

# **Bismarckův model zdravotnického systému v ČR**

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce:**

**Ing. Jitka Dušková, Ph.D.**

**Bc. Hana Škvařilová**

**Brno 2016**



Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce Ing. Jitce Duškové, PhD. za konzultace, odborné vedení a cenné rady a připomínky, které mi významně pomohly při zpracování této diplomové práce. Moje poděkování také patří mé rodině a příteli za jejich trpělivost a podporu při studiu i během psaní této práce.



## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci: **Bismarckův model zdravotnického systému v ČR** vypracoval/a samostatně a veškeré použité prameny a informace jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Souhlasím, aby moje práce byla zveřejněna v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s platnou *Směrnicí o zveřejňování vysokoškolských závěrečných prací*.

Jsem si vědom/a, že se na moji práci vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., autorský zákon, a že Mendelova univerzita v Brně má právo na uzavření licenční smlouvy a užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 Autorského zákona.

Dále se zavazuji, že před sepsáním licenční smlouvy o využití díla jinou osobou (subjektem) si vyžádám písemné stanovisko univerzity o tom, že předmětná licenční smlouva není v rozporu s oprávněnými zájmy univerzity, a zavazuji se uhradit případný příspěvek na úhradu nákladů spojených se vznikem díla, a to až do jejich skutečné výše.

V Brně dne 4. ledna 2016

---



## **Abstract**

Škvařilová, Hana. Bismarck model of Czech health care system. Brno, 2016. Diploma thesis. Mendel University in Brno.

The main aim of this diploma thesis is to find the differences among health care systems in the Czech Republic and other countries, which use Bismarck model and then suggest improvements for Czech health care system based on these differences. First of all the health care systems of the Czech Republic, Slovakia, Germany and the Netherlands were analyzed. After that were these systems compared by quantitative indicators. The results of this thesis are suggestions such as growth of share of private expenditures on total health expenditures, recommendation of growth of wages and salaries in health care system or shifting health care mainly to general practitioners.

## **Keywords**

Health, health care system, Bismarck model, statutory health insurance

## **Abstrakt**

Škvařilová, Hana. Bismarckův model zdravotnického systému v ČR. Brno, 2016. Diplomová práce. Mendelova univerzita v Brně.

Cílem diplomové práce je nalézt rozdíly mezi systémem zdravotnictví v ČR a v dalších státech využívajících Bismarckův model zdravotnictví a na základě těchto rozdílů pak navrhnout doporučení pro české zdravotnictví. K nalezení rozdílů byly nejprve analyzovány zdravotnické systémy ČR, Slovenska, Německa a Nizozemí a využitím metody komparace byly následně jednotlivé systémy srovnávány pomocí kvantitativních ukazatelů. Výsledkem práce je doporučení růstu podílu soukromých výdajů na celkových zdravotnických výdajích, návrh na zvyšování mezd ve zdravotnictví či přenesení těžiště lékařské péče především do primární sféry.

## **Klíčová slova**

Zdravotnictví, zdravotnické systémy, Bismarckův model, veřejné zdravotní pojištění





# Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>Cíl a metodika práce</b>	<b>14</b>
2.1	Cíl práce.....	14
2.2	Metodika.....	14
<b>3</b>	<b>Zdravotnické systémy</b>	<b>16</b>
3.1	Bismarckův model .....	16
3.2	Beveridgeův model.....	16
3.3	Semaškův model.....	17
3.4	Liberální, tržně orientovaný model.....	17
<b>4</b>	<b>Zdravotnický systém České republiky</b>	<b>19</b>
4.1	Historie českého zdravotnictví .....	19
4.2	Model všeobecného zdravotního pojištění v ČR .....	20
4.3	Organizace českého zdravotnického systému .....	21
4.4	Financování zdravotnického systému ČR.....	23
4.5	Financování zdravotní péče v ČR.....	24
4.5.1	Financování ostatních subjektů.....	27
4.6	Shrnutí a zhodnocení .....	28
<b>5</b>	<b>Zdravotnické systémy srovnávaných států</b>	<b>29</b>
5.1	Slovensko.....	29
5.1.1	Reforma zdravotnictví na Slovensku.....	30
5.2	Německo .....	31
5.2.1	Zdravotnická reforma v Německu .....	32
5.3	Nizozemí .....	32
5.3.1	Nizozemská reforma zdravotnictví.....	34
<b>6</b>	<b>Komparace zdravotnických systémů vybraných zemí</b>	<b>35</b>
6.1	Makroekonomické ukazatele.....	35
6.2	Finanční ukazatele .....	38

---

6.3	Údaje o zdravotním stavu populace .....	43
6.4	Údaje o poskytování (dostupnosti) zdravotní péči .....	47
6.4.1	Síť zdravotnických zařízení a zdravotnické technologie .....	47
6.4.2	Počty zdravotnických pracovníků.....	51
6.5	Nastavení zdravotnických systémů.....	53
<b>7</b>	<b>Shrnutí, závěry a doporučení pro české zdravotnictví</b>	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>Závěr</b>	<b>63</b>
<b>9</b>	<b>Literatura</b>	<b>64</b>
<b>A</b>	<b>Specifická úmrtnost podle příčin úmrtí</b>	<b>69</b>

## Seznam obrázků

- Obr. 1** Soukromé výdaje na zdravotnictví jako % celkových výdajů na zdravotnictví – vývoj **41**

## Seznam tabulek

<b>Tab. 1</b>	<b>Počet obyvatel a základní makroekonomické ukazatele</b>	<b>36</b>
<b>Tab. 2</b>	<b>Finanční ukazatele</b>	<b>39</b>
<b>Tab. 3</b>	<b>Soukromé výdaje na zdravotnictví jako % celkových výdajů na zdravotnictví – vývoj</b>	<b>41</b>
<b>Tab. 4</b>	<b>Výdaje na zdravotnictví na obyvatele v PPP – v amerických dolarech (2013)</b>	<b>42</b>
<b>Tab. 5</b>	<b>Měsíční příjem specialistů (zaměstnanců) v PPP – v amerických dolarech (2012)</b>	<b>43</b>
<b>Tab. 6</b>	<b>Údaje o zdravotním stavu populace</b>	<b>44</b>
<b>Tab. 7</b>	<b>Sít' zdravotnických zařízení + zdravotnické technologie</b>	<b>48</b>
<b>Tab. 8</b>	<b>Podíly veřejných a soukromých nemocnic na celkovém počtu nemocnic</b>	<b>49</b>
<b>Tab. 9</b>	<b>Počty zdravotnických pracovníků</b>	<b>51</b>
<b>Tab. 10</b>	<b>Počty zdravotních pojišťoven</b>	<b>55</b>
<b>Tab. 11</b>	<b>Financování zdravotní péče</b>	<b>56</b>
<b>Tab. 12</b>	<b>Počty úmrtí v důsledku nemocí oběhové soustavy</b>	<b>69</b>
<b>Tab. 13</b>	<b>Počty úmrtí v důsledku novotvarů</b>	<b>69</b>

# 1 Úvod

Zdravotnictví patří mezi významné oblasti každé vyspělé společnosti, a to i z ekonomického hlediska. Nejen, že do zdravotnictví plynou velké objemy finančních prostředků, které se pohybují mnohdy i kolem 10 % HDP, ale zdravotnictví je rovněž významné v tom, že působí na zdravotní stav populace, tedy i pracovní síly, která poté ovlivňuje výkonnost ekonomiky dané země. Téma zdravotnictví je proto také často diskutovanou otázkou i v politické oblasti, především pak problematika týkající se financování.

V rámci zdravotnictví lze nalézt různé typy zdravotnických systémů, které se od sebe odlišují především způsoby financování. Kromě Bismarckova modelu, který je postaven na veřejném zdravotním pojištění a který je využíván i v našem státě, existuje ještě státní zdravotnictví (financované z daní) a zdravotnictví fungující na tržních principech (hlavním zdrojem financí je zde soukromé zdravotní pojištění).

Tato práce je zaměřena na Bismarckův model zdravotnictví, který je nejstarším a také nejpoužívanějším modelem. Dokonce se tímto typem zdravotnictví inspirovaly i Spojené státy americké při vytváření jejich nedávné reformy zdravotnictví. Konkrétně se práce věnuje zdravotnickému systému České republiky, pro který hledá návrhy a doporučení inspirované dalšími třemi státy (Slovenskem, Německem a Nizozemím), které také využívají Bismarckův model. Tato doporučení by měla vést především ke zlepšení finanční situace a efektivnějšímu poskytování zdravotnické péče.

## 2 Cíl a metodika práce

### 2.1 Cíl práce

Cílem této práce je identifikovat rozdíly mezi systémem zdravotnictví v ČR a v dalších státech, které využívají stejný (Bismarckův) model zdravotnictví. Na základě komparace a výsledků praktické části práce budou vyslovena doporučení pro české zdravotnictví, která by měla vést ke zlepšení finanční situace a efektivnějšímu poskytování zdravotnické péče.

Při výběru tématu a cíle práce bylo samozřejmě kromě aktuálnosti problematiky bráno v potaz, že tato práce nebude první, která se bude danou problematikou zabývat. Jen v rámci Provozně ekonomické fakulty Mendelovy univerzity v Brně byly objeveny 3 závěrečné práce zabývající se zdravotnickými systémy. Tyto práce<sup>1</sup> však pocházejí z let 2010 a 2011 a pracují tak se staršími údaji a v současnosti již nemusí být jejich výsledky aktuální. Každá z těchto prací se také tématu zdravotnictví věnuje jiným způsobem. V první práci jsou srovnávány různé modely zdravotnictví – tedy nejen Bismarckův model. Druhá práce zase porovnává ČR pouze se Slovenskem a v poslední práci je sice prováděna komparace více států, ale autorka používá starší data (převážně z let 2005 až 2008) a také zde má i odlišné a jinak členěné ukazatele.

V rámci výše zmíněných prací se tedy vyskytují podobná témata, ale žádné z nich se nezabývá přímo popisem a srovnáním zdravotnických systémů ČR, Slovenska, Německa a Nizozemí, a když už některými ze států ano, tak ne s aktuálními daty. Proto byl pro tuto diplomovou práci zvolen cíl, který je uveden začátku této kapitoly.

### 2.2 Metodika

Pro vypracování diplomové práce bude využito popisné metody, analýzy a komparace. Úvodní část práce bude třeba věnovat zdravotnickým systémům, kde budou popsány čtyři nejznámější modely zdravotnictví a na základní úrovni zkomparovány.

Aby bylo dosaženo stanoveného cíle, je nutné dále popsat a analyzovat systém zdravotnictví v ČR. Konkrétně bude třeba zmínit stručnou historii českého zdravotnictví, dále rozebrat všeobecné zdravotní pojištění a prvky daného zdravotnického systému. Rovněž bude nutné věnovat se analýze finanční stránky českého zdravotnictví – tedy zdrojům financování systému i konkrétním způsobům financování jednotlivých druhů péče.

V další části práce bude potřebné zabývat se zdravotnickými systémy srovnávaných států. Nejprve bude muset být podrobně zdůvodněn výběr států (Slovenska, Německa a Nizozemí) ke komparaci. Jelikož základní stanovená kritéria podobnosti s ČR (Bismarckův model zdravotnictví, členství v EU a geografickou blízkost)

---

<sup>1</sup> Apetauer, 2010; Janáčková, 2011 a Vítková, 2011

kost) splňovalo více států, bylo třeba zaměřit se na faktory, které by mohly být inspirující pro ČR. Slovensko bylo vybráno kvůli své institucionální blízkosti, Německo pro své nejdelší zkušenosti s Bismarckovým modelem a Nizozemí kvůli tomu, že je považováno za zemi s jedním z nejlépe fungujících zdravotnických systémů na světě (Hnilicová a Dobiášová, 2013). Navíc u všech tří států byly v nedávné době provedeny zdravotnické reformy. V rámci této kapitoly bude třeba věnovat pozornost základnímu popisu a jednoduché analýze daných systémů zdravotnictví a u všech tří států rovněž stručně představit nedávno provedené reformy. Nejvýznamnějšími zdroji pro tuto část práce budou elektronické publikace Evropského střediska pro sledování zdravotnických systémů a politik (Busse a Blümel, 2014 a Szalay a kol., 2011) a také nezávislé charitativní organizace The King's Fund (Robertson, Gregory a Jabbal, 2014).

V rámci následující kapitoly již budou pomocí metody komparace porovnávány jednotlivé aspekty zdravotnictví vybraných států. Na úvod bude třeba zvolit, podle kterých ukazatelů budou státy porovnávány. Konkrétně se bude jednat o tyto oblasti – makroekonomické ukazatele, finanční ukazatele, údaje o zdravotním stavu populace, údaje o poskytování (dostupnosti) zdravotní péče a nastavení zdravotnických systémů. V rámci makroekonomických ukazatelů budou využity údaje z databází Eurostatu, protože v nich lze nalézt nejnovější údaje z ekonomické oblasti. Zbývající část práce pak bude vycházet buď ze statistik Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), nebo budou využity informace z teoretické části práce.

V závěrečné kapitole budou zpracovány návrhy a doporučení pro české zdravotnictví, které budou vycházet z předešlých částí práce.

## 3 Zdravotnické systémy

Zdravotnický systém lze definovat jako „organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče“ (Durdisová, 2005a). Jedná se tedy o soustavu 4 prvků, které mezi sebou mají různé vazby, jež jsou výsledkem dlouhodobého vývoje.

V rámci zdravotnictví se můžeme setkat s několika typy zdravotnických systémů, jejichž členění vychází především ze způsobů financování. Nejčastěji jsou tedy uváděny 3 zdravotnické systémy, a to **národní zdravotní pojištění** (tzv. Bismarckův model), **státní zdravotnictví** (zastoupené Beveridgeovým a Semaškovým modelem) a **liberální, tržně orientovaný model zdravotnictví**. (Janečková a Hnilicová, 2009)

### 3.1 Bismarckův model

Tento model zdravotnického systému je pojmenován po Ottu von Bismarckovi, který ke konci 19. století začal v Německu zavádět celostátní systém sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění. Jedná se tak o nejstarší systém, který je také nejrozšířenější. Základem tohoto modelu jsou povinné finanční příspěvky občanů, které jsou odváděny do fondů zdravotních pojišťoven, což jsou neziskové, veřejnoprávní subjekty. Funguje zde systém sociální solidarity, takže občané do systému přispívají částky na základě svého příjmu, ale zdravotní péči čerpají podle potřeby. Na pojistném se kromě zaměstnanců podílí i zaměstnavatelé a za určité skupiny osob (např. děti, studenty a seniory) platí zdravotní pojištění stát. (Janečková a Hnilicová, 2009)

Tento model zdravotnictví založený na veřejném zdravotním pojištění funguje kromě České republiky také například v Německu, Rakousku, Francii, Belgii nebo na Slovensku a tyto státy tak garantují určitou zdravotní péči a mimo jiné platí zdravotního pojištění za „státní“ pojištěnce. (Durdisová, 2005a)

### 3.2 Beveridgeův model

Beveridgeův model, často také označovaný jako model národní zdravotní služby (National Health Service – NHS), je příkladem státního zdravotnického systému, který dostal své jméno po ekonomovi Williamu Beveridgeovi, který stál u zrodu zákona o Národní zdravotní službě ve Velké Británii v polovině 20. století. Jedná se o vysoce solidární model, který je financován z daní, a tudíž občanům zajišťuje takřka bezplatný přístup ke zdravotnictví. Beveridgeův model zdravotnictví lze nalézt například ve Velké Británii, Itálii, Portugalsku, Skandinávii, Kanadě nebo Austrálii. (Janečková a Hnilicová, 2009)

Malina (2013) uvádí, že pacienti si v tomto systému nemohou vybírat své lékaře, protože jsou k nim přiřazováni na základě lokální spádovosti, a ke specializovaným ambulantním lékařům se nemocní dostanou jen na základě doporučení



praktického lékaře, který má funkci „gatekeepera“. Proti hlavní výhodě tohoto systému (všeobecně dostupné zdravotní péči) udává jako největší negativum problém dlouhých čekacích lhůt u výkonů, které nejsou akutní.

I když je tento typ zdravotnictví mnohem mladší než Bismarckův model, tak jejich společným rysem je solidárnost a všeobecná dostupnost zdravotní péče. V obou modelech totiž občané přispívají na zdravotnictví podle svých výdělků, ale péči čerpají podle potřeby. Odlišný je však způsob financování obou systémů, kdy v rámci Bismarckova modelu funguje systém veřejného zdravotního pojištění, kdežto u národní zdravotní služby je zdravotnictví financované z daní. Dalším rozdílem je také přístup ke zdravotní péči, kdy u zdravotnického systému využívajícího veřejné zdravotní pojištění si pacienti mohou sami zvolit svého lékaře, zatímco v Beveridgeově modelu jsou jim lékaři přiřazováni podle bydliště. Navíc Beveridgeův zdravotnický systém využívá u praktických lékařů funkci „gatekeepera“, která není pro Bismarckův model typická.

### 3.3 Semaškův model

Jedná se o druhý příklad státního systému zdravotnictví, který vznikl v sovětském Rusku počátkem 20. století. Nikolaj Aleksandrovič Semaško byl lidový komisař pro zdravotnictví, který byl spoluvůrcem centrálně řízeného státního zdravotnictví. Hlavním znakem tohoto modelu je, že se v něm téměř nevyskytují soukromé zdravotnické služby a celé zdravotnictví je financováno ze státního rozpočtu. (Janečková a Hnilicová, 2009)

Největší rozmach zaznamenává Semaškův model kolem poloviny 20. století (válečné a poválečné období), kdy země s tímto systémem zdravotnictví poměrně dobře bojují proti infekčním epidemiím nebo dětské úmrtnosti. Postupem času se ale tyto zdravotnické systémy neumí vyrovnávat s novými problémy a onemocněními, a proto od konce 80. let (i vlivem politické situace) přechází země z centrálně řízených zdravotnictví na jiné modely. Během druhé poloviny 20. století se Semaškův model vyskytoval například v Československu, Maďarsku, Polsku či dalších socialistických zemích. V současnosti se s tímto modelem lze setkat už jen na Kubě. (Malina, 2013)

Při srovnání s Bismarckovým modelem lze říci, že se oba zdravotnické systémy vyznačují dobrou dostupností zdravotní péče, což je asi jeden z mála jejich společných znaků. V rámci financování je pro Bismarckův model typické zdravotní pojištění, kdežto u Semaškova státního zdravotnictví je využíván státní rozpočet. Odlišnosti lze nalézt i v oblasti sítě zdravotnických zařízení, kde jsou pro Semaškův model typická pouze veřejná zdravotnická zařízení, zatímco ostatní typy zdravotnictví využívají jak veřejné, tak i soukromé poskytovatele.

### 3.4 Liberální, tržně orientovaný model

Za hlavního představitele tohoto modelu bylo možné ještě do nedávna považovat Spojené státy americké, které však od roku 2013 prochází reformou zdravotnictví.

V rámci tohoto modelu neexistuje univerzálně dostupná zdravotní péče a její obstarání je tak individuální záležitostí. Co se týče USA, tak před reformou zde sice existovaly i veřejné programy zaměřené na sociálně slabší obyvatelstvo, ale hlavní roli sehrával trh. Na jedné straně tak bylo možné ve Spojených státech čerpat špičkovou zdravotní péči, ale na druhé straně zde bylo velké procento nepojištěných pacientů, kteří představovali obrovský problém pro celý systém. (Malina, 2013)

Typickým prvkem tržního modelu zdravotnictví je především individuální zajišťování zdravotní péče pomocí soukromého zdravotního pojištění, což je také zásadní odlišností oproti Bismarckovu modelu, pro nějž je naopak charakteristická solidarita a všeobecná dostupnost péče zabezpečovaná veřejným pojištěním. Jako společný prvek typický pro oba modely lze naopak uvést svobodný výběr poskytovatele, který je možný jak u Bismarckova modelu, tak i u tržního zdravotnictví.

## 4 Zdravotnický systém České republiky

Pro splnění cíle v podobě nalezení rozdílů mezi zdravotnickým systémem v ČR a v dalších státech s Bismarckovým modelem je třeba nejprve popsat, jak vypadá a funguje systém zdravotnictví v ČR, což bude hlavní náplní této kapitoly. V rámci této části práce tak bude zmíněna historie českého zdravotnictví, popis modelu všeobecného zdravotního pojištění a jeho prvků a v závěru bude věnována pozornost finanční stránce.

### 4.1 Historie českého zdravotnictví

V roce 1918 přejala nově vzniklá Československá republika Bismarckův model sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění, který zde do té doby fungoval v rámci Rakouska-Uherska. Tento původní model byl ale v průběhu času zlepšován a rozšiřován na další skupiny obyvatel a v roce 1938 povinné zdravotní pojištění zahrnovalo více než polovinu československého obyvatelstva. (Alexa a kol., 2015)

Po druhé světové válce, jak popisují Janečková a Hnilicová (2009), je systém národního zdravotního pojištění na našem území přeměněn na Semaškův model zdravotnictví. V celém Československu vlivem komunistické nadvlády dochází ke znárodnění téměř veškerého majetku a stát přebírá odpovědnost za dostupnost zdravotní péče. Zdravotnictví je tedy řízeno, kontrolováno, ale také financováno (z všeobecného zdanění) státem. Zdravotní péče je poskytována bezplatně a celý systém zpočátku funguje poměrně úspěšně a efektivně – příkladem může být růst střední délky života nebo snížení dětské úmrtnosti. V průběhu let se však začaly objevovat nové problémy (civilizační a onkologická onemocnění), se kterými již systém nedokázal efektivně bojovat, a postupem času začalo celé zdravotnictví upadat.

Výrazné změny nejen ve zdravotnictví nastávají na přelomu 80. a 90. let, kdy postupně dochází k rozpadu Sovětského svazu a časem i ke vzniku samostatné České republiky, která je založena na demokratických principech. Zdravotnictví se v rámci liberalizace opět navrácí k modelu veřejného zdravotního pojištění a je zaveden princip svobodné volby poskytovatele zdravotní péče. Průběžně také dochází k privatizaci v oblasti primární péče, u ambulantních specialistů nebo třeba u lékáren. V rámci legislativních změn jsou v roce 1991 přijaty zákony č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, a č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR. (Alexa a kol., 2015)

Během 90. let se opět začíná investovat do zdravotnictví a Česká republika se tak snaží doplňovat a modernizovat zastaralé a chybějící vybavení. Alexa a kol. (2015) dodávají, že také dochází k růstu počtu zdravotních pojišťoven, kterých je v polovině 90. let až 27. V roce 1997 je přijat nový zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který upravuje mimo jiné financování zdravotnických zařízení. Zpočátku tato zařízení byla placena výkonově, ale tento způsob financování začal být zneužíván a vedl k obrovskému růstu nákladů, a proto byla

například u primární péče zavedena kapitace jako hlavní způsob financování. (Janečková a Hnilicová, 2009)

## 4.2 Model všeobecného zdravotního pojištění v ČR

Jak již bylo zmíněno výše, tak současné zdravotnictví České republiky je postaveno na Bismarckově modelu veřejného zdravotního pojištění, jehož základním prvkem je povinné členství v systému zdravotního pojištění. Kromě osob, které mají trvalý pobyt na území ČR, musí být také povinně pojištěny osoby, které trvalý pobyt v ČR sice nemají, ale jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který v ČR má buď trvalý pobyt, nebo sídlo. (Malina, 2013)

V rámci České republiky platí, že pojištěné osoby si mohou svobodně zvolit poskytovatele zdravotní péče i zdravotní pojišťovnu, kterou mohou změnit jednou za rok. V ČR v současnosti funguje 7 zdravotních pojišťoven<sup>2</sup>, které musí přijmout každého žadatele, který splňuje podmínky, protože výběr pojištěnců na základě rizika je zakázán. Platby zdravotního pojištění jsou povinné a jsou založeny na výši mezd nebo příjmů. (Alexa a kol., 2015)

Plátcí<sup>3</sup> pojistného na zdravotní pojištění jsou podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, tyto subjekty:

- zaměstnanci,
- zaměstnavatelé,
- osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ),
- stát a
- osoby s trvalým pobytem na území ČR, za které ale není plátcem stát – tzv. osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP), mezi které patří například studenti škol, které Ministerstvo školství nepovažuje za soustavnou přípravu na budoucí povolání, nebo nezaměstnané osoby, které nejsou zaevidovány na úřadě práce (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2015).

---

<sup>2</sup> Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR a Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008).

<sup>3</sup> Při používání termínu „plátce“ je nutné si uvědomit, že v české odborné literatuře vztahující se ke zdravotnictví je výraz plátce využíván ve dvou podobách. Jednak je tento pojem používán ve smyslu „plátce pojistného na zdravotní pojištění“ (jak je uvedeno v textu), tedy jako osoba, která povinně odvádí zdravotní pojištění. A druhým případem, ve kterém je výraz plátce využíván, je při popisu prvků zdravotnických systémů, kdy je plátcem myšlen „subjekt financující zdravotní péči“ poskytovatelům, tedy v případě Bismarckova modelu zdravotní pojišťovny. Aby v rámci této práce tedy nedocházelo k nedorozuměním, bude pojem plátce používán ve smyslu „osoby, která odvádí zdravotní pojištění“ a pro druhý význam pojmu plátce bude využíván termín „financující subjekt“.

Zaměstnavatel je plátcem, protože je ze zákona povinen platit určenou část pojistného za své zaměstnance, a stát je rovněž plátcem, protože ze státního rozpočtu musí platit pojistné za tzv. „státní pojištěnce“ – například za nezaopatřené děti, ženy na mateřské, důchodce nebo třeba uchazeče o zaměstnání. Výši pojistného lze nalézt v zákoně č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, kde je uvedeno, že „výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu“. Také je zde vysvětleno, co je myšleno vyměřovacím základem u jednotlivých skupin plátců. Například, že za vyměřovací základ zaměstnance je považován úhrn příjmů se závislé činnosti, u OSVČ to je 50 % příjmů ze závislé činnosti, od které jsou odečteny výdaje na dosažení, zajištění a udržení těchto příjmů a u státních pojištěnců se jedná o částku 6 259 Kč za měsíc. Janečková a Hnilicová (2009) dále doplňují, že celých 13,5 % z vyměřovacího základu zaměstnance odvádí pojišťovně zaměstnavatel, a to jak část, kterou musí platit zaměstnavatel za zaměstnance (tedy 9 %), tak i část, která je hrazena zaměstnancem samotným (4,5 %).

Důležitým prvkem typickým pro české zdravotnictví je rovněž oddělení systému zdravotního a nemocenského pojištění. Zdravotní pojištění je v našem státě využíváno pouze k financování zdravotní péče. Kdežto nemocenské pojištění, které spadá pod systém sociálního zabezpečení a je zastřešeno Ministerstvem práce a sociálních věcí, slouží k výplatě peněžních dávek, jako jsou třeba nemocenské nebo důchody. (Alexa a kol., 2015)

### 4.3 Organizace českého zdravotnického systému

Jak již bylo zmíněno dříve, tak každý zdravotnický systém se skládá ze 4 prvků – z veřejnosti, poskytovatelů zdravotní péče, financujících subjektů a orgánů vládní politiky. Následující část práce proto bude věnována popisu těchto skupin v rámci zdravotnického systému ČR.

Prvním prvkem je tedy **veřejnost**, která bývá v rámci zdravotnictví často ztožňována s pacienty, kteří ale tvoří jen část veřejnosti. Veřejnost tedy zahrnuje širší skupinu lidí – např. všechny obyvatele či osoby pobývající na území daného státu, protože na ně všechny působí zdravotní politika. Pacienti jsou jen podmnožinou veřejnosti, která využívá služeb zdravotní péče. V rámci zdravotnického systému lze k pacientům přiřadit dva základní úkoly, a to spotřebu zdravotní péče a participaci na financování. Jelikož v ČR existuje systém veřejného zdravotního pojištění, jsou obě tyto role od sebe odděleny a během čerpání zdravotní péče tak pacient za tyto služby neplatí. Obecně se ale pacient na financování podílet musí a to buď tím, že platí pojistné na zdravotní pojištění, anebo tím, že platí daně. (Durdisová, 2005a)

Druhou skupinu prvků zdravotnického systému tvoří **poskytovatelé zdravotní péče**, za něž jsou v ČR považována zdravotnická zařízení, jejichž síť se skládá ze zařízení státu, krajů, obcí a fyzických či právnických osob. V rámci členění zdravotnických zařízení se lze setkat s dalšími kritérii. Například Gladkij (2003) uvádí toto členění – konkrétně se jedná o dvourozměrnou typologii zdravotnických zařízení, která člení instituce:

- podle posloupnosti kontaktů – na primární, sekundární a terciární zařízení,
- podle naléhavosti – instituce pro urgentní, akutní, následnou a chronickou léčbu,
- podle místa poskytování – domácnosti, ambulance, nemocnice a ústavy a
- podle činností institucí – na zařízení preventivní, diagnosticko-léčebné, podpůrné a pomocné, řídicí a správní.

Z uvedených členění se dále zaměříme na členění podle posloupnosti kontaktů, které dělí zdravotnická zařízení a tím i zdravotní péči do 3 kategorií podle toho, v jakém pořadí se s nimi pacient dostává do styku:

- Primární zdravotnická zařízení

Jedná se o zdravotnická zařízení praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost, zubařů a gynekologů. Zde je pacientům k dispozici přímo dostupná zdravotní péče, kterou mohou využít bez předchozího doporučení od jiného lékaře. Tyto 4 kategorie lékařů jsou ve většině případů soukromé osoby a v ČR tvoří více než 50 % všech ambulantních lékařů. (Janečková a Hnilicová, 2009)

- Sekundární zdravotnická zařízení

Sekundární zdravotnická zařízení v našem státě zajišťují specializovanou ambulantní a nemocniční péči. Většinou by mělo platit, že do této úrovně se pacient dostane pouze na doporučení lékaře z primární sféry, ale v ČR není funkce „gatekeepera“ u primární úrovně příliš zakořeněna. (Gladkij, 2003)

- Terciární zdravotnická zařízení

Tato zařízení poskytují vysoce specializované a komplexní služby a nemocné osoby se sem dostávají pouze skrze sekundární péči. Jedná se o velmi nákladné instituce, které se kvůli ekonomickým možnostem vyskytují pouze na národní či mezinárodní úrovni. V rámci ČR je terciární péče dostupná ve výzkumných ústavech, které jsou zakládány Ministerstvem zdravotnictví. (Gladkij, 2003)

Třetím prvkem zdravotnického systému **jsou financující subjekty**. V České republice jsou jimi zdravotní pojišťovny, které díky výběru pojistného na zdravotní pojištění zajišťují většinu finančních zdrojů. Kromě výběru pojistného mají zdravotní pojišťovny také za úkol zabezpečovat úhrady poskytovatelům za provedenou zdravotní péči, kontrolovat pomocí revizních lékařů „*využívání a poskytování péče hrazené ze zdravotního pojištění*“ a regulovat množství a kvalitu poskytovatelů, tím že s nimi uzavírají smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. (Durdisová, 2005b)

Důležité je také zmínit, že zdravotní pojišťovny jsou neziskové organizace, což znamená, že u nich funguje neziskový princip rozdělování zdrojů. Proto u zdravotních pojišťoven platí, že nevyčerpané finance se nemohou použít na obohacení vlastníků nebo členů těchto pojišťoven, ale musí být využity k činnosti,

kteří jsou hlavním posláním těchto subjektů – tedy k financování zdravotní péče. (Gladkij, 2003)

Kromě zdravotních pojišťoven, jako základních financujících subjektů, je nutné uvést i veřejnost a stát, kteří se také podílejí na financování zdravotnictví, i když v mnohem menší míře, jak bude zmíněno v podkapitole týkající se financování zdravotnického systému ČR. (Durdisová, 2005b)

**Stát** je čtvrtým a posledním prvkem zdravotnického systému a jeho hlavním úkolem je především zajištění dostupnosti a kvality zdravotní péče. Mimo to stát provádí i další činnosti, mezi které patří třeba legalizace povinné solidarity skrze veřejné zdravotní pojištění, regulace cen zdravotnických služeb, placení pojistného za státní pojištěnce nebo kontrola činnosti zdravotních pojišťoven. (Durdisová, 2005a)

Alexa a kol. (2015) doplňují, že stát v českém zdravotnictví také působí jako zákonodárce nebo subjekt podporující vědecký výzkum. Kromě toho stát (konkrétně Ministerstvo zdravotnictví) spravuje a kontroluje terciární zdravotnická zařízení, jako jsou fakultní nemocnice, které zahrnují přes čtvrtinu nemocničních lůžek. Pod správou tohoto ministerstva také spadají instituce, které se věnují ochraně veřejného zdraví (např. Státní zdravotní ústav) nebo instituce, která se zabývá bezpečností, kvalitou a využíváním léčiv – Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL).

#### 4.4 Financování zdravotnického systému ČR

V rámci financování zdravotnictví patří mezi nejdůležitější (nejsledovanější) údaje především absolutní částka celkových výdajů na zdravotnictví a také procentuelní podíl těchto výdajů na HDP dané země. V předchozích 5 letech se v ČR pohybovala výše výdajů na zdravotnictví kolem 290 miliard Kč a podle předběžných údajů by dokonce za rok 2014 mohl tento údaj dosáhnout až k hranici 300 miliard Kč. Co se týče velikosti zdravotních výdajů jako podílu HDP, tak zde údaje za ČR v letech 2010 až 2014 lehce přesahují hranici 7 %. (ÚZIS ČR, 2015)

Jako hlavní zdroje financování zdravotnictví v ČR lze uvést veřejné zdravotní pojištění, které tvoří největší část celkových výdajů (více než 75 %), dále soukromé zdroje, které představují přibližně 16 % prostředků, a nakonec veřejné rozpočty, jejichž podíl se pohybuje mezi 5 až 9 % celkových výdajů. Jednotlivé skupiny zdrojů budou detailněji popsány v následujících odstavcích. (ÚZIS ČR, 2014a)

Odvody do systému **veřejného zdravotního pojištění** tvoří masivní zdroj příjmů českého zdravotnictví. Tyto příspěvky jsou vybírány zdravotními pojišťovnami každý měsíc od zaměstnanců, zaměstnavatelů, osob samostatně výdělečně činných (OSVČ) a osob bez zdanitelných příjmů (OBZP). Za státní pojištěnce platí zdravotní pojištění stát, konkrétně Ministerstvo financí, a to z všeobecného zdanění. Výše pojistného je určena právními předpisy a v současnosti je jeho velikost stanovena na 13,5 % z vyměřovacího základu. (Alexa a kol., 2015)

Jelikož je pro systém veřejného zdravotního pojištění typická solidarita, je nutné vybrané prostředky jednotlivých pojišťoven přerozdělit, protože každá z pojišťoven má jinou strukturu pojištěnců, která je příčinou odlišných příjmů, ale

i výdajů pojišťoven. Toto přerozdělování zabezpečuje Veřejná zdravotní pojišťovna (VZP) pomocí speciálního centrálního účtu. Jednotlivé pojišťovny jsou každý měsíc povinny VZP hlásit počty pojištěnců podle pohlaví a věkových skupin a na základě těchto údajů a nákladových indexů pak VZP vybrané prostředky přerozdělí mezi pojišťovny. (Janečková a Hnilicová, 2009)

Při prozkoumání struktury příjmů veřejného zdravotního pojištění lze zjistit, že asi tři čtvrtiny těchto zdrojů pochází od zaměstnanců, zaměstnavatelů, OSVČ a OBZP (kteří dohromady tvoří 43 % populace) a zbývající čtvrtinu příjmů tvoří příspěvky státu za státní pojištěnce. Pro doplnění je také vhodné uvést, že kolem čtvrt milionu pojištěnců se současně řadí do kategorie zaměstnanci i OSVČ. (Alexa a kol., 2015)

**Veřejné rozpočty** tvořené státním rozpočtem spolu s rozpočty krajů a obcí tvoří nejmenší část financování českého zdravotnictví. Podle předběžných údajů ÚZISu (ÚZIS ČR, 2015) veřejné rozpočty v roce 2014 vydaly na zdravotnictví asi 15,7 milionů Kč, což je 5,2 % celkových zdravotnických výdajů (do těchto výdajů nejsou zahrnovány příspěvky za státní pojištěnce, protože ty jsou počítány do veřejného zdravotního pojištění). Veřejné rozpočty jsou financovány z všeobecného zdanění a jsou z nich hrazeny například výdaje na vědu a výzkum nebo třeba na orgány spravující české zdravotnictví. (Malina, 2013)

Poslední skupinou zdrojů financování zdravotnictví jsou **soukromé zdroje** (out-of-pocket payments). Alexa a kol. (2015) uvádějí, že soukromé zdroje jsou v ČR tvořeny především přímými platbami, spoluúčastí pacientů a uživatelskými poplatky, které společně tvoří téměř 100 % všech soukromých výdajů. V rámci celkových výdajů na zdravotnictví jsou soukromé platby s podílem přes 15 % na druhém místě za veřejným zdravotním pojištěním (ÚZIS ČR, 2015).

Co se týče přímých plateb, tak ty jsou u nás využívány při nákupu volně prodejných léků a léčivých přípravků a také v oblasti dentální péče. Spoluúčast pacientů je vyžadována například u zdravotnických pomůcek nebo u některých léků na předpis. Posledním ze soukromých zdrojů jsou uživatelské poplatky. Ty byly zavedeny v roce 2008 jako nástroj regulace, který měl snížit poptávku po zdravotní péči a zamezit tak nadužívání. V průběhu let ale byly poplatky upravovány a rušeny a z původních poplatků za návštěvu lékaře, pobyt v nemocnici, návštěvu pohotovosti a předepsaný lék tak zůstal jen poplatek 90 Kč za využití pohotovosti. (Alexa a kol., 2015)

## 4.5 Financování zdravotní péče v ČR

V předchozí podkapitole byla věnována pozornost finanční stránce českého zdravotnictví z hlediska zdrojů, které do tohoto systému plynou. Nyní je proto třeba zaměřit se na další aspekt týkající se peněz, a to konkrétně na způsoby, jakými je v ČR hrazena zdravotní péče.

**Praktičtí lékaři**, kteří v rámci českého zdravotnictví zajišťují primární péči, jsou v České republice financováni na základě tzv. **kombinované kapitačně výkonové platby**, která je tvořena ze dvou částí. První složkou je kapitační platba,



kteřá se stanoví jako součin počtu přepočtených pacientů<sup>4</sup> a základní kapitační sazby<sup>5</sup> (Vyhláška č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015). Tato fixní složka úhrady, kterou dostává praktický lékař měsíčně, je vyplácena za pouhé registrace daných pojištěnců – tedy lékař ji obdrží i za pacienta, který ho v daném měsíci nenavštívil. Druhou částí financování praktických lékařů jsou platby za výkony, kdy jednotlivým výkonům jsou přiřazena bodová ohodnocení a vyhláškou Ministerstva zdravotnictví je pak stanovena korunová hodnota bodu. (Zlámal a Bellová, 2013)

V minulosti byly praktickým lékařům vypláceny finanční prostředky pouze na základě výkonové platby. Tento způsob se ale časem u praktických lékařů ukázal jako nevyhovující kvůli rostoucím nákladům, protože lékaři byli stimulováni spíše k vyššímu vykazování výkonů než k efektivní léčbě. Proto se později přešlo na systém kapitačně výkonových plateb, který funguje dodnes. (Gladkij, 2003)

Druhou skupinou lékařů, jež zde bude zmiňována, jsou **ambulantní specialisté**. Financování této skupiny odborných lékařů, kteří tvoří jednu část sekundární zdravotní péče, se od 90. let příliš nezměnilo. Základem je zde bodový systém, neboli **platby za poskytnuté zdravotní výkony**, kdy je Ministerstvem zdravotnictví vytvořen „Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami“, podle kterého specialisté vykazují svoji činnost. Pro lékaře je ale nejdůležitější především hodnota bodu v korunách, o níž se rozhoduje v dohodovacím řízení, které probíhá mezi Lékařskou komorou a pojišťovny. Pokud se v minulosti stalo, že se obě strany nedohodly, vstupoval do tohoto dialogu stát. Ten se ale na tomto řízení již téměř nepodílí, protože v případě neshody platí předcházející dohoda, která je platná do té doby, než se obě strany opět shodnou. (Zlámal a Bellová, 2013)

**Stomatologická péče** je v ČR jedinou oblastí primární péče, která je financována **přímými platbami**. Zlámal a Bellová (2013) uvádějí, že již od roku 1997 je zde zaveden sazebník stomatologických výkonů, které jsou oceněny přímo v korunách a podle toho, zda se jedná o hrazenou, nehrazenou nebo částečně hrazenou péči veřejným zdravotním pojištěním, pak stomatolog dostane peníze buď od pojišťovny, od pacienta nebo od obou subjektů. Jelikož tento systém je již prověřený a dobře fungující a lékaři i pojišťovny jsou s ním spokojeni, existují úvahy, že by se mohl využívat i v jiných oblastech zdravotní péče.

Pro financování **akutní lůžkové péče v českých nemocnicích**, které tvoří část sekundárních zdravotnických zařízení, je využíván **systém DRG**<sup>6</sup> (Diagnosis

---

<sup>4</sup> Počet přepočtených pacientů se získá vynásobením počtu registrovaných pacientů v daných věkových skupinách s indexem, který vyjadřuje nákladovost vůči pojištěnci ve věkové kategorii 15 až 19 let, jehož index je roven 1.

<sup>5</sup> Základní kapitační sazba pro rok 2015 je buď 52 Kč, 49 Kč nebo 47 Kč (závisí na ordinačních hodinách).

<sup>6</sup> Podle aktuálních informací od náměstka nelékařských oborů Fakultní nemocnice Olomouc PhDr. Martina Šamaje, MBA, se pro financování nemocniční péče využívá v roce 2015 obecných rozpočtů; protože se ale tuto informaci nepodařilo ověřit u dalšího zdroje, je v práci uvažováno, že je stále využíván systém DRG.

Related Group – skupiny vztažené k diagnóze). Tento systém vychází z myšlenky, že náklady na léčbu pacientů se stejnou nebo obdobnou diagnózou se příliš neliší a základem je tedy rozdělení hospitalizovaných pacientů do skupin, které jsou klinicky a nákladově příbuzné. (Zlámal a Bellová, 2013)

Každý pacient je nejprve zařazen do jedné z 25 MDC<sup>7</sup> (Major Diagnostic Category – hlavní diagnostická kategorie), které jsou vytvořeny podle orgánových soustav nebo příčin onemocnění. Následně je pacient zahrnut do jedné z DRG bází, které jednotlivé MDC dále dělí podle toho, jestli byl nebo nebyl vykonán chirurgický zákrok, nebo zda se jedná o hospitalizaci související s těhotenstvím. DRG báze je označena čtyřmi číslicemi, z nichž první dvě určují MDC. Posledním krokem je určení, zda se u pacienta v průběhu léčby objevily komplikace a komorbidity (stavy, které se u hospitalizované osoby vyskytovaly už před přijetím a které mohou ovlivnit léčbu, např. cukrovka) či nikoliv. Toto poslední dělení pak pětimístnému DRG kódu přidělí pátou číslici. (Kožený, Němec, Kárníková a Lomíček, 2010)

Výše popsané třídění tedy pacienty rozdělí do diagnostických skupin, jejichž financování je závislé na Case Mix Indexu a základní sazbě. Case Mix Index určuje průměrné náklady na jeden případ v dané jednotce a v daném období. Index o velikosti 1 označuje průměrného pacienta, a pokud je toto číslo větší než 1, znamená to finančně náročnějšího pacienta. Základní sazba pak stanovuje úhradu pro pacienta s Case Mix Indexem 1. (Zlámal a Bellová, 2013)

V rámci těchto výpočtů je také brána v potaz délka hospitalizace. Rozlišovány jsou tyto pojmy (Kožený, Němec, Kárníková a Lomíček, 2010):

- délka hospitalizace (LOS – Length of Stay) – jedná se o délku jednotlivého případu hospitalizace, vypočítá se jako „*datum ukončení případu – datum začátku případu + 1*“,
- dolní mez (LTP – Low Trim Point) – určuje minimální počet dnů (nebo velikost nákladů), od nichž je pacient označován jako standardní,
- horní mez (HTP – High Trim Point) – stanovuje maximální hranici počtu dnů (nebo velikosti nákladů), do které je pacient pokládán za standardního.

Tyto veličiny tedy určují, zda je hospitalizovaný pacient tzv. inlier, neboli člověk, jehož délka hospitalizace (LOS) se nachází v rozmezí mezi dolní a horní mezí (LTP a HTP), nebo tzv. outlier. Toto určení je pro každou nemocnici zásadní, protože inlieři jsou pacienti, kteří jsou z finančního hlediska nejvýhodnější, jelikož za jejich hospitalizaci dostanou nemocnice proplacenou určenou částku, která by měla pokrývat vynaložené náklady. U hospitalizovaných osob, které pobývají v nemocnici kratší nebo delší dobu než jsou určené meze (outlieři), nemocnice dostanou částky, které jsou určovány podle počtu dní pobytu a ty již nemusí pokrývat náklady na hospitalizaci daných pacientů<sup>8</sup>. (Kožený, Němec, Kárníková a Lomíček, 2010)

<sup>7</sup> Kromě těchto 25 skupin existuje ještě specifická skupina pro transplantace a další 2 skupiny pro nezařazené a chybné diagnózy.

<sup>8</sup> Například pokud činí dolní mez u určité diagnózy 9 dní a pacient je hospitalizován pouze 6 dní, tak nemocnice obdrží částku ve výši rovnající se 6/9 této hodnoty.

Celý systém financování zdravotní péče v nemocnicích je samozřejmě mnohem složitější a bere v potaz i další aspekty a parametry, které zde zmíněny nebyly. Protože cílem práce ale není analyzovat financování nemocnic, měl by být tento zjednodušený popis dostačující.

#### 4.5.1 Financování ostatních subjektů

V rámci této kategorie bude stručně popsáno financování zdravotní péče zbývajících zdravotnických zařízení a služeb, které nebyly zmíněny výše. Jako zdroj k vytvoření tohoto přehledu sloužila kniha *Ekonomika zdravotnictví* (Zlámal a Bellová, 2013).

- **Laboratoře a RTG**

Laboratoře a rentgeny patří mezi subjekty, které jsou v ČR financovány **paušálními sazbami**. Tyto paušální sazby vycházejí z objemu úhrady péče v předchozím roce, ale tato částka se ještě násobí indexem změny výkonnosti, který bere v úvahu změny počtu vykázaných a uznaných bodů pojišťovnou.

- **Fyzioterapie v ambulantních zdravotnických zařízeních**

Fyzioterapeutická péče je v ČR financována **bodovým systémem**, kdy jednotlivým výkonům jsou přiděleny body a ty pak mají určenou hodnotu v korunovém vyjádření. Nadstandardní výkony jsou placeny pacienty přímo.

- **Lékařská služba první pomoci (LSPP)**

Úhrada služeb lékařské první pomoci neboli pohotovosti je hrazena (stejně jako u fyzioterapie) výkonovým systémem, tedy **pomocí bodů přidělených jednotlivým výkonům**. V minulosti zde byl stanoven i strop, který určoval maximální částku finančních prostředků, které mohla daná pohotovost obdržet, ale ten byl později zrušen.

- **Zdravotnická záchranná služba (ZZS)**

Tato oblast zdravotnictví má dva způsoby přidělování prostředků. Prvním způsobem je **paušální platba**, která vychází z předchozího roku (resp. pololeť předchozího roku), a druhou možností je financování pomocí **hodnot bodů v korunách**.

- **Zdravotní doprava**

Financování zdravotní dopravy jako služby probíhá podobně jako u výše zmíněné ZZS, tedy **paušálem a bodovým systémem**. Co se týče ale peněz pro samotné řidiče, tak zde záleží na tom, pro jakého dopravce pracují, protože zdravotní doprava může být buď součástí nemocnic, nebo ji může provozovat subjekt ze soukromé sféry (fyzická osoba, právnická osoba nebo OSVČ).

- **Lůžková zařízení (kromě nemocnic)**

V rámci lůžkových zařízení se úhrada poskytované péče uskutečňuje buď **výkonovým (bodovým) systémem** – a to v odborných léčebných ústavech

a léčebnách dlouhodobě nemocných, nebo je ústavní péče financována **paušálem** na ošetřeného pojištěnce.

- **Lékárny**

U lékáren v ČR existují dva (resp. tři) způsoby úhrad, které závisí na skupině léků a zdravotních pomůcek, které daný subjekt prodal. Buď se může jednat o výrobky, které jsou na lékařský předpis a ty jsou pak **hrazeny z veřejného zdravotního pojištění**. Druhou skupinou jsou produkty, které jsou **placeny přímo pacienty**. Třetím způsobem úhrady je **kombinace úhrady z veřejného zdravotního pojištění a přímé platby pacienta**, tato situace nastává u léků a pomůcek s doplatkem, kdy je pouze část ceny kryta pojištěním.

#### 4.6 Shrnutí a zhodnocení

České zdravotnictví je obecně hodnoceno jako „*zdravotnictví dosahující solidních průměrných výsledků s tendencí zlepšovat se*“, což vypovídá o poměrně dobrém nastavení zdravotnického systému, ve kterém ale lze nalézt prostor ke zlepšení. Mezi silné stránky českého zdravotnictví patří především dobrá dostupnost zdravotní péče či kvalita péče o děti a dorost. Malina (2013) také dodává, že v rámci ČR máme dobře technologicky vybavená zdravotnická zařízení, odborný personál a vysokou proočkovanosť. Jako hlavní nedostatky tento autor uvádí nízké objemy finančních zdrojů investovaných do zdravotnictví, nedostatečný počet lůžek následné péče či značné množství nemocí souvisejících s nezdravým životním stylem. Problémem v rámci českého zdravotnického systému je také nízké finanční ohodnocení zdravotnického personálu nebo časté změny pravidel související s nejednotnou koncepcí zdravotnictví napříč politickým spektrem. (Janečková a Hnilicová, 2009)

## 5 Zdravotnické systémy srovnávaných států

Jak již bylo zmíněno na začátku práce, tak Bismackův model zdravotnictví patří mezi nejrozšířenější modely a kromě České republiky je využíván také například v Německu, Rakousku, Belgii nebo na Slovensku.

Původním záměrem bylo v této práci srovnávat Českou republiku s ostatními státy Visegrádské čtyřky – tedy Slovenskem, Polskem a Maďarskem a dále s Německem a Rakouskem. Později bylo toto rozhodnutí kvůli množství srovnávaných států a také možným problémům se získáváním informací a aktuálních dat přehodnoceno a pro komparaci bylo zvoleno méně států, které by se díky své vzájemné odlišnosti a také nedávno provedeným reformám mohly teoreticky stát inspirací pro české zdravotnictví.

Jako první srovnávaný stát bylo zvoleno **Slovensko**, které je České republice díky dlouhé společné historii institucionálně nejbližší. Také spolu s ČR a níže vybraným Nizozemím patří k menším evropským zemím. Druhým státem vybraným ke komparaci bylo **Německo** – jednak proto, že tato země je zakladatelem Bismarckova modelu a má s ním tak nejdelší zkušenosti a jednak také proto, že s Německem, jako s představitelem „západních“ zemí, je ČR nejčastěji srovnávaná ve všech možných aspektech. A do třetice bylo vybráno **Nizozemí**, které je často považováno za stát s nejlepším systémem zdravotnictví na světě a jehož reforma zdravotnictví bývá často dávana za vzor (Hnilicová a Dobiášová, 2013).

### 5.1 Slovensko

Slovenské zdravotnictví je založeno na povinném zdravotním pojištění, které zajišťuje univerzální pokrytí a zdravotní péči, jež je pojištěným osobám ve většině případů poskytována zdarma. Z historického hlediska má Bismarckův model zdravotnictví na Slovensku kořeny již od konce 19. století, kdy bylo Slovensko součástí Rakouska-Uherska. Stejně jako v českých zemích, i u našeho východního souseda bylo fungování Bismarckova modelu na více než 40 let přerušeno Semaškovým modelem zdravotnictví, po němž se Slovensko opět vrátilo ke zdravotnictví založenému na veřejném zdravotním pojištění. (Szalay a kol., 2011)

Szalay a kol. (2011) uvádějí, že veřejné zdravotní pojištění je na Slovensku od roku 2010 poskytováno 3 zdravotními pojišťovnami, které jsou provozovány ve formě akciových společností. Dvě zdravotní pojišťovny jsou v soukromém vlastnictví a největší z pojišťoven je vlastněna státem. Mezi těmito zdravotními pojišťovnami dochází k vyrovnávání rizika, kdy vybrané finanční prostředky jsou přerozdělovány podle pohlaví a věku pojištěnců a od roku 2010 také nově podle toho, zda daný pojištěnec patří do kategorie „státních pojištěnců“ či nikoliv. (Barták, 2012)

Slovenský systém veřejného zdravotního pojištění je financován příspěvků od zaměstnanců, zaměstnavatelů, osob samostatně výdělečně činných, samoplátců a státu. Sazba pojistného na zdravotní pojištění činí pro ekonomicky aktivní osoby

14 % z vyměřovacího základu. U zaměstnance jsou vyměřovacím základem všechny příjmy, které podléhají dani z příjmů ze závislé činnosti (Všeobecná zdravotná poisťovňa, 2005-2015). Z těchto příjmů zaměstnanec odvádí 4 % a zaměstnavatel zbylých 10 %. OSVČ a samoplátci si sami platí celých 14 %. Sazby pojistného u státních pojištěnců činí necelých 5 % z celostátní průměrné mzdy. (Szalay a kol., 2011)

Podle údajů, které publikovali Barták (2012) a Szalay a kol. (2011), vydalo Slovensko v roce 2009 na zdravotnictví kolem 7,5 % svého HDP, což je asi 4,8 miliard eur. Naproti tomu Světová zdravotnická organizace (WHO), jež na svých webových stránkách (WHO | World Health Organization, 2015b) zveřejnila i novější údaje, uvádí data, která jsou oproti číslům z výše uvedených zdrojů asi o 1,5 procentního bodu výše. Podle WHO tedy Slovensko v roce 2009 investovalo do zdravotnictví přes 9 % HDP a v následujících 4 letech kolem 8 %.

V rámci financování zdravotní péče lze na Slovensku nalézt různé způsoby úhrad. K financování primární péče je využíván systém kapítace a poplatků za určité lékařské postupy, které jsou kryty veřejným zdravotním pojištěním, ale nespádají do kapitální platby (např. preventivní péče nebo třeba EKG). U ambulantních specialistů jsou služby hrazeny bodovým systémem, tedy platbami za jednotlivé služby. V nemocnicích je pak lůžková péče placena na základě případů, ale již několik let se na Slovensku jedná o zavedení systému DRG, který využívá platby za diagnózy. Podle nejnovějších informací (Szalay, 2015) je na rok 2016 plánován „testovací“ provoz, který nemocnicím zatím jen ukáže, kolik peněz by obdržely, kdyby byl systém DRG v již provozu. (Szalay a kol., 2011)

### 5.1.1 Reforma zdravotnictví na Slovensku

Důvodem k reformě zdravotnictví na Slovensku bylo především špatné nastavení zdravotnické legislativy, která málo motivovala subjekty k tomu, aby jednaly hospodárně a zodpovědně. Konkrétními problémy tedy například bylo, že ekonomicky chovající se zdravotnická zařízení nemohla vytvářet zisk, nebo že pojištěnci brali lékařskou péči jako volný statek, který nic nestojí. Proto byla v roce 2003 zahájena reforma, která měla zabezpečit odpovídající legislativu a vést k finanční stabilitě. Slovenská veřejnost ale tuto reformu příliš nepodpořila a z toho důvodu se vláda zvolená v roce 2006 vydala cestou postupných menších změn. (Mátl, 2009)

Mezi hlavní změny, které s sebou reforma z let 2003 a 2004 přinesla, bylo kupříkladu zavedení poplatků ve zdravotnictví, převedení pojišťoven na akciové společnosti či vznik dobrovolného zdravotního pojištění. Všechny tyto a mnohé další úpravy byly zakotveny v nové zdravotnické legislativě, která se skládala z 6 zákonů a zabývala se problematikou od toho, kdo spadá do systému veřejného zdravotního pojištění až po to, co vše je kryto ze zdrojů pojištění. Na základě těchto reformních kroků tak došlo alespoň krátkodobě ke zlepšení finanční situace. Objevují se ale i názory, že slovenská reforma zdravotnictví byla nedostatečná a také špatně načasovaná. (Mátl, 2009)

## 5.2 Německo

Základy zdravotního pojištění byly v Německu vytvořeny již v roce 1883 a od té doby zde funguje Bismarckův model zdravotnictví. Od roku 2009 je zdravotní pojištění povinné pro všechny občany a osoby s trvalým pobytem. Na rozdíl od ČR si ale pojištěnci mohou často vybrat, zda budou kryti systémem veřejného (zákonného) zdravotního pojištění (německy Gesetzliche Krankenversicherung – GKV), nebo si zvolí soukromé zdravotní pojištění. Asi 85 % populace je tedy kryto veřejným zdravotním pojištěním, 11 % pojištěnců má zřízeno soukromé pojištění a zbylá 4 % jsou zastřešena vládními programy (např. armáda). (Busse a Blümel, 2014)

Německé zdravotnictví je stejně jako v ČR postaveno na principu solidarity a také zde funguje zásada „věcných dávek“, kdy je pojištěné osobě poskytnuta zdravotní péče bez přímé platby. (Startseite – GKV-Spitzenverband, 2015)

**Veřejné zdravotní pojištění** se v Německu povinně vztahuje na všechny zaměstnané občany, kteří nevydělávají více, než je určitá hraniční částka (po dosažení tohoto výdělku lze přejít do systému soukromého pojištění). Systém veřejného zdravotního pojištění je v Německu financován skrze neziskové veřejnoprávní zdravotní pojišťovny, které vybírají příspěvky pojistného na zdravotní pojištění. Sazba pojistného je od roku 2011 stanovena ve výši 15,5 % z hrubé mzdy. Částku ve výši 8,2 % hradí zaměstnanci a důchodci a zbylých 7,3 % doplácí zaměstnavatelé a penzijní fondy. Za dlouhodobě nezaměstnané pojištěnce hradí pojistné stát. V rámci veřejného zdravotního pojištění je v Německu kryta například preventivní péče, lůžková a ambulantní nemocniční péče, péče o zuby, zdravotnické pomůcky, rehabilitace, paliativní péče, nemocenská nebo také všechny léky na předpis. (Robertson, Gregory a Jabbal, 2014)

Jak již bylo uvedeno výše, tak v Německu funguje tzv. duální systém zdravotního pojištění, kdy kromě veřejného pojištění existuje i **soukromé zdravotní pojištění**, které je nabízeno asi 80 různě velkými pojišťovnami a vyskytuje se ve dvou variantách. První z nich plně nahrazuje veřejné zdravotní pojištění a druhá z variant slouží pouze jako doplněk k zákonnému pojištění. (Barták, 2010)

Barták (2010) dále doplňuje, že v rámci soukromého pojištění lze nalézt tyto 3 skupiny pojištěných osob:

- zaměstnanci, jejichž příjmy překročily hranici, do které museli být pojištěni veřejným pojištěním a rozhodli se pro pojištění soukromé,
- osoby samostatně výdělečně činné, které jsou ze systému veřejného pojištění vyloučeny a
- státní zaměstnanci, kteří se také nemohou účastnit veřejného pojištění, protože jim většina zdravotní péče proplácena státem.

Německo na oblast zdravotnictví vydává nemalé částky (řádově kolem 300 miliard eur), které v posledních letech přesahují 11 % jeho HDP, což tuto zemi řadí mezi státy s největším podílem HDP vydávaným na zdravotnictví. Většina – tedy asi 75 % výdajů na zdravotnictví pochází z veřejných zdrojů a zbývající čtvrtina financí je tvořena soukromými výdaji. V Německu je kolem 130 zdravotních pojišťoven,

kteří poskytují veřejné zdravotní pojištění, a jejichž úkolem je vybírané příspěvky alokovat do „zdravotního fondu“, ze kterého jsou poté přerozdělovány mezi jednotlivé pojišťovny kvůli odlišné struktuře pojištěnců. (Busse a Blümel, 2014)

Co se týče financování zdravotní péče v Německu, tak praktičtí i ambulantní lékaři jsou obvykle placeni platbami za poskytnuté výkony (služby) a lůžková péče v nemocnicích je hrazena systémem DRG. (Robertson, Gregory a Jabbal, 2014)

### 5.2.1 Zdravotnická reforma v Německu

Od poloviny 90. let docházelo v Německu k liberalizaci celého zdravotnictví. Hlavní reformy, které zde budou nyní popisovány, ale pochází z let 2007 až 2009, kdy se náš západní soused snažil v oblasti zdravotnictví řešit finanční problémy, nedostatečné pokrytí obyvatelstva zdravotním pojištěním nebo také nízkou konkurenci vedoucí k neefektivnosti. V rámci reformy tak byly provedeny následující kroky a opatření:

- zajištění práva na zdravotní pojištění pro všechny občany – zdravotní pojišťovny musely začít nabízet každému žadateli o pojištění alespoň tzv. základní balíček (dříve totiž platilo, že pokud občan například přišel o zaměstnání, s nímž byla pojistka spjata, tak žádná zdravotní pojišťovna neměla povinnost ho pojistit);
- zavedení jednotné sazby zdravotního pojištění – vymezeno procentem z příjmu, jehož výši začalo určovat ministerstvo zdravotnictví;
- zachování tzv. duálního systému pojištění – zůstal tedy fungovat souběžný systém soukromého i veřejného pojištění, ale od roku 2007 nově začala platit povinnost, že všichni občané Německa musí mít zdravotní pojištění;
- posílení konkurence – toto opatření mělo umožnit pojištěncům vybírat si mezi různými zdravotními plány;
- možnost volného přechodu mezi soukromými zdravotními pojišťovnami – zajištěno novinkou v podobě přenositelnosti našetřených rezerv mezi soukromými pojišťovnami;
- snížení regulace pojišťoven a poskytovatelů – pojišťovny tak mohly začít uzavírat smlouvy jen s výhodnými zdravotnickými zařízeními, což mělo mít tlak na efektivitu.

(Mátl, 2009)

## 5.3 Nizozemí

Nizozemí, které je poslední srovnávanou zemí, je také státem, ve kterém byl Bismarckův model zdravotnictví zaveden nejpozději (v porovnání s Českou republikou, Slovenskem a Německem). Konkrétně lze za začátek tohoto typu zdravotnictví považovat rok 1941, kdy bylo ustanoveno povinné nemocenské pojištění, které sloužilo k úhradě zdravotnické péče. Současná podoba nizozemského zdravotnictví



však vychází především z roku 2006, kdy po mnohaletých přípravách byla provedena velmi komplexní reforma zdravotnictví, která přinesla celou řadu změn. (Mátl, 2009)

Jak popisují Hnilicová a Dobiášová (2013), tak zdravotnický systém v Nizozemí je založen na třech pilířích. Prvním z nich je základní zdravotní pojištění, druhý je tvořen pojištěním extrémně nákladné zdravotní péče a posledním pilířem je doplňkové zdravotní pojištění.

Hlavním pilířem nizozemského zdravotnictví je tedy **základní zdravotní pojištění**. Tento typ pojištění byl v Nizozemí vytvořen po roce 2006, kdy v důsledku reformy došlo ke sloučení soukromého a veřejného zdravotního pojištění a vzniklo tak **veřejné** zdravotní pojištění, které je poskytováno **soukromými** zdravotními pojišťovny. Tyto zdravotní pojišťovny nemohou odmítat rizikové pojištěnce a musí nabízet pojistné plány pokrývající zákonem stanovenou základní zdravotní péči. Nizozemským specifikem však je, že preventivní péče nepatří do základního balíčku krytého povinným pojištěním, ale je hrazena samostatně, prostřednictvím všeobecného zdanění. (Robertson, Gregory a Jabbal, 2014)

Pojistné na zdravotní pojištění se v Nizozemí skládá ze dvou složek. První částí je tzv. nominální pojistné – je to částka, kterou musí měsíčně odvádět všichni pojištěnci a je stanovena zdravotní pojišťovnou podle vybraného pojistného plánu a marže. Tyto částky se tedy mohou lišit jak mezi jednotlivými zdravotními pojišťovny, tak i uvnitř jedné pojišťovny mezi jejími různými zdravotními plány, ale v rámci jednotlivých plánů již musí platit všichni stejně. Druhou složkou je pak pojistné závislé na výši příjmu, které za zaměstnance odvádí zaměstnavatel, ale z něhož musí pracovníci odvádět daň. Zde je již jednotná sazba pojistného, která v roce 2013 činila 6,5 % z hrubé mzdy. (Hnilicová a Dobiášová, 2013)

V rámci základního zdravotního pojištění musí být v Nizozemí pojištěni všichni občané a také cizinci s dlouhodobým pobytem. Za děti do 18 let je pojistné hrazeno státem. (Hnilicová a Dobiášová, 2013)

Druhý pilíř tvoří **pojištění extrémně nákladné zdravotní péče**, které je využíváno jak k financování dlouhodobé péče (pro zdravotně postižené osoby nebo pro osoby hospitalizované déle než rok), tak i pro hrazení extrémně nákladné péče a je povinně hrazeno ze zdanitelných příjmů zaměstnanců (odvádí zaměstnavatel) a také z dávek sociální podpory. Naproti tomu **doplňkové zdravotní pojištění** ve třetím pilíři je dobrovolné a pojištěnec ho může mít zřízené u jiné pojišťovny, než u které má základní zdravotní pojištění. Jelikož toto pojištění funguje na smluvní bázi – není zákonné, tak zdravotní pojišťovny zde mohou rizikové pojištěnce odmítat nebo po nich požadovat vyšší pojistné. Robertson, Gregory a Jabbal (2014) ale dodávají, že i přesto má doplňkové pojištění v zemi sjednáno asi 90 % pojištěnců, protože slouží ke krytí péče, která není v základním balíčku – např. dentální péče. (Mátl, 2009)

V Nizozemí se na oblast zdravotnictví dlouhodobě vynakládá vysoké procento HDP, které po roce 2010 přesahuje 12 % s tím, že nejnovější údaje Světové zdravotnické organizace uvádějící i čísla za rok 2013 dosahují téměř 13 % HDP (WHO | World Health Organization, 2015a). Nizozemí tak patří mezi státy, které na zdra-

votnictví vydávají jeden z největších podílů HDP. Proto se nyní začíná objevovat otázka finanční udržitelnosti tohoto systému, který byl nastaven reformou v roce 2006. (Hnilicová a Dobiášová, 2013)

U financování nizozemské zdravotní péče lze nalézt obdobné mechanismy jako v ČR – to znamená, že praktičtí lékaři, kteří ale v Nizozemí vykonávají funkci gatekeeperů, jsou placeni kombinací kapitačních plateb a poplatků za služby. Většina ambulantních specialistů funguje v Nizozemí jako OSVČ a jejich péče je tak hrazena platbami za provedené služby, které mají sjednány s pojišťovnami, zbývající část specialistů pak spadá pod nemocnice, v rámci nichž dostávají plat. Nemocniční péče je od roku 2005 proplácena pomocí systému DRG. (Robertson, Gregory a Jabbal, 2014)

### 5.3.1 Nizozemská reforma zdravotnictví

Jak již bylo několikrát zmíněno, tak reforma zdravotnictví v Nizozemí proběhla v roce 2006, s tím že jejímu zavedení předcházely více jak desetileté přípravy. Důvodů pro provedení reformy bylo několik. Například lze zmínit duální systém veřejného a soukromého pojištění, které se od sebe v několika parametrech významně lišily<sup>9</sup>, přičemž ve veřejném pojištění navíc docházelo k neustálému nárůstu pojistného a tak je průběžně mnozí pojištěni nebyli schopni hradit. Dalšími důvody byly kupříkladu vysoký podíl pojistného hrazeného zaměstnavateli, dlouhé čekací lhůty v souvislosti s poměrně velkou regulací poskytovatelů péče nebo podstatné rozdíly mezi výší pojistného v různých regionech. (Hnilicová a Dobiášová, 2013)

Rok 2006 tak Nizozemcům přinesl veřejné zdravotní pojištění, které bylo poskytováno soukromými zdravotními pojišťovnami, které nyní měly možnost vybrat si poskytovatele, s nimiž podepíší smlouvy. Zdravotní pojišťovny také nově začaly nabízet oba způsoby plnění – věcné i finanční, a některé i kombinaci obou (věcné plnění u smluvního zařízení, finanční u nesmluvního). (Mátl, 2009)

V souvislosti s hodnocením reformy je často zmiňován výrazný růst nákladů na zdravotnictví, který mnozí nevidí jako příliš pozitivní jev. Obecně je ale zdravotnická reforma v Nizozemí považována za zdařilou, protože díky ní došlo ke zlepšení dostupnosti zdravotní péče, zvýšení konkurence, ale i k větší transparentnosti celého systému. (Mátl, 2009) a (Hnilicová a Dobiášová, 2013)

---

<sup>9</sup> Odlišnosti vykazoval například způsob plnění – u veřejného pojištění fungovalo věcné plnění (tedy provedení zdravotnické péče), zatímco u soukromého pojištění se využívalo finanční plnění. Navíc u soukromého pojištění bylo možné využívat tzv. skupinové pojistky, při kterých měli zaměstnavatelé možnost vyjednat svým zaměstnancům levnější pojistné. (Mátl, 2009)

## 6 Komparace zdravotnických systémů vybraných zemí

Jelikož bylo v předcházejících kapitolách popsáno, jak vypadá a funguje systém zdravotnictví v České republice a následně byly charakterizovány i zdravotnické systémy srovnávaných států – Slovenska, Německa a Nizozemí, lze nyní přistoupit k detailnějšímu srovnání s využitím kvantitativních ukazatelů. V následující kapitole tak budou prováděna porovnávání jednotlivých států podle nejrůznějších charakteristik a číselných údajů, která na konci práce vyústí k závěrům a doporučením pro české zdravotnictví.

Protože ke komparaci zvolených států je možné využít velké množství ukazatelů, je nyní třeba určit, které z nich budou využity, nebo na základě jakých klíčů budou zvoleny. Jako počáteční zdroj inspirace byla zvolena publikace Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky (ÚZIS ČR, 2014c), kterou na svých webových stránkách pravidelně zveřejňuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Odsud tedy byly vybrány **makroekonomické a finanční ukazatele**. Makroekonomické ukazatele byly zvoleny za účelem prvotního porovnání zemí, které poukáže na vyspělost daných států a také na jejich ekonomickou situaci, která ovlivňuje i oblast zdravotnictví (např. množství vybraných finančních prostředků). Následovat budou finanční ukazatele, jimiž bude srovnáváno, jak jsou jednotlivé zdravotnické systémy nákladné a jaká je struktura výdajů na zdravotnictví.

Jako další zdroj ukazatelů byla zvolena kniha Úvod do veřejného zdravotnictví (Janečková a Hnilicová, 2009), ze které byly využity indikátory v podkapitolách **6.3 Údaje o zdravotním stavu populace** a **6.4 Údaje o poskytování (dostupnosti) zdravotní péče**. Tyto skupiny ukazatelů pomohou doplnit informace o jednotlivých zdravotnických systémech, protože vypovídají o tom, jak je poskytovaná zdravotní péče kvalitní a také jak je dostupná. Při porovnání těchto informací s údaji o nákladovosti jednotlivých zdravotnictví tak lze dostat souhrnnější přehled o efektivnosti využívání finančních prostředků danými systémy.

Pro poslední oblast ke srovnávání byla použita teoretická část práce, která popisuje **nastavení zdravotnických systémů** v komparovaných zemích. Sem tedy budou zařazeny charakteristiky a ukazatele, které nebylo možné zařadit do žádné z předchozích kategorií, ale rovněž mají podstatný vliv na fungování zdravotnických systémů.

### 6.1 Makroekonomické ukazatele

První kategorií ukazatelů, podle kterých budou vybrané státy srovnávány, jsou ukazatele makroekonomické. K nim samozřejmě v první řadě patří **hrubý domácí produkt (HDP)** jako základní veličina, která vypovídá o ekonomické síle země. Pro účely vzájemného srovnání ale bude lepší využít relativního ukazatele – tedy **HDP na obyvatele**, který vyjadřuje ekonomickou úroveň země. Kromě hrubého domácího produktu je také v makroekonomické oblasti třeba zmínit dvě další významné

veličiny, které mají podstatný vliv na ekonomiku zemí, a to **míru inflace a míru nezaměstnanosti**, které lze spolu s HDP považovat za základní makroekonomické ukazatele. Dále zde bude uvedena **průměrná měsíční mzda**, protože na výši mezd závisí velikost odváděného pojistného na zdravotní pojištění za zaměstnance.

Následující tabulka ukazuje přehled výše zmíněných makroekonomických ukazatelů v jednotlivých státech za rok 2014 a počet obyvatel k 1. 1. 2015. Počet obyvatel sice není makroekonomickým ukazatelem, ale z důvodů nejruznějších srovnání je vhodné mít tento údaj uvedený hned na začátku praktické části práce.

Tab. 1 Počet obyvatel a základní makroekonomické ukazatele

	ČR	Slovensko	Německo	Nizozemí
Počet obyvatel k 1. 1. 2015	10 538 275	5 421 349	81 174 000	16 900 726
HDP v běžných cenách – v miliardách eur (2014)	154,7	75,5	2915,6	662,7
HDP na obyvatele v běžných cenách – v eurech (2014)	14 700	13 900	35 400	39 300
Míra inflace v % (2014)	0,4	-0,1	0,8	0,3
Míra nezaměstnanosti v % (2014)	6,1	13,2	5,0	7,4
Prům. měsíční mzda v běžných cenách – v eurech (2014) <sup>10</sup>	937	1 018	3 043	3 805

Zdroj: Databáze Eurostatu, 2015a; Databáze Eurostatu, 2015b; Databáze Eurostatu, 2015c; Databáze Eurostatu, 2015e a OECD Statistics, 2015a

Ze srovnávaných států má nejvíce **obyvatel** Německo, které je s více než 81 miliony obyvatel nejlidnatějším státem Evropské unie. Po Německu pak v rámci srovnávaných zemí následuje Nizozemí s necelými 17 miliony obyvatel, dále Česká republika s 10,5 miliony a na konci je Slovensko, které je s 5,5 miliony obyvatel zhruba 16krát populačně menší než Německo.

S počtem obyvatel pak částečně souvisí **absolutní velikost HDP**, protože při stejných podmínkách by více lidí mělo vytvořit větší produkt. Jak ukazuje tabulka, tak v rámci zvolených zemí tento předpoklad platí, protože největší HDP mělo v roce 2014 Německo – a to asi 2 900 miliard eur (cca 78 bilionů korun při aktuálním kurzu kolem 27 Kč za euro). Následovalo Nizozemí se zhruba 660 miliardami eur, pak ČR (154 mld. eur) a poslední je opět Slovensko (75 mld. eur). Z uvedených čísel tedy lze pozorovat poměrně odlišnou ekonomickou sílu jednotlivých zemí, kdy je Německo jako jedna z největších evropských ekonomik srovnávána s vyspělým, ale ne tak hojně zalidněným Nizozemím a dvěma zeměmi, které bývaly součástí východního bloku.

Při rozpočítání **produktu na jednoho obyvatele** lze získat ekonomickou úroveň jednotlivých zemí, která je pro srovnávání vhodnějším ukazatelem než abso-

<sup>10</sup> Údaje byly získány přepočtem z průměrné roční mzdy a u ČR ještě převedením z korun na eura průměrným měnovým kurzem za rok 2014 – tedy 27,533 korunami za euro (Kurzy měn, akcie, komodity, zákony, zaměstnání - Kurzy.cz, 2000-2016a).

lutní velikost HDP, protože umožňuje porovnat tak odlišně lidnaté státy jako v tomto případě. Z tabulky č. 1 je patrné, že z komparovaných zemí mělo v roce 2014 nejvyšší HDP na obyvatele Nizozemí – a to téměř 40 000 euro (přes milion korun), druhou nejvyspělejší zemí je pak podle tohoto ukazatele Německo s přibližně 35 000 eury na obyvatele. Mezi těmito dvěma vyspělými státy a Českem a Slovenskem je pak velmi výrazný rozdíl, protože ČR stejně jako její východní soused nedosahují v tomto ukazateli ani polovičních hodnot a jejich HDP na hlavu činí méně než 15 000 eur (asi 400 000 korun).

Dalším porovnávaným ukazatelem je **míra inflace**, jež vyjadřuje procentní změnu cenového indexu – nejčastěji indexu spotřebitelských cen, který srovnává hodnoty výrobků a služeb ve spotřebním koši. Při inflaci dochází k růstu cenové hladiny, který způsobuje, že za stejné množství peněz toho lze nakoupit méně a prodražuje se tak nákup výrobků i služeb. Toto samozřejmě platí i pro zdravotnictví, do kterého se tak musí buď investovat více peněz, aby bylo možné zaplatit potřebné výkony či zaměstnance, nebo se musí omezovat spotřeba.

Ve zkoumaných zemích nedosahovala míra inflace v roce 2014 ani 1 %, což je pozitivní jev, protože nedocházelo k výraznému zvyšování cenové hladiny. U ČR, Slovenska a Nizozemí byla míra inflace nižší než průměr EU za rok 2014 (0,6 %) i než hodnoty míry inflace v daných zemích v pokrizovém roce 2009 (Databáze Eurostatu, 2015b). Nejvyšší míru inflace vykazuje Německo s 0,8 %. Naproti tomu Slovensko, jehož míra inflace dosahuje záporné hodnoty -0,1 %, se v roce 2014 potýkalo s mírnou deflací, tedy poklesem cenové hladiny.

K dalšímu makroekonomickému srovnání byla zvolena **míra nezaměstnanosti**, která kromě ekonomiky země působí i na oblast zdravotnictví. Nezaměstnanost totiž ovlivňuje jak příjmovou, tak i výdajovou stránku zdravotnictví. Příjmová stránka souvisí s výší odvodů do systému veřejného zdravotního pojištění, kdy za nezaměstnané osoby platí stát menší částky, než kolik by se odvedlo do zdravotnictví v případě, že by tito lidé pracovali. U výdajů pak souvisí nezaměstnanost s tím, že při dlouhodobější nezaměstnanosti se obvykle zhoršuje fyzický i psychický zdravotní stav nezaměstnaných osob a je tak třeba věnovat více peněz na léčbu nebo ošetření těchto pacientů.

Z předcházející tabulky je možné vyčíst, že v oblasti nezaměstnanosti, je na tom nejlépe Německo, u nějž byla míra nezaměstnanosti v roce 2014 na úrovni 5 %. Na druhém místě je ČR s 6,1 %, třetí je Nizozemí se 7,4 % a nejvyšší míru nezaměstnanosti evidovalo Slovensko, které mělo 13,2 % nezaměstnaných osob z ekonomicky aktivního obyvatelstva.

Poslední veličinou z makroekonomické oblasti je **průměrná měsíční mzda**, která je v první řadě využívána ke srovnání mzdových a platových podmínek v různých státech. Pro účely srovnání zdravotnických systémů je však vhodné tuto veličinu zmínit, protože v komparovaných státech slouží hrubá mzda u zaměstnanců jako vyměřovací základ, ze kterého je pak odváděno pojistné na zdravotní pojištění. Na výši odvedeného pojistného má samozřejmě vliv i sazba pojistného, která bude srovnávána v následujících částech práce. Rovněž je důležité podotknout, že průměrná mzda sice není úplně optimálním číslem

k porovnávání, protože většina obyvatel jí v rámci svých výdělků nedosahuje, ale pro potřeby srovnání v rámci této práce by to měl být dostačující údaj.

Jak je uvedeno v tabulce č. 1, tak nejvyšší průměrné mzdy mají obyvatelé Nizozemí – asi 3 800 euro za měsíc, což je při aktuálním měnovém kurzu přes 100 000 Kč. Druhé nejvyšší mzdy pak mají Němci s 3 000 eury měsíčně. Stejně jako u HDP na obyvatele, tak i v oblasti odměňování je mezi těmito dvěma západními státy a ČR a Slovenskem výrazný rozdíl, kdy se české a slovenské mzdy pohybují zhruba na třetinové až čtvrtinové úrovni těchto vyspělých států. V ČR tak průměrná měsíční mzda v roce 2014 činila 937 euro (přes 25 000 Kč), což řadí naši zemi na poslední místo ze srovnávaných států, protože slovenští občané dostali měsíčně v průměru o 81 eur více.

## 6.2 Finanční ukazatele

Následující část práce je věnována finanční stránce zdravotnictví jednotlivých států. V první řadě zde jsou porovnány **celkové výdaje na zdravotnictví** jakožto nejsledovanější údaje z finanční oblasti. Tento ukazatel je uveden **jak v absolutní výši, tak i relativně** jako % z hrubého domácího produktu zemí. V rámci celkových výdajů je také provedeno dělení na **veřejné a soukromé výdaje** a jejich procentuelní podíly na celkových zdravotnických výdajích. Porovnání bude rovněž provedeno i pro **výdaje na zdravotnictví na obyvatele** a v závěru bude srovnáváno **odměňování ve zdravotnictví**.

Údaje pro tuto část práce byly převzaty ze statistik Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) a mohou se tak mírně lišit od údajů, které byly uvedeny v teoretické části práce. Teoretická část práce čerpala především z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky a Světové zdravotnické organizace, protože v rámci těchto zdrojů byla mnohdy uvedena i novější data než poskytuje OECD. Jelikož se ale metodiky sběru dat nebo výpočtů mezi těmito zdroji mohou lišit, je možné mezi praktickou a teoretickou částí práce nalézt odlišnosti.

Tab. 2 Finanční ukazatele

	ČR	Slovensko	Německo	Nizozemí
Celkové výdaje na zdravotnictví v miliardách eur (2013)	10,4	5,5	308,5	71,4
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % HDP (2013)	7,1	7,6	11,0	11,1
Veřejné výdaje na zdravot. jako % celkových výdajů na zdravot. (2013)	84,1	74,2	76,3	87,6
Soukromé výdaje na zdravot. jako % celkových výdajů na zdravot. (2013)	15,9	25,8	23,7	12,4
Výdaje na zdravotnictví na obyvatele - v eurech (2013)	991,4	1 031,4	3 825,2	4 252,0
Odměňování specialistů (zaměstnanců) - měsíční příjem v eurech (2012) <sup>11</sup>	2 234	bez údajů	10 617	9 905

Zdroj: OECD Statistics, 2015h a OECD Statistics, 2015f

Základními údaji v oblasti financování zdravotnictví jsou bezpochyby data týkající se celkových výdajů investovaných do oblasti zdravotnictví jednotlivými státy. Co se týče **absolutních výdajů**, tak nejvíce peněz na zdravotnictví vydává Německo (přes 300 mld. eur), protože je z vybraných států nejlidnatější a také vyprodukuje největší HDP, jak již bylo ukázáno v předcházející podkapitole. Po Německu následuje se 70 mld. eur Nizozemí, dále ČR (10,5 mld. eur) a posledním státem je Slovensko (5,5 mld. eur). Jak je tedy z tabulky č. 2 patrné, tak rozdíl mezi německými a českými výdaji na zdravotnictví je obrovský – vůči ČR vydává Německo na zdravotnictví 30krát více finančních prostředků a vůči Slovensku dokonce 56krát více.

Odlišnosti v absolutních částkách vydávaných prostředků pak dokresluje druhý finanční ukazatel, který znázorňuje, **jak velká část HDP je do oblasti zdravotnictví investována**. Nejvyšších čísel dosahuje Nizozemí spolu s Německem, které obecně patří mezi státy s nejvyšším podílem HDP vydávaným na oblast zdravotnictví<sup>12</sup>. Česká republika a Slovensko jsou na tom v relativním srovnání asi o 4 procentní body hůře a oba státy vynakládají přes 7 % svého produktu.

Všechna tato čísla týkající se celkových výdajů jsou samozřejmě závislá (mimo jiné) na prioritách vlád v daných státech, jež svými rozhodnutími ovlivňují zdravotní politiku a určují tak nastavení zdravotnických systémů. Hlavním parametrem, který ovlivňuje vybrané prostředky (a tím tedy i celkové výdaje na zdravotnictví) je především sazba pojistného na zdravotní pojištění, která se ve všech zkoumaných státech odlišuje. Nejvyšší sazba je v Německu – 15,5 %, což je o 2 procentní body více než v ČR. Tento rozdíl se může zdát zanedbatelný, ale pokud by-

<sup>11</sup> Údaje byly získány přepočtem z ročních údajů a u ČR ještě převedením z korun na eura průměrným měnovým kurzem za rok 2012 – tedy 25,143 korunami za euro (Kurzy měn, akcie, komodity, zákony, zaměstnání - Kurzy.cz, 2000-2016b).

<sup>12</sup> Podle údajů WHO Nizozemí v roce 2013 na oblast zdravotnictví vydalo dokonce kolem 13 % svého HDP (viz teoretická část práce).

chom z průměrné mzdy (pro jednoduchost uvažujme 25 000 Kč) na zdravotní pojištění místo 13,5 % odváděli 15,5 %, vybralo by se na jedné průměrné mzdě měsíčně o 500 Kč více, což je na milionu průměrných mezd rozdíl půl miliardy korun za měsíc. Významný dopad na vybrané prostředky má pak také výše odváděného zdravotního pojištění za státní pojištěnce, protože tito pojištěnci tvoří velkou část populace států, ale je za ně odváděno nejmenší pojistné. Hlubší analýza této problematiky by proto mohla odhalit různé přednosti a slabiny jednotlivých zdravotnických systémů a možná přinést i zajímavé návrhy.

V rámci financování zdravotnictví jednotlivých států je také vhodné zabývat se strukturou zdravotnických výdajů z hlediska toho, zda se jedná o **zdroje veřejné nebo soukromé**. Vzhledem k tomu, že všechny komparované státy využívají Bismarckův model zdravotnictví, jehož základem je veřejné zdravotní pojištění, je logické, že větší část výdajů na zdravotnictví bude pocházet z veřejné oblasti – tzn., že se bude jednat o prostředky vybrané v rámci veřejného zdravotního pojištění nebo půjde o peníze z veřejných rozpočtů.

Jak ukazuje tabulka č. 2, tak u všech vybraných států se veřejné výdaje na financování zdravotnictví podílí více než 70 %. Nejmenší podíl veřejných výdajů je uváděn u Slovenska (přes 74 %), které tak tím pádem do zdravotnictví investuje největší podíl soukromých zdrojů (necelých 26 %). Podobnou strukturu zdravotnických výdajů lze pozorovat i u Německa. Naopak ČR spolu s Nizozemím vydává na zdravotnictví mnohem více veřejných zdrojů – až kolem 85 %, čímž na soukromé zdroje připadá zhruba 15 % všech zdravotnických výdajů.

Soukromé zdroje, které jsou tvořeny především přímými platbami, spoluúčastí pacientů, uživatelskými poplatky nebo dobrovolným zdravotním pojištěním, tak tvoří menšinovou část zdrojů, ale i přesto zde lze nalézt velmi výrazné rozdíly mezi jednotlivými státy, které dosahují i 10 procentních bodů (p. b.) a jsou způsobeny nastavením celého systému. Při srovnání vývoje podílu soukromých výdajů u komparovaných států od roku 2003 (tabulka č. 3) lze vidět, že například u ČR nastal největší růst podílu soukromých výdajů (2,6 p. b.) mezi roky 2007 a 2008, kdy byly zavedeny regulační poplatky. U Slovenska lze zase výrazný nárůst (10 p. b.) pozorovat mezi rokem 2003 a 2004, kdy zde probíhaly reformy zdravotnictví, jež přinesly kupříkladu zavedení regulačních poplatků a dobrovolné zdravotní pojištění, jak bylo uvedeno v kapitole 5. Naproti tomu u Nizozemí je mezi roky 2005 a 2006 patrný významný pokles podílu soukromých výdajů z 30 % na 15 %. Tento skokový rozdíl byl zapříčiněn komplexní reformou nizozemského zdravotnictví, která v roce 2006 sloučila systém soukromého a veřejného zdravotního pojištění pod pojištění veřejné, čímž došlo ke snížení podílu soukromých výdajů.

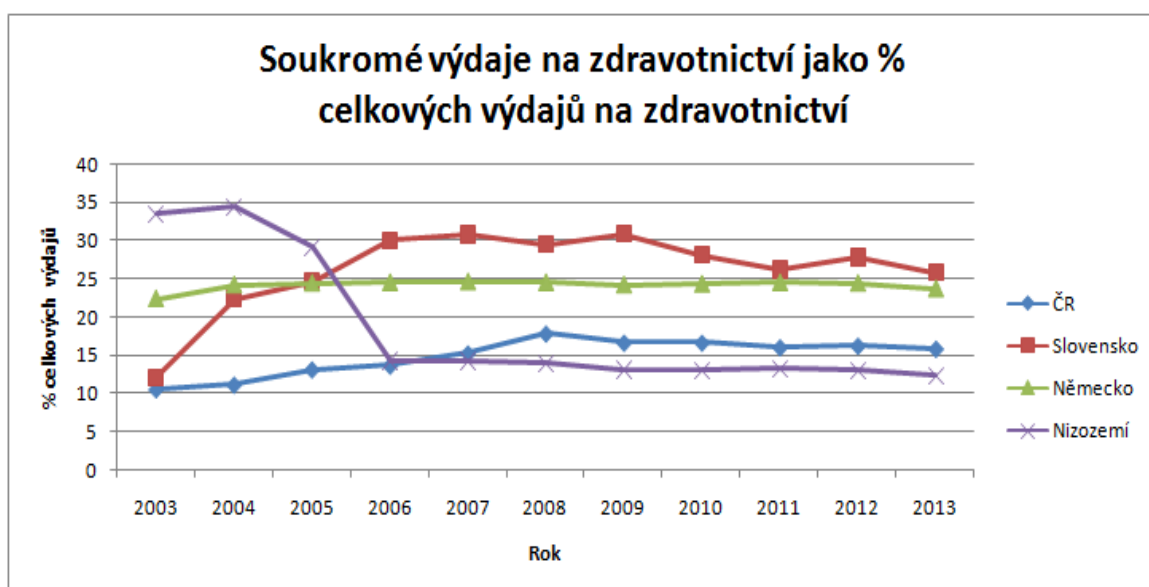


Tab. 3 Soukromé výdaje na zdravotnictví jako % celkových výdajů na zdravotnictví – vývoj

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ČR	10,6	11,2	13,2	13,7	15,3	17,9	16,7	16,7	16,1	16,3	15,9
Slovensko	12,2	22,4	24,7	30,0	30,7	29,5	30,8	28,1	26,2	27,8	25,8
Německo	22,4	24,2	24,4	24,5	24,6	24,5	24,2	24,3	24,5	24,4	23,7
Nizozemí	33,5	34,4	29,1	14,3	14,3	13,9	13,2	13,0	13,3	13,0	12,4

Zdroj: OECD Statistics, 2015h

Pro názornost jsou údaje z tabulky č. 3 zaznamenány i do grafu, na němž je lépe patrný vývoj podílu soukromých výdajů na celkových zdravotnických výdajích v jednotlivých zemích.



Obr. 1 Soukromé výdaje na zdravotnictví jako % celkových výdajů na zdravotnictví – vývoj  
Zdroj: OECD Statistics, 2015h

Dalším srovnávaným údajem z oblasti financování je **velikost výdajů na zdravotnictví připadající na jednoho obyvatele** dané země. Jedná se tedy o ukazatel, který celkové zdravotnické výdaje podělí počtem obyvatel a umožňuje tak srovnání mezi různě lidnatými zeměmi. Podle údajů z tabulky č. 2 je patrné, že nejmenších hodnot v tomto indikátoru dosahuje ČR, na jejíž občany v roce 2013 připadalo v průměru 991 eur (tedy necelých 27 000 Kč při současném kurzu kolem 27 korun za euro). Podobně je na tom Slovensko, u nějž bylo na obyvatele vydáno o 40 euro více než v naší zemi. Podstatně vyšší částka pohybující se kolem 3 800 eur vychází na průměrného Němce a v Nizozemí připadlo na jednoho občana v roce 2013 dokonce přes 4 200 eur, což je kolem 115 000 Kč. Zde je tedy možné pozorovat značné odlišnosti mezi státy, které jsou ještě více patrné v následující tabulce, která ukazuje výdaje na obyvatele pomocí parity kupní síly (PPP). Při srovnání prostřednictvím tohoto ukazatele se projevila odlišná cenová hladina jednotlivých

zemí, protože na posledním místě již není ČR, ale Slovensko a na obyvatele tak připadá menší částka. Německo a Nizozemí pořád zůstávají ve zdravotnických výdajích na osobu výrazněji před ČR a Slovenskem, ale rozdíly již nejsou pětinasobné jako u výdajů bez ohledu na cenovou hladinu, ale snížily se na hodnoty, které jsou již jen dvaapůlkrát vyšší.

Tab. 4 Výdaje na zdravotnictví na obyvatele v PPP – v amerických dolarech (2013)

	ČR	Slovensko	Německo	Nizozemí
Výdaje na zdravotnictví na obyvatele v PPP – v amerických dolarech (2013)	2 039,6	2 010,2	4 818,9	5 130,9

Zdroj: OECD Statistics, 2015h

Posledním ukazatelem, který bude v této části práce srovnáván, je **odměňování zaměstnanců ve zdravotnictví**. Tato kategorie byla zvolena z toho důvodu, že porovnání mzdových či platových podmínek patří k důležitým finančním ukazatelům zdravotnictví jednotlivých zemí, který je často srovnáván (hlavně českými lékaři, kteří poukazují na vyšší německé příjmy). Poněkud obtížné ale bylo tyto údaje sehnat, protože ve statistikách Světové zdravotnické organizace nebyla k nalezení a u OECD zase byla jen starší data a to ještě ne u všech srovnávaných států. Proto bylo zvoleno odměňování zaměstnaných specialistů, u nichž je srovnáván měsíční příjem v roce 2012 u ČR, Německa a Nizozemí. Data o příjmech slovenských specialistů nebyla v této kategorii dostupná.

Jak již bylo zmíněno, tak v tabulce č. 2 je uveden měsíční příjem zaměstnaných specialistů (bez Slovenska). Podle těchto údajů dostávají čeští lékaři – specialisté v nominální hodnotě asi 4krát menší příjmy, než mají specialisté v Nizozemí nebo Německu. Průměrný český zaměstnaný specialista tak každý měsíc obdrží přibližně 60 000 Kč, kdežto německý specialista vydělá v přepočtu přes 250 000 Kč. Při srovnání měsíčních příjmů v paritě kupní síly (tabulka č. 5) je pořád patrný rozdíl mezi naší zemí a vyspělejším Německem a Nizozemím, ale tento rozdíl je již o něco nižší, takže při zahrnutí odlišné cenové hladiny komparovaných států pobírají němečtí i nizozemští lékaři asi 3krát vyšší příjmy než naši lékaři.

Tab. 5 Měsíční příjem specialistů (zaměstnanců) v PPP – v amerických dolarech (2012)

	ČR	Slovensko	Německo	Nizozemí
Měsíční příjem specialistů (zaměstnanců) v PPP – v amerických dolarech (2012) <sup>13</sup>	4 182,2	bez údajů	13 513,9	11 929,7

Zdroj: OECD Statistics, 2015f

### 6.3 Údaje o zdravotním stavu populace

V následující podkapitole bude věnován prostor srovnání zdravotního stavu obyvatelstva v jednotlivých zemích. Nejprve zde bude uveden **počet zemřelých** občanů v roce 2013. Pro možnost lepšího srovnání bude tento údaj následně převeden do relativní podoby – na **počet zemřelých na 100 000 obyvatel**. Dalším zkoumaným ukazatelem bude specifická úmrtnost, která se zaměří na počty zemřelých podle příčin úmrtí. Zde budou **porovnávány počty úmrtí na 100 000 obyvatel v důsledku nemoci oběhové soustavy a v důsledku novotvarů** (nádorů), protože jak uvádí Zdravotnická ročenka ČR 2013 (ÚZIS ČR, 2014b), tak právě tato onemocnění patří v ČR mezi nejčastější příčiny úmrtí. K základním ukazatelům úmrtnosti je také nutné uvést **kojeneckou úmrtnost**, která je především pro ČR velmi významná, protože v této oblasti patří naše země mezi světovou špičku (Alexa a kol., 2015).

V rámci údajů o zdravotním stavu populace je také třeba zmínit **střední délku života** neboli naději dožití při narození, která je komplexním ukazatelem shrnujícím v sobě různé aspekty od ekonomiky daného státu přes úroveň zdravotnictví až k životnímu stylu. Tím se nyní dostáváme k tomu, že zdravotní stav je kromě zdravotní péče velmi výrazně ovlivňován i dalšími faktory. Prvními z nich jsou faktory prostředí (jako životní nebo pracovní prostředí), které na zdravotní stav působí z 20 %; druhou kategorií s 10 až 15 % vlivu je genetická výbava; třetí a nejvýznamnější skupinu faktorů tvoří životní styl, jenž na zdravotní stav působí až z 50 % (Janečková a Hnilicová, 2009). Z tohoto důvodu je tedy vhodné zařadit do srovnání i určité faktory životního stylu – konkrétně bylo zvoleno **procento kuřáků** z obyvatel nad 15 let věku a také **roční spotřeba čistého alkoholu** na osobu u obyvatel nad 15 let věku.

<sup>13</sup> Údaje byly získány přepočtem z ročních údajů.

Tab. 6 Údaje o zdravotním stavu populace

	ČR	Slovensko	Německo	Nizozemí
Počet zemřelých za rok 2013 <sup>14</sup>	109 160	53 445	893 825	141 245
Počet zemřelých na 100 000 obyvatel (2013) <sup>14</sup>	985,9	1 188,5	813,9	764,2
Počet zemřelých na 100 000 obyvatel v důsledku nemocí oběhové soustavy (2013) <sup>14</sup>	480,6	674,2	316,7	208,8
Počet zemřelých na 100 000 obyvatel v důsledku novotvarů (2013) <sup>14</sup>	233,1	249,5	211,0	234,1
Počet zemřelých dětí do 1 roku života na 1 000 živě narozených (2013)	2,5	5,5	3,3	3,8
Naděje dožití při narození – v letech (2013)	78,3	76,5	80,9	81,4
Denní kuřáci jako % z celkového počtu obyvatel nad 15 let věku (2013) <sup>15</sup>	22,2	19,5	20,9	18,5
Roční spotřeba čistého alkoholu v litrech na osobu u obyvatel nad 15 let věku (2013) <sup>16</sup>	11,5	9,9	10,9	9,1

Zdroj: OECD Statistics, 2015i; OECD Statistics, 2015j a OECD Statistics, 2015k

V tabulce č. 6 je zobrazen přehled několika hlavních ukazatelů, které vypovídají o zdravotním stavu populace dané země. Na prvním místě je uveden **celkový počet zemřelých obyvatel** v roce 2013 (u Slovenska v roce 2010). Tento absolutní ukazatel dosahuje nejvyšších hodnot logicky u Německa (téměř 900 000), protože je ze srovnávaných států nejlidnatější. Se 140 000 zemřelými je na pomyslném druhém místě v celkovém počtu úmrtí Nizozemí, následuje ČR a nejméně zemřelých pak má Slovensko. U všech zmíněných států se celkový počet zemřelých pohybuje kolem 1 % z celkového počtu obyvatel k 1. lednu 2015.

Údajem s o něco lepší vypovídací hodnotou je **počet úmrtí vztahený k určitému počtu obyvatel** (v tomto případě ke 100 000), který již umožňuje alespoň částečnou komparaci mezi státy. Jak lze tedy vidět v přecházející tabulce, tak v této oblasti dosahuje nejlepších výsledků (tj. nejmenších čísel) Nizozemí, kde v roce 2013 vychází na 100 000 obyvatel 764 zemřelých. Nejhůře je na tom Slovensko, kde tato úmrtnost dosahuje hodnoty 1 188 zemřelých (za rok 2010).

Celkové počty zemřelých bez vztahu k pohlaví, věku nebo třeba nemocem nemají příliš velkou vypovídací schopnost, a proto je nutné počty úmrtí k některým z těchto ukazatelů vztáhnout. Pro účely práce byla využita specifická úmrtnost ve

<sup>14</sup> U Slovenska údaj za rok 2010, ale v průběhu předcházejících let docházelo k poklesu, takže údaje za rok 2013 by mohly být o něco nižší než v roce 2010.

<sup>15</sup> U Slovenska údaj za rok 2009, ale v průběhu předcházejících let docházelo k poklesu, takže údaje za rok 2013 by mohly být o něco nižší než v roce 2009.

<sup>16</sup> U Nizozemí údaj za rok 2012.

vztahu ke dvěma nejčastějším příčinám úmrtí v ČR – k nemocem oběhové soustavy a k novotvarům.

V první řadě jsou tedy srovnávány **počty zemřelých na 100 000 obyvatel v důsledku nemoci oběhové soustavy**, které způsobují u mužů i žen v ČR kolem 45 % všech úmrtí, přičemž u žen je toto číslo o něco vyšší než u mužů (ÚZIS ČR, 2014b). Zde lze pozorovat značné rozdíly mezi bývalým Československem a západními státy. Zatímco v ČR a na Slovensku se pohybuje počet těchto úmrtí mezi 480 a 675 zemřelými na 100 000 obyvatel, tak v Německu a Nizozemí mají tato čísla kolem polovičních hodnot. Konkrétně mezi Slovenskem a Nizozemím je rozdíl na 100 000 obyvatelích asi 460 osob, což je téměř 0,5 p. b. Za jednu z příčin těchto odlišností je možné považovat rozdílný vývoj zdravotnictví těchto zemí – především tedy v druhé polovině 20. století, kdy v naší a slovenské republice fungoval dlouhá léta Semaškův model zdravotnictví. U něj je totiž často kritizováno, že se neuměl vyrovnat s novými problémy ve formě civilizačních a nádorových onemocnění, což tedy může být jednou z příčin toho, že ČR a Slovensko v této oblasti zaostávají za západem. Dalším možným vysvětlením rozdílů může být rovněž skutečnost, že obyvatelé Česka a Slovenska tolik nedbají na svůj zdravotní stav a žijí méně zdravým způsobem života než naši západní sousedé, což se pak projevuje ve větší úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy.

Druhou nejčastější příčinou úmrtí jsou v naší zemi novotvary, tedy nádorová onemocnění, jež způsobují shodně u obou pohlaví asi 26 % ze všech úmrtí (ÚZIS ČR, 2014b). Jak je možné vidět v tabulce č. 6, tak v rámci **počtu zemřelých na 100 000 obyvatel v důsledku novotvarů** již nejsou patrné tak významné rozdíly mezi západní a střední Evropou – ve všech státech vychází tento ukazatel v průměru kolem 230 zemřelých, přičemž nejméně těchto úmrtí má Německo, o něco více pak ČR, která je na tom téměř shodně s Nizozemím a nejvíce úmrtí na novotvary eviduje Slovensko. To, že všechny srovnávané státy dosahují v tomto ukazateli podobných hodnot, může být pro naše (ale i slovenské) zdravotnictví považováno za úspěch, protože se v léčbě a potažmo i prevenci nádorových onemocnění vyrovnáme vyspělým západním státům.

Kromě aktuálních čísel je u výše rozebíraných příčin úmrtí rovněž zajímavé pozorovat dlouhodobější vývoj (viz tabulky č. 12 a 13 v Přílohách práce). Co se týče počtu úmrtí vlivem onemocnění oběhové soustavy, tak zde u všech komparovaných států dochází od roku 2000 k postupnému poklesu těchto úmrtí a to jak v absolutních číslech, tak i u ukazatele přepočteného na 100 000 obyvatel, což může být považováno za pozitivní jev, jelikož to svědčí buď o zkvalitňování zdravotní péče, nebo o zdravějším životním stylu obyvatel, nebo o kombinaci obou faktorů. V rámci nádorových onemocnění již nejsou data tak jednoznačná, protože u přepočtených úmrtí na 100 000 obyvatel sice dochází od nového tisíciletí k postupnému poklesu u všech zemí, avšak v celkových číslech se počet úmrtí na novotvary snižuje (i když jen nepatrně) pouze v ČR.

Jako poslední ukazatel úmrtnosti, který bude v práci srovnáván, je kojenecká úmrtnost, tedy **počet zemřelých dětí do jednoho roku života na 1 000 živě narozených dětí**. Z tabulky č. 6 je patrné, že v tomto ukazateli dosahuje ČR nejnižších

hodnot – a to 2,5 úmrtí na 1 000 živě narozených dětí a dostává se tak dokonce i před vyspělé západní země, u nichž kojenecká úmrtnost přesahuje 3 mrtvé děti na 1 000 živě narozených. Na posledním místě se tak ocitá Slovensko s hodnotou 5,5 úmrtí. Co se tedy týče dětské úmrtnosti, tak ČR může být na své výsledky velmi hrdá, protože již dlouhodobě dosahuje v této oblasti výborných výsledků a pravidelně se v hodnotách tohoto ukazatele dostává mezi nejlepší státy na světě (Alexa a kol., 2015).

Dalším srovnávaným ukazatelem je **střední délka života (naděje dožití)**, která vyjadřuje, kolika let se člověk pravděpodobně dožije, tento údaj se počítá z úmrtnostních tabulek a nejčastěji je vyjadřován jako naděje dožití při narození (Janečková a Hnilicová, 2009). Jak již bylo na začátku této podkapitoly uvedeno, tak se jedná o souhrnný statistický ukazatel, který v sobě zahrnuje různé parametry a ukazatele a je možné jej dohledat pro obě pohlaví i různé věkové kategorie. V tabulce č. 6 je uvedena naděje dožití při narození pro obě pohlaví ve srovnávaných státech za rok 2013. Z této tabulky je možné vyčíst, že šanci na nejdelší život má dítě narozené v Nizozemí, protože zde dosahuje střední délka života při narození hodnoty 81,4 let. Druhou nejvyšší střední délku života mají v Německu (80,9 let) a pak následuje ČR se 78,3 lety. Na posledním místě se se 76,5 lety ocitá Slovensko, kde se tedy občané průměrně dožívají nejnižšího věku. Jedná se samozřejmě o souhrnné údaje, které jsou ovlivňovány především životním stylem daných jedinců a nevylučují tak, že někteří obyvatelé Slovenska se nemohou dožít vyššího věku než Němci nebo Nizozemci, ale obecně se občasně v těchto vyspělejších státech dožívají vyššího věku.

Jak již bylo v práci několikrát uváděno, tak životní styl hraje velmi významnou roli v rámci různých ukazatelů a celkově tak ovlivňuje zdravotní stav jedinců dané populace. Jako první faktor ovlivňující životní styl bylo zvoleno kouření (konkrétně **denní kuřáci jako % z celkového počtu obyvatel nad 15 let věku**), protože kouření patří mezi jeden z významných rizikových prvků, který negativně ovlivňuje zdraví obyvatel a přispívá k oběma nejčastějším příčinám úmrtí v ČR. Jak ukazuje předcházející tabulka, tak největší podíl denních kuřáků se nachází v ČR, kdy z populace starší 15 let každý den kouří více než 22 % lidí. Na pomyslném druhém místě se pak nachází Německo, kde denně kouří téměř 21 % populace. Třetí místo patří Slovensku a „nejzdravější“ populaci má Nizozemí s 18,5 % denních kuřáků. Tento ukazatel samozřejmě může být velmi zavádějící, protože uvádí jen podíl denních kuřáků, ale nikoliv, kolik cigaret za den vykouří. Také rozhodně nelze srovnávat kuřáka, který si každý den zapálí jen jednu cigaretu s někým, kdo sice nekouří denně, ale párkrát do týdne vykouří třeba 10 cigaret. Toto srovnání je tedy nutné brát s rezervou a považovat je jen za pouhý nástin poukazující na problematiku kouření.

Poslední hodnocenou veličinou v této kategorii bude druhý nemedicínský faktor ovlivňující životní styl, a to spotřeba alkoholu. Na jednu stranu se sice uvádí, že malé množství alkoholu může být pro lidské zdraví prospěšné, ale většinou je toto malé množství alkoholu překračováno a tak se konzumace alkoholu stává faktorem negativně ovlivňujícím zdravotní stav. Mezi hlavní problémy související

s nadměrnou spotřebou alkoholu patří především poškození jater, vysoký krevní tlak, cukrovka, obezita (kvůli vysoké energetické hodnotě alkoholických nápojů) nebo dokonce vyšší riziko výskytu rakoviny (Vítek, 2014). V tabulce č. 6 je proto uvedena **roční spotřeba čistého alkoholu v litrech na osobu u obyvatel nad 15 let věku** za rok 2013 (u Nizozemí za rok 2012), která umožňuje provést srovnání v rámci tohoto druhého rizikového faktoru. Z tabulky tedy vyplývá, že největší spotřeba čistého alkoholu vychází na české občany – 11,5 litru za rok, což společně s nejvyšším procentem kuřáků ze srovnávaných států působí neblaze na zdravotní stav českých občanů a jejich vysokou úmrtnost na nemoci oběhové soustavy. Na druhém místě ve spotřebě alkoholu se umístilo Německo s 10,9 litry na osobu, o litr méně pak vychází na jednoho slovenského občana a nejméně alkoholu spotřebují Nizozemci – 9,1 litru na osobu.

## 6.4 Údaje o poskytování (dostupnosti) zdravotní péči

Poslední podkapitola srovnávající číselné údaje je věnována poskytování zdravotní péče. Konkrétně bude tato část práce rozdělena na dva oddíly – první je zaměřen na komparaci sítě zdravotnických zařízení a na zdravotnické technologie a druhý úsek se zabývá počty zdravotnických pracovníků.

### 6.4.1 Síť zdravotnických zařízení a zdravotnické technologie

V této části práce je nejprve porovnáván **počet nemocnic**, a to jak celkové počty, tak i **přepočítané hodnoty na milion obyvatel**. Počet nemocnic, který v této části práce reprezentuje síť zdravotnických zařízení, byl vybrán proto, že nemocnice patří mezi důležitá zdravotnická zařízení, která poskytují téměř komplexní zdravotní péči, starají se o velký počet pacientů a stávají se tak významným místem, kam míří velké množství peněz. Rovněž se u nich lze setkat s širokou škálou zřizovatelů, ale pro naše účely si zde rozdělíme nemocnice pouze na **veřejné a soukromé**, přičemž soukromé ještě rozčleníme na ty, které byly založeny za účelem zisku a na ty, které fungují jako neziskové. Dále je v této první části srovnáván také **počet nemocničních lůžek**, kde jsou opět uvedeny jak celkové počty, tak i **údaje na 1 000 obyvatel**. V závěru první části je ještě věnován prostor zdravotnickým technologiím – konkrétně **množstvím skenerů výpočetní tomografie (CT) na 1 milion obyvatel a počtům přístrojů magnetické rezonance na 1 milion obyvatel**.

Tab. 7 Síť zdravotnických zařízení + zdravotnické technologie

	ČR	Slovensko	Německo	Nizozemí
Počet nemocnic (2013)	253	136	3 183	269
Počet nemocnic na 1 milion obyvatel (2013)	24,06	25,12	39,47	16,01
Počet veřejně vlastněných nemocnic z celkového počtu nemocnic (2013)	150	bez údajů	825	0
Počet soukromých „neziskových“ nemocnic z celkového počtu nemocnic (2013)	3	bez údajů	1 023	181
Počet soukromých „ziskových“ nemocnic z celkového počtu nemocnic (2013)	100	bez údajů	1 335	88
Počet nemocničních lůžek (2013) <sup>17</sup>	67 888	31 416	667 560	76 980
Počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel (2013) <sup>17</sup>	6,46	5,80	8,28	4,66
Počet skenerů výpočetní tomografie (CT) na 1 milion obyvatel (2013)	15,03	15,33	bez údajů	11,54
Počet přístrojů magnetické rezonance (MR) na 1 milion obyvatel (2013)	7,42	6,65	bez údajů	11,49

Zdroj: OECD Statistics, 2015c; OECD Statistics, 2015b a OECD Statistics, 2015d

Prvním ukazatelem, podle kterého bude srovnávána síť zdravotnických zařízení v jednotlivých státech, je **celkový počet nemocnic**, jenž je zobrazen v úvodu tabulky č. 7. Zde je jasně patrné, že nejvíce nemocnic se nachází v Německu – a to minimálně 10krát více než v ostatních komparovaných státech. Druhý nejvyšší počet pak má Nizozemí, které s 269 nemocnicemi ani zdaleka nedosahuje německého počtu (přes 3 100), ale oproti ČR má jen o 16 nemocnic více. Nejmenší počet nemocnic je evidován na Slovensku, což samozřejmě souvisí i s tím, že se jedná o nejméně lidnatý stát, který je zde porovnáván.

Protože je celkový počet nemocnic veličinou, která je vázána (mimo jiné) na počet obyvatel, bude vhodnější porovnávat **počty nemocnic vztažené k 1 milionu obyvatel**. V rámci tohoto ukazatele dosahuje nejvyšší hodnoty opět Německo, kde na 1 milion obyvatel vychází téměř 40 nemocnic, což je i v tomto případě číslo, které celkem výrazněji převyšuje data z ostatních zemí. Druhé místo patří s 25,12 nemocnicemi na 1 milion obyvatel Slovensku, které má o 1 nemocnici na milion obyvatel více než ČR. Nejmenšího přepočteného počtu nemocnic tedy dosahuje Nizozemí, u kterého tento údaj vychází na 2,5krát menší hodnotu než v Německu, tzn. 16 nemocnic na 1 milion Nizozemců.

Nyní následuje srovnání počtu nemocnic podle typu vlastnictví. Jak již bylo v úvodu této části práce uvedeno, tak nemocnice budou členěny pouze na **nemocnice veřejné, soukromé neziskové a soukromé ziskové**. V ČR by bylo samo-

<sup>17</sup> U Slovenska údaj za rok 2009.



zřejmě možné veřejné nemocnice rozdělit ještě konkrétněji – na nemocnice ve vlastnictví státu, kraje a města či obce, ale jelikož ostatní státy mohou členit své veřejné nemocnice jinak, bude muset být rozdělení na veřejné a soukromé nemocnice dostačující. Data pro toto srovnání jsou v předcházející tabulce uvedena absolutně – tedy jako celkové počty nemocnic v každé kategorii, z nichž potom byla vypočtena následující tabulka č. 8, která uvedené hodnoty převedla na procentní podíl z celkového počtu nemocnic. Rovněž je nutné doplnit, že zde chybí údaje za Slovensko, u nějž byla dostupná data jen o celkovém počtu nemocnic.

Jak je tedy patrné z tabulek č. 7 a 8, tak v rámci ČR se vyskytují všechny 3 kategorie nemocnic, přičemž největší zastoupení mají veřejné nemocnice, které se u nás vyskytují asi v 60 % případů. Zbývajících 40 % nemocnic je tvořeno převážně soukromými ziskovými nemocnicemi, které se vyskytují ve 100 případech a jen pouhé 3 nemocnice (1,19 %) patří do kategorie soukromých neziskových nemocnic. Co se týče Německa, tak zde jsou zastoupeny také všechny 3 typy nemocnic, ale na rozdíl od ČR je jejich rozložení rovnoměrnější. Největší počet a tudíž i podíl mají v Německu soukromé ziskové nemocnice s 1 335 nemocnicemi a 42 %. Druhou největší kategorií pak tvoří soukromé neziskové nemocnice s 32 % a nejmenší zastoupení má 825 veřejných nemocnic, které tvoří zhruba čtvrtinu německých nemocnic. Posledním srovnávaným státem je Nizozemí, u kterého se vyskytují jen soukromé nemocnice, přičemž 181 z nich (asi 67 %) jsou nemocnice neziskové a zbylých 88 (tedy 33 %) je ziskových. Při vzájemné komparaci je tak možné pozorovat, že u nás jsou nejvíce zastoupeny nemocnice ve veřejném vlastnictví, kdežto u našich západních sousedů mají tyto nemocnice nejmenší podíl (v Nizozemí dokonce nulový). Tento rozdíl může být způsoben tím, že v moderní historii má naše země čtyřicetileté zkušenosti s komunistickou nadvládou, která byla proti soukromému vlastnictví a vše (tedy i nemocnice) převedla do vlastnictví státu, což se nyní odráží na tom, že většina nemocnic v ČR je ještě stále ve veřejném vlastnictví.

Tab. 8 Podíly veřejných a soukromých nemocnic na celkovém počtu nemocnic

	ČR	Německo	Nizozemí
Počet nemocnic (2013)	253	3 183	269
Podíl veřejných nemocnic jako % z celkového počtu nemocnic (2013)	59,29	25,92	0,00
Podíl soukromých „neziskových“ nemocnic jako % z celkového počtu nemocnic (2013)	1,19	32,14	67,29
Podíl soukromých „ziskových“ nemocnic jako % z celkového počtu nemocnic (2013)	39,53	41,94	32,71

Zdroj: OECD Statistics, 2015c

Jako další údaje ke komparaci jsou v tabulce č. 7 uvedeny **počty nemocničních lůžek** v jednotlivých státech v roce 2013, až na Nizozemí, kde jsou počty vztahující se k roku 2009. Tato čísla jsou pro srovnání dostupnosti zdravotní péče rovněž důležitá, protože samotný počet nemocnic bez počtu nemocničních lůžek může být velmi zavádějící – například 3 velké nemocnice mohou totiž obsahovat mnohem

větší počet lůžek než třeba 15 menších nemocnic, čímž se samotné počty nemocnic stávají hodnotou, kterou je pak nutno doplnit komentáři nebo dalšími údaji. Jak tedy ukazuje tabulka v úvodní části této podkapitoly, tak Německo má i v počtu lůžek několikanásobně vyšší hodnoty než ostatní státy, stejně jako v dříve srovnávaném počtu nemocnic. Počet lůžek v nemocnicích u Německa dosahuje téměř 670 000, což znamená, že na 1 000 obyvatel připadá 8,28 lůžek. V celkovém množství lůžek je pak na druhém místě Nizozemí s necelými 77 000 lůžky, ale stejně jako v případě nemocnic i zde se po vztažení k určitému počtu obyvatel dostává Nizozemí na poslední místo, protože na 1 000 obyvatel připadá jen 4,66 lůžek. Podle celkového počtu lůžek pak na třetí místo dosahuje ČR s téměř 68 000 lůžky a nejméně lůžek má Slovensko. Ovšem podle přepočtu lůžek na 1 000 obyvatel je na druhém místě za Německem ČR (6,46 lůžek na 1 000 obyvatel), pak Slovensko (5,80 lůžek na 1 000 obyvatel) a na posledním místě již zmiňované Nizozemí. Z tohoto srovnání lze tedy usuzovat, že počet lůžek (jak absolutně, tak i v přepočtené podobě) celkem koresponduje s počty nemocnic. Zajímavé je však srovnání dvou nejvyspělejších států – Německa a Nizozemí, mezi kterými lze pozorovat největší rozdíly v rámci přepočtených hodnot, kdy Německo má zhruba dvojnásobné přepočtené veličiny oproti Nizozemí. Někdo by samozřejmě mohl namítat, že rozdíl může být způsoben tím, že údaje o počtu lůžek z Nizozemí jsou o 4 roky starší než v ostatních státech, ale při prozkoumání dlouhodobějšího vývoje je patrné, že od počátku 90. let dochází v Nizozemí k poklesu absolutního i přepočteného počtu lůžek, takže novější hodnoty mohou být dokonce nižší než ty, co jsou uvedeny v tabulce (OECD Statistics, 2015b).

V rámci údajů o poskytování zdravotní péče je také třeba zmínit využití zdravotnických technologií. K tomuto účelu byla zvolena **přepočtená čísla počtů skenerů výpočetní tomografie (CT) a počtů přístrojů magnetické rezonance (MR)**. Tyto dva typy zdravotnických zařízení byly zvoleny jednak kvůli své vysoké pořizovací hodnotě (v řádu stovek tisíců či milionů korun), dále kvůli poměrně častému využívání, ale i kvůli dostupnosti dat o těchto technologiích. Jak je možné vidět v tabulce č. 7, tak data pochází z roku 2013 a obsahují jen údaje z ČR, Slovenska a Nizozemí. Data o využívání těchto technologií v Německu nejsou bohužel ve statistikách OECD evidována.

Výpočetní tomografie, jež pomocí rentgenového záření dokáže vyobrazit nej-různější části těla po řezech, se používá k diagnostice mnoha onemocnění a také při určitých lékařských zákrocích; nevýhodou ale je, že během vyšetření je pacient vystaven rentgenovým paprskům, čímž se do těla dostane více záření než při pořizování obyčejného rentgenového snímku (Nemocnice Na Homolce | Úvod, 2003–2012a). Podle tabulky č. 7 má největší počet těchto zařízení na 1 milion obyvatel Slovensko, a to 15,33. O něco méně tomografů (15,03) pak vychází na 1 milion Čechů a na posledním místě se s 11,54 skenery na 1 milion obyvatel nachází Nizozemí.

Jako druhý zástupce využití zdravotnické technologie je srovnáván počet přístrojů magnetické rezonance, která se využívá jako ohleduplnější metoda k zobrazování různých orgánů v těle, ale i svalů či kloubů, protože nevyužívá rent-

genové záření; na druhou stranu oproti výpočetní tomografii je vyšetření magnetickou rezonancí zdlouhavější a hlučnější (Nemocnice Na Homolce | Úvod, 2003–2012b). V rámci této technologie se na prvním místě objevuje Nizozemí, které má podobný počet magnetických rezonancí na 1 milion obyvatel (asi 11,5) jako tomografů. Zato ČR a Slovensko, které byly v množství tomografů před Nizozemím, dosahují v počtech přístrojů magnetické rezonance nižších hodnot, a to minimálně o 4 na milionu obyvatel.

#### 6.4.2 Počty zdravotnických pracovníků

Druhý úsek této části práce je věnován počtu zdravotnických pracovníků, kde je zpočátku uveden celkový **počet osob, které pracují v oblasti zdravotních a sociálních služeb** a pro lepší možnost srovnání je zde i jejich přepočtené **množství na 1 000 obyvatel**. Dále je zde srovnáván **počet všeobecných lékařů** (absolutně i na 1 000 obyvatel) a v těch stejných podobách je v tabulce č. 9 zveřejněn i **počet odborných lékařů** – u všech států jsou uvedena nejnovější data, tj. data za rok 2013, kromě Slovenska, kde byly od roku 2000 uvedeny údaje pouze v jediném roce – 2007. Samozřejmě, že ke komparaci zdravotnických pracovníků je možné využít i spousty jiných kategorií zdravotnického personálu – např. počty praktických lékařů, zubařů, zdravotních sester či farmaceutů, ale u těchto dalších kategorií již byl problém sehnat údaje od všech států<sup>18</sup>, a proto byly zvoleny tyto dvě kategorie lékařů, které by pro základní srovnání měly být dostačující.

Tab. 9 Počty zdravotnických pracovníků

	ČR	Slovensko	Německo	Nizozemí
Počet zdravotních a sociálních pracovníků (2013)	339 300	164 100	4 942 000	1 346 300
Počet zdravotních a sociálních pracovníků na 1 000 obyvatel (2013)	32,27	30,31	61,28	80,12
Počet všeobecných lékařů (2013) <sup>19</sup>	7 371	2 236	136 267	24 380
Počet všeobecných lékařů na 1 000 obyvatel (2013) <sup>19</sup>	0,70	0,42	1,69	1,45
Počet odborných lékařů (2013) <sup>19</sup>	30 890	13 857	190 678	30 880
Počet odborných lékařů na 1 000 obyvatel (2013) <sup>19</sup>	2,94	2,58	2,36	1,84

Zdroj: OECD Statistics, 2015g a OECD Statistics, 2015e

<sup>18</sup> Například u zubařů nebo farmaceutů uvádí OECD jen statistiky pro ostatní srovnávané státy kromě ČR, takže by bylo možné počty těchto pracovníků sehnat na Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), ale již by nebyl zachován stejný zdroj dat, a proto by srovnání těchto údajů mohlo být poněkud zkreslující.

<sup>19</sup> U Slovenska údaj za rok 2007.

V předchozí tabulce jsou zobrazeny všechny výše vyjmenované ukazatele, které budou porovnávány v rámci této části práce. Jako první jsou uvedeny **celkové počty osob pracujících ve zdravotnictví a v oblasti sociálních služeb**. I když by pro účely této práce bylo vhodnější pouhé srovnání pracovníků ve zdravotnictví, musel být použit tento společný ukazatel, protože samostatné počty osob pracujících ve zdravotnictví nebyly v rámci statistik OECD uvedeny. Sice tak nebude toto srovnání mít plně vypovídající hodnotu, ale jelikož spolu tyto dvě oblasti hodně souvisí a často na sebe i navazují, je vhodné daný ukazatel uvést i v této podobě. Jak je tedy patrné z předcházející tabulky, tak nejvíce lidí pracujících ve zdravotních a sociálních službách je možné najít v Německu – a to téměř 5 milionů, což je asi 6 % obyvatelstva. Při přepočtu však dosahuje větších hodnot Nizozemí, kde na 1 milion obyvatel připadá 80,12 zdravotních a sociálních pracovníků. Asi o 20 lidí méně na 1 milion obyvatel (přes 60 pracovníků) se pak nachází v Německu. U ČR a Slovenska lze nalézt zhruba poloviční hodnoty oproti Německu – tedy přes 30 pracovníků na 1 milion obyvatel. V rámci této oblasti tak naše republika opět významně ztrácí oproti vyspělým západním státům, což může souviset s naší „nerozvinutostí“, která se projevuje například menším podílem osob zaměstnaných obecně ve službách, tedy i ve zdravotnictví.

Jako další ukazatel byl zvolen **počet všeobecných lékařů**, kde je patrné, že celková čísla jsou opět určena počtem obyvatel, takže Německo má samozřejmě nejvíce těchto lékařů a Slovensko nejméně. Pro vzájemné porovnávání jsou tak opět lepší počty všeobecných lékařů na 1 000 obyvatel. I zde však dosahuje prvenství Německo s 1,69 všeobecnými lékaři na 1 000 obyvatel. Po Německu následuje Nizozemí s hodnotou 1,45 a po výrazném propadu na poloviční hodnotu přichází na řadu ČR (0,7 všeobecných lékařů na 1 000 osob) a jako poslední je Slovensko, u kterého je však údaj z roku 2007.

Poněkud rozdílněji ale vypadá **srovnání odborných lékařů**, kam lze zařadit například pediatrie, porodníky, psychiatry nebo třeba chirurgy. V celkových počtech je na prvním místě opět Německo se 190 000 odbornými lékaři, ale druhé místo patří ČR, která s 30 890 specialisty dosáhla vyššího počtu než Nizozemí, které má o 10 těchto lékařů méně. Pokud se pak tato čísla vztáhnou k určitému počtu obyvatel, dostává se ČR na první místo, jelikož v naší zemi připadá na 1 000 obyvatel 2,94 odborných lékařů, po ČR následuje Slovensko, u nějž na 1 000 obyvatel připadá 2,58 specialistů. Předposlední místo patří Německu, kde počet odborníků také ještě přesahuje hodnotu 2, ale u Nizozemí již na 1 000 obyvatel připadá jen 1,84 odborných lékařů.

Otázkou však zůstává, zda je v rámci výše porovnávaných kategorií lékařů výhodnější, když na určitý počet obyvatel připadá spíše více lékařů, nebo je lepší menší počet. Pokud je totiž počet lékařů příliš vysoký, tak nemusí najít uplatnění nebo se mohou stávat finanční zátěží třeba pro nemocnice, ve kterých pracují, ale zase pacienti mohou být spokojeni s větší větším výběrem lékařů a také s vyšší konkurencí, která jim zajistí kvalitnější (nebo levnější) služby. Naopak když je lékařů méně, tak to může buď znamenat, že je celý zdravotnický systém dobře nastavený – tedy třeba že v Nizozemí a Německu, kde mají více všeobecných lékařů, kam spadají

i praktičtí lékaři, není nutné mít tolik specialistů, kvůli tomu, že „většinu práce“ vykonají praktičtí lékaři, kteří v Nizozemí a často i v Německu (Mátl, 2009) fungují jako gatekeepři a jejich služby nestojí zdravotnictví tolik co specialisté; nebo naopak může mít celé zdravotnictví problém s nedostatkem zdravotnického personálu třeba kvůli špatnému odměňování nebo může jít o problém se vzděláváním lékařů, které velice nepružně reaguje na poptávku po zdravotnických službách. Proto tedy nelze jednoznačně říci, který případ je lepší a jaký je ten správný počet lékařů.

## 6.5 Nastavení zdravotnických systémů

V posledním oddíle praktické části práce je věnován prostor porovnávání nastavení jednotlivých zdravotnických systémů. Tato podkapitola tak vychází především z první poloviny práce, kde byly popisovány jednotlivé zdravotnické systémy ve vybraných zemích. Protože tato kapitola samozřejmě nemůže obsáhnout veškerou problematiku zdravotnických systémů a také protože je umístěna až po ostatních částech, které již zdravotnictví porovnávaly z různých úhlů, bude tato část práce sloužit spíše jako doplnění k předcházejícím komparacím a budou sem zařazeny ty prvky a veličiny, které doposud srovnávány nebyly.

Co se týče **vzniku a historie Bismarckova modelu** zdravotnictví, tak zakladatelem tohoto systému je Německo, které tak má s Bismarckovým modelem nejdelsí zkušenosti, a to již od roku 1883. Další komparovanou zemí, která začala tento systém používat, je společná republika Čechů a Slováků, na kterou tak sice připadá druhé místo při porovnání „doby vzniku“, ale delší zkušenosti s používáním má Nizozemí (pokud považujeme za vznik Bismarckova modelu v Československu rok 1918, kdy jsme tento typ zdravotnictví převzali jako samostatný stát bez Rakouska-Uherska). Holanďané sice začali Bismarckův model zdravotnictví využívat až v období druhé světové války, ale od té doby zde funguje neustále, kdežto v Československu bylo fungování Bismarckova modelu přerušeno asi na 40 let Semaškovým státním zdravotnictvím. Takže i když má u nás Bismarckův model zdravotnictví mnohem dřívější dobu vzniku než v Nizozemí, je na tom nizozemské zdravotnictví lépe, protože může svůj systém vyvíjet a zdokonalovat již přes 70 let bez přerušení.

Další záležitostí, která si zaslouží pozornost a souvisí s nastavením jednotlivých systémů, je pojistné. Především tedy **výše pojistného** na zdravotní pojištění. Pro zjednodušení zde bude porovnávána pouze sazba u zaměstnanců, i když jak už bylo v práci zmiňováno, tak zájem by měl být věnován také početné skupině státních pojištěnců. Nejvyšší sazbu zdravotního pojištění mají zaměstnanci v Německu, kde je odváděno 15,5 % z hrubé mzdy. Druhé nejvyšší procento pak odvádí Slováci – a to 14 % z příjmů. Na posledním místě se tak ocitá ČR s 13,5 %. Nizozemí nebylo do tohoto srovnávání zahrnuto, protože zde je kromě pojistného závislého na příjmech odváděno také nominální pojistné, které se liší mezi jednotlivými pojišťovnami a pojistnými plány. Za zmínku rovněž stojí srovnání toho, jakou část z pojistného na zdravotní pojištění odvádí v jednotlivých státech zaměstnanci a jakou zaměstnavatelé. Pokud začneme od nejvyšších hodnot u zaměstnanců, tak

první místo patří Německu, kde zaměstnanci platí 8,2 % ze svých hrubých mezd, což je přes 50 % odváděného pojistného na zdravotní pojištění. Druhý nejvyšší podíl pak hradí čeští zaměstnanci, protože ti se na zdravotním pojištění podílí z jedné třetiny (odvádí 4,5 % z příjmu). Nejméně se tak na zdravotním pojištění podílí Slováci, kde zaměstnanci platí jen necelých 29 % pojistného (4 % z vyměřovacího základu) a zbývající část (10 % vyměřovacího základu) je hrazena zaměstnavatelem.

V souvislosti s pojistným je také třeba zmínit, **kdo všechno se účastní systému veřejného zdravotního pojištění** a je tak tímto systémem kryt. V ČR musí být povinně pojištěny všechny osoby s trvalým pobytem a také ty osoby, které jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který má v ČR trvalý pobyt nebo sídlo. Alexa a kol. (2015) dodávají, že občané EU, kteří tyto podmínky nesplňují, ale chtějí se českého veřejného zdravotního pojištění účastnit (protože v naší zemi zůstávají déle než 90 dnů), tak mohou; jinak musí být pojištěni u své národní pojišťovny, nebo si vyřídit soukromé zdravotní pojištění. Toto ustanovení se vztahuje pouze na občany EU, protože občané „třetích zemí“, kteří nesplňují podmínky (pobyt nebo zaměstnavatele), si musí zařídit soukromé pojištění. Na Slovensku musí být rovněž pojištěny všechny osoby s trvalým pobytem s výjimkou těch, které mají kvůli práci nebo dlouhodobému pobytu zřízeno zdravotní pojištění v jiném státě. Nárok na veřejné zdravotní pojištění mají také osoby žádající o azyl nebo cizí státní příslušníci pracující, podnikající nebo studující na Slovensku – i když tyto osoby mají jiný rozsah zdravotnických služeb (Szalay a kol., 2013). V Nizozemí je základní zdravotní pojištění povinné pro všechny nizozemské občany i pro osoby, které v Nizozemí pracují a platí daně, ale žijí v zahraničí. Výjimka z povinného pojištění je udělena pouze dvěma skupinám osob, a to příslušníkům ozbrojených sil (zdravotní péči zajišťuje Ministerstvo obrany) a osobám, které se nechtějí pojistit kvůli svému náboženství nebo životní filozofii – tyto osoby platí obecnou daň z příjmu, která jde na jejich speciální osobní účet, z něhož se pak hradí zdravotní péče; pokud finance z účtu nestačí, doplácí se ze soukromých zdrojů (Schäfer a kol., 2010). V Německu je zdravotní pojištění povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem, ale na rozdíl od ostatních srovnávaných států funguje v Německu kromě veřejného zdravotního pojištění i soukromé zdravotní pojištění. Jak již bylo v teoretické části práce zmiňováno, tak toto soukromé zdravotní pojištění je pro určité skupiny osob povinné, protože jsou ze systému veřejného zdravotního pojištění vyloučeny (např. osoby, které překročily určitou hranici příjmu, OSVČ nebo státní zaměstnanci). Veřejné zdravotní pojištění také neplatí pro příslušníky armády, protože ti jsou kryti vládními programy. Jak tedy ukazují předchozí informace, tak i když ve všech zmiňovaných státech funguje veřejné zdravotní pojištění, jsou zde značné odlišnosti mezi tím, kdo všechno je tímto systémem kryt. Nejvíce viditelný je tento rozdíl u Německa, které si i přes provedené reformy zachovalo duální systém pojištění.

V návaznosti na předchozí odstavec by nyní bylo vhodné doplnit, **co všechno je systémem veřejného zdravotního pojištění kryto** – tedy které zdravotnické služby, pomůcky či léky jsou z tohoto pojištění hrazeny. Jelikož je ale problematika příliš obsáhlá a klidně by vystačila na samostatnou práci, bude zde zmíněna zají-

mavost, že v Nizozemí není preventivní péče kryta zdravotním pojištěním, jak je tomu v ostatních státech, ale je hrazena prostřednictvím všeobecného zdanění, jak již bylo v práci dříve zmiňováno.

Se systémem veřejného zdravotního pojištění jsou samozřejmě také spojeny **zdravotní pojišťovny**. V rámci této kapitoly nás zajímá především jejich počet, který je vyobrazen v tabulce č. 10. Jak lze vidět, tak největší počet zdravotních pojišťoven se vyskytuje v Německu – asi kolem 210, přičemž když se toto číslo rozpočítá mezi počet obyvatel (k 1. 1. 2015), tak na 1 milion Němců vychází asi 2,6 pojišťoven, což je oproti ČR a Slovensku hodně vysoké číslo. Jak ale dodávají Busse a Blümel (2014), tak z těchto zhruba 210 zdravotních pojišťoven jich jen 132 zajišťuje veřejné zdravotní pojištění a zbývající počet pojišťoven se zaměřuje na soukromé zdravotní pojištění. Druhý nejvyšší počet pojišťoven má Nizozemí – asi kolem 30, čímž i na 1 milion obyvatel vychází druhý největší počet pojišťoven (1,78). Zdroje týkající se vlastnictví těchto pojišťoven se poněkud liší, protože např. Hnilicová a Dobiášová (2013) uvádí, že část zdravotních pojišťoven je veřejná a část vlastněná soukromě, kdežto Robertson, Gregory a Jabbal (2014) píší, že veřejné zdravotní pojištění je poskytováno soukromými zdravotními pojišťovnami. Na třetím místě v počtu pojišťoven se se 7 zdravotními pojišťovnami umísťuje ČR, u níž na 1 milion obyvatel vychází 0,66 pojišťovny. V rámci ČR jsou všechny pojišťovny poskytující povinné zdravotní pojištění veřejné. Se 3 zdravotními pojišťovnami se lze setkat na Slovensku, kde (jak bylo uvedeno v kapitole 5) 2 pojišťovny jsou soukromé a zbývající pojišťovna je vlastněna státem.

Tab. 10 Počty zdravotních pojišťoven

	ČR	Slovensko	Německo	Nizozemí
Počet zdravotních pojišťoven	7	3	cca 210	cca 30
Počet zdravotních pojišťoven na 1 milion obyvatel <sup>20</sup>	0,66	0,55	2,59	1,78

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008; Szalay a kol., 2011; Busse a Blümel, 2014 a Hnilicová a Dobiášová (2013)

V rámci nastavení zdravotnických systémů by se po počtu financujících subjektů (tedy zdravotních pojišťoven) hodil uvést i **počet poskytovatelů zdravotní péče**, ale tato problematika již byla rozebírána v předchozí podkapitole (Údaje o poskytování (dostupnosti) zdravotní péče), kde byl srovnáván počet nemocnic i množství zdravotnických pracovníků. Stejně tak oblasti **financování zdravotnických systémů** byla věnována samostatná část práce, takže podrobnější informace k tomuto tématu již byly uvedeny v podkapitole Finanční ukazatele.

Nyní následuje poslední srovnání, které se bude týkat **způsobů financování zdravotní péče**. Pro přehlednost jsou údaje týkající se této problematiky uvedeny v následující tabulce, která vychází z informací v teoretické části práce. Jak lze vidět, tak v rámci financování primární péče převažují kapitáčně výkonové platby,

<sup>20</sup> Rozpočítáno na počet obyvatel k 1. 1. 2015.

kteří se využívají v ČR u praktických lékařů, na Slovensku a v Nizozemí. V Německu je primární péče hrazena platbami za poskytnuté výkony. Tyto platby za výkony jsou také ve všech zemích užívány k financování části sekundární péče, tedy k financování služeb ambulantních specialistů. Zbývající část sekundární péče tvoří především nemocniční péče, která je v Nizozemí a Německu financována systémem DRG (tedy podle diagnóz). Tento způsob financování byl do roku 2014 využíván i v ČR, ale jak bylo v teoretické části práce zmíněno, tak v roce 2015 by mělo být využíváno obecných rozpočtů. Na Slovensku se zase naopak k používání systémů DRG pro financování nemocnic teprve chystají, takže prozatím jsou slovenské nemocnice placené na základě případů.

Tab. 11 Financování zdravotní péče

<b>ČR:</b>	
Primární péče (praktičtí lékaři)	kapitačně výkonové platby
Primární péče (stomatologové)	přímé platby
Ambulantní specialisté	platby za poskytnuté výkony (bodový systém)
Nemocnice	DRG (rok 2015 obecné rozpočty)
<b>Slovensko:</b>	
Primární péče	kapitačně výkonové platby
Ambulantní specialisté	platby za poskytnuté výkony (bodový systém)
Nemocnice	platby na základě případů
<b>Německo:</b>	
Primární péče	platby za poskytnuté výkony
Ambulantní specialisté	platby za poskytnuté výkony
Nemocnice	DRG
<b>Nizozemí:</b>	
Primární péče (praktičtí lékaři)	kapitačně výkonové platby
Ambulantní specialisté	platby za poskytnuté výkony
Nemocnice	DRG

Zdroj: Údaje z teoretické části práce



## 7 Shrnutí, závěry a doporučení pro české zdravotnictví

V rámci této části práce budou na základě výše provedené komparace mezi zdravotnickými systémy ČR, Slovenska, Německa a Nizozemí vysloveny návrhy a doporučení pro český zdravotnický systém. Aby však tyto závěry mohly být vyjádřeny, je třeba nejprve zhodnotit srovnávané oblasti.

Úvodní srovnání v přecházející kapitole patřilo makroekonomickým ukazatelům. Jedná se tedy o oblast, ze které sice pro český zdravotnický systém nevyplývají žádná přímá doporučení, ale určitě je vhodné mít toto základní srovnání provedeno, protože v rámci něj je patrné, jak odlišné jsou komparované státy. Zmíněné srovnání tedy ukázalo, že ačkoliv česká ekonomika výrazně zaostává za německým a nizozemským hospodářstvím, daří se alespoň v některých základních makroekonomických ukazatelích (inlace a nezaměstnanost) dosahovat obdobných hodnot jako mají tyto 2 vyspělé státy, což je pozitivní, protože i těmito ekonomickými veličinami je zdravotnictví ovlivňováno. Problematickou oblastí ale stále zůstává odměňování, což se projevuje nespokojeností občanů a v rámci zdravotnictví pak i odchody kvalitních pracovníků do zahraničí.

Další srovnání se už plně věnovalo zdravotnictví – konkrétně jeho finanční stránce. Již úvodní porovnání v této oblasti poukázalo na odlišné nastavení zdravotnických systémů západních zemí oproti ČR a Slovensku. V rámci vyspělejších států je totiž do zdravotnictví investován větší objem finančních prostředků, a to až o 4 p. b. při vyjádření celkových zdravotnických výdajů podílem na HDP. Konkrétně v tomto ukazateli dosahuje ČR nejnižší hodnoty, protože na zdravotnictví vydává „jen“ 7,1 % HDP. Možnou příčinu, ale i řešení této situace lze nalézt u dalšího srovnání, které se zabývá strukturou zdravotnických výdajů. Zde bylo totiž zjištěno, že ČR vydává na své zdravotnictví velký podíl veřejných výdajů, který přesahuje 84 % celkových zdravotnických výdajů, a investuje tak jen necelých 16 % ze soukromých zdrojů. Samozřejmě, že v rámci Bismarckova modelu postaveného na veřejném zdravotním pojištění, budou vždy veřejné výdaje tvořit většinu zdravotnických zdrojů, ale především v této oblasti je třeba myslet na budoucí udržitelnost, protože v souvislosti s všeobecným stárnutím populace a nízkou porodností se může stát, že v rámci financování zdravotnictví nebude možné vybrat potřebné množství požadovaných prostředků, a proto bude nutné buď spotřebu zdravotnických služeb rozdělit mezi nejpotřebnější, nebo výrazně omezit kvalitu poskytovaných výkonů. Doporučením vyplývajícím z uvedeného srovnání tedy je nutnost zvýšení finančních prostředků plynoucích do zdravotnictví a to především pomocí soukromých zdrojů. V rámci tohoto opatření je ale třeba nechat se inspirovat nejen vlastní historií (zavedení a zrušení regulačních poplatků), ale i okolními státy (např. zdravotnickou reformou na Slovensku), kde se jasně projevuje nelibost občanů vůči převratným změnám. Proto je třeba, aby se v případě zvyšování podílu soukromých zdrojů postupovalo průběžně a především v souladu s dlouhodobým

záměrem, který bude akceptován napříč celým politickým spektrem, aby po zavedení těchto nepopulárních opatření nedošlo k jejich zrušení další vládou.

Pokud by bylo například uvažováno, že by se v budoucnu zvýšily soukromé výdaje o 10 p. b. (tzn. ze současných 16 % na „26“ %), zjistili bychom, že místo 1,67 mld. eur by se do zdravotnictví dostalo ze soukromých zdrojů 2,71 mld. eur, což je o 1,04 mld. eur (asi 28 mld. korun) více. A kdyby navíc zůstal objem peněz z veřejných zdrojů stejný (tzn. 8,75 mld. eur), změnila by se rovněž struktura zdravotnických výdajů tak, že soukromé zdroje by již tvořily 23 % všech zdravotnických výdajů, čímž by se ČR dostala na úroveň struktury zdrojů, jakou má v současné době Německo.

Při hodnocení finančních ukazatelů byla opět zmíněna problematika odměňování, které se praktická část práce dotýká ještě i při srovnávání počtu zdravotnických pracovníků. Zde ale šlo o odměňování zaměstnanců ve zdravotnictví, které bylo konkrétně porovnáváno na měsíčním příjmu zaměstnaných specialistů. V této oblasti ČR ještě pořád výrazně zaostává za západními zeměmi, u nichž se příjem pohybuje na přibližně 4krát vyšší úrovni než u nás. I když zde byly porovnávány příjmy pouze jedné kategorie lékařů, lze problém odměňování rozšířit (nejen) na celé zdravotnictví, protože jak bylo ukázáno u makroekonomických ukazatelů, tak i průměrná měsíční mzda v celé české ekonomice je minimálně 3krát nižší než v Německu, takže lze předpokládat, že u ostatních pracovníků ve zdravotnictví bude situace podobná. Řešení tohoto problému však není jednoduché, protože na potenciální navýšení mezd a platů ve zdravotnictví je třeba sehnat zdroje. S tím samozřejmě souvisí již zmiňované téma poukazující na problematiku nízkých výdajů ve zdravotnictví. Řešením tak může být výše navrhované zvýšení podílu soukromých výdajů, nebo třeba zvýšení sazby pojistného na zdravotní pojištění, které je v rámci komparovaných států nejnižší. Jak již bylo naznačováno v předchozí kapitole, tak zvýšení sazby o 2 procentní body může na milionu průměrných mezd udělat rozdíl až 6 mld. korun, což není tak úplně zanedbatelná částka. Důležité ovšem je, aby i v případě změny sazby nedocházelo k opatřením, která budou fungovat jen během jednoho volebního období.

Třetí podkapitola praktické části práce byla zaměřena na srovnávání údajů o zdravotním stavu populace. Nejprve tedy byly porovnávány různé typy úmrtnosti. Především u specifické úmrtnosti v důsledku nemocí oběhové soustavy vykazuje ČR nepříznivé výsledky (i když ne tolik jako Slovensko) – vůči Německu a Nizozemí totiž ČR dosahuje na 100 000 obyvatelích asi dvojnásobného počtu zemřelých než tyto státy. Naproti tomu u nádorových onemocnění mají všechny státy přibližně stejné výsledky a v rámci kojenecké úmrtnosti patří naše republika dokonce mezi státy s nejnižší kojeneckou úmrtností na světě a dosahuje tak lepších výsledků než Německo a Nizozemí. Z tohoto srovnání lze tedy soudit, že problémem české populace je nezdravý životní styl, který vede k vysokým počtům úmrtí na nemoci oběhové soustavy. Kdyby totiž byl problém pouze v kvalitě poskytované zdravotní péče, nedosahovala by ČR v ostatních ukazatelích zdravotního stavu srovnatelných či dokonce lepších výsledků než ostatní země. Teorii o nezdravém životním stylu českých občanů dokresluje i srovnání podílu denních kuřáků na obyvatelstvu

a roční spotřeba čistého alkoholu, což jsou dva významné faktory, které negativně ovlivňují zdraví, a právě u těchto dvou veličin dosahuje ČR nežádoucích nejvyšších hodnot. V rámci závěrů vyplývajících z těchto srovnání lze českému zdravotnictví doporučit zaměření se na podporu a propagaci zdravého životního stylu a také větší prevenci v oblasti nemocí oběhové soustavy. Takto vymezená doporučení samozřejmě mohou vypadat finančně náročně, ale nemusí tomu tak být. Pod podporou a propagací zdravého životního stylu si nepochybně lze představit finančně náročné akce jako dotování ovoce a zeleniny pro školní obědy nebo finanční příspěvky pojišťoven na nejrůznější vyšetření či pohybové aktivity, ale také sem lze zařadit i „bezplatné“ návrhy jako třeba větší počet hodin tělocviku při výuce. Výborným příkladem také může být vyhláška, která nově omezuje prodej nezdravých výrobků ve školách. Kromě této přímé podpory je také možné přistoupit na zvýšení daní u škodlivých výrobků, jakými jsou právě výše zmiňované cigarety a alkohol – toto opatření sice nemusí omezit spotřebu těchto negativních látek, ale alespoň by mohlo pomoci zvýšit finanční prostředky na léčbu potíží, které z těchto výrobků plynou. Uvažujme tedy situaci, že se cena krabičky cigaret zvýší o 5 korun, které budou přímo předány do zdravotnického systému. V rámci ČR připadlo v roce 2014 na 1 obyvatele 1 950 ks cigaret (Český statistický úřad | ČSÚ, 2015), což je necelých 100 krabiček cigaret za rok. Pokud by se tedy cena krabičky zvedla o 5 korun, tak by bylo do zdravotnictví investováno asi o 500 korun na osobu více než nyní, což za celou ČR dělá navýšení finančních prostředků o více než 5,2 mld. korun.

Pokud se nyní opět vrátíme k přímé podpoře zdravého životního stylu, je třeba si uvědomit, že investice do finančně náročnějších akcí na podporu zdraví sice budou v současnosti nákladné, ale v dlouhodobějším horizontu mohou přispět ke snížení nákladů na léčbu onemocnění způsobených nezdravým životním stylem. Hlavním problémem při těchto finančně nákladných činnostech především je, jak zjistit, kolik peněz na podobné akce investovat, protože je velmi obtížné vyčíslit budoucí úsporu nákladů. Toto je ale všeobecný problém všech veřejných statků, mezi které lze zařadit i oblast zdravotnictví.

Kromě úmrtností a rizikových faktorů byl u zdravotního stavu populace zmíněn i ukazatel naděje dožití při narození, který uvádí, kolika let se pravděpodobně člověk dožije, ale samozřejmě konkrétní délka života každého jedince závisí na mnoha faktorech včetně jeho vlastního životního stylu. V rámci tohoto ukazatele dosahuje ČR třetí nejvyšší hodnoty po Nizozemí a Německu a i přesto, že tyto západní státy mají vyšší střední délku života, rozdíl oproti ČR činí jen asi 2,5 až 3 roky, což při hodnotách kolem 80 let není příliš výrazný rozdíl.

Další srovnávanou oblastí byly veličiny týkající se poskytování (dostupnosti) zdravotní péče. V první řadě byla pozornost věnována síti zdravotnických zařízení a zdravotnickým technologiím, kde se nejprve porovnávaly počty nemocnic a nemocničních lůžek. V rámci těchto ukazatelů se ČR spolu se Slovenskem nacházela mezi oběma vyspělými státy. Nejvíce nemocnic i nemocničních lůžek se v přepočtených hodnotách na určitý počet obyvatel nachází v Německu, u něhož jsou ale tyto nadměrné kapacity často kritizovány. ČR tedy sice dosahuje nižších

počtů než Německo, ale i přesto se neustále hovoří o nutnosti snižování počtu lůžek, nebo alespoň o přeměně na lůžka dlouhodobé péče. Při srovnávání nemocnic bylo rovněž analyzováno jejich vlastnictví, které poukázalo na příliš velký podíl veřejných nemocnic v ČR. Po komparaci s Nizozemím, které má všechny nemocnice v soukromém vlastnictví a které je i přes malý počet nemocnic a nemocničních lůžek považováno za jedno z nejlepších zdravotnictví, je určitě vhodné českému zdravotnictví doporučit snížení počtu nemocnic i nemocničních lůžek, a to především z veřejné oblasti. Problémem veřejných nemocnic totiž často je právě jejich veřejné vlastnictví, které nemotivuje manažery a další vedení k odpovědnému chování, které by směřovalo k úsporám a efektivním řešením, protože dluhy veřejné nemocnice budou vždy zaplacené z veřejných peněz. Kdežto u soukromých vlastníků je hnacím motorem vedoucím k efektivnostem konkurence, kvůli které musí vedení usilovat minimálně o vyrovnaný rozpočet, protože jejich dluhy nikdo nezaplátí. Samozřejmě najdou se i názory, které stojí proti zřizování soukromých nemocnic s tím, že vytvořený zisk putuje vlastníkům a nikoliv do rozvoje nemocnic, ale proto existují i neziskové společnosti, které vytvořený zisk musí použít pouze k účelům, pro které byly tyto organizace zřízeny (tedy v rámci nemocnic například pro poskytování zdravotní péče).

V oblasti zdravotnických technologií byly srovnávány počty tomografů a magnetických rezonancí, což jsou spolu s rentgeny nejznámější zobrazovací zařízení. V počtu tomografů převyšovala přepočtená data z ČR a Slovenska údaje z Nizozemí, kde byl naopak větší počet přístrojů magnetických rezonancí, které jsou šetrnějšími, ale dražšími přístroji. Z uvedeného tedy vyplývá, že české zdravotnictví má přístup i k moderním a dražším technologiím, ale kvůli jejich finanční nákladnosti nemá tak vysoké počty těchto přístrojů jako Nizozemí.

Druhou oblastí v poskytování zdravotní péče bylo hodnocení počtu zdravotnických pracovníků. Srovnání prvního ukazatele (počtu zdravotnických a sociálních pracovníků) poukázalo na to, že ČR spolu se Slovenskem výrazně zůstává v počtech osob pracujících v těchto službách. Další oblastí, kde se náš stát a Slovensko opožďují za Německem a Nizozemím, je počet všeobecných lékařů, u jejichž přepočtených hodnot na 1 000 obyvatel dosahuje naše země polovičních hodnot. Naopak nejvyšší počet lékařů je v ČR evidován u přepočtených hodnot odborných lékařů, kde převyšujeme Německo i Nizozemí. Jak již ale bylo rozebíráno v praktické části práce, tak vyšší počet lékařů nemusí automaticky znamenat, že je v daném ukazateli vybraný stát lepší. Podle úrovní jednotlivých zdravotnictví a počtu jejich lékařů lze spíše usuzovat o správnosti vyslovené teorie, že větší počty všeobecných lékařů a menší počty odborníků vypovídají o efektivním nastavení zdravotnických systémů Německa a Nizozemí, jejichž zdravotnictví stojí především na všeobecných, tedy hlavně praktických, lékařích. Inspirací v oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví by se tak pro ČR mohlo stát hlavně Nizozemí, kde praktičtí lékaři vykonávají funkci „gatekeepera“, což znamená, že aby se v Nizozemí dostal člověk k odbornému lékaři, musí nejprve navštívit praktického lékaře, který daného pacienta buď vyléčí, nebo ho s žádankou pošle k potřebnému odborníkovi do sekundárního zdravotnického zařízení. Hlavní výhodou tohoto systému je přede-

vším úspora nákladů, protože vyšetření a případná léčba praktickým lékařem je levnější záležitostí než financování péče v sekundární úrovni zdravotnictví. Navíc tento systém funguje i jako jakási regulace, protože pacient si (stejně jako třeba u regulačních poplatků) rozmyslí, jestli jeho stav opravdu stojí za návštěvu dvou lékařů či nikoliv. Na základě výše zmíněných informací by bylo vhodné, aby ČR restrukturalizovala systém primární a sekundární péče a zaměřila se především na léčbu pacientů u praktických lékařů, případně u nich zavedla funkci „gatekeepingu“.

V rámci případné restrukturalizace počtu lékařů je vhodné na dokreslení situace opět uvést jednoduchý příklad. Nyní se v ČR pohybuje počet odborných lékařů na 1 000 obyvatel na hranici hodnoty 3. Kdyby se chtěla ČR touto přepočtenou hodnotou přiblížit k vyspělejším státům, musela by snížit počet odborných lékařů na 1 000 obyvatel asi na 2, což je snížení o jednu třetinu. V absolutních počtech by se tedy také musel snížit počet lékařů o jednu třetinu, což znamená přibližně z 30 000 na 20 000 lékařů. Jak bylo uváděno v části práce srovnávající finanční údaje, tak přibližná mzda zaměstnaného specialisty se pohybuje kolem 56 000. Kdyby tedy došlo ke snížení počtu odborných lékařů o 10 000, bylo by možné na jejich mzdách ušetřit zhruba 0,5 mld. korun. Samozřejmě tento příklad abstrahuje od skutečnosti, že snížení počtu odborných lékařů by muselo být alespoň částečně vyrovnáno navýšením praktických lékařů, kteří by opět zdravotnický systém po finanční stránce zatížili svými mzdami.

V poslední části šesté kapitoly bylo srovnáváno nastavení zdravotnických systémů. Jelikož však některá z témat, která by spadala do této podkapitoly, již byla rozebírána v jiných částech práce, jsou zde tyto problematiky jen zmíněny s odkazem na předchozí části práce. Hlavní pozornost zde tedy byla věnována historii Bismarckova modelu, výši pojistného na zdravotní pojištění, účastníkům systému veřejného zdravotního pojištění, počtu zdravotních pojišťoven a také financování zdravotní péče. V rámci pojistného byla komparována jednak výše samotné sazby a jednak také podíly zaměstnanců a zaměstnavatelů, které platí z těchto sazeb. Nejvyšší sazbu zdravotního pojištění mají v Německu, kde se rovněž zaměstnanci nejvíce podílí na tomto odvodu (hradí přes polovinu pojistného). V ČR je sice sazba zdravotního pojištění nejnižší, ale zaměstnanci se zde na platbě podílí větším dílem než na Slovensku. Doporučením vyplývajícím z tohoto srovnání tedy je, že v rámci pojistného na zdravotní pojištění existuje potenciál pro zvýšení sazby, protože v Německu a dokonce i na Slovensku je za zaměstnance odváděna větší část příjmu, než je tomu u nás. Otázkou však zůstává, zda případné zvýšení sazby nechávat hradit zaměstnance či zaměstnavatele, protože ani jedna ze zmíněných stran nebude z navýšení nadšená. Ideálním řešením by tedy asi bylo dané navýšení rozdělit mezi obě skupiny.

Posledním významným srovnáním v praktické části práce byla problematika financování zdravotní péče v komparovaných státech. Jak však ukázal přehled v tabulce č. 11, tak financování jednotlivých skupin péče se mezi státy příliš neliší. V primární péči jsou kromě Německa využívány kapitačně výkonové platby. Ambulantní specialisté jsou ve všech státech hrazeny podle výkonů a financování lůžko-

vé péče v nemocnicích je (případně bylo nebo bude) financováno systémem DRG, tedy podle diagnóz.

Závěrem této části práce je vhodné shrnout, že ačkoliv ČR není tak vyspělou zemí jako Německo a Nizozemí a i přesto, že do zdravotnictví neinvestuje tak vysoké částky jako tito západní sousedé, není na tom české zdravotnictví nejhůře. V rámci mnoha oblastí má naše země samozřejmě ještě hodně co dohánět, ale na druhou stranu je možné najít i ukazatele, ve kterých je ČR srovnatelně dobrá, nebo dokonce lepší než ostatní státy.

## 8 Závěr

Cílem této diplomové práce bylo nalézt rozdíly mezi systémem zdravotnictví v ČR a v dalších státech, které využívají stejný (Bismarckův) model zdravotnictví, a na základě komparace a výsledků praktické části práce vyslovit doporučení pro české zdravotnictví, která by měla vést ke zlepšení finanční situace a efektivnějšímu poskytování zdravotní péče

V rámci teoretické části práce byly v krátkosti představeny modely zdravotnických systémů, aby následně mohl být popisován a analyzován zdravotnický systém ČR a ostatních srovnávaných států – Slovenska, Německa a Nizozemí. Stěžejní část práce se však nachází v kapitolách 6 a 7, kde jsou nejprve srovnávány jednotlivé zdravotnické systémy podle makroekonomických ukazatelů, finančních ukazatelů, údajů o zdravotním stavu populace, údajů o poskytování (dostupnosti) zdravotní péče a nastavení zdravotnických systémů. Na tuto kapitolu pak navazuje část, ve které jsou tyto oblasti komparace shrnuty a na základě podkladů z praktické části práce navržena doporučení pro zdravotnický systém ČR.

U některých návrhů je rovněž provedeno jednoduché vyčíslení dopadů, které slouží pro dokreslení situace. Jelikož tyto doplňující příklady nemají sloužit jako komplexní finanční analýza, abstrahují od mnohých skutečností, jež by v realitě ovlivňovaly výsledky.

Mezi hlavní výstupy vyplývající z této diplomové práce lze uvést například doporučení postupného růstu podílu soukromých výdajů na celkových zdravotnických výdajích či návrh na zvyšování mezd a platů v oblasti zdravotnictví. Jako další námět na změnu bylo v práci identifikováno doporučení ke snižování počtu nemocnic a nemocničních lůžek, a to především ve veřejných nemocnicích. Z práce také vyplynulo, že by bylo vhodné přesunout těžiště léčby především do primární sféry (tj. k praktickým lékařům), protože jejich služby stojí zdravotnictví méně než zdravotnická péče poskytovaná v odborných ambulancích či nemocnicích. V souvislosti s komparací výše sazeb pojistného na zdravotní pojištění také bylo navrženo zvýšení této sazby, které by bylo hrazeno jak zaměstnanci, tak i zaměstnavateli.

Obecně lze na základě provedené komparace říci, že i když ČR není tak vyspělým státem jako Německo a Nizozemí a neinvestuje do zdravotnictví tolik finančních prostředků, tak v rámci některých oblastí naše země dosahuje srovnatelných či dokonce lepší výsledků než tyto státy. Naproti tomu u celé řady zdravotnických ukazatelů má naše země oproti ostatním státům značné mezery, které je třeba odstraňovat. Tato práce si proto kladla za cíl identifikovat alespoň ty nejdůležitější z nich a navrhnout opatření na jejich řešení či eliminování.

## 9 Literatura

- ALEXA, JAN A KOL. Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition* [online]. 2015, **17**(1): 165 [cit. 2015-11-29]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf?ua=1).
- APETAUER, MICHAL. *Komparace vybraných zdravotnických systémů*. Brno, 2010. Bakalářská práce. Mendelova univerzita v Brně.
- BARTÁK, MIROSLAV. *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.
- BARTÁK, MIROSLAV. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 335 s. ISBN 978-80-7357-984-5.
- BUSSE, REINHARD A MIRIAM BLÜMEL. Germany: Health system review. *Health systems in Transition* [online]. 2014, **16**(2): 296 [cit. 2015-11-29]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1).
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD | ČSÚ. *Spotřeba cigaret na 1 obyvatele v České republice* [online]. 2015 [cit. 2015-12-16]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/cr\\_od\\_roku\\_1989\\_cigarety](https://www.czso.cz/csu/czso/cr_od_roku_1989_cigarety).
- DATABÁZE EUROSTATU. *Hrubý domácí produkt v tržních cenách* [online]. 2015a [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://apl.czso.cz/pll/eutab/html.h?ptabkod=tec00001>.
- DATABÁZE EUROSTATU. *Míra inflace (HICP)* [online]. 2015b [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://apl.czso.cz/pll/eutab/html.h?ptabkod=tec00118>.
- DATABÁZE EUROSTATU. *Míra nezaměstnanosti* [online]. 2015c [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://apl.czso.cz/pll/eutab/html.h?ptabkod=tesem120>.
- DATABÁZE EUROSTATU. *Obyvatelstvo k 1. lednu* [online]. 2015d [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://apl.czso.cz/pll/eutab/html.h?ptabkod=tps00001>.
- DURDISOVÁ, JAROSLAVA. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005a, 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- DURDISOVÁ, JAROSLAVA. *Sociální politika v ekonomické praxi*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005b, 246 s. ISBN 80-245-0850-8.
- GLADKIJ, IVAN. *Management ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.
- HNILICOVÁ, HELENA A KAROLÍNA DOBIÁŠOVÁ. *Reforma zdravotnictví v Nizozemsku. Zdravotnictví v České republice* [online]. 2013, **2013**(1): 2-7 [cit. 2015-11-29]. ISSN 1213-6050. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2013.pdf>.



- JANÁČKOVÁ, HANA. *Struktury sektoru zdravotnictví evropských zemí vzhledem k systému financování*. Brno, 2011. Diplomová práce. Mendelova univerzita v Brně.
- JANEČKOVÁ, HANA A HELENA HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
- KOŽENÝ, PAVEL, JIŘÍ NĚMEC, JANA KÁRNÍKOVÁ A MIROSLAV LOMÍČEK. *Klasifikační systém DRG*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 206 s. ISBN 978-80-247-2701-1.
- KURZY MĚN, AKCIE, KOMODITY, ZÁKONY, ZAMĚSTNÁNÍ - KURZY.CZ. *EUR průměrné kurzy 2014, historie kurzů měn* [online]. ©2000-2016a [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://www.kurzy.cz/kurzy-men/historie/EUR-euro/2014/>.
- KURZY MĚN, AKCIE, KOMODITY, ZÁKONY, ZAMĚSTNÁNÍ - KURZY.CZ. *EUR průměrné kurzy 2012, historie kurzů měn* [online]. ©2000-2016b [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://www.kurzy.cz/kurzy-men/historie/EUR-euro/2012/>.
- MALINA, ANTONÍN. *Úvod do veřejného zdravotnictví pro nelékaře*. 1. vyd. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013, 65 s. ISBN 978-80-87023-29-7.
- MÁTĚL, ONDŘEJ. *Zdravotnictví za hranicemi: přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích*. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009, 81 s. ISBN 978-80-254-3776-6.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotní pojišťovny* [online]. 2008 [cit. 2015-09-12]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny\\_945\\_839\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html).
- NEMOCNICE NA HOMOLCE | ÚVOD. *CT - výpočetní (počítačová) tomografie* [online]. © 2003–2012a [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/cs-CZ/oddeleni/radiodiagnosticke-oddeleni-rdg/vysetrovaci-a-intervencni-metody/ct-vypocetni-pocitacova-tomografie.html>.
- NEMOCNICE NA HOMOLCE | ÚVOD. *MR - magnetická rezonance* [online]. © 2003–2012b [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/cs-CZ/oddeleni/radiodiagnosticke-oddeleni-rdg/vysetrovaci-a-intervencni-metody/magneticka-rezonance.html>.
- OECD STATISTICS. *Average annual wages* [online]. 2015a [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=AV\\_AN\\_WAGE](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=AV_AN_WAGE).
- OECD STATISTICS. *Health Care Resources: Hospital beds* [online]. 2015b [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/>.
- OECD STATISTICS. *Health Care Resources: Hospitals* [online]. 2015c [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/>.
- OECD STATISTICS. *Health Care Resources: Medical technology* [online]. 2015d [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/>.
- OECD STATISTICS. *Health Care Resources: Physicians by categories* [online]. 2015e [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/>.

- OECD STATISTICS. *Health Care Resources: Remuneration of health professionals* [online]. 2015f [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/>.
- OECD STATISTICS. *Health Care Resources: Total health and social employment* [online]. 2015g [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/>.
- OECD STATISTICS. *Health expenditure and financing* [online]. 2015h [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/>.
- OECD STATISTICS. *Health Status: Mortality* [online]. 2015i [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/>.
- OECD STATISTICS. *Non-Medical Determinants of Health: Alcohol consumption* [online]. 2015j [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/>.
- OECD STATISTICS. *Non-Medical Determinants of Health: Tobacco consumption* [online]. 2015k [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/>.
- ROBERTSON, RUTH, SARAH GREGORY A JONI JABBAL. The social care and health systems of nine countries. *The King's Fund | Ideas that change health care* [online]. London, 2014 [cit. 2015-12-03]. Dostupné z: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/media/commission-background-paper-social-care-health-system-other-countries.pdf>.
- SCHÄFER, WILLEMIJN A KOL. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition* [online]. 2010, **12**(1): 228 [cit. 2015-12-08]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/85391/E93667.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf).
- STARTSEITE - GKV-SPITZENVERBAND. *Statutory health insurance* [online]. [2015], 21.07.2015 [cit. 2015-12-03]. Dostupné z: [https://www.gkv-spitzenverband.de/english/statutory\\_health\\_insurance/statutory\\_health\\_insurance.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/english/statutory_health_insurance/statutory_health_insurance.jsp).
- SZALAY, TOMÁŠ A KOL. Slovakia: Health system review. *Health Systems in Transition* [online]. 2011, **13**(2): 174 [cit. 2015-11-29]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/140593/e94972.pdf?ua=1).
- SZALAY, TOMÁŠ. DRG asi bude. Ale aké? *HPI - Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku* [online]. 2015, 3.11.2015 [cit. 2015-12-02]. Dostupné z: <http://www.hpi.sk/2015/11/drg-asi-bude-ale-ake/>.
- ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013* [online]. 2014a [cit. 2015-10-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2013>.
- ÚZIS ČR. *Výdaje na zdravotnictví 2010–2014* [online]. 2015 [cit. 2015-10-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014>.
- ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013* [online]. 2014b [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2013>.

- ÚZIS ČR. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2013* [online]. 2014c [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-jako-soucast-narodni-ekonomiky-2013>.
- VÍTEK, LIBOR. Úvod | Sportvital. *Jak moc je opravdu škodlivý alkohol?* [online]. 2014 [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://www.sportvital.cz/zdravi/alkohol-a-zdravi/jak-moc-je-opravdu-skodlivy-alkohol/>.
- VÍTKOVÁ, PETRA. *Komparace změn v systému zdravotnictví v ČR a na Slovensku*. Brno, 2011. Bakalářská práce. Mendelova univerzita v Brně.
- VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POIŠŤOVŇA. *Zamestnanec* [online]. ©2005-2015 [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <https://www.vszp.sk/platitelia/platenie-poistneho/zamestnanec/>.
- VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Osoba bez zdanitelných příjmů (OBZP)* [online]. ©2015 [cit. 2015-09-12]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/2-6-osoba-bez-zdanitelnych-prijmu-obzp>.
- Vyhláška č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015. In: *Sbírka zákonů*. 2014. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=83178&nr=324~2F2014&rpp=15#local-content>.
- WHO | WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Netherlands statistics summary (2002 - present)* [online]. ©2015a [cit. 2015-12-03]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-NLD?lang=en>.
- WHO | WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Slovakia statistics summary (2002 - present)* [online]. ©2015b [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-SVK?lang=en>.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů*. 1997. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=45178&nr=48~2F1997&rpp=15#local-content>.
- Zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. In: *Sbírka zákonů*. 1992. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=40381&nr=592~2F1992&rpp=15#local-content>.
- ZLÁMAL, JAROSLAV A JANA BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.

# **Přílohy**

## A Specifická úmrtnost podle příčin úmrtí

Tab. 12 Počty úmrtí v důsledku nemocí oběhové soustavy

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet úmrtí	ČR	58 192	57 404	57 152	58 065	55 042	55 155	52 560	52 464	52 280	54 100	53 590	52 725	53 046	51 731
	Německo	395 043	391 728	393 778	396 622	368 472	367 361	358 953	358 684	356 729	356 462	352 689	342 233	349 217	354 493
	Nizozemí	49 191	47 643	47 992	46 942	44 638	43 350	41 720	40 849	40 129	38 897	39 009	38 132	38 371	38 463
	Slovensko	28 883	28 603	27 995	28 136	28 049	29 049	29 208	29 231	28 475	28 249	28 538	-	-	-
Počet úmrtí na 100 000 obyvatel	ČR	703	698	700	715	665	651	598	574	551	555	535	513	505	481
	Německo	452	443	445	449	411	398	375	363	351	342	329	310	309	317
	Nizozemí	352	336	334	323	302	287	270	258	247	233	228	217	213	209
	Slovensko	792	807	793	796	757	773	757	734	699	680	674	-	-	-

Zdroj: OECD Statistics, 2015i

Tab. 13 Počty úmrtí v důsledku novotvarů

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet úmrtí	ČR	28 705	28 455	28 893	29 364	29 304	28 255	28 180	27 709	27 981	28 064	28 223	27 539	27 683	27 449
	Německo	216 419	213 058	215 441	214 788	214 863	216 928	217 095	217 289	221 920	222 153	225 155	228 220	228 289	230 840
	Nizozemí	38 805	39 013	39 677	39 867	40 300	40 373	40 563	40 894	41 874	42 396	43 521	44 042	44 669	44 156
	Slovensko	11 930	11 870	11 504	11 616	11 676	11 874	11 732	11 966	11 992	11 966	12 187	-	-	-
Počet úmrtí na 100 000 obyvatel	ČR	302	297	301	301	297	280	275	265	261	257	254	243	240	233
	Německo	241	234	233	229	226	223	219	215	216	213	212	211	208	211
	Nizozemí	266	263	263	260	258	255	251	248	248	246	247	244	242	234
	Slovensko	282	276	265	263	260	261	255	257	257	254	249	250	-	-

Zdroj: OECD Statistics, 2015i