

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Diplomová práce

**Financování zdravotnictví Spolkové republiky
Německo**

Klára Adámková

© 2016 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Klára Adámková

Provoz a ekonomika

Název práce

Financování zdravotnictví Spolkové republiky Německo

Název anglicky

Funding of Health Care Service of Federal Republic of Germany

Cíle práce

Cílem diplomové práce je zhodnocení vývoje systému financování zdravotnictví ve Spolkové republice Německo. V práci budou identifikovány zásadní události a reformy, které ovlivnily financování zdravotnictví této země, hlavní přednosti a nedostatky tohoto systému. Součástí práce je také zhodnocení vlivu státu a zdravotních pojišťoven na financování zdravotnictví.

Metodika

Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studia odborné literatury. Vzhledem k zaměření práce budou informace získávány nejen z českých materiálů, ale podstatné budou i zahraniční. Aktuální informace budou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat je databáze německého statistického úřadu. Při zpracování diplomové práce bude využito konzultací s německými odborníky ve zdravotnictví. Využita bude metoda deskripce, komparace, analýzy a syntézy.

Doporučený rozsah práce
55 – 70 stran

Klíčová slova

bodový systém, DRG, financování, platba, personál, pojištění, zdravotnické zařízení, zdravotnictví

Doporučené zdroje informací

- BESKE, Fritz, DRABINSKI, Thomas a ZÖLLNER, Herbert. Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich. Kiel: Schmidt & Klaunig, 2004. ISBN 3-88312-290-4.
- FLEISCHHAUER, Kurt. Aufbringung und Verteilung von Mitteln für das Gesundheitswesen. München: Alber, 2007. ISBN 978-3-495-48248-3
- NAGEL, Eckhard. Das Gesundheitswesen in Deutschland. Köln: Deutscher Ärzte – Verlag, 2013. ISBN 978-3-7691-3433-9.
- ÖSTERREICH, Jens. Versicherungspflicht oder Versicherungsfreiheit. Marburg: Verlag Jura Übersichten und Studien, 2007. ISBN 978-3-936704-98-3.
- PORTER, Michael E. Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Berlin; Heidelberg: Springer Gabler, 2012. ISBN 978-3-642-25682-0.
- PREUSKER, Uwe Karl. Das deutsche Gesundheitssystem verstehen. Heidelberg; München: Economica, 2008. ISBN 978-3-87081-456-4.
- RÖDER, Norbert. Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege. Köln : Deutscher Ärzte – Verlag, 2014. ISBN 978-3-7691-3514-5.
- SCHÖLKOPF, Martin. Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010. ISBN 978-3-939069-74-4.
- SIMON, Michael. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Bern: Huber, 2013. ISBN 978-3-456-84990-4.
- TROSCHKE, Jürgen a MÜHLBACHER, Axel. Grundwissen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege. Bern: Huber, 2012. ISBN 3-456-84140-X.

Předběžný termín obhajoby
2016/17 ZS – PEF

Vedoucí práce
Ing. Dana Stará, Ph.D.

Garantující pracoviště
Katedra ekonomických teorií

Elektronicky schváleno dne 29. 10. 2015

doc. Ing. Josef Brčák, CSc.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 11. 11. 2015

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 27. 11. 2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Financování zdravotnictví Spolkové republiky Německo" 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 28. listopadu 2016

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Daně Staré, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost, kterou mi věnovala při zpracování diplomové práce.

Financování zdravotnictví Spolkové republiky Německo

Souhrn

Financování zdravotnictví je problém nejen Německa, ale mnoha zemí Evropy. Zvyšující se celkové výdaje na zdravotnictví vyplývají z mnoha důvodů jako je stárnutí populace a s tím související snižující se počet mladých lidí, kteří by přispívali do systému. Další problém financování zdravotnictví jsou stále se zvyšující ceny zdravotnických prostředků, léků, materiálů a energií. Již od počátku vzniku zdravotnického systému se Německo snaží stabilizovat tento systém pomocí mnoha reforem. Největší část příjmů zdravotnického systému tvoří příspěvky pojištěnců na zákonné sociální pojištění. Přesto je v Německu skoro od počátku vzniku zdravotnického systému zavedena spoluúčasť pacientů. Soukromé výdaje jsou druhým největším nositelem nákladů na zdravotnictví. Německo patří mezi země, které mají za posledních 20 let poměrně vyrovnanou bilanci financování zdravotnictví. Patří mezi nejvyspělejší státy světa, což je vidět i na celkových výdajích na zdravotní péči, kdy tyto výdaje se v posledních letech pohybují okolo 11 procent HDP.

Klíčová slova: Bodový systém, DRG, financování, platba, personál, pojištění, sazba, zdravotnické zařízení, zdravotnictví

Funding of Health Care Service of Federal Republic of Germany

Summary

Financing healthcare is a problem not only in Germany but in many countries of Europe. Increasing total expenditure of health care resulted from many reasons, such as the aging population and the associated declining number of young people who contribute to the system. Another problem of financing health care, are ever increasing prices of medical devices, drugs, materials and energy. Since the beginning of the health system, Germany has been trying to stabilize the system through many reforms. The largest part of the revenues of the health system consists of contributions from members of statutory social insurance. Yet in Germany, financial participation in patients was implemented almost from the beginning of the health care system. Private costs are the second largest holder of health costs. Over the last 20 years, Germany has been among the countries that have a relatively balanced budget for financing health care. Among the most advanced countries in the world, which is seen in total expenditure of health care, had these expenses in recent years at around 11 percent of GDP.

Keywords: The point system, DRG, financing, payment, personnel, insurance, rate, medical devices, health care

Obsah

1	Úvod	10
2	Cíl práce a metodika	11
2.1	Cíl.....	11
2.2	Metodika	11
3	Teoretická východiska	13
3.1	Zdravotnický systém	13
3.1.1	Financování zdravotnictví.....	13
3.1.2	Modely financování zdravotnictví.....	14
3.2	Historický vývoj německého zdravotnického systému.....	17
3.2.1	Středověké kořeny německého zdravotnického systému	17
3.2.2	Německé císařství a jeho zdravotnický systém	18
3.2.3	Výmarská republika a změny ve zdravotnickém systému.....	20
3.2.4	Nacionálněsocialistická diktatura v německém zdravotnictví.....	20
3.2.5	Zdravotnictví bývalé Spolkové republiky Německa	21
3.2.6	Zdravotnictví Německé demokratické republiky	24
3.2.7	Zdravotnictví sjednoceného Německa.....	26
3.3	Německý zdravotnický systém	27
3.3.1	Trh pojišťoven	28
3.3.1.1	Zákonné zdravotní pojištění	29
3.3.1.2	Privátní pojišťovny	32
3.3.1.3	Zákonné pečovatelské pojištění.....	33
3.3.1.4	Zákonné důchodové pojištění.....	34
3.3.1.5	Zákonné úrazové pojištění.....	35
3.3.2	Trh poskytovatelů	35
3.3.2.1	Ambulantní sektor	35
3.3.2.2	Nemocniční sektor.....	36
3.3.2.3	Lékařenský sektor.....	39
3.3.3	Političtí aktéři.....	40
4	Vlastní práce	43
4.1	Vývoj počtu ošetření a stárnutí populace	43
4.2	Příjmy zákonného sociálního pojištění	46

4.2.1	Příjmy zdravotního pojištění.....	46
4.2.2	Příjmy pečovatelského pojištění	49
4.2.3	Příjmy důchodového pojištění	52
4.3	Výdaje zákonného sociálního pojištění.....	53
4.3.1	Výdaje zdravotního pojištění	53
4.3.2	Výdaje pečovatelského pojištění	55
4.3.3	Veřejné výdaje na zdravotní péči.....	57
4.3.4	Soukromé výdaje na zdravotní péči.....	58
4.3.5	Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví jako podíl HDP	60
4.3.6	Porovnání celkových příjmů a výdajů zdravotního pojištění	62
4.4	Privátní zdravotní pojištění	65
4.4.1	Celkové příjmy privátního pojištění	65
4.4.2	Celkové výdaje privátního pojištění	68
4.4.3	Porovnání celkových příjmů a výdajů privátního pojištění	69
5	Výsledky a diskuse	71
6	Závěr	75
7	Seznam použitých zdrojů.....	76
8	Přílohy.....	81

1 Úvod

Zdraví je jednou z nejdůležitějších hodnot všech lidí. Zdravotnický systém umožňuje obyvatelům prožít kvalitní a plnohodnotný život a vývoj technologií způsobil, že se za poslední roky výrazně o několik let prodloužila naděje dožití obyvatel. Tato skutečnost ale zase zpětně ovlivňuje zdravotnický systém zvyšujícími se výdaji na léčbu starších a nemocných obyvatel.

Financování zdravotnictví je problémem nejen Německa, ale mnoha zemí Evropy. Zvyšující se celkové výdaje na zdravotnictví nevyplývají pouze z důvodu stárnutí populace a zvyšujících se cen zdravotnických prostředků, materiálů a energií, ale i snižujícím se počtu mladých lidí, kteří by přispívali do systému.

Za posledních asi dvacet let se Německo snažilo pomocí mnoha reforem stabilizovat zdravotnický systém. Hlavní část příjmů tvoří příspěvky obyvatel na zákonné sociální pojištění. Jelikož jsou ale tyto příspěvky nedostačující, bylo nutné, aby od roku 2004 začal na zdravotnické výdaje přispívat i samotný stát. Již skoro od počátku moderního zdravotnického systému je v Německu zavedena spoluúčast pacientů. Reformy německého zdravotnického systému se pokaždé snaží soukromé výdaje ovlivnit tak, aby byly únosné pro většinu obyvatel. Přesto jsou soukromé výdaje po zákonném zdravotním pojištění druhým největším nositelem nákladů na zdravotnictví.

Zdravotnický systém, jako jedno z odvětví národního hospodářství, poukazuje také na ekonomickou vyspělost daného státu. Vyspělejší státy vydávají více finančních prostředků na zdravotnictví. Hlavním ukazatelem jsou celkové výdaje na zdravotnictví jako podíl HDP. Německo patří mezi nejvyspělejší státy světa což je vidět i na celkových výdajích na zdravotní péči, kdy tyto výdaje se v posledních letech pohybují okolo 11 procent HDP.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl

Cílem diplomové práce je zhodnocení vývoje systému financování zdravotnictví ve Spolkové republice Německo. V práci budou identifikovány zásadní události a reformy, které ovlivnily financování zdravotnictví této země. Součástí práce je také zhodnocení vlivu státu a zdravotních pojišťoven na financování zdravotnictví. V rámci analýzy německého zdravotnického systému budou identifikovány hlavní složky finančních příjmů a výdajů na zdravotní péči. Dále bude v práci porovnání německého zdravotnictví s vybranými evropskými zeměmi.

2.2 Metodika

Pro vypracování teoretických východisek bude využita metoda studia odborné literatury k danému tématu. Vzhledem k zaměření práce budou informace získávány nejen z českých materiálů, ale podstatné budou i zahraniční. Aktuální informace budou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Významným zdrojem dat je databáze úřadů Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes a Statistische Ämter der Länder. Při zpracování diplomové práce bude využito konzultací s německými odborníky ve zdravotnictví.

V analytické části diplomové práce bude nejprve použita metoda analýzy. Analýza znamená proces rozkladu zkoumaného celku na části, rozbor vlastností, vztahů a faktů postupujících od celků k jednotlivým částem, které se dále zkoumají. Budou identifikovány jednotlivé složky finančních příjmů a výdajů a vyhodnoceny podle následujících elementárních charakteristik časových řad. V diplomové práci se pracuje s časovou řadou od roku 1995 do roku 2014.

První diference - vyjadřuje absolutní přírůstek nebo úbytek zkoumaného objektu v určitém časovém okamžiku proti okamžiku předcházejícímu.

$$d_{1i} = y_i - y_{i-1} \quad (1)$$

$i = 0, 1, 2, \dots, n$; y_i ... hodnota časové řady

Koeficient růstu - vyjadřuje rychlost růstu nebo poklesu hodnot časové řady a udává, o kolik se zvýšil ukazatel daného časového období proti předcházejícímu období. Koeficient růstu lze také vyjádřit v procentech, poté ho nazýváme tempo růstu.

$$k_i = \frac{y_i}{y_{i-1}} \quad (2)$$

Průměrný koeficient růstu - udává rychlost růstu nebo poklesu hodnot v průměru za sledované období.

$$\bar{k} = \sqrt[n-1]{\frac{y_n}{y_0}} \quad (3)$$

Výpočet trendových funkcí, koeficientů determinace a bodových a intervalových odhadů byly provedeny pomocí programu STATISTIKA 12. Pro popis časových řad byly použity lineární a kvadratická trendová funkce:

lineární trendová funkce $y'_i = a + bt$ (4)

kvadratická trendová funkce $y'_i = a + bt + ct^2$ (5)

Na základě výpočtu dané trendové funkce jsou provedeny bodové a intervalové odhady pro roky 2015 a 2016.

V analytické části bude také provedena komparace vybraných zkoumaných ukazatelů v Německu a v evropských zemích.

Na základě provedených analýz a zkoumání bude získáno mnoho poznatků a informací. Aby z nich bylo možné vyvodit určité závěry, musí být použita metoda syntézy. Syntéza znamená, sjednocení poznatků získaných pomocí analýzy v celek. Syntéza je proces postupování od částí k celku.

3 Teoretická východiska

3.1 Zdravotnický systém

Zdravotnický systém je odvětvím národního hospodářství, produkuje zdravotnické služby a představuje soustavu specifických zařízení a institucí pro poskytování zdravotnické péče.

Zdravotnický systém je možné vymezit jako souhrn služeb, které jsou na daném území (obvykle státu) vymezeny právními normami, včetně pravidel pro jejich správu, řízení a financování. „Zdravotnický systém poskytuje služby s cílem přispět k lidskému zdraví, a to jak ve zdravotnických zařízeních, tak i doma, ve vzdělávacích institucích, na pracovištích, veřejných místech a komunitách“ (Barták, 2010, s. 59).

Základním cílem zdravotnického systému je dosažení, uchování a podpora zdraví a prodloužení délky života, při zachování dostatečné kvality života poskytováním moderní zdravotní péče.

Funkce zdravotnictví

V širším smyslu lze funkci zdravotnictví chápat jako usměrňování a koordinace systému péče o zdraví. Spolu se zdravotnictvím se na péči o zdraví podílí mnoho dalších resortů a organizačních komponent.

V užším smyslu řídit (ať už přímo nebo nepřímo) soustavu zdravotnictví jako souhrn odborných zdravotnických zařízení poskytující zdravotnické služby (Jarošová, 2008, s. 7).

Základní účastníci zdravotnického systému jsou: pacient, poskytovatel (lékaři a zdravotnická zařízení) a plátce (ten, kdo provedenou zdravotnickou péči finančně uhradí).

3.1.1 Financování zdravotnictví

„Financování zdravotnictví v příslušném státě je přímo odvozené od zdravotní politiky státu, která vychází ze stanovených priorit určité vládní politiky, určitého společenského uspořádání a historických tradic a příslušné ekonomické úrovně státu“ (Peková, a další, 2008, s. 337).

Formy financování zdravotnických služeb lze obecně rozdělit na nepřímé a přímé. Nepřímé financování představují povinné veřejné pojištění, veřejné rozpočty (státní, municipální), dobrovolné smluvní pojištění, zaměstnanecké pojištění, příspěvky dobročinných institucí včetně zahraniční pomoci aj. Přímé financování znamená přímé placení za služby včetně spoluúčasti pacientů na úhradách za služby.

Způsob financování zdravotnických služeb je v současných ekonomikách vyspělých států řešen různými systémy. Podle Pekové (2008, s. 352) se jednotlivé způsoby se od sebe liší zejména:

- velikostí podílu veřejných zdrojů na celkových výdajích
- rozsahem přímých úhrad za spotřebované služby od pacientů
- existencí či neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem
- formami proplácení nákladů poskytovatelům zdravotnických služeb
- způsoby stanovování cen za výkony aj.

Úroveň zdravotní péče ovlivňuje zdraví obyvatelstva přibližně z 20%. Je nedílnou součástí hospodářské politiky každého státu, a je tím komplexnější a náročnější, čím vyšší je ekonomická úroveň příslušné země. Úroveň zdravotnických služeb, které může příslušný stát poskytnout svému průměrně situovanému občanovi, vypovídá o jeho celkové, nejen hospodářské, ale i kulturní a jiné vyspělosti (Peková, a další, 2008, s. 337).

Ve světě se uplatňuje řada modelů financování zdravotnictví, které jsou vždy spojeny s určitou ekonomickou vyspělostí a politickými cíli země. Existuje několik základních modelů financování péče o zdraví, které se liší způsobem výběru prostředků, řízení rizika, nákupem a poskytováním zdravotnických služeb.

3.1.2 Modely financování zdravotnictví

Systém přímých úhrad

Podle Bartáka (2010, s. 84) je systém přímých úhrad historicky nejstarším systémem, kdy pacienti platí za péči poskytovateli přímo finančními prostředky, ale také např. pomocí věcného plnění (naturálie, protislužba). Tento systém se stále používá jako hlavní zdroj financování v mnoha méně rozvinutých státech (např. v Africe). Problémem tohoto modelu financování je nemožnost úhrady nákladů jiné než naprosto základní péče. Financování,

ať základní operace, vystavuje pacienta katastrofálním výdajům, které nemůže sám ani za pomoci např. rodinných příslušníků uhradit.

Státní model, Financování z daňových výnosů

V rámci tohoto modelu odvádí občané část svých příjmů v rámci daňového zatížení do státního rozpočtu, ze kterého je financováno poskytování zdravotnických služeb.

Barták (2010, s. 84-85) popisuje tyto příjmy jako všeobecné daně (zejména z příjmu), ale také o daně spotřební (např. tabákové výrobky). V některých státech může být stanovena zdravotní daň, kdy např. určité procento z daňového výnosu určité daně připadá pro sektor zdravotnictví.

Poskytovatelé zdravotní péče jsou většinou státní instituce. Všechny činnosti jsou plánované a kontrolované státem. Zdravotnický a další jiný personál je minimálně zainteresován na fungování systému. Převládají extensivní ukazatele výkonnosti systému.

Veřejné zdravotní pojištění

Systém veřejného pojištění je v podstatě nestátní zdravotnictví, za které však ručí stát. Finanční prostředky na financování zdravotnických služeb se získávají ze zákonem povinného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění je zpravidla povinné pro většinu obyvatelstva daného státu. Příspěvky na zdravotní pojištění jsou placeny zaměstnanci, zaměstnavateli, ale také státem, např. za ekonomicky neaktivní občany. Mezi systémy existují rozdíly, např. co se týče počtu zdravotních pojišťoven (existují modely s jednou zdravotní pojišťovnou, ale také modely pluralitní, kde existuje několik desítek zdravotních pojišťoven) (Barták, 2010, s. 85).

Volba pojišťovny je dána svobodným rozhodnutím, ale může být stanovena také podle bydliště pojištěnce, jeho příslušnosti k určité profesní skupině, pojišťovnou živitele atd. Pojistné je vyměřováno jako procenta z příjmu. Výše pojistného je buď dána zákonem jako jednotná sazba nebo se může lišit u jednotlivých pojišťoven. Může být také stanovena příjmová hranice, nad kterou již není zákonná povinnost uzavřít zdravotní pojištění.

Podle Pekové (2008, s. 341) se stanovené příspěvky od pojištěnců ukládají ve zvláštních pojišťovacích fondech, které spravují příslušné zdravotní pojišťovny. Do pojišťovacích fondů přispívají kromě zaměstnanců také zaměstnavatelé a stát za ty, kteří nemohou

stanovené příspěvky platit. Poskytovatelé zdravotnických služeb jsou samostatnými hospodářskými subjekty a uzavírají smlouvy s příslušnými zdravotnickými pojišťovnami, u nichž jsou evidováni příslušní pacienti. Vlastnictví zdravotnických zařízení může být soukromé nebo veřejné.

V rámci systému dochází k solidárnímu přerozdělování vybraných prostředků mezi různé skupiny pojištěnců a zdravotní pojišťovny. Pojištěnci zákonného zdravotního pojištění mají možnost dalšího soukromého zdravotního pojištění většinou na služby nekryté zákonným pojištěním. V řadě zemí se požaduje spoluúčast pacienta při poskytování některých léčebných a jiných služeb. Spoluúčast bývá především u léků v ambulantní péči, ve stomatologickém ošetření, v některých státech také jako poplatek za den hospitalizace, dále příplatky za brýle, protetické pomůcky apod. Tento model zdravotnického systému často vede ke stanovování různých omezení v počtu výkonů a určování rozsahu poskytované hrazené péče.

Tržní model, Soukromé zdravotní pojištění

Barták (2010, s. 86) popisuje soukromé zdravotní pojištění jako systém, který je ve své čisté formě založený na kalkulaci zdravotních rizik pacienta zdravotní pojišťovnou, na základě pečlivého posouzení zdravotního stavu a naděje dožití pacienta. Existuje tedy možnost, že tento typ pojištění není dostupný těm, kteří nemají dostatečné finanční prostředky, ale také těm, kteří jsou nemocní, a to natolik, že vypočítané pojistné je příliš vysoké, případně je soukromá zdravotní pojišťovna vůbec odmítne pojistit. Soukromé zdravotní pojištění nemusí být sjednáváno pouze individuálně, ale také kolektivně, např. zaměstnavatelem pro zaměstnance s tím, že zaměstnavatel pojištění hradí nebo na něj přispívá v rámci systémů bonusů a zaměstnaneckých benefitů. V některých státech je soukromé zdravotní pojištění povinné. Od klasického soukromého pojištění se liší tím, že zdravotní pojišťovna nemůže vypočítat pojistné podle individuálního rizika, aby bylo pojištění dostupné každému, a pojišťovna nesmí nikoho odmítnout.

3.2 Historický vývoj německého zdravotnického systému

3.2.1 Středověké kořeny německého zdravotnického systému

Simon (2013, s. 21-22) říká, že prvopočátky německého zdravotnického systému lze nalézt již ve středověku. Také mnohé typické znaky dnešního německého systému byly položeny právě středověkou společností. V první linii to bylo zakořenění základního přesvědčení v křesťanskou víru, která věřícím nařizovala sociální solidaritu s nemocnými a chudými jako jedno z přikázání. Péči o nemocné poskytovaly ve středověku nejdříve instituce křesťanských špitálů, jejichž vznik sahá až do rané fáze křesťanství. Až do pozdního středověku vznikalo ve stínu katedrál a klášterů mnoho domů pomoci pro chudé a nemocné. Křesťanské špitály nebyly ze začátku nemocnice v dnešním slova smyslu, nýbrž především ošetrovatelské domy pro chudé, které v první řadě sloužily k ubytování, stravě a duševní péči nemocným. Vedle církve se ujaly péče o nemocné také světské řády, jako například johanitský řád. Byly založeny k příležitosti křižáckých výprav, aby pečovaly o nemocné poutníky a křižácké rytíře. Po přesunu aktivit johanitů, z důvodu vyhnání, z Palestiny do Evropy provozovaly až 4000 řádových sídel. V polovině 15. století výrazně ubyly církevní ošetrovatelské aktivity z důvodu společenských změn, reforem a s tím spojené uzavírání katolických zařízení.

Jak Preusker (2008, s. 30-32) uvádí v dalším století se péče o nemocné přesunula na městské ošetrovatelské instituce. V centru veřejného a městského zdravotnictví stály městské špitály, částečně také sponzorované jednotlivými obyvateli, a v některých městech také městem zaměstnanými lékaři. Až do dnešní doby působí v německém zdravotnictví církve a jiné spolky, v současnosti jako neziskové organizace. Dva další podstatné strukturální znaky německého zdravotnictví mají kořeny ve středověku: za prvé cechovní organizace, které je možné ještě dnes nalézt v některých oborech, a za druhé instituce zákonného zdravotního pojištění. Zákonné zdravotní pojištění, jak je známé v dnešní době, má předchůdce ve středověkých ceších a bratrstvech a z nich vzniklých svépomocných společenstev. Ve spolcích a ceších se spolu spojili kupci a nezávislí řemeslníci středověkých měst, aby mohli účinně zastávat své politické zájmy, k zabránění konkurence mezi sebou a k zajištění dostatečné ekonomické existence svým cechovním členům.

Podle modelu organizace cechů je v dnešní době stále ještě podobně uspořádaný lékařský spolek. Také ve struktuře zákonného zdravotního pojištění se ještě projevuje středověké cechovnictví. Do roku 1996 byly pojišťovny, kromě všeobecné pojišťovny, organizovány v cechovním duchu tak, že byly otevřené pouze určitému hospodářskému odvětví, profesní skupině, nebo určitým podnikatelům. I když od roku 1996 je možné si zvolit v podstatě jakoukoliv pojišťovnu, toto členění stále přetrvává.

Busse (2013, s. 18) dále uvádí, že v raném a středním středověku bylo zvykem a stanoveno, že učni a tovaryši bydleli a museli být zaopatřeni svým mistrem a to i v případě nemoci. Z důvodu rapidního zvýšení množství řemeslníků, vyplynula nutnost nezávislého sociálního zajištění. Tovaryši určitého řemesla začali ukládat část svého platu do společné kasy a z ní dostávali členové bratrstva v případě nemoci nebo ošetrovatelské potřeby finanční podporu. Toto se považuje za základ vzniku zákonného zdravotního pojištění. Při výstavbě nových špitálů si cechy a spolky kupovaly právo na určitý počet postelí, aby tam mohly být ošetřeni jejich členové. Tato praxe se udržela až do 19. století a skončila po zavedení zákonného zdravotního pojištění.

3.2.2 Německé císařství a jeho zdravotnický systém

Grethler (2014, s. 32) uvádí, že sociálně-politické intervence v první polovině 19. století přinesly určité sociální zajištění v případě nemoci jen části zaměstnaným, ale aniž by odstranily riziko chudoby způsobené těžkou a trvalou nemocí. V roce 1874 byla pojištěna u některé pojišťovny pouze čtvrtina z 8 milionů zaměstnaných. Uprostřed století se přiosťřily sociální rozdíly a napětí, což vedlo v Německu k zesílení politického dělnického hnutí pracovníků a nakonec vyústilo v roce 1863 k založení Všeobecného německého dělnického spolku a o šest let později pak k založení Sociálnědemokratické dělnické strany. Sociální politika Německého císařství, které vzniklo roku 1871, sledovalo proto dva cíle: zaprvé mělo být zesilující politické dělnické hnutí potlačeno, aby bylo možné čelit nebezpečí převratu. A za druhé mělo být dělnictvo pomocí sociálních reforem s císařstvím více svázáno. V prvním kroku byly pomocí Socialistického zákona z roku 1878, jako reakce na dva nezdařené atentáty na císaře, zakázány všechny sociálnědemokratické a komunistické spolky a sdružení. Ve druhém kroku oznámil císař Wilhelm I. roku 1881 tři legislativní iniciativy ke zlepšení sociální situace dělnictva:

zákon zajištění při pracovních úrazech, zákon o pojišťovnictví a zákon zajištění ve stáří a invaliditě.

V té době byl kancléřem Otto von Bismark a jeho sociálním zákonodárstvím byl položen nejen základ ještě dnes existujícího systému sociálního zajištění v Německu, ale také vytvořen model, ze kterého se v dalších staletích inspirovalo mnoho nejen evropských zemí.

Preusker (2008, s. 28-31) udává, že po silných sporech v Říšském sněmu vzniklo v roce 1883 zákonné zdravotní pojištění, 1884 zákonné úrazové pojištění a 1889 zákonné důchodové pojištění. Zákon zdravotního pojištění z roku 1883 zavedl všeobecnou povinnost pojištění hlavně pro řemeslníky. Existoval názor, že lépe postavení a vydělávající povolání si mohou zdravotní zaopatření zajistit sami. Z tohoto důvodu nebyla také zavedena hranice povinného pojištění, nýbrž hranice oprávnění pojištění. V primárních pojišťovnách zákonného zdravotního pojištění mohli být pojištěni jen ti, kteří nepřekročili určitou příjmovou hranici. Pracovníkovi byla pojišťovna přidělena podle jeho povolání. Příspěvky zákonného zdravotního pojištění byly ze dvou třetin placeny pracovníkem a z jedné třetiny zaměstnavatelem. K nejdůležitějším službám zákonného zdravotního pojištění patřilo lékařské ošetření, zaopatření léky, léčebnými a pomocnými prostředky, jakož i nemocniční léčba, vyplácení nemocenské od 4. dne pracovní neschopnosti ve výši 50% běžného denního platu a zákonem stanovené pohřebné.

Simon (2013, s. 34) popisuje, že pro poskytování medicínských služeb platil princip věcného plnění, tzn., že pojišťovny převzaly všechny náklady a uhradily je přímo poskytovateli služeb. Doba poskytování služeb byla zákonem omezena na 13 týdnů, mohla být ale pojišťovnou prodloužena. Na přelomu století byli pojišťovnami bezplatně připojištěni také rodinní příslušníci pojištěnců. Náklady na rodinné příslušníky byly uhrazeny pomocí principu solidárního vyrovnání mezi pojištěnci. Povinnost pojištění, která se ze začátku omezovala jen na řemeslníky, byla postupně rozšiřována i na další obory a povolání. V roce 1885 byli začleněni do pojištění dopravní živnosti a státní úředníci, a v roce 1892 zaměstnanci. Tím se zdvojnásobil počet pojištěnců, přesto bylo v roce 1911 pojištěno pouze 18% obyvatel. V dalších krocích rozšiřování povinnosti pojištění byl v roce 1911 vydán Říšský pojišťovnický řád. Tím byly zahrnuty do pojištění další obory a povolání, což způsobilo, že v roce 1913 byla čtvrtina obyvatel povinně pojištěna.

Zavedení povinnosti zdravotního pojištění způsobilo rozvoj a zvětšování kapacity nemocnic. Nemocnice se vyvinuly ze středověkých špitálů, které sloužily v podstatě pouze pro chudé a byly odkázány na sponzorské dary. Zavedení zákonného zdravotního pojištění znamenalo převrat v tom, že náklady na léčbu hradily pojišťovny nemocných. Ten samý efekt způsobilo pojištění v ambulantní péči, kde se postupně zvyšoval počet ordinací lékařů.

3.2.3 Výmarská republika a změny ve zdravotnickém systému

Po zhroucení monarchie a konce první světové války pokračovala Výmarská republika ve vytváření a dalším rozvoji sociálního zajištění v nemoci, započaté Bismarckovým zákonodárstvím. Díky hospodářské krizi, nezaměstnanosti a inflaci se v prvních letech po válce zhoršila ekonomická situace obyvatelstva. Aby bylo vyhověno zvyšující se poptávce po sociálním zajištění v nemoci, byl okruh povinně pojištěných opět rozšířen.

Simon (2013, s. 37-39) dále udává, že v rámci tvorby pojištění v nezaměstnanosti, jako čtvrtá větev sociálního systému pojištění, byli v roce 1927 začleněni do ochrany zákonného zdravotního pojištění také nezaměstnaní. V roce 1932, po mnoha sporech mezi lékaři a pojišťovnami, byl vytvořen lékařský spolek. Od tohoto okamžiku zastupoval lékařský spolek všechny lékaře, kteří se rozhodli být jejím členem, a vyjednávala za ně podmínky s pojišťovnou. Individuální smluvní vztah lékařů byl nahrazen kolektivním smluvním vztahem s pojišťovnou. Celková úhrada od pojišťovny měla podobu paušálů na hlavu za každého pojištěnce a byla vyplácena celému lékařskému spolku. Ten poté rozděloval peníze jednotlivým lékařům, kteří byli členy spolku.

3.2.4 Nacionálněsocialistická diktatura v německém zdravotnictví

Od počátku roku 1933 byla během několika málo měsíců založena nacionálněsocialistická diktatura. Jmenování Hitlera říšským kancléřem se uskutečnilo s podporou pravicové německonacionální lidové strany a konservativní středové strany. Centrálním mezníkem vybudování nacionálněsocialistické diktatury bylo omezení novinářské svobody a shromažďovací svobody pomocí Nouzové vyhlášky z 24.03.1933.

Simon (2013, s. 40-42) popisuje, že díky zmocňovacího zákona byla vláda oprávněna vyhlášovat zákony bez souhlasu říšského sněmu, i takové, které byly v rozporu s ústavou.

Tím byly vytvořeny rozhodující právní základy výjimečného stavu. Ještě ten samý rok byly zničeny odbory a zakázané nebo donucené k rozpuštění různé politické strany. V polovině roku 1933 byl vyhlášen jednostranný stát (stát jedné strany). První zdravotnicko-politická opatření sloužila k odstranění politických protivníků u poskytovatelů sociálního pojištění. Na základě dvou vyhlášených zákonů z dubna a května 1933 byli nejdříve tisíce židů, sociálnědemokratických a odborových zaměstnanců pojišťoven propuštěni a nahrazeni členy nacionální strany. Vedení pojišťovny bylo prováděno vůdcovským principem dosazenou osobou kontrolního úřadu, často členem nacionální strany. Lékařský spolek se dobrovolně přizpůsobil podmínkám režimu. V polovině roku 1933 byli neárijské a komunističtí lékaři vyřazeni z lékařského spolku a roku 1938 byla všem židovským lékařům odebrána aprobace.

Hajen (2013, s. 16-18) k tomu dodává, že v této době byl také rozšířen okruh povinně pojištěných osob v zákonném zdravotním pojištění a roku 1941 bylo vytvořeno zdravotní pojištění pro důchodce. To probíhalo přes zdravotní pojišťovny, které dostávaly z důchodového pojištění paušální příspěvek za pojištěného důchodce jako náhradu za větší náklady. Pokračování tradičního bismarckovského sociálního pojištění bylo výsledkem personální kontinuity úřednického aparátu říšského pracovního ministerstva.

3.2.5 Zdravotnictví bývalé Spolkové republiky Německa

První dvě desetiletí Spolkové republiky bylo zdravotnictví nejprve ve fázi znovu obnovy a znovu výstavby. Teprve od poloviny šedesátých let a ještě více v první polovině sedmdesátých let se uskutečňuje dávno očekávaná modernizace, spojená s výraznou výstavbou sociálně státního zajištění. Do zákonného zdravotního pojištění byli zahrnuti nové skupiny obyvatel a značně se zvýšily celkové zdravotnické výdaje. Fáze výstavby trvala pouze do poloviny sedmdesátých let. Poté přibližně od roku 1975 do doby sjednocení Německa začala perioda tzv. politiky tlumení nákladů. Ta se zaměřila na omezení výdajů pojišťoven, ale strukturu zdravotnického systému nechala nezměněnou.

Reorganizace a znovuvýstavba

Simon (2013, s. 45) uvádí, že bezprostředně po druhé světové válce byl zdravotnický systém v obsazeném Německu před zásadním rozhodnutím jakým směrem se vydat.

Spojenci (USA, VB, Francie a Rusko) projednávali v kontrolní radě budoucnost německého sociálního systému pojištění. Velký vliv měla Británie, která prosazovala Beveridgský systém. To se ale setkalo se značným odporem a zastáním se stávajícího systému. Poté co CDU vyhrála roku 1949 volby do spolkového sněmu, bylo od změny systému upuštěno. Základní konstrukce modelu se opírala o model vzniklý na konci Výmarské republiky a stanovila si v podstatě stejné úkoly. Byla zrušena omezení ve výkonu lékařského povolání a zavedena svobodná volba povolání a otvírání ordinací. Tím se zvýšil počet studentů medicíny a byl položen základ výrazného zvýšení počtu lékařů hlavně v sedmdesátých a osmdesátých letech.

Dále byl změněn styl úhrady v ambulantních ordinacích z paušálu na hlavu na úhradu za jednotlivé výkony. Nemocnice byly v padesátých a šedesátých letech ovlivněny podfinancováním, nedostačující modernizací a nedostatkem personálu. Přijetím zákona o zdravotním pojištění důchodců z roku 1956 se stali důchodci plnohodnotnými členy zdravotní pojišťovny. Financování se uskutečňovalo převedením příspěvků z důchodového pojištění do zdravotního pojištění.

Výstavba sociálního státu

Podle Preusker (2008, s. 38-40) hlavní pozornost sociální politiky do konce padesátých let nebylo zdravotnictví, ale zlepšení zajištění ve stáří. Průměrná úroveň důchodců byla na 40% čistého příjmu a chudoba důchodců byl velký sociálně-politický problém. Pomocí velké reformy v roce 1957 byla úroveň důchodců zvýšena a bylo zavedeno roční napojení důchodů na vývoj mezd a platů. Teprve na konci šedesátých let se vrátilo zdravotnictví do středu politického zájmu a byla naplánována řada změn. Zvýšení hranice povinného pojištění a otevření možnosti svobodného vstupu do zákonného zdravotního pojištění přivedlo nové, dobře vydělávající skupiny pojištěnců, což vedlo ke zvýšení příjmů pojišťoven. V roce 1969 byl velkou koalici novelizován zákon o vyplácení mezd. Tímto bylo od roku 1970 převedeno vyplácení nemocenské v prvních šesti týdnech nemoci z pojišťovny na zaměstnavatele. Toto opatření vedlo k výraznému snížení výdajů zdravotní pojišťovny.

Busse (2013, s. 28-30) popisuje, že jedno z prvních zdravotnicko-politických opatření sociálně-liberální koalice bylo zlepšení příjmové situace zákonného zdravotního pojištění.

Ve druhé změně zákona zdravotního pojištění z roku 1970 byla zvýšena hranice povinného pojištění a hranice výpočtu příspěvku zdravotního pojištění na 75% hranice zákonného důchodového pojištění. Ten samý zákon rozšířil katalog poskytovaných služeb zákonného zdravotního pojištění. Kromě toho bylo zrušeno časové omezení doby ošetření v nemocnici. Zákon o financování nemocnic z roku 1972, poskytl nemocnicím nárok na úhradu jejich přímých nákladů a zavedl státní nemocniční plánování, duální financování a všeobecné denní náklady na péči. Právě od poloviny šedesátých let daly spolkové země a pojišťovny více prostředků k dispozici nemocnicím na stavební opatření, modernizaci a navýšení počtu personálu.

Fáze politiky tlumení nákladů

Porter (2012, s. 72) říká, že výstavba sociálního státu v letech 1969 až 1975 znamenala také zvýšení financování a výdajů na zdravotnictví. Drastické zvýšení světové ceny ropy v letech 1974/75 vedlo k hospodářské krizi a stoupající nezaměstnanosti, což způsobilo v polovině sedmdesátých letech zásadní obrat ve zdravotnické politice, a v centru pozornosti bylo omezení výdajů zákonného zdravotního pojištění. Začala fáze tlumení výdajů, která v podstatě trvá až do dnes.

Preusker (2008, s. 41-42) dodává, že roku 1977 byl přijat první zákon o tlumení nákladů ve zdravotním pojištění. Do dnešní doby bylo přijato mnoho dalších zákonů o tlumení nákladů, které mají za cíl, omezit nebo snížit náklady na služby zákonného zdravotního pojištění. Hlavní cíl byl změna systému úhrad ambulantních lékařů a nemocnic a rozšíření a zvýšení spoluúčasti pojištěnců. Byla opět zavedena celková paušální úhrada ambulantních lékařů, která měla pokrýt všechny poskytované služby a její zvyšování bylo spjato s vývojem průměrného základního platu.

Simon (2013, s. 54) uvádí, že nemocniční zákon z roku 1984 reformoval nemocniční financování, kdy byla zrušena úhrada přímých nákladů a zavedeno tzv. prospektivní rozpočtování. Rozpočet i náklady na péči musely být sjednané pro budoucí období a dodatečné zvýšení bylo vyloučeno. K tomu byla zavedena paušální úhrada. Pomocí zákona o zdravotní reformě z roku 1989 vstoupilo do pojištění zajištění rizika pečovatelské péče. Do té doby musel pojištěnec náklady na pečovatelskou péči uhradit sám, protože pečovatelská péče nebyla zahrnuta do katalogu poskytovaných služeb pojišťoven. Od roku

1995, kdy bylo zavedeno pečovatelské pojištění, převzala náklady na pečovatelskou péči tato instituce.

3.2.6 Zdravotnictví Německé demokratické republiky

Po kapitulaci nacionálněsocialistického Německa a jeho rozdělení do různých, spojenci obsazených zón, začala sovětská moc organizovat zdravotnictví podle sovětského modelu. Zdravotnictví Německé demokratické republiky byl centralizovaný systém s centrálním plánováním a státními poskytovateli služeb.

Hajen (2013, s. 106) udává, že centrální řízení zdravotnictví bylo v rukou Ministerstva práce a zdraví založeného v roce 1951. Státní kontrola zdravotnictví byla v kompetenci 14 okresů Německé demokratické republiky vzniklých v roce 1952. V centru medicínské péče byly nemocnice, polikliniky a ambulance. Důležitá role lékařské péče patřila podnikům, hlavně státním podnikům. Podnikové zdravotnictví mělo za úkol primární prevenci a ochranu před úrazy, ale také první pomoc a ambulantní péči v podnikových ambulancích a poliklinikách. Zvláštní význam podnikového zdravotnictví stálo v úzké souvislosti s přesvědčením, že zdravotnictví má přispět především k udržení pracovní síly, která platila za důležitou produktivní sílu a základ hospodářského vývoje.

Sociální pojištění

Podle Simon (2013, s. 38) byly v roce 1951 různé větve sociálního pojištění sloučeny v jedno centrálně řízené sociální pojištění. Podléhalo státní kontrole a řízení a správa postupně přecházela na německý odborový svaz. Tento proces byl ukončen roku 1956, kdy přešlo řízení plně pod německý odborový svaz. Povinnost pojištění podléhali od roku 1947 všichni zaměstnanci nezávisle na výši příjmu. K službám sociálního pojištění patřilo také bezplatné spolupojištění rodinných příslušníků. To vše způsobilo, že skoro 100% obyvatel bylo v té době pojištěno. Všichni členové sociálního pojištění odváděli příspěvky ve stejné výši. Inkasování příspěvku se uskutečňovalo od roku 1950 společně s daní z příjmu prostřednictvím finančního úřadu. Finanční úřad stanovoval také výši příspěvku a určoval povinnost pojištění.

Poskytované služby sociálního pojištění se v zásadě nelišily od služeb poskytovaných v západním Německu. Rozdíl byl pouze v tom, že pacienti v Německé demokratické

republiky nemuseli nic připlácet ani platit poplatky za recept a rozšiřování katalogu služeb začalo dříve než v západním Německu. V podstatě měli pojištěnci nárok na jakoukoliv bezplatnou léčbu, lékařské a zubní ošetření, zubní náhradu, léky a jiné léčivé přípravky a pomůcky. Od roku 1959 byl stanoven neomezený nárok na pobyt v nemocnici.

Busse (2013, s. 31-32) uvádí, že všichni zaměstnanci dostávali od počátku 50 let v prvních 6 týdnech nemocenskou ve výši 90% čistého příjmu. Nemocenská byla postupně zvyšována, až se dostala v roce 1978 na 100% čistého příjmu. Financování sociálního pojištění se uskutečňovalo nejen pomocí příspěvků pojištěnců, ale od založení Německé demokratické republiky i pomocí příspěvků od státu. Jelikož příspěvky pojištěnců nepokrývali výdaje na zdravotnictví, musel stát neustále tento obor dotovat. Tyto dotace se postupem času neustále zvyšovaly, až ke konci 80. let dosahovaly 50% rozpočtu zdravotnictví.

Ambulantní a nemocniční péče

Podle Simon (2013, s. 61-64) byly všechny privátní praxe zrušeny. Lékařský spolek byl rozpuštěn. Ambulantní lékařská péče se měla poskytovat výhradně v poliklinikách a ambulancích, proto se v 50. letech vybuďovala rozsáhlá síť těchto zařízení, které byly přiděleny jednotlivým nemocnicím, nebo je minimálně řídil nemocniční lékař. Z důvodu této politiky vycestovalo v 50. letech mnoho lékařů do západního Německa, což vedlo k rostoucímu nedostatku lékařů v Německé demokratické republice. Teprve stavbou berlínské zdi a uzavřením hranic se odliv lékařů zmírnil. Také zajištění léky podléhalo státnímu plánování a řízení. Produkce léků probíhala v několika málo státních farmaceutických podnicích a rozdělení do jednotlivých lékáren probíhalo centrálně řízeně pomocí státní zaopatřovací kanceláře. Lékárny na počátku 50. let byly skoro všechny státní a pod vedením určité nemocnice. Nabídka hlavně nově vyvinutých léků, které byly na mezinárodním trhu, byla velmi malá a na léky vyvinuté v zemi byla dlouhá čekací doba.

Podle Preusker (2008, s. 69-72) patřila nemocnicím ve zdravotnictví centrální funkce, a to nejen stacionární péči, ale protože měly na starost také polikliniky a část ambulantní péče. Nemocnice byly podle velikosti a oborů rozděleny do 4 skupin. Do 1. skupiny patřily malé nemocnice na venkově a malých městech, do 2. skupiny patřily střední nemocnice,

do 3. skupiny patřily okresní nemocnice a do 4. skupiny pak univerzitní nemocnice a speciální nemocnice. Všechny velké nemocnice a většina středních a malých nemocnic byla ve státním vlastnictví. Jeden z hlavních problémů byla nedostatečná modernizace, zastaralost budov a nedostatečné vybavení. Neuskutečněné investice vedly k tomu, že v 80. letech byly dvě třetiny nemocnic starších 50 let a tím jednoznačně zastaralé. Skoro 20% nemocnic vykazovaly těžké stavební poškození a vyžadovaly buď rozsáhlou rekonstrukci, nebo dokonce uzavření.

3.2.7 Zdravotnictví sjednoceného Německa

S účinností od 3.10.1990 bylo vytvořeno sjednocené Německo. Výsledkem sblížování právních předpisů bylo přenesení západního systému zdravotnictví do části bývalé Německé demokratické republiky. Hlavně v nemocničním sektoru bývalé Německé demokratické republiky byla nutná rychlá modernizace a to bylo zakotveno i písemně ve sjednocujících smlouvách. Také ve sjednoceném Německu byl vývoj zdravotnictví dále formován pomocí zákonných zásahů, které v první linii měly sloužit k tlumení nákladů.

Podle Porter (2012, s. 81) od roku 1993 se uskutečňovaly čím dál tím více politické zásahy, které cílily na strukturální změny. Začátek tvořil 1.1.1993 v platnost vstupující zákon zdravotnické struktury. Nejdůležitější změna 90. let bylo zavedení pečovatelského pojištění. Další strukturální změny přinesla zdravotní reforma z roku 2000. Mimo jiné bylo rozhodnuto o zavedení mezinárodního systému DRG. V roce 2002 pomocí zákona o případových paušálech bylo rozhodnuto o základních rysech nového systému úhrady pro nemocnice. V roce 2003 byl vytvořen další reformní zákon o modernizaci zákonného zdravotního pojištění, který zavedl spoluúčast pacientů, obecně 10% nákladů poskytované služby, min 5 max 10 euro. Čtvrtletní poplatek u ambulantního lékaře ve výši 10 euro a za pobyt v nemocnici 10 euro za den po dobu 28 dní v roce. Ani po této reformě nedošlo ve zdravotnické politice ke klidu a byly vytvořeny další reformní zákony. Od 1.1.2009 bylo financování zákonného zdravotního pojištění převedeno na zdravotnický fond, z kterého jednotlivé pojišťovny obdrží přidělené prostředky na základě struktury pojištěnců a poskytnutých služeb.

Simon (2013, s. 84-90) udává, že jako reakce na úbytek cca 50 000 plných úvazků ošetrovatelských profesí v nemocnicích od roku 1996 a stoupající pracovní zatížení byl

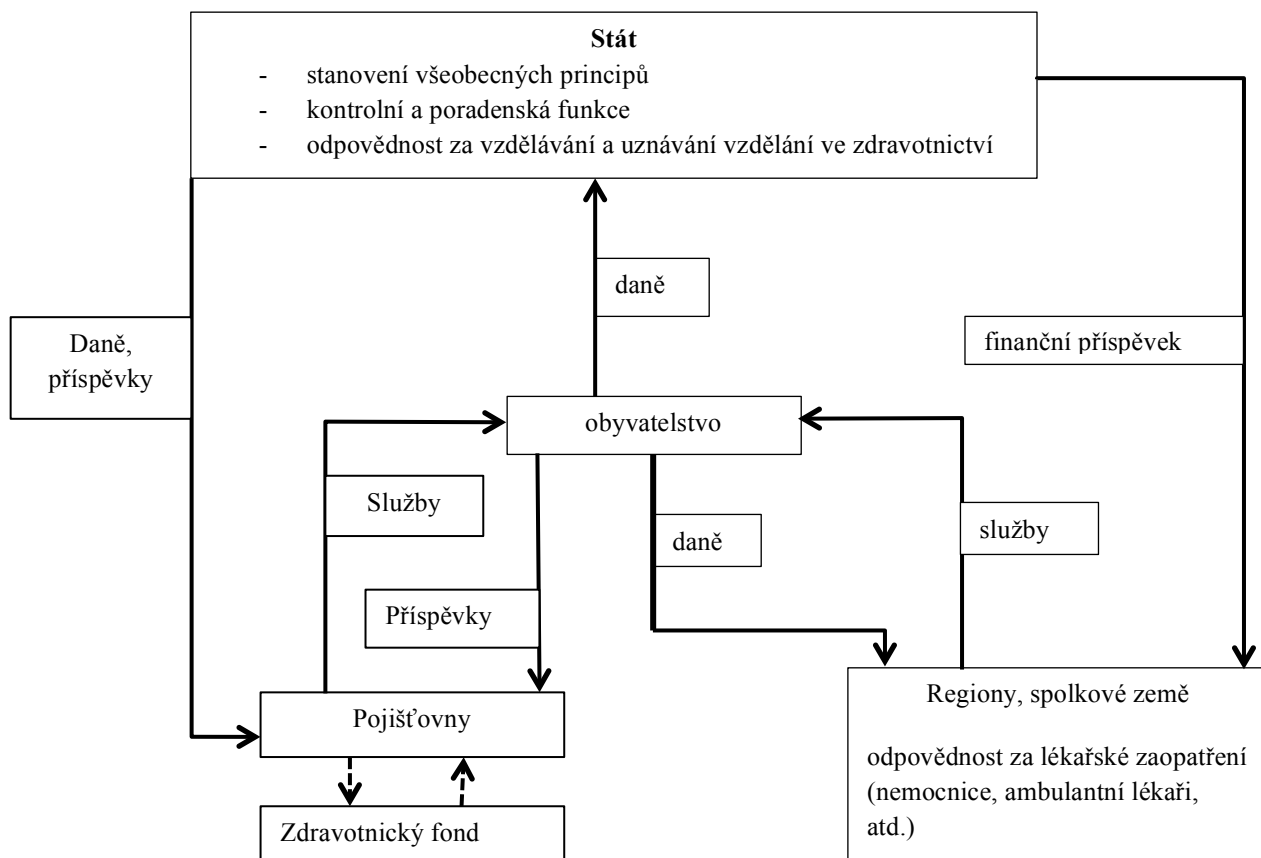
přijat podpůrný program ke zlepšení situace. Do konce roku 2011 mělo být vytvořeno celkem asi 17 000 dodatečných míst, také částečně financovaných pojišťovnou. K vyrovnání vlivu hospodářské krize byla přijata opatření ke stabilizaci vývoje hospodářství. Ta obsahovala i některá opatření týkající se zdravotnictví. K odlehčení platového zatížení poplatky byla všeobecná sazba příspěvků k 1.7.2009 snížena z 14,6% na 14%. Aby se vyrovnalo toto snížení, byly zvýšeny příspěvky státu do zdravotnického fondu. 1.1.2011 vstoupily v platnost další dva zákony a to zákon o trhu léčiv a zákon o financování zákonného zdravotního pojištění, který obsahoval zvýšení všeobecného příspěvku z 14,9% na 15,5% a dále obsahoval zásadní změny ve financování pojišťoven. Do dnešního dne byly přijaty ještě další reformní zákony, které se snaží stabilizovat situaci ve zdravotnictví.

3.3 Německý zdravotnický systém

Podle Schölkopf (2010, s. 54) je Německo mateřskou zemí sociálního pojištění. Za říšského kancléře Bismarcka v roce 1883 bylo zavedeno první zákonné zabezpečení v nemoci ve formě povinného sociálního pojištění. Ústřední charakteristika německého zdravotnictví je princip vícenásobného řízení, jak znázorňuje schéma 1. Zatímco stát je odpovědný za rámcové zákonodárství, spadá plánování a financování nemocničního zabezpečení do kompetence spolkových zemí.

Ve schématu 1 je dále zobrazeno, že financování zákonného zdravotního pojištění je převedeno na zdravotnický fond, který zpětně přerozděluje prostředky jednotlivým pojišťovnám na základě struktury pojištěnců a poskytnutých služeb.

Schéma 1 Struktura řízení německého zdravotnictví



Zdroj: vlastní zpracování, data Schölkopf, 2010

Podle Německého statistického úřadu (Statistisches Bundesamt, 2016) má Německo 81,2 milionů obyvatel, kteří žijí v 16 spolkových zemích. V roce 2014 bylo v Německu hospitalizováno 19,6 mil. lidí. Nejčastější diagnóza byla s 2,9 mil. případů (15% všech pacientů) nemoci oběhového systému, 1,9 mil. pacientů s nemocemi zažívacího ústrojí a 1,8 mil. pacientů s novotvarů. Průměrná doba pobytu v nemocnici byla 7,5 dní, průměrná obloženost byla 78%. Zdravotnictví je s 5,22 mil. zaměstnanců, to je 12,2% podíl na pracovních silách, důležitý ekonomický faktor. Tvoří jeden z největších částí výdajů sociálního rozpočtu (20%).

3.3.1 Trh pojišťoven

Zdravotní trh se výrazně odlišuje od normálního trhu zboží a služeb. Pacienti poptávají sice služby přímo u poskytovatele, ale neplatí za ně přímo, nýbrž na základě zaplacených poplatků pojišťovně mají po předložení průkazu nárok na službu, kterou poté zaplatí pojišťovna poskytovateli.

3.3.1.1 Zákonné zdravotní pojištění

Zákonné zdravotní pojištění představuje pro většinu obyvatel Německa povinné pojištění proti riziku nemoci. Podle Preusker (2008, s. 61) je povinné zdravotní pojištění zakotveno v Sociálním zákoně V (Sozialgesetzbuch V = SGB). Zdravotní pojištění pracuje na solidárním principu a jeho úlohou je:

- zachování a znovu získání zdraví pojištěnců nebo jejich zdravotní stav zlepšit
- poučení a konzultace, a usilování o zdravý životní styl pojištěnců.

Simon (2013, s. 165) uvádí, že v 90 letech existovalo v Německu přes 1200 pojišťoven. V roce 2014 už jen 132. V rámci zákonného zdravotního pojištění existují v Německu tyto druhy pojišťoven:

- 11 Allgemeine Ortskrankenkassen – AOK
- 107 Betriebskrankenkassen
- 6 Innungskrankenkassen
- 1 Landwirtschaftliche Krankenkassen
- 1 Krankenkasse Knappschaft-Bahn-See
- 6 Ersatzkassen.

Podle Porter (2012, s. 88-89) jsou AOK pojišťovny regionálně organizovány, skoro každá spolková země má svojí pojišťovnu AOK. V roce 2014 měly pojišťovny AOK 18,4 mil. členů, což odpovídá 34,4% podílu na trhu. Ersatzkassen existuje 6 pojišťoven, které se v minulosti koncentrovaly na profesní skupiny zaměstnanců. Jsou celostátně organizovány. V roce 2014 měly společně 20,2 mil. členů a 37,8% podílu na trhu. Betriebskrankenkassen aktuálně existuje více jak 130 pojišťoven pro podniky s více jak 1000 pracovníky. V roce 2014 měly pojišťovny 8,5 mil. členů, což odpovídá 15,9% podílu na trhu. Innungskrankenkassen aktuálně je ještě 7 pojišťoven. V minulosti patřily bratrstvu řemeslníků a jejich členové jsou stále ještě většinou řemeslníci. V roce 2014 měly 4,1 mil. členů a 7,7% podílu na trhu. K ostatním pojišťovnám patří hlavně zemědělská pojišťovna pro zemědělce a jejich rodiny, dále Knappschaft-Bahn-See pojišťovna, ve které jsou pojištěni zaměstnanci dráhy, námořníci a horníci a jejich příbuzní. Společně mají pojišťovny asi 2,5 mil. pojištěnců.

Zdravotní pojišťovny jsou finančně a organizačně nezávislé, ale jsou pod dohledem příslušné spolkové země nebo státu. V dnešní době mají pojištěnci svobodnou volbu

pojišťovny. Změnu pojišťovny lze provést jednou za 18 měsíců a má dvouměsíční výpovědní lhůtu.

Simon (2013, s. 183-184) uvádí, že mezi osoby povinně pojištěné v některé ze zákonných pojišťoven patří všichni zaměstnanci, nezaměstnaní, zemědělci, umělci a novináři, studenti státních škol do ukončení 14 semestru nejdéle do 30. roku života a důchodci. V rámci zákonného zdravotního pojištění jsou také manželky, manželé a děti pojištěnců zdarma pojištěni, pokud nemají vlastní příjem, který by překročil určitou hranici, nebo nejsou samostatně výdělečně činní. Děti jsou takto pojištěni do ukončení 18. roku věku, pokud dále nejsou výdělečně činní tak do 23. roku věku, pokud dále studují do 25. roku věku.

Rozsah služeb a příplatky

Všichni členové zákonných pojišťoven mají nárok na stejný rozsah služeb, nezávisle na výši jejich příspěvků, délky jejich členství nebo jejich členského statutu (např. pojištěnec nebo člen rodiny). Zákonné zdravotní pojištění pokrývá většinu ambulantního a nemocničního ošetření stejně jako rehabilitační péči. Pojištěnci mají volný přístup do většiny nemocnic a lékařských praxí v Německu. Pouze na zvolené rehabilitační zařízení musí pacient požádat svoji pojišťovnu o povolení.

Podle Porter (2012, s. 89-90) jsou léky na recept stejně jako léčivé prostředky (fyzioterapie, koupele, logoterapie) a pomocné prostředky (invalidní vozík, naslouchátka, inkontinentní pomůcky) rovněž pokryty pojišťovnou. Ošetření u zubaře je pokryto pro rutinní vyšetření a ošetření, avšak existují omezení, co se např. materiálů pro zubní výplň týká. Hrazeny jsou také všechny akutní transporty do nemocnice, rovněž částečně transporty na ambulantní ošetření v nemocnici nebo ambulantním zařízení, především pro dialyzované pacienty. Při upuštění od pár omezení, hradí pojišťovny také domácí ošetrovatelskou péči, když se tím zabrání pobytu v nemocnici nebo se tím zkrátí délka pobytu v nemocnici, také když se považuje, že poskytnutí ošetrovatelské péče je nutné pro další úspěch léčení.

Grethler (2014, s. 33) uvádí, že zákonná zdravotní pojištění jsou také odpovědné za placení nemocenské u dlouhodobě nemocných. Podle německého práva platí zaměstnavatel během prvních 6 týdnů nemocnému 100% platu. Po 6 týdnech přechází odpovědnost na pacientovu pojišťovnu. Nemůže-li pojištěnec dlouhodobě kvůli nemoci chodit do

práce, poté dostane max. 78 týdnů nemocenskou. Pojišťovna vyplácí nemocenskou ve výši 70% hrubého měsíčního příjmu. Nemocenská je také proplacena, pokud má pojištěnec nemocné dítě do 12 let věku. Za rok proplácí pojišťovna 10 dní nemocenské na dítě. U samoživitelů je tato doba zvýšená na 20 dní na dítě. Od pacientů je v lékařských praxích vybírán poplatek 10 euro za čtvrtletí za návštěvy lékaře a 10 euro za den v nemocnici. Poplatek za hospitalizaci je omezen pouze na 28 dní za rok. Děti do 18 let věku jsou od tohoto poplatku osvobozeni. Také za léky je příplatek běžný, minimální částka je 5 euro, horní hranice je 10 euro za lék. Celková částka ročních příplatků je omezena na 2% hrubého platu. Pro chronicky nemocné je výše poplatků maximálně 1% hrubého platu.

Příspěvek na pojištění

Roeder (2014, s. 38) uvádí, že zákonné zdravotní pojištění je povinné, pokud pojištěncův příjem nepřekročí určitou hranici, pro rok 2014 to bylo 4462,50 euro měsíčně popř. 53550,- euro za rok. Hranice základu hrubého platu pro výpočet příspěvku na zdravotní pojištění byla v roce 2014 4050,- euro za měsíc. Příspěvky jsou vypočítané jako procentuální část platu pojištěnce. Zaměstnavatelé a pojištěnci přispívají v podstatě stejnou částkou. Od roku 2005 zaměstnanci platí o 0,9% víc než zaměstnavatel. Při sazbě 14,6% platí 7,8% zaměstnanec a 6,8% zaměstnavatel. V případě nezaměstnanosti přebírá financování příspěvků Státní agentura práce. Za důchodce přebírá důchodové pojištění podíl zaměstnavatele.

Podle Porter (2012, s. 97-98) si pojišťovny do prosince 2008 určovaly sazby příspěvků sami. Existovaly značné výkyvy sazeb příspěvků. Se zdravotnickou reformou v roce 2007 stanovilo ministerstvo zdravotnictví jednotnou sazbu pro všechny pojišťovny, která je platná od ledna 2009. Cílem reformy bylo pomocí společného zdravotního fondu sjednotit vybírané příspěvky a vylepšení vyrovnaní struktury rizika. K financování byl vytvořen společný zdravotní fond, který je podřízen Spolkovému pojišťovnickému úřadu (BVA). Od roku 2010 fond centrálně vybírá všechny příspěvky pojištěnců a rozděluje poté podle stanovených pravidel a kritérií peníze všem 132 pojišťovnám. Vedle příspěvků pojištěnců vybírá fond také centrálně všechny daňové příspěvky státu. BVA rozděluje peníze každé pojišťovně podle odpovídající struktury rizika, které odpovídá právě aktuální populaci pojištěnců pojišťovny. Pojišťovny s více nemocnými členy dostanou z fondu během roku vyšší platby než pojišťovny se zdravějšími členy.

3.3.1.2 Privátní pojišťovny

Privátní pojišťovny se v této podobě vyskytují v evropské unii pouze v Německu. Privátní zdravotní pojišťovny nabízejí v Německu plné zdravotní pojištění na základě zákonného ustanovení, ale také doplňkové pojištění pro členy zákonného pojištění k pokrytí nákladů nehrazených zákonným pojištěním. Příspěvky pojištěnce jsou individuálně vypočítané a řídí se podle zdravotního stavu, věku a pohlaví pojištěnce v době uzavření smlouvy s pojišťovnou a množstvím nasmlouvaných služeb. Privátní pojišťovny nabízejí širokou škálu tarifů pojištění, ze kterých si může pojištěnec vybrat. Základní pojištění pokrývá katalog výkonů, který vychází z katalogu výkonů zákonného systému. Privátní pojišťovny nejsou povinny přijat každého pojištěnce, tak jsou běžně vysoce riziková pacienta odmítnuti, popřípadě by museli platit příliš vysoké poplatky.

Podle Porter (2012, s. 106-107) je privátní systém otevřený jen pro tři skupiny pojištěnců. Zaměstnanci, kteří vydělávají více než 4462,50 euro za měsíc (hranice povinného pojištění), se mohou po vlastním uvážení rozhodnout pro privátní pojištění. Podobně jako v zákonném systému, přispívá zaměstnavatel 50% na příspěvek pojištění. Rovněž státní zaměstnanci mají přístup do privátního pojištění. Od státu obdrží úředníci příspěvek ve výši 50% na léčebné výdaje, pokud mají 2 a více dětí obdrží až 70%. Pro jejich životní partnery je výše státních příspěvků 70% a pro děti 80%. K pokrytí zbývajících nákladů si mohou státní zaměstnanci nasmlouvat produkty privátního zdravotního pojištění. Poslední skupinou jsou soukromníci a osoby samostatně výdělečně činní. Rodinní příslušníci nejsou, s výjimkou státních úředníků, spolupojištění příspěvky hlavního pojištěnce. Pro každého člena rodiny se musí uzavřít vlastní pojištění.

Pojištěnci privátního pojištění mají svobodnou volbu mezi poskytovateli a jsou jejich přímými smluvními partnery. Jednotliví lékaři nebo nemocnice ošetří pojištěnce a vystaví mu za poskytnuté služby účet. Dlužník předá účet své pojišťovně k vyrovnání dluhu. Pojišťovna porovná účet s pojištěncovým tarifem nasmlouvaných služeb a proplatí účet až do jeho výše. Pokud rozsah poskytnutých služeb přesahuje nasmlouvaný tarif, musí zbytek dluhu uhradit sám pojištěnec.

Pouze část poplatku slouží k financování aktuálních výdajů na zdravotnické služby, druhá část tzv. rezerva na stárnutí bude použita teprve v pozdějším věku k vyrovnání zvyšujícího se poplatku pojištění a před tím je uložena na kapitálovém trhu (Schölkopf, 2010, s. 57).

3.3.1.3 Zákonné pečovatelské pojištění

Sociální pečovatelské pojištění bylo vytvořeno v roce 1995 jako doplnění existujícího sociálního pojištění, jako samostatná větev k sociálnímu zajištění rizika potřeby ošetrovatelské péče. Poskytovatelé pečovatelského pojištění jsou pečovatelské pojišťovny, které jsou zřízeny u každé zákonné zdravotní pojišťovny a u privátních pojišťoven. Členové zákonného zdravotního pojištění jsou zahrnuti do pečovatelského pojištění automaticky. Pojištěnci privátního pojištění musí uzavřít sami ke svému pojištění ještě pečovatelské pojištění. U privátních pojišťoven je na pečovatelskou péči pojištěno i několik pojištěnců zákonného zdravotního pojištění, kteří se rozhodli dobrovolně toto pojištění uzavřít u privátní pojišťovny. Úředníci dostávají v případě pečovatelské péče od státu určitou výši podpory. Na zbytek nákladů se musí pojistit u své zdravotní pojišťovny.

Podle Troschke (2012, s. 79) jsou výdaje financovány pomocí příspěvků od pojištěnců a zaměstnavatelů a vypočítávají se opět jako určité procento z příjmu. Zaměstnanci a zaměstnavatelé se na něm podílejí rovným dílem. V roce 2014 byla sazba pečovatelského pojištění 2,05%. Služby pečovatelského pojištění mají pomoci potřebným uspokojit potřebu vést co možná nejvíce soběstačný život a aby mohli sami rozhodovat o svém životě. Pomoc pojištěncům je zaměřena na znovu získání nebo udržení potřebných tělesných, psychických a duševních sil.

Nagel (2013, s. 103-107) uvádí, že poskytované služby ze zákonného pečovatelského pojištění i privátního pečovatelského pojištění jsou stejné. Potřeba pečovatelské péče se rozděluje do 3 stupňů od nejlehčí po nejtěžší, jak ukazuje tabulka 1. Příspěvek na pečovatelskou péči je závislý na stupni péče a poskytuje se pacientovi, pokud je péče prováděná doma příbuznými, sousedy nebo jinými pomocníky v domácnosti. Při nemoci, dovolené nebo jiných osobních důvodů pečující osoby má pojištěnec nárok na převzetí nákladů pojišťovnou pro náhradního ošetrovatele. Tato možnost je jen na 4 týdny do roka a ve výši max 1510,- euro za rok. Pokud nelze dostatečně poskytnout péči doma, má klient

nárok na částečnou stacionární péči, pokud ani ta není možná, má nárok na plnou stacionární péči.

Tabulka 1 Výše příspěvků pečovatelské péče dle stupně potřeby péče v Německu (v eurech)

Stupeň	Oblast péče	Časová náročnost	Příspěvek na domácí péči	Příspěvek na částečnou stacionární péči	Příspěvek na plnou stacionární péči
1	1x denně ve 2 oblastech péče o tělo, několikrát týdně pomoc při zaopatření domácnosti	minimálně 90 minut/den z toho 45 minut základní péče	225,-€	440,-€	1023,-€
2	3x denně v oblastech péče o tělo, několikrát týdně pomoc při zaopatření domácnosti	3 hodiny/den z toho 2 hodiny základní péče	430,-€	1040,-€	1279,-€
3	celý den i v noci potřeba v oblastech péče o tělo, několikrát týdně pomoc při zaopatření domácnosti	minimálně 5 hodin/den z toho 4 hodiny základní péče	685,-€	1510,-€	1510,-€

Zdroj: vlastní zpracování, data Nagel, 2013

Náklady, které překročí výše zmíněné částky, musí klient uhradit sám. Příspěvky privátních pečovatelských pojišťoven se orientují podle pacientova věku a nemoci. Výše a délka poskytnutých služeb se řídí podle tarifu a tarifních podmínek.

3.3.1.4 Zákonné důchodové pojištění

Podle Troschke (2012, s. 81) jsou pojištěny ekonomická rizika věku, snížení průčeschnosti (invalidita) a riziko smrti (a to i pro příbuzné). Vedle zákonného důchodového pojištění existuje v Německu podnikové důchodové zabezpečení a soukromé důchodové zabezpečení. Penze úředníků je financována pomocí daní. Podle Sociálního zákona je zákonné důchodové pojištění také nositelem nákladů na rehabilitaci.

Nagel (2013, s. 54) uvádí, že povinně musí být pojištěni všichni zaměstnanci a osoby připravující se na povolání. Pro ty co nemusí být povinně pojištěni, existuje možnost se dobrovolně pojistit u zákonného důchodového pojištění. Horní hranice výpočtu příspěvku je 66000 euro za rok, v bývalých východních zemích 55800 euro za rok. Na příspěvku se podílejí stejně zaměstnanec i zaměstnavatel a sazba je 18,9%.

3.3.1.5 Zákonné úrazové pojištění

Podle Nagel (2013, s. 56) představuje zákonné úrazové pojištění od roku 1884 samostatnou větev německého sociálního pojištění. Úloha úrazového pojištění jsou prevence úrazů na pracovišti a poskytnutí služeb při pojistné události. Pojištění uzavírají zaměstnavatelé pro své zaměstnance u příslušných oborových pojišťoven. Pojištění je povinné pro všechny zaměstnance, zemědělce a také pro osoby činné ve veřejném zájmu, dobrovolné pro osoby samostatně výdělečně činné. Také děti ve školkách, žáci a studenti jsou pojištěni ve studentských úrazových pojišťovnách. Financování probíhá skoro výlučně z příspěvků zaměstnavatele. Výše příspěvku ovlivňuje potřeba krytí na základě výše odškodnění pojištěnců, zařazení do oboru a různých tříd nebezpečí. Od roku 2009 je sazba příspěvků 14,9%. Sazba příspěvků se kontroluje jednou za rok, může být rozhodnuto o jejím zvýšení nebo snížení pokud předpokládané příjmy nepokryjí předpokládané výdaje v tomto a následujícím roce, spolu s předepsanou likvidní rezervou minimálně na 95%.

3.3.2 Trh poskytovatelů

3.3.2.1 Ambulantní sektor

Ambulantní péče zahrnuje obvodní lékařskou péči, obvodní specialisty, psychoterapeutickou péči a zubní péči. Skrze lékařskou péči patří do ambulantní péče také fyzioterapeuti, maséři, logopedi, podologové a ergoterapeuti. Pojištěnci mají volný výběr lékaře a nemají žádnou povinnost nejprve navštívit obvodního lékaře. To platí, pokud si pojištěnec nezvolí odpovídající tarif služeb, které pojišťovny také nabízejí. Poté může navštívit specialistu pouze na doporučení obvodního lékaře s výjimkou očního a ženského lékaře. Podle Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) bylo v roce 2014 v Německu 104973 ambulantních lékařů. Přibližně 93% všech Němců má praktického lékaře. Praktičtí lékaři jsou obvykle první místo kontaktu ve zdravotnictví. Dvě třetiny z nich jsou činní v nezávislých praxích. Při nutnosti speciálního výkonu převádějí pacienta do péče specialisty. Ambulantní lékaři jsou většinou samostatně výdělečně činní. Každý ambulantní lékař je členem lékařského spolku, který uzavírá s pojišťovnami kolektivní smlouvy za každého jednotlivého ambulantního lékaře. Lékařský spolek plánuje sám potřebu ambulantního ošetření ve svém regionu a uděluje povolení k otevření lékařské praxe.

Preusker (2008, s. 95-102) uvádí, že financování ambulantní lékařské péče se uskutečňuje různými způsoby. Nejrozsáhlejší část je financována ze zákonného zdravotního pojištění. Vedle toho stojí odměna za služby soukromých lékařů většinou z privátního pojištění. Jako třetí část jsou odměny za služby z úrazového pojištění nebo sociální pomoci. Určité výkony si mohou pacienti také platit sami.

Podle Porter (2012, s. 165) jsou všechny ambulantní výkony uhrazeny pomocí jednotné hodnotící normy (EBM). Jednotná hodnotící norma byla zavedena v roce 1977 jako standardní úhradový katalog. Od té doby používají všechny pojišťovny a ambulantní lékaři tento katalog, který obsahuje tisíce léčebných výkonů a opatření v kódované formě. Nynější úhradový katalog, EBM 2008, je směs z paušálů na hlavu, úhrady jednotlivých výkonů a řadu dalších vázaných úhrad. Na úrovni praktického lékaře existují 3 paušály na hlavu pro primární péči rozdělené podle věku: 0-5 let (42,-€), 6-59 (31,-€), a nad 59 let (36,-€). Paušál na hlavu je vyplácen jednou za čtvrtletí. Touto úhradou jsou pokryty všechny návštěvy pacienta za celé čtvrtletí. Za chronicky nemocné pacienty dostanou praktičtí lékaři ještě další příplatek 17,-€ za čtvrtletí a pacienta. Na úrovni specialistů existuje také paušál na hlavu za čtvrtletí a pacienta k pokrytí základních nákladů. U specialistů ale tvoří většinu příjmů úhrady za jednotlivé výkony. Pro ambulantní privátní pacienty platí jiný úhradový katalog než pro pacienty zákonného zdravotního pojištění.

Mezi ambulantním lékařem a privátním pacientem je uzavřena smlouva o ošetření, tzn. mezi lékařem a pacientem je přímý finanční vztah. Privátní pacienti dostanou od lékaře vystavený účet, tento účet podají ve své pojišťovně k proplacení. Pojišťovna porovná naúčtované služby s pacientovým nasmlouvaným tarifem, a pokud sazba služeb převyšuje pacientův tarif, musí převyšující náklady uhradit sám.

3.3.2.2 Nemocniční sektor

Pod pojmem nemocniční péče se rozumí lékařská a ošetrovatelská péče v nemocnici včetně ubytování a stravy. Plán rozmístění a druh nemocnic si vytváří každá spolková země sama. Nemocnice jsou rozděleny do určitých stupňů, podle druhu poskytované péče a specializace. V plánu je také určen počet lůžek v každé nemocnici a počet možných ošetřených. Takto je zajištěna ústavní a odborná péče dostupná pro všechny obyvatele

každé spolkové země. Nemocnice potřebují povolení k zahájení činnosti od spolkové země, která se řídí plánem nemocniční sítě. Jen tak jsou oprávněni uzavírat smlouvy se zákonnými pojišťovnami a mají nárok na investiční infrastrukturní prostředky z rozpočtu dané spolkové země. Plán nemocniční sítě je vyhotoven vládou spolkové země a zakládá se na plánované potřebě nemocničních služeb v každém oboru. Každá spolková země si plán vytváří sama podle její potřeby nemocničních služeb, proto se vyskytují mezi nimi rozdíly. Některá spolková země určuje poskytovateli pouze základní hlavní obor, který musí mít. Jiné spolkové země určují také vedlejší obory nemocnice. Každá relevantní změna musí být odsouhlasena zemským ministerstvem.

Podle Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2016) mělo v roce 2014 Německo 1980 nemocnic. Z toho bylo 1646 nemocnic s všeobecnou zdravotní péčí, zbytek tvořily denní kliniky jako psychiatrické a neurologické odborné kliniky. Z celkového počtu je 35,2% všeobecných nemocnic provozováno jako nezávislé neziskové organizace, 29,8% je ve veřejném vlastnictví a 35% v soukromém vlastnictví. Polovina ze všech nemocnic má méně jak 200 lůžek.

Simon (2013, s. 368-373) uvádí, že k veřejným poskytovatelům patří stát, spolkové země a obce. Stát nevlastní kromě vojenské nemocnice žádné jiné zařízení. Spolkové země provozují univerzitní nemocnice a psychiatrické spolkové nemocnice. V celém Německu je provozováno asi 35 univerzitních nemocnic, což odpovídá asi 2% ze všech nemocnic. Univerzitní nemocnice ale mají asi 9% z celkového počtu všech nabízených lůžek. Přibližně 590 veřejných klinik je provozováno obcemi, městy nebo kraji, což odpovídalo cca 49% nabídky lůžek. Neziskové organizace jsou hlavně církevní poskytovatelé. Spravují nemocnice, sociální zařízení a pečovatelské domy. V roce 2014 bylo přibližně 35% neziskových nemocnic, které nabízely 35% všech lůžek. Převažující část služeb zdravotnického systému je nabízena soukromými poskytovateli. V roce 2014 bylo cca 35% nemocnic v rukou soukromníků.

Podle Porter (2012, s. 144-147) se financování nemocnic uskutečňuje podle principu duálního financování. Investiční náklady nemocnic (jako výstavba, přestavba, pořízení přístrojového vybavení, atd.) jsou financovány spolkovou zemí v souladu s nemocničním plánem. Běžné a provozní náklady (např. energie, topení, materiální náklady, personální náklady, atd.) jsou financovány zdravotní pojišťovnou skrze paušální platby DRG

(Diagnosis Related Groups). Do roku 2004 se úhrada za pacienty v nemocnici vypočítávala pomocí specifických oborových denních sazeb. Od 23.dubna 2002 vstoupil v platnost zákon o systému vyúčtování DRG. DRG představuje klasifikační systém pacientů. Jednotlivé nemocniční případy jsou přiřazeny do určité konkrétní skupiny podle určitých kritérií, jako jsou hlavní diagnóza, věk, event. komplikace, příp. vedlejší diagnózy, doba pobytu, počet hodin ventilace, důvod propuštění atd. Německý DRG systém obsahuje 1196 skupin. Všechna nemocniční péče, mimo psychiatrické, je hrazena pomocí DRG. Každé DRG skupině je přiřazena určitá relativní váha, která určí cenu, kterou pojišťovna zaplatí nemocnici. Relativní váha je jednotná pro celé Německo. Vynásobením relativní váhy s aktuální zemskou základní případovou hodnotou dostaneme přesnou částku DRG paušálu. K DRG systému existuje ještě mnoho různých doplňkových úhradových forem. Především doplňková úhrada za speciální ošetření, která jsou spolu s DRG vyúčtovány, příspěvky na zlepšení ošetrovatelské situace, platba nebo srážka za účast na pohotovostní službě a mnoho dalších. Úhrada za privátní pojištěnce se provádí stejným způsobem pomocí stejných DRG paušálů, navýšená o úhrady za lékařské výkony, ošetření vedoucím lékařem, ubytování na jednolůžkovém pokoji atd..

Německý DRG paušál uhradí veškerou nemocniční péči, včetně všech platů, služeb a léků. Jak dlouho pobyt v nemocnici trvá, nemá vliv na výši paušálu, upustíme-li od neobyčejně krátké nebo dlouhé délce pobytu. Při kratším pobytu dostane nemocnice menší úhradu, při delším pobytu než je dané rozmezí dostane nemocnice za každý další den příplatek. Existují ještě určité výkony, které nejsou hrazeny pomocí DRG paušálů. Ty se vyúčtovávají zvlášť pomocí doplňkových poplatků. Katalog těchto výkonů je každý rok aktualizován.

Roeder (2014, s. 83-84) uvádí, že aby náklady ošetření nepřekročily tento paušál, musí nemocnice optimalizovat své procesy a v důsledku toho také svoji strukturu nákladů. Dokumentace a zakódování diagnóz a procedur má pro vyúčtování v systému případových paušálů rozhodující význam. Pomocí jeho kódování vystavuje lékař v přeneseném slova smyslu účet za ošetřený případ. Při zavedení případových paušálů se ekonomická odpovědnost přenesla na úroveň poskytovatelů služeb. To znamená, že ošetřující lékař popř. nemocnice (poskytovatel služeb) se přímo spolupodílejí na ekonomickém výsledku.

Nemocnice má ekonomický zájem provést ošetření tak rychle a tak peněžně výhodně, jak jen je možné, aby individuální náklady nepřekročily danou hranici paušálu.

3.3.2.3 Lékárenský sektor

Podle Preusker (2008, s. 122-123) probíhá zásobení občanů léky skrze veřejné lékárny, přístupné pro všechny občany a nemocniční lékárny, které obvykle nejsou pro veřejnost otevřeny, nýbrž jsou určeny pro výdej léků pro nemocniční oddělení. Nemocniční lékárna může zásobovat léky více nemocnic. Provoz lékárny je možný pouze s koncesí.

Nagel (2013, s. 198-199) k tomu dodává, že majitelem lékárny může být pouze vyškolený lékárník. Pro provozování lékárny musí mít aprobaci jako lékárník a povolení k provozování od úřadu. Lékárník může provozovat vedle své hlavní lékárny ještě další tři pobočky lékárny. Existuje pouze omezení, že tyto pobočky se musí nacházet ve stejném kraji. V každé pobočce je jmenovaný odpovědný lékárník. Pacienti mají svobodnou volbu lékárny. V roce 2014 bylo v Německu 20839 lékáren, z toho bylo 20441 veřejných lékáren a 398 nemocničních lékáren (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2016).

Léky

Podle Nagel (2013, s. 200) zákon rozeznává dva druhy léků, léky vydávané pouze v lékárnách a volné léky, které mohou být prodávané i mimo lékárnou. Léky vydávané pouze v lékárnách se dělí do 3 bezpečnostních stupňů: 1. léky vydávané pouze v lékárnách bez receptu, 2. léky vydávané v lékárnách pouze s receptem, 3. omamné prostředky, předepsání těchto léků podléhá zákonu o omamných prostředcích, na formu a obsah receptu jsou kladeny zvýšené požadavky. Jednotlivé spolkové země jsou kompetentní a odpovědné za kontrolu léčiv. Odpovídající úřady odebírají vzorky a postihují porušení proti předpisům.

Simon (2013, s. 380-383) uvádí, že u léků prodávaných v lékárně bez receptu se ceny vytvářejí pomocí volného trhu, cenotvorba náleží čistě lékárně. Pojištěnci zákonného pojištění se musí podílet na nákladech na léky. Dospělí pojištěnci zákonného pojištění musí platit příplatky za léky na recept ve výši 10% prodejní lékárenské ceny, minimálně 5 euro a maximálně 10 euro z každého léku. Avšak ne více, než stojí daný lék. Určité levné léky jsou od poplatků osvobozeny. U léků, u kterých je stanovena pojišťovnou pevná

částka plnění, musí pacient doplatit rozdíl mezi pevnou částkou a prodejní cenou. Aby nedocházelo k finančnímu přetěžování pacientů s nízkým příjmem, nebo chronicky nemocných pacientů existuje hranice, která omezuje roční poplatky. Tato hranice je stanovena ve výši 2% ročního hrubého příjmu, pro chronicky nemocné, kteří jsou v trvalé péči, je tato hranice ve výši 1% hrubého ročního příjmu. Když pojištěnci prokáží, že dosáhli této hranice, vystaví jim pojišťovna potvrzení a pojištěnci už nemusí pro zbytek roku žádné příplatky platit.

Podle Roeder (2014, s. 106-107) začíná tvorba ceny léků u farmaceutického výrobce, který zásobuje většinou léky velkoobchodníka a jeho cena je pevně daná. Velkoobchodníci prodávají léky dále do veřejných lékáren a smí si přidat příplatek ve výši max. 3,15%, nejvýš 37,80€, a také může vybírat pevný poplatek 70 centů za balení. To tvoří lékárenskou nákupní cenu. Lékárny si mohou nákupní cenu zvýšit o 3% a pevný příplatek 8,10 euro za balení. K tomu přijde ještě daň z přidané hodnoty ve výši 19%. To tvoří prodejní cenu lékáren u léků předepsaných na recept.

System poskytování léků u privátně pojištěných občanů se v podstatě neliší. Rozdíl je pouze v tom, že pojištěnec musí v lékárně zaplatit plnou cenu léku a účet si poté nechat proplatit u své pojišťovny.

3.3.3 Političtí aktéři

Politické strany

Podle Preusker (2008, s. 139) patří k politickým aktérům ve zdravotnictví v první linii politické strany. Ve Spolkovém sněmu existují frakce zastupujících stran, které tvoří speciální pracovní zdravotní skupiny. K úkolům těchto pracovních skupin patří vše od veřejné ochrany zdraví až po sociální systém zabezpečení. K tomu patří zákonné zdravotní pojištění a oblast služeb jako např. lékařské a zubní ošetření, nemocniční péče a zabezpečení léky, ale i prevence a rehabilitace atd..

Spolkový sněm a spolková rada

Preusker (2008, s. 140) udává, že spolkový sněm a rada jsou dva ústřední orgány z celkem pěti trvalých ústavních orgánů Spolkové republiky Německo (spolkový prezident, spolkový sněm, spolková rada, spolková vláda, spolkový ústavní soud), a jsou odpovědni

za konkrétní stanovení pravidel ve zdravotnictví. V realitě iniciuje a připravuje většinu legislativy spolková vláda, na téma zdraví může předkládat návrhy také spolkové ministerstvo zdravotnictví.

Spolkové ministerstvo zdravotnictví

Podle Nagel (2013, s. 30-31) je nejvyšší spolkový úřad ve zdravotnictví Spolkové ministerstvo zdravotnictví. V jeho rukou leží koordinace a regulace německého zdravotnictví, v rozsahu zákonodárcem určených zákonných pravidel. Také další zákonný vývoj zdravotnictví je silně utvářen spolkovým ministerstvem zdravotnictví, většinou skrze spolkovou radu, která je ovlivněna především spolkovými zeměmi a aktuální konstelací moci v německém spolkovém sněmu. Spolkové ministerstvo zdravotnictví je přímo zodpovědné za následující oblasti:

- institucionální struktura zdravotního zabezpečení
- financování zdravotních služeb
- spoluúčast ve zdravotních pojišťovnách
- předpisy kvality a zajištění kvality zdravotních služeb
- přístup občanů ke zdravotním službám.

Za svůj ústřední úkol označuje Spolkové ministerstvo zdravotnictví reformu německého zdravotnictví. Na svých internetových stránkách Spolkové ministerstvo zdravotnictví říká: „Reforma zdravotnictví je jedna z nejdůležitějších úkolů ministerstva; cílem je další vývoj kvality zdravotnictví, posílení prospěchu pacientů, zaručit hospodárnost a stabilizovat sazby poplatků“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2014).

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Nagel (2013, s. 31) uvádí, že mimořádný význam pro zdravotnictví mají dvě oddělení ministerstva Práce a Sociálních věcí:

- sociální pojištění, důchodové pojištění, sociální odškodnění,
- zájmy postižených lidí, rehabilitace, sociální pomoc, integrace.

Ministerstvo je také zodpovědné za zájmy bezpečnosti práce a pracovní lékařství.

Spolkové země

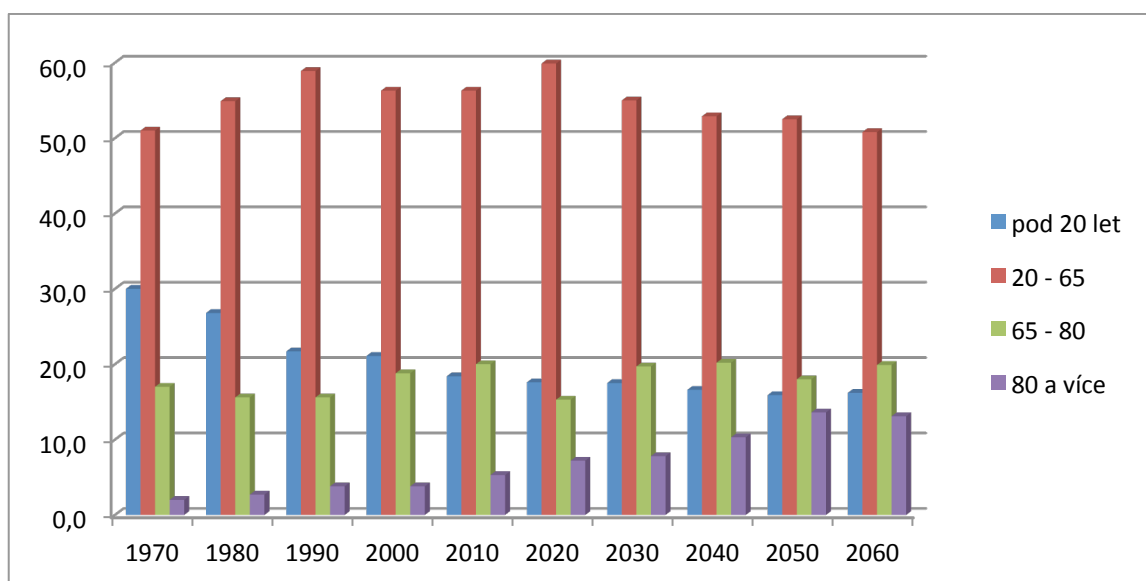
Podle Preusker (2008, s. 144) spolkové země disponují mnoha úkoly a kompetencemi ve zdravotnictví. Jsou odpovědné za implementaci zákonů, mají právo zákonodárství (vytvářet zákony) pokud to není v rozporu se státními zákony, a vykonávají dohled nad zdravotními úřady. K jejich úkolům patří mimo jiné také plánování nemocniční sítě na zemské úrovni, financování investic nemocnic, dohled nad pojišťovny působícími ve spolkové zemi, ale také zdravotní zpravodajství na zemské úrovni či živnostenský dozor zdravotní bezpečnosti a bezpečnosti práce. Mají za úkol také kontrolu v oblasti práva lékařských produktů a bezpečnosti léků. Nejvyšší úřady jsou sociální nebo zdravotnická ministerstva (nebo mají i jiné názvy - úřad pro zdraví). Každá spolková země má také svůj Úřad pro kontrolu léčiv, který slouží pro kontrolu výrobců a velkoobchodníků, pro zkoumání léků a udělování povolení k výrobě léčiv.

4 Vlastní práce

4.1 Vývoj počtu ošetření a stárnutí populace

Jeden ze současných problémů celé Evropy je stárnutí populace. Rychle se měnící demografická situace a prodlužování věku je typické pro nynější společnost. Lidé se dožívají vyššího věku hlavně díky stále pokročilejšímu zdravotnictví. Stárnutí německé populace s výhledem do roku 2060 ukazuje následující graf 1.

Graf 1 Vývoj věkových skupin v Německu v letech 1970 až 2060 (v %)



Zdroj: vlastní zpracování, data Statistisches Bundesamt

Z grafu 1 je patrné, že v budoucnu bude klesat počet mladých lidí a tím i počet výdělečně činných. Počet obyvatel starších 65 let lineárně roste a významně se zvyšuje i počet obyvatel starších 80 let. Prognóza počtu obyvatel v roce 2060 ukazuje, že 33% všech obyvatel bude starších 65 let a 13% bude dokonce ve věku 80 let a více. To znamená, že polovina obyvatel bude buď v důchodovém věku, nebo bude mladší 20 let. Ekonomické důsledky procesu stárnutí se projevují i v oblasti financování zdravotnictví. Nejčastějšími klienty zdravotnických zařízení jsou právě osoby ve vyšším věku, u kterých se projevuje mnohem více onemocnění. Stárnutí populace tak výrazně zvyšuje náklady na zdravotní péči.

Zvyšující poptávku po zdravotnické péči a vyšetření lze pozorovat v narůstajícím počtu jak ambulantních tak nemocničních ošetření, jak ukazuje následující tabulka 2.

Tabulka 2 Vývoj počtu ošetření v Německu v letech 1995 až 2014 (v mil. ks)

	Ambulantní ošetření			Nemocniční ošetření		
	Počet ošetření	dI _i	k _i	Počet ošetření	dI _i	k _i
1995	462,9			15,8		
1996	477,3	14,4	1,031	16,1	0,33	1,021
1997	488,9	11,6	1,024	16,4	0,26	1,016
1998	501,2	12,3	1,025	16,8	0,44	1,027
1999	512,3	11,1	1,022	17,0	0,20	1,012
2000	515,8	3,5	1,007	17,2	0,16	1,009
2001	526,3	10,5	1,020	17,3	0,07	1,004
2002	533,3	6,9	1,013	17,4	0,14	1,008
2003	530,2	-3,1	0,994	17,3	-0,09	0,995
2004	488,8	-41,4	0,922	17,2	-0,08	0,995
2005	524,3	35,5	1,073	17,0	-0,20	0,988
2006	509,7	-14,6	0,972	17,1	0,11	1,006
2007	523,0	13,3	1,026	17,6	0,43	1,025
2008	550,6	27,6	1,053	17,9	0,37	1,021
2009	584,8	34,3	1,062	18,2	0,29	1,016
2010	620,2	35,3	1,060	18,5	0,26	1,014
2011	611,4	-8,8	0,986	18,8	0,31	1,017
2012	613,9	2,5	1,004	19,1	0,28	1,015
2013	626,1	12,2	1,020	19,2	0,17	1,009
2014	637,6	11,5	1,018	19,6	0,38	1,020

Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Z tabulky 2 je patrné, že počet ambulantního ošetření se po dobu sledování lineárně zvyšoval. V roce 1995 bylo 462,9 milionů ambulantních ošetření a v roce 2014 to bylo již 637,6 milionů ošetření. Počet ambulantních ošetření se od roku 1995 do roku 2014 zvýšil celkem o 37,7 procent a průměrný roční přírůstek byl 1,8 procent. Největší nárůst ambulantního ošetření byl v roce 2005 a to o 7,3 procent.

Při zkoumání vývojového trendu počtu ambulantních ošetření byla zvolena lineární trendová funkce (viz Příloha 1), kde koeficient determinace má hodnotu $R^2 = 0,82488119$.

Lineární funkce má tvar:

$$y' = 454,6265 + 8,3141t.$$

Na základě trendové funkce byl vypočítán bodový a intervalový odhad pro roky 2015 a 2016. Počet ambulantních ošetření v roce 2015 bude 629,2 milionů. S pravděpodobností

95% se počet ambulantních ošetření bude pohybovat v rozmezí 606,499 a 651,948 milionů ošetření. V roce 2016 bude počet ambulantních ošetření 637,6 milionů. S pravděpodobností 95% se bude počet ambulantních ošetření pohybovat v rozmezí 613,134 a 661,942 milionů ošetření.

Z tabulky 2 dále vyplývá, že počet nemocničních ošetření se po dobu pozorování lineárně zvyšoval. Počet nemocničních ošetření v roce 1995 byl 15,8 milionů a v roce 2014 to bylo už 19,6 milionů. Průměrný roční nárůst ošetření byl ve sledovaném období 1,2 procenta. Počet nemocničních ošetření se od roku 1995 do roku 2014 zvýšil celkem o 24,4 procent. Největší nárůst nemocničního ošetření byl v roce 1998 o 2,7 procent.

Při porovnání mužů a žen mají větší podíl na nemocničních ošetření ženy. Jejich podíl se ale v průběhu sledovaného období zmenšuje. V roce 1995 byl podíl žen na celkovém počtu nemocničního ošetření 55,5 procent a v roce 2014 už pouze 52,6 procent. Podíl mužů a žen se postupně vyrovnává. U mužů je nejčastější diagnóza onemocnění oběhového systému a s velkým odstupem za ní jsou onemocnění zažívacího traktu. U žen je onemocnění oběhového systému také na prvním místě, ale těsně za ním jsou onemocnění pohybového aparátu. Z důvodu pokroku v medicíně a zvyšujícím se možností léčby se zvyšuje věk dožití a tím i počet ošetření a vyrovnává se podíl mužů a žen na celkovém počtu ošetření.

Při zkoumání vývojového trendu počtu nemocničních ošetření byla zvolena také lineární trendová funkce (viz Příloha 2), kde koeficient determinace má hodnotu $R^2 = 0,89910305$.

Lineární funkce má tvar:

$$y' = 15828734 + 167330t.$$

Na základě trendové funkce byl vypočítán bodový a intervalový odhad pro roky 2015 a 2016. Počet nemocničních ošetření v roce 2015 bude 19,34 milionů. S pravděpodobností 95% se počet nemocničních ošetření bude pohybovat v rozmezí 19,011 a 19,675 milionů ošetření. V roce 2016 bude počet nemocničních ošetření 19,51 milionů. S pravděpodobností 95% se bude počet nemocničních ošetření pohybovat v rozmezí 19,153 a 19,867 milionů ošetření.

Z výše uvedeného vyplývá, že poptávka po zdravotnických službách bude i v budoucnu stoupat. Jeden z důvodů bude stále stárnoucí populace, což povede ke zvyšujícímu se počtu lékařských ošetření. Počet ambulantních ošetření roste rychleji než nemocniční ošetření, což je způsobeno strukturou zdravotnického systému v Německu, kde ambulantní lékaři jsou místem prvního kontaktu a při potřebě dalšího ošetření odesílají pacienta dále na specializovaná pracoviště.

4.2 Příjmy zákonného sociálního pojištění

4.2.1 Příjmy zdravotního pojištění

Výdaje na zdravotnictví se každý rok zvyšují. Aby se vybralo dostatečné množství finančních prostředků na poskytování zdravotní péče, je každoročně valorizována sazba jednotlivých sociálních pojištění. Zákonné zdravotní pojištění má zajistit obyvatelům komplexní péči v případě nemoci, a proto představuje jednu z největších částí příjmů sociálního pojištění. Z tabulky 3 je patrné, že sazba zdravotního pojištění byla v roce 1995 13,2 procent a v roce 2014 byla už na úrovni 14,6 procent. Sazba zdravotního pojištění se za sledované období zvýšila celkem o 10,61 procent. Průměrný roční nárůst byl v období pozorování 0,6 procent. V roce 2007 bylo nejvýraznější zvýšení sazby zdravotního pojištění a to o 4,4 procent. Pouze v letech 2004 až 2006 sazba poklesla, jinak se neustále zvyšuje.

Tabulka 3 Vývoj sazeb zdravotního pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v%)

Zdravotní pojištění			
	Sazba	dI_i	k_i
1995	13,2		
1996	13,4	0,22	1,017
1997	13,5	0,05	1,004
1998	13,5	0,03	1,002
1999	13,5	0,00	1,000
2000	13,5	0,00	1,000
2001	13,6	0,10	1,007
2002	14,0	0,38	1,028
2003	14,3	0,33	1,024
2004	14,2	-0,09	0,994
2005	13,7	-0,49	0,966
2006	13,3	-0,42	0,969
2007	13,9	0,59	1,044
2008	14,0	0,10	1,007
2009	14,0	0,00	1,000
2010	14,0	0,00	1,000
2011	14,6	0,60	1,043
2012	14,6	0,00	1,000
2013	14,6	0,00	1,000
2014	14,6	0,00	1,000

Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Při zachycení vývojového trendu sazby zákonného zdravotního pojištění se jako nejvhodnější ukázala lineární trendová funkce (viz Příloha 3). Koeficient determinace má hodnotu $R^2 = 0,68794463$.

Tvar lineární funkce je následující:

$$y' = 13,21658 + 0,06528t.$$

Podle odhadu z trendové funkce bude sazba zákonného zdravotního pojištění v roce 2015 14,587 procent a s pravděpodobností 95% se bude sazba pohybovat v rozmezí 14,327 a 14,848 procent. V roce 2016 bude sazba 14,653 procent a s pravděpodobností 95% se bude pohybovat v rozmezí 14,373 a 14,933 procent.

Příjmovou část zákonného zdravotního pojištění tvoří příspěvky pojištěnců a od roku 2004 také příspěvek státu. Příspěvek pojištěnců tvoří největší část příjmů zákonného zdravotního pojištění. Tabulka 4 ukazuje, že v roce 1995 byly celkové příjmy ve výši 120,35 miliard

eur. V roce 2014 se celkové příjmy zdravotního pojištění pohybovaly již ve výši 204,24 miliard eur. Celkové příjmy po celou dobu sledování lineárně rostou. Největší nárůst byl v roce 2009 o 6 procent, kdy celkové příjmy zdravotního pojištění stouply na 172,2 miliard eur. Nejmenší nárůst celkových příjmů byl v roce 2003 a to o jedno procento. Celkové příjmy zdravotního pojištění v době pozorování nikdy neklesly pod úroveň předcházejícího roku. Celkem se příjmy v letech 1995 až 2014 zvýšily o 69,7 procent. Průměrný roční nárůst celkových příjmů zdravotního pojištění byl 2,8 procent.

Z tabulky 4 je dále patrné, že stát začal přispívat na zdravotní pojištění v roce 2004 ve výši jedné miliardy eur. Na konci sledovaného období v roce 2014 se státní příspěvek pohyboval ve výši 10,5 miliard eur. Největší nárůst byl v roce 2009 a to o 188 procent. Naopak největší pokles byl v roce 2007 o 40,48 procent.

Tabulka 4 Vývoj celkových příjmů zdravotního pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v mld. euro)

	Celkové příjmy	$d1_i$	k_i	Státní příspěvek	$d1_i$	k_i
1995	120,35			-		
1996	124,37	4,02	1,033	-		
1997	126,15	1,78	1,014	-		
1998	127,75	1,60	1,013	-		
1999	131,20	3,45	1,027	-		
2000	133,81	2,61	1,020	-		
2001	135,79	1,98	1,015	-		
2002	139,71	3,92	1,029	-		
2003	141,05	1,34	1,010	-		
2004	144,27	3,22	1,023	1,00		
2005	145,74	1,47	1,010	2,50	1,50	2,500
2006	149,93	4,19	1,029	4,20	1,70	1,680
2007	156,06	6,13	1,041	2,50	-1,70	0,595
2008	162,52	6,46	1,041	2,50	0,00	1,000
2009	172,20	9,68	1,060	7,20	4,70	2,880
2010	175,60	3,40	1,020	15,70	8,50	2,181
2011	183,77	8,17	1,047	15,30	-0,40	0,975
2012	189,69	5,92	1,032	14,00	-1,30	0,915
2013	195,85	6,16	1,032	11,50	-2,50	0,821
2014	204,24	8,39	1,043	10,50	-1,00	0,913

Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

K popsání vývojového trendu celkových příjmů zdravotního pojištění byla zvolena lineární trendová funkce (viz Příloha 4). Hodnota koeficientu determinace je $R^2 = 0,94463352$. Podoba lineární funkce má následující tvar:

$$y' = 108,6237 + 4,2265t.$$

Prognóza pro rok 2015 má hodnotu 197,381 miliard eur a výše celkových příjmů zákonného zdravotního pojištění se bude s pravděpodobností 95% pohybovat v rozmezí 191,312 a 203,451 miliard eur. Hodnota celkových příjmů v roce 2016 bude 201,608 miliard eur a s pravděpodobností 95% se budou pohybovat v rozmezí 195,089 a 208,126 miliard eur.

Příjmy zákonného zdravotního pojištění ve sledovaném období lineárně rostou z důvodu zvyšující se sazby zdravotního pojištění. Se zvyšujícími se příjmy zákonného zdravotního pojištění se také zvyšuje odpovídající částka na jednoho obyvatele. V roce 1995 byla tato částka na úrovni 1678,52 eur na obyvatele a v roce 2014 se zvýšila na 2905,68 eur na obyvatele.

4.2.2 Příjmy pečovatelského pojištění

Sociální pečovatelské pojištění bylo vytvořeno teprve v roce 1995 z důvodu narůstající potřeby zajištění rizika pečovatelské péče. Příspěvky se vypočítávají jako určité procento z příjmu. V tabulce 5 je možné pozorovat vývoj sazby pečovatelského pojištění. V roce 1995 byla sazba pečovatelského pojištění zavedena ve výši 1 procento a v roce 2014 byla sazba pečovatelského pojištění již 2,05 procent. Největší nárůst sazby pečovatelského pojištění byl hned v prvních letech, konkrétně v roce 1997 a to o 70 procent, protože se jednalo o nový druh pojištění a nebyla žádná zkušenost s výší potřeby finančních prostředků na výdaje pečovatelské péče. Sazba pečovatelského pojištění se za sledované období změnila pouze třikrát. Změna sazby má ale klesající tendenci. Celkově se sazba pečovatelského pojištění za sledované období změnila o 105 procent.

Tabulka 5 Vývoj sazeb pečovatelského pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v %)

Pečovatelské pojištění			
	Sazba	dI _i	k _i
1995	1,00		
1996	1,00	0,00	1,000
1997	1,70	0,70	1,700
1998	1,70	0,00	1,000
1999	1,70	0,00	1,000
2000	1,70	0,00	1,000
2001	1,70	0,00	1,000
2002	1,70	0,00	1,000
2003	1,70	0,00	1,000
2004	1,70	0,00	1,000
2005	1,70	0,00	1,000
2006	1,70	0,00	1,000
2007	1,70	0,00	1,000
2008	1,95	0,25	1,147
2009	1,95	0,00	1,000
2010	1,95	0,00	1,000
2011	1,95	0,00	1,000
2012	1,95	0,00	1,000
2013	2,05	0,10	1,051
2014	2,05	0,00	1,000

Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Při zkoumání vývojového trendu sazby pečovatelského pojištění byla zvolena lineární trendová funkce (viz Příloha 5), kde koeficient determinace má hodnotu $R^2 = 0,65622695$. Lineární funkce má tvar:

$$y' = 1,320526 + 0,038759t.$$

Na základě trendové funkce byla vypočítána prognóza pro roky 2015 a 2016. Sazba pečovatelského pojištění v roce 2015 bude 2,135 procent. S pravděpodobností 95% se sazba pečovatelského pojištění bude pohybovat v rozmezí 1,968 a 2,301 procent. V roce 2016 bude sazba 2,173 procent. S pravděpodobností 95% se bude sazba pečovatelského pojištění pohybovat v rozmezí 1,995 a 2,352 procent.

Pečovatelské pojištění bylo zavedeno teprve v roce 1995, proto je největší nárůst příjmů hned v prvních letech, kdy se sazba pečovatelského pojištění zvýšila o 70 procent. Tabulka

6 ukazuje, že v roce 1996 se celkové příjmy pečovatelského pojištění zvýšily o 43,2 procent na 12,04 miliard eur. Největší pokles celkových příjmů pečovatelského pojištění byl v roce 2007 o 2,5 procenta. Za sledované období se příjmy pečovatelského pojištění lineárně zvyšují. Za celé sledované období se příjmy zvýšily o 208 procent. Průměrný roční nárůst celkových příjmů pečovatelského pojištění je ve sledovaném období 6,6 procent.

Tabulka 6 Vývoj celkových příjmů pečovatelského pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v mld. euro)

	Celkové příjmy	d1 _i	k _i
1995	8,41		
1996	12,04	3,63	1,432
1997	15,94	3,90	1,324
1998	16,00	0,06	1,004
1999	16,32	0,32	1,020
2000	16,55	0,23	1,014
2001	16,81	0,26	1,016
2002	16,98	0,17	1,010
2003	16,86	-0,12	0,993
2004	16,87	0,01	1,001
2005	17,49	0,62	1,037
2006	18,49	1,00	1,057
2007	18,02	-0,47	0,975
2008	19,77	1,75	1,097
2009	21,31	1,54	1,078
2010	21,78	0,47	1,022
2011	22,24	0,46	1,021
2012	23,04	0,80	1,036
2013	24,96	1,92	1,083
2014	25,91	0,95	1,038

Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Při zkoumání vývojového trendu celkových příjmů pečovatelského pojištění byla nejhodnější lineární trendová funkce (viz Příloha 6), s hodnotou koeficientu determinace $R^2 = 0,87762439$.

Trendová lineární funkce má tvar:

$$y^e = 11,38879 + 0,65721t.$$

Odhad pro rok 2015 má hodnotu 25,190 miliard eur. S pravděpodobností 95% se celkové příjmy pečovatelského pojištění budou pohybovat v rozmezí 23,734 a 26,646 miliard eur.

V roce 2016 budou tvořit celkové příjmy 25,847 miliard eur a budou se pohybovat s 95% pravděpodobností v rozmezí 24,284 a 27,411 miliard eur.

Příjmy zákonného pečovatelského pojištění také rostou z důvodu zvyšující se sazby pečovatelského pojištění. Sazba pečovatelského pojištění roste nejrychleji ze všech zákonných sociálních pojištění. Za prvé z důvodu neznalosti potřeby objemu finančních prostředků, jelikož pečovatelské pojištění bylo zavedeno teprve v roce 1995. Za druhé se zvyšujícím se věkem obyvatel se zvyšuje také poptávka po službách pečovatelské péče a zvyšuje se potřeba finančního krytí této poptávky.

4.2.3 Příjmy důchodového pojištění

Zákonné důchodové pojištění je vedle zajištění rizika věku, také částečným nositelem nákladů na rehabilitaci. Sazba důchodového pojištění se ve sledovaném období pohybovala v rozmezí 18,6 a 20,3 procent. Trend časové řady je spíše klesající, ale z důvodu narůstání počtu obyvatel ve vyšším věku lze očekávat v budoucím období její zvyšování. Z tabulky 7 je patrné, že největší nárůst sazby důchodového pojištění byl v roce 1997 a to o 5,73 procent, po kterém v roce 2000 následoval největší pokles sazby důchodového pojištění o 4,93 procent.

Tabulka 7 Vývoj sazeb důchodového pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v %)

Důchodové pojištění			
	Sazba	$d1_i$	k_i
1995	18,60		
1996	19,20	0,60	1,032
1997	20,30	1,10	1,057
1998	20,30	0,00	1,000
1999	20,30	0,00	1,000
2000	19,30	-1,00	0,951
2001	19,10	-0,20	0,990
2002	19,10	0,00	1,000
2003	19,50	0,40	1,021
2004	19,50	0,00	1,000
2005	19,50	0,00	1,000
2006	19,50	0,00	1,000
2007	19,90	0,40	1,021
2008	19,90	0,00	1,000
2009	19,90	0,00	1,000
2010	19,90	0,00	1,000
2011	19,90	0,00	1,000
2012	19,60	-0,30	0,985
2013	18,90	-0,70	0,964
2014	18,90	0,00	1,000

Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Určování výše sazby důchodového pojištění bude v budoucnosti poměrně problematická. Na jedné straně se bude vytvářet tlak na její zvyšování z důvodu neustálého se zvyšujícího počtu obyvatel v důchodovém věku. Toto zvyšování by mělo přinést dostatek finančních prostředků na zajištění rehabilitační péče a na vyplacení důchodů obyvatel. Na druhé straně zvyšování sazby důchodového pojištění bude znamenat velké zatížení ekonomicky aktivních obyvatel.

4.3 Výdaje zákonného sociálního pojištění

4.3.1 Výdaje zdravotního pojištění

Zvyšující se výdaje není problém pouze Německa, ale všech zemí střední Evropy. Celkové výdaje zdravotního pojištění se v Německu každý rok neustále zvyšují a to nejen z důvodu

zvyšujícího se počtu ošetření a výkonů, ale i z důvodu neustálého zvyšování nákladů na materiály a energie. Ve sledovaném období celkové výdaje zdravotního pojištění kontinuálně vzrůstali. Z tabulky 8 je patrné, že v roce 1995 byly celkové výdaje zdravotního pojištění 124 miliard eur a na konci sledovaného období v roce 2014 se celkové výdaje pohybovaly ve výši 205,54 miliard eur. Největší nárůst je zaznamenán v roce 2009 a to o 6,1 procent. Během doby pozorování celkové výdaje zdravotního pojištění klesly pouze dvakrát a to v roce 1997 o 2,1 procent a v roce 2004 o 3,4 procent. Za celé sledované období se výdaje zvýšili o 65,76 procent. Průměrný roční nárůst celkových výdajů na zdravotní pojištění byl v době pozorování 2,72 procent.

Tabulka 8 Vývoj celkových výdajů zdravotního pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v mld. euro)

	Celkové výdaje	dI _i	k _i
1995	124,00		
1996	127,92	3,92	1,032
1997	125,29	-2,63	0,979
1998	127,47	2,18	1,017
1999	130,92	3,45	1,027
2000	133,70	2,78	1,021
2001	138,81	5,11	1,038
2002	143,03	4,22	1,030
2003	145,09	2,06	1,014
2004	140,18	-4,91	0,966
2005	143,81	3,63	1,026
2006	148,00	4,19	1,029
2007	153,93	5,93	1,040
2008	160,94	7,01	1,046
2009	170,78	9,84	1,061
2010	175,99	5,21	1,031
2011	179,61	3,62	1,021
2012	184,25	4,64	1,026
2013	194,49	10,24	1,056
2014	205,54	11,05	1,057

Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Při analýze vývojového trendu celkových výdajů zákonného zdravotního pojištění byla zvolena jako nejvhodnější kvadratická funkce (viz Příloha 7) s hodnotou koeficientu determinace $R^2 = 0,98367253$.

Kvadratická trendová funkce má podobu:

$$y' = 126,6429 - 0,3156t + 0,2046t^2.$$

Odhad pro rok 2015 má hodnotu 210,239 miliard eur. S 95% pravděpodobností se budou celkové výdaje zákonného zdravotního pojištění pohybovat v rozmezí 205,032 a 215,447 miliard eur. V roce 2016 bude výše celkových výdajů 218,721 miliard eur a budou se pohybovat v rozmezí 212,433 a 225,01 miliard eur.

Výdaje zákonného zdravotního pojištění rostou v podstatě stejně rychle jako příjmy zákonného zdravotního pojištění. Podíl výdajů zdravotního pojištění na celkových zdravotnických výdajích je ve sledovaném období poměrně konstantní a osciluje okolo 70 procent. Největší podíl zdravotního pojištění na celkových zdravotnických výdajích byl v roce 1995 s 73,7 procenty a nejmenší podíl zdravotního pojištění na celkových výdajích byl v roce 2004 s 68,2 procenty.

4.3.2 Výdaje pečovatelského pojištění

Výdaje pečovatelského pojištění byli před rokem 1995 součástí výdajů zdravotního pojištění. V roce 1995 se oddělili a to způsobilo takový procentní nárůst v prvních letech založení pečovatelského pojištění. Z tabulky 9 vyplývá, že v roce 1996 se zvýšily celkové výdaje na pečovatelskou péči o 118,51 procent. Pokud odhlédneme od hodnot na počátku existence pečovatelského pojištění, nastal největší nárůst v roce 2009 a to o 6,22 procent na hodnotu 20,33 miliard eur. Nejmenší nárůst celkových výdajů byl v roce 2006 o 0,95 procent. Za dobu existence celkové výdaje na pečovatelskou péči rostou lineárně a nikdy neklesly pod úroveň předcházejícího roku. Za sledované období se celkové výdaje pečovatelského pojištění zvýšili o 412 procent. Průměrný roční nárůst byl ve sledovaném období 11,1 procent. Do budoucnosti lze z důvodů stárnutí populace předpokládat další zvyšování výdajů na pečovatelskou péči.

Tabulka 9 Vývoj celkových výdajů pečovatelského pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v mld. euro)

	Celkové výdaje	d _{1i}	k _i
1995	4,97		
1996	10,86	5,89	2,185
1997	15,14	4,28	1,394
1998	15,88	0,74	1,049
1999	16,35	0,47	1,030
2000	16,67	0,32	1,020
2001	16,87	0,20	1,012
2002	17,36	0,49	1,029
2003	17,56	0,20	1,012
2004	17,69	0,13	1,007
2005	17,86	0,17	1,010
2006	18,03	0,17	1,010
2007	18,34	0,31	1,017
2008	19,14	0,80	1,044
2009	20,33	1,19	1,062
2010	21,45	1,12	1,055
2011	21,92	0,47	1,022
2012	22,94	1,02	1,047
2013	24,33	1,39	1,061
2014	25,45	1,12	1,046

Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Vývojový trend celkových výdajů pečovatelského pojištění zachycuje lineární trendová funkce (viz Příloha 8). Koeficient determinace má hodnotu $R^2 = 0,81653019$.

Lineární trendová funkce má následující tvar:

$$y' = 10,65405 + 0,69552t.$$

V roce 2015 budou celkové výdaje pečovatelského pojištění na úrovni 25,261 miliard eur a s 95% pravděpodobností se budou pohybovat v rozmezí 23,304 a 27,216 miliard eur. Odhad pro rok 2016 bude ve výši 25,956 miliard eur a bude se pohybovat mezi 23,855 a 28,056 miliardami eur.

Výdaje zákonného pečovatelského pojištění rostou dvakrát rychleji než příjmy zákonného pečovatelského pojištění. Podíl výdajů zákonného pečovatelského pojištění na celkových zdravotnických výdajích se ve sledovaném období v prvních třech letech zvyšoval a další roky se pohybuje okolo 8,5 procent. Nejmenší podíl pečovatelského pojištění byl hned první rok zavedení pečovatelského pojištění a to na úrovni 3 procent. V posledních dvou

letech pozorovaného období se podíl pečovatelského pojištění na celkových zdravotnických výdajích pohybuje na úrovni 8,8 procent.

4.3.3 Veřejné výdaje na zdravotní péči

Veřejné výdaje se skládají z výdajů státu, spolkových zemí, krajů, měst a obcí. Obsahuje financování nemocnic a jiných zařízení v jejich vlastnictví, podpora prevence, administrativní správu a financování investic do všech nemocnic a zařízení i v soukromém vlastnictví. Veřejné výdaje mají celkově v době pozorování klesající trend. Z tabulky 10 je patrné, že v roce 1995 byly veřejné výdaje 19920 milionů eur a v roce 2014 byly 14769 milionů eur. Celkem za sledované období klesly o 25,8 procent. Průměrný roční pokles veřejných výdajů byl ve sledovaném období 1,36 procent. Jinak se pravidelně střídají roky poklesu a roky vzrůstu. Největší pokles byl v roce 1997 o 22,6 procent a největší nárůst v roce 2009 o 7 procent. Výše veřejných výdajů je každoročně závislá na státním a zemském rozpočtu.

Tabulka 10 Vývoj celkových veřejných výdajů v Německu v letech 1995 až 2014 (v mil. euro)

	Veřejné výdaje	$d1_i$	k_i
1995	19920		
1996	18217	-1703	0,915
1997	14098	-4119	0,774
1998	13420	-678	0,952
1999	13406	-14	0,999
2000	13614	208	1,016
2001	14194	580	1,043
2002	14332	138	1,010
2003	14429	97	1,007
2004	14048	-381	0,974
2005	13583	-465	0,967
2006	13062	-521	0,962
2007	13026	-36	0,997
2008	13381	355	1,027
2009	14318	937	1,070
2010	14220	-98	0,993
2011	13956	-264	0,981
2012	14353	397	1,028
2013	14581	228	1,016
2014	14769	188	1,013

Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Při zkoumání vývojového trendu veřejných výdajů se jako nejvhodnější ukázala kvadratická trendová funkce (viz Příloha 9), s koeficientem determinace $R^2 = 0,57937776$. Kvadratická trendová funkce má tvar:

$$y' = 18394,01 - 865,91t + 35,85t^2.$$

Bodový odhad veřejných výdajů pro rok 2015 má hodnotu 16019,5 milionů eur a s 95% pravděpodobností se budou pohybovat v rozmezí 14211,6 a 17827,4 milionů eur. V roce 2016 budou veřejné výdaje ve výši 16695,1 milionů eur a budou se pohybovat v rozmezí 14511,9 a 18878,3 milionů eur.

Veřejné výdaje na zdravotnictví mají ve sledovaném období klesající trend. Podíl veřejných výdajů na celkových zdravotnických výdajích také lineárně klesá. Největší podíl veřejných výdajů na celkových zdravotnických výdajích byl v prvním roce sledovaného období s 11,8 procenty a nejmenší podíl veřejných výdajů byl poslední rok pozorovaného období na úrovni 5,1 procent.

4.3.4 Soukromé výdaje na zdravotní péči

V německém zdravotnickém systému je už skoro od počátku zavedena spoluúčast pacientů na zdravotní péči, léčích i zdravotnických pomůckách. Největší podíl na soukromých výdajích mají výdaje na léky a dále pak na zdravotnické pomůcky. Za sledované období soukromé výdaje lineárně rostou. Z tabulky 11 vyplývá, že v roce 1995 byly soukromé výdaje 19348 milionů eur a v roce 2014 soukromé výdaje byly na úrovni 43186 milionů eur. Největší zvýšení bylo v roce 2004 o 10,9 procent. Jediný pokles ve sledovaném období byl v roce 2013 a to o 0,6 procent. Celkem vzrostly soukromé výdaje o 123 procent. Průměrný roční nárůst soukromých výdajů činil v době pozorování 4,36 procent.

Tabulka 11 Vývoj celkových soukromých výdajů v Německu v letech 1995 až 2014 (v mil. euro)

	Soukromé výdaje	dI_i	k_i
1995	19348		
1996	19748	400	1,021
1997	21480	1732	1,088
1998	23176	1696	1,079
1999	24203	1027	1,044
2000	26087	1884	1,078
2001	26915	828	1,032
2002	28685	1770	1,066
2003	30339	1654	1,058
2004	33641	3302	1,109
2005	34796	1155	1,034
2006	35896	1100	1,032
2007	36930	1034	1,029
2008	37666	736	1,020
2009	39065	1399	1,037
2010	40985	1920	1,049
2011	41896	911	1,022
2012	43114	1218	1,029
2013	42870	-244	0,994
2014	43186	316	1,007

Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Vývojový trend soukromých výdajů popisuje lineární trendová funkce (viz Příloha 10).

Koeficient determinace má hodnotu $R^2 = 0,98433684$.

Trendová funkce má následující podobu:

$$y' = 17899,37 + 1390,66t.$$

Prognóza soukromých výdajů pro rok 2015 má hodnotu 47103,23 milionů eur a s 95% pravděpodobností se budou pohybovat v rozmezí 46062,62 a 48143,84 milionů eur. V roce 2016 budou soukromé výdaje na úrovni 48493,89 milionů eur a budou se pohybovat v rozmezí 47376,36 a 49611,43 milionů eur.

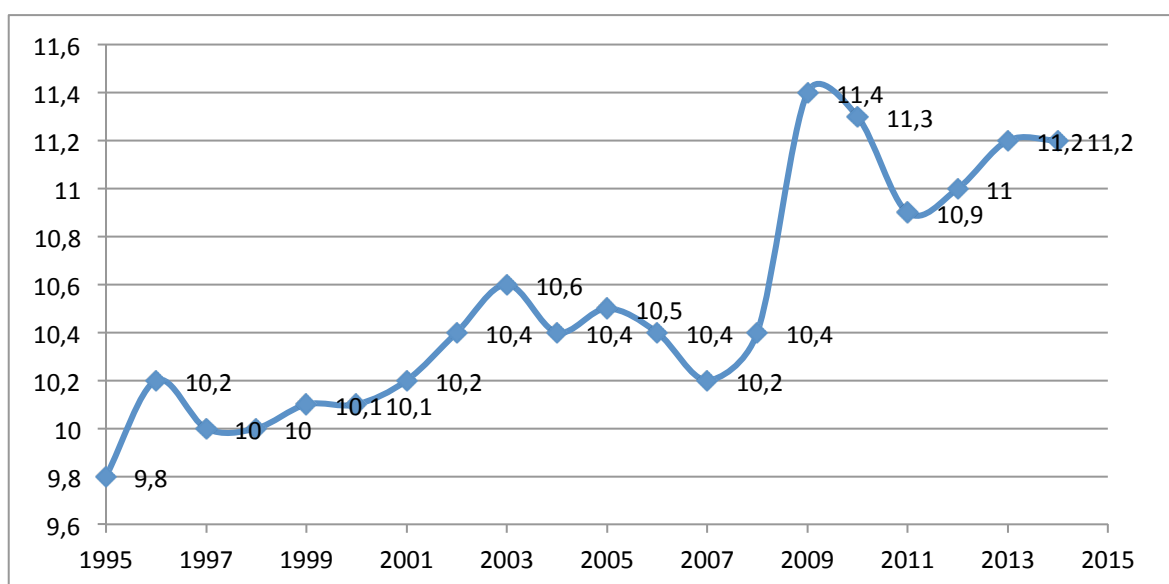
Podíl soukromých výdajů obyvatel na celkových zdravotnických výdajích má ve sledovaném období rostoucí trend. Nejmenší podíl soukromých výdajů byl v roce 1996 s 11,2 procenty. Největší podíl soukromých výdajů na celkových zdravotnických výdajích se pohyboval na úrovni 16,7 procent v roce 2006.

4.3.5 Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví jako podíl HDP

Kvalita a dostupnost zdravotnické péče závisí na výdajích na zdravotnictví dané země, které se vyjadřuje obvykle jako podíl na HDP v procentech. Zdravotnické výdaje jako podíl na HDP se používá často i jako ukazatel mezinárodního srovnávání. Jak je možné pozorovat v grafu 2, od roku 1995 do roku 2014 zdravotnické výdaje jako podíl na HDP lineárně rostou. V roce 1995 tvořily celkové výdaje na zdravotnictví 9,8 procent HDP. V roce 2014 tvořily celkové výdaje již 11,2 procent HDP. Největší nárůst byl v roce 2009, kdy podíl na HDP se zvýšil na 11,4 procent, což odpovídalo 9,6 procentnímu růstu. Celkově za sledované období se zdravotnické výdaje jako podíl na HDP zvýšily o 14 procent. Průměrný roční nárůst celkových výdajů na zdravotnictví jako podíl HDP byl ve sledovaném období 0,74 procent.

Stoupající trend zdravotnických výdajů jako podíl HDP znamená, že se v Německu vydává na zdravotnictví stále více finančních prostředků.

Graf 2 Vývoj celkových zdravotnických výdajů v Německu jako podíl HDP v letech 1995 až 2014 (v %)



Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Vývojový trend celkových výdajů na zdravotnictví jako podíl HDP nejlépe popisuje lineární trendová funkce (viz Příloha 11) s koeficientem determinace $R^2 = 0,76139374$. Lineární trendová funkce má tvar:

$$y^e = 9,764211 + 0,071504t.$$

V roce 2015 bude hodnota celkových výdajů jako podíl HDP ve výši 11,27 procent. S pravděpodobností 95% se budou pohybovat v rozmezí 11,03 a 11,50 procent. Odhad pro rok 2016 bude na úrovni 11,34 procent a s 95% pravděpodobností se budou pohybovat v rozmezí 11,08 a 11,59 procent.

Při porovnání celkových výdajů jako podíl HDP u jednotlivých spolkových zemí je i v dnešní době velký rozdíl mezi původním východním a západním Německem. Původně východní spolkové země Německa, kromě spolkové země Berlín, dávají na zdravotnictví 14 procent a více. Nejvíce tvořily v roce 2014 celkové výdaje jako podíl HDP s 16,7 procenty ve spolkové zemi Braniborsko. Hned za Braniborskem je s 16 procenty Sasko-Anhaltsko a třetí spolkovou zemí s 15,8 procenty je Durynsko. Původně západní spolkové země se většinou pohybují do 12 procent HDP. Nejméně měla v roce 2014 celkové výdaje jako podíl HDP s 6,5 procenty spolková země Hamburk. Druhou spolkovou zemí s 9,6 procenty bylo Bádensko-Württembersko. Nejvíce z původně západních spolkových zemí Německa vydalo v roce 2014 Šlesvicko-Holštýnsko a to 13,5 procent HDP. Druhé největší výdaje jako podíl HDP měla s 12,8 procenty spolková země Porýní-Falz. Z úrovně celkových výdajů jako podíl HDP vyplývá, že původně východní spolkové země Německa se ještě v dnešní době snaží dofinancovat zastaralost zdravotnictví, která vznikla v letech rozdělení Německa, kdy se do zdravotnictví dával minimální objem finančních prostředků a skoro žádné na modernizaci a rekonstrukci zdravotnických zařízení.

Při porovnání Německa s vybranými zeměmi Evropy lze pozorovat, že Německo jako i většina ostatních nejvyspělejších zemí dávají na zdravotnictví více jak 10 procent HDP. Z tabulky 12 je patrné, že srovnatelnou částku na zdravotnictví dává také Belgie, Dánsko, Francie, Nizozemí, Rakousko a Švýcarsko. Nejméně dávají na zdravotnictví Estonsko, Litva, Lucembursko, Polsko a Rumunsko, a to pod sedm procent HDP. V České republice se pomalu zvyšuje podíl zdravotnických výdajů na HDP a v posledních letech sledovaného období se pohybuje okolo 7,5 procent. Podíl celkových výdajů na HDP je ale pouze orientační ukazatel, protože závisí na cenových hladinách jednotlivých zemí.

Tabulka 12 – Vývoj celkových výdajů jako podíl HDP ve vybraných zemích Evropy (v %)

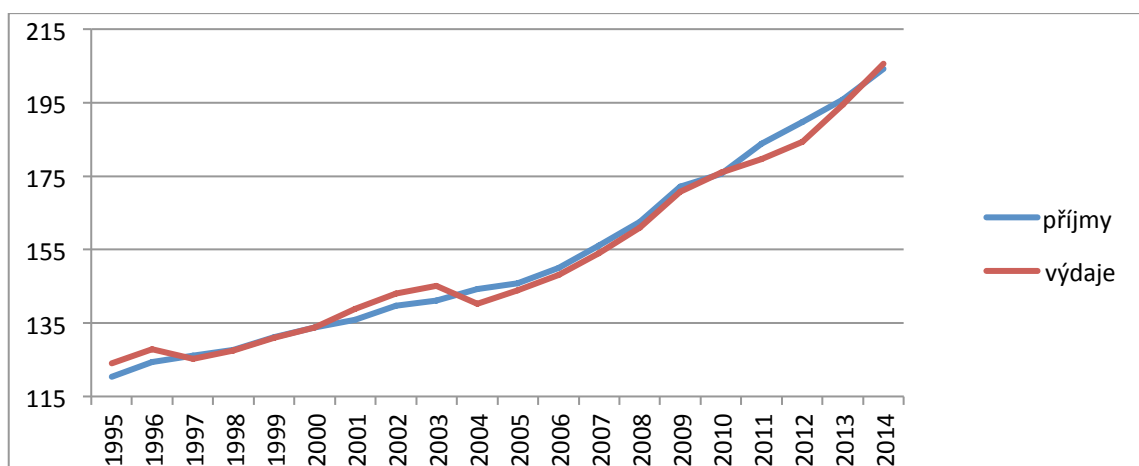
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Belgie	9,7	9,7	9,7	9,6	9,6	9,9	10,7	10,6	10,6	10,9	10,4	10,4
Bulharsko	7,4	7,1	7,1	6,8	6,5	6,6	7,1	7,5	7,7		7,9	8,5
Česká Republika	6,9	6,7	6,7	6,5	6,3	6,7	7,6	7,2	7,4	7,4	7,7	7,6
Dánsko	9,1	9,3	9,3	9,5	9,6	9,8	11,1	10,7	10,5	10,6		
Německo	10,5	10,3	10,4	10,3	10,1	10,3	11,3	11,2	10,9	10,9	10,9	11
Estonsko	4,9	5,1	5	5	5,1	5,8	6,7	6,3	5,8	5,8	6	6,1
Španělsko	7,9	8	8	8,1	8,2	8,6	9,3	9,4	9,3	9,2	9	9,1
Francie	10,4	10,5	10,5	10,4	10,4	10,5	11,2	11,1	11,1	11,2	10,9	11,1
Kypr	6,2	6	6	6	5,9	6,7	7,2	7,1	7,3	7,3	6,9	6,8
Litva		5,5	5,7	5,8	5,8	6,3	7,4	6,9	6,6	6,4	6,1	6,2
Lucembursko	7,1	7,5	7,1	6,7	6,2	6,7	7,6	7,2	6,9	6,8	6,5	6,3
Maďarsko	8,3	7,9	8,2	8	7,4	7,3	7,6	7,8	7,8	7,7	7,3	7,2
Nizozemí	9	9,1	10,1	10	10	10,2	11	11,2	11,2	11,8	10,9	10,9
Rakousko	9,8	9,9	9,9	9,7	9,7	10	10,5	10,5	10,2	10,4	10,1	10,3
Polsko	6	5,9	5,9	5,9	5,9	6,4	6,7	6,6	6,4	6,3	6,5	6,3
Portugalsko	9,2	9,5	9,8	9,4	9,4	9,7	10,2	10,2	9,7		9,1	9
Rumunsko	5,2	5,4	5,5	5	5,1	5,3	5,6	5,8	5,5	5,5	5,2	
Slovensko			6,8	7	7,4	7,6	8,6	8,5	7,6			7
Finsko	7,8	7,9	8,1	7,9	7,6	7,9	8,7	8,6	8,5	8,7	9,5	9,5
Švédsko	8,9	8,7	8,7	8,6	8,5	8,8	9,5	9	9	9,1	11,1	11,1
Island	10,4	9,9	9,4	9,1	9,1	9,1	9,6	9,3	9,1	9	8,7	8,8
Norsko	9,4	9	8,5	8	8,2	8,1	9,3	9,1	8,9	8,9	8,9	
Švýcarsko	10,9	10,9	10,9	10,4	10,2	10,3	11	10,9	11,1	11,4	11,2	11,4

Zdroj: vlastní zpracování, data Eurostat

4.3.6 Porovnání celkových příjmů a výdajů zdravotního pojištění

Při porovnání celkových příjmů a celkových výdajů zákonného zdravotního pojištění vyplývá, že bilance zdravotnického systému je v podstatě vyrovnaná. V grafu 3 je možné pozorovat, že se střídají roky přebytku s rokem deficitu. Největší přebytek za sledované období byl v roce 2012, kdy byl rozdíl celkových příjmů a výdajů 5,44 miliard eur. V největším deficitu byl německý systém v roce 2003 s 4,04 miliardy eur. Z toho vyplývá, že je vybíráno dostatečné množství finančních prostředků k pokrytí celkových výdajů na zdravotní zaopatření občanů.

Graf 3 Porovnání celkových zdravotnických příjmů a výdajů v Německu v letech 1995 až 2014



Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Největší podíl na celkových zdravotnických výdajích má zákonné zdravotní pojištění, které se podílí na celkových výdajích ze 70 procent. Zákonné zdravotní pojištění je nejpomaleji rostoucí sektor financování zdravotnictví. Pomalejší růst výdajů zákonného zdravotního pojištění se tím neprojeví tak značně na potřebě velkého zvyšování příjmů na zdravotní pojištění a nezatíží tím tolik občany státu.

Druhou největší část celkových výdajů vytváří soukromé výdaje, jejich podíl se pohybuje okolo 15 procent. Soukromé výdaje jsou také druhý nejrychleji rostoucí sektor financování zdravotnictví po pečovatelském pojištění. Pokud tento trend bude pokračovat, bude to do budoucna znamenat stále vyšší spoluúčast pacientů na zdravotní péči.

Zákonné pečovatelské pojištění s přibližně 8,5 procenty tvoří třetí část podílu celkových výdajů na zdravotnictví. Výdaje na pečovatelskou péči rostou nejrychleji ze všech sektorů financování zdravotnictví.

Nejmenší podíl na celkových zdravotnických výdajích tvoří veřejné výdaje, které jako jediné ve sledovaném období klesají. Z toho vyplývá snaha státu omezit dotování sektoru zdravotnictví a přenést toto břemeno na své občany.

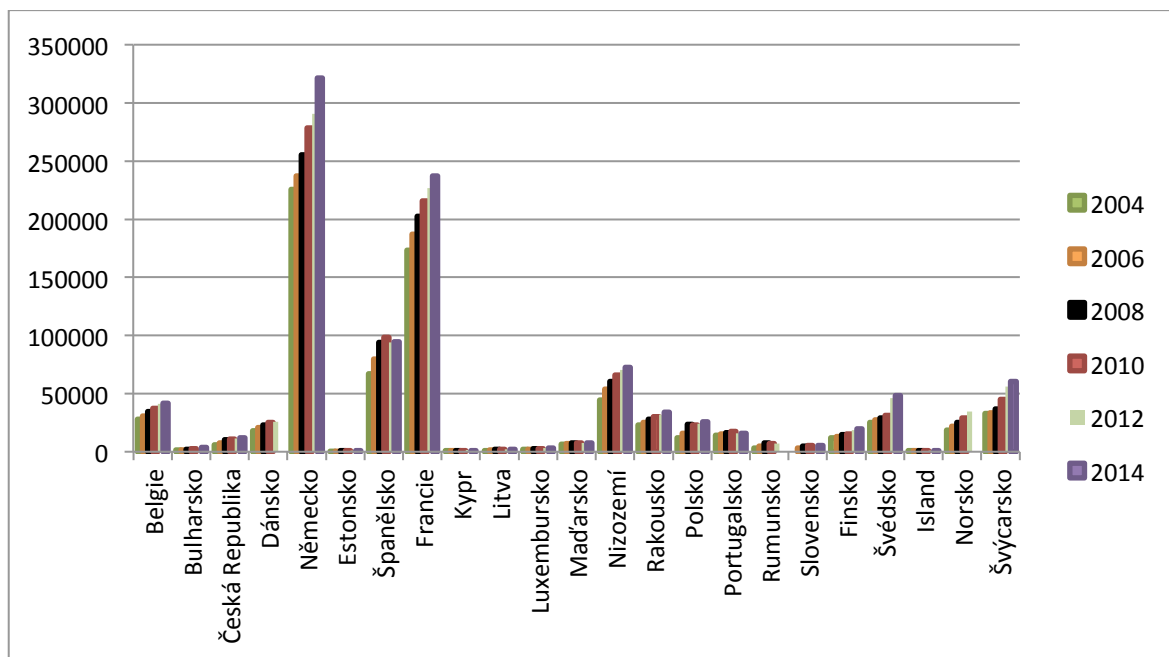
Při porovnání jednotlivých spolkových zemí Německa dává na zdravotnictví nejvíce finančních prostředků Severní Porýní Vestfálsko. Tato spolková země má také nejvíce obyvatel ze všech spolkových zemí. Celkové výdaje na zdravotní péči za dobu pozorování lineárně rostou. Celkové výdaje se v letech 2008 až 2014 zvýšily z 58,4 miliard eur

na úroveň 71 miliard eur. S výrazným odstupem za Severním Porýním Vestfálskem je spolková země Bavorsko, která je největší spolkovou zemí Německa a má druhý největší počet obyvatel. I v Bavorsku celkové výdaje za dobu sledování lineárně rostou. V roce 2008 vydávalo Bavorsko na zdravotnictví 40,98 miliard eur a do roku 2014 se zdravotnické výdaje zvýšily na 50,9 miliard eur. Třetí největší a nejlidnatější spolkovou zemí Německa je Bádensko-Württembersko, kde se celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2008 pohybovaly na úrovni 33,85 miliard eur. Celkové výdaje vzrostly do roku 2014 na 41,85 miliard eur. Ostatní spolkové země dávají na zdravotnictví výrazně méně finančních prostředků a jejich celkové výdaje se pohybovaly v roce 2014 mezi 10 až 25 miliardy eur.

Při porovnání výdajů finančních prostředků na zdravotnictví na jednoho obyvatele se ale tři výše zmiňované spolkové země pohybují spíše na průměrné úrovni. Nejvíce finančních prostředků na jednoho obyvatele dává spolková země Braniborsko a v roce 2014 to tvořilo 4233 eur na obyvatele Braniborska. Na druhém místě za Braniborskem je spolková země Berlín s 4105 eury na jednoho obyvatele. Třetí spolkovou zemí s 4097 eury na jednoho obyvatele je Sasko.

Z porovnání vybraných evropských zemí je patrné, že výdaje na zdravotnictví souvisí s vyspělostí dané země. Více vyspělé země dávají větší podíl finančních prostředků na zdravotní péči než méně vyspělé země. Přesto i mezi vyspělými zeměmi existuje velký rozdíl v množství finančních prostředků vydávaných na zdravotnictví. Z porovnání celkových výdajů v milionech eur za roky 2004 až 2014 je patrné, že v mnoha zemích celkové výdaje na zdravotnictví neustále rostou, jak je patrné z grafu 4.

Graf 4 Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví ve vybraných státech Evropy (v mil. euro)



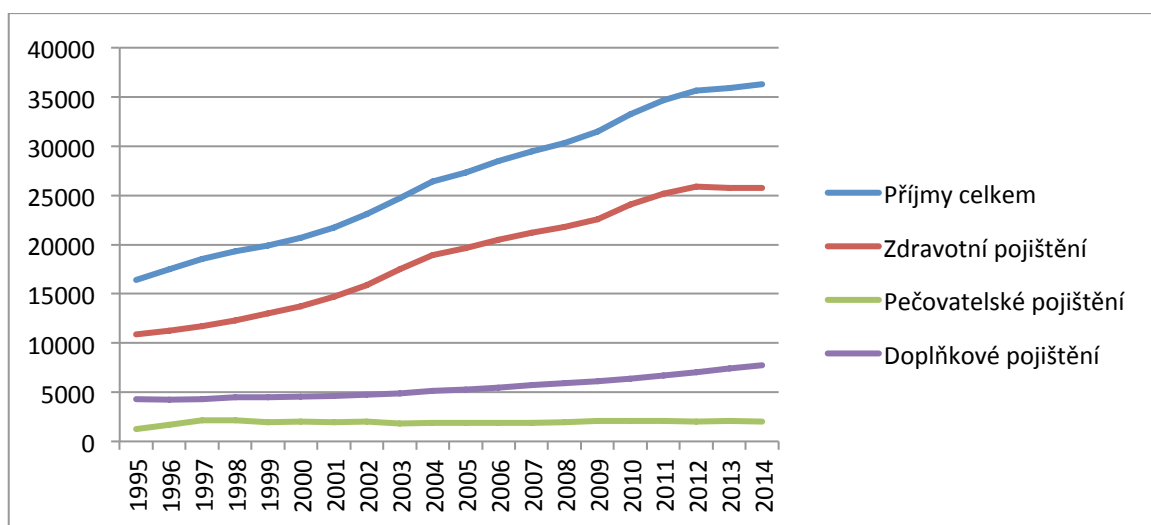
Zdroj: vlastní zpracování, data Eurostat

4.4 Privátní zdravotní pojištění

4.4.1 Celkové příjmy privátního pojištění

Přístup k privátnímu zdravotnímu pojištění mají pouze určité skupiny obyvatel. Přibližně 10 % obyvatel je pojištěno v privátním pojištění. Celkové příjmy privátního pojištění zahrnují příspěvky pacientů za plné zdravotní pojištění, pečovatelské pojištění a doplňkové pojištění, které obsahuje připojištění pacientů zákonného zdravotního pojištění. Z grafu 5 vyplývá, že největší část příjmů tvoří plné zdravotní pojištění.

Graf 5 Struktura příjmů privátního pojištění v Německu (v mil. euro)



Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Celkové příjmy privátního pojištění ve sledovaném období lineárně rostou. Způsobuje to také to, že více obyvatel dosahuje hranice příjmu pro vstup do privátního pojištění. Tabulka 13 ukazuje, že v roce 1995 byly celkové příjmy privátního pojištění na úrovni 16,41 miliard eur a v roce 2014 byly celkové příjmy už ve výši 36,32 miliard eur. Největší nárůst celkových příjmů privátního pojištění byl v roce 2003, kdy se celkové příjmy zvýšily o 7,2 procent. Nejmenší nárůst celkových příjmů nastal v roce 2013 a to o 0,8 procent. Po celou dobu sledování celkové příjmy privátního pojištění neklesly pod úroveň předchozího roku. Průměrný roční nárůst je v období pozorování 4,29 procent. Od roku 1995 do roku 2014 se celkové příjmy privátního pojištění zvýšily o 121,4 procent.

Tabulka 13 Vývoj celkových příjmů privátního pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v mld. euro)

	Celkové příjmy	$d1_i$	k_i
1995	16,41		
1996	17,52	1,11	1,068
1997	18,56	1,04	1,059
1998	19,32	0,76	1,041
1999	19,91	0,59	1,031
2000	20,71	0,80	1,040
2001	21,72	1,01	1,049
2002	23,08	1,36	1,063
2003	24,74	1,66	1,072
2004	26,41	1,67	1,068
2005	27,35	0,93	1,035
2006	28,48	1,14	1,042
2007	29,46	0,98	1,034
2008	30,33	0,87	1,030
2009	31,47	1,14	1,038
2010	33,27	1,80	1,057
2011	34,67	1,40	1,042
2012	35,63	0,96	1,028
2013	35,92	0,30	1,008
2014	36,32	0,40	1,011

Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Při zkoumání vývojového trendu celkových příjmů privátního pojištění byla zvolena lineární trendová funkce (viz Příloha 12), kde koeficient determinace má hodnotu $R^2 = 0,99362167$.

Lineární funkce má tvar:

$$y' = 14761,60 + 1124,05t.$$

Na základě trendové funkce byl vypočítán bodový a intervalový odhad pro roky 2015 a 2016. Celkové příjmy privátního pojištění budou v roce 2015 38,37 miliard eur. S pravděpodobností 95% se celkové příjmy privátního pojištění budou pohybovat v rozmezí 37,83 a 38,91 miliard eur. V roce 2016 budou celkové příjmy 39,49 miliard eur. S pravděpodobností 95% se budou celkové příjmy privátního pojištění pohybovat v rozmezí 38,92 a 40,06 miliard eur.

Při porovnání se zákonným sociálním pojištěním se podíl privátních celkových příjmů lineárně zvyšuje. V roce 1995 tvořil podíl celkových příjmů privátního pojištění

11,3 procent. Do roku 2014 vzrostl podíl celkových příjmů na úroveň 13,6 procent. Za sledované období vzrost tento podíl o 83,6 procent.

4.4.2 Celkové výdaje privátního pojištění

Celkové výdaje privátního pojištění také lineárně rostou. Způsobuje to jednak stárnutí populace a tím větší čerpání zdravotní péče, větší počet pacientů privátních pojišťoven a dále pak zvyšování cen ve zdravotnictví. Z tabulky 14 je možné pozorovat, že v roce 1995 byly celkové výdaje privátního pojištění 11,72 miliard eur a v roce 2014 se celkové výdaje pohybovaly na úrovni 28,27 miliard eur. Největší nárůst celkových výdajů byl ve sledovaném období v roce 1999 a to o 14,77 procent. Pokles celkových výdajů privátního pojištění se ve sledovaném období vyskytnul pouze čtyřikrát. V roce 2011 byl největší pokles celkových výdajů privátního pojištění a to o 2,33 procent. Průměrný roční nárůst v době pozorování byl 4,8 procent. Za celé období sledování vzrostly celkové výdaje privátního pojištění o 141,31 procent.

Tabulka 14 Vývoj celkových výdajů privátního pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v mld. euro)

	Celkové výdaje	dI_i	k_i
1995	11,72		
1996	12,69	0,98	1,083
1997	13,85	1,15	1,091
1998	14,59	0,75	1,054
1999	16,75	2,16	1,148
2000	16,72	-0,03	0,998
2001	18,28	1,56	1,093
2002	18,14	-0,14	0,992
2003	19,02	0,89	1,049
2004	19,10	0,08	1,004
2005	20,37	1,27	1,066
2006	20,97	0,60	1,029
2007	21,95	0,99	1,047
2008	23,89	1,94	1,088
2009	24,52	0,63	1,026
2010	26,71	2,19	1,089
2011	26,09	-0,62	0,977
2012	27,07	0,98	1,038
2013	28,33	1,26	1,046
2014	28,27	-0,06	0,998

Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Vývojový trend celkových výdajů privátního pojištění nejlépe popisuje lineární trendová funkce (viz Příloha 13). Koeficient determinace má hodnotu $R^2 = 0,98615262$.

Lineární trendová funkce má následující podobu:

$$y' = 11186,08 + 882,38t.$$

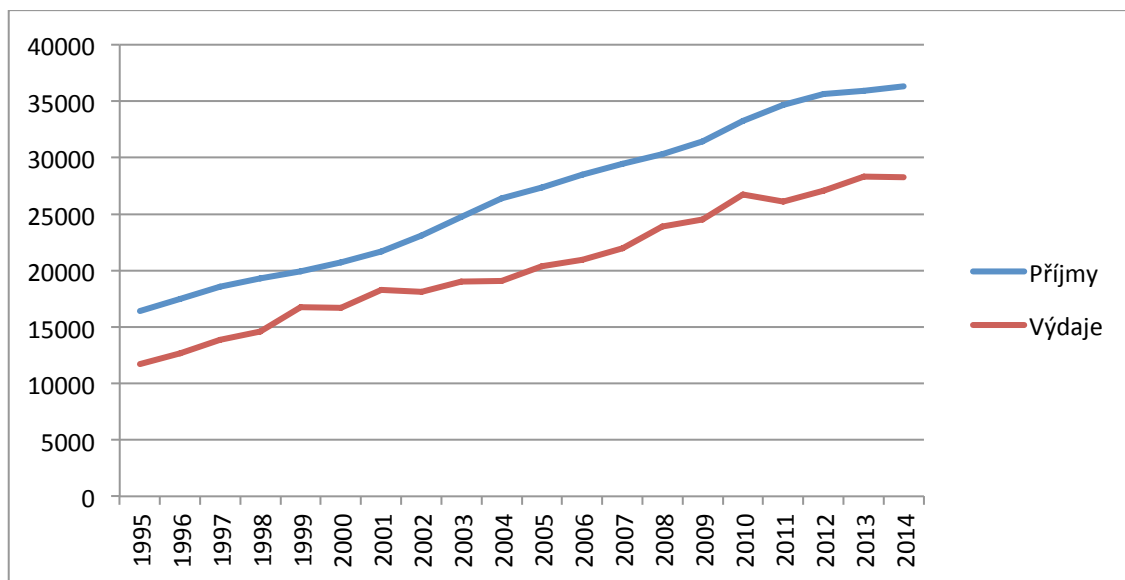
Prognóza na rok 2015 má hodnotu 29,72 miliard eur a bude se s 95% pravděpodobností pohybovat v rozmezí 29,096 a 30,34 miliard eur. V roce 2016 budou celkové výdaje privátního pojištění ve výši 30,599 miliard eur a budou se pohybovat s 95% pravděpodobností v rozmezí 29,93 a 31,27 miliard eur.

Při porovnání privátního a zákonného sociálního pojištění se podíl celkových výdajů privátního pojištění lineárně zvyšuje. V roce 1995 tvořil podíl celkových výdajů privátního pojištění 8,3 procent a v roce 2014 byl již na úrovni 10,9 procent. Za dobu sledování vzrostl podíl celkových výdajů privátního pojištění o 84,3 procent.

4.4.3 Porovnání celkových příjmů a výdajů privátního pojištění

Jak je vidět z následujícího grafu 6 v privátním pojištění celkové příjmy výrazně převyšují celkové výdaje. Ovlivňuje to způsob vybírání příspěvků, kdy je od pacienta požadovaná částka podle věku a zdravotního stavu, a ukládání nevyužitých finančních prostředků na kapitálový trh. Největší přebytek privátního pojištění byl ve sledovaném období v roce 2011, kdy příjmy převyšovaly výdaje o 8578 milionů eur. Nejmenší přebytek byl v roce 1999 s 3163 miliony eur. Za dobu pozorování se privátní pojištění nikdy nedostalo do deficitu.

Graf 6 Porovnání celkových příjmů a výdajů privátního pojištění v Německu v letech 1995 až 2014



Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Výdaje privátního pojištění rostou ale rychleji než jejich příjmy. To by mohlo do budoucnosti znamenat přibližování se stavu zákonného sociálního pojištění s vyrovnaným rozpočtem.

Při porovnání se zákonným sociálním pojištěním se privátní pojištění stále více podílí na zajištění zdravotní péče. Podíl celkových příjmů a výdajů privátního pojištění stále roste a tím se zároveň podíl zákonného sociálního pojištění zmenšuje. Podíl privátních celkových příjmů i výdajů roste v podstatě stejně rychle a to o 84 procent. Podíl celkových výdajů privátního pojištění je ale po celou dobu sledování o průměrně 2,7 procenta nižší než poměr příjmů.

5 Výsledky a diskuse

Německo s 81,2 miliony obyvatel patří k největším státům Evropy. V roce 2014 bylo v Německu hospitalizováno 19,6 milionů lidí. Zdravotnictví je s 5,2 miliony zaměstnanci, což je 11 procentní podíl na pracovních silách, důležitý ekonomický faktor. Tvoří druhou největší část výdajů sociálního rozpočtu. Německo je mateřskou zemí sociálního pojištění. Za říšského kancléře Bismarcka v roce 1883 bylo zavedeno první zákonné zabezpečení v nemoci ve formě povinného sociálního pojištění. Povinné pojištění bylo ale pouze pro zaměstnance určitých oborů. V dalších letech až do konce druhé světové války se uskutečňovaly změny hlavně v určení dalších oborů, které byly zahrnuty do povinného pojištění. Po druhé světové válce se reformy v 50 až 70 letech ve Spolkové republice Německo zaměřily hlavně na otevření zdravotního pojištění všem obyvatelům země a na modernizaci zdravotnictví. Po hospodářské krizi v sedmdesátých letech se reformy zabývají hlavně problematikou optimalizace příjmů a nákladů, které se snažily ovlivnit pomocí zvyšování sazeb sociálních pojištění a způsobem úhrady zdravotní péče. Zdravotnictví Německé demokratické republiky se organizovalo podle sovětského vzoru a bylo centrálně řízeno. Všichni obyvatelé země byli povinně pojištěni a dostávali veškerou péči bez nutnosti doplatků. Sjednocení Německa v roce 1990 vyvolalo potřebu sjednotit dva zdravotnické systémy, které byly na úplně odlišných úrovních. V bývalé Německé demokratické republice se převzaly právní předpisy a západní systém zdravotnictví a byla nutná modernizace hlavně nemocničního sektoru. Nejdůležitější reformou devadesátých let minulého století bylo zavedení zákonného pečovatelského pojištění v roce 1995. Zdravotní reformou z roku 2000 bylo rozhodnuto o zavedení mezinárodního systému DRG, čímž se změnil způsob financování poskytované zdravotní péče. V roce 2009 bylo financování zákonného zdravotního pojištění převedeno na zdravotnický fond, který přerozděluje prostředky jednotlivým pojišťovnám na základě struktury pojištěnců a poskytnutých služeb. V dalších letech bylo přijato několik reforem, které upravují sazby sociálních pojištění, výši doplatků a výši finančních náhrad za poskytnutou zdravotní péči.

Výdaje na zdravotnictví se každý rok zvyšují. Aby se vybralo dostatečné množství finančních prostředků na poskytování zdravotní péče, je každoročně valorizována sazba jednotlivých sociálních pojištění. Zákonné zdravotní pojištění má zajistit obyvatelům

komplexní péči v případě nemoci, a proto představuje jednu z největších částí příjmů sociálního pojištění. Sazba zákonného zdravotního pojištění se v letech 1995 až 2014 lineárně zvyšuje. V roce 2014 se sazba zákonného zdravotního pojištění pohybovala na úrovni 14,6 procent. Se zvyšující se sazbou zdravotního pojištění rostou také celkové příjmy zdravotního pojištění. Celkové příjmy zákonného zdravotního pojištění se pohybovaly v roce 2014 ve výši 204,24 miliard eur. Od roku 2004 tvoří příjmovou část také příspěvek státu. Výše státního příspěvku je závislá na státním rozpočtu a na bilanci zdravotnictví minulých let. V roce 2014 se státní příspěvek pohyboval ve výši 10,5 miliard eur. Z důvodu narůstající potřeby zajištění rizika pečovatelské péče bylo vytvořeno v roce 1995 zákonné pečovatelské pojištění. V roce 1995 byla sazba pečovatelského pojištění zavedena ve výši 1 procenta a v roce 2014 byla sazba pečovatelského pojištění již 2,05 procent. Největší nárůst sazby pečovatelského pojištění byl hned v prvních letech jeho existence, z důvodu neznalosti výše potřeby finančních prostředků na pečovatelskou péči. Se zvyšující se sazbou pečovatelského pojištění se také lineárně zvyšují celkové příjmy pečovatelského pojištění, které se v roce 2014 pohybovaly na úrovni 25,91 miliard eur. Částečným nositelem nákladů na rehabilitaci je zákonné důchodové pojištění. Sazba důchodového pojištění se ve sledovaném období pohybovala v rozmezí 18,6 a 20,3 procent.

Jeden z důvodů zvyšujících se celkových výdajů na zdravotní péči je zvyšující se počet ošetření a výkonů, který je vyvolaný stárnutím populace. Počet obyvatel starších 65 let lineárně roste a významně se zvyšuje i počet obyvatel starších 80 let. Prognóza počtu obyvatel pro rok 2060 ukazuje, že 33% všech obyvatel bude starších 65 let a 13% bude dokonce ve věku 80 let a více. Z toho plyne, že v budoucnu nebude víc jako polovina obyvatel výdělečně činných a tím bude výše celkových příjmů na zdravotní péči nedostatečná. Neustálé zvyšování sazeb zákonného sociálního pojištění není dobré řešení z důvodu velkého zatížení obyvatel v produktivním věku.

Největší podíl na celkových zdravotnických výdajích má zákonné zdravotní pojištění, které se podílí na celkových výdajích ze 70 procent. Celkové výdaje zdravotního pojištění se v letech 1995 až 2014 zvýšily ze 124 na 205,54 miliard eur. Zákonné zdravotní pojištění je nejpomaleji rostoucí sektor financování zdravotnictví. Druhou největší část celkových výdajů vytváří soukromé výdaje, které se pohybují okolo 15 procent. Soukromé

výdaje jsou druhý nejrychleji rostoucí sektor financování zdravotnictví. V roce 2014 soukromé výdaje byly na úrovni 43186 milionů eur. Pokud se bude neustále zvyšovat podíl soukromých výdajů, bude to do budoucna znamenat stále vyšší spoluúčasť pacientů na zdravotní péči. Zákonné pečovatelské pojištění s přibližně 8,5 procenty tvoří třetí část podílu celkových výdajů na zdravotnictví. Výdaje na pečovatelskou péči rostou nejrychleji ze všech sektorů financování zdravotnictví. Celkové výdaje zákonného pečovatelského pojištění byly v roce 2014 na úrovni 25,45 miliard eur. Nejmenší částí na celkových zdravotnických výdajích se podílí veřejné výdaje, které jako jediné ve sledovaném období klesají. Z toho vyplývá snaha státu omezit dotování sektoru zdravotnictví a přenést toto břemeno na své občany. V roce 2014 byly veřejné výdaje na úrovni 14769 milionů eur.

Při porovnání celkových příjmů a celkových výdajů zákonného zdravotního pojištění vyplývá, že bilance zdravotnického systému je v podstatě vyrovnaná. Střídají se roky přebytku s roky deficitu. V roce 2014 byla bilance zdravotnictví 1,3 miliardy v deficitu, ale několik let před tím se bilance pohybovala ve výrazném přebytku.

Kvalita a dostupnost zdravotnické péče závisí na výdajích na zdravotnictví dané země, které se vyjadřuje obvykle jako podíl na HDP v procentech. Zdravotnické výdaje jako podíl na HDP v letech 1995 až 2014 lineárně rostou. V roce 2014 tvořily celkové výdaje na zdravotnictví 11,2 procent HDP. Stoupající trend zdravotnických výdajů jako podíl HDP znamená, že se v Německu vydává na zdravotnictví stále více finančních prostředků. Zdravotnické výdaje jako podíl na HDP se používá často i jako ukazatel mezinárodního srovnávání. Při porovnání Německa s vybranými zeměmi Evropy lze pozorovat, že Německo jako i většina ostatních nejvyspělejších zemí dávají na zdravotnictví více jak 10 procent HDP.

V Německu, jako jediné zemi v Evropské unii, se vyskytuje privátní pojištění zdravotní péče. Přístup k privátnímu zdravotnímu pojištění mají pouze určité skupiny obyvatel. Přibližně 10 % obyvatel je pojištěno v privátním pojištění. Celkové příjmy privátního pojištění zahrnují příspěvky pacientů za plné zdravotní pojištění, pečovatelské pojištění a doplňkové pojištění, které obsahuje připojištění pacientů zákonného zdravotního pojištění. Největší část příjmů tvoří plné zdravotní pojištění. Ve sledovaném období celkové příjmy privátního pojištění lineárně rostou. V roce 2014 byly celkové příjmy privátního pojištění ve výši 36,32 miliard eur. Při porovnání se zákonným sociálním

pojištěním byl podíl privátních celkových příjmů v roce 2014 na úrovni 13,6 procent. Tento podíl se neustále zvyšuje. Celkové výdaje privátního pojištění také neustále rostou, v roce 2014 se pohybovaly na úrovni 28,27 miliard eur. Podíl celkových výdajů privátního pojištění v roce 2014 v porovnání se zákonným sociálním pojištěním tvořil 10,9 procent. V privátním pojištění celkové příjmy výrazně převyšují celkové výdaje. Ovlivňuje to způsob vybírání příspěvků, kdy je od pacienta požadovaná částka podle věku a zdravotního stavu, a dále ukládání nevyužitých finančních prostředků na kapitálový trh. Za dobu pozorování se privátní pojištění nikdy nedostalo do deficitu.

6 Závěr

Zdravotnictví patří k nejdůležitějším ekonomickým faktorům státu. Výdaje na zdravotní péči obyvatel tvoří v Německu druhou největší část výdajů sociálního rozpočtu. Německo je jedinou zemí Evropské unie, kde je zdravotní péče financována dvěma způsoby a to zákonným sociálním pojištěním a privátním pojištěním.

Příjmy zákonného sociálního pojištění se skládají z příjmů zdravotního, pečovatelského a důchodového pojištění. Jednotlivé sazby sociálního pojištění po dobu sledování v letech 1995 až 2014 lineárně rostly. Největší podíl na příjmech má zdravotní pojištění. Nejrychleji rostoucí částí sociálního pojištění je pečovatelské pojištění, které se využívá na krytí stále se zvyšující poptávky po pečovatelské péči. Ta vzniká hlavně z důvodu stále více stárnoucí populace. Největší podíl zdravotnických výdajů je financováno ze zákonného zdravotního pojištění. Druhou největší částí jsou soukromé výdaje obyvatel. V Německu je skoro od počátku vzniku sociálního pojištění zavedena spoluúčast pacientů na zdravotní péči. Jejich podíl se ve sledovaném období lineárně zvyšuje. Třetí částí výdajů zdravotnictví tvoří pečovatelské pojištění. Jedinou oblastí, kde výdaje na zdravotnictví klesají jsou veřejné výdaje. Z toho vyplývá snaha státu omezit dotování sektoru zdravotnictví a přenést toto břemeno na své občany. Při porovnání celkových příjmů a celkových výdajů zákonného zdravotního pojištění vyplývá, že bilance zdravotnického systému je v podstatě vyrovnaná. Střídají se roky přebytku s rokem deficitu.

Druhý způsob financování zdravotnictví je privátní pojištění. Přístup k privátnímu zdravotnímu pojištění mají pouze určité skupiny obyvatel. Přibližně 10 % obyvatel je pojištěno v privátním pojištění. V privátním pojištění celkové příjmy výrazně převyšují celkové výdaje. Ovlivňuje to způsob vybírání příspěvků, kdy je od pacienta požadovaná částka podle věku a zdravotního stavu, a dále ukládání nevyužitých finančních prostředků na kapitálový trh. Za dobu pozorování v letech 1995 až 2014 se privátní pojištění nikdy nedostalo do deficitu.

7 Seznam použitých zdrojů

Knižní zdroje

Barták, Miroslav. *Ekonomika zdraví.* Praha : Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.

Busse, Reinhard, Blümel, Miriam a Ognyanova, Diana. *Das deutsche Gesundheitssystem.* Berlin : Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2013. ISBN 978-3-939069-97-3.

Grethler, Anja a Schmitt, Wolfgang. *Betriebswirtschaftslehre für Kaufleute im Gesundheitswesen.* Stuttgart : Thieme, 2014. ISBN 978-3-13-153891-8.

Hajen, Leonhard, Poetow, Holger a Schumacher, Harald. *Gesundheitsökonomie.* Stuttgart : W. Kohlhammer GmbH, 2013. ISBN 978-3-17-023089-7.

Jarošová, Darja. *Organizace a řízení zdravotnictví.* Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-605-5.

Nagel, Eckhard. *Das Gesundheitswesen in Deutschland.* Köln : Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, 2013. ISBN 978-3-7691-3433-9.

Peková, Jitka, Pilný, Jaroslav a Jetmar, Marek. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru.* Praha : ASPI a.s., 2008. ISBN 978-80-7357-351-5.

Porter, Michael E. *Chancen für das deutsche Gesundheitssystem.* Berlin; Heidelberg : Springer Gabler, 2012. ISBN 978-3-642-25682-0.

Preusker, Uwe Karl. *Das deutsche Gesundheitssystem verstehen.* Heidelberg; München [u.a.] : Economica, 2008. ISBN 978-3-87081-456-4.

Roeder, Norbert, Hensen, Peter a Franz, Dominik. *Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege.* Köln : Deutscher Ärzte - Verlag, 2014. ISBN 978-3-7691-3514-5.

Schölkopf, Martin. *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich.* Berlin : MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010. ISBN 978-3-939069-74-4.

Simon, Michael. *Das Gesundheitssystem in Deutschland.* Bern : Huber, 2013. ISBN 978-3-456-84990-4.

Troschke, Jürgen a Mühlbacher, Axel. *Grundwissen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege.* Bern : Huber, 2012. ISBN 3-456-84140-X.

Elektronické zdroje

Bundesministerium für Gesundheit. [Online] 20. únor 2014. [Citace: 22. listopad 2015.] <http://www.bmg.bund.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html>.

Evropská komise. Eurostat. [Online] [Citace: 25. březen 2016.] <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [Online] Statistisches Bundesamt, 2016. [Citace: 25. březen 2016.] <http://www.gbe-bund.de>.

Statistische Ämter der Länder. [Online] 7. červenec 2016. [Citace: 20. září 2016.] <http://www.ggrdl.de>.

Statistisches Bundesamt. [Online] 2016. [Citace: 25. březen 2016.] <http://www.destatis.de>.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Výše příspěvků pečovatelské péče dle stupně potřeby péče v Německu (v eurech)	34
Tabulka 2 Vývoj počtu ošetření v Německu v letech 1995 až 2014 (v mil. ks).....	44
Tabulka 3 Vývoj sazeb zdravotního pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v%)	47
Tabulka 4 Vývoj celkových příjmů zdravotního pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v mld. euro)	48
Tabulka 5 Vývoj sazeb pečovatelského pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v %)	50
Tabulka 6 Vývoj celkových příjmů pečovatelského pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v mld. euro)	51
Tabulka 7 Vývoj sazeb důchodového pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v %)..	53
Tabulka 8 Vývoj celkových výdajů zdravotního pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v mld. euro)	54
Tabulka 9 Vývoj celkových výdajů pečovatelského pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v mld. euro)	56
Tabulka 10 Vývoj celkových veřejných výdajů v Německu v letech 1995 až 2014 (v mil. euro).....	57
Tabulka 11 Vývoj celkových soukromých výdajů v Německu v letech 1995 až 2014 (v mil. euro).....	59
Tabulka 12 – Vývoj celkových výdajů jako podíl HDP ve vybraných zemích Evropy (v %)	62
Tabulka 13 Vývoj celkových příjmů privátního pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v mld. euro)	67
Tabulka 14 Vývoj celkových výdajů privátního pojištění v Německu v letech 1995 až 2014 (v mld. euro)	68
Tabulka 15 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné počet ambulantních ošetření pro rok 2015 a 2016	82
Tabulka 16 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné počet nemocničních ošetření pro rok 2015 a 2016	83
Tabulka 17 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné sazba zdravotního pojištění pro rok 2015 a 2016	84

Tabulka 18 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové příjmy zdravotního pojištění pro rok 2015 a 2016	85
Tabulka 19 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné sazba pečovatelského pojištění pro rok 2015 a 2016	86
Tabulka 20 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové příjmy pečovatelského pojištění pro rok 2015 a 2016	87
Tabulka 21 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové výdaje zdravotního pojištění pro rok 2015 a 2016	88
Tabulka 22 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové výdaje pečovatelského pojištění pro rok 2015 a 2016	89
Tabulka 23 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné veřejné výdaje pro rok 2015 a 2016	90
Tabulka 24 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné soukromé výdaje domácností pro rok 2015 a 2016	91
Tabulka 25 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové zdravotnické výdaje jako podíl HDP pro rok 2015 a 2016	92
Tabulka 26 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové příjmy privátního pojištění pro rok 2015 a 2016	93
Tabulka 27 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové výdaje privátního pojištění pro rok 2015 a 2016	94

Seznam grafů

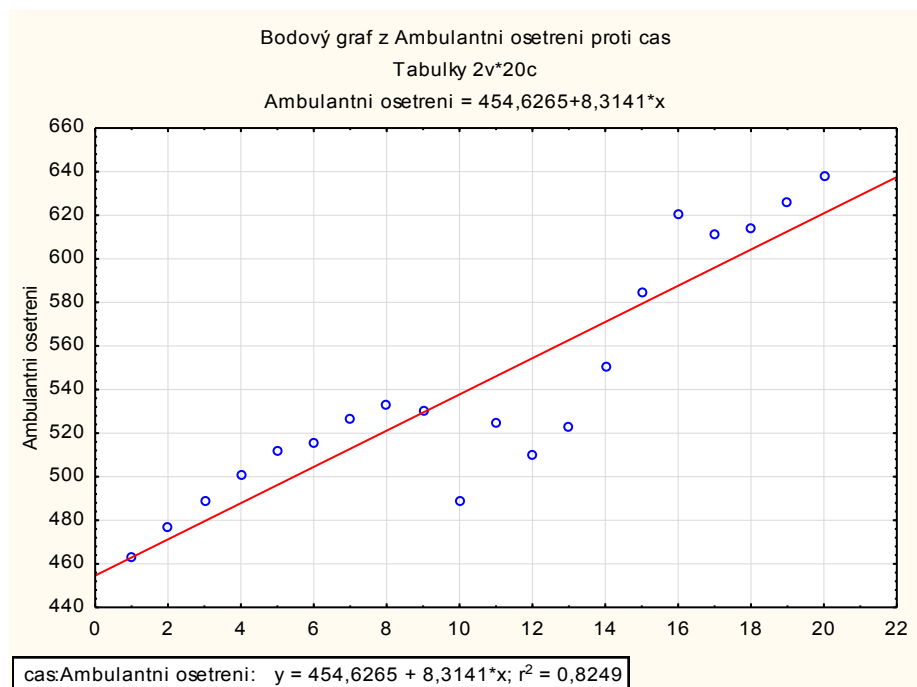
Graf 1 Vývoj věkových skupin v Německu v letech 1970 až 2060 (v %)	43
Graf 2 Vývoj celkových zdravotnických výdajů v Německu jako podíl HDP v letech 1995 až 2014 (v %)	60
Graf 3 Porovnání celkových zdravotnických příjmů a výdajů v Německu v letech 1995 až 2014	63
Graf 4 Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví ve vybraných státech Evropy (v mil. euro)	65
Graf 5 Struktura příjmů privátního pojištění v Německu (v mil. euro)	66
Graf 6 Porovnání celkových příjmů a výdajů privátního pojištění v Německu v letech 1995 až 2014	70
Graf 7 Lineární trend počtu ambulantních ošetření	82
Graf 8 Lineární trend počtu nemocničních ošetření	83
Graf 9 Lineární trend sazby zákonného zdravotního pojištění	84
Graf 10 Lineární trend celkových příjmů zdravotního pojištění	85
Graf 11 Lineární trend sazby pečovatelského pojištění	86
Graf 12 Lineární trend celkových příjmů pečovatelského pojištění	87
Graf 13 Kvadratický trend celkových výdajů zdravotního pojištění	88
Graf 14 Lineární trend celkových výdajů pečovatelského pojištění	89
Graf 15 Kvadratický trend celkových veřejných výdajů	90
Graf 16 Lineární trend celkových soukromých výdajů domácností	91
Graf 17 Lineární trend celkových zdravotnických výdajů jako podíl HDP	92
Graf 18 Lineární trend celkových příjmů privátního pojištění	93
Graf 19 Lineární trend celkových výdajů privátního pojištění	94

8 Přílohy

Příloha 1 Lineární trendová funkce počtu ambulantních ošetření a predikce pro roky 2015 a 2016	82
Příloha 2 Lineární trendová funkce počtu nemocničních ošetření a predikce pro roky 2015 a 2016.....	83
Příloha 3 Lineární trendová funkce sazby zdravotního pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016	84
Příloha 4 Lineární trendová funkce celkových příjmů zákonného zdravotního pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016	85
Příloha 5 Lineární trendová funkce sazby pečovatelského pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016.....	86
Příloha 6 Lineární trendová funkce celkových příjmů pečovatelského pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016.....	87
Příloha 7 Kvadratická trendová funkce celkových výdajů zdravotního pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016.....	88
Příloha 8 Lineární trendová funkce celkových výdajů pečovatelského pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016.....	89
Příloha 9 Kvadratická trendová funkce celkových veřejných výdajů na zdravotnictví a predikce pro roky 2015 a 2016	90
Příloha 10 Lineární trendová funkce celkových soukromých výdajů domácností na zdravotnictví a predikce pro roky 2015 a 2016	91
Příloha 11 Lineární trendová funkce celkových zdravotnických výdajů jako podíl HDP a predikce pro roky 2015 a 2016	92
Příloha 12 Lineární trendová funkce celkových příjmů privátního pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016	93
Příloha 13 Lineární trendová funkce celkových výdajů privátního pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016	94

Příloha 1 Lineární trendová funkce počtu ambulantních ošetření a predikce pro roky 2015 a 2016

Graf 7 Lineární trend počtu ambulantních ošetření

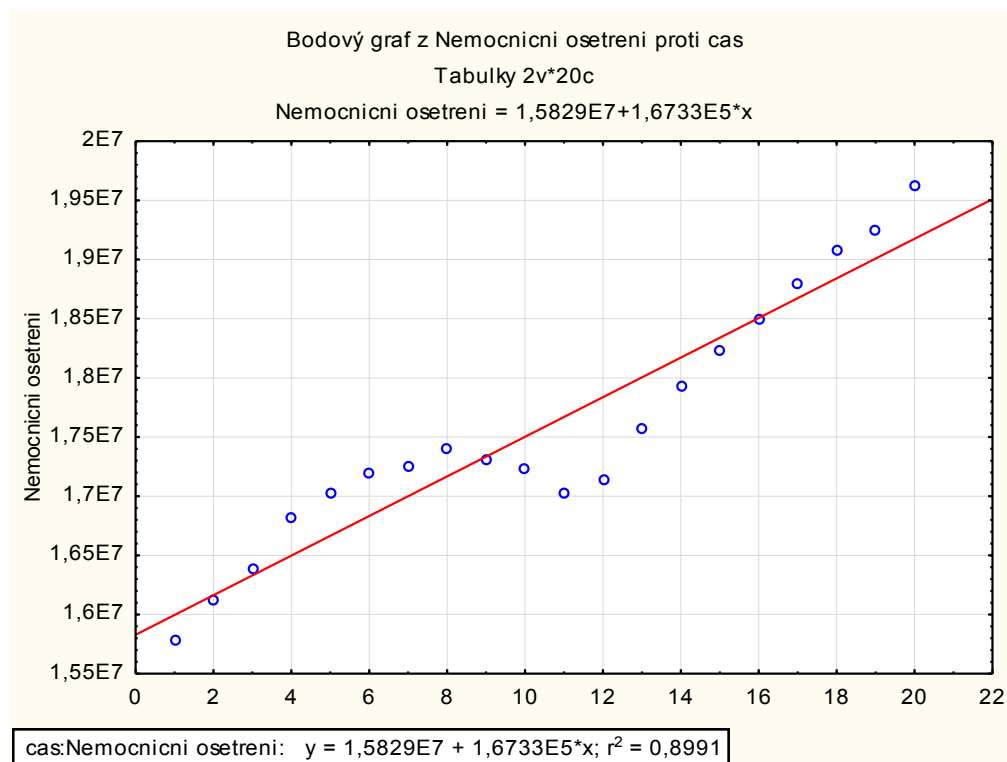


Tabulka 15 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné počet ambulantních ošetření pro rok 2015 a 2016

N=20	Výsledky regrese se závisle proměnou: Počet ambulantních ošetření					
	b*	Sm. chyba z b*	b	Sm. chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs. člen			454,6265	10,81628	42,03168	0,000000
čas	0,908230	0,098635	8,3141	0,90293	9,20801	0,000000
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2015					
	b-váha		hodnota	b-váha * Hodnot		
čas	8,314145		21,00000	174,5970		
Abs. člen				454,6265		
Předpověď				629,2236		
-95,0%LS				606,4994		
+95,0%LS				651,9477		
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2016					
	b-váha		hodnota	b-váha * Hodnot		
čas	8,314145		22,00000	182,9112		
Abs. člen				454,6265		
Předpověď				637,5377		
-95,0%LS				613,1337		
+95,0%LS				661,9417		

Příloha 2 Lineární trendová funkce počtu nemocničních ošetření a predikce pro roky 2015 a 2016

Graf 8 Lineární trend počtu nemocničních ošetření

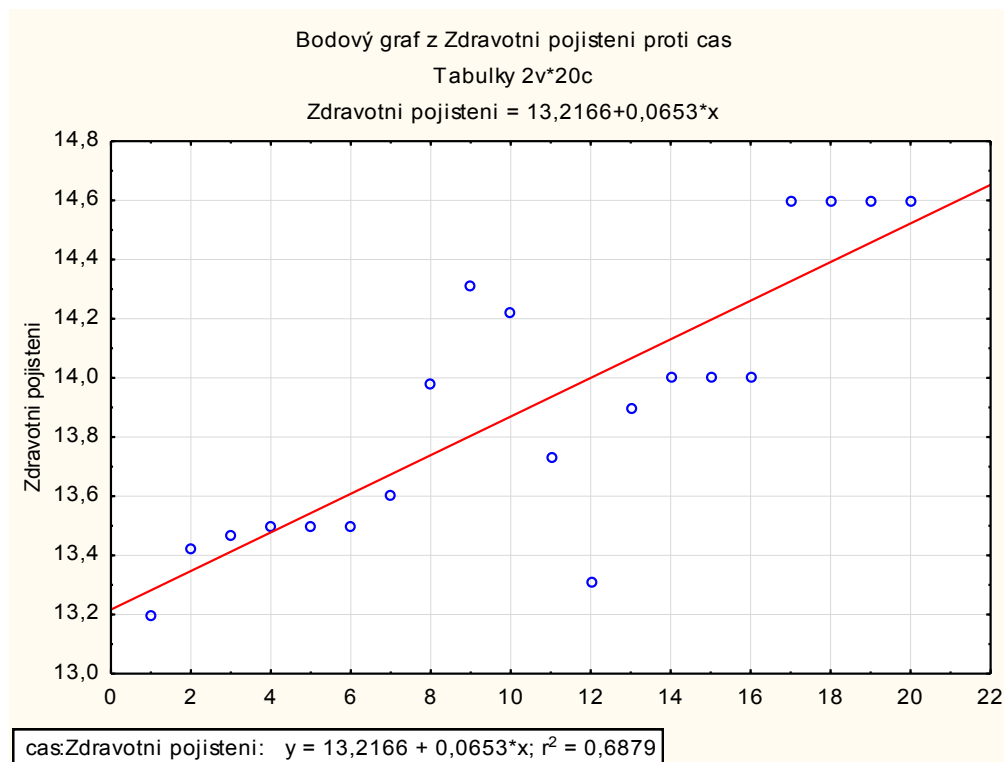


Tabulka 16 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné počet nemocničních ošetření pro rok 2015 a 2016

N=20	Výsledky regrese se závisle proměnou: Počet nemocničních ošetření					
	b*	Sm. chyba z b*	b	Sm. chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs. člen			15828734	158270,2	100,0109	0,000000
čas	0,948210	0,074869	167330	13212,1	12,6649	0,000000
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2015					
	b-váha		hodnota	b-váha * Hodnot		
čas	167330,5		21,00000	3513940		
Abs. člen				15828734		
Předpověď				19342674		
-95,0%LS				19010161		
+95,0%LS				19675187		
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2016					
	b-váha		hodnota	b-váha * Hodnot		
čas	167330,5		22,00000	3681271		
Abs. člen				15828734		
Předpověď				19510005		
-95,0%LS				19152911		
+95,0%LS				19867098		

Příloha 3 Lineární trendová funkce sazby zdravotního pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016

Graf 9 Lineární trend sazby zákonného zdravotního pojištění

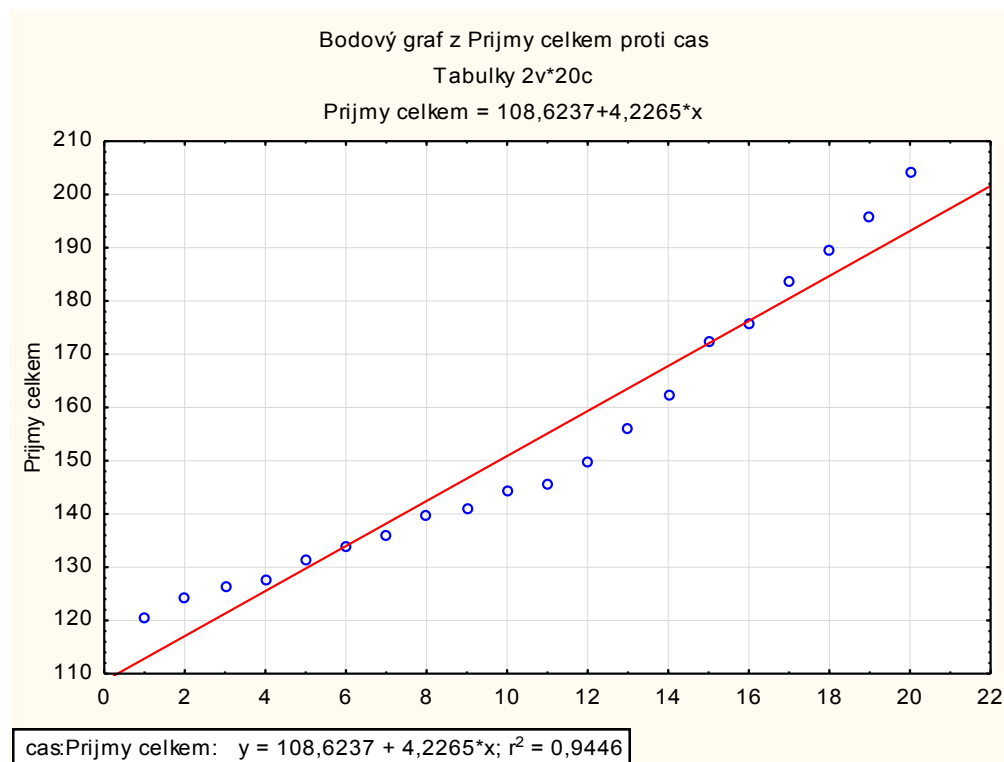


Tabulka 17 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné sazba zdravotního pojištění pro rok 2015 a 2016

N=20	Výsledky regrese se závisle proměnou: Sazba zákonného zdravotního pojištění					
	b*	Sm. chyba z b*	b	Sm. chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs. člen			13,21658	0,124136	106,4687	0,000000
čas	0,829424	0,131668	0,06528	0,010363	6,2994	0,000006
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2015					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	0,065278		21,00000		1,37084	
Abs. člen					13,21658	
Předpověď					14,58742	
-95,0%LS					14,32662	
+95,0%LS					14,84822	
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2016					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	0,065278		22,00000		1,43612	
Abs. člen					13,21658	
Předpověď					14,65270	
-95,0%LS					14,37262	
+95,0%LS					14,93278	

Příloha 4 Lineární trendová funkce celkových příjmů zákonného zdravotního pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016

Graf 10 Lineární trend celkových příjmů zdravotního pojištění

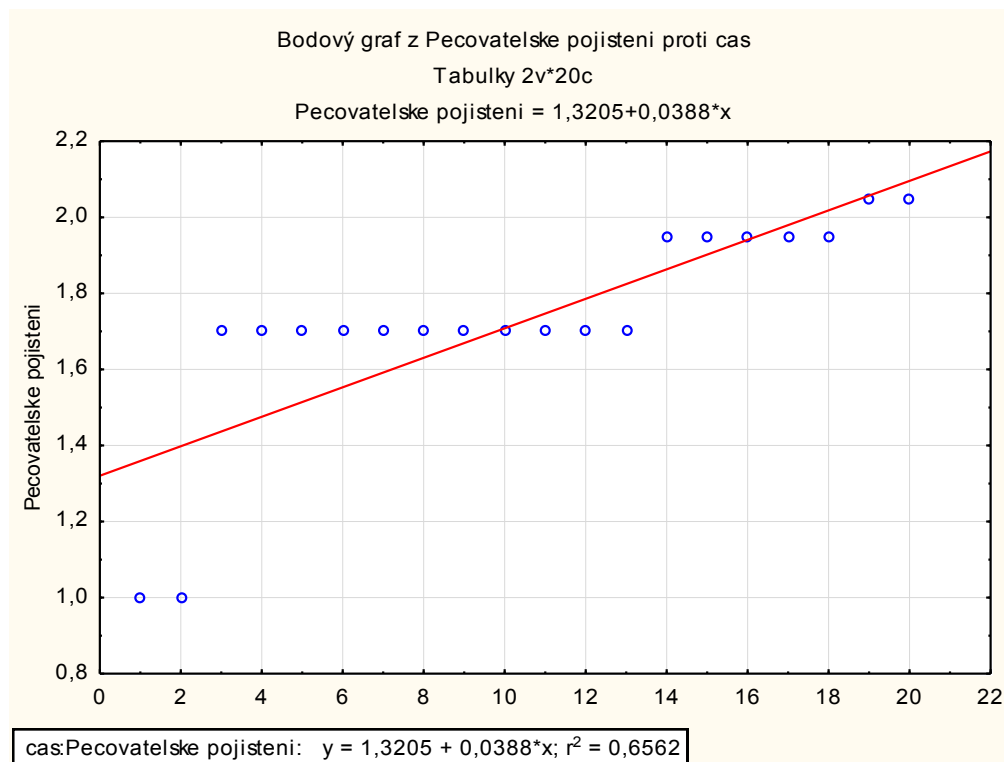


Tabulka 18 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové příjmy zdravotního pojištění pro rok 2015 a 2016

N=20	Výsledky regrese se závisle proměnou: Celkové příjmy zdravotního pojištění					
	b*	Sm. chyba z b*	b	Sm. chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs. člen			108,6237	2,889132	37,59736	0,000000
čas	0,971923	0,055461	4,2265	0,241180	17,52445	0,000000
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2015					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	4,226549		21,00000		88,7575	
Abs. člen					108,6237	
Předpověď					197,3813	
-95,0%LS					191,3114	
+95,0%LS					203,4511	
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2016					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	4,226549		22,00000		92,9841	
Abs. člen					108,6237	
Předpověď					201,6078	
-95,0%LS					195,0893	
+95,0%LS					208,1264	

Příloha 5 Lineární trendová funkce sazby pečovatelského pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016

Graf 11 Lineární trend sazby pečovatelského pojištění

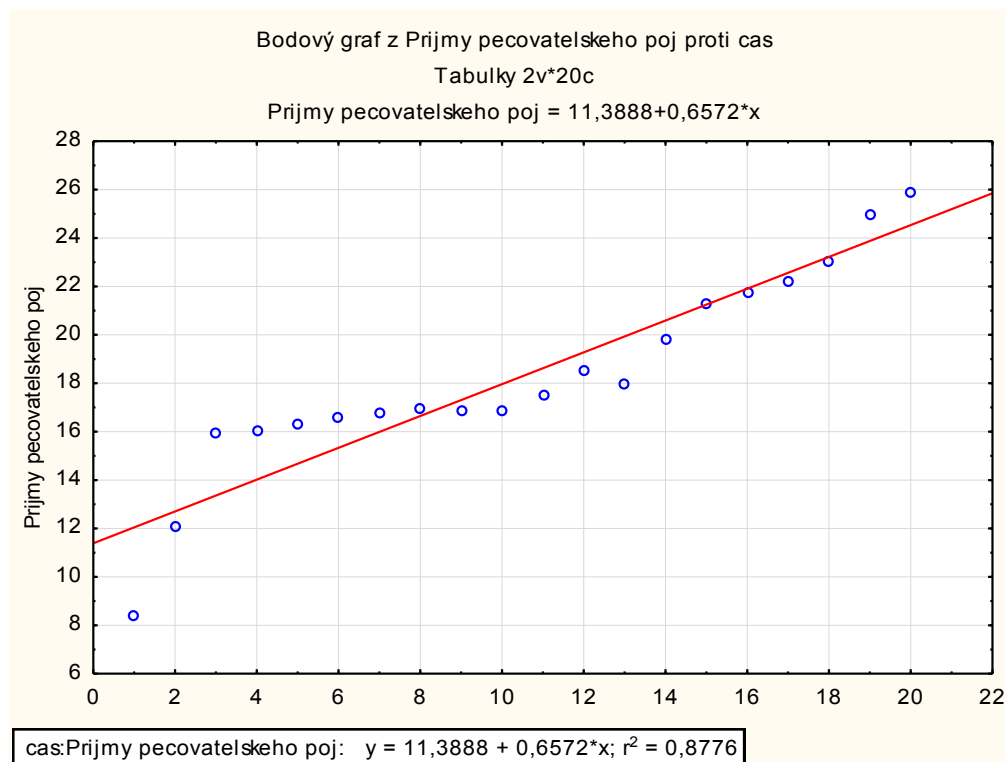


Tabulka 19 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné sazba pečovatelského pojištění pro rok 2015 a 2016

N=20	Výsledky regrese se závisle proměnou: Sazba pečovatelského pojištění					
	b*	Sm. chyba z b*	b	Sm. chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs. člen			1,320526	0,079209	16,67138	0,000000
čas	0,810078	0,138197	0,038759	0,006612	5,86175	0,000015
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2015					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	0,038759		21,00000		0,813947	
Abs. člen					1,320526	
Předpověď					2,134474	
-95,0%LS					1,968061	
+95,0%LS					2,300886	
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2016					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	0,038759		22,00000		0,852707	
Abs. člen					1,320526	
Předpověď					2,173233	
-95,0%LS					1,994519	
+95,0%LS					2,351947	

Příloha 6 Lineární trendová funkce celkových příjmů pečovatelského pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016

Graf 12 Lineární trend celkových příjmů pečovatelského pojištění

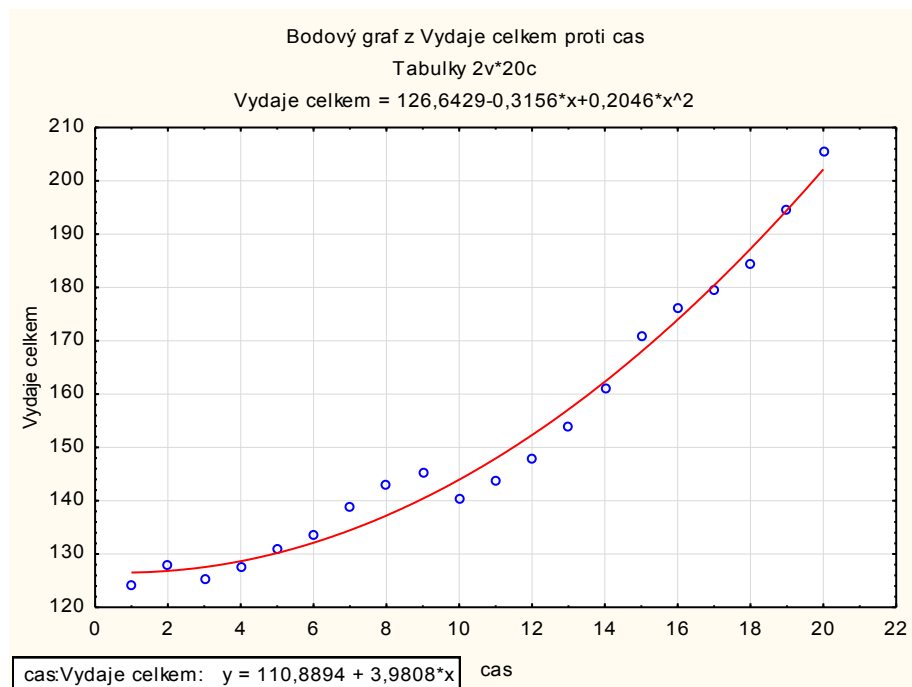


Tabulka 20 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové příjmy pečovatelského pojištění pro rok 2015 a 2016

N=20	Výsledky regrese se závisle proměnou: Celkové příjmy pečovatelského pojištění					
	b*	Sm. chyba z b*	b	Sm. chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs. člen			11,38879	0,692927	16,43578	0,000000
čas	0,936816	0,082454	0,65721	0,057844	11,36170	0,000000
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2015					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	0,657211		21,00000		13,80142	
Abs. člen					11,38879	
Předpověď					25,19021	
-95,0%LS					23,73443	
+95,0%LS					26,64600	
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2016					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	0,657211		22,00000		14,45863	
Abs. člen					11,38879	
Předpověď					25,84742	
-95,0%LS					24,28402	
+95,0%LS					27,41082	

Příloha 7 Kvadratická trendová funkce celkových výdajů zdravotního pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016

Graf 13 Kvadratický trend celkových výdajů zdravotního pojištění

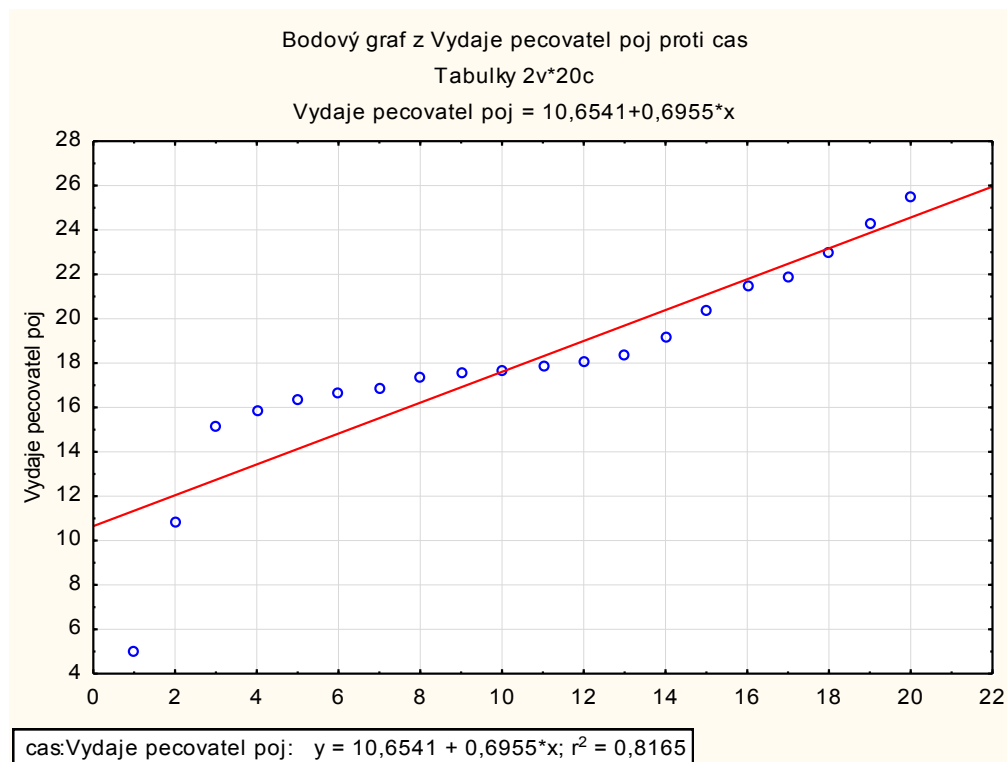


Tabulka 21 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové výdaje zdravotního pojištění pro rok 2015 a 2016

N=20	Výsledky regrese se závisle proměnou: Celkové výdaje zdravotního pojištění					
	b*	Sm. chyba z b*	b	Sm. chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs. člen			126,6429	2,468245	51,30890	0,000000
čas	-0,076037	0,130400	-0,3156	0,541324	-0,58311	0,567478
V1**2	1,065496	0,130400	0,2046	0,025039	8,17099	0,000000
Proměnná	Predpověď hodnoty proměnné pro rok 2015					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	-0,315649		21,0000		-6,6286	
V1**2	0,204592		441,0000		90,2249	
Abs. člen					126,6429	
Předpověď					210,2392	
-95,0%LS					205,0316	
+95,0%LS					215,4467	
Proměnná	Predpověď hodnoty proměnné pro rok 2016					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	-0,315649		22,0000		-6,9443	
V1**2	0,204592		484,0000		99,0223	
Abs. člen					126,6429	
Předpověď					218,7210	
-95,0%LS					212,4325	
+95,0%LS					225,0095	

Příloha 8 Lineární trendová funkce celkových výdajů pečovatelského pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016

Graf 14 Lineární trend celkových výdajů pečovatelského pojištění

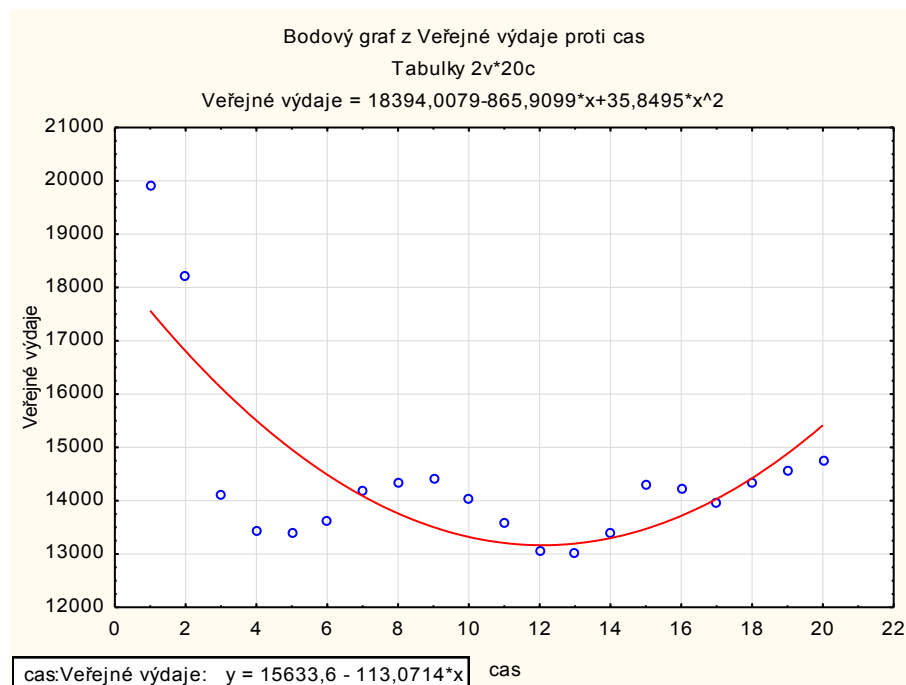


Tabulka 22 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové výdaje pečovatelského pojištění pro rok 2015 a 2016

N=20	Výsledky regrese se závisle proměnou: Celkové výdaje pečovatelského pojištění					
	b*	Sm. chyba z b*	b	Sm. chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs. člen			10,65405	0,930882	11,44511	0,000000
čas	0,903621	0,100959	0,69552	0,077709	8,95035	0,000000
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2015					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	0,695519		21,00000		14,60589	
Abs. člen					10,65405	
Předpověď					25,25995	
-95,0%LS					23,30424	
+95,0%LS					27,21566	
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2016					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	0,695519		22,00000		15,30141	
Abs. člen					10,65405	
Předpověď					25,95547	
-95,0%LS					23,85518	
+95,0%LS					28,05575	

Příloha 9 Kvadratická trendová funkce celkových veřejných výdajů na zdravotnictví a predikce pro roky 2015 a 2016

Graf 15 Kvadratický trend celkových veřejných výdajů

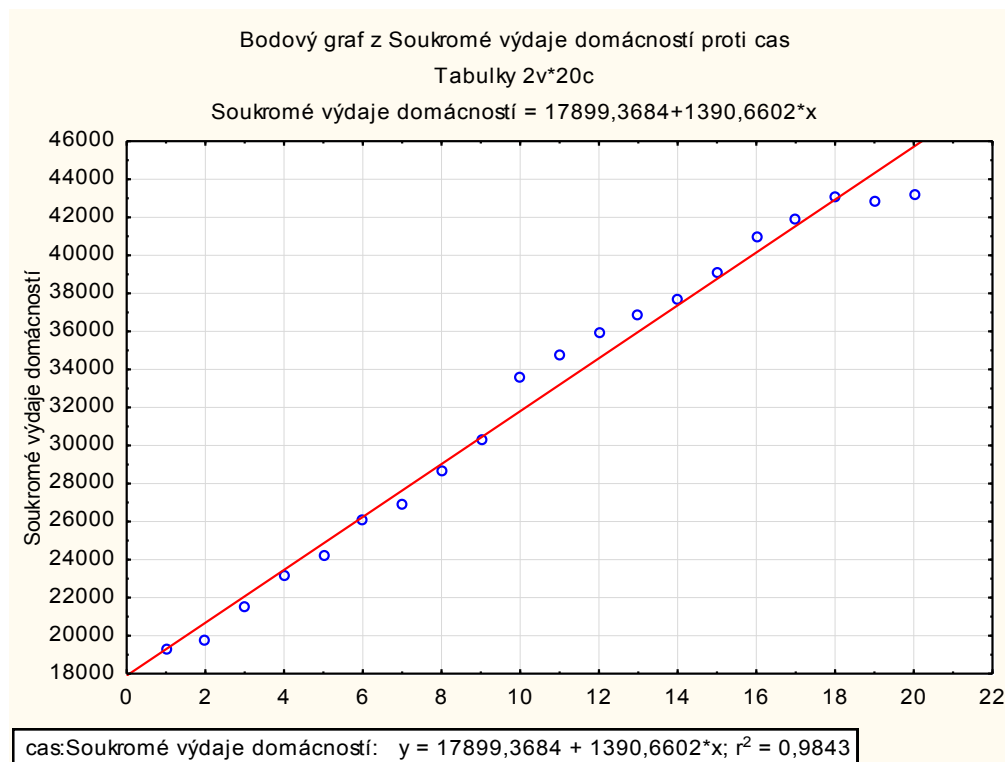


Tabulka 23 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné veřejné výdaje pro rok 2015 a 2016

N=20	Výsledky regrese se závisle proměnou: Veřejné výdaje					
	b*	Sm. chyba z b*	b	Sm. chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs. člen			18394,01	856,9141	21,46540	0,000000
čas	-3,04951	0,661857	-865,91	187,9345	-4,60751	0,000251
V1**2	2,72951	0,661857	35,85	8,6929	4,12402	0,000709
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2015					
	b-váha		hodnota	b-váha * Hodnot		
čas	-865,910		21,0000	-18184,1		
V1**2	35,849		441,0000	15809,6		
Abs. člen				18394,0		
Předpověď				16019,5		
-95,0%LS				14211,6		
+95,0%LS				17827,4		
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2016					
	b-váha		hodnota	b-váha * Hodnot		
čas	-865,910		22,0000	-19050,0		
V1**2	35,849		484,0000	17351,1		
Abs. člen				18394,0		
Předpověď				16695,1		
-95,0%LS				14511,9		
+95,0%LS				18878,3		

Příloha 10 Lineární trendová funkce celkových soukromých výdajů domácností na zdravotnictví a predikce pro roky 2015 a 2016

Graf 16 Lineární trend celkových soukromých výdajů domácností

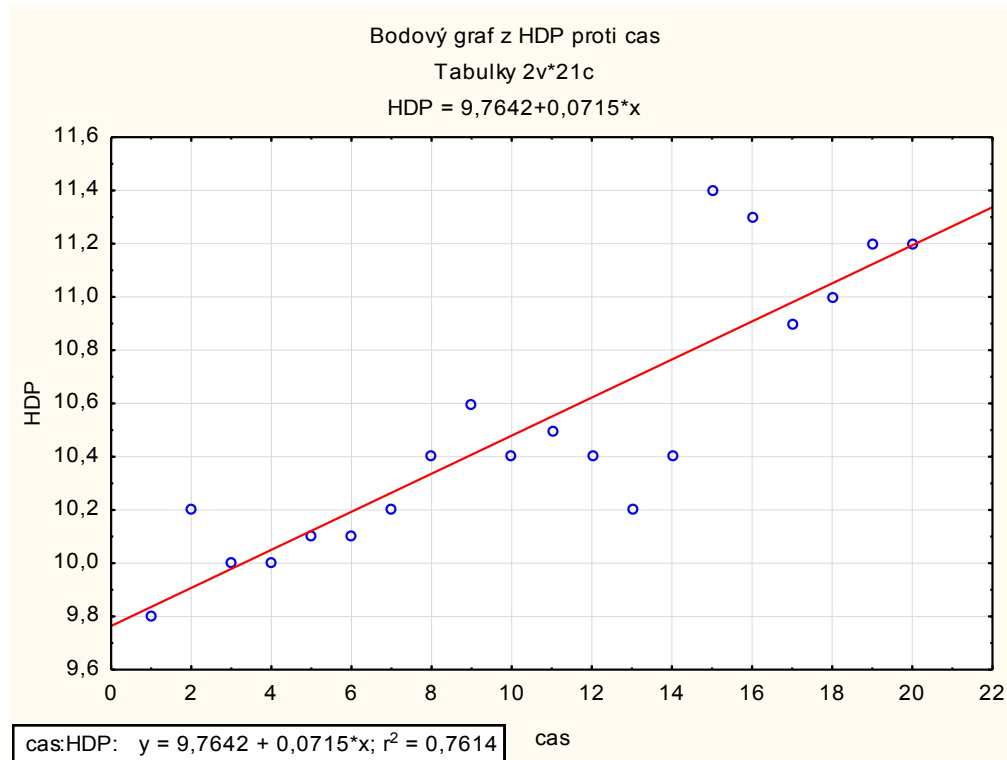


Tabulka 24 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné soukromé výdaje domácností pro rok 2015 a 2016

N=20	Výsledky regrese se závisle proměnou: Soukromé výdaje domácností					
	b*	Sm. chyba z b*	b	Sm. chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs. člen			17899,37	495,3117	36,13759	0,000000
čas	0,992138	0,029499	1390,66	41,3478	33,63322	0,000000
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2015					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	1390,660		21,00000		29203,86	
Abs. člen					17899,37	
Předpověď					47103,23	
-95,0%LS					46062,62	
+95,0%LS					48143,84	
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2016					
	b-váha		hodnota		b-váha * Hodnot	
čas	1390,660		22,00000		30594,52	
Abs. člen					17899,37	
Předpověď					48493,89	
-95,0%LS					47376,36	
+95,0%LS					49611,43	

Příloha 11 Lineární trendová funkce celkových zdravotnických výdajů jako podíl HDP a predikce pro roky 2015 a 2016

Graf 17 Lineární trend celkových zdravotnických výdajů jako podíl HDP

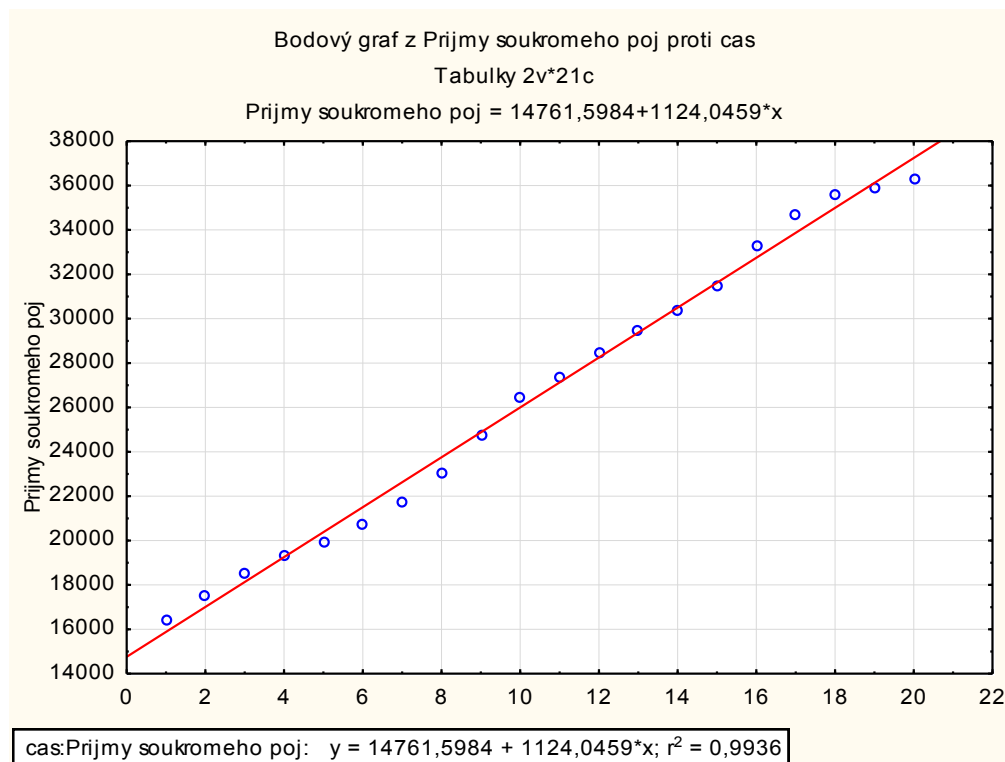


Tabulka 25 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové zdravotnické výdaje jako podíl HDP pro rok 2015 a 2016

N=20	Výsledky regrese se závisle proměnou: Celkové výdaje jako podíl HDP					
	b*	Sm. chyba z b*	b	Sm. chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs. člen			9,764211	0,113020	86,39374	0,000000
čas	0,872579	0,115134	0,071504	0,009435	7,57879	0,000001
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2015					
	b-váha		hodnota	b-váha * Hodnot		
čas	0,071504		21,00000	1,50158		
Abs. člen				9,76421		
Předpověď				11,26579		
-95,0%LS				11,02834		
+95,0%LS				11,50324		
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2016					
	b-váha		hodnota	b-váha * Hodnot		
čas	0,071504		22,00000	1,57308		
Abs. člen				9,76421		
Předpověď				11,33729		
-95,0%LS				11,08229		
+95,0%LS				11,59229		

Příloha 12 Lineární trendová funkce celkových příjmů privátního pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016

Graf 18 Lineární trend celkových příjmů privátního pojištění

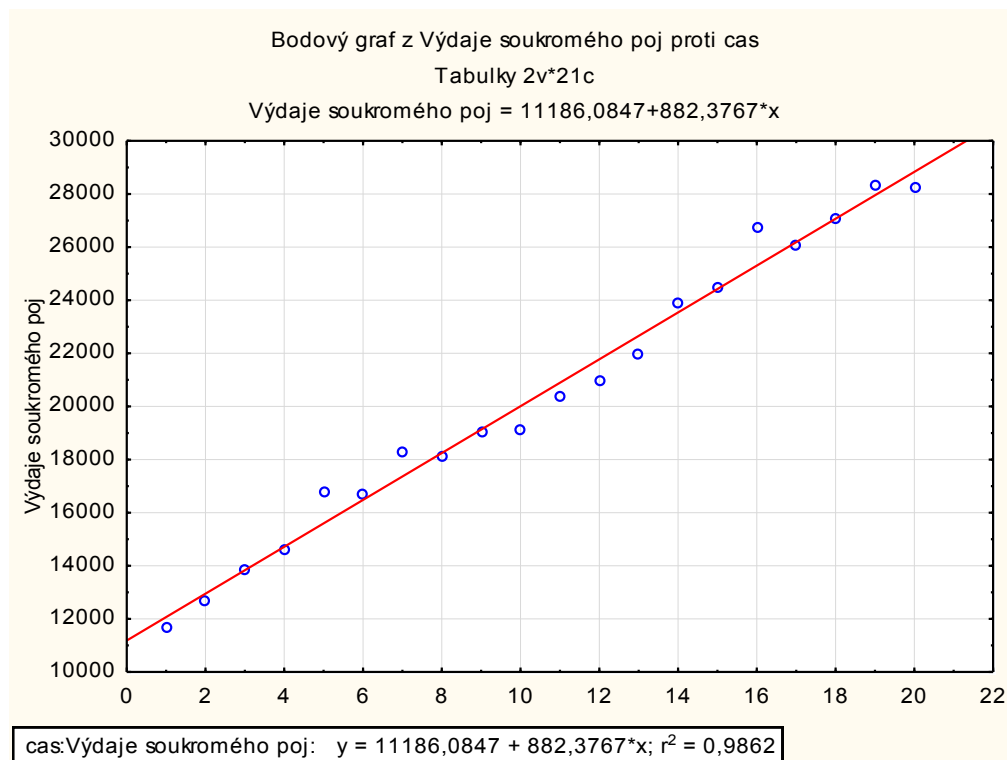


Tabulka 26 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové příjmy privátního pojištění pro rok 2015 a 2016

N=20	Výsledky regrese se závisle proměnou: Celkové příjmy privátního pojištění					
	b*	Sm. chyba z b*	b	Sm. chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs. člen			14761,60	254,2826	58,05194	0,000000
čas	0,996806	0,018824	1124,05	21,2271	52,95334	0,000000
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2015					
	b-váha		hodnota	b-váha * Hodnot		
čas	1124,046		21,00000	23604,96		
Abs. člen				14761,60		
Předpověď				38366,56		
-95,0%LS				37832,33		
+95,0%LS				38900,79		
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2016					
	b-váha		hodnota	b-váha * Hodnot		
čas	1124,046		22,00000	24729,01		
Abs. člen				14761,60		
Předpověď				39490,61		
-95,0%LS				38916,89		
+95,0%LS				40064,33		

Příloha 13 Lineární trendová funkce celkových výdajů privátního pojištění a predikce pro roky 2015 a 2016

Graf 19 Lineární trend celkových výdajů privátního pojištění



Tabulka 27 Výsledky regrese a predikce hodnot proměnné celkové výdaje privátního pojištění pro rok 2015 a 2016

N=20	Výsledky regrese se závisle proměnou: Celkové výdaje privátního pojištění					
	b*	Sm. chyba z b*	b	Sm. chyba z b	t(18)	p-hodn.
Abs. člen			11186,08	295,2266	37,88982	0,000000
čas	0,993052	0,027736	882,38	24,6450	35,80342	0,000000
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2015					
	b-váha		hodnota	b-váha * Hodnot		
čas	882,3767		21,00000	18529,91		
Abs. člen				11186,08		
Předpověď				29716,00		
-95,0%LS				29095,75		
+95,0%LS				30336,24		
Proměnná	Předpověď hodnoty proměnné pro rok 2016					
	b-váha		hodnota	b-váha * Hodnot		
čas	882,3767		22,00000	19412,29		
Abs. člen				11186,08		
Předpověď				30598,37		
-95,0%LS				29932,27		
+95,0%LS				31264,47		