slovensku se díky dokončení transformace zdravotních pojišťoven, snížily výdaje z kapsy občanů z 82% na necelých 74% v roce 2013. Spolková republika Německo má výdaje, které procentuálně platí její občané z vlastní kapsy na celkové soukromé výdaje na zdravotnictví na úrovni 58% v roce 2006 a v roce 2013 je to 56%. Ve Spolkové republice Německo je tento pokles díky tomu, že roste počet obyvatelů, kteří si hradí zdravotní pojištění soukromě. Francouzská republika má výdaje z vlastní kapsy občanů na úrovni necelých 33%, což je nejméně ze sledovaných zemí. Počet obyvatel Francouzské republiky, kteří mají soukromé zdravotní pojištění, dosahuje hodnoty nad 85%.

Následný graf číslo 8 umožňuje srovnat procentuální vyjádření výdajů z vlastní kapsy občanů jako procento soukromých a jako procento celkových výdajů na zdravotnictví vybraných zemí.

Graf 8 Srovnání výdajů z vlastní kapsy občanů jako procento soukromých a jako procento celkových výdajů

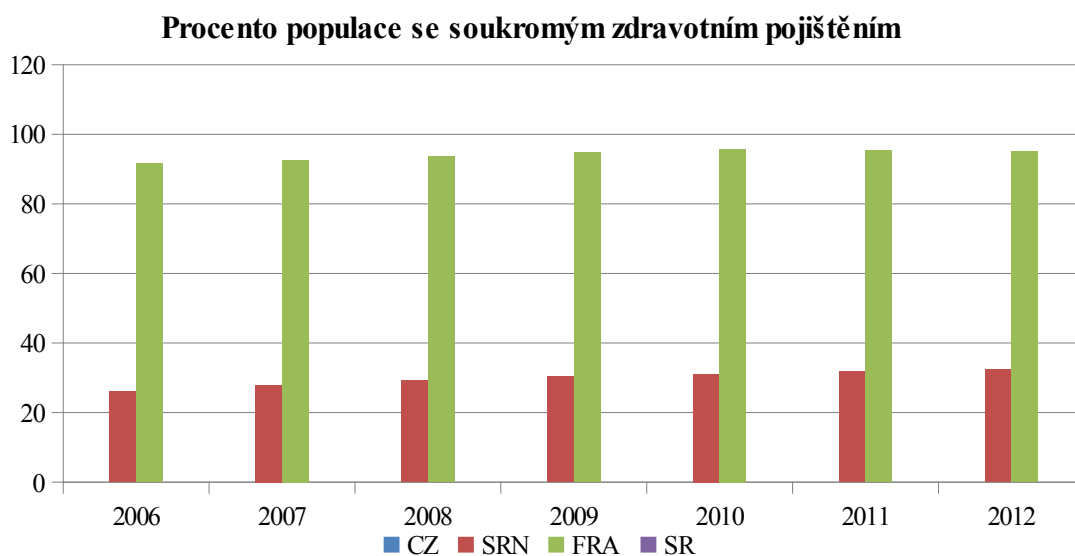


Zdroj: Výdaje z vlastní kapsy občanů (World Databank, 2016)

Jak můžeme na grafu číslo 8 vidět, tak v České republice je přes 90% soukromých výdajů na zdravotnictví tvořeno úhradami z kapes občanů. Ve Slovenské republice je toto číslo nižší a to i díky provedeným transformacím pojišťoven na akciové společnosti. Pohybuje se na úrovni do 80%. Ve spolkové republice Německo je toto číslo na úrovni do 60%. Francouzská republika má tento údaj na úrovni 30%.

Na posledním grafu této kapitoly můžeme vidět procento populace se soukromým zdravotním pojištěním.

Graf 9 Procento populace se soukromým zdravotním pojištěním



Zdroj: Procento populace se soukromým zdravotním pojištěním (World Databank, 2016)

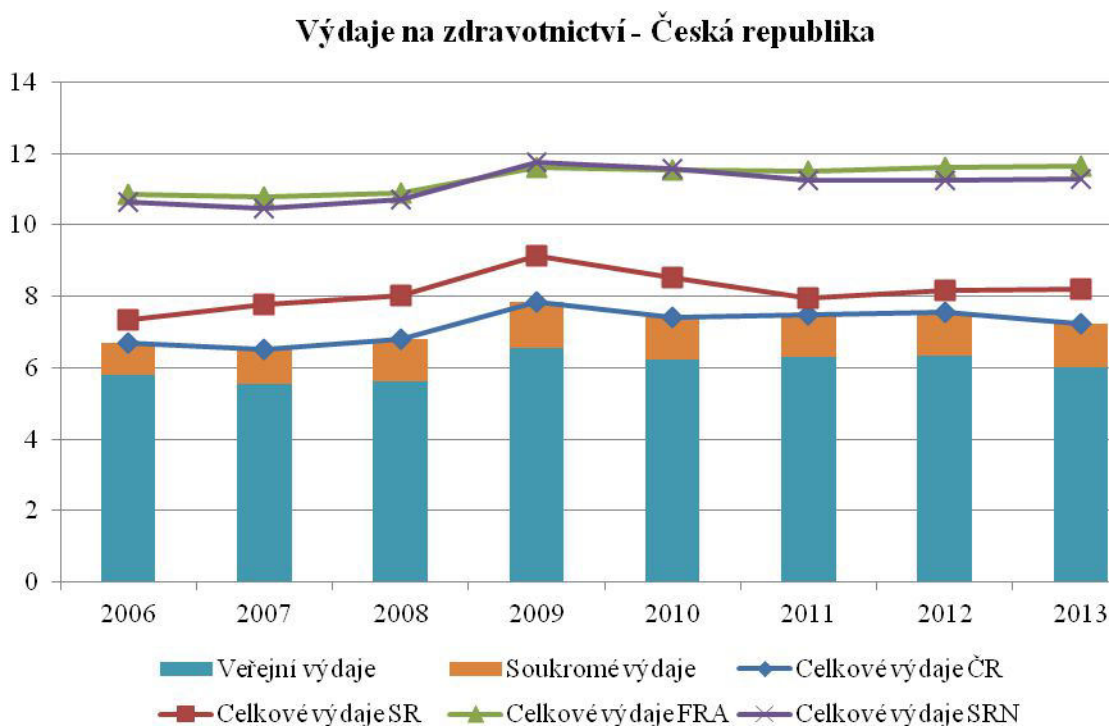
Jak můžeme na výše uvedeném grafu vidět, tak v České republice a Slovenské republice je procento populace se soukromým zdravotním na úrovni 0%. Je to tím, že v České republice a Slovenské republice není možnost soukromého zdravotního pojištění. Ve Spolkové republice Německo je podíl pojištěných občanů na soukromém zdravotním pojištění ve sledovaném období do 40%. Francouzská republika má procento populace se soukromým zdravotním pojištěním na úrovni přes 95%.

3.3 Porovnání jednotlivých souborů výdajů

Nejvyšších výdajů na obyvatele v amerických dolarech dosahuje Spolková republika Německo a Francouzská republika. Zvýšení výdajů je možné pozorovat v letech 2008, 2011 a 2013. Nejvyšší výdaje na obyvatele v amerických dolarech je možné zaznamenat u Německa v roce 2011 a 2013. Francie dosahuje nejvyšších výdajů v roce 2011 a 2013. Nejvyšším procentem populace s veřejným pojištěním disponuje Česká republika a Francie. V České republice se jedná o 100 %, ve Francouzské republice se jedná o necelých 100 % hladinou. Procento populace s veřejným pojištěním na Slovensku kolísá okolo 95 %, v Německu se jedná o zhruba 89 % populace v průběhu zkoumaných let. Výše soukromých výdajů obyvatel Francie a Německa je nejvyšší ze zkoumaných států, při posuzování hodnot v amerických dolarech. Určité rozdíly je možné zaznamenat mezi výdaji z vlastní kapsy občanů, pakliže jsou zkoumány jako procento celkových výdajů na zdravotnictví v jednotlivých státech. Nejvyšší procentní vyjádření výdajů z vlastní kapsy občanů existuje na Slovensku. Tam tvoří rovněž vysoký podíl soukromé výdaje na zdravotnictví. V České republice tvoří výdaje z vlastní kapsy občanů více než 90 % soukromých výdajů na zdravotnictví. Ve Francii tvoří výdaje z vlastní kapsy občanů méně než 10 % celkových výdajů na zdravotnictví, a rovněž pouze kolem 30 % veškerých soukromých výdajů na zdravotnictví. Soukromé zdravotní pojištění není zastoupeno v České a Slovenské republice, ve Francii je však drženo, vzhledem k nastavení systému zdravotnictví, více než 90 % občanů. V Německu disponuje soukromým zdravotním pojištěním zhruba 30 % obyvatel.

Následující graf číslo 10 představuje porovnání výdajů České republiky s celkovými výdaji zkoumaných států, tyto hodnoty jsou vyjádřeny v % HDP

Graf 10 Porovnání výdajů České republiky s celkovými výdaji zkoumaných států v % HDP

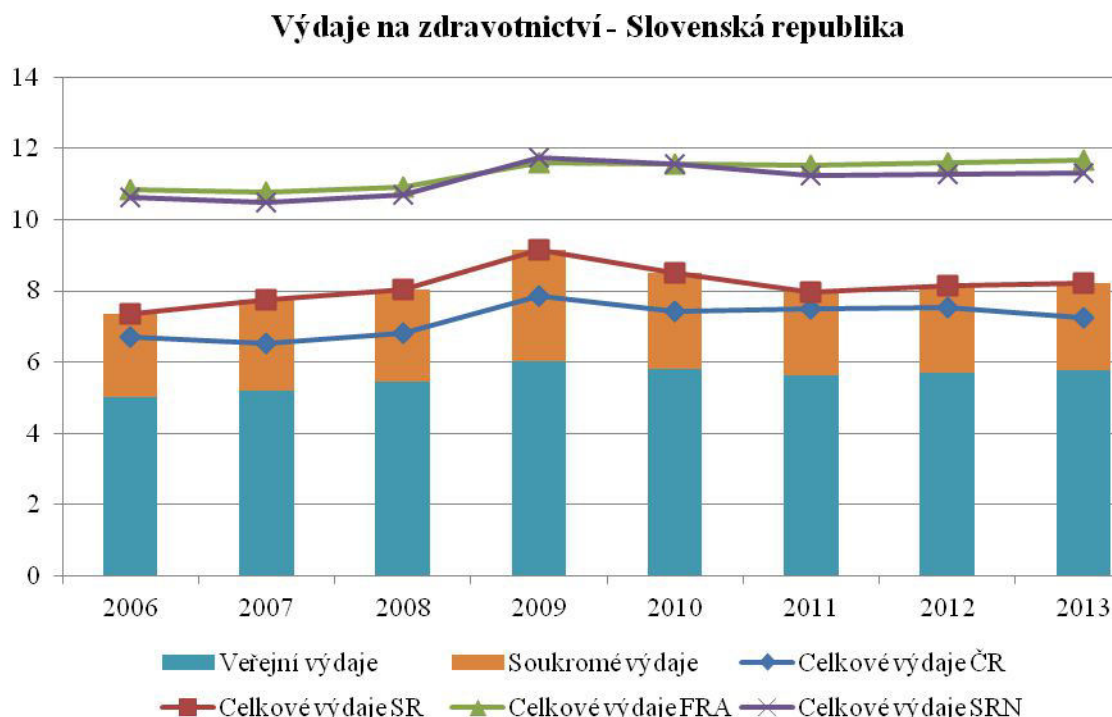


Zdroj: Výdaje na zdravotnictví (World Databank, 2016)

Jak můžeme na grafu číslo 10 pozorovat, tak veřejné výdaje na zdravotnictví tvoří v České republice necelých 6% HDP, soukromé tvoří zhruba 1%. Když porovnáváme ostatní státy tak ve Slovenské republice tvoří veřejné výdaje na zdravotnictví necelých 5% HDP, soukromé výdaje tvoří necelá 2% HDP. Spolková republika Německo má společně s Francouzskou republikou celkové výdaje na zdravotnictví přes 11% HDP.

Následující graf číslo 11 představuje porovnání výdajů Slovenské republiky s celkovými výdaji zkoumaných států. Tyto hodnoty jsou vyjádřeny v procentech HDP.

Graf 11 Porovnání výdajů Slovenské republiky s celkovými výdaji zkoumaných států v % HDP



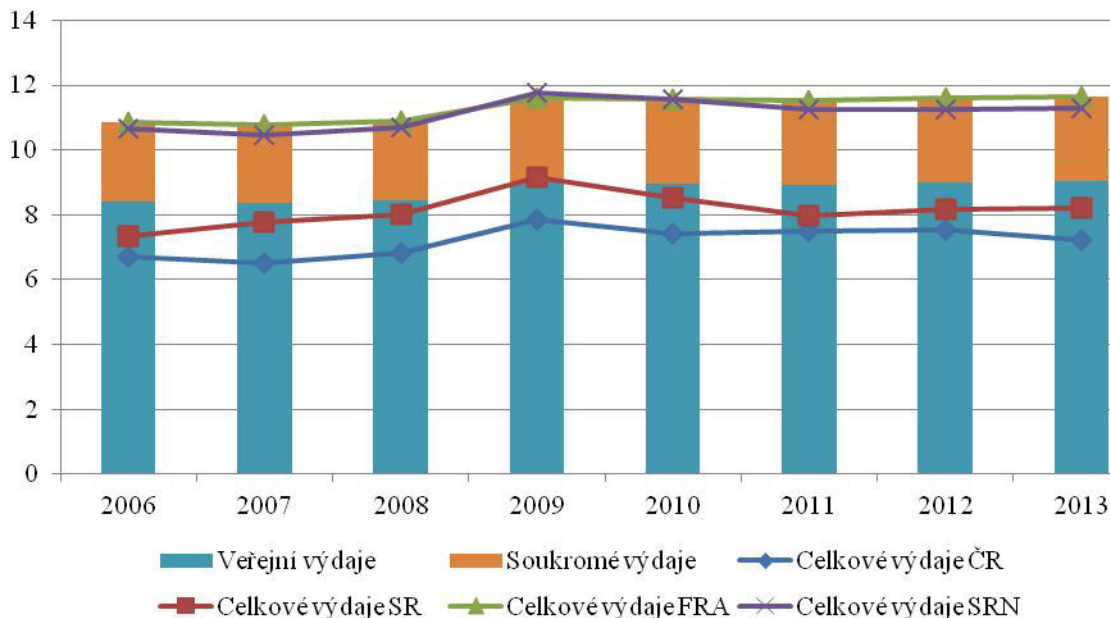
Zdroj: Výdaje na zdravotnictví SR (World Databank, 2016)

Jak můžeme na grafu číslo 11 vidět, tak celkové výdaje Slovenské republiky na zdravotnictví se pohybují na úrovni skoro 8 % HDP. Oproti tomu můžeme vidět, že celkové výdaje České republiky se pohybují na úrovni 7,5% hrubého domácího produktu. Francouzská republika a Spolková republika Německo mají své celkové výdaje na zdravotnictví na úrovni 11,5% hrubého domácího produktu.

Další graf číslo 12 nám představuje porovnání celkových výdajů Francouzské republiky s celkovými výdaji ostatních států vyjádřených v % HDP.

Graf 12 Porovnání výdajů Francouzské republiky s celkovými výdaji zkoumaných států v % HDP

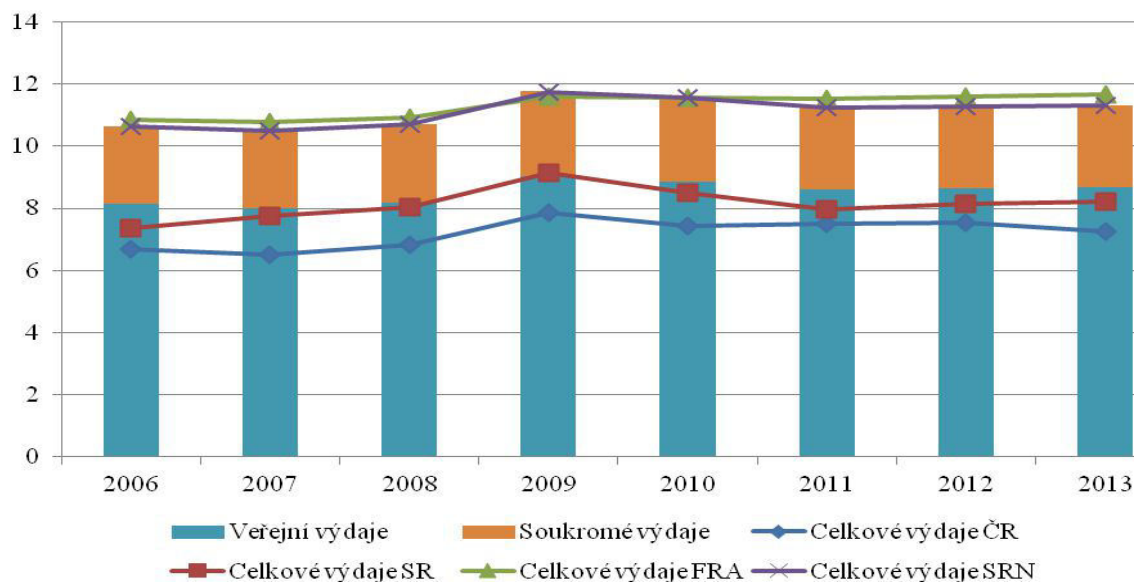
Výdaje na zdravotnictví- Francouzská republika



Zdroj: Výdaje na zdravotnictví FRA (World Databank, 2016)

Graf 13 porovnání výdajů Spolkové republiky Německo s celkovými výdaji zkoumaných států v % HDP

Výdaje na zdravotnictví- Spolková republika Německo



Zdroj: Výdaje na zdravotnictví Německo (World Databank, 2016)

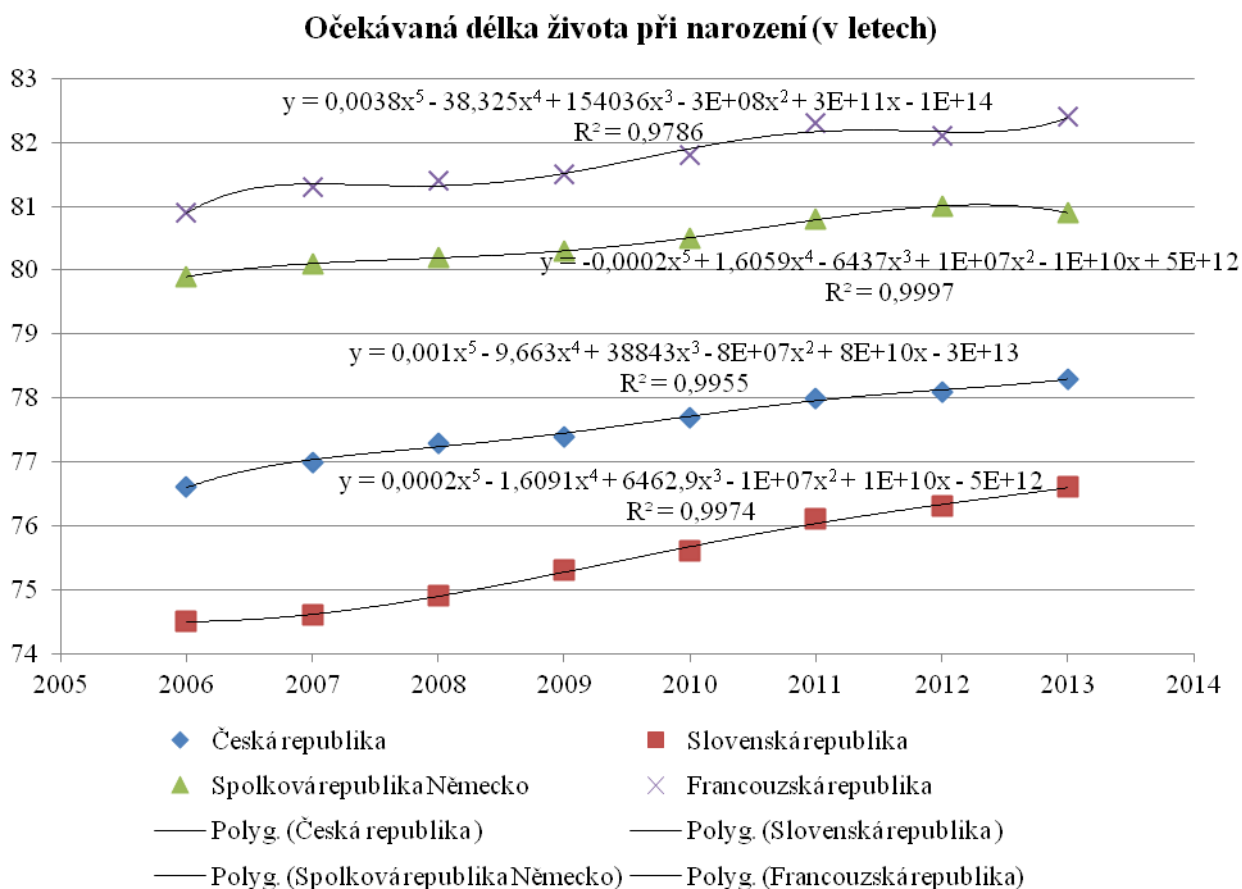
Na předchozím grafu číslo 13 můžeme vidět porovnání celkových výdajů Spolkové republiky Německo s celkovými výdaji ostatních států vyjádřených procentuálně v HDP. Graf byl již interpretován u předchozího grafu číslo 11.

Grafy 10 až 12 dokládají především vysoký podíl výdajů na zdravotnictví v HDP ve Francii a v Německu, je však rovněž patrný vysoký podíl soukromých výdajů v prostředí České republiky.

V rešeršní části této práce byl odhalen předpoklad, že na výši výdajů do zdravotnictví závisí hodnoty demografických ukazatelů. Märginean (2014) uvádí, že na základě srovnání výdajů jednotlivých zemí a výsledků ukazatelů, je možné posuzovat efektivitu systému. Tato efektivita systému by měla představovat příznivější hodnoty demografických ukazatelů v těch letech, kdy je do zdravotnictví přiděleno vyšší množství zdrojů. Märginean (2014) tvrdí, že země přidávající největší množství zdrojů do této oblasti dosahují nejvyššího výkonu v oblasti zdravotnictví. Dle Briggse (2013) je známo, že na zdravotním stavu obyvatel se promítá především dostupnost zdravotní péče. Země, kde je zdravotnictví podporováno největším množstvím veřejných zdrojů, a soukromých zdrojů, které nejdou z vlastní kapsy občana, bude dosahováno nejpriznivějších výsledků stanovených demokratických ukazatelů.

Následující graf číslo 15 představuje vývoj očekávané délky života při narození v letech pro jednotlivé země. Spojnice trendu je vyjádřena pomocí polynomu 5. stupně.

Graf 14 Vývoj očekávané délky života při narození

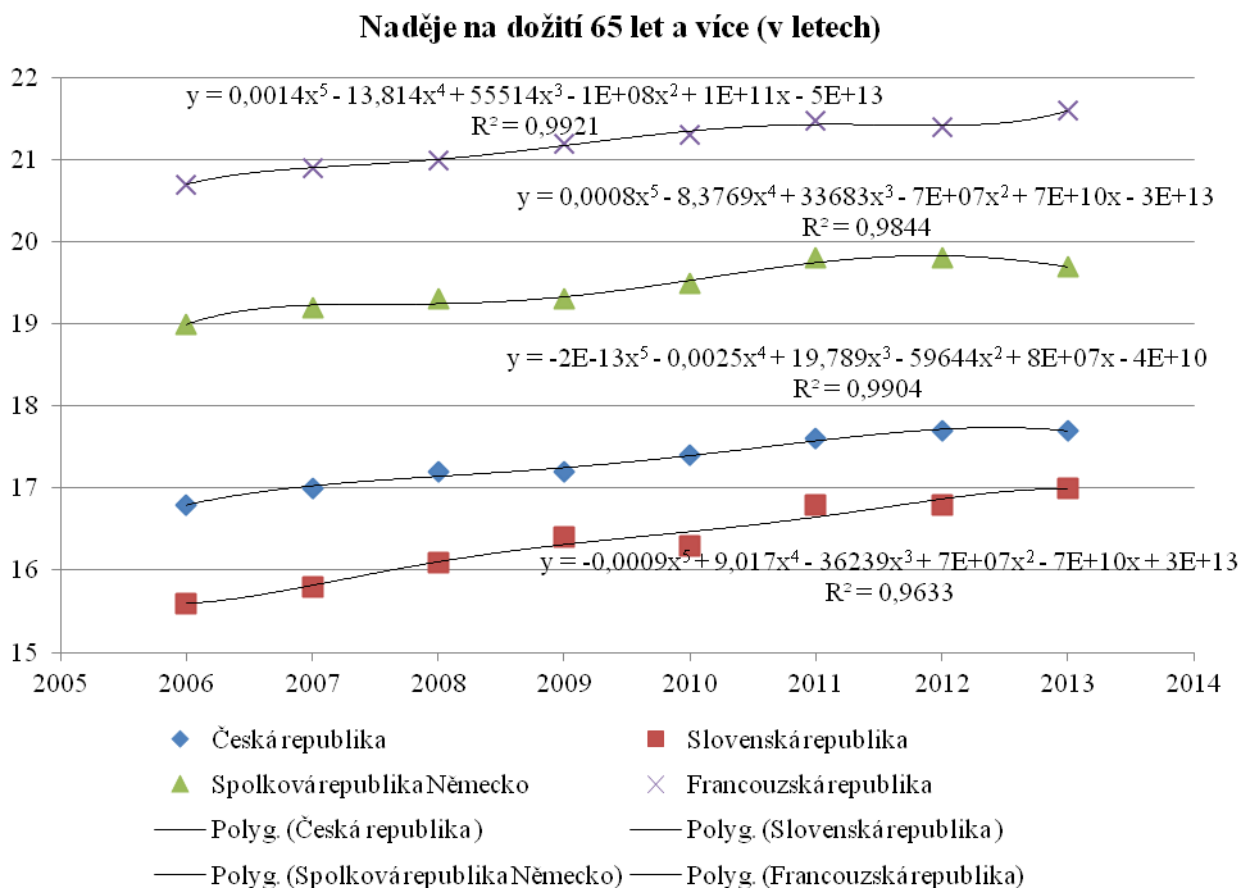


Zdroj: Porovnání očekávané délky života při narození v letech (World Databank, 2016)

Nejvyšší očekávaná délka života při narození je pozorována v prostředí Francie. Je rovněž možné si všimnout, že v letech 2011 a 2013, kdy dosahovaly výdaje francouzské republiky nejvyšších hodnot, dosahovala rovněž očekávaná délka života při narození nejvyšších hodnot. Tento trend je možné pozorovat i ve zbylých zkoumaných zemích. Roky 2011 a 2013 představují ty, ve kterých dosahovali výdaje všech zkoumaných zemích nejvyšších hodnot. Za nejméně příznivé je možné považovat hodnoty Slovenské republiky, ačkoliv trend hodnot je významně stoupající v průběhu celého zkoumaného časového období. Procentuální vyjádření veřejných výdajů v tomto období pro Slovenskou republiku pouze mírně stoupá, celkové výdaje nejsou významně stoupající, výdaje občanů z vlastní kapsy v procentech celkových výdajů v těchto letech mírně klesají, soukromé výdaje mají stoupající trend, ubývá populace s veřejným pojištěním, celkové výdaje na obyvatele v amerických dolarech ve sledovaném období stoupají.

Další graf číslo 16 představuje vývoj naděje na dožití 65 a více let pro jednotlivé země. Spojnice trendu je vyjádřena pomocí polynomu 5. stupně.

Graf 15 Vývoj naděje na dožití 65 a více let

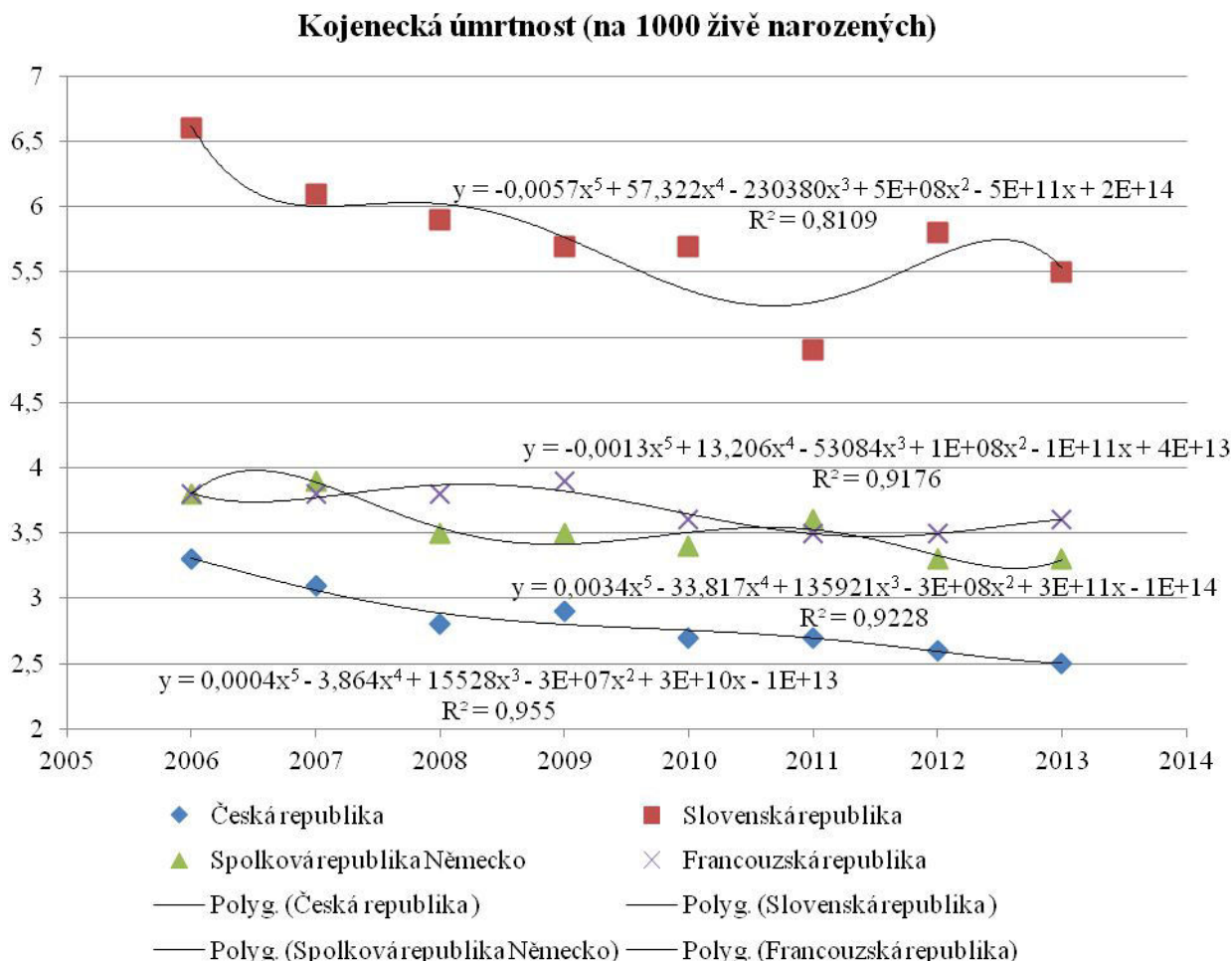


Zdroj: Porovnání naděje na dožití 65 a více let (World Databank, 2016)

Obdobná situace jako u očekávané délky života nastává při posuzování naděje na dožití 65 a více let. Nejpříznivějších výsledků dosahuje Francouzská republika, trend křivky odpovídá trendům ukazatele v podobě očekávané délky života při narození.

Na posledním grafu této bakalářské práce můžeme vidět vývoj kojenecké úmrtnosti pro jednotlivé země. Spojnice trendu je vyjádřena pomocí polynomu 5. stupně.

Graf 16 Vývoj kojenecké úmrtnosti pro jednotlivé země



Zdroj: Porovnání kojenecké úmrtnosti (World Databank, 2016)

Kojenecká úmrtnost neodpovídá trendu zjištěnému pro předchozí demokratické ukazatele. Hodnoty jsou značně kolísající, určitou shodu je možné zaznamenat v hodnotách Francouzské republiky a České republiky. Česká republika v tomto ohledu dosahuje nejpříznivější hodnoty kojenecké úmrtnosti v celém sledovaném období, zároveň v letech dále klesá. Tento klesající trend je rovněž možné asociovat se zvyšováním výdajů na zdravotnictví. Nejnižší kojeneckou úmrtnost je možné spojovat s vysokým podílem veřejných zdrojů do zdravotnictví. Nejméně úspěšných výsledků je zaznamenáno v prostředí Slovenské republiky, kde se projevuje rovněž nejvyšší kolísání hodnot. Pokles hodnot kojenecké úmrtnosti v roce 2011 je ve Slovenské republice značně významný. Jedná o důsledek výkyvu, v podobě snížení procentuálního vyjádření výdajů z vlastní kapsy občanů na zdravotnictví v roce 2010. Takto významný výkyv bude mít dopad na události následujícího roku, roku 2011.

3.4 Aplikace nejefektivnějšího systému v podmínkách ČR

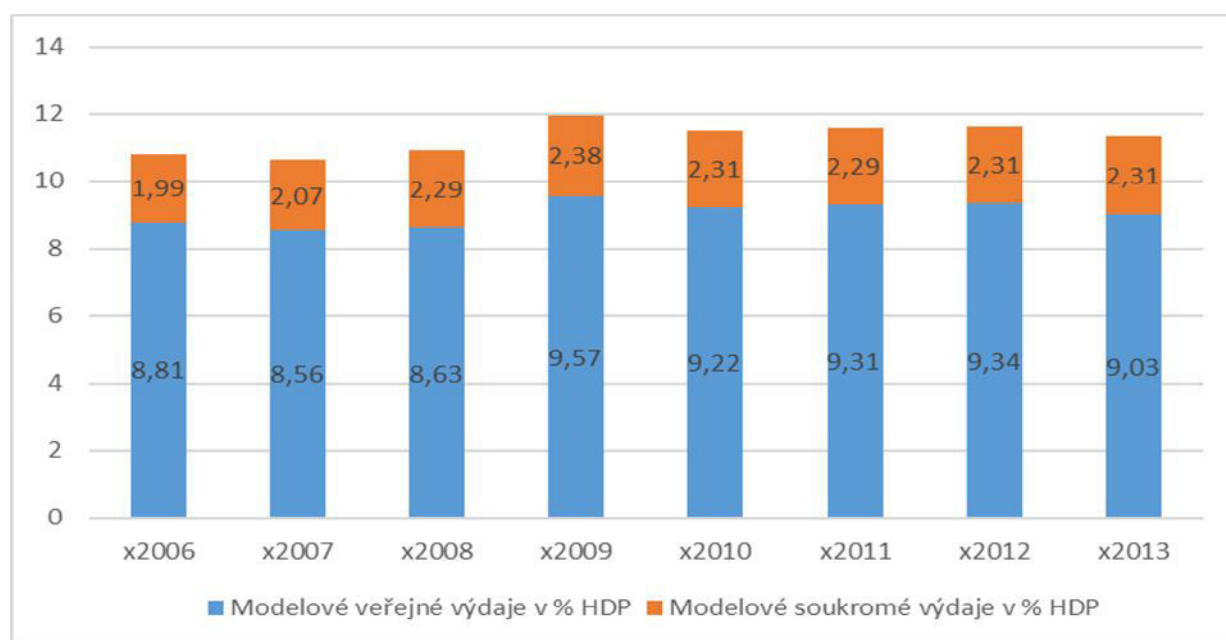
Dle autorova výzkumu je předpoklad, že nejpříznivější dopad na hodnoty zkoumaných demografických ukazatelů má vysoký podíl veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví (celkem 84,18 % HDP), při zvýšení celkových výdajů na zdravotnictví na hodnotu ve výši 11,31 % HDP. Bližší diskuse výsledku je zahrnuta v závěru práce. Úprava plánu financování v České republice vzhledem k navrženému schématu předpokládá zvýšení výdajů na zdravotnictví v modelových letech průměrně o 4,11 % HDP s tím, že veřejné výdaje by se zvýšily o 3% HDP a soukromé o 1,11% HDP.

Tabulka 13 Modelové hodnoty výdajů na zdravotní péči v % HDP

Rok	Modelové výdaje na zdravotní péči v % HDP							
	x2006	x2007	x2008	x2009	x2010	x2011	x2012	x2013
ČR – veřejné v % HDP	5,81	5,56	5,63	6,57	6,22	6,31	6,34	6,03
ČR – soukromé v % HDP	0,89	0,97	1,19	1,28	1,21	1,19	1,21	1,21
ČR – veřejné modelové v % HDP	8,81	8,56	8,63	9,57	9,22	9,31	9,34	9,03
ČR – soukromé modelové v % HDP	1,99	2,07	2,29	2,38	2,31	2,29	2,31	2,31

Zdroj: Modelové výdaje na zdravotní péči v ČR

Graf 17 Podíl veřejných a soukromých výdajů na zdravotnictví v modelovém schématu



Zdroj: Modelová situace výdajů na zdravotnictví v ČR – vlastní výzkum

V tabulce číslo 13 můžeme vidět, modelové hodnoty výdajů na zdravotní péči v % HDP. Veřejné výdaje jsme v modelové situaci zvýšili o 3% HDP a soukromé o 1,11% HDP, je to z toho důvodu, že pokud analyzuje tyto procentní výdaje HDP u Francouzské republiky, tak nám zvyšují očekávanou délku života při narození. Graf číslo 17 představuje podíl veřejných a soukromých výdajů na zdravotnictví v modelovém schématu. Jak na tomto grafu vidíme, tak v tomto modelovém případě dosáhla Česká republika úrovně financování Francouzské republiky. Autor práce navrhuje zvýšit celkové výdaje na zdravotnictví na výši 11,31% HDP, tato výše dle výzkumu provedeného v této práci podporuje prodloužení očekávané délky života při narození. Zvýšení o 4,11% doporučuje autor rozdělit výše zmíněným postupem.

4. Závěr a doporučení

Bakalářská práce se zabývala analýzou veřejných a soukromých výdajů na zdravotnictví ve čtyřech státech. Mezi porovnávanými zeměmi byla Česká republika, Francouzská republika, Slovenská republika a Spolková republika Německo. Na základě zjištěného je dokázané, že očekávaná délka života při narození stoupá spolu s výší celkových výdajů v % HDP. Za nejefektivnější systém vzhledem k podílu veřejných a soukromých výdajů je možné považovat systém využívaný Českou republikou, kde veřejné výdaje tvoří více než 80 % celkových výdajů na zdravotnictví, díky čemuž podporují dostupnost zdravotní péče. Autor doporučuje výši celkových výdajů na zdravotnictví ve výši 11,31% HDP, tato výše výdajů podporuje zvyšování očekávané délky života při narození. Zvýšení autor práce doporučuje, jelikož je tato výše průměrně uplatňována v prostředí Francouzské republiky v letech 2006 – 2013. Rozdělení mezi veřejné výdaje a soukromé doporučuje autor práce takto, 3% HDP navýšit veřejné výdaje a 1,11% HDP soukromé výdaje na zdravotnictví. Výše celkových výdajů na zdravotnictví v % HDP ovlivňuje očekávanou naději na dožití 65 let a více.. Na základě zjištěných informací je určité, že vyšší podíl veřejných výdajů na zdravotnictví má nejpriznivější dopad na snížení kojenecké úmrtnosti.

Na základě zkoumaných dat není možné jednoznačně rozhodnout pro jediný nejefektivnější systém financování zdravotnictví ze zkoumaných států. Je však možné, identifikovat vlastnosti zkoumaných systémů financování, díky kterým je možné dosáhnout nejvyšší efektivity. Za optimální výši veřejných výdajů v České republice je hodnota 84,18 % HDP, která je i uplatňována.

Z porovnání systémů financování zkoumaných států a hodnot demografických ukazatelů vyplývá, že model financování zdravotnictví, který předpokládá nejpriznivější dopad na hodnoty zkoumaných demografických ukazatelů, představuje vysoký podíl veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví (celkem 84,18 % HDP), při zvýšení celkových výdajů na zdravotnictví na hodnotu ve výši 11,31 % HDP.

Literatura:

BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví : sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha : Wolters Kluwer Česká republika, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

BRIGGS, A. *How changes to Irish healthcare financing are affecting universal health coverage*, *Health Policy*, Volume 113, Issues 1–2, November 2013, Pages 45–49, ISSN 0168-8510, Dostupný z WWW: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.07.022>.

ČERVINKA, T. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady 2014*. 6. aktualiz. vyd. Olomouc : Anag, 2014. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 9788072638604.

DURAND-ZALESKI, I. *The French Health Care System, 2014*. In : *International Profiles of Health Care Systems, 2014*. [online] 2015. [Cit. 6. 3. 2016] Dostupný z WWW: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf.

DURDISOVÁ, J. *Sociální politika v ekonomické praxi : (vybrané problémy)*. Vyd. 1. Praha : Oeconomica, 2005, 246 s. ISBN 80-245-0850-8.

EL-SAYED, A. et al. *Does health insurance mitigate inequities in non-communicable disease treatment? Evidence from 48 low- and middle-income countries*, *Health Policy*, Volume 119, Issue 9, September 2015, Pages 1164–1175, ISSN 0168-8510, Dostupný z WWW: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.07.006>.

EUROPEAN COMMISSION. *Health in Slovakia*. [online] 2016. [Cit. 6. 3. 2016] Dostupný z WWW: https://ec.europa.eu/europeaid/health-slovakia_en.

EUROSTAT. *Infant mortality rate*. [online] 2015. [Cit. 19. 2. 2016] Dostupný z WWW: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00027&plugin=1>.

EUROSTAT. *Life expectancy at age 65*. [online] 2015. [Cit. 19. 2. 2016] Dostupný z WWW: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00026>.

EUROSTAT. *Life expectancy at birth*. [online] 2015. [Cit. 19. 2. 2016] Dostupný z WWW: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&pcode=tps00025&language=en>.

FARRELL, L. et al. *The significance of financial self-efficacy in explaining women's personal finance behaviour*, *Journal of Economic Psychology*, Volume 54, June 2016, Pages 85–99, ISSN 0167-4870, Dostupný z WWW: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joep.2015.07.001>.

GAVUROVÁ, B., VAGAŠOVÁ, A. *The Significance of Amenable Mortality Quantification for Financing the Health System in Slovakia*, *Procedia Economics and Finance*, Volume 32, 2015, Pages 77–86, ISSN 2212-5671, Dostupný z WWW: [http://dx.doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)01367-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2212-5671(15)01367-2).

GÖPFFARTH, D., HENKE, K. *The German Central Health Fund—Recent developments in health care financing in Germany*, *Health Policy*, Volume 109, Issue 3, March 2013, Pages 246–252, ISSN 0168-8510, Dostupný z WWW: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.11.001>.

KUBÁTOVÁ, K. *Daňová teorie a politika*. 3., přeprac. vyd. Praha : ASPI, 2003, 225 s. ISBN 80-863-9584-7.

LUNDY, J., FINDER, B. *Cost sharing for health care: France, Germany, and Switzerland* [online] Kaiser Family Foundation, Washington, 2009. [Cit. 6. 3. 2016]. Dostupný z WWW: <http://www.kff.org/insurance/7852.cfm>.

MĂRGINEAN, I. *Public Expenditure with Education and Healthcare in EU Countries*, Procedia Economics and Finance, Volume 8, 2014, Pages 429-435, ISSN 2212-5671, Dostupný z WWW: [http://dx.doi.org/10.1016/S2212-5671\(14\)00110-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2212-5671(14)00110-5).

METYŠ, K., BALOG, P. *Marketing ve farmacii*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 208 s. ISBN 80-247-0830-2.

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

NORMAND, C., THOMAS, S. *Health Care Financing and the Health System*, In *International Encyclopedia of Public Health*, edited by Harald Kristian (Kris) Heggenhougen, Academic Press, Oxford, 2008, Pages 160-174, ISBN 9780123739605, Dostupný z WWW: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00167-2>.

NUSCHELER, R., ROEDER, K. *Financing and funding health care: Optimal policy and political implementability*, Journal of Health Economics, Volume 42, July 2015, Pages 197-208, ISSN 0167-6296, Dostupný z WWW: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.04.003>.

OBERMANN, K. et al. *Understanding the German Health Care System*. [online] 2013. [Cit. 6. 3. 2016]. Dostupný z: http://www.goinginternational.eu/newsletter/2013/nl_03/SpecialDE_EN_Understanding_the_German.pdf.

OECD. *Cost Sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland*. [online] 2016. [Cit. 7. 3. 2016]. Dostupný z: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.

PENDZIALEK, J. et al. *Price elasticities in the German Statutory Health Insurance market before and after the health care reform of 2009*, Health Policy, Volume 119, Issue 5, May 2015, Pages 654-663, ISSN 0168-8510, Dostupný z WWW: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.01.014>.

PRAŽMOVÁ, V., TALPOVÁ, E. *Health financing and regulatory fees in the Czech Republic*, Kontakt, Volume 16, Issue 3, September 2014, Pages e187-e194, ISSN 1212-4117, Dostupný z WWW: <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.08.003>.

SSOZI, J., AMLANI, S. *The Effectiveness of Health Expenditure on the Proximate and Ultimate Goals of Healthcare in Sub-Saharan Africa*, World Development, Volume 76, December 2015, Pages 165-179, ISSN 0305-750X, Dostupný z WWW: <http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2015.07.010>.

STIGLITZ, Joseph E. *Ekonomie veřejného sektoru*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1997, 661 s. ISBN 80-716-9454-1.

TOTH, F. *Classification of Healthcare Systems: Can We Go Further?*, Health Policy, Available online 28 March 2016, ISSN 0168-8510, Dostupný z WWW: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.011>.

Úrad vlády Slovenskej republiky. 3. 3 *Zdravotníctvo*. [online] 2016. [Cit. 5. 3. 2016] Dostupný z WWW: <http://www.vlada.gov.sk/3-3-zdravotnictvo/>.

ÚZIS. *Výdaje na zdravotnictví 2010–2014*. [online] 2015. [Cit. 6. 3. 2016] Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014>.

VANČUROVÁ, A., KLAZAR, S. *Sociální a zdravotní pojištění : úvod do problematiky*. Vyd. 1. Praha : ASPI, 2005, 95 s. Vzdělávání a certifikace účetních. ISBN 80-735-7102-1.

VEPŘEK, P. *Jak se vyvíjelo a jak funguje financování zdravotnictví*. [online] Medical Tribune, 2010. [Cit. 7. 3. 2016] Dostupný z WWW: <http://www.tribune.cz/clanek/18074-jak-se-vyvijelo-a-jak-funguje-financovani-zdravotnictvi>.

VOGL, M. *Hospital financing: Calculating inpatient capital costs in Germany with a comparative view on operating costs and the English costing scheme*, Health Policy, Volume 115, Issues 2–3, April 2014, Pages 141-151, ISSN 0168-8510, Dostupný z WWW: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.01.013>.

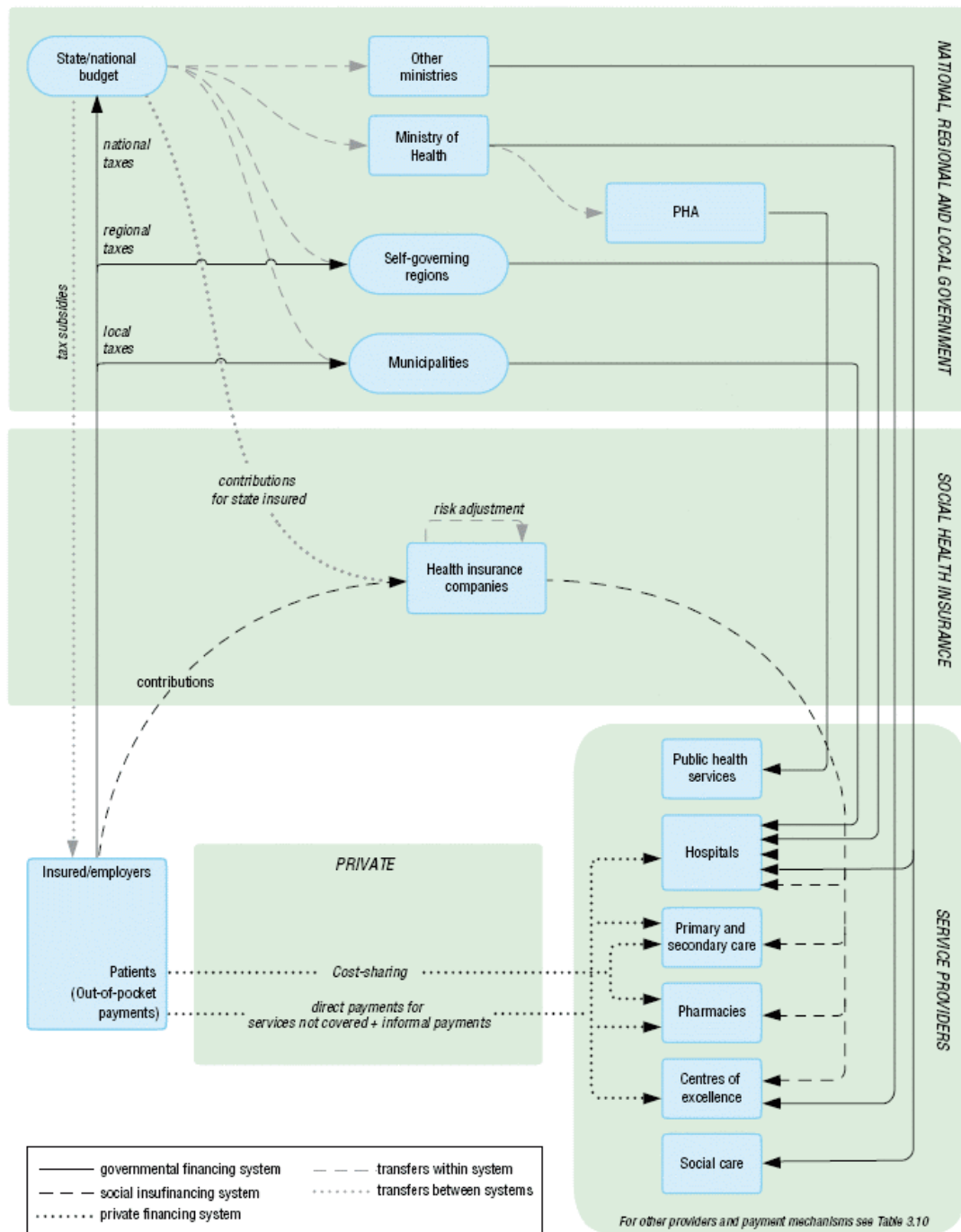
WORLD DATABANK. *World Development Indicators*. [online] The World Bank Group, 2016. [Cit. 5. 3. 2016] Dostupný z WWW: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&country=GBR&series=&period=>

Přílohy

Příloha 1: Schéma systému financování zdravotnictví - Slovenská republika

Příloha 2: Schéma systému financování zdravotnictví – Francouzská republika

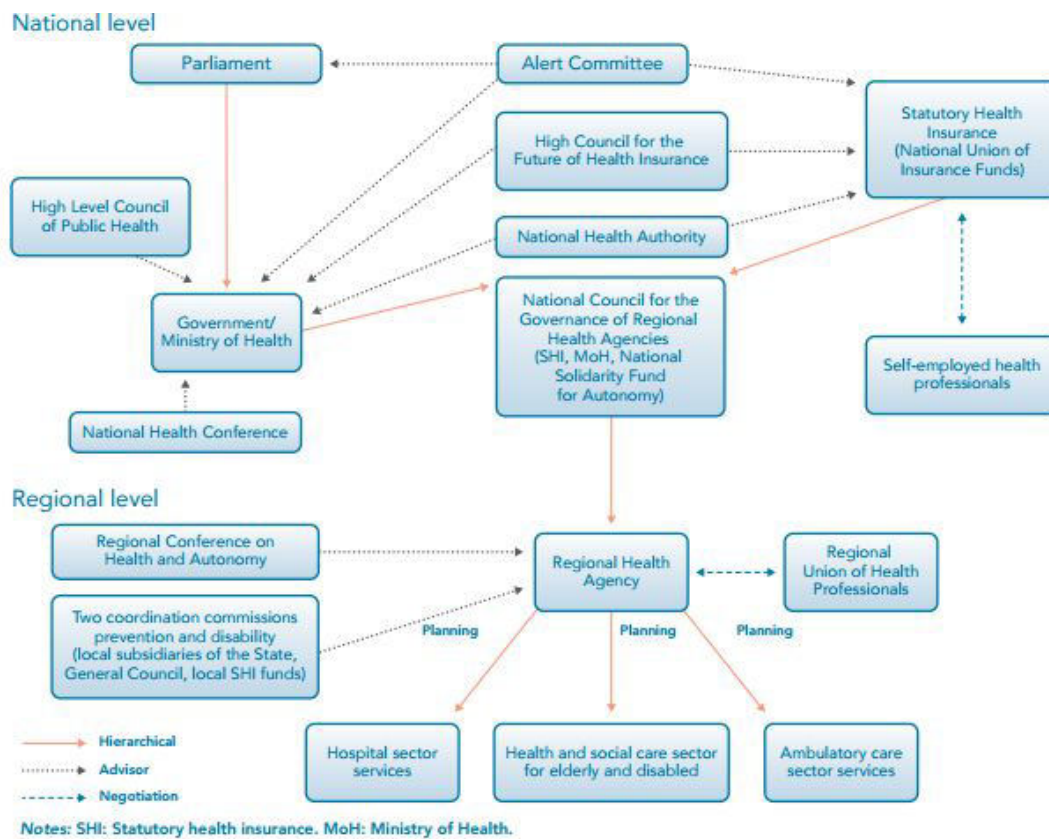
Příloha 1: Schéma systému financování zdravotnictví - Slovenská republika



Systém financování: Slovenská republika

Zdroj: HPI. 3.2 Sources of revenue and financial flows. [online] 2011. [Cit. 6. 3. 2016] Dostupný z: <http://www.hpi.sk/en/2011/05/3-2-sources-of-revenue-and-financial-flows/>.

Příloha 2: Schéma systému financování zdravotnictví – Francouzská republika



Systém financování: Francouzská republika

Zdroj: DURAND-ZALESKI, I. The French Health Care System, 2014. In: International Profiles of Health Care Systems, 2014. [online] 2015. [Cit. 6. 3. 2016] Dostupný z: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf.