

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra obchodu a financí



**Stárnutí populace a jeho dopady do oblasti financování
zdravotní péče u vybrané zdravotní pojišťovny**

Bc. Věra Junková

© 2017 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Věra Junková

Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

Stárnutí populace a jeho dopady do oblastí financování zdravotní péče u vybrané zdravotní pojišťovny

Název anglicky

Aging of Population and its Impact on the Sphere of the Healthcare in the Selected Health Insurance Company

Cíle práce

Cílem diplomové práce je na základě analýzy vyhodnotit dopady stárnutí populace a znázornit budoucí vývoj financování všeobecného zdravotního pojištění v České republice a navrhnout možná opatření, která by předešla problémům s financováním zdravotní péče.

Metodika

Teoretická východiska diplomové práce budou vytvořena metodou kompilace poznatků získaných z dostupné odborné literatury, aktuálních právních předpisů a dalších relevantních zdrojů se zaměřením na oblasti zdravotního pojištění a demografického stárnutí populace v České republice.

Na základě analýzy zjištěných dat bude provedena komparace nákladů na financování zdravotní péče u stárnoucí populace a následné vyhodnocení dopadů stárnutí populace na vývoj financování veřejného zdravotního pojištění. Následně budou navržena možná opatření vedoucí k udržitelnosti financování zdravotní péče do budoucnosti.

Doporučený rozsah práce

60 – 80 stran

Klíčová slova

zdravotní péče, demografie, věk, zdravotní pojištění, populace, Česká republika

Doporučené zdroje informací

ARNOLDOVÁ, A. Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení. Praha: Grada, 2012. Aktuální legislativa. ISBN 978-80-247-3724-9.

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

ČERVINKA, T., DANĚK, A. Zdravotní pojištění: zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ : s komentářem a příklady 2016. Olomouc: ANAG, 2016. Práce, mzdy, pojištění.

DURDISOVÁ, J. Ekonomika zdraví . 1. vyd., Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Nakladatelství Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80 – 245 – 0998 – 9.

GLADKIJ, I. a kol.: Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

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

Předběžný termín obhajoby

2016/17 LS – PEF

Vedoucí práce

Ing. Gabriela Kukulová, MBA, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra obchodu a financí

Elektronicky schváleno dne 7. 10. 2016

Ing. Helena Čermáková, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 24. 10. 2016

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 18. 01. 2017

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Dopady stárnutí populace do oblasti financování zdravotní péče u vybrané zdravotní pojišťovny" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne 31. 3. 2017

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Gabriele Kukalové, MBA, Ph.D. za cenné rady, připomínky a vedení mé diplomové práce.

Dopady stárnutí populace do oblasti financování zdravotní péče u vybrané zdravotní pojišťovny

Souhrn

Práce se zabývá historickým vývojem zdravotního pojištění, charakteristikou zdravotnických systémů a systému zdravotního pojištění v ČR. Popisuje základní principy systému, rozdělení subjektů a organizační strukturu financování zdravotnictví ČR. Představuje legislativu a zákony, s kterými se ve zdravotnictví setkáváme. Dále se věnuje demografickému stárnutí populace v České republice. Vzhledem k současnému vývoji v demografické struktuře populace lze očekávat značný vliv těchto změn na příjmovou a výdajovou stránku všeobecného zdravotního pojištění. Pozornost je především zaměřena na vývoj a strukturu pojištěnců Zaměstnanecké pojišťovny Škoda z hlediska stárnutí a ekonomických dopadů na financování zdravotní péče. Na základě prognóz Českého statistického úřadu řeší predikci budoucích příjmů a výdajů na zdravotní péči u ZPŠ. Pro zjištění závislosti výdajů na počtu obyvatel, kteří dosáhli poproduktivního věku je použita regresní analýza. V závěru jsou uvedeny preventivní kroky pro předcházení problémů s financováním zdravotního systému.

Klíčová slova: Zdravotní péče, demografie, věk, zdravotní pojištění, populace, Česká republika

Impact of population aging in health care funding

Summary

Dissertation deals with the evolution of the public health insurance systems, characteristics of the health care systems and with the public health insurance system in the Czech Republic. It describes basic principles of the system, break up of the subjects and organizational structure of the funding of the health care system in the Czech Republic. It presents legislation and rules, which we encounter in the health care system. It also deals with the demographic senescence of the population of the Czech Republic. We can anticipate considerable influence of these changes on income and outcome of the public health insurance system resources, because of the contemporary development of the demographic layout of the population. Main focus of the dissertation is on the evolution and layout of the insured persons of the Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (Skoda Employees Insurance Company) in light of the ageing of the population and in light of the economical impacts on the funding of the health care system. Dissertation resolves anticipations of the future incomes and outcomes of the health care system within the Zaměstnanecká pojišťovna Škoda on the basis of the predictions of the Český statistický úřad (Czech Statistical Agency). Dissertation applies regressive analysis for the detection of the dependence of the outcomes on the number of the inmates, which have attained post-productive age. There are specified pre-emptive measures for the anticipation of the problems with the health care system fundings at the conclusion of the dissertation.

Keywords: Health care, demography, age, health insurance, population, Czech republic

Seznam zkratek

CT	Počítačová tomografie
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
ČSU	Český statistický úřad
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
Kč	Koruna česká
MF ČR	Ministerstvo financí České republiky
OBZP	Osoba bez zdanitelných příjmů
OECD	Organizace pro elektronickou spolupráci a rozvoj
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
PET	Pozitron emisní tomografie
PZT	Prostředky zdravotní techniky
RBP	Revírní bratrská pokladna
USA	Spojené státy americké
UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZPMV	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

Obsah

1 Úvod.....	13
2 Cíl práce a metodika	14
2.1 Cíl práce	14
2.2 Metodika	14
3 Teoretická východiska: uvedení do systémů zdravotního pojištění.....	17
3.1 Historický vývoj zdravotního pojištění.....	18
3.2 Charakteristika zdravotnických systémů.....	19
3.2.1 Tržní model.....	20
3.2.2 Beveridgeovský model	20
3.2.3 Bismarckovský model.....	22
3.2.4 Porovnání zdravotních systémů	23
3.3 Systém zdravotního pojištění v ČR.....	24
3.3.1 Legislativa zdravotního pojištění.....	24
3.3.2 Základní principy systému zdravotního pojištění.....	26
3.3.3 Organizační struktura financování zdravotnictví ČR	27
3.4 Subjekty zdravotního systému	29
3.4.1 Plátcí pojistného.....	29
3.4.2 Poskytovatelé zdravotních služeb	30
3.4.3 Zdravotní pojišťovna	32
3.5 Demografie.....	38
3.6 Stárnutí populace a jeho vliv na všeobecné zdravotní pojištění ČR	39
4 Analytická část	41
4.1 Analýza situace v ČR.....	41
4.1.1 Demografická analýza	41
4.1.2 Analýza výdajů ve zdravotnictví	49

4.1.3	Analýza výdajů zdravotních pojišťoven	58
4.1.4	Analýza systému veřejného zdravotního pojištění v ČR	69
4.2	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda.....	75
4.2.1	Charakteristika Zaměstnanecké pojišťovny Škoda.....	75
4.2.2	Analýza hospodaření Zaměstnanecké pojišťovny Škoda	76
4.3	Vývoj počtu obyvatel v ČR.....	79
4.4	Zhodnocení vlivů stárnutí populace na zdravotní pojišťovnu ZPŠ.....	81
4.4.1	Vstupní data	81
4.4.2	Regresní analýza	82
5	Výsledky a doporučení	84
5.1	Výsledky 1	84
5.2	Výsledky 2	85
5.3	Návrh možných opatření	86
6	Závěr	88
7	Seznam použitých zdrojů	91

Seznam obrázků

Obrázek 1. Schéma beveridgeovského modelu	21
Obrázek 2. Schéma bismarckovského modelu	23
Obrázek 3. Schéma ZPŠ	76

Seznam grafů

Graf 1. Vývoj počtu obyvatel v ČR v letech 2006-2015	42
Graf 2. Věková pyramida obyvatel České republiky k 31.12.2015.....	43
Graf 3. Vývoj struktury obyvatelstva podle věku v ČR v letech 2000-2035.....	45
Graf 4. Vývoj střední délky života v ČR v letech 2000-2015	48
Graf 5. Vývoj výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 2000-2013	51
Graf 6. Vývoj výdajů na zdravotnictví k HDP v procentech v ČR v letech 2000-2013.....	52
Graf 7. Podíl veřejných a soukromých výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 2000-2013	54
Graf 8. Struktura veřejných výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 2000-2013	55
Graf 9. Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotnictví k HDP (v procentech) v roce 2011	57
Graf 10. Výdaje zdravotních pojišťoven v ČR v letech 2000-2013	60
Graf 11. Struktura výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR v letech 2000-2013 (v mil. Kč).....	62
Graf 12. Struktura průměrných nákladů zdravotních pojišťoven v ČR v letech 2000-2013 (v %).	64
Graf 13. Absolutní nárůst jednotlivých výdajů zdravotních pojišťoven v letech 2000-2013 (v mil. Kč.).....	65
Graf 14. Výdaje zdravotních pojišťoven v letech 2000-2013.....	66
Graf 15. Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle pohlaví a věku	68
Graf 16. Vývoj výdajů a příjmů zdravotního pojištění v ČR v letech 2000-2013.....	71
Graf 17. Přehled hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění v ČR v letech 2000 - 2013	72
Graf 18. Struktura příjmů veřejného zdravotního pojištění	73
Graf 19. Struktura výdajů veřejného zdravotního pojištění.....	74
Graf 20. Trend výdajů ZPŠ v letech 2000-2014 (v tis. Kč).....	77
Graf 21. Trend příjmů ZPŠ v letech 2000-2014 (v tis. Kč)	78
Graf 22. Porovnání výdajů a příjmů ZPŠ v letech 2000-2014.....	79

Graf 23. Závislost výdajů ZPŠ na počtu obyvatel starších 65 let	83
Graf 24. Vývoj počtu obyvatelstva v ČR 2011 - 2020	84
Graf 25. Predikce výdajů ZPŠ na zdravotní péči	86

Seznam tabulek

Tabulka 1. Stav pojištěnců k 1. 1. 2016 (počty pojištěnců jsou zaokrouhleny na tisíce)	36
Tabulka 2. Vývoj struktury obyvatelstva podle věku v ČR v letech 2000-2015	44
Tabulka 3. Predikce vývoje obyvatelstva v České republice v letech 2020-2035	44
Tabulka 4. Vývoj střední délky života v ČR v letech 2000-2015	46
Tabulka 5. Vývoj výdajů na zdravotnictví a vztah výdajů k HDP v ČR v letech 2000-2013 ..	49
Tabulka 6. Vývoj struktury výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 2000-2013 (v mil. Kč)	53
Tabulka 7. Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotnictví ČR a vybraných států v letech 2008-2012	56
Tabulka 8. Vývoj výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči	59
Tabulka 9. Celkové výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR v letech 2000-2013 (v mil. Kč)	61
Tabulka 10. Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven a jejich nárůst v období 2000-2013	63
Tabulka 11. Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce (v Kč) za rok 2012	67
Tabulka 12. Celkové příjmy ze zdravotního pojištění a celkové výdaje zdravotního pojištění v ČR v letech 2000-2013	70
Tabulka 13. Vstupní data pro regresní analýzu - počet obyvatel ČR	80
Tabulka 14. Výsledky regresní analýzy	80
Tabulka 15. Vstupní data pro regresní analýzu	81
Tabulka 16. Výsledky regresní analýzy	82
Tabulka 17. Predikce počtu obyvatel 65 let a starších v letech 2020-2035	85

1 Úvod

Dobrý zdravotní stav populace je základním předpokladem pro rozvoj zdravé společnosti. Ve všech ekonomicky vyspělých zemích dochází ke stárnutí populace, toto téma se v dnešní vyspělé společnosti stalo velice diskutované a jedná se tak o velmi aktuální téma, kterému se tato práce bude věnovat.

Důsledkem je s tím spojená rostoucí finanční zátěž systému důchodového zabezpečení a systému zdravotní péče. Díky tomuto faktu, prudce stoupají náklady na zdravotnictví a narůstají úhrady za nákladné technologie.

Mnoha projekcemi je dokázané prodlužování délky života, i díky kvalitní zdravotní péči a nižší úmrtnosti. Díky nižší porodnosti ubývá obyvatel v nižším věku a obyvatelům v produktivním věku byla posunuta hranice důchodového věku. Stárnoucí populace bude do budoucna vyžadovat vyšší náklady na zdravotní péči, která ze současného systému veřejného zdravotního pojištění nebude v následujících letech kryta v plné výši plánovanými příjmy. Proto nastává okamžik, kdy je potřeba přistoupit k vytvoření potřebných legislativních úprav, kterými bude možno předejít problémům v oblasti financování zdravotní péče.

Tato práce je tak věnována tématu stárnutí populace a zároveň oblasti veřejného zdravotního systému, který je stárnutím populace silně ovlivňován. Teoretická část práce nejprve objasňuje základní pojmy z oblasti veřejného zdravotního pojištění a popisuje fungování tohoto systému v České republice a následně objasňuje hlavní ukazatele, které jsou využívány v oblasti demografie.

Analytická část je zaměřena přímo na analýzu vývoje situace v České republice, a to jak v oblasti demografického vývoje, tak i v oblasti financování veřejného zdravotnictví.

V další části bude analyzována konkrétní pojišťovna, která působí v České republice, a to Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. U této pojišťovny bude zjišťována závislost výdajů na zdravotní péči na stárnutí obyvatelstva České republiky. Následně budou zhodnoceny dopady vlivu stárnutí populace na tuto pojišťovnu a navržena možná řešení.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem práce je vyhodnotit dopady stárnutí populace a znázornit budoucí vývoj financování všeobecného zdravotního pojištění v České republice a navrhnout některé kroky, které by předešly problémům s financováním zdravotní péče.

Dílčím cílem této práce je vypracování demografické analýzy a prokázání stárnutí populace České republiky. Dalším dílčím cílem je vypracování analýzy vývoje výdajů zdravotního systému a zdravotních pojišťoven. V práci tak budou porovnány příjmy plynoucí do zdravotního systému prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění a výsledné výdaje, pomoci, kterých se zdravotní péče občanům financuje.

Jako konkrétní pojišťovna, která bude v rámci této práce analyzována po příjmové a výdajové stránce, byla zvolena Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. Cílem této práce je zjistit, zdali stárnoucí populace České republiky ovlivňuje hospodaření této pojišťovny a predikovat budoucí vývoj jejich výdajů. A v neposlední řadě zhodnotit dopady vlivu stárnutí populace na pojišťovnu a navrhnout možná opatření.

2.2 Metodika

Základem teoretických východisek diplomové práce bude vyjmenování a definování některých obecných pojmů z oblasti zdravotního systému a představení legislativy a zákonů, kterými se ve zdravotnictví v České republice řídí. Zde bude využita především metoda deskripce a komparace odborných zdrojů.

Další část bude zaměřena na charakteristiku jednotlivých modelů zdravotnických systémů a zhodnocení kladů a záporů jednotlivých modelů zdravotní péče. I zde bude využita především metoda deskripce a komparace.

Analytická část bude zaměřena nejprve na demografickou situaci v České republice, kde budou využity zdroje Českého statistického úřadu. Poté bude praktická část této práce zaměřena na situaci financování zdravotní péče a vývoj výdajů na zdravotní péči v předešlém období. Zde budou využita data získaná především z Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Konkrétněji bude pak práce zaměřena na hospodářský vývoj Zaměstnanecké pojišťovny Škoda. I zde budou analyzována data za předchozí období získaná z Výročních zpráv této pojišťovny.

Pro prokázání vlivu stárnutí populace na výdaje konkrétní zdravotní pojišťovny bude využita statistická metoda regresní analýzy.

Úkolem regresní analýzy je matematicky popsat systematické okolnosti, které provázejí statistické závislosti. Při regresní analýze je hledána taková matematická funkce, která co nejlépe vyjadřuje charakter závislosti a co nejlépe vyobrazuje průběh změn podmíněných průměrů vysvětlované proměnné.¹

V rámci regresní analýzy je obecně analyzován vztah mezi jednou proměnnou, která je označována jako závislá neboli cílová, a několika dalšími proměnnými, které jsou označovány jako nezávislé neboli regresory. Tento vztah je vyjádřen matematickým modelem. Závislá proměnná je spojená s nezávisle proměnnou funkcí, která se označuje jako regresní funkce a obsahuje několik neznámých parametrů. Jestliže jsou tyto parametry lineární, jedná se o lineární regresní model.²

Nejčastěji využívaný model regresní přímky je vyjádřen ve tvaru:

$$\eta = \beta_0 + \beta_1 X \quad (1)$$

Výběrovým protějškem k této přímce je výběrová regresní přímka ve tvaru:

$$Y = b_0 + b_1 X. \quad (2),$$

kteřá je považována za obecnou rovnici regresního lineárního modelu.³

Odhady b_0 a b_1 regresních parametrů β_0 a β_1 je možné získat využitím metody nejmenších čtverců minimalizací reziduálního součtu čtverců.⁴

Koeficient determinace se označuje jako R^2 a vyjadřuje poměr vysvětlené variability k celkové variabilitě závislé proměnné Y .⁵

¹ BÍLKOVÁ, Diana, Petr BUDINSKÝ a Václav VOHÁNKA. Pravděpodobnost a statistika, str. 520

² HENDL, Jan. Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat, str. 278

³ BÍLKOVÁ, Diana, Petr BUDINSKÝ a Václav VOHÁNKA. Pravděpodobnost a statistika, str. 525

⁴ BÍLKOVÁ, Diana, Petr BUDINSKÝ a Václav VOHÁNKA. Pravděpodobnost a statistika, str. 533

Regresní analýza umožňuje zjistit, zda jeden či více prediktorů neboli nezávisle proměnných ovlivňuje chování sledované veličiny neboli závislé proměnné.⁶ Jako nezávislá proměnná zde bude vystupovat počet obyvatel starších 65 let a jako závislá proměnná neboli ovlivňovaná proměnná zde budou výdaje konkrétní pojišťovny Zaměstnanecká pojišťovna Škoda.

Na základě prognóz Českého statistického úřadu bude určena predikce budoucích výdajů a příjmů na zdravotní péči zdravotní pojišťovny. Zde bude využita metoda predikce a následné deskripce pro popis dopadů stárnutí populace na pojišťovnu.

Závěr diplomové práce se bude zabývat možnostmi preventivně řešit situaci některými nepopulárními kroky. Například zvýšením spoluúčasti pojištěnců při úhradě zdravotní péče a zvýšením platby státu za kategorii státních pojištěnců a tak dále.

⁵ HENDL, Jan. Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat, str. 281

⁶ BUDÍKOVÁ, M., Průvodce základními statistickými metodami, str. 233

3 Teoretická východiska: uvedení do systémů zdravotního pojištění

V každém státě se dle historických, hospodářských aktivit a různých opatření prosazuje filosofie společnosti na základě rovných šancí, což v zásadě zahrnuje i přístup ke zdraví. Zdravotní politiku nelze univerzálně definovat. Každý stát vlastní modifikaci, která vznikla působením celé řady faktorů včetně historického kontextu, národohospodářské situace či rozsahu sociálního státu.⁷

Zdraví je jednou ze základních existenčních potřeb člověka, a proto je i hlavním cílem zdravotní politiky, ke kterému směřuje organizace systému zdravotní péče. Pojem zdraví lze podle Durdisové definovat jako: „*hodnotu, která sama o sobě nemá podobu statku a nemůže být předmětem koupě a prodeje*“.⁸ Předmětem směny tedy může být pouze zdravotní péče, která v sobě zahrnuje zdravotní služby, léky, speciální zdravotní materiál a tak podobně.

Zdravotnictví je finančně nákladné odvětví s komplikovanou profesní strukturou. „*Ve zdravotnictví neplatí, že stačí racionálně nastavit peněžní toky a systém se bude chovat správně. Jejich nastavení je pouze nutná, nikoli postačující podmínka. Podstatné jsou především výsledky systému v podobě zdravotního stavu obyvatelstva nastavení motivací jednotlivých subjektů.*“⁹

Zdravotnický systém má svá specifika, která vyplývají z povahy zdraví a práva na zdraví, které je základním lidským právem. Jeho rozvoj je současně jak soukromým, tak i veřejným zájmem. Z hlediska veřejného zájmu je potřeba zdravotnický systém rozvíjet jako společensky efektivní.¹⁰

⁷ DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 160

⁸ DURDISOVÁ, J., *Sociální politika v ekonomické praxi: (vybrané problémy)*, s. 168

⁹ Centrum pro sociálně – tržní ekonomiku a otevřenou demokracii, *Návrh zdravotní reformy [on line]* říjen 2011, str. 3,

¹⁰ DURDISOVÁ, J., *Sociální politika v ekonomické praxi: (vybrané problémy)*, s. 168

Efektivitu zdravotního systému je možné chápat jako měření nákladů a přínosů. Přestože je problém efektivity dobře znám, v praxi se vyskytují problémy v oblasti měření, a to především zejména v kvantifikaci měření přínosů. Celkové náklady na zdravotní péči lze odhadnout. Náklady na specifické typy léčby jsou těžší stanovit, mimo jiné z důvodu známého problému poměrnému rozdělení režijních nákladů a potřeby odlišit krátké a dlouhodobé mezní náklady, ale tyto problémy jsou překonatelné.¹¹

Nicolas Baar uvádí, že měření přínosů zdravotního systému má tři hlavní problémy:

- Zdraví je velmi obtížné měřit;
- Kauzální komplexnost;
- Zlepšený zdravotní stav je těžké ocenit.¹²

3.1 Historický vývoj zdravotního pojištění

Počátky dnešního zdravotního pojištění lze spatřit již ve středověku. V průběhu 19. století dochází k rozkvětu průmyslové výroby a s ním spojenému nárůstu sociální slabé dělnické třídy. Tento nárůst vedl ke zřizování různých příspěvkových fondů, které podporovaly činnost charitativních organizací při poskytování pomoci chudým. Nejdříve bylo nejvyšší prioritou pojištění proti ztrátě příjmu, ale postupně, s rozmachem medicíny se k nemocenskému pojištění přidávalo pojištění proti krytí výdajů na zdravotní péči.¹³

V roce 1849 bylo zavedeno první povinné zdravotní pojištění pro horníky v Prusku. Povinnost platit toto pojištění měli zaměstnavatelé i zaměstnanci. Tímto impulsem začala vznikat celá řada podnikových i místních nemocenských pojišťoven. V roce 1883 byl v Německu schválen zákon o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnavatele za zaměstnané dělníky. Na úhradě pojištění se ze 2/3 podílel zaměstnavatel a zbylou 1/3 platil sám zaměstnanec. Pojištěný měl nárok na bezplatné ošetření u lékaře, na léky a také na nemocenské dávky v případě nemoci. Podobný zákon byl o tři roky později schválen i v tehdejší Rakousku – Uhersku.

¹¹ BARR, N., Economics of the welfare state, s. 234

¹² BARR, N., Economics of the welfare state, s. 234

¹³ NĚMEC, J., Principy zdravotního pojištění, s. 14

Následovalo přijetí zákona o úrazovém pojištění. Tyto první zákony vedly ke vzniku podobné legislativy i v jiných evropských zemích (v Dánsku, ve Velké Británii, Francii).¹⁴

Konec 19. století je charakteristický pro vstup komerčních pojišťoven do zdravotního pojištění. Stalo se tak v souvislosti s hypotézou, že pracovní úraz je rizikem, který podstupuje zaměstnavatel. Komerční pojišťovny začaly zaměstnavatelům nabízet produkty pojišťující riziko. Další vlnou vývoje probíhající od poloviny 20. století bylo nahrazení statutárního pojištění národní zdravotní službou. Tato změna proběhla ve všech vyspělých evropských státech, ve Velké Británii, Dánsku, Itálii, Portugalsku, Řecku a Španělsku. Hlavním cílem bylo rozšíření pojistné ochrany na celou populaci a větší rovnost ke zdravotní péči. Ne vždy se ovšem těchto cílů podařilo dosáhnout. V roce 1939 Nový Zéland jakožto země s tržní ekonomikou rozšířil pojistnou ochranu na celou populaci. V Asii byl systém sociálního zdravotního pojištění zaveden nejprve v Japonsku (1922) a vztahoval se pouze na zaměstnané osoby. V zemích jižní Ameriky byla průkopníkem Chile (1924), kde ovšem systém zdravotního pojištění zahrnoval pouze 15 % obyvatel země bývalého socialistického bloku, kde byl zaveden tzv. Semaškův model představoval naprosto zestátněné poskytování zdravotní péče, státem zajištěné pojistné krytí.¹⁵

V České republice vznikl systém veřejného zdravotního pojištění počátkem 90. let 20. století. Je založen na principu činnosti zdravotních pojišťoven, jejichž hlavním úkolem je vybrat pojistné od plátců. Těmito získanými finančními prostředky platí zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči, pojištěncům hradí náklady za léky a prostředky zdravotnické techniky.¹⁶

3.2 Charakteristika zdravotnických systémů

Zdravotnické systémy jednotlivých zemí jsou velice ovlivněny hodnotami uznávanými v dané společnosti a reflektují hluboce vžitá očekávání občanů. Některé společnosti chápou zdravotnické služby jako společné statky, neboť všichni občané z toho těží, dostane-li jedinec potřebnou preventivní a léčebnou péči. Jedná se zde o solidaritu, kdy náklady na péči jsou záměrně rozdělovány od mladých ke starým, od bohatých k chudým a od zdravých k

¹⁴ NĚMEC, J., Principy zdravotního pojištění, s. 15

¹⁵ NĚMEC, J., Principy zdravotního pojištění, s. 16

¹⁶ DANĚK, A. a GLET, J., Zdravotní pojištění: doporučeno ke studiu, s. 7

nemocným, aby všichni obdrželi potřebnou péči. Jiné společnosti jsou orientovány tržně, zdravotní péče je zde stále více chápána jako zboží, které má být na trhu nakupováno a prodáváno. Trh má být brzdou nárůstu výdajů ve zdravotnictví. Přestože na toto téma probíhají časté diskuze, čistě tržní cestou zdravotnictví se zatím nevydala žádná evropská země. Ve vazbě na uvedeném faktu, jsou zdroje úhrady zdravotní péče různé. Mohou to být přímé platby pacientů, charitativní zdroje nebo prostředky z účelového zdravotního spoření. Ve většině vyspělých států, ale převažují zdroje založené na sdílení rizika, ať už pojistných, vládních či jiných veřejných fondů. Sdílení rizika je základním principem zdravotního pojištění. Podle míry dobrovolnosti účasti rozlišujeme dva základní typy zdravotního pojištění, a to statutární a privátní. Statutární pojištění je na základě zákona povinné pro všechny občany v dané zemi nebo je povinné alespoň pro určité skupiny obyvatelstva.¹⁷ Privátní pojištění je pojištěním dobrovolným.

3.2.1 Tržní model

Tento zdravotnický systém je založený na individuální odpovědnosti občanů. Stát negarantuje zdravotní péči pro všechny, pouze pro některé sociální skupiny, a to formou státních zdravotnických programů. Týkají se důchodců nad 65 let a chudých lidí, např. těch, jejichž příjem je nižší než oficiálně stanovená hranice životního minima a některých dalších skupin. Náklady na zdravotnictví jsou hrazeny z komerčního (soukromého) zdravotního pojištění. Veřejné (povinné) zdravotní pojištění neexistuje. Modelovým příkladem je tržní zdravotnictví USA (liberální model zdravotnictví).¹⁸

3.2.2 Beveridgeovský model

Beveridgeovský model je financovaný ze všeobecných daní. Jeho typickým představitelem je národní služba ve Velké Británii.¹⁹ V tomto systému je zajištěna zdravotní péče pro všechny občany bez ohledu na jejich platební schopnosti.²⁰

¹⁷ NĚMEC, J., Principy zdravotního pojištění, s. 17

¹⁸ WikiSkripta, projekt sítě lékařských fakult MEFANET. Tržní zdravotnictví [online].

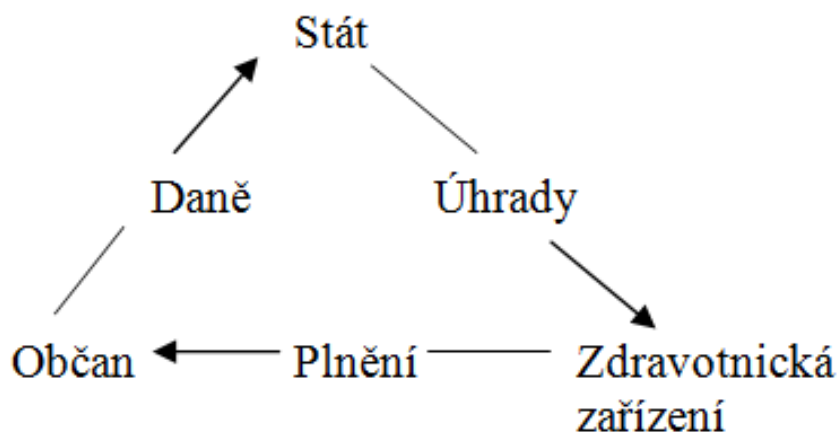
¹⁹ NĚMEC, J., Principy zdravotního pojištění, s. 19

²⁰ GLADKIJ, I. a kol., Management ve zdravotnictví, s.36

Vyznačuje se univerzálním pojistným krytím celé populace s poskytováním zdravotní péče ve veřejných zdravotnických zařízeních nebo u smluvně vázaných poskytovatelů. Samotné financování zdravotnických zařízení je spravováno specializovanými státními úřady a regionálními či lokálními samosprávami. Více než 90 % výdajů na zdravotní péči je hrazeno z veřejných prostředků.²¹ Za mezní formu Beveridgeova modelu lze považovat Semaškův model financování. Tento model se uplatňoval v bývalých socialistických státech a hlavním principem bylo zestátnění správy, financování i poskytování zdravotní péče. Druhým velmi obdobným modelem je Douglasův model národního zdravotního pojištění. Tento model se využívá v Kanadě a Austrálii a je založen na daňových příjmech, přičemž federální stát financuje jednotlivé provincie, které zabezpečují financování a poskytování zdravotní péče obyvatelstvu na svém území.²²

Schéma beveridgeovského modelu je uvedeno na obrázku níže.

Obrázek 1. Schéma beveridgeovského modelu



Zdroj: Vlastní zpracování podle (Durdisová 2005, str. 145)

²¹ GLADKIJ, I. a kol., Management ve zdravotnictví, s.36

²² NĚMEC, J., Principy zdravotního pojištění, s. 20

3.2.3 Bismarckovský model

Bismarckovského model je model sociálního zdravotního pojištění, financovaný z povinných odvodů pojistného z příjmů pojištěnců a provozovaný zdravotními pojišťovnami. Výše pojistného je obvykle stanovena s ohledem na velikost příjmu pojištěnce.

Modely statutárního zdravotního pojištění se však málokdy vyskytují v čisté podobě. Zdravotnický systém daného státu většinou zahrnuje jeden dominantní model a charakteristické rysy modelů ostatních. Ve všech uvedených modelech hraje významnou úlohu stát, který zdravotní pojištění reguluje a v některých případech i částečně dotuje.

V evropských zemích pokrývá statutární zdravotní pojištění zhruba tři čtvrtiny výdajů na zdravotní péči, a i v ostatních vyspělých státech je financování zdravotnictví zajištěno z více jak 50 % pomocí veřejných zdrojů. Méně jak polovinu veřejných výdajů lze dokladovat např. v USA či v Řecku.²³

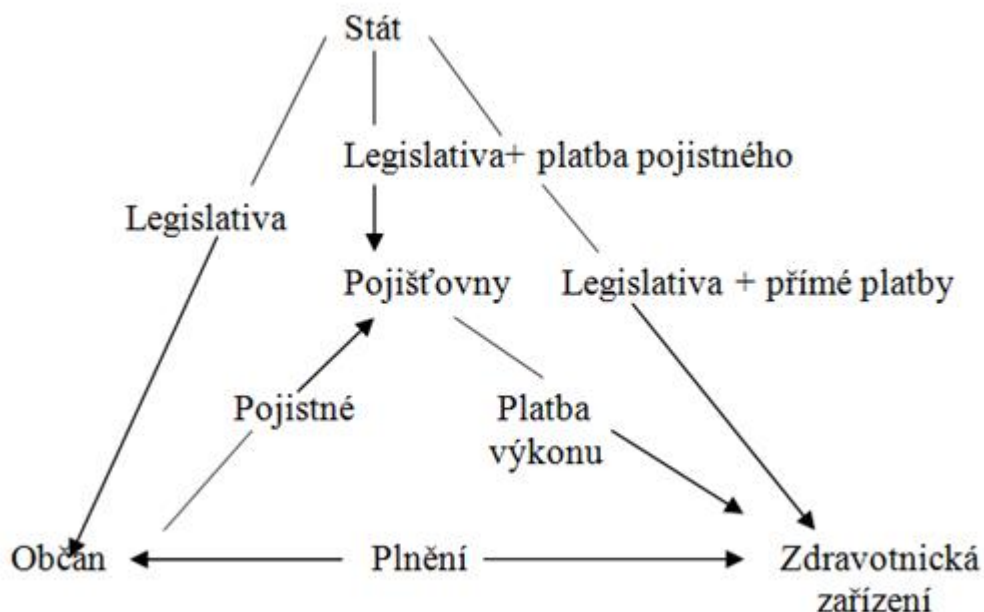
Nabídka pojistných produktů ve statutárním zdravotním pojištění je různá, většinou je však užší než v pojištění privátním. Často je pojištěncům nabízen pouze jediný produkt, tak jako tomu je zatím v České republice. Narůstají však tendence nabídnout pojištěncům větší výběr. Např. v Dánsku (Beveridgův model) se může pojištěnec rozhodnout pro možnost přímého přístupu k ambulantním specialistům za cenu větší spoluúčasti. Reforma zákonného zdravotního pojištění v Německu z roku 2006 přinesla zdravotním pojišťovnám povinnost nabídnout pojištěncům diferencované produkty zahrnující přístup ke specialistům přes praktické lékaře, možnost volby různé výše spoluúčasti, účast na různých formách léčení chronických onemocnění atd. Ve Švýcarsku si pojištěnec může vybrat výši spoluúčasti a podle toho se stanoví jeho pojistné. Může přistoupit na omezení možnosti výběru zdravotnického zařízení a vstoupit do některé z organizací řízené péče provozovaných zdravotními pojišťovnami a získat tak nižší pojistné.²⁴

²³ BARTÁK, M., *Ekonomika zdraví, Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*, s. 223

²⁴ NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*, s. 240

Schéma bismarckovského modelu je uvedeno na obrázku níže.

Obrázek 2. Schéma bismarckovského modelu



Zdroj: Vlastní zpracování podle (Durdisová 2005, str. 145)

3.2.4 Porovnání zdravotních systémů

Tato podkapitola je věnována obecnému porovnání systému zdravotního pojištění v České republice se systémy zdravotního pojištění v zahraničí.

Odlíšný historický vývoj i politický vývoj a zejména rozdílná úroveň ekonomického vývoje v jednotlivých zemích se odráží v rozdílné organizaci i v odlišném podílu statutárního zdravotního pojištění na financování a poskytování zdravotní péče. Ekonomicky vyspělejší země se vyznačují větším podílem veřejných zdrojů na financování zdravotní péče, a to i včetně několika vyspělých zemí s privátním systémem pojištění. Rozdílná situace je v rozvojových zemích, kde nelze provádět financování z veřejných zdrojů, neboť tyto zdroje

nedokážou zajistit dostatečný přísun finančních prostředků a financují jen velmi univerzální pojištění.²⁵

System zdravotní péče je založen na třech základních subjektech: poskytovatelé, pacienti a zdravotní pojišťovny.

3.3 System zdravotního pojištění v ČR

V předcházející kapitole bylo popsáno, že system zdravotního pojištění v České republice vychází z Bismarckovského modelu. Rokem zavedení zdravotního pojištění v ČR byl rok 1992. Od tohoto roku se používal název „všeobecné zdravotní pojištění“. Následně se začalo používat označení „veřejné zdravotní pojištění“.²⁶

Politické a ekonomické změny devadesátých let minulého století, se promítly do celé společnosti. Základním krokem pro financování zdravotní péče bylo zavedení systému všeobecného zdravotního pojištění. Byl schválen zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, na jehož základě byla k 1. 1. 1992 zřízena VZP ČR. V tomto zákoně došlo k rozlišení plátců pojistného na platbu od zaměstnavatelů, zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných. Další kategorií jsou skupiny obyvatelstva, za které je plátcem pojištění stát. Důležitým rokem byl i rok 1992, kdy byl podepsán zákon 280/1992 Sb., který je základní pro vznik resortních, oborových a zaměstnaneckých pojišťoven.

V ČR je řazeno veřejné zdravotní pojištění do systému sociálního zabezpečení. Obdobně jako sociální pojištění je zdravotní pojištění povinné.

3.3.1 Legislativa zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění v ČR se řídí zákonnou úpravou. Jednotlivé zákony a vyhlášky jsou předmětem této podkapitoly.

²⁵ NĚMEC, J., Principy zdravotního pojištění, s. 187

²⁶ PAVLÁSEK, V., HEJDUKOVÁ, P., Veřejné finance a daně v České republice, s. 137

Zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Výše uvedený zákon zpracovává předpisy Evropského společenství a upravuje především veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, za nichž je poskytována zdravotní péče a způsob ustanovení cen a úhrad léčivých přípravků ze zdravotního pojištění.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

V zákoně o pojistném na veřejném zdravotním pojištění najdeme úpravu pro výši pojistného, penále, způsob jeho placení, kontrolu, vedení evidence plátců pojistného a zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění.

Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Tento zákon upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zpracovává příslušné předpisy Evropské unie.

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR

Tento zákon vymezuje činnost Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. Pojišťovna provádí veřejné zdravotní pojištění, pokud toto pojištění neprovádějí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách.

Tento zákon upravuje vznik, činnost a zánik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven neboli zaměstnaneckých pojišťoven a jejich vztah k Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Vyhláška č. 428/2013 Sb.

Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení

Vyhláška č. 391/2009 Sb.

Tato vyhláška stanovuje nákladové indexy věkových skupin pojištěnců ve veřejném zdravotním pojištění.

3.3.2 Základní principy systému zdravotního pojištění

Zákonné zdravotní pojištění je řízeno základními principy, kterým je věnována tato podkapitola.

Veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany trvale žijící na území ČR a pro všechny cizince pracující u zaměstnavatele, který má sídlo v České republice. Nelze tedy ze systému vystoupit, ale lze ho přerušit při případném dlouhotrvajícím pobytu v zahraničí. Neexistuje zde rodinné pojištění, každá osoba je pojištěna samostatně a tím pádem každý člen rodiny může být u jiné zdravotní pojišťovny.²⁷

Systém zdravotní péče je založen na třech základních subjektech: poskytovatelé, pacienti a zdravotní pojišťovny. Poskytovatelé jsou nejčastěji soukromé lékařské praxe a soukromá pracoviště doplňující ambulantní péči. Lůžkovou péči zajišťují nemocniční zařízení různých vlastnických forem. V České republice je nejčastější státní nebo regionální charakter nemocnic, které v současné době podléhají trendu transformace z neziskových subjektů na akciové.

²⁷ NĚMEC, J., Principy zdravotního pojištění, s. 187

V současné době funguje v České republice systém založený na povinném zdravotním pojištění, který je typický pro většinu zemí západní Evropy. Strukturu zdravotnického systému tvoří v každé vyspělé zemi tři základní subjekty, a to pacienti, poskytovatelé zdravotní péče a plátcí zdravotní péče – zdravotní pojišťovny. Prostřednictvím těchto subjektů probíhá v systému zdravotní péče tzv. platba třetí stranou, kde zdravotní pojišťovny vystupují v roli zprostředkovatele mezi pacientem a zdravotnickým zařízením. Pacienti odvádí ze svých příjmů pojistné na zdravotní pojištění příslušné pojišťovně, která pak uhradí náklady při poskytnutí zdravotní péče zdravotnickým zařízením. V České republice působí v systému zdravotní péče 7 zdravotních pojišťoven, které hospodaří s finančními prostředky vybraného pojistného. Dominantní postavení na trhu má však Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, která je nejstarší a zároveň největší zdravotní pojišťovnou. V současné době tvoří celkový počet jejich pojištěnců cca 63 % všech účastníků zdravotního pojištění. Všechny zdravotní pojišťovny hospodaří se svými finančními prostředky prostřednictvím fondů. Fond, do kterého plyne největší část příjmů zdravotní pojišťovny, je základní fond zdravotního pojištění. Prostředky z tohoto fondu jsou pak přerozdělovány do ostatních fondů, prostřednictvím kterých hradí zdravotní pojišťovna nejen náklady na zdravotní péči a zdravotní programy, ale také náklady, související s její činností.

3.3.3 Organizační struktura financování zdravotnictví ČR

Ve zdravotnictví každé vyspělé země jsou přítomny tři elementární subjekty. Toto rozdělení vyplývá z historického vývoje, jelikož vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče byl nejprve pro značnou část populace přímý. Lékař tak žádal za poskytnutou zdravotní péči úhradu přímo od pacienta, a to zpravidla podle jeho kupní síly a společenského postavení. Na konci 19. století vstoupily do tohoto vztahu další subjekty, které přebraly zodpovědnost za financování zdravotní péče. Vystupují tak jako třetí strana mezi pacienty a lékaře.²⁸

²⁸ DURDISOVÁ, J., Sociální politika v ekonomické praxi: (vybrané problémy), s. 174

S rozvojem zdravotnických systémů roste i úloha subjektů reprezentujících vládu a vládní politiku a zdravotnickou legislativu.²⁹ Tyto subjekty jsou uvedeny níže.

Ministerstvo zdravotnictví

Ministerstvo zdravotnictví je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči, ochranu veřejného zdraví a jednotlivé sekce (např. sekce řízení a ekonomiky, legislativy a práva, zdravotní péče, zdravotního pojištění). Jednotlivé sekce se dále rozdělují na dílčí oddělení a odbory.

Zdravotnická zařízení – poskytovatelé

Poskytovatelé jsou nejčastěji soukromé lékařské praxe a soukromá pracoviště doplňující ambulantní péči. Lůžkovou péči zajišťují nemocniční zařízení různých vlastnických forem. V České republice je nejčastější státní nebo regionální charakter nemocnic, které v současné době podléhají trendu transformace z neziskových subjektů na akciové. V ambulantních zařízeních převažuje platba od zdravotních pojišťoven za výkon, v nemocniční péči sazba za den nebo paušál za diagnostický případ.³⁰

Všeobecná zdravotní pojišťovna a ostatní zdravotní pojišťovny

Finanční prostředky na financování zdravotnictví se získávají z různých zdrojů. Mezi nejčastější zdroje patří státní rozpočet, výnosy z příspěvků na zdravotní pojištění, přímé platby od ošetřených pacientů nebo vzájemná kombinace všech těchto zdrojů. V ČR jsou ze státního rozpočtu hrazeny náklady na zdravotní pojištění dětí, studentů, důchodců, nezaměstnaných atd.³¹

Při financování zdravotnických služeb vzniká důležitý vztah mezi občanem, lékařem a zdravotní pojišťovnou. Občan vystupuje jako „konzument“ zdravotnických služeb, lékař jako poskytovatel těchto zdravotnických služeb a zdravotní pojišťovna jako správce finančních prostředků přijatých od plátců, zaměstnavatelů a státu. Zároveň ovšem vystupuje jako likvidátor finančních nároků a zdravotnických zařízení.²⁶

²⁹ DURDISOVÁ, J., Sociální politika v ekonomické praxi: (vybrané problémy), s. 174

³⁰ VURM, V. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Str. 53

³¹ NAHODIL, Věřejné finance v České republice, str. 92

Dalším důležitým prvkem českého zdravotního systému jsou krajské úřady, které působí jako zřizovatelé některých nemocnic a také záchranné služby. Udělováním licencí, kontrolou kvality poskytované péče a nakládáním s financemi se zabývají profesní organizace. Česká lékařská komora, Česká lékárnická komora, Česká stomatologická komora atd.

3.4 Subjekty zdravotního systému

Jak již bylo uvedeno výše, v českém zdravotnickém systému se vyskytují tři hlavní skupiny subjektů, a to plátcí pojistného, poskytovatelé zdravotní péče neboli lékaři a nemocnice, a subjekty reprezentující vládní politiku.

3.4.1 Plátcí pojistného

V ČR platí pojistné na všeobecné zdravotní pojištění pojištěnci, zaměstnavatelé a stát.³²

Pojištěnec

Pojištěnec je plátcem pojistného jako zaměstnanec v pracovním poměru, osoba samostatně výdělečně činná a osoba bez zdanitelných příjmů.³³

Paragraf 4 č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění jsou vyjmenováni plátcí pojistného: Příjemce zdravotních služeb. Pokud je zaměstnanec, za zaměstnance se tohoto zákona považuje fyzická osoba, které plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků.

OSVČ platí pojistné na zdravotním pojištění ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu. Vyměřovací základ je dán procentuálním vyjádřením různých druhů příjmů. Jako jediná ze skupin plátců hradí pojistné formou záloh a doplatku na pojistném.³⁴

³² DURDISOVÁ, J., Sociální politika v ekonomické praxi: (vybrané problémy), s. 180

³³ DURDISOVÁ, J., Sociální politika v ekonomické praxi: (vybrané problémy), s. 180

³⁴ Červinka, T., Zdravotní pojištění s. 29

Samoplátce OBZP je osoba bez zdanitelných příjmů – jestliže, má pojištěnec trvalý pobyt na území ČR, ale není uveden v předchozích odstavcích a není za něj plátce stát, stává se tzv. samoplátce – pokud tyto skutečnosti trvají po celý kalendářní měsíc. Takový pojištěnec musí sám platit měsíčně pojistné ve výši vypočtené z vyměřovacího základu, který je v roce 2016 minimální mzda (9 900 Kč). Výše pojistného je shodná s minimálním měsíčním pojistným zaměstnanců (1 337 Kč).

Zaměstnavatelé se podílí na platbě pojistného včetně zaměstnance, kterému strhnete ze mzdy jednu třetinu z vypočtené částky zaokrouhlené na celé koruny nahoru, zbývající dvě třetiny ze svých prostředků hradí zaměstnavatel.³⁵

Povinnost odvádět pojistné vzniká dnem nástupu zaměstnance do zaměstnání a končí dnem skončení zaměstnání. Účastníky veřejného zdravotního pojištění jsou i cizinci bez trvalého pobytu v ČR, kteří jsou zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem v ČR, takže i za ně musíte odvádět pojistné jejich zdravotní pojišťovně.

Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu. Hradí pojistné na veřejné zdravotní pojištění za nezaopatřené děti, za příjemce dávek důchodového pojištění.³⁶

3.4.2 Poskytovatelé zdravotních služeb

Zdravotní péče, dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), je poskytována ve zdravotnických zařízeních a dalších organizacích, které jsou uspořádány do soustavy neboli sítě zdravotnických zařízení. Tato soustava zdravotnických zařízení je tvořena zařízeními státu, obcí, fyzických a právnických osob.³⁷

Poskytovatelem neboli subjektem zdravotní péče jsou zdravotnická zařízení, ale i nezdravotnická zařízení.

³⁵ Červinka, T., Zdravotní pojištění s. 29

³⁶ ARNOLDOVÁ, A. Sociální zabezpečení I. : sociální zabezpečení v České republice, Posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení, s. 10

³⁷ DURDISOVÁ, J., Sociální politika v ekonomické praxi: (vybrané problémy), s. 176

Objektem poskytování zdravotní péče je pacient. Přáním každého pacienta je získat, v co nejkratší době, nejkvalitnější zdravotní péči. Provedenou kvalifikovaným personálem, moderními metodami a v nejpřívětivějším prostředí.

Lékař je poskytovatelem zdravotní péče. Má povinnost poskytnout pacientovi adekvátní péči a neočekává omezení této péče finančními zdroji. Z medicínského hlediska se vždy snaží pacienta uzdravit bez ohledu na výši finančních nákladů, v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.

Zdravotnická zařízení je možné členit podle různých kritérií. Podle Durdisové³⁸ je možné například následující členění:

- **Státní a nestátní**, kde základním kritériem pro členění je typ vlastnictví, nestátní zdravotnická zařízení je možné dále členit na zařízení spravovaná městským či obecním úřadem a na zařízení privátní, která jsou spravovaná fyzickou osobou, církví či jinou právnickou osobou;
- **Lůžková a ambulantní**, kde základním kritériem je forma poskytované péče; ambulantní zařízení se dále člení na primární neboli ordinace praktických lékařů, sekundární, kde je poskytována specializovaná péče, a terciální, kde je poskytována superspecializovaná péče;
- **Smluvní a nesmluvní**, kde jsou zdravotnická zařízení rozlišována podle způsobu závislosti jejich proplácení, smluvní zařízení jsou taková, která uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou, a tudíž jsou financována z prostředků zdravotního pojištění.

Poskytovatelé mají i zájmy na zajištění finančních prostředků na léčení, ekonomický chod zdravotnického zařízení. Je to proces hledání kompromisu a soustavná snaha o zvýšení kvality poskytované péče, prodloužení průměrné délky aktivního života.

³⁸ DURDISOVÁ, J., Sociální politika v ekonomické praxi: (vybrané problémy), s. 177

3.4.3 Zdravotní pojišťovna

Nositelem zdravotního pojištění jsou v ČR zdravotní pojišťovny. Základní normou upravující činnost pojišťovny je status a pro každý rok aktuální zdravotně pojistný plán. Návrh tohoto plánu musí být předložen zdravotní pojišťovnou ve stanoveném termínu Ministerstvu zdravotnictví. Dříve než vláda schválí pojistný plán, musí ho ministerstvo zdravotnictví projednat s Ministerstvem financí. V případě neschválení pojistného plánu má možnost zdravotní pojišťovna do šedesáti dnů předložit nový pojistný plán. Další povinností zdravotní pojišťovny je Ministerstvu zdravotnictví předložit výroční zprávu za uplynulý kalendářní rok, včetně účetní uzávěrky a zprávy auditora.

Opakované neschválení zdravotně pojistného plánu nebo výroční zprávy má za následek zrušení zdravotní pojišťovny.³⁹

Zdravotní pojišťovny jsou pověřeny výběrem pojistného a organizací úhrad poskytovatelům péče. Jedná se tedy o systém s pluralitou zdravotních pojišťoven, jehož smyslem je vytvoření konkurenčního prostředí s cílem dosažení větší efektivity systému.⁴⁰

Kromě zmíněného výběru pojistného a úhrady zdravotní péče zdravotnickým zařízením plní zdravotní pojišťovny i jiné funkce, které na ně byly delegovány státem. Jedná se především o funkci regulační a kontrolní vůči smluvním zdravotnickým zařízením. Kontrolní funkce je definována jako „kontrola využívání a poskytování péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců“ Regulační funkce je definována jako „regulace počtu a kvality poskytovatelů zdravotní péče prostřednictvím uzavírání smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče a regulace finančních prostředků, které budou těmto smluvním poskytovatelům uhrazeny.“⁴¹

Ekonomický chod zdravotních pojišťoven se provádí prostřednictvím fondů, kdy jsou jejich jednotlivé činnosti financovány přesně určenými finančními prostředky z jednotlivých fondů.

³⁹ GLADKIJ, I. a kol. Management ve zdravotnictví, str. 79

⁴⁰ DURDISOVÁ, J., Sociální politika v ekonomické praxi: (vybrané problémy), s. 178

⁴¹ DURDISOVÁ, J., Sociální politika v ekonomické praxi: (vybrané problémy), s. 178

Tyto fondy jsou zakládány na základě zákona a stejně tak je právními předpisy limitován způsob jejich naplňování i výše prostředků, které z nich mohou být využity.

- **Základní fond** - nejdůležitějším fondem zdravotní pojišťovny je vždy základní fond zdravotního pojištění, který primárně slouží k úhradě poskytnutých hrazených zdravotních služeb pojištěncům. Na tento fond směřují především všechny povinně odvedené částky ze zdravotního pojištění po jejich přerozdělení a dále poté některé další finanční prostředky, o kterých tak stanoví právní předpisy (např. prostředky z titulu náhrady škody, část vyměřených penále a pokut). Ze základního fondu jsou ve výši určené právními předpisy realizovány rovněž přiděly do dalších fondů.
- **Rezervní fond** - slouží ke krytí schodků základního fondu a ke krytí hrazených služeb v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof. Je tvořen povinnými přiděly ze základního fondu a zdravotní pojišťovna je povinna jej udržovat v zákonem stanovené výši.
- **Provozní fond** - u zdravotní pojišťovny se používá k úhradě nákladů na její činnost, tedy především k úhradě závazků souvisejících s její činností. Sem lze zařadit především platy zaměstnanců zdravotních pojišťoven nebo nákup běžného hmotného a nehmotného majetku. Hlavním zdrojem provozního fondu je právními předpisy stanovený příděl ze základního fondu, který je odvislý především od počtu pojištěnců konkrétní zdravotní pojišťovny, nicméně v průměru činí v současnosti něco málo přes 3 % příjmů základního fondu, což je v porovnání s provozními náklady zdravotních pojišťoven v jiných evropských zemích hluboko pod průměrem (např. podle dat z roku 2014 je to v Německu 6,8 %, v Belgii 4,5 % a na Slovensku 3,5 %).
- **Sociální fond** - je tvořen přidělem z provozního fondu ve výši maximálně dvou procent z ročního objemu nákladů na mzdy bez ostatních osobních nákladů, z bankovních úroků z prostředků sociálního fondu a ostatních příjmů, jako jsou například splátky půjček. Prostředky z tohoto fondu jsou čerpány zejména na krytí kulturních, sociálních a dalších potřeb zaměstnanců.

- **Fond dlouhodobého majetku** - slouží ke sledování zůstatkové hodnoty dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku.
- **Fond reprodukce dlouhodobého majetku** - je vytvářen přídělem z provozního fondu (ve výši zejména odpisů z dlouhodobého majetku) a bankovními úroky z prostředků fondu reprodukce majetku. Prostředky z něho jsou čerpány na pořízení dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku.
- **Fond prevence** - umožňuje částečnou konkurenci zdravotních pojišťoven. Zřízení tohoto fondu je postaveno na dobrovolné bázi a lze z něj nad rámec zdravotní péče, na niž má pojištěnec nárok na základě zákona, hradit také zdravotní služby, u nichž je prokazatelný preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt a které jsou poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Velmi podstatné je, že čerpání služeb z fondu prevence je postaveno na dobrovolné bázi a na rozdíl od služeb hrazených ze zdravotního pojištění musí pojištěnec naplnit podmínky stanovené zdravotní pojišťovnou. Fond prevence je tvořen především příjmy z pokut a penále a přírůžek pojistného a minimálním přídělem ze základního fondu. Do budoucna se předpokládá rovněž využití ušetřených prostředků provozního fondu.

Nejvyšším orgánem zdravotní pojišťovny je správní rada. Nejvyšším kontrolním orgánem je dozorčí rada. Ve zdravotních pojišťovnách je zřizován rozhodčí orgán, který rozhoduje v záležitostech placení sporného pojistného, v otázkách penále, záloh na pojistném, atd.

Hrazená péče pojištěncům ve veřejném zdravotním pojištění je stanovena zákonem. Rozsah zdravotních služeb je pro všechny působící zdravotní pojišťovny závazný. Zdravotní pojišťovny se mohou lišit pouze svojí smluvní politikou, tj. s kým a na jaké zdravotní služby navážou smluvní vztah.⁴²

Zdravotní pojišťovny jsou vázány zakládat rezervní fond ve výši 1,5 % svých ročních příjmů.

⁴² Němec, J. Principy zdravotního pojištění, str. 192

Všechny zdravotní pojišťovny mají také nárok na náhradu části nákladů na obzvláště nákladné pojištěnce. Nákladným pojištěncem se rozumí osoba, která během jednoho kalendářního roku vyžadovala větší úhradu zdravotní péče než třicetinasobek průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v tomto období. Náhrady se poskytují z tzv. fondu přerozdělování.⁴³

Se stoupajícím důrazem a konkurencí mezi zdravotními pojišťovnami roste význam přerozdělování jako prevence zaujatého výběru pojištěnců.

Úhradu zdravotní péče provádějí zdravotní pojišťovny na základě uzavřených smluv s poskytovateli zdravotní péče. Principem jsou smlouvy, které na základě výběrového řízení a vyjednávání uzavře pojišťovna s poskytovatelem zdravotních služeb.

V současné době působí v České republice sedm zdravotních pojišťoven. Všeobecná zdravotní pojišťovna se řídí zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů a oborové zdravotní pojišťovny, mezi které patří Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, Česká průmyslová pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR a Revírní bratrská pokladna se řídí zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

⁴³ Němec, J. Principy zdravotního pojištění, str. 193

Tabulka 1. Stav pojištěnců k 1. 1. 2016 (počty pojištěnců jsou zaokrouhleny na tisíce)

Zdravotní pojišťovna	Kód pojišťovny	Počet pojištěnců
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	111 (VZP)	5 946 000
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky	211 (ZPMV)	1 242 000
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	205 (ČPZP)	1 208 000
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	207 (OZP)	736 000
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	201 (VoZP)	709 000
Revírní bratrská pokladna	213 (RBP)	431 000
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	209 (ZPŠ)	140 000

Zdroj: Vlastní zpracování - srovnání zdravotních pojišťoven

Rozdělení pojištěnců mezi jednotlivými pojišťovnami vypovídá o monopolním postavení Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), která výsadním postavením zásadně ovlivňuje konkurenční prostředí. Její vliv je také podpořen specifickými úkoly, které na pověření státu vykonává. Vede například evidenci všech pojištěnců všeobecného zdravotního pojištění, spravuje tzv. zvláštní účet zdravotního pojištění, ze kterého se pojistné dále přerozděluje zákon č. 592/1991 Sb. České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Výdělečně činné obyvatelstvo odvede do systému až 76 % z celkové sumy odvodů na zdravotní pojištění. Spotřebuje však pouze 40 % z celkových výdajů na péči. Stávající systém tedy staví pojištěnce do pozice plátců zdravotní péče a stát pouze částečně dotuje vynaložené náklady na péči o osoby bez příjmů. V případě, že by úhrady za zdravotní péči za studenty, ženy na mateřské dovolené, ženy v domácnosti, vojáky, osoby pečující o osobu blízkou, nezaměstnanou část populace nebo důchodce a ostatní nevýdělečně činné osoby hradil stát v plné výši, znamenalo by to dvojnásobné platby, než v současné době ze státního rozpočtu plynou.

Financování jednotlivých odvětví ekonomiky České republiky se provádí prostřednictvím státního rozpočtu. Financování zdravotnictví se oddělilo od státního rozpočtu v roce 1993, kdy začalo fungovat veřejné zdravotní pojištění. Hovoříme o více zdrojovém financování. Nedá se, ale hovořit o spokojenosti s proporcemi jednotlivých zdrojů. Základní podmínkou poskytování zdravotní péče a vůbec k činnosti zdravotnictví jsou nezbytné finanční zdroje.

V České republice se setkáváme s následujícím rozdělením zdrojů:

- Státní rozpočet – část daňových výnosů;
- Výnosy z příspěvků na zdravotní pojištění od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu;
- Přímé platby od ošetřených pacientů;
- Kombinace zdrojů.⁴⁴

Přímé platby od ošetřených pacientů se vztahují jen na úzký okruh zdravotních výkonů, především při stomatologické péči, v estetické chirurgii, v gynekologické péči. Širší okruh plateb zaujímá léková politika, platby za léky, zdravotní prostředky, doplňky a pomůcky.

Zásahy státu do veřejného zdravotního pojištění jsou zjevné. Jak již bylo uvedeno, stát stanovuje výši vyměřovacích základů, výši minimálních mezd, výši plateb pro poskytovatele zdravotní péče a mnohé další.

⁴⁴ NAHODIL, Věřejné finance v České republice, str. 90

I samotné chování zdravotních pojišťoven reguluje tím, že ve správních či dozorčích radách jsou členové, které jmenuje vláda. Rozhoduje o jejich ziscích a jejich následném použití. Stát vytváří zákony, na kterých se odvíjí celý systém veřejného zdravotního pojištění.

3.5 Demografie

Demografie se řadí mezi společenské vědy, které se zabývají procesy reprodukce obyvatelstva. Mezi množství témat, která zahrnuje, je přirozená obnova obyvatelstva pomocí porodnosti a úmrtnosti, ale i údajů o stavu a pohybu obyvatelstva. Demografické procesy procházejí v jednotlivých populacích během času specifickou přeměnou. To ovlivňuje demografickou strukturu populace, rozdělení obyvatelstva podle pohlaví a jednotlivých věkových skupin. Můžeme z ní vytěžit informace, i o jiných faktorech, jako je reprodukce, zdraví a sociální zařazení obyvatel a tak dále.

Pro účely této práce je třeba definovat základní ukazatele, které budou hodnoceny v rámci demografické analýzy obyvatelstva v praktické části.

Demografická struktura je nejnámější a nejpoužívanější strukturou, podle které je možné obyvatelstvo rozlišovat. Jedná se o kombinaci pohlavní a věkové struktury. Věková struktura je obvykle charakterizována průměrným věkem žijících osob a obecně uvádí, jak je daná populace stará.⁴⁵

Věková pyramida neboli strom života je grafickým zobrazením demografické struktury obyvatelstva. Je tvořena dvěma histogramy a podává informace o vývoji populace obvykle za uplynulé století.⁴⁶

Dalším důležitým demografickým ukazatelem je střední délka života neboli naděje na dožití. Tento ukazatel udává průměrný počet let, kterých se daná osoba dožije za předpokladu stejné úrovně úmrtnosti jako v okamžiku sestavení úmrtnostních tabulek.⁴⁷

⁴⁵ LANGHAMROVÁ, KAČEROVÁ, Demografie: materiály ke cvičením, Str. 10

⁴⁶ KOSCHIN, Demografie poprvé. str 63

⁴⁷ KOSCHIN, Demografie poprvé. str 63

Podstatný vliv na strukturu obyvatelstva má i historický vývoj, který zároveň předurčuje vývoj budoucí.

Úroveň demografických jevů přímo ovlivňuje strukturu obyvatelstva, neboť jejich intenzita se s různým věkem mění. Jedná se o plodnost, úmrtnost a další znaky jako je prostorová mobilita, spotřeba, nemocnost, produktivní schopnost nebo sociální postavení. Při hodnocení stavu pracovních sil, úvah o vývoji školství, sociálních a zdravotních systémů je demografická struktura výchozí charakteristikou. Z těchto důvodů je dobré chápat strukturu populace v širších souvislostech.

3.6 Stárnutí populace a jeho vliv na všeobecné zdravotní pojištění ČR

Ke stárnutí populace dochází ve všech ekonomicky vyspělých zemích. Mezi jeho ekonomické důsledky patří především rostoucí finanční zatížení systému důchodového zabezpečení a systému zdravotní péče.

Stárnutí obyvatelstva a rostoucí podíl seniorů bude mít pochopitelně za následek růst ekonomické zátěže systému důchodového zabezpečení. Ekonomické důsledky stárnutí se, ale projevují také v oblasti financování zdravotní péče. Je pochopitelné, že lidé ve vyšším věku potřebují v průměru zdravotní péči častěji a ve větším rozsahu, než lidé mladí. Přitom výše pojistného na zdravotní pojištění (kterou za důchodce platí do systému zdravotního pojištění stát) je nižší než pojistné placené osobami v produktivním věku.

V důsledku zvyšování podílu důchodců v populaci poroste podíl osob, za které platí pojistné stát. Pokles podílu mladých osob – žáků a studentů – za které platí také pojistné stát, tento růst částečně vykompenzuje, ale přesto se počet osob, za které platí zdravotní pojištění stát, zvýší. Snížení podílu osob v produktivním věku bude mít jistě za následek nedostatek pracovních sil, ale také pokles výše vybraných daní z příjmu.⁴⁸

Problém stárnutí populace se stal diskutovaným tématem všech zemí. Na jedné straně tento pohled můžeme vnímat jako veliký úspěch lidstva, protože se naděje na dožití stále prodlužuje, a lidé mají možnost delšího života. Z druhé strany je možné také vidět stárnutí

⁴⁸ LANGHAMROVÁ, Jitka a KAČEROVÁ, Eva. Demografie: materiály ke cvičením.

jako problém, který s sebou přináší ekonomické a sociální problémy v oblasti financování zdravotní péče a důchodového zabezpečení.

Jedním z problémů je pokles počtu obyvatel v produktivním věku a diskriminační chování k seniorům. Často dochází k vyčleňování seniorů z různých pracovních činností a aktivit. Mylně vzniká dojem, že tito lidé nejsou schopni kvalifikovaně provádět tyto činnosti a většina starší populace není přijímána do pracovního poměru.

4 Analytická část

Tato analýza zahrnuje vývoj výdajů ve zdravotnictví a vývoj výdajů zdravotních pojišťoven. Na závěr je zde provedena celková analýza systému veřejného zdravotního pojištění.

4.1 Analýza situace v ČR

Práce je věnována analýze situace v České republice. Nejprve je zde uvedena demografická analýza obyvatelstva. Následně je analyzována situace týkající se problematiky financování zdravotnického systému.

4.1.1 Demografická analýza

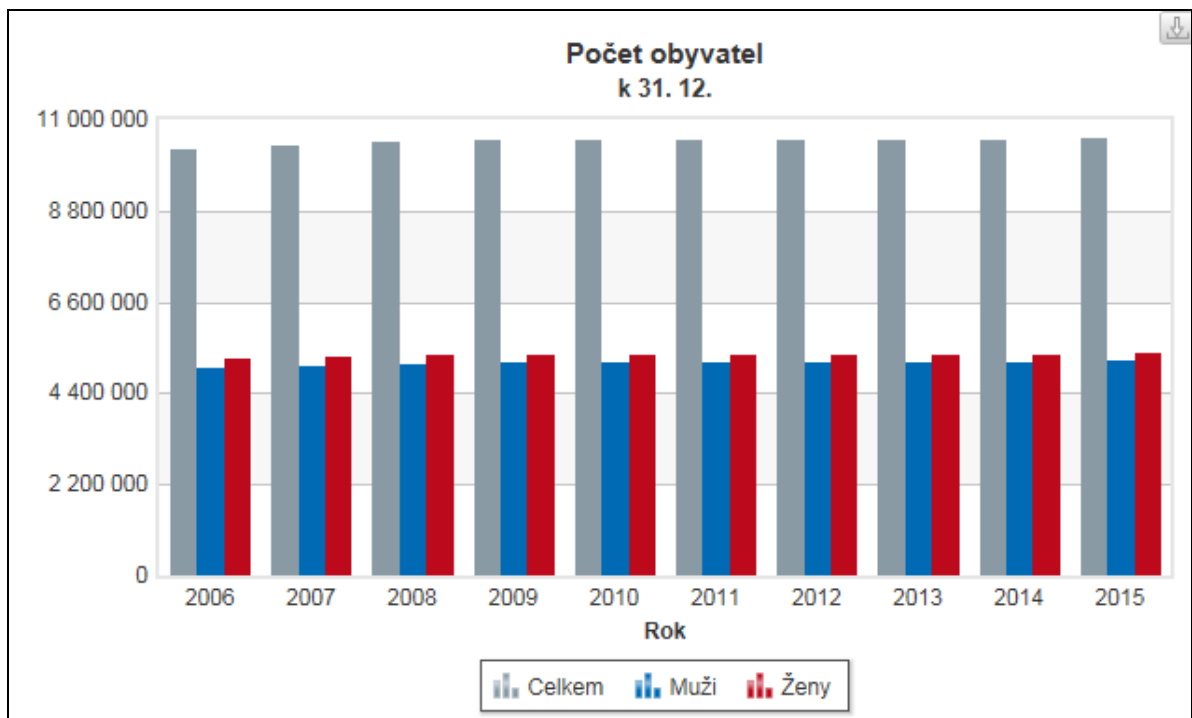
První podkapitola této části práce je věnována demografickému vývoji v České republice, a to prostřednictvím analýzy vývoje počtu obyvatel, jejich struktury podle pohlaví, a především jejich věkové struktury ve sledovaném období od roku 2005 až do roku 2015. Následně je zde uvedena predikce budoucího vývoje.

Dalším zkoumaným ukazatelem je střední délka života, která s problematikou zdravotnictví, zejména pak s kvalitou poskytované zdravotní péče, bezesporu souvisí.

Vývoj počtu obyvatel dle pohlaví

Podle dat uvedených Českým statistickým úřadem měla Česká republika k 31. 12. 2015 celkem 10 553 843 obyvatel.

Graf 1. Vývoj počtu obyvatel v ČR v letech 2006-2015



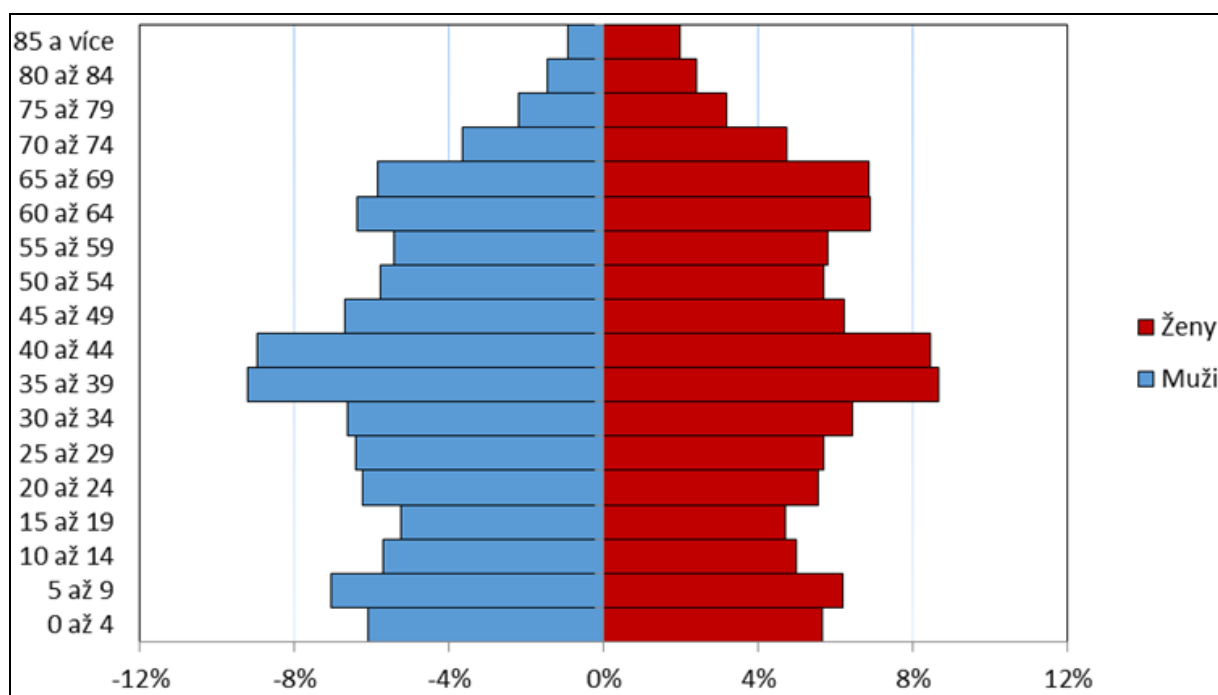
Zdroj: Vlastní zpracování dle ČSÚ (2016)

Z výše uvedeného obrázku je patrné, že převis ženského pohlaví nad mužským pohlavím má dlouhodobý charakter ve vývoji struktury obyvatelstva České republiky.

Vývoj počtu obyvatel podle věku

Celková věková struktura obyvatelstva České republiky je vyobrazena prostřednictvím věkové pyramidy uvedené na obrázku níže.

Graf 2. Věková pyramida obyvatel České republiky k 31.12.2015



Zdroj: Vlastní zpracování dle ČSÚ (2016)

V grafu č. 2 je nejvíce zastoupena věková skupina od 35 do 39 a od 40 do 44 let, a to jak u mužů, tak i u žen. Obě tyto věkové kategorie zaujímají více jak 8 % z celkové populace.

Rovnováha, která v této nejčetnější věkové skupině nastala, je přisuzována silné populační vlně v 70. letech 20. století v době tzv. normalizace. Nejvíce dětí od roku 1948 se narodilo v roce 1974 tzv. Husákovy děti.

V těchto letech narůstala propopulační politika. Nárůst byl způsoben podporou mladých lidí formou novomanželských půjček, rodinám s dětmi bylo poskytováno nové bydlení. Dalším faktorem bylo zakládání rodin silnou populační vlnou – lidmi narozenými po 2. světové válce. V roce 2008 vzrostl opět počet narozených dětí, a to nastalo narozením potomků tzv. silným ročníkům.

Na konci osmdesátých let se v Československu uskutečnily převratné politické změny, v závěsu následovaly změny ekonomické a sociální. V průběhu devadesátých let úhrnná plodnost v České republice klesla a v roce 1999 dosáhla svého historického minima.

Příčinou poklesu plodnosti bylo odkládání mateřství žen do vyššího věku. Ženy začaly využívat zlepšených možností osobní realizace. Od roku 1992 dosahoval průměrný věk matky při narození dítěte 24,8, let a do roku 2013 se zvýšil na 29,9 let.

Pro účely této práce je však přínosnější obyvatelstvo rozdělit na obyvatelstvo v produktivním věku, tedy ekonomicky aktivní obyvatelstvo, a obyvatelstvo v předproduktivním věku a postproduktivním věku. Pro hlubší analýzu jsou tedy vytvořeny tři věkové skupiny od 0 do 14 let, od 15 do 64 let a 65 a starší.

Vývoj věkové struktury obyvatelstva České republiky v daných věkových skupinách v letech 2000 až 2015 v procentech je zachycena v tabulce uvedené níže.

Tabulka 2. Vývoj struktury obyvatelstva podle věku v ČR v letech 2000-2015

Věk	Hranice v letech	Rok		
		2000	2010	2015
Předproduktivní	0-14 let	16,4	14,2	15,1
Produktivní	15-64 let	69,8	70,6	67,2
Poproduktivní	65 let a starší	13,8	15,2	17,7

Zdroj: Vlastní zpracování dle ČSÚ

Predikce Českého statistického úřadu, která ukazuje očekávaný vývoj obyvatelstva v České republice v procentech na následujících 20 let je uvedena v tabulce níže.

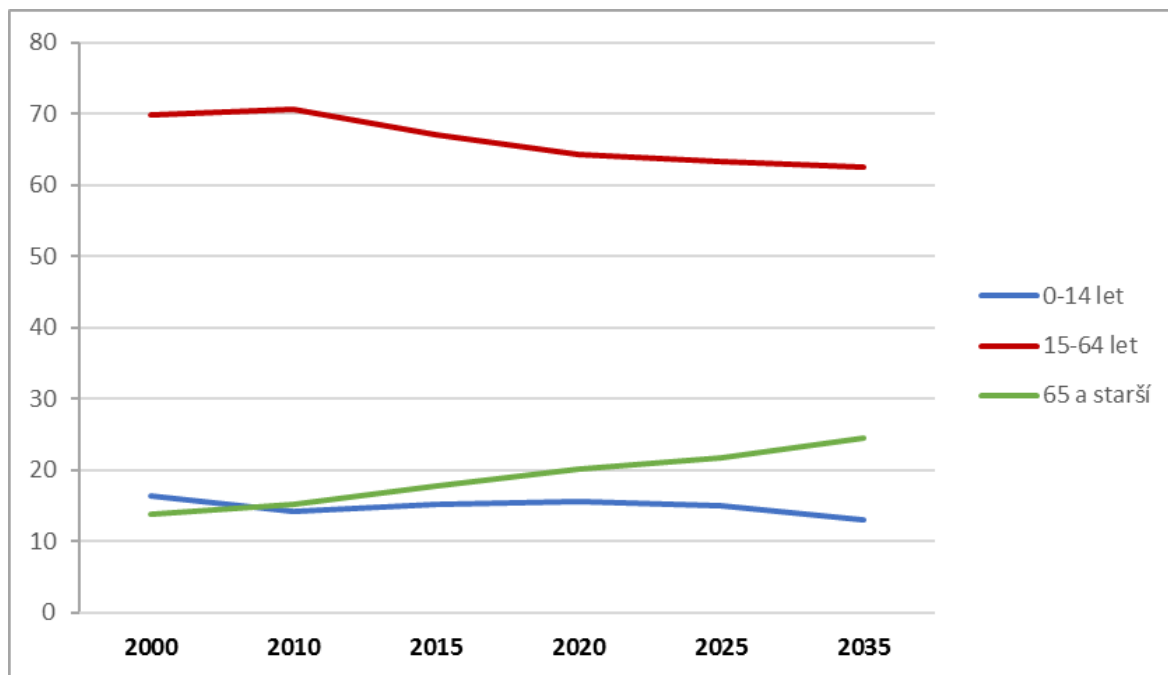
Tabulka 3. Predikce vývoje obyvatelstva v České republice v letech 2020-2035

Věk	Hranice v letech	Rok		
		2020	2025	2035
Předproduktivní	0-14 let	15,6	14,9	13
Produktivní	15-64 let	64,4	63,4	62,5
Poproduktivní	65 let a starší	20,1	21,7	24,5

Zdroj: Vlastní zpracování dle ČSÚ

V predikce vývoje obyvatelstva v České republice v letech 2020-2035, je viditelný nárůst vývoje obyvatelstva. Zejména v poproduktivním věku 65 let a starší a to 4,4 %. U předproduktivního a produktivního vývoje je viditelný pokles. Pro vyšší přehlednost a celistvý obraz jsou data předchozích tabulek zpracována pomocí grafu, který je uveden níže.

Graf 3. Vývoj struktury obyvatelstva podle věku v ČR v letech 2000-2035



Zdroj: Vlastní zpracování dle ČSÚ

Z uvedených dat výše je patrné, že česká populace stárne. V současné době tvoří ekonomicky aktivní, tedy obyvatelstvo ve věku v rozmezí mezi 15 a 64 let, 67 % z celkového počtu obyvatel. Dle predikce Českého statistického úřadu bude v následujících letech přibývat obyvatel v důchodovém věku a zároveň bude klesat počet nově narozených dětí. Celkově tak bude průběžně klesat podíl ekonomicky aktivních obyvatel v produktivním věku. Již v roce 2020 bude v české populaci o 3 % méně těchto lidí oproti současnému stavu. Důležitým výsledkem projekce obyvatelstva je početní velikost obyvatelstva a struktura podle pohlaví věku a pohlaví v průběhu tohoto století. V posledních letech neklesal počet obyvatel České republiky hlavně díky zahraniční migraci.

V případě, že bude vývoj reprodukčních faktorů (plodnosti, úmrtnosti a migrace) české populace probíhat podle předpokladu projekce, bude se Česká republika v blízké době potýkat s populačním úbytkem.

Vývoj ukazatele střední délky života

Ukazatel označovaný jako Střední délky života očištěné od rozdílných úrovní zdravotních stavů. Tyto ukazatele shrnují délky života v jednotlivých zdravotních stavech pomocí vah (vyjadřujících relativní úroveň jednotlivých zdravotních stavů vzhledem k nejlepšímu možnému zdravotnímu stavu):

$$HALE = HSE_0 + h_1 \cdot HSE_1 + h_2 \cdot HSE_2 + \dots + h_s \cdot HSE_s \quad (3)$$

kde h_1, h_2, \dots, h_s jsou váhy relativní úrovně zdraví pro jednotlivé zdravotní stavy. Váhy zdravotních stavů se pohybují v intervalu od 0 do 1 (pro úplné zdraví se použije váha 1 a pro úplné omezení zdraví váha 0). Touto transformací získáme jeden souhrnný ukazatel vyjadřující délku života prožitou v ekvivalentu roků úplného zdraví. Označuje se jako délka života prožitá ve zdraví, zdravá délka života nebo střední délka zdravého života.

V následující tabulce je uveden vývoj demografického ukazatele střední délky života neboli naděje na dožití u obyvatel v ČR v letech 2000 až 2015.

Tabulka 4. Vývoj střední délky života v ČR v letech 2000-2015

Období	Muži	Ženy	Celkem
2000 – 2001	71,8	78,2	75,0
2001 – 2002	72,0	78,4	75,2
2002 – 2003	72,1	78,5	75,3
2003 – 2004	72,3	78,7	75,5
2004 – 2005	72,7	79,1	75,9
2005 – 2006	73,2	79,4	76,3
2006 – 2007	73,6	79,8	76,7
2007 – 2008	73,8	80,0	76,9

Období	Muži	Ženy	Celkem
2008 – 2009	74,0	80,1	77,1
2009 – 2010	74,3	80,3	77,3
2010 – 2011	74,5	80,6	77,6
2011 – 2012	74,8	80,8	77,8
2012 – 2013	75,1	81,0	78,0
2013 – 2014	75,4	81,4	78,4
2014 – 2015	75,8	81,5	78,6

Zdroj: Vlastní zpracování dle ČSÚ

Z hodnot střední délky života uvedených v tabulce výše je patrné, že se tento ukazatel zvyšuje.

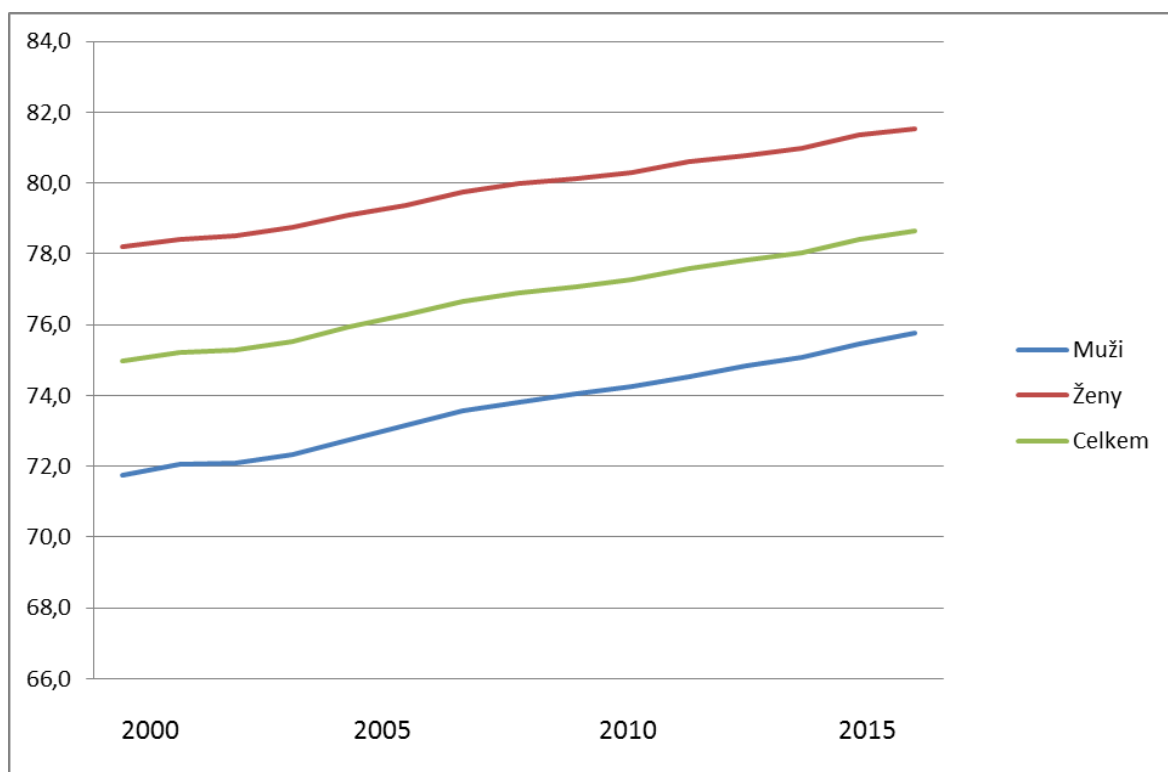
U mužů střední délka života na počátku sledovaného období, tedy v roce 2000, dosahovala hodnoty 71,8 let. Na konci sledovaného období, tedy v roce 2015, dosahovala tato hodnota již 75,8 let. Byl zde tedy zaznamenán nárůst o 4 roky.

U žen střední délka života na počátku sledovaného období, tedy v roce 2000, činila 78,2 let. Na konci sledovaného období, tedy v roce 2015, činila již 81,5 let. U žen byl zaznamenán nárůst během sledovaného období o 3,3 roky.

Celkově se tak střední délka života u obyvatele ČR prodloužila o 3,7 let během sledovaného období, a to z hodnoty 75 let v roce 2000 na hodnotu 78,6 let v roce 2015.

Vývoj střední délky života u mužů, žen a celkové populace je vyobrazen na grafu uvedeném níže.

Graf 4. Vývoj střední délky života v ČR v letech 2000-2015



Zdroj: Vlastní zpracování dle ČSÚ

Na grafu č. 4 je znázorněno, jak se střední délka života v České republice rok od roku zvyšuje. I když byl celkový nárůst u žen ve sledovaném období nižší než u mužů, v průměru se ženy dožívají o 6,2 let více než muži.

Důsledky demografického stárnutí obyvatelstva jsou obecně považovány za hrozbu ekonomického a sociálního vývoje. Zvyšující se střední délka života však ukazuje na kvalitnější zdravotní péči, která je obyvatelům ČR poskytována.

V České republice také dochází k výrazným změnám v počtu a velikosti domácností. Celkový počet postupně narůstá, ale průměrná velikost domácností klesá. Trendem současnosti se stávají domácnosti jednotlivců. Dříve byla nejčastější dvoučlenná a vícečlenná domácnost. Vše je způsobené řadou změn ve společnosti, změna rodinného stavu, struktura věku obyvatelstva, větší počet neúplných domácností, nárůst rozvodovosti, nižší počet dětí v rodinách. To vede k nižšímu počtu členů v domácnostech. Současně se ve stárnoucí populaci navyšuje podíl starších osob žijících samostatně. Řadí se mezi ně např. rozvedení, ovdovělé ženy.

Četnost domácností, kde žije sama žena, je daná vyšší střední délkou dožití. Na starší a osamoceně žijící obyvatele má samota negativní vliv na jejich psychiku. Pomocnou ruku při poskytování krátkodobé i dlouhodobé péče od rodinných příslušníků nemohou očekávat. Proto je častěji zajišťována zdravotní i sociální péče určitými institucemi. Vzhledem k vysokým nákladům, vynakládaných na domácnost je omezena úhrada zdravotních a sociálních služeb ze soukromých prostředků.

4.1.2 Analýza výdajů ve zdravotnictví

Vývoj výdajů na zdravotnictví v ČR

V devadesátých letech minulého století výdaje na zdravotnictví České republiky výrazně ovlivnila implementace nových medicínských technologií. Zavádění nových, nákladnějších diagnostických metod, aplikování nových terapií a zavádění zahraničních léčiv. V tomto období začaly výdaje na zdravotní služby významně narůstat a začaly převyšovat příjmy. Nepříznivý směr výdajů je ovlivněn v minulosti častým střídáním ministrů. To neumožňovalo zachovat jednotný směr pro zavedení zdravotních reforem. Lobby farmaceutických firem, které prostřednictvím lékařů silně prosazují své zájmy a neschopnost udržet solventnost poskytovatelů lůžkové péče.

V následující analýze je zachycen vývoj výdajů na zdravotnictví v ČR v období od roku 2000 do roku 2013. Tyto výdaje zahrnují veřejné výdaje (státní a územní rozpočty a výdaje zdravotních pojišťoven) a soukromé výdaje.

Tabulka 5. Vývoj výdajů na zdravotnictví a vztah výdajů k HDP v ČR v letech 2000-2013

Rok	Výdaje (v mil. Kč)	Výdaje (v % k HDP)
2000	146 835	6,47
2001	161 300	6,59
2002	178 923	6,97

Rok	Výdaje (v mil. Kč)	Výdaje (v % k HDP)
2003	195 155	7,26
2004	209 270	7,14
2005	218 774	7,02
2006	226 810	6,77
2007	241 935	6,61
2008	264 520	6,87
2009	292 708	7,79
2010	289 035	7,62
2011	287 768	7,53
2012	293 306	7,63
2013	290 943	7,49

Zdroj: Vlastní zpracování dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2014)

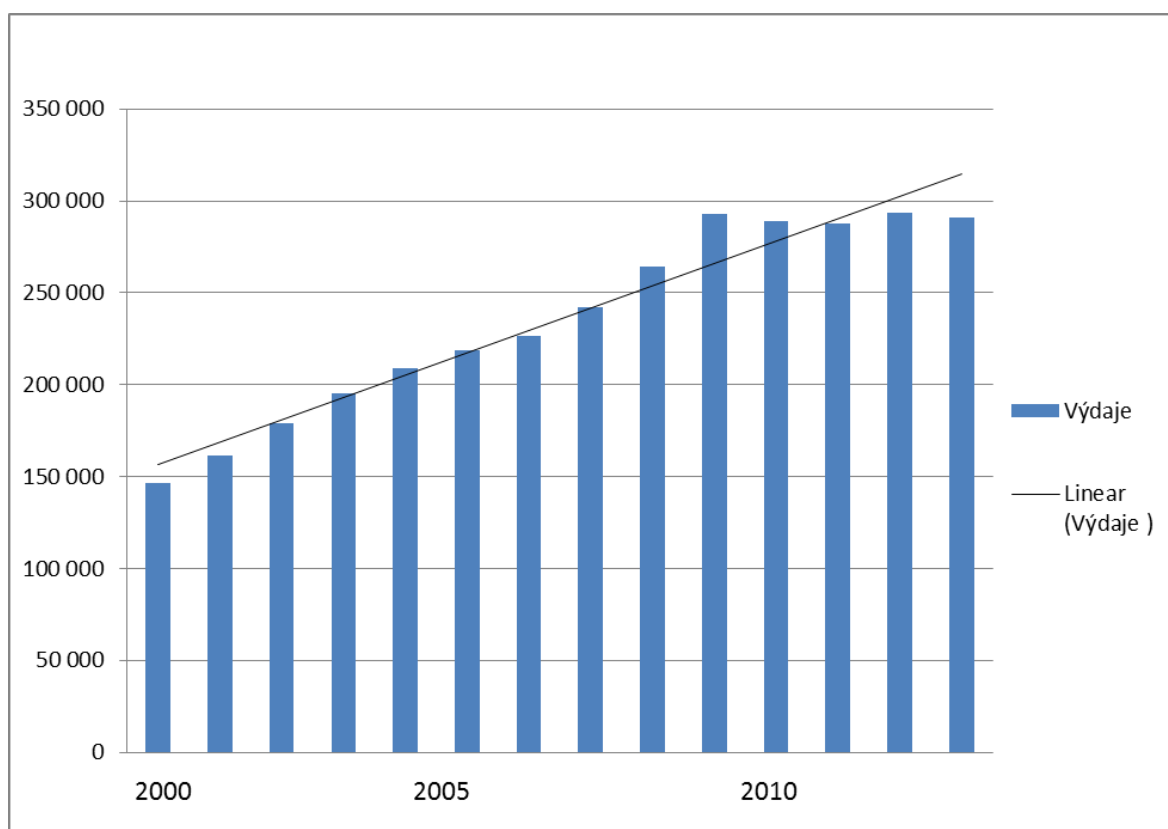
V tabulce uvedené výše jsou uvedeny nejen celkové výdaje na zdravotnictví v jednotlivých letech, ale i podíl těchto výdajů k celkovému HDP v ČR v daném roce.

Z uvedených dat je patrné, že výdaje na zdravotnictví mají rostoucí trend. Zatímco v prvním sledovaném roce, tedy v roce 2000, dosahovaly výdaje na zdravotnictví 146 835 mil. Kč, v posledním sledovaném roce, tedy v roce 2013, činily téměř dvojnásobek, a to 290 943 mil. Kč. Maximální hodnota v rámci sledovaného období byla dosažena v roce 2012, kdy byly vynaloženy výdaje na zdravotnictví ve výši 293 306 mil Kč. Minimální hodnota v rámci sledovaného období byla dosažena v již zmiňovaném roku 2000.

Zdravotnictví České republiky po roce 2000 výrazně ovlivnila implementace nových technologií. Zaváděním technologicky vyspělejších, ale nákladnějších diagnostických přístrojů, aplikování nových terapií a zahraničních léků.

Pro lepší ilustraci je níže uveden graf, ve kterém jsou uvedeny celkové výdaje na zdravotnictví v jednotlivých letech, a také lineární rostoucí trend, který dokazuje jejich stálý nárůst v čase.

Graf 5. Vývoj výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 2000-2013



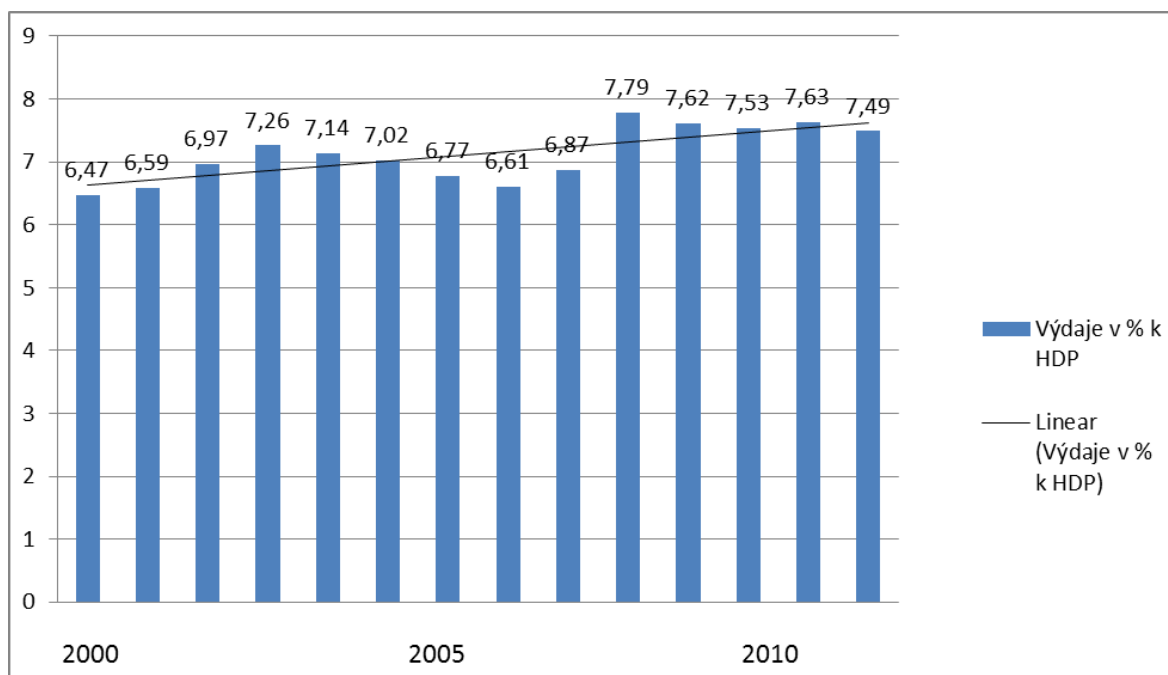
Zdroj: Vlastní zpracování dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2014)

Lineární trend uvedený v grafu ukazuje, že v každém dalším roce dochází v ČR ke zvyšování výdajů na zdravotnictví.

V roce 2009 byl nárůst výdajů na zdravotnictví vyšší než v předchozích letech. Došlo zde k nárůstu z hodnoty 264 520 mil. Kč v roce 2008 na hodnotu 292 708 mil. Kč v roce 2009. V rozmezí těchto let tedy došlo k nárůstu dokonce o 28 188 mil. Kč. V následujících letech byl zaznamenán mírný pokles, a to o 3 673 mil. Kč v roce 2010 vzhledem k předchozímu roku a o 267 mil. Kč v roce 2011 vzhledem k roku 2010. V roce 2012 byl zaznamenán opět nárůst o 5 538 mil. Kč vzhledem k předešlému roku. V posledním sledovaném roce 2013 byl zaznamenán mírný pokles výdajů na zdravotnictví a to o 2 363 mil. Kč.

V následujícím grafu je zachycen vývoj výdajů na zdravotnictví vzhledem k hrubému domácímu produktu v ČR v jednotlivých letech.

Graf 6. Vývoj výdajů na zdravotnictví k HDP v procentech v ČR v letech 2000-2013



Zdroj: Vlastní zpracování dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2014)

I v tomto grafu je vyobrazen lineární rostoucí trend, který ukazuje, že výdaje na zdravotnictví vzhledem k HDP se zvyšují.

Procentní podíl výdajů na zdravotnictví se v ČR pohybuje průměrně okolo 7 %. Ve sledovaném období v letech 2000 až 2013 se podíl pohybuje v rozmezí 6,47 % až 7,79 %.

Maximální hodnoty, tedy 7,79 %, bylo dosaženo v roce 2009, na rozdíl od absolutních celkových výdajů, kde bylo maximální hodnoty dosaženo v roce 2012, jak bylo již uvedeno výše. Minimální hodnoty, tedy 6,47 %, bylo stejně jako u absolutních výdajů dosaženo na počátku sledovaného období v roce 2000.

Struktura výdajů na zdravotnictví

Vývoj struktury výdajů na zdravotnictví v ČR v mil. Kč je uveden v tabulce níže.

Tabulka 6. Vývoj struktury výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 2000-2013 (v mil. Kč)

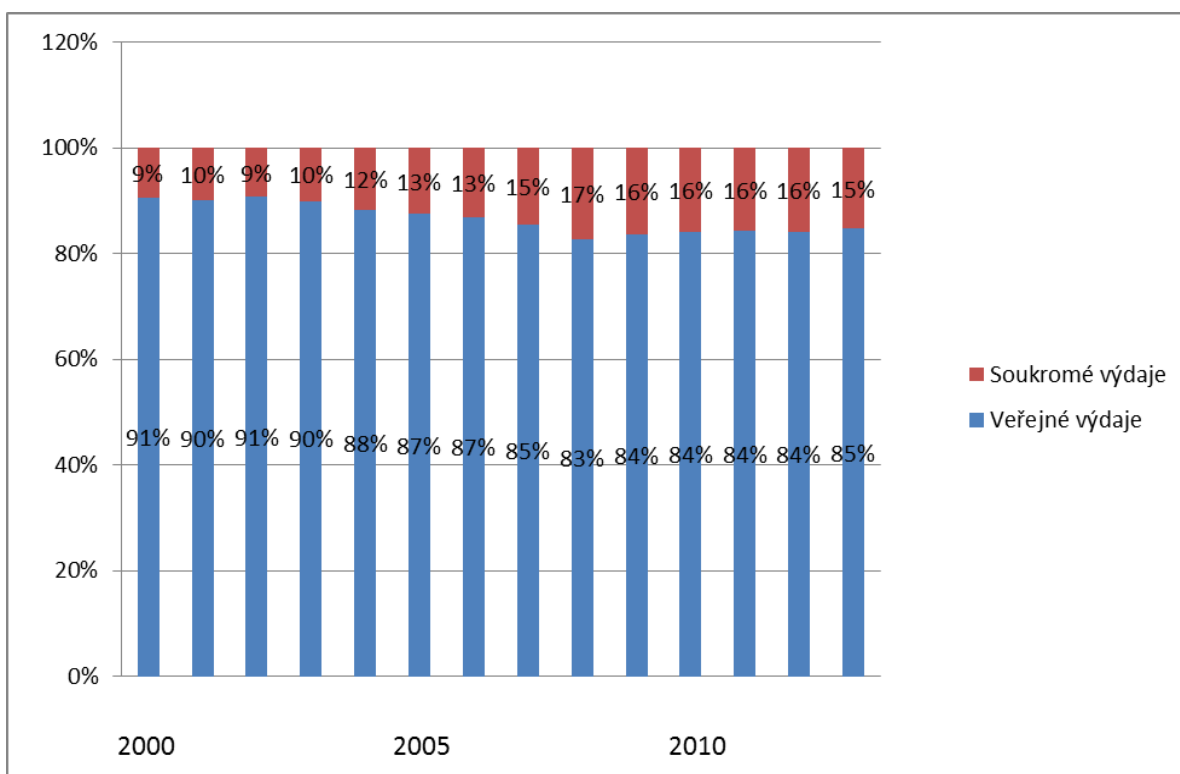
Rok	Veřejné výdaje			Soukromé výdaje
	Celkem	Ze státního a místních rozpočtů	Zdravotní pojišťovny	
2000	132 962	17 170	115 792	13 873
2001	145 206	17 346	127 860	16 094
2002	162 297	20 279	142 018	16 626
2003	175 592	23 891	151 701	19 563
2004	184 825	21 495	163 330	24 445
2005	191 356	21 263	170 093	27 418
2006	197 027	22 828	174 200	29 783
2007	206 565	22 851	183 713	35 370
2008	218 719	21 439	197 280	45 801
2009	244 754	26 034	218 720	47 954
2010	243 281	20 781	222 500	45 754
2011	242 410	16 863	225 547	45 358
2012	246 918	15 648	231 270	46 388
2013	246 562	16 657	229 905	44 381

Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, (2005, 2009, 2014)

Odhadnout další vývoj soukromých výdajů a ostatních výdajů veřejných rozpočtů je poměrně obtížné. Tyto složky výdajů na zdravotnický systém jsou závislé hlavně na politických rozhodnutích, která působí na spolufinancování zdravotnictví nejen ze strany státu, ale i občanů.

Na grafu níže je uveden podíl veřejných a soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví v letech 2000 až 2013.

Graf 7. Podíl veřejných a soukromých výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 2000-2013



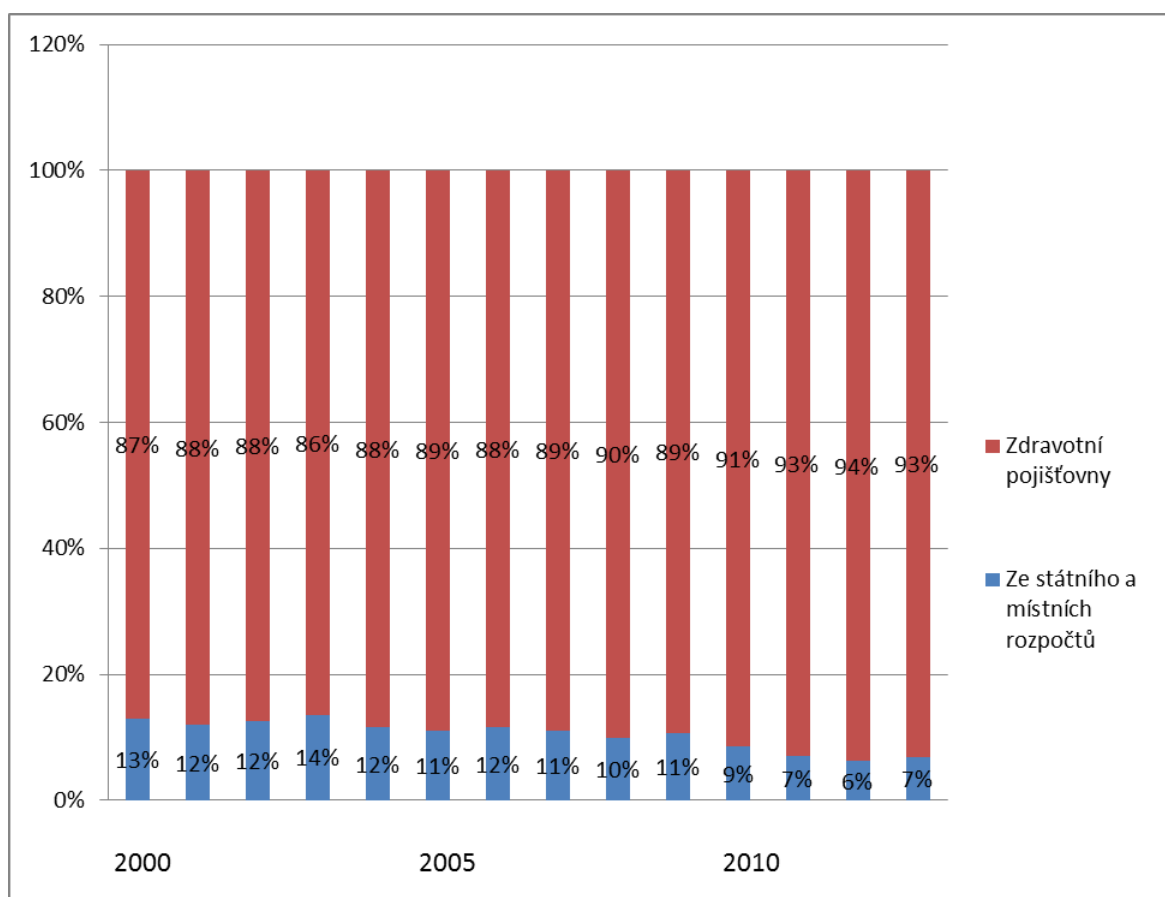
Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

Z grafu č. 7. je patrné, že veřejné výdaje několikanásobně převyšují soukromé výdaje na zdravotnictví.

V průběhu sledovaného období je však patrný nárůst podílu soukromých výdajů. Na počátku sledovaného období, tedy v roce 2000, byl tento podíl pouze 9 %, zatímco na konci sledovaného období, tedy v roce 2013 dosahuje tento podíl 15 %. V roce 2008 dosahoval podíl soukromých výdajů dokonce hodnoty 17 %, což je skoro dvojnásobek od roku 2000.

Soukromé výdaje jsou tvořeny platbami domácností na léčiva a ostatní zdravotnický materiál, další kategorii jsou terapeutické pomůcky a vybavení jako jsou brýle, naslouchadla, ortopedické pomůcky, berle, invalidní vozíky apod. V posledních pěti letech nedochází v této kategorii soukromých výdajů domácností k větším výkyvům. Jelikož veřejné výdaje tvoří převážnou část výdajů na zdravotnictví v ČR, je níže uveden graf vývoje struktury veřejných výdajů na zdravotnictví v procentech.

Graf 8. Struktura veřejných výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 2000-2013



Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

Z uvedeného grafu je patrný trend poklesu výdajů na zdravotnictví ze státního a místních rozpočtů a nárůst výdajů zdravotních pojišťoven.

V roce 2000 se zdravotní pojišťovny podílely na výdajích na zdravotnictví v ČR na úrovni 87 %. V roce 2013 činil tento podíl již 93 %, přičemž v předchozím roce, tedy v roce 2012, byl tento podíl dokonce 94 %.

Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotnictví

Pro mezinárodní srovnání výdajů na zdravotnictví je níže uvedena tabulka podílu celkových zdravotnických výdajů na HDP v jednotlivých vybraných státech v procentech.

Tabulka 7. Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotnictví ČR a vybraných států v letech 2008-2012

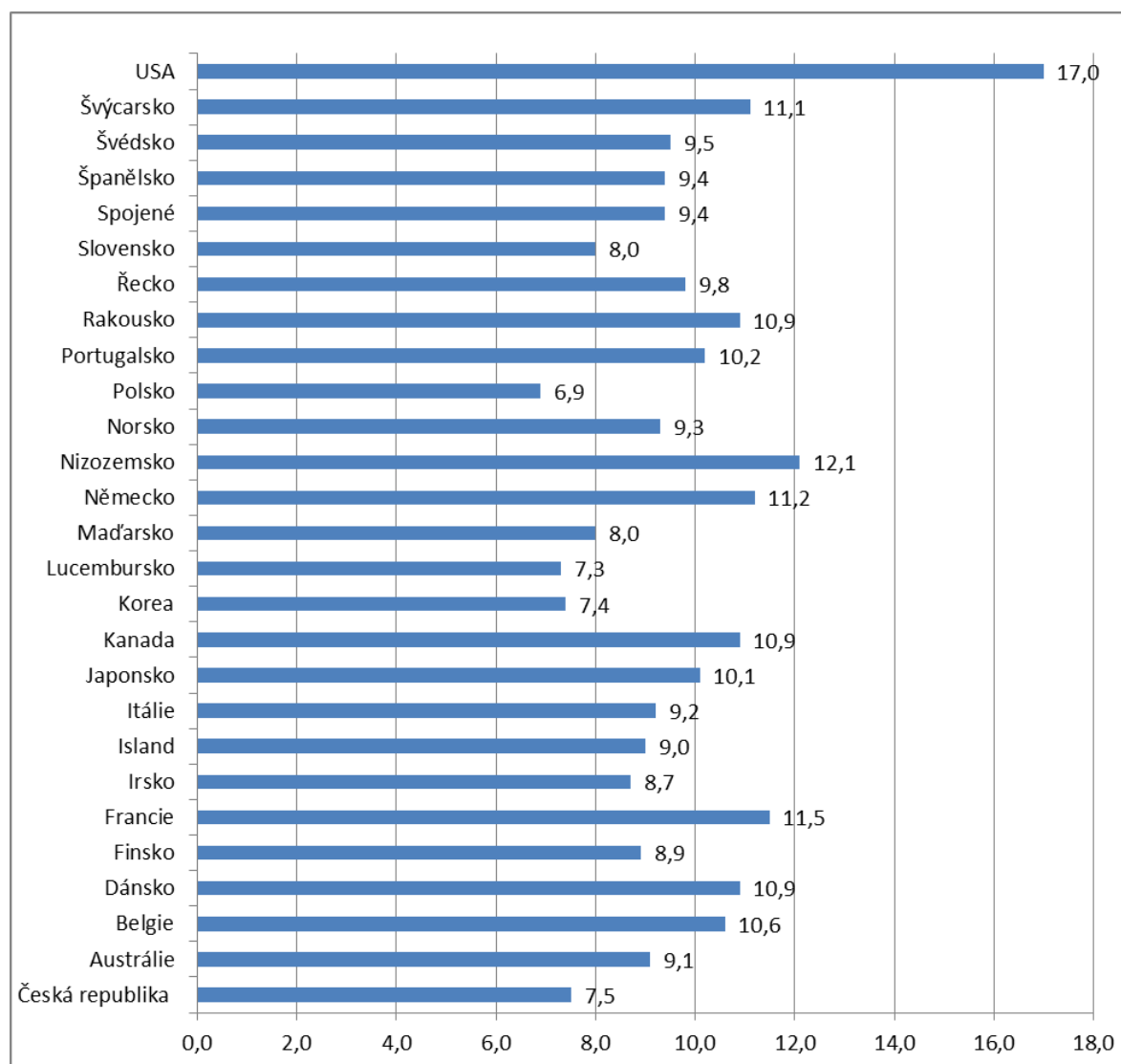
Stát	2008	2009	2010	2011	2012
Česká republika	6,8	8,0	7,4	7,5	7,5
Austrálie	8,7	9,0	8,9	9,1	x
Belgie	9,9	10,7	10,6	10,6	10,9
Dánsko	10,2	11,5	11,1	10,9	11,0
Finsko	8,3	9,2	9,0	8,9	9,1
Francie	10,9	11,6	11,6	11,5	11,6
Irsko	9,0	9,9	9,2	8,7	8,9
Island	9,1	9,6	9,3	9,0	9,0
Itálie	8,9	9,4	9,4	9,2	9,2
Japonsko	8,6	9,5	9,6	10,1	10,3
Kanada	10,0	11,1	11,1	10,9	10,9
Korea	6,6	7,2	7,3	7,4	7,6
Lucembursko	7,3	8,1	7,6	7,3	7,1
Maďarsko	7,5	7,7	8,1	8,0	8,0
Německo	10,7	11,8	11,6	11,2	11,3
Nizozemsko	11,0	11,9	12,1	12,1	x
Norsko	8,6	9,7	9,4	9,3	9,3
Polsko	6,9	7,2	7,0	6,9	6,8
Portugalsko	10,2	10,8	10,8	10,2	x
Rakousko	10,5	11,2	11,1	10,9	11,1
Řecko	10,1	10,2	9,5	9,8	9,3
Slovensko	8,0	9,2	8,5	8,0	8,1
Spojené	8,8	9,7	9,4	9,4	9,2
Španělsko	8,9	9,6	9,6	9,4	x
Švédsko	9,2	9,9	9,5	9,5	9,6
Švýcarsko	10,3	11,0	10,9	11,1	11,4
USA	16,1	17,1	17,0	17,0	16,9
Průměr	9,3	10,1	9,9	9,8	8,3

Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2014)

Z uvedených údajů je patrné, že v mezinárodním srovnání je ČR ve sledovaném období vždy pod hranicí stanovenou z průměru zdravotnických výdajů vybraných států, a to o více jak 2 %.

Pro přehlednost je níže uveden graf, ve kterém je zohledněn rok 2011, neboť je to nejaktuálnější rok, pro který jsou informace dostupné ze všech vybraných států.

Graf 9. Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotnictví k HDP (v procentech) v roce 2011



Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2014)

Z grafu je patrné, že nejvyšší podíl výdajů na zdravotnictví na HDP je ve Spojených státech amerických, kde dosahuje hranice 17 %. Vysoký podíl výdajů na zdravotnictví je

taktéž ve Švýcarsku, Nizozemsku, Německu či Francii, kde podíl výdajů na zdravotnictví přesahuje hranici 11 %.

Česká republika se zde se 7,5 % řadí mezi státy s nízkým podílem zdravotnických výdajů k HDP. Pod hranicí 8 % jsou dále státy Lucembursko a Korea.

Naopak nejnižší je tento podíl v Polsku, kde dosahuje hranice 6,9 %. Z tohoto můžeme vyvodit, že vyspělost ekonomiky se výrazně promítá do výdajů na zdravotní péči.⁴⁹

4.1.3 Analýza výdajů zdravotních pojišťoven

Vývoj výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči

Ve sledovaném období činí podíl zdravotních pojišťoven na celkových výdajích na zdravotnictví 78 %. Po celou dobu se tento poměr pohybuje v rozmezí od 75 do 79 %.

Vývoj výdajů zdravotních pojišťoven v letech 2000 až 2013 je uveden v tabulce níže.

⁴⁹ ASPALTER, CH., UCHIDA, Y., GAULD, R. Health care systems in Europe and Asia. New York: Routledge, s. 128

Tabulka 8. Vývoj výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči

Rok	Výdaje zdravotních pojišťoven (v mil. Kč)	Výdaje celkem (v mil. Kč)	Podíl zdravotních pojišťoven na celkových výdajích
2000	115 792	146 835	79%
2001	127 860	161 300	79%
2002	142 018	178 923	79%
2003	151 701	195 155	78%
2004	163 330	209 270	78%
2005	170 093	218 774	78%
2006	174 200	226 810	77%
2007	183 713	241 935	76%
2008	197 280	264 520	75%
2009	218 720	292 708	75%
2010	222 500	289 035	77%
2011	225 547	287 768	78%
2012	231 270	293 306	79%
2013	229 905	290 943	79%
Průměr	182 424	235 520	78%

Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

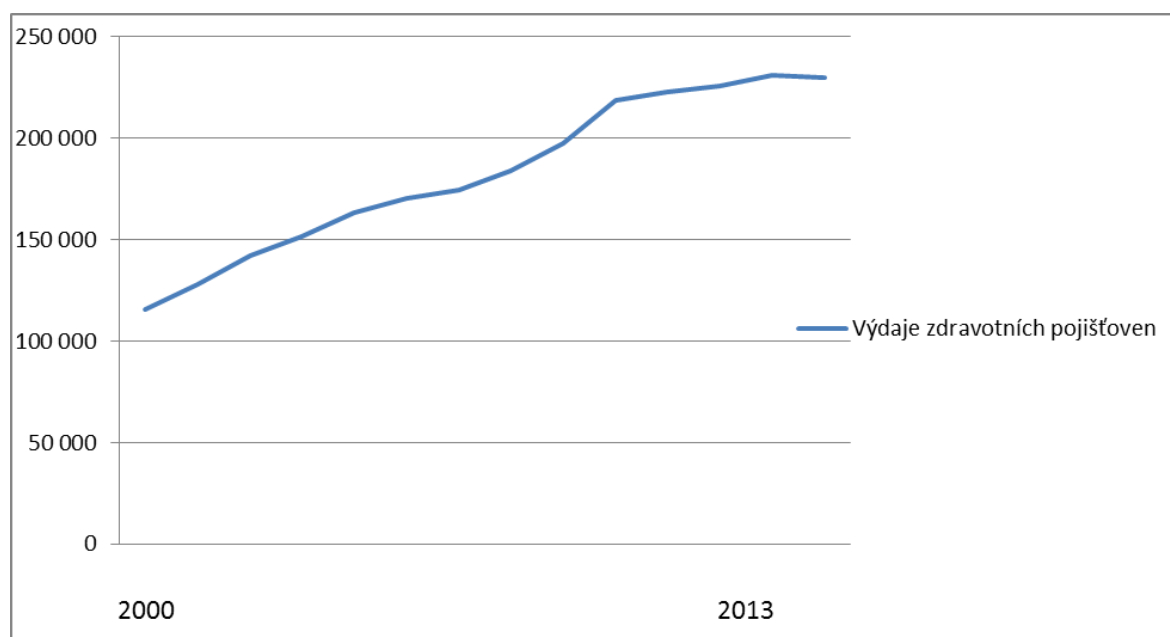
Do celkových výdajů na zdravotní péči jsou zahrnuty náklady např. na kapitační platby registrujících lékařů, návštěvní službu v rámci domácí péče, léky na recept, různé bonusy a příspěvky a také náklady pojišťoven na správu a provoz vlastních organizací. Nejnákladnější skupinou jsou dlouhodobě nemoci oběhové soustavy, kam spadají mimo jiné ischemické choroby srdeční, např. infarkt myokardu, angína pectoris aj., dále cévní nemoci mozku (mrtvice), což jsou jak vysoce nákladná, tak i relativně častá onemocnění.

V souvislosti s technickým pokrokem jsou zaváděny nové nákladnější, ale účinnější metody léčby. Další skupina nákladů tvoří nejrůznější prohlídky (preventivní, zubní, gynekologické,

v těhotenství, oční atd.), laboratorní vyšetření, screeningové vyšetření, očkování, lékařské pozorování, kosmetické výkony, přizpůsobení a seřízení implantovaných nebo protetických pomůcek, dialýza, paliativní péče, chemoterapie a radioterapie, dárcovství orgánů a tkání, hospitalizace novorozenců po porodu dítěte a další.

Celkový růst výdajů zdravotních pojišťoven v období od roku 2000 do roku 2013 je zachycen na grafu uvedeném níže.

Graf 10. Výdaje zdravotních pojišťoven v ČR v letech 2000-2013



Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

Na grafu č. 10 jsou znázorněny výdaje na zdravotnictví, které se neustále zvyšují. Rovněž se tak zvyšují i výdaje zdravotních pojišťoven.

V roce 2000 činily výdaje zdravotních pojišťoven 115 792 mil. Kč. V roce 2013, tedy na konci sledovaného období, byly tyto výdaje na hranici 229 905 mil Kč. Přitom v předchozím roce 2012, dosáhly svého maxima během sledovaného období, a to 231 270 mil. Kč.

Struktura výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči

Struktura výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v období od roku 2000 do roku 2013 je uvedena v tabulce č. 9. Hlavními výdajovými kategoriemi jsou ambulantní péče praktických lékařů, ambulantní péče ostatních specialistů, ústavní péče, stomatologická péče, léky a PZT a ostatní náklady, které zahrnují náklady na lázeňskou péči, léčení v zahraničí, dopravu, záchrannou zdravotnickou službu, péči v ozdravovnách, náklady vůči Centru mezistátních úhrad a ostatní náklady na zdravotní péči.

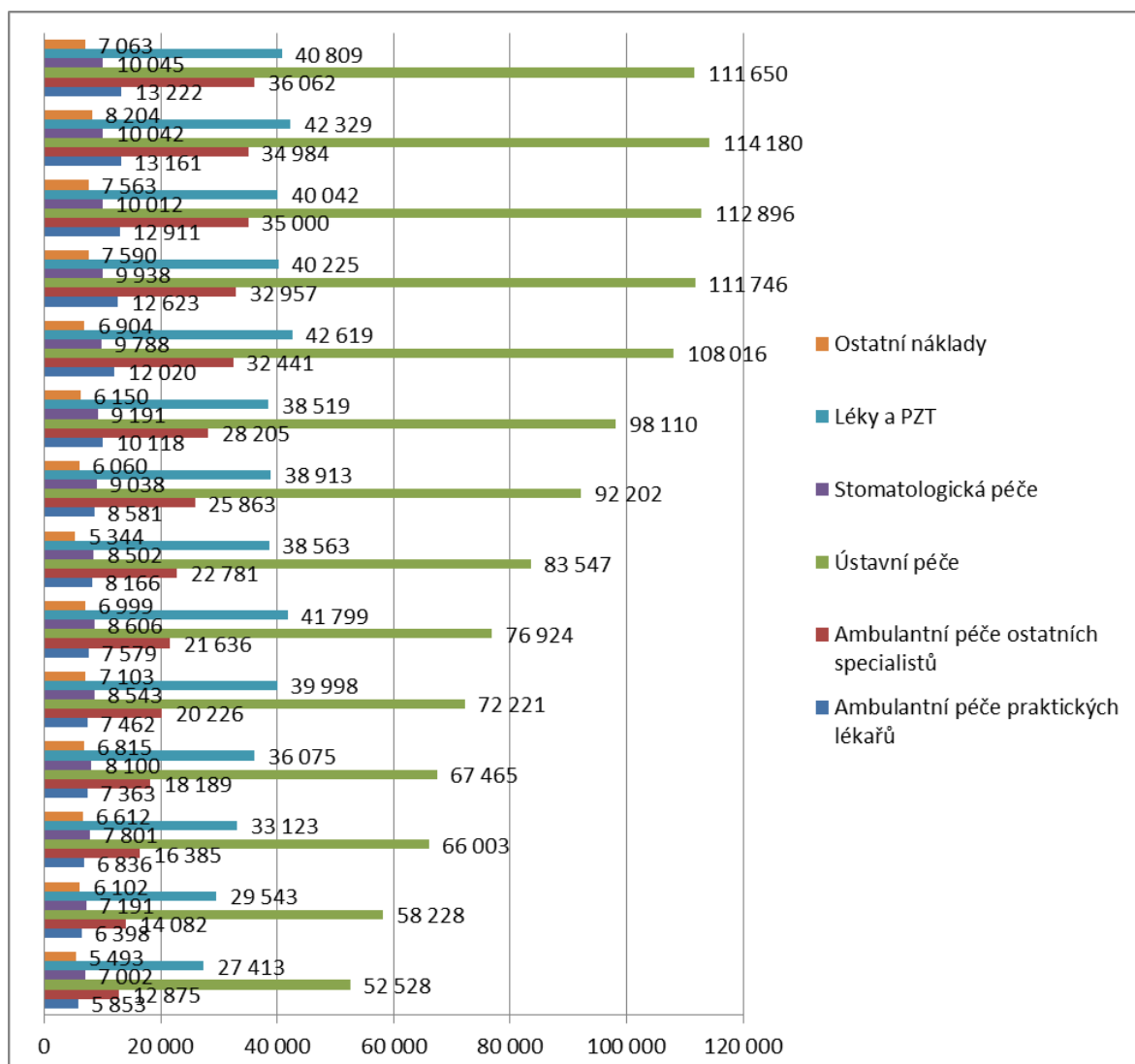
Tabulka 9. Celkové výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR v letech 2000-2013 (v mil. Kč)

Rok	Ambulantní péče praktických lékařů	Ambulantní péče ostatních specialistů	Ústavní péče	Stomatologická péče	Léky a PZT	Ostatní náklady	Celkem
2000	5 853	12 875	52 528	7 002	27 413	5 493	111 164
2001	6 398	14 082	58 228	7 191	29 543	6 102	121 544
2002	6 836	16 385	66 003	7 801	33 123	6 612	136 759
2003	7 363	18 189	67 465	8 100	36 075	6 815	144 008
2004	7 462	20 226	72 221	8 543	39 998	7 103	155 553
2005	7 579	21 636	76 924	8 606	41 799	6 999	163 543
2006	8 166	22 781	83 547	8 502	38 563	5 344	166 902
2007	8 581	25 863	92 202	9 038	38 913	6 060	180 657
2008	10 118	28 205	98 110	9 191	38 519	6 150	190 294
2009	12 020	32 441	108 016	9 788	42 619	6 904	211 789
2010	12 623	32 957	111 746	9 938	40 225	7 590	215 109
2011	12 911	35 000	112 896	10 012	40 042	7 563	218 424
2012	13 161	34 984	114 180	10 042	42 329	8 204	222 900
2013	13 222	36 062	111 650	10 045	40 809	7 063	218 851

Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

Vývoj jednotlivých výdajových kategorií ve sledovaném období je zachycen na grafu níže.

Graf 11. Struktura výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR v letech 2000-2013 (v mil. Kč)



Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

Z uvedeného grafu je patrné, že největším výdajem zdravotních pojišťoven po celé sledované období jsou výdaje na ústavní péči. Do této kategorie patří výdaje na služby poskytované především v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a specializovaných odborných léčebných zařízeních včetně hospiců a nově i zdravotnická péče poskytovaná v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem a týdenních stacionářích.

V roce 2000 činily tyto výdaje 52 528 mil. Kč. Po celou dobu sledovaného období se zvyšovaly až na hodnotu 114 180 mil. Kč v roce 2012. V roce 2013 byl zaznamenán mírný pokles oproti předchozímu roku na 111 650 mil. Kč.

Druhým nejvyšším výdajem zdravotních pojišťoven jsou po celou dobu sledovaného období výdaje na léky a PZT. Tyto výdaje vzrostly z hodnoty 27 413 mil. Kč v roce 2000 na hodnotu 40 809 mil. Kč v roce 2013. Svého maxima, tedy 42 619 mil. Kč, však dosáhly v roce 2009.

Třetí výraznou položkou jsou výdaje na ambulantní péči ostatních specialistů. V roce 2000 činily tyto náklady 12 875 mil. Kč a rostly po celou dobu sledovaného období až na hodnotu 36 062 mil. Kč v roce 2013.

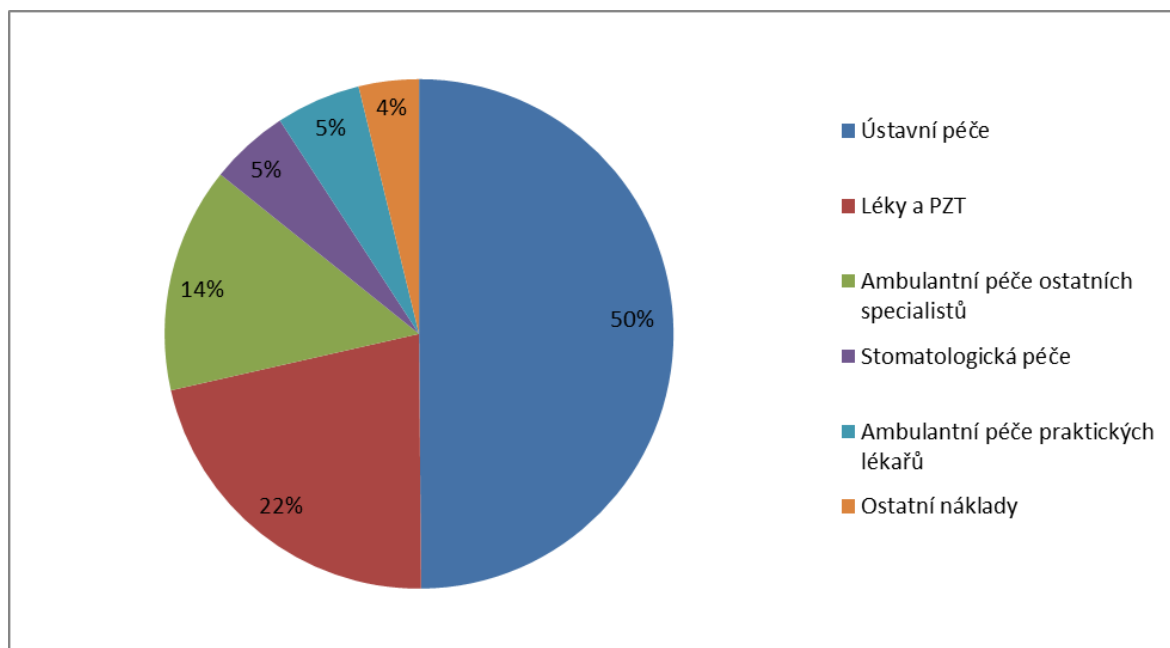
V následující tabulce je uveden průměr daných výdajových skupin během sledovaného čtrnáctiletého období a také celkový nárůst jednotlivých výdajů během tohoto období. Následně je pak v procentech uveden celkový nárůst dané výdajové kategorie vzhledem k celkovému zvýšení nákladů zdravotních pojišťoven.

Tabulka 10. Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven a jejich nárůst v období 2000-2013

Výdaje zdravotních pojišťoven	Průměr	%	Celkový nárůst	%
Ambulantní péče praktických lékařů	9 450	5%	7 369	7%
Ambulantní péče ostatních specialistů	25 120	14%	23 187	22%
Ústavní péče	87 551	50%	59 122	55%
Stomatologická péče	8 843	5%	3 043	3%
Léky a PZT	37 855	22%	13 396	12%
Ostatní náklady	6 714	4%	1 570	1%
Celkem	175 536	100%	107 687	100%

Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

Graf 12. Struktura průměrných nákladů zdravotních pojišťoven v ČR v letech 2000-2013 (v %)

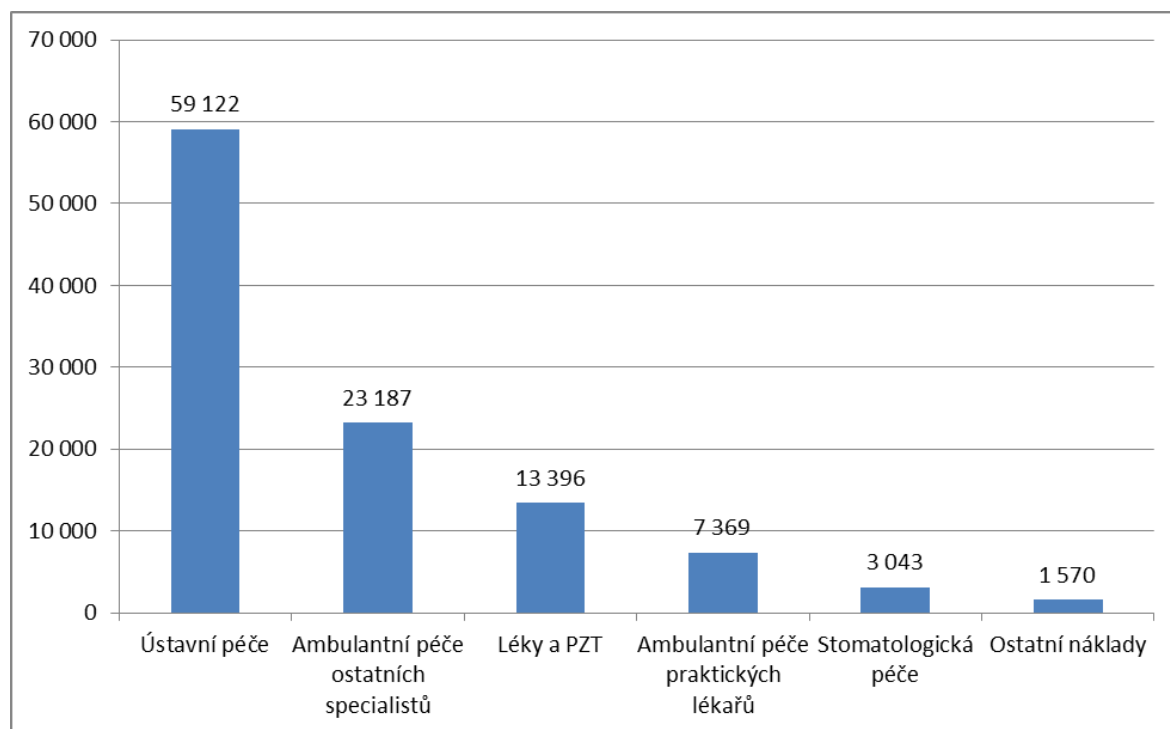


Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

Z grafu je patrné, že v průměru je polovina celkových nákladů zdravotních pojišťoven vynaložena na ústavní péči. Dalších 22 % nákladů je průměrně vynaloženo na léky a PZT. Třetí významnou skupinu tvoří výdaje zdravotních pojišťoven na ambulantní péči ostatních specialistů. Tyto výdaje tvoří průměrně 14 %. Dále je 5 % vynaloženo na stomatologickou péči a na ambulantní péči praktických lékařů. Nejmenší položku ve výdajové struktuře zdravotních pojišťoven, tedy 4 %, tvoří ostatní náklady.

Absolutní nárůst v mil. Kč jednotlivých výdajových skupin je zobrazen na grafu níže.

Graf 13. Absolutní nárůst jednotlivých výdajů zdravotních pojišťoven v letech 2000-2013 (v mil. Kč.)

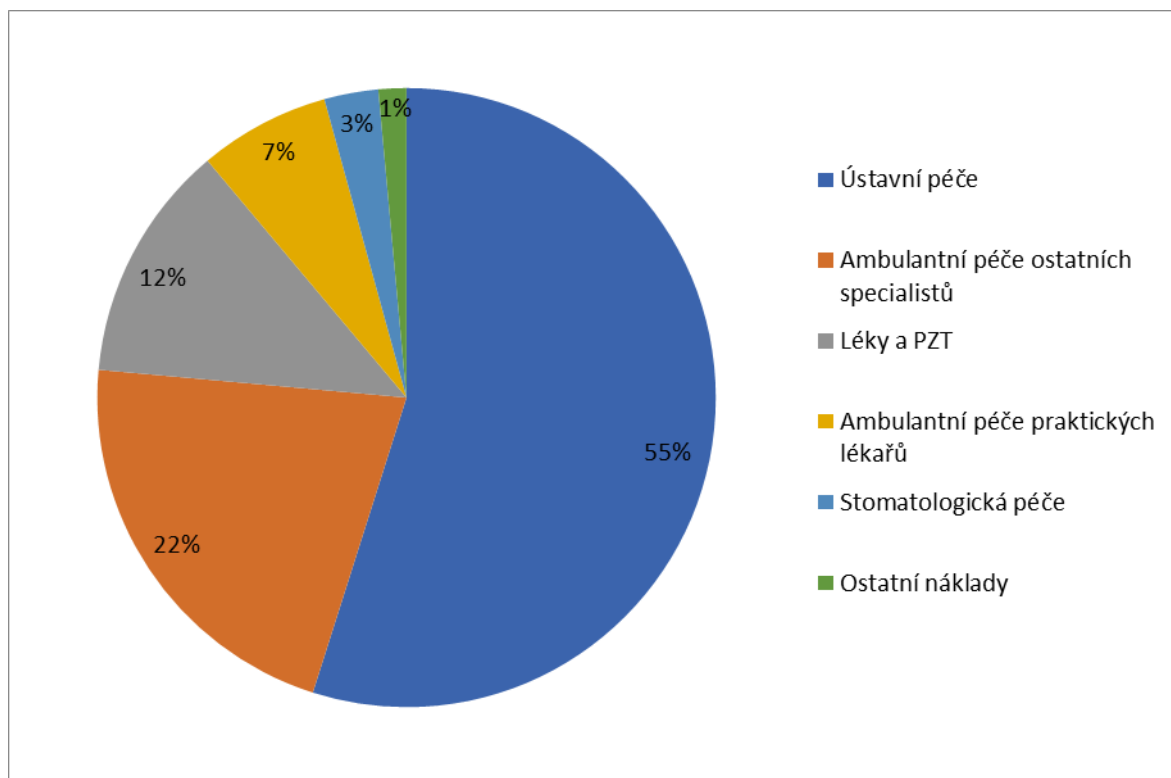


Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

Nejvyšší absolutní nárůst výdajů během sledovaného období byl zaznamenán u skupiny výdajů na ústavní péči. Tyto výdaje vzrostly o 59 122 mil. Kč. Druhý nejvyšší nárůst byl zaznamenán u skupiny výdajů na ambulantní péči ostatních specialistů. Zde činil tento nárůst 23 187 mil. Kč. U skupiny výdajů zdravotních pojišťoven na léky a PZT byl zaznamenán nárůst o 13 396 mil. Kč. Výdaje na ambulantní péči praktických lékařů se za sledované období zvýšily o 7 369 mil. Kč. Nejnižší nárůst byl zaznamenán u stomatologické péče, kde činil nárůst pouze 3 043 mil. Kč, a u ostatních nákladů, kde byl nárůst pouze 1 570 mil. Kč.

V následujícím grafu je vyobrazena stejná problematika v procentech vůči celkovým nákladům.

Graf 14. Výdaje zdravotních pojišťoven v letech 2000-2013



Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

Nejvyšší nárůst během sledovaného období, a to 55 %, byl zaznamenán u výdajů na zdravotní péči. U výdajů na ambulantní péči ostatních specialistů byl zaznamenán nárůst o 22 %. O 12 % vzrostly během sledovaného období výdaje na léky a PZT. Výdaje na ambulantní péči praktických lékařů vzrostly pouze o 7 % a výdaje na stomatologickou péči pouze o 3 %. Nejmenší nárůst, pouze 1 %, byl zaznamenán u ostatních nákladů.

Průměrné náklady zdravotních pojišťoven

Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle věkové struktury a pohlaví obyvatelstva ČR jsou uvedeny v tabulce níže.

Tabulka 11. Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce (v Kč) za rok 2012

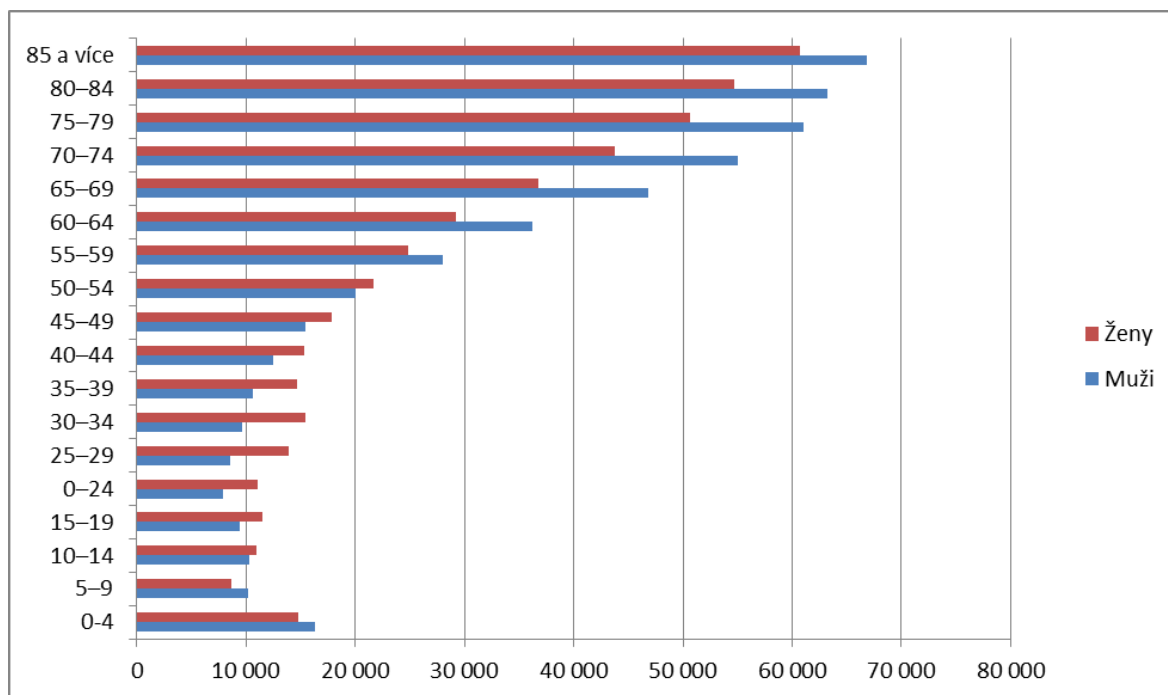
Věková skupina v letech	Muži	Ženy	Celkem
0-4	16 366	14 737	31 103
5-9	10 224	8 623	18 847
10-14	10 289	10 949	21 238
15-19	9 398	11 528	20 926
0-24	7 887	11 021	18 908
25-29	8 604	13 880	22 484
30-34	9 683	15 431	25 114
35-39	10 610	14 718	25 328
40-44	12 456	15 364	27 820
45-49	15 399	17 868	33 267
50-54	20 024	21 709	41 733
55-59	28 033	24 874	52 907
60-64	36 248	29 183	65 431
65-69	46 807	36 747	83 554
70-74	54 979	43 739	98 718
75-79	61 022	50 649	111 671
80-84	63 194	54 724	117 918
85 a více	66 791	60 721	127 512

Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

Obecně lze říci, že výdaje na zdravotní péči rostou spolu s věkem a v jednotlivých věkových skupinách se jejich výše liší i v závislosti na pohlaví. Od 35. roku věku se průměrné výdaje na jednoho pojištěnce v dané věkové skupině zvyšují s narůstajícím věkem. U mladších ročníků obou pohlaví jsou často průměrné výdaje na jednoho pojištěnce v dané věkové skupině ovlivněny nabídkou zdravotních pojišťoven na očkování nebo preventivní programy.

Výše uvedená data jsou zobrazena podle věkové struktury a podle pohlaví na grafu níže.

Graf 15. Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle pohlaví a věku



Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

Z hlediska věku je patrné, že průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči obyvatel ČR se s rostoucím věkem v postproduktivním věku rapidně zvyšují. Po narození, tedy ve věkové skupině od 0 do 4 let, jsou průměrné náklady 16 366 Kč u mužů a 14 737 Kč. Předpokládá se, že zvýšené náklady na péči v tomto období těsně po narození souvisí s vysokými náklady související se smrtí v tomto věku. V České republice je Ministerstvem zdravotnictví doporučen minimálně 72 hodinový pobyt novorozence v porodnici. Toto období je nejpříznivější doba pro sledování novorozence a diagnostiku závažných onemocnění v raném věku. Provádí se screeningová vyšetření a očkování proti tuberkulóze.

Standardně jsou novorozenci v okolních evropských zemích propouštěni do domácí péče do 24 hodin po narození. V období prvního roku života musí děti absolvovat celkem 8 preventivních prohlídek u svého praktického lékaře pro děti a dorost.

V následujícím období života, tedy ve věku od 5 do 9 let, se tyto náklady u obou pohlaví snižují téměř o polovinu. Ve věku od 40 do 44 let života se tyto náklady vrací na stejnou úroveň jako při narození, avšak zde jsou náklady vyšší u žen než u mužů. V tomto věku činí průměrné náklady u mužů 12 456 Kč a u žen 15 364 Kč. V následujících letech života dochází více jak k trojnásobnému nárůstu do věku 85 let a více. V tomto věku činí průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči u žen 60 721 Kč a dokonce 66 791 Kč u mužů. Vysoký rozdíl je patrně způsoben odlišnou střední délkou života podle pohlaví.

Z hlediska pohlaví jsou náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči od narození do 9 let života vyšší u mužů než u žen. Od hranice 10 let jsou tyto náklady vyšší u žen než u mužů, a to až do věku 54 let. Nárůst je způsoben pravidelnou preventivní gynekologickou péčí o ženy v reprodukčním věku. Zvýšenými náklady na péči o ženy v období těhotenství.

Od 55 roku života opět začínají převyšovat průměrné náklady na zdravotní péči u mužů nad náklady zdravotní péči u žen. Od 60 roku života jsou tyto rozdíly značné.

4.1.4 Analýza systému veřejného zdravotního pojištění v ČR

V následující tabulce jsou uvedeny celkové příjmy ze zdravotního pojištění a celkové výdaje zdravotního pojištění v ČR v letech 2000 až 2013. Následně je zde uvedeno vzájemné saldo těchto dvou ukazatelů systému veřejného zdravotního pojištění.

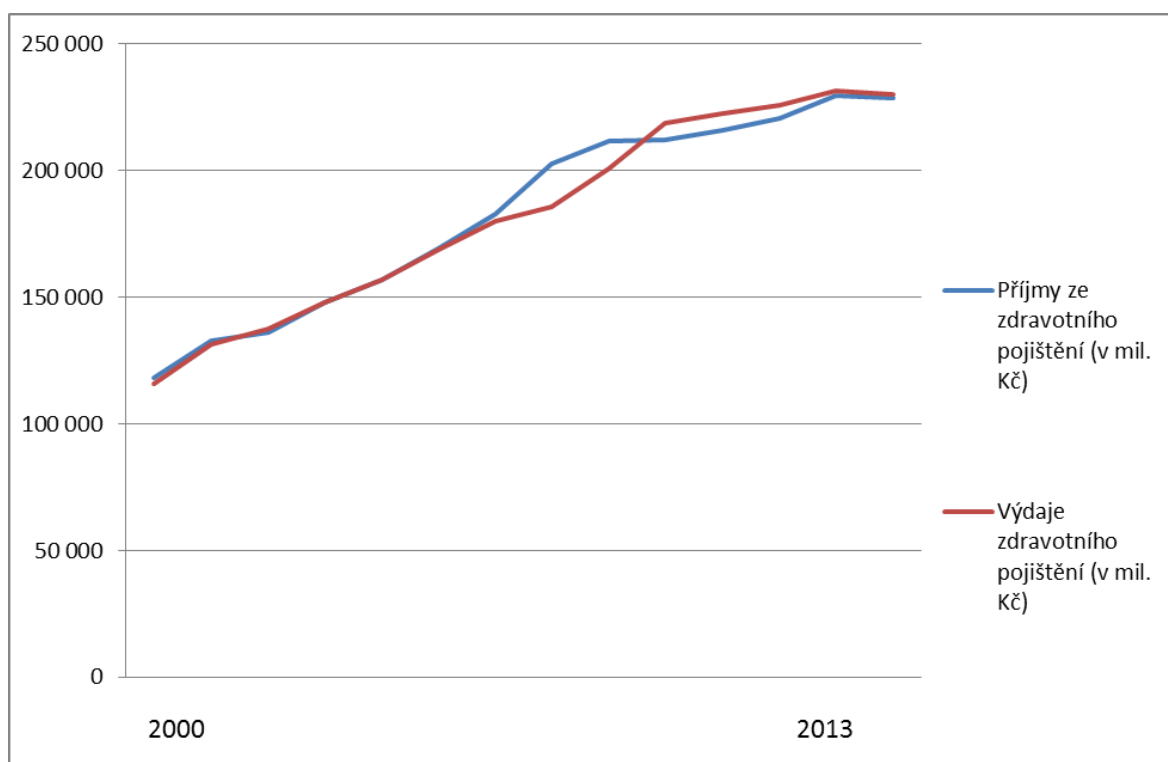
Tabulka 12. Celkové příjmy ze zdravotního pojištění a celkové výdaje zdravotního pojištění v ČR v letech 2000-2013

Rok	Příjmy ze zdravotního pojištění (v mil. Kč)	Výdaje zdravotního pojištění (v mil. Kč)	Saldo příjmů a výdajů (v mil. Kč)
2000	118 040	115 919	2 121
2001	132 560	131 136	1 424
2002	136 288	137 487	-1 199
2003	147 860	147 736	124
2004	157 053	156 811	242
2005	168 881	168 417	464
2006	182 833	180 011	2 822
2007	202 808	185 610	17 198
2008	211 360	200 592	10 768
2009	212 199	218 630	-6 431
2010	215 615	222 500	-6 885
2011	220 391	225 547	-5 156
2012	229 733	231 437	-1 704
2013	228 568	229 905	-1 337

Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

Vývoj těchto ukazatelů v jednotlivých letech během sledovaného období 2000 až 2013 je zachycen na grafu níže.

Graf 16. Vývoj výdajů a příjmů zdravotního pojištění v ČR v letech 2000-2013



Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

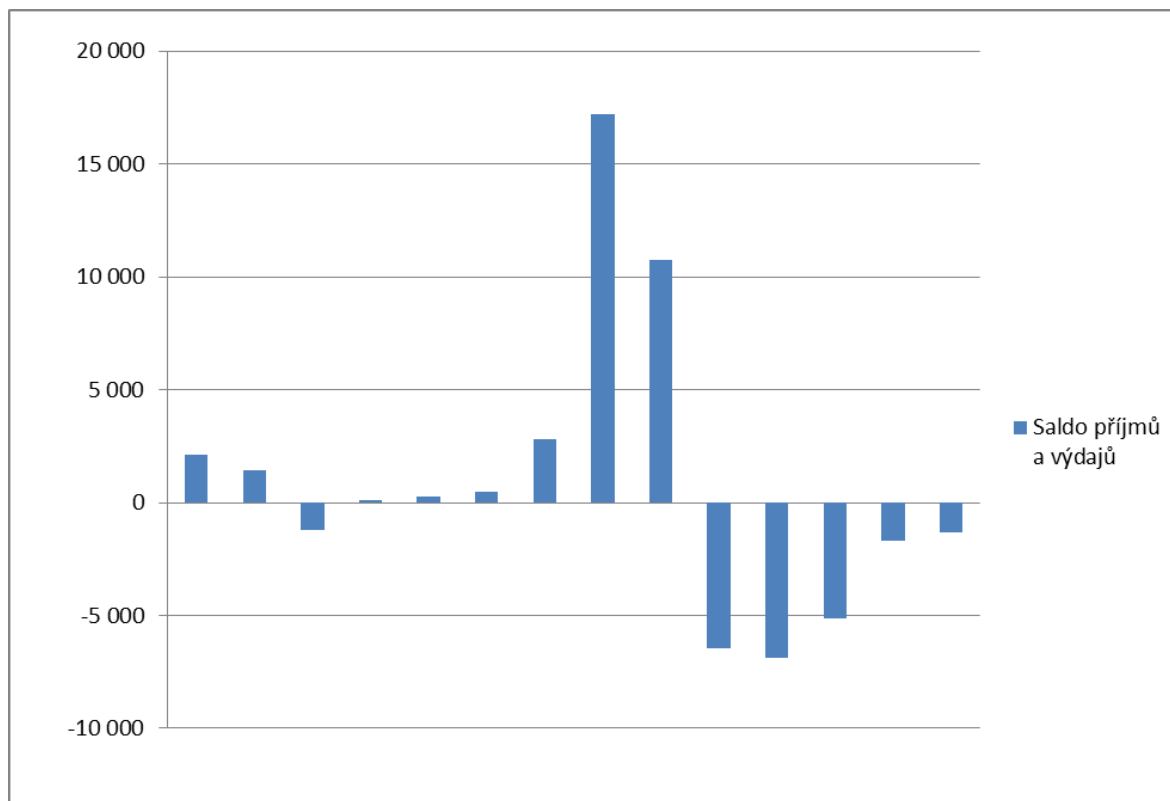
Na grafu č. 16 jsou zobrazeny výdaje na zdravotní pojištění, tak i příjmy ze zdravotního pojištění. Z dlouhodobého hlediska mají oba ukazatele rostoucí trend.

Nejvyšší rozdíl mezi příjmy a výdaji, tedy kladné saldo v hodnotě 17 198 mil. Kč bylo zaznamenáno v roce 2007.

Na grafu je znázorněn především fakt, že od počátku sledovaného období, tedy od roku 2000, převyšovaly příjmy ze zdravotního pojištění náklady na zdravotní pojištění, a to až do roku 2008. Jedinou výjimkou byl během tohoto období rok 2002, kdy výdaje byly o 1 199 mil. Kč vyšší než příjmy v tomtéž roce. Od roku 2009 však již výdaje na zdravotní pojištění převyšují příjmy ze zdravotního pojištění.

Přehled hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění, tedy saldo příjmů a výdajů během sledovaného období je uveden na grafu níže.

Graf 17. Přehled hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění v ČR v letech 2000 - 2013



Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2005, 2009, 2014)

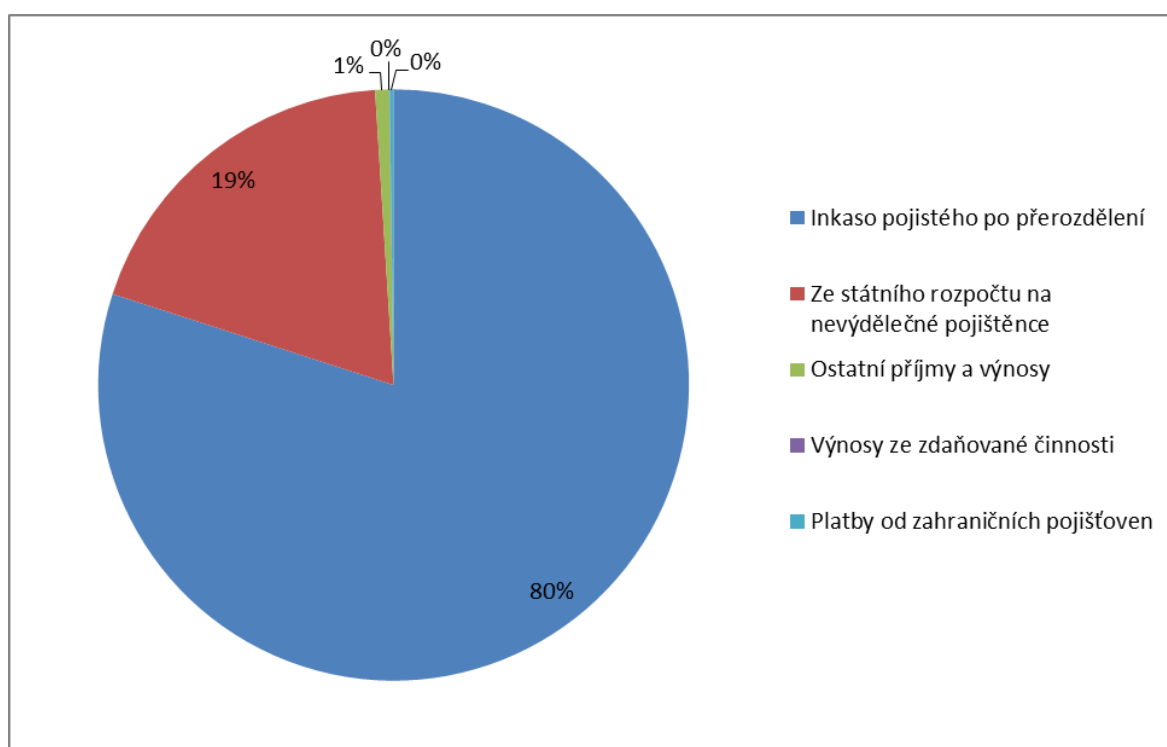
V roce 2007 bylo v ČR zaznamenáno nejvyšší kladné saldo veřejného zdravotního pojištění. V následujícím roce 2008 byl taktéž zaznamenán převis příjmů nad náklady veřejného zdravotního pojištění a to o 10 768 mil Kč.

V roce 2009 se však situace změnila a náklady začaly převyšovat příjmy z veřejného zdravotního systému. V tomto roce bylo zaznamenáno záporné saldo v hodnotě 6 431 mil. Kč. V následujícím roce, tedy v roce 2010, nabylo toto záporné saldo ještě vyšší hodnoty 6 885 mil. Kč. V následujících letech se postupně záporné saldo systému veřejného zdravotního pojištění snižovalo až na hodnotu 1 337 mil. Kč v posledním sledovaném roce 2013.

Výše uvedené ukazatele systému veřejného pojištění v sobě zahrnují jednotlivé položky, které tvoří jejich strukturu. Příjmy veřejného pojištění jsou tvořeny z inkasa pojistného po přerozdělení, ze státního rozpočtu na nevýdělečné pojištěnce, ostatních příjmů a výnosů, z výnosů ze zdaňované činnosti a z plateb od zahraničních pojišťoven. Výdaje zdravotního pojištění tvoří výdaje na zdravotní péči, provozní režie a náklady na zdaňovanou činnost a platby za zdravotnické služby pro cizince.

Struktura příjmů veřejného zdravotního pojištění je uvedena v procentech z posledního sledovaného roku 2013 v grafu níže.

Graf 18. Struktura příjmů veřejného zdravotního pojištění

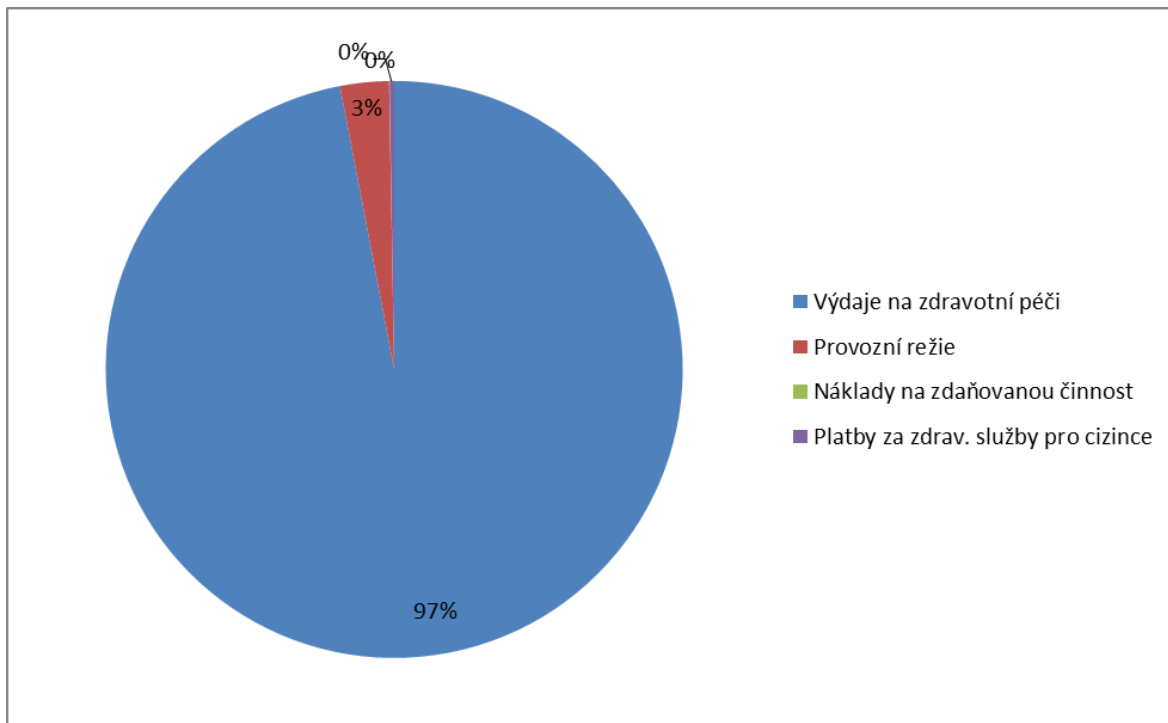


Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2014)

Z uvedeného grafu je patrné, že 80 % příjmů do systému veřejného zdravotního pojištění plyne z inkasa pojistného. Zbylých 19 % plyne do tohoto systému ze státního rozpočtu z pojištění pro nevýdělečné pojištěnce. Ostatní příjmy a výnosy činí pouze 1 %. Položky výnosy ze zdaňované činnosti a platby od zahraničních pojišťoven jsou v tomto systému v porovnání s ostatními zanedbatelné.

Struktura výdajů veřejného zdravotního pojištění je uvedena v procentech z posledního sledovaného roku 2013 v grafu níže.

Graf 19. Struktura výdajů veřejného zdravotního pojištění



Zdroj: Vlastní zpracování podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (2014)

Z výše uvedeného grafu je patrné, že většina výdajů systému veřejného zdravotního pojištění plyne do skupiny výdajů na zdravotní péči, která byla již blíže analyzována v předchozí podkapitole 4.1.3. Tyto výdaje tvoří 97 % ze všech výdajů. Zbývá 3 % tvoří výdaje ve skupině provozní režie. Náklady na zdaňovanou činnost a platby za zdravotnické služby pro cizince jsou vzhledem k ostatním výdajům zanedbatelné.

4.2 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

4.2.1 Charakteristika Zaměstnanecké pojišťovny Škoda

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ) byla zřízena ke dni 15. 10. 1992 na základě žádosti podané firmou ŠKODA, automobilová akciová společnost (nyní ŠKODA AUTO, a.s.) Mladá Boleslav. V souvislosti se změnami legislativních podmínek se ZPŠ postupně vyvinula v regionální zdravotní pojišťovnu se stabilizovanou klientelou a silnou vazbou na zakladatelskou firmu ŠKODA AUTO, a.s.

V současné době má ZPŠ sídlo v Mladé Boleslavi a pobočky v Rychnově nad Kněžnou a Vrchlábí a také kontaktní místa v Jilemnici, Kvasinách, Nymburce a Liberci. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda je otevřená široké veřejnosti a jejím pojištěncem se může stát každý občan České republiky či pracovník firmy se sídlem na území České republiky.

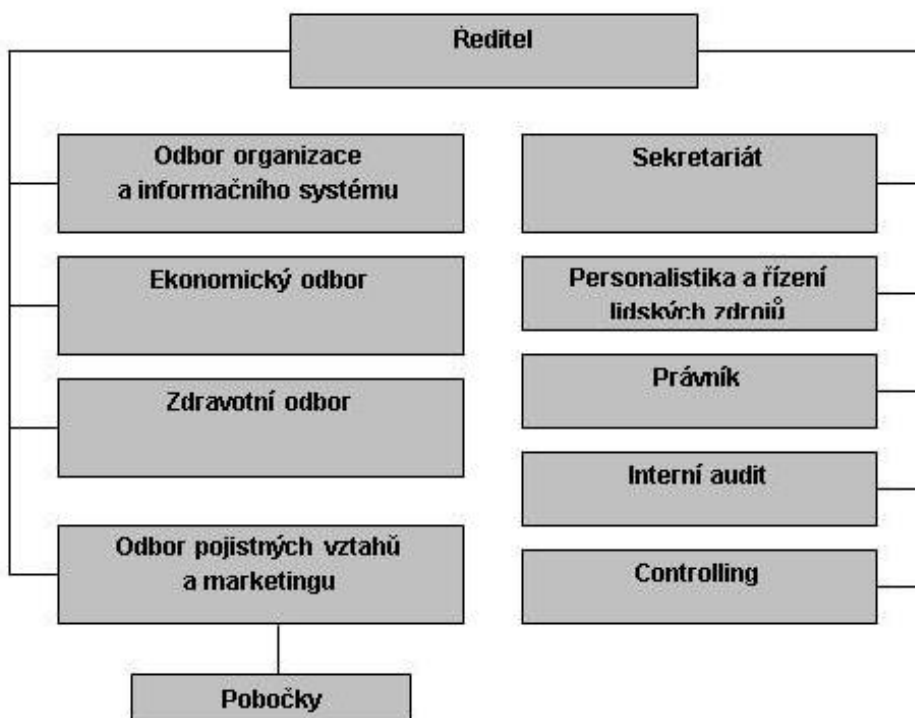
Již od okamžiku svého vzniku si ZPŠ získala dobré jméno díky maximálnímu úsilí poskytovat pojištěncům kvalitní služby v rámci možností daných platnou legislativou a zdravotně pojistným plánem. V oblasti péče o zdraví pojištěnců se ZPŠ zaměřuje jak na úhradu zdravotních výkonů, tak i na zdravotní programy a další preventivní akce, jejichž cílem je předcházet vzniku závažných onemocnění a tím i poškození zdraví.

ZPŠ postupně vybudovala dostatečnou a kvalitní síť poskytovatelů zdravotních služeb, která zabezpečuje pojištěncům dostupnost zdravotních služeb ve všech odbornostech, včetně specializovaných pracovišť.

ZPŠ dbá na včasnou úhradu svých závazků a v rámci zajištění dostatečného množství potřebných finančních prostředků. Dále se ZPŠ zaměřuje na důsledné vybírání pojistného, pravidelné kontroly výběru pojistného a kontroly účtů od smluvních partnerů.

Cílem veškerých aktivit ZPŠ je především spokojenost pojištěnce, občana regionu, kde pojišťovna působí a také budování a udržování korektních vztahů se svými smluvními partnery. Po více než dvaceti letech zůstává se svými necelými 143 000 pojištěnci nejmenší na trhu. Schéma pojišťovny je uvedeno na obrázku viz. níže.

Obrázek 3. Schéma ZPŠ



Zdroj: Vlastní zpracování (dle ZPŠ)

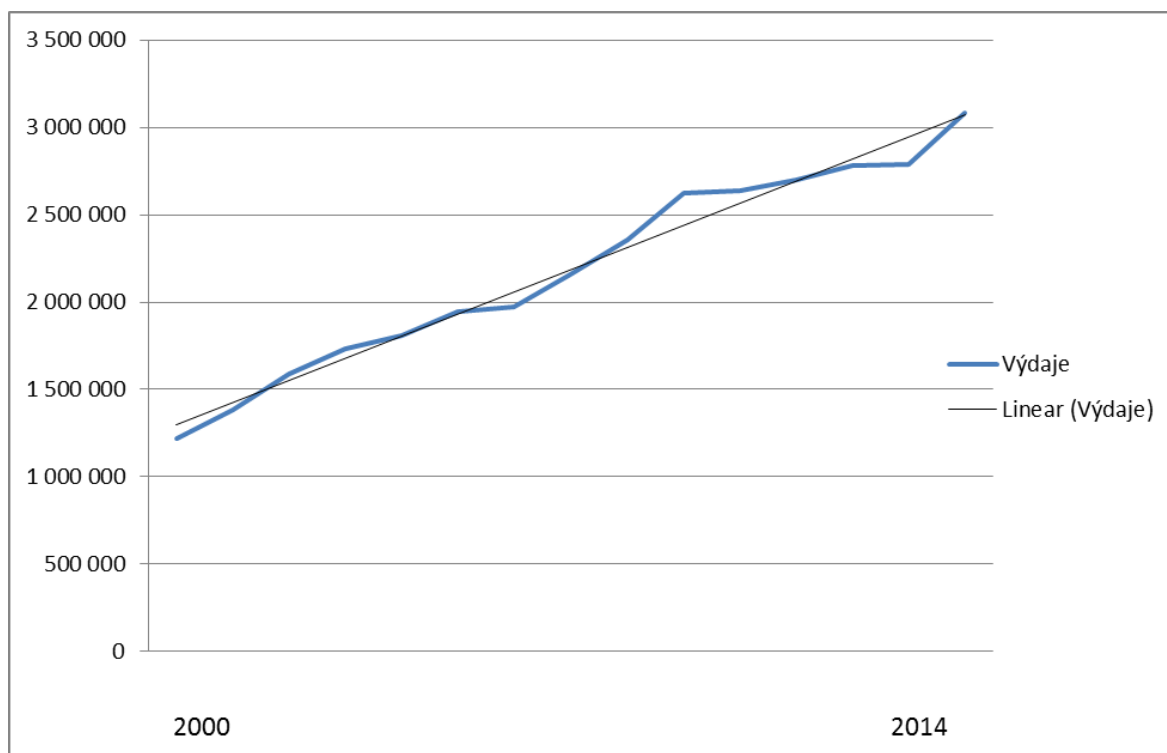
4.2.2 Analýza hospodaření Zaměstnanecké pojišťovny Škoda

Na základě dat získaných z Výročních zpráv ZPŠ je vypracována analýza výdajů a příjmů ZPŠ za období od roku 2000 do roku 2014. ZPŠ je povinna ve svých výročních zprávách uveřejňovat výsledky hospodaření v rámci Základního fondu zdravotního pojištění. Jsou zde uvedeny příjmy a výdaje za sledované období podle § 1 odst. 7 vyhlášky o fondech.

Vývoj výdajů Zaměstnanecké pojišťovny Škoda

Na grafu č. 20 je zaznamenán trend výdajů ZPŠ ve sledovaném období.

Graf 20. Trend výdajů ZPŠ v letech 2000-2014 (v tis. Kč)



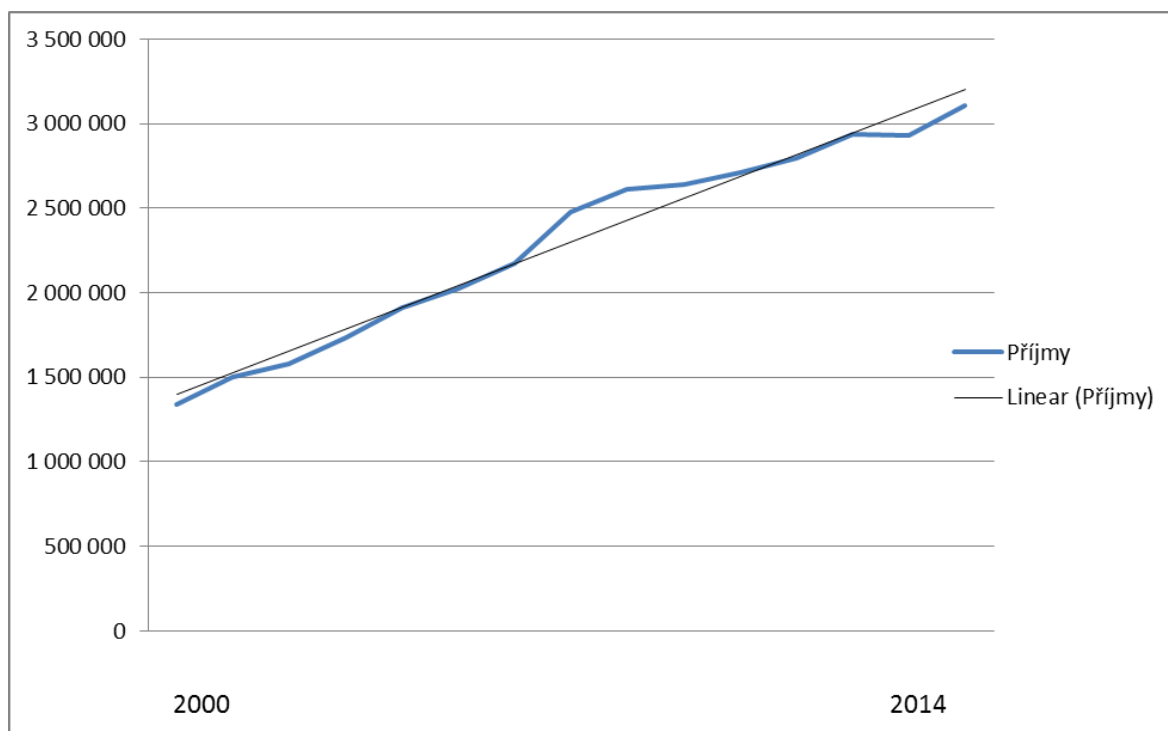
Zdroj: Vlastní zpracování podle Výroční zprávy ZPŠ (2000-2014)

Z uvedeného grafu je patrné, že výdaje ZPŠ mají výrazný rostoucí trend. Během sledovaného období vzrostly výdaje ZPŠ na zdravotní péči téměř trojnásobně, a to z hodnoty 1 216 552 tis. Kč v roce 2000 na hodnotu 3 082 422 tis. Kč v roce 2014.

Vývoj příjmů Zaměstnanecké pojišťovny Škoda

Jak již bylo analyzováno výše, příjmy zdravotních pojišťoven se skládají ze dvou hlavních složek, a to odvodů z pojistného na veřejné zdravotní pojištění a z plateb za státem hrazené pojištění. Příjmy ZPŠ v letech 2000 až 2014 jsou uvedeny v grafu č. 21.

Graf 21. Trend příjmů ZPŠ v letech 2000-2014 (v tis. Kč)



Zdroj: Vlastní zpracování podle Výroční zprávy ZPŠ (2000-2014)

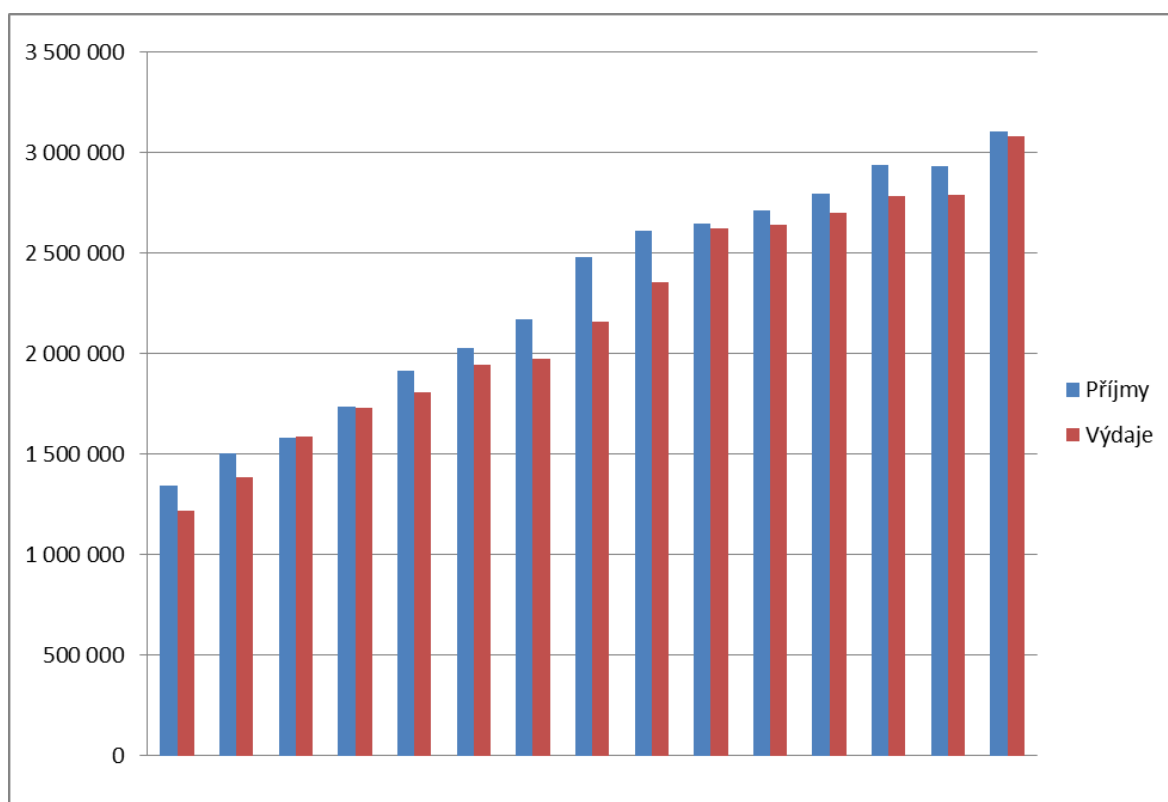
Stejně tak jako výdaje, rostou současně i příjmy ZPŠ téměř trojnásobně. V roce 2000 dosahovaly příjmy 1 341 671 tis. Kč, zatímco v roce 2014 dosahovaly již hodnoty 3 105 758 tis. Kč.

Porovnání příjmů a výdajů ZPŠ

Jak již bylo řečeno, cílem zdravotní pojišťovny je nejen uspokojit potřeby svých zákazníků neboli pojištěnců, ale i zachování vyrovnaného hospodářského výsledku. Jinými slovy řečeno výdajová stránka by měla být totožná se stránkou příjmovou.

Porovnání výdajů a příjmů ZPŠ během sledovaného období v letech 2000 až 2014 je uvedeno v grafu níže.

Graf 22. Porovnání výdajů a příjmů ZPŠ v letech 2000-2014



Zdroj: Vlastní zpracování podle Výroční zprávy ZPŠ (2000-2014)

Z uvedeného grafu je patrné, že při hospodaření ZPŠ příjmy téměř vždy převyšovaly náklady a hospodářský výsledek byl tak kladný. Jediným rokem, kdy bylo dosaženo záporného hospodářského výsledku během sledovaného období, byl rok 2002. V tomto roce ZPŠ hospodařila se ztrátou 4 840 tis. Kč.

4.3 Vývoj počtu obyvatel v ČR

Při použití dat Českého statistického úřadu pro predikci vývoje obyvatelstva v následujících obdobích, která zde byla uvedena v kapitole 4.1.1. je možné predikovat budoucí výdaje z důvodu narůstajícího počtu obyvatel 65 let a starších.

Použitá data pro regresní analýzu jsou uvedena v tabulce níže.

Tabulka 13. Vstupní data pro regresní analýzu - počet obyvatel ČR

Rok	Počet obyvatel v ČR
X	Y
2011	10487000
2012	10505000
2013	10516000
2014	10512000
2015	10538000
2016	10554000
2017	10569000
2018	10583000
2019	10596000
2020	10608000

Zdroj: Vlastní zpracování (dle MF ČR)

Regresní analýzou zjišťujeme závislost proměnné Y, tedy počtu obyvatel v ČR na nezávislou proměnnou X, tedy období.

Výsledky regresní analýzy jsou uvedeny v tabulce níže.

Tabulka 14. Výsledky regresní analýzy

<i>Regresní statistika</i>								
Násobné R	0,991364382							
Hodnota spolehlivosti R	0,982803338							
Nastavená hodnota spolehlivosti R	0,980653755							
Chyba stř. hodnoty	5787,394871							
Pozorování	10							
	Koeficienty	Chyba stř. hodnoty	t Stat	Hodnota p	Dolní 95%	Horní 95%	Dolní 99,0%	Horní 99,0%
Hranice Soubor X	-16912860,61	1284219,867	13,1697547	1,05213E-06	-19874276,1	13951444,28	19874276,93	13951444,28
1	13624,24242	637,1712048	21,3823888	2,40793E-08	12154,92299	15093,56186	12154,92299	15093,56186

Zdroj: Vlastní zpracování

4.4 Zhodnocení vlivů stárnutí populace na zdravotní pojišťovnu ZPŠ

Pro vyhodnocení výsledků získaných na základě předchozích analýz a identifikování vlivů a dopadů stárnutí populace na pojišťovnu ZPŠ je zde využito statistické metody regresní analýzy.

V předchozích analýzách bylo prokázáno stárnutí populace a rostoucí trend výdajů zdravotní pojišťovny ZPŠ.

Prostřednictvím využití regresní analýzy je možné odhalit závislost zvyšujících se výdajů ZPŠ na zdravotní péči na stárnutí populace obyvatelstva České republiky.

4.4.1 Vstupní data

Použita data pro regresní analýzu jsou uvedena v tabulce níže.

Tabulka 15. Vstupní data pro regresní analýzu

Rok	Počet obyvatel 65+	Výdaje ZPŠ (v tis. Kč)
Proměnná	X	Y
2000	1 423 003	1 216 552
2001	1 414 557	1 385 434
2002	1 417 962	1 586 179
2003	1 423 192	1 729 704
2004	1 434 630	1 809 482
2005	1 456 391	1 946 300
2006	1 482 437	1 971 723
2007	1 512 834	2 160 335
2008	1 556 152	2 354 325
2009	1 598 883	2 624 840
2010	1 635 826	2 639 429
2011	1 701 436	2 701 304
2012	1 767 618	2 780 622
2013	1 825 544	2 790 894
2014	1 880 406	3 082 422

Zdroj: Vlastní zpracování

4.4.2 Regresní analýza

Regresní analýza zkoumá závislost proměnné Y, tedy výdajů ZPŠ, na nezávislé proměnné X, tedy počtu obyvatel starších 65 let.

Výsledky regresní analýzy jsou uvedeny v tabulce níže.

Tabulka 16. Výsledky regresní analýzy

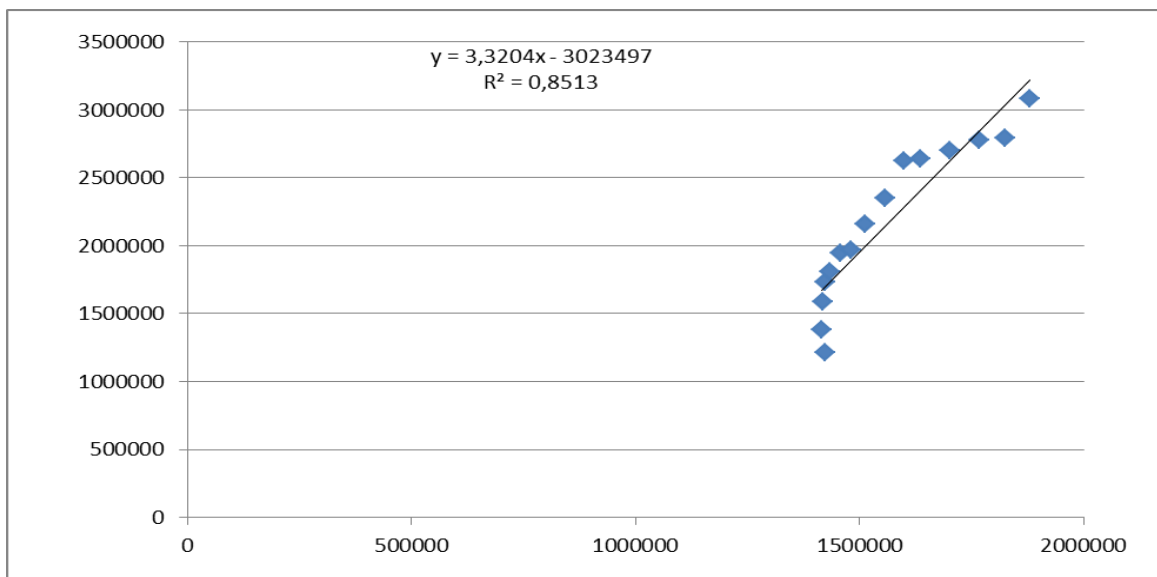
<i>Regresní statistika</i>								
Násobné R	0,922650835							
Hodnota spolehlivosti R	0,851284563							
Nastavená hodnota spolehlivosti R	0,839844914							
Chyba stř. hodnoty	229635,1636							
Pozorování	15							

	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>	<i>Dolní 99,0%</i>	<i>Horní 99,0%</i>
Hranice	-3023498	606722,98	-4,983325	0,0002502	-4334243	-1712752	-4851115	-1195881
Soubor X								
1	3,3204046	0,3849107	8,6264285	9,704E-07	2,4888556	4,1519536	2,1609474	4,4798618

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf vyjadřující závislost výdajů ZPŠ na počtu obyvatel starších 65 let je uveden níže.

Graf 23. Závislost výdajů ZPŠ na počtu obyvatel starších 65 let



Zdroj: Vlastní zpracování

Byla prokázána závislost, která je vyjádřena lineárním regresním modelem ve tvaru:

$Y = 3,3204 X - 3023497$ při koeficientu determinace 0,8513.

5 Výsledky a doporučení

5.1 Výsledky 1

Byl prokázán pozvolný nárůst, který je vyjádřen lineárním regresním modelem ve tvaru:

$$Y = 13624,24 X - 16912860,61 \text{ při koeficientu determinace } 0,98.$$

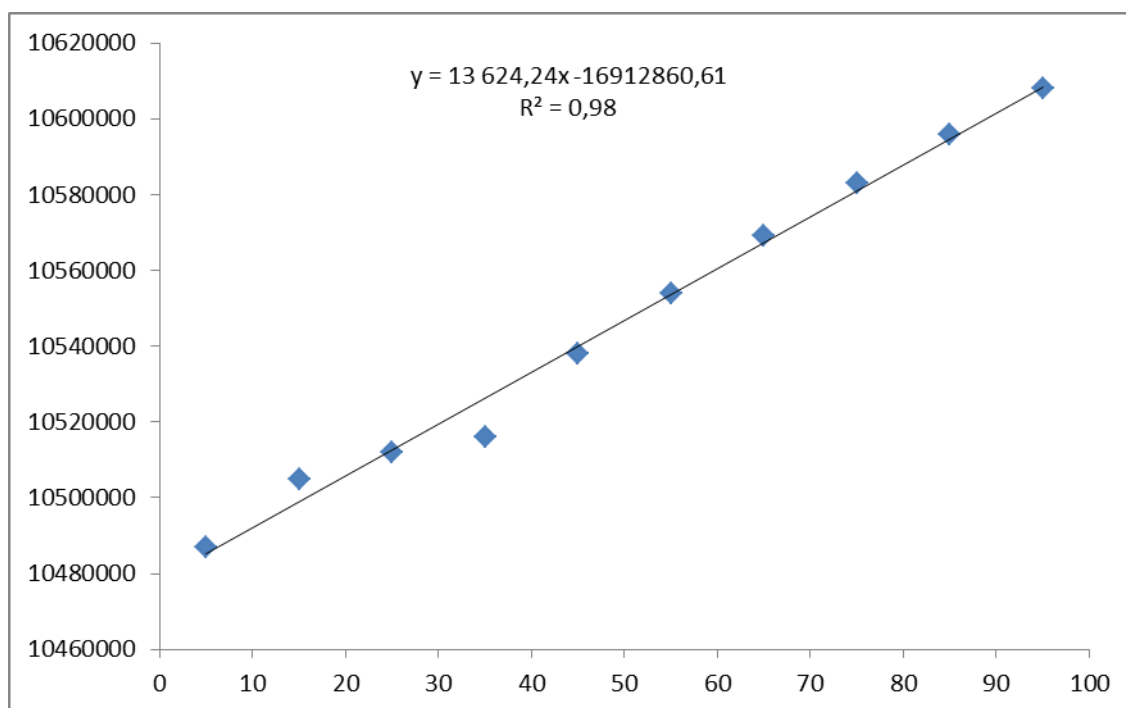
Pomocí tohoto modelu lze dále odhadnout vývoj počtu obyvatel v ČR pro roky 2025 a 2035.

$$Y = 13624,24 \times 2025 - 16912860,61 = 10676230 \text{ obyvatel}$$

$$Y = 13624,24 \times 2035 - 16912860,61 = 10812473 \text{ obyvatel}$$

Graf vývoje počtu obyvatel ČR je uveden níže.

Graf 24. Vývoj počtu obyvatelstva v ČR 2011 - 2020



Zdroj: Vlastní zpracování

Dle dat Českého statistického úřadu pro predikci vývoje obyvatelstva v následujících obdobích, která zde byla uvedena v kapitole 4.1.1. je možné predikovat, že v roce 2020 bude

v ČR 20,1 % , v roce 2025 21,7 % a v roce 2035 24,5 % obyvatel starších 65 let. Počet osob starších 65 let v těchto letech je uveden v tabulce viz. níže.

Tabulka 17. Predikce počtu obyvatel 65 let a starších v letech 2020-2035

Rok	Počet obyvatel v ČR	Věkové struktura v % (65 a starší)	Predikce počtu obyvatel v ČR (65 a starší)
2020	10608000	20,1	2132208
2025	10676230	21,7	2316742
2035	10812473	24,5	2649056

Zdroj: Vlastní zpracování

Dle výše uvedených výsledků predikce vývoje obyvatelstva v následujících obdobích lze odhadnout výdaje pro stanovené roky 2020, 2025 a 2035. Závislost výše nákladů na počtu osob starších 65 let byla v kapitole 4.4.2 vyjádřena lineárním regresním modelem ve tvaru:

$$Y = 3,3204 X - 3023497 \text{ při koeficientu determinace } 0,8513.$$

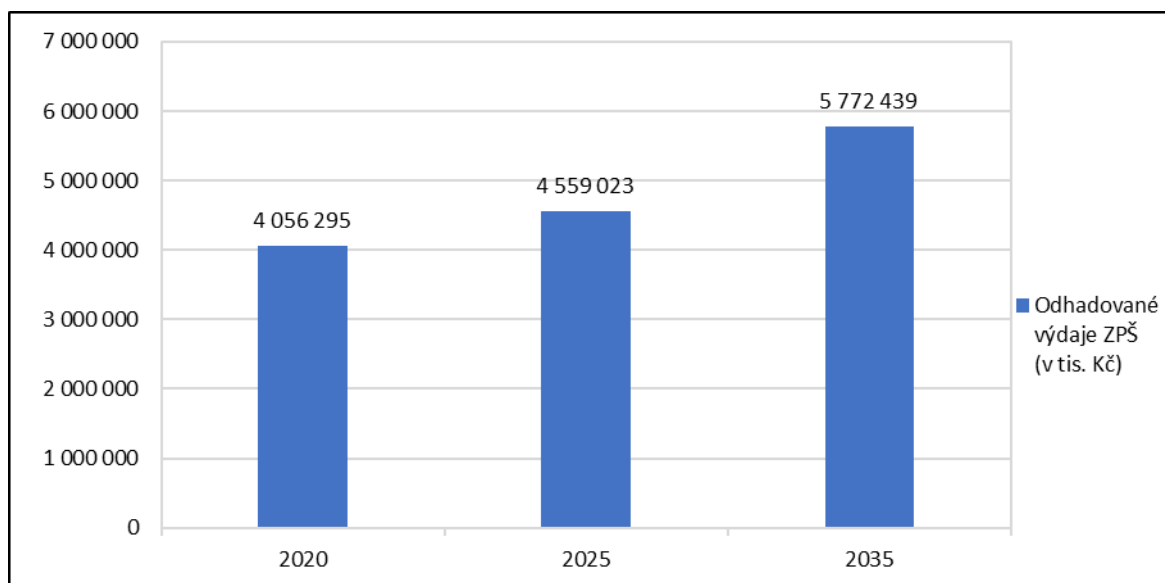
V tomto případě se za X dosadí zjištěný počet obyvatel staších 65 let z tab.19 a pro stanovené roky 2020, 2025, 2035 zjistíme predikci výdajů ZPŠ.

5.2 Výsledky 2

Pokud bude predikce Českého statistického úřadu správná, budou výdaje na zdravotní péči v roce 2020 dosahovat výše 4 056 295 tis. Kč, v roce 2025 budou výdaje dosahovat hodnoty 4 559 023 tis. Kč a o deset let později dokonce 5 772 439 tis. Kč.

Výsledky jsou uvedeny v grafu č. 25.

Graf 25. Predikce výdajů ZPŠ na zdravotní péči



Zdroj: Vlastní zpracování

Jelikož cílem pojišťovny je hospodařit s vyrovnaným hospodářským výsledkem, je možné odvodit i budoucí příjmy, které je potřeba zajistit pro pojišťovnu, aby byla zajištěna zdravotní péče pro obyvatelstvo České republiky v potřebném množství a kvalitě, musí se odhadované výdaje shodovat s odhadovanými příjmy pojišťovny.

5.3 Návrh možných opatření

Stárnutí populace, tedy zvyšující se počet obyvatel starších 65 let, ovlivňuje zvyšující se náklady zdravotních pojišťoven. Příмым důsledkem toho je i nutnost zvyšování příjmů do zdravotního pojištění, aby bylo umožněno zdravotním pojišťovnám hospodařit s vyrovnanou bilancí.

Možným opatřením, které by přineslo do veřejného zdravotnického systému více prostředků, je zvýšení sazeb veřejného zdravotního pojištění takovým způsobem, aby se vybrané pojistné, tedy příjmy ze zdravotního pojištění, rovnalo potřebným odhadovaným nákladům na zdravotní péči.

Jednou z možností, jak zvýšit celkové příjmy do veřejného zdravotního pojištění je zvýšit nebo alespoň udržet minimální nezaměstnanost. Pouze v případě zaměstnaných osob plyne pojistné na veřejné zdravotní pojištění.

Další možností je zvýšení spoluúčasti osob na financování zdravotní péče, což by přineslo snížení výdajů zdravotních pojišťoven.

6 Závěr

Důležitým výsledkem projekce obyvatelstva je početní velikost obyvatelstva a struktura podle pohlaví věku a pohlaví v průběhu tohoto století. V posledních letech neklesal počet obyvatel České republiky hlavně díky zahraniční migraci.

Dle predikce Českého statistického úřadu bude v České republice v letech 2020-2035, viditelný nárůst vývoje obyvatelstva. Zejména v poproduktivním věku 65 let a starší a to 4,4 %. U předproduktivního a produktivního vývoje je viditelný pokles. Celkově tak bude průběžně klesat podíl ekonomicky aktivních obyvatel v produktivním věku.

V případě, že bude vývoj reprodukčních faktorů (plodnosti, úmrtnosti a migrace) české populace probíhat podle předpokladu projekce, bude se Česká republika v blízké době potýkat s populačním úbytkem.

Z analýzy ukazatele střední délky života ve sledovaném období 2000-2015 vyplývá, že se střední délka života u obyvatele ČR prodloužila o 3,7 let během sledovaného období. A to z hodnoty 75 let v roce 2000 na hodnotu 78,6 let v roce 2015.

Toto stárnutí populace je obecně považováno za hrozbu ekonomického a sociálního vývoje. Zvyšující se střední délka života ukazuje na kvalitnější zdravotní péči, která je obyvatelům ČR poskytována.

V analýze výdajů na zdravotnictví v ČR je zachycen vývoj výdajů na zdravotnictví v ČR v letech 2000–2013 a celkové výdaje na zdravotnictví v jednotlivých letech, ale i podíl těchto výdajů k celkovému HDP v ČR v daném roce. Z uvedených dat je patrné, že výdaje na zdravotnictví mají rostoucí lineární trend.

Zdravotnictví České republiky po roce 2000 výrazně ovlivnila implementace nových technologií. Zaváděním technologicky vyspělejších, ale nákladnějších diagnostických přístrojů, aplikování nových terapií a zahraničních léků. Z vývoje struktury výdajů na zdravotnictví v ČR vyplývá, že odhadnout další vývoj soukromých výdajů a ostatních výdajů veřejných rozpočtů je poměrně obtížné. Tyto složky výdajů jsou závislé hlavně na politických rozhodnutích, která působí na spolufinancování zdravotnictví nejen ze strany státu, ale i občanů.

Výsledkem porovnání struktury veřejných výdajů na zdravotnictví v ČR je patrný trend poklesu výdajů na zdravotnictví ze státního a místních rozpočtů a nárůst výdajů zdravotních pojišťoven.

Z analýzy struktury výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči je patrné, že největším výdajem zdravotních pojišťoven po celé sledované období jsou výdaje na ústavní péči. Do

kategorie patří výdaje na služby poskytované především v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a specializovaných odborných léčebných zařízeních včetně hospiců a nově i zdravotnická péče poskytovaná v domovech pro seniory. Druhým nejvyšším výdajem jsou výdaje na léky a PZT. Třetí výraznou položkou jsou výdaje na ambulantní péči ostatních specialistů.

Z průměrných nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce vyplývá, že výdaje na zdravotní péči rostou spolu s věkem a v jednotlivých věkových skupinách se jejich výše liší i v závislosti na pohlaví. Od 35. roku věku se průměrné výdaje na jednoho pojištěnce v dané věkové skupině zvyšují s narůstajícím věkem. Regresní analýza byla použita pro predikci vývoje obyvatelstva v ČR v následujících letech a k výpočtu predikce zvyšujících se výdajů ZPŠ na zdravotní péči v letech 2020, 2025, 2030.

Podrobněji bylo stárnutí populace a jeho dopady do oblasti financování zdravotní péče sledováno u vybrané zdravotní pojišťovny. Vybranou zdravotní pojišťovnou je Zaměstnanecká pojišťovna Škoda.

Na základě dat z výročních zpráv ZPŠ byla vypracována analýza výdajů a příjmů ZPŠ za období 2000 až 2014. Během sledovaného období vzrostly výdaje na zdravotní péči téměř trojnásobně. K vyhodnocení výsledků získaných na základě předchozích analýz a identifikování vlivů a dopadů stárnutí populace na pojišťovnu ZPŠ bylo využito statistické metody regresní analýzy. Regresní analýzou byla zkoumána závislost proměnné Y, tedy výdajů ZPŠ na nezávislou proměnnou X, tedy počtu obyvatel starších 65 let. Byla prokázána závislost, která je vyjádřena lineárním regresním modelem.

Výdaje rostou z důvodu dlouhodobého užívání léků, zvyšuje se potřeba zdravotních prostředků, inkontinenčních pomůcek, zdravotních vozíků a polohovacích lůžek atd. Zavádí se nové nákladné medicínské postupy, nové inovativní přípravky, nové technologie pro diagnostiku a léčbu – magnetické rezonance, PET/CT (Pozitron emisní tomografie a počítačová tomografie) a nové technologie diagnostiky léčby. Vysoce inovativní léčebné přípravky, centra biologické léčby. Další nákladnou složkou je rozšíření úhrad péče do pobytových zařízení sociálních služeb.

Technologický pokrok a nově vyvíjené metody včasné diagnostiky včetně ošetřování jsou sice na jedné straně hlavním faktorem nárůstu výdajů, ale na druhé straně dokážou z dlouhodobého hlediska při smysluplném využívání technického pokroku výdaje zdravotních pojišťoven ušetřit. Zvyšující se výdaje mají za následek potřebu zvyšování příjmů do veřejného zdravotního pojištění, a tak bylo navrženo několik opatření, která by v budoucnu měla přinést do systému více prostředků v takové míře, aby odpovídaly odhadovaným

výdajům na potřebnou zdravotní péči v budoucnu. V této práci byla prokázána souvislost stárnutí populace se zvyšujícími se výdaji na zdravotní péči v rámci provedené regresní analýzy.

7 Seznam použitých zdrojů

ARNOLDOVÁ, A. *Sociální zabezpečení I.: sociální zabezpečení v České republice, Posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení*. Praha: Grada, 2012. Aktuální legislativa. ISBN 978-80-247-3724-9

ASPALTER, CH., UCHIDA, Y., GAULD, R. *Health care systems in Europe and Asia*. New York: Routledge, 2012. 200 p. ISBN 978-0-203-15799-2

BARR, Nicolas. *Economics of the welfare state*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press, c2012. 386 s. ISBN 978-0-19-929781-8.

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

BÍLKOVÁ, Diana, Petr BUDINSKÝ a Václav VOHÁNKA. *Pravděpodobnost a statistika*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009. ISBN 978-80-7380-224-0.

BUDÍKOVÁ, Marie, Maria KRÁLOVÁ a Bohumil MAROŠ. *Průvodce základními statistickými metodami*. Praha: Grada, 2010. Expert (Grada). 272 s. ISBN 978-80-247-3243-5.

Centrum pro sociálně-tržní ekonomiku a otevřenou demokracii, *Návrh zdravotní reformy*. [on line] říjen 2011, [cit. 2016-12-14], str. 3, dostupné z: <http://www-cesta.cz/files/prectete-si/navrh-na-reformu-zdravotni-reformy-.pdf>

ČERVINKA, Tomáš. *Zdravotní pojištění: zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ: s komentářem a příklady 2014*. 6, aktualiz. Vyd. Olomouc: ANAG, 2014. 175 s. Práce, mzdy pojištění. ISBN 978-80-7263-860-4.

Český statistický úřad. *Věková struktura obyvatel podle dat sčítání lidu* [online]. In: 2014 [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551781/170217-14.pdf/9f50d576-fb17-4b2a-a221-01b0ff96ee3b?version=1.0>

Český statistický úřad. *Demografická příručka* [online]. 2015 [cit. 2016-12-08]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka-2015>

Český statistický úřad. *Obyvatelstvo* [online]. 2016 [cit. 2016-12-08]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obytelstvo_lide

DANĚK, Antonín a Jiří GLET. *Zdravotní pojištění: doporučeno ke studiu*. Praha: Linde, 2003. 95 s. ISBN 80-86131-46-7.

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd., Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Nakladatelství Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9

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

GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd., Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 3., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-482-3.

KOSCHIN, Felix. *Demografie poprvé*. 2. přeprac. vyd. Praha: Oeconomica, 2005, 122 s. ISBN 80-245-0859-1.

LANGHAMROVÁ, Jitka a KAČEROVÁ, Eva. *Demografie: materiály ke cvičením*. 3. vyd. Praha: Oeconomica, 2010, 89 s. ISBN 978-802-4513-898.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Fondy zdravotních pojišťoven*. [online]. 2016 [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecni/obsah/fondy-zdravotnich-pojistoven_3441_29.html

Ministerstvo financí ČR. *Makroekonomická predikce*. [online]. 2017 [cit. 2017-18-19]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/verejny-sektor/makroekonomika/makroekonomicka-predikce>

NAHODIL, František, KLAZAR, Stanislav. *Veřejné finance v České republice: úvod do problematiky*. 1. vyd. Plzeň: Sociologické nakladatelství, 2009, 35. sv. ISBN 978-80-7380-162-5.

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

PAVLÁSEK, V. a HEJDUKOVÁ, P. *Veřejné finance a daně v České republice*. 1. vyd., Plzeň: Nava, 2010. 215 s. ISBN 278-80-7211-360-6

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2013: Časové řady vybraných finančních ukazatel*. [online]. 2014 [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financi-analyzy/zdravotni-po>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2008: Časové řady vybraných finančních ukazatel*. [online]. 2009 [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financi-analyzy/zdravotni-po>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2004: Časové řady vybraných finančních ukazatel*. [online]. 2005 [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financi-analyzy/zdravotni-po>

VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: MANUS, 2004, ISBN 80-86571-07-6.

WikiSkripta, projekt sítě lékařských fakult MEFANET. Tržní zdravotnictví [online]. In: . [cit. 2016-11-13]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Tr%C5%BEen%C3%AD_zdravotnictv%C3%AD

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2000* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocn-zpravyjistovny>

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2001* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocn-zpravyjistovny>

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2002* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocn-zpravyjistovny>

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2003* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocn-zpravyjistovny>

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2004* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocn-zpravyjistovny>

- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2005* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocnizpravyjistovny>
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2006* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocnizpravyjistovny>
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2007* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocnizpravyjistovny>
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2008* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocnizpravyjistovny>
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2009* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocnizpravyjistovny>
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2010* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocnizpravyjistovny>
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2011* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocnizpravyjistovny>
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2012* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocnizpravyjistovny>
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2013* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocnizpravyjistovny>
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. *Výroční zpráva pojišťovny 2014* [online]. [cit. 2016-12-14]. Dostupné z: <https://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocnizpravyjistovny>