

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Bakalářská práce

Soukromé výdaje na zdravotní péči

v České republice a Německu

Lucie Vášková

© 2018 ČZU v Praze

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

PharmDr. Lucie Vášková

Provoz a ekonomika

Název práce

Soukromé výdaje na zdravotní péči v České republice a Německu

Název anglicky

Private Healthcare Expenditure in Czech Republic and Germany

Cíle práce

Cílem bakalářské práce je vyhodnotit soukromé výdaje na zdravotní péči pojištěnce čerpajícího péči v místě pojištění, bydliště a práce a tzv. pendlera.

V rámci práce bude vyhodnoceno finanční zatížení pojištěnce ve vztahu k čerpání zdravotní péče. V práci budou rovněž vyhodnoceny podíly soukromých výdajů (pojištění) na výdajích celkových na zdravotní péči. Bude uvažován zdravotnický systém český a německý.

Metodika

Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studia odborné literatury a legislativy, české i německé. Aktuální informace a data budou čerpány zejména z databáze ÚZIS a německého statistického úřadu. Významnými zdroji informací a dat budou rovněž oficiální zdroje ministerstev zdravotnictví a zdravotních pojišťoven českých a německých. Využity budou metody deskripce, komparace, syntézy, indukce, dedukce.

Doporučený rozsah práce

30 – 40 stran

Klíčová slova

Česká republika, Německo, pendler, pojištění, soukromé výdaje pojištěnce, zdravotnictví, zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovna

Doporučené zdroje informací

BRAASCH, Paul. Das Gesundheitswesen in Deutschland. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2007. 408 s. ISBN 978-3-7691-3220-5

ČERVINKA, Tomáš. Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady. 8. aktual. vydání. Olomouc: ANAG, 2016. ISBN 978-80-7263-999-1

NĚMEC, Jiří. Principy zdravotního pojištění. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-8-024-76378-1

PORTER, Michael E., GUTH, Clements. Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler, 2012. 375 s. ISBN 978-3-642-25683-7

SCHÖFFSKI, O. Das Krankenversicherungssystem in Deutschland. In: Schöffski O., Fricke FU., Guminski W. Pharmabetriebslehre. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2008. s. 3 – 22. ISBN 978-3-540-79550-6

SIMON, Michael. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Bern: Huber, 2013. 597 s. ISBN 978-34-568-4990-4

ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. Ekonomika zdravotnictví. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8

Předběžný termín obhajoby

2018/19 ZS – PEF (únor 2019)

Vedoucí práce

Ing. Dana Stará, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra ekonomických teorií

Elektronicky schváleno dne 25. 2. 2018

doc. PhDr. Ing. Lucie Severová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 2. 3. 2018

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 26. 11. 2018

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Soukromé výdaje na zdravotní péči v České republice a Německu" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské 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 bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 26.11.2018

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Daně Staré, PhD. za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost, které mi věnovala při zpracování bakalářské práce.

Soukromé výdaje na zdravotní péči v České republice a Německu

Abstrakt

Zdravotnictví je důležitý ekonomický faktor České republiky i Německa. Povinné zdravotní pojištění pro všechny občany žijící na území státu je základním pravidlem v obou zemích. Německo je jediným státem v Evropské unii, kde je možné si za určitých podmínek vybrat zákonné nebo soukromé zdravotní pojištění. V České republice je povinnost stát se členem veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní péče je na principu solidarity dostupná všem pacientům. Soukromé výdaje pojištěnců na zdravotní péči tvoří významný podíl při financování zdravotní péče. V České republice je zaměstnancem ze mzdy odváděn procentuálně nižší podíl zdravotním pojišťovnám než v Německu, rozdíl je 3,8 procentních bodů. Podíl přímých výdajů domácností na zdravotní péči na čisté mzdě se pohybuje od 2 do 2,4 procent. Soukromé výdaje jednotlivce tvoří příspěvky zdravotním pojišťovnám, které jsou odvedeny v zemi výkonu práce a přímé výdaje na zdravotní péči vydané z vlastní kapsy.

Klíčová slova: Česká republika, Německo, pendler, pojištění, soukromé výdaje pojištěnce, zdravotnictví, zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovna

Private Healthcare Expenditure in Czech Republic and Germany

Abstract

Health care represents important economic factor both for the Czech Republic and Germany. Compulsory health insurance for all citizens living on the territory of the particular state is an elementary principle in both countries. Germany is only state within the European Union where it is possible under certain circumstances to choose between the statutory and private health insurance. In the Czech Republic, it is compulsory to become a part of the public health insurance. Health care is available to all patients on the principle of solidarity. Patients' private health care expenditures represent significant part of the health care finances. In the Czech Republic, employees, through wage deduction, pay lower part to the health insurance companies than employees in Germany, the difference is 3.8 percentage points. Percentage of direct household health care expenditures on the net earnings varies from 2 to 2.4 percent. Private expenditures of an individual citizen create contributions to health insurance companies that are being paid in the country where work is performed, and direct health expenditures paid from an „own pocket“.

Keywords: Czech Republic, Germany, cross-border worker, insurance, insuree's private expenditures, health care, health insurance, health insurance company zdravotnictví

Obsah

1 Úvod.....	14
2 Cíl práce a metodika	15
2.1 Cíl práce	15
2.2 Metodika práce.....	15
3 Teoretická východiska	17
3.1 Zdravotní pojištění v České republice.....	17
3.1.1 Veřejné zdravotní pojištění v České republice	17
3.1.2 Plátcí zákonného zdravotního pojištění v České republice.....	20
3.1.3 Úhrada zdravotnických výkonů ze zákonného zdravotního pojištění a bonusy poskytnuté zdravotními pojišťovnami v České republice	22
3.1.4 Regulační poplatky, doplatky a jejich limity dané ze zákonného zdravotního pojištění v České republice.....	24
3.1.5 Komerční zdravotní pojištění v České republice	26
3.2 Zdravotní pojištění ve Spolkové republice Německo	29
3.2.1 Organizace systému zdravotnictví v Německu.....	29
3.2.2 Zákonné zdravotní pojištění v Německu	30
3.2.3 Soukromé zdravotní pojištění v Německu	33
3.2.4 Zdravotní výkony placené ze zákonného zdravotní pojištění plně hrazené zdravotní pojišťovnou v Německu	35
3.2.5 Finanční spoluúčast pacienta a limit spoluúčasti při platbě ve zdravotnickém zařízení v Německu	36
3.2.6 Bonusové programy pojišťoven v SRN	37
3.3 Přeshraniční pracovník a jeho podmínky zdravotního pojištění	38
4 Vlastní práce	41
4.1 Vývoj celkových zdravotnických výdajů v ČR a Německu.....	41
4.2 Vývoj podílu celkových výdajů na zdravotnictví na HDP ČR a Německa.....	44
4.3 Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování v ČR a Německu	46
4.4 Podíl výdajů zaplacených zaměstnancem za zdravotní pojištění na celkových výdajích za zdravotní péči za jednoho pojištěnce v České republice a Německu.....	50
4.5 Vývoj podílu přímých výdajů domácností na celkových výdajích vynaložených ve zdravotnictví v České republice a Německu	53
4.6 Vývoj přímých výdajů domácností na zdravotní péči v České republice a Německu.....	54
4.7 Podíl přímých výdajů domácností na zdravotní péči na čisté mzdě v České republice a Německu.....	59

5	Výsledky a diskuze	63
6	Závěr.....	66
7	Seznam použitých zdrojů	67
8	Přílohy	75

Seznam grafů

Graf 1 Počty zdravotních pojišťoven v Německu k rozhodnému dni 1. lednu v letech 1970 - 2018	32
Graf 2 Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP v České republice a Německu v letech 2000 až 2016 (%).....	45
Graf 3 Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v České republice v letech 2010 – 2016 (%)	46
Graf 4 Vývoj objemu plateb zdravotním pojišťovnám za osoby, za které platí zdravotní pojištění stát v České republice v letech 2000 – 2018 (v mld. korun českých)	47
Graf 5 Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v Německu v letech 2010 – 2016 (%).....	48
Graf 6 Příspěvek státu zdravotnímu fondu na zdravotní pojištění v Německu v letech 2009 - 2018 (v mld. eur)	49
Graf 7 Podíl přímých plateb domácností na celkových výdajích za zdravotní péči v České republice a Německu v letech 2000 – 2016 (%)	53
Graf 8 Rozložení přímých výdajů domácností na zdravotní péči v České republice v roce 2016 (%).....	56
Graf 9 Rozložení přímých výdajů domácností na zdravotní péči v Německu v roce 2015 (%).....	58

Seznam tabulek

Tabulka 1 Přehled veřejných zdravotních pojišťoven působících v ČR a počty jejich pojištěnců k rozhodnému dni 1. lednu 2018	19
Tabulka 2 Přehled dostupných možností komerčního zdravotního pojištění uzavřeného při pobytu v délce 12 měsíců na území České republiky pro osobu ve věku 28 let (Kč) .	28
Tabulka 3 Počty pojištěnců zdravotních pojišťoven poskytujících zákonné zdravotní pojištění v Německu (v mil.) a jejich podíl na celkovém počtu pojištěnců dle pojišťoven (v %) k 1.1.2018	32
Tabulka 4 Vývoj celkových zdravotnických výdajů (mil. Kč) a výdajů na 1 pojištěnce v České republice v letech 2000 - 2016 (Kč).....	42
Tabulka 5 Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví (v mil. eur) a výdajů na 1 pojištěnce (v eur) v Německu v letech 2000 - 2016.....	43

Tabulka 6 Podíl výdajů na zdravotní pojištění z průměrné hrubé mzdy na celkových výdajích za zdravotní péči za jednoho pojištěnce v České republice v letech 2000 – 2016 (%)	50
Tabulka 7 Podíl výdajů na zdravotní pojištění z průměrné hrubé mzdy na celkových výdajích za zdravotní péči za jednoho pojištěnce v Německu v letech 2000 – 2016 (%)	52
Tabulka 8 Vývoj přímých výdajů domácností na zdravotní péči v České republice v letech 2000 až 2016 (mil. Kč)	55
Tabulka 9 Vývoj přímých výdajů domácností ve zdravotnictví v Německu v letech 2000 až 2016 (mil. eur)	57
Tabulka 10 Vývoj podílu soukromých přímých výdajů jednotlivce vydaných na zdravotní péči (Kč) k celkovému ročnímu průměrnému čistému příjmu ve formě mzdy (Kč) v České republice v letech 2000 – 2016 (%)	60
Tabulka 11 Vývoj podílu soukromých přímých výdajů jednotlivce vydaných na zdravotní péči (v eur) k celkovému ročnímu průměrnému čistému příjmu ve formě mzdy (v eur) v Německu v letech 2000 – 2016 (%).....	61
Tabulka 12 Podíl výdajů vložených do zdravotnictví na HDP ve vybraných zemích Evropy v letech 2000 až 2016 (%)	76
Tabulka 13 Podíl přímých výdajů domácností na celkových zdravotnických výdajích v České republice a v Německu v letech 2000 – 2016 (%)	77
Tabulka 14 Rozložení přímých výdajů domácností na zdravotní péči v České republice v roce 2016.....	77
Tabulka 15 Rozložení přímých výdajů domácností na zdravotní péči v Německu v roce 2015	78
Tabulka 16 Sazba zdravotního pojištění v Německu v letech 2000 - 2016.....	79

1 Úvod

Jedním z nejdůležitějších lidských statků je zdraví. Pokud se tohoto statku nedostává, snižuje se úspěšnost ve všech ostatních důležitých oblastech jako je rodina či práce. Kvalita a dostupnost poskytované zdravotní péče se zaslouhuje o prodloužení věku dožití. Rostoucí populace starších pacientů, zvyšující se ceny zdravotnických prostředků, léčiv, materiálů a energií, používání nových moderních technologií, to vše má vliv na rostoucí zdravotnické výdaje.

V této práci je pracováno s výdaji českého a německého zdravotnického systému. Zdravotní pojištění se týká všech obyvatel obou zemí. Německo je jedinou zemí v Evropě, kde soukromé zdravotní pojištění je plnohodnotnou alternativou k zákonnému veřejnému pojištění. Nejdůležitější část příjmů zdravotnického systému tvoří platby obyvatel na zdravotní pojištění. V České republice se na těchto platbách zdravotním pojišťovněm podílí stát od vzniku České republiky, v Německu začal stát přispívat po zdravotnické reformě v roce 2009. Spoluúčast pacienta na zdravotnických výdajích je nutnou součástí zdravotnického systému.

V České republice i Německu jsou největšími nositeli nákladů na zdravotnictví zdravotní pojišťovny, veřejné rozpočty a domácnosti. Zdravotní pojišťovny platí zdravotní péči z plateb od občanů, kteří odvádí část svého příjmu na zdravotní pojištění, či od státu, který přebírá platby na zdravotní pojištění za určité skupiny obyvatel. Domácnosti se podílejí navíc na platbách doplatků na léky či zdravotnické prostředky, dále si připlácí za nadstandardní materiál či službu nehrazenou zdravotní pojišťovnou. Přeshraniční pracovníci disponují výhodou výběru, možností určit si, kde budou čerpat zdravotní péči. Zdravotnický systém poukazuje také na ekonomickou vyspělost daného státu. Výdaje na zdravotní péči tvoří u vyspělejších států vyšší podíl na HDP.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je vyhodnotit soukromé výdaje na zdravotní péči pojištěnce čerpajícího péči v místě pojištění, bydliště a práce a tzv. pendlera.

V rámci práce bude vyhodnoceno finanční zatížení pojištěnce ve vztahu k čerpání zdravotní péče. V práci budou rovněž vyhodnoceny podíly soukromých výdajů (pojištění) na výdajích celkových na zdravotní péči. Bude uvažován zdravotnický systém český a německý.

2.2 Metodika práce

Pro zpracování literární rešerše je využita metoda studia odborné literatury a legislativy, české i německé. Aktuální informace a data jsou čerpány zejména z databáze ÚZIS a Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Významnými zdroji informací a dat jsou rovněž oficiální zdroje ministerstev zdravotnictví a zdravotních pojišťoven českých a německých. Využity jsou metody deskripce, komparace, syntézy, indukce, dedukce.

V praktické části bakalářské práce je nejprve použita metoda rozboru, což značí proces rozkladu zkoumaného celku na části, rozebrání vlastností, vztahů a faktů postupujících od celků k jednotlivým částem, které se dále zkoumají. Jsou identifikovány jednotlivé složky finančních výdajů, vyhodnoceny podle následujících elementárních charakteristik časových řad. V bakalářské práci se pracuje s časovou řadou od roku 2000 do roku 2016.

První diference - vyjadřuje absolutní přírůstek nebo úbytek zkoumaného objektu v určitém časovém okamžiku proti okamžiku předcházejícímu (Kropáč, 2007, s. 119)

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

$i = 0, 1, 2, \dots, n$; $y_i \dots$ 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 (Kropáč, 2007, s. 119).

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

Průměrný koeficient růstu - udává rychlost růstu nebo poklesu hodnot v průměru za sledované období (Kropáč, 2007, s. 119).

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

V praktické části je také provedena komparace vybraných zkoumaných ukazatelů v České republice a Německu. Na základě provedených rozborů a zkoumání je získáno velké množství dat. 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

Kapitola teoretických východisek pojednává o systémech financování zdravotní péče, o systémech zdravotního pojištění ve dvou sousedních členských státech Evropské unie, a to v České republice a Spolkové republice Německo. V obou státech je pojištění postaveno na principu solidarity, povinnosti být pojištěn a principu svobodné volby pojišťovny. V centru zájmu stojí současný stav a jeho fungování.

3.1 Zdravotní pojištění v České republice

Zdravotnictví České republiky je pluralitním systémem a zdravotní péče je tedy poskytována v soukromých, obecních i státních zařízeních (Nahodil, 2006). Ptáček a kol. (2011, s. 41) definuje uzavření veřejného zdravotního pojištění jako povinnost pro všechny občany bydlící či pracující v České republice, tento systém poskytování zdravotní péče je postaven na principu solidarity, je tak garantována rovnost v rozsahu a kvalitě zdravotní péče pro všechny pojištěnce. Vančurová (2013, s. 20) uvádí, že veřejné zdravotní pojištění v České republice je součástí systému sociálního zabezpečení, jedná se o druh zákonného pojištění, nemá komerční charakter a nevzniká tedy na základě smlouvy mezi pacientem a pojišťovnou. Zároveň v České republice existuje i forma komerčního zdravotního pojištění pro cizince, kteří se nespĺňují podmínky vstupu do veřejného zdravotního pojištění (Machaidze, 2016).

3.1.1 Veřejné zdravotní pojištění v České republice

Hlavním ekonomickým cílem veřejného zdravotního pojištění v České republice je bezpečně zajistit spolehlivé fungování zdravotnického systému a zabezpečit dostatek finančních prostředků na jeho fungování (Barták, 2010, s. 86). Nahodil (2006) uvádí, že zdravotnická péče je financována z veřejných rozpočtů (státní a místní), z veřejného zdravotního pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven a pomocí soukromých zdrojů.

Dle Červinky (2016, s. 8) je systém veřejného zdravotního pojištění v ČR založen na následujících třech subjektech:

- pojištěnec (příjemce zdravotních služeb);
- zdravotnické zařízení (poskytovatel zdravotních služeb);
- zdravotní pojišťovna (instituce, u které je pojištěnec pojištěn).

Finance z veřejného zdravotního pojištění slouží k úhradě zdravotní péče, jejíž cílem je prostřednictvím zdravotních služeb zlepšit nebo zachovat zdravotní stav či zmírnit utrpení pojištěnce; podmínky zdravotního pojištění se řídí zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů; legislativně je vše pod záštitou Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR, 2018a).

Dle Červinky (2016, s. 19-21) se v roce 1992 staly všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky ze zákona pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny, přičemž ode dne 1. ledna 1993 má každý pojištěnec právo svobodné volby pojišťovny. „Zdravotní pojišťovny jsou samostatnými právními subjekty, které mají za úkol provádět veřejné zdravotní pojištění. Tato velmi rozsáhlá činnost zahrnuje především na jedné straně výběr pojistného od plátců pojistného a na druhé straně úhrady zdravotních služeb poskytovatelům zdravotních služeb. Všechny zdravotní pojišťovny mají komplexní zodpovědnost po stránce odborné i ekonomické za hrazené zdravotní služby poskytované každému z celkem více než 10 milionů pojištěnců veřejného zdravotního pojištění“ (MZČR, 2018b). Největší veřejnou zdravotní pojišťovnou je Všeobecná zdravotní pojišťovna, ostatní pojišťovny jsou označeny jako zaměstnanecké.

V níže uvedené tabulce 1 zpracované dle dat poskytnutých MZČR jsou uvedeny všechny pojišťovny včetně jejich číselného označení a stavu počtu pojištěnců ke dni 1. ledna 2018.

Tabulka 1 Přehled veřejných zdravotních pojišťoven působících v ČR a počty jejich pojištěnců k rozhodnému dni 1. lednu 2018

Kód	Název	Počet pojištěnců	Podíl
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP ČR)	5 938 807	57,4%
201	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky (VoZP ČR)	708 590	6,8%
205	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)	1 200 000	11,6%
207	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP)	684 766	6,6%
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ)	141 210	1,4%
211	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZPMV ČR)	1 242 000	12,0%
213	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP)	433 000	4,2%

Zdroj: vlastní zpracování, MZČR (2018b)

V případě nároku na účast ve veřejném zdravotním pojištění si každý cizinec dle Chodury (2017) vybere jednu z výše uvedených zdravotních pojišťoven a přihlásí se u ní k pojištění; každá zdravotní pojišťovna má povinnost přijmout jako pojištěnce každou osobu, jež splňuje podmínky účasti na veřejném zdravotním pojištění.

Dle MZV (2017) je změnu zdravotní pojišťovny možné provést jednou za 12 kalendářních měsíců, přestupní termíny jsou stanoveny k 1. lednu a 1. červenci příslušného roku; narozené dítě se stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození; zdravotní pojišťovnu v tomto případě je možné změnit až po přidělení rodného čísla dítěti a to k prvnímu dni následujícího kalendářního měsíce; vojáci, jež jsou v aktivní službě, jsou dle zákona vždy po tuto dobu pojištění u Vojenské zdravotní pojišťovny, poté nastává změna, která nemusí být datována k přestupnímu datu.

Pro všechny účastníky pojištění vzniká povinnost odvádět platbu za zdravotní pojištění, přičemž tyto odvody jsou následně rozděleny jednotlivým pojišťovnám, které tyto prostředky shromažďují v pojišťovacích fondech jak uvádí MZČR (2018a). Zdravotní pojišťovny jsou dle MZČR (2018a) veřejnoprávní neziskové organizace a tento jejich status jim nařizuje všechny nevyčerpané prostředky uložit na rezervní fond.

Ze zákona musí být v České republice povinně zdravotně pojištěna každá osoba, která má na území ČR trvalý pobyt (bez ohledu na státní občanství této osoby) nebo osoba, která trvalý pobyt na území ČR nemá, se stává účastníkem zdravotního pojištění pouze v období, ve kterém je zaměstnána u zaměstnavatele se sídlem na území ČR a pracovněprávní vztah je uzavřen podle právních předpisů ČR (Červinka, 2016, s. 8). Trvalý pobyt v České republice dle MZV (2017) zůstává i osobám žijícím mimo ČR, které splní následující tři podmínky – 1. nepřetržitý pobyt v cizině trvá nejméně 6 měsíců, 2. osoba má uzavřeno zdravotní pojištění v cizině po celou dobu pobytu v cizině a zdravotní pojišťovna obdrží písemné prohlášení osoby, že bude pobývat dlouhodobě v cizině, kde má uzavřeno zdravotní pojištění, 3. před dnem ukončení platby pojistného je vyňata z povinnosti platit zdravotní pojištění v ČR po celou dobu pobytu v cizině; avšak po návratu z ciziny je nutné se opět u zdravotní pojišťovny přihlásit.

3.1.2 Plátcí zákonného zdravotního pojištění v České republice

Dle Červinky (2016, s. 8) jsou plátcí pojistného dělení do tří velkých skupin, jedná se o stát, jež odvádí pojistné za níže vyjmenované skupiny osob, o zaměstnavatele, který odvádí pojistné za zaměstnance a samostatného pojištěnce, což může být osoba samostatně výdělečně činná nebo osoba bez zdanitelných příjmů.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění uvádí, že výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Minimální výše zdravotního pojištění je vypočítána z platné minimální mzdy, která činí od ledna 2018 12 200 korun českých; v ostatních případech se vypočítává stejný procentuální podíl z hrubé mzdy zaměstnance nebo z hrubého příjmu osoby samostatně výdělečně činné (MPSV, 2017).

Dle Ministerstva financí (2018) je **stát** je plátcem pojistného významného počtu pojištěnců, v červnu 2018 se jednalo o 5 896 228 pojištěnců, kteří se řadí do jedné z následujících skupin pojištěnců: nezaopatřené děti (nevýdělečně činné děti a osoby do 26. roku věku), poživatelé důchodů (osoby, kterým byl v ČR přiznán např. starobní důchod), ženy na mateřské nebo rodičovské dovolené, osoby pečující celodenně a osobně

alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, příjemci rodičovského příspěvku (státní sociální podpora), uchazeči o zaměstnání (nezaměstnaní v evidenci úřadu práce), osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby, osoby převážně nebo úplně bezmocné a osoby o ně pečující, osoby pečující o dlouhodobě těžce zdravotně postižené děti nebo částečně bezmocné rodinné příslušníky starší 80 let, osoby konající základní (náhradní) vojenskou službu, civilní službu nebo osoby povolané k vojenskému cvičení, osoby ve vazbě nebo výkonu trestu, mladiství umístění ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy, osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, ale nesplňují podmínky jeho přiznání (nemají odpracované roky a nemají žádný příjem), osoby s trvalým pobytem na území ČR, které jsou příjemci dávek nemocenského pojištění a za které neplatí pojistné zaměstnavatel či stát a nejsou osobami samostatně výdělečně činnými. Vyměřovací základ pro platbu zdravotního pojištění státem v roce 2018 je 6 259 korun českých, sazba odvodu je 13,5 % (Zákon č. 592/1992 Sb.).

Dle Červinky (2016, s. 34-35) je **zaměstnavatel** pro účely zdravotního pojištění právnickou či fyzickou osobu, která je plátcem příjmů ze závislé činnosti, zaměstnává zaměstnance, za všechny své zaměstnance odvádí odvody ve prospěch zdravotní pojišťovny a má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR. Zaměstnavatel odvádí za zaměstnance 9,5 % z jeho superhrubé mzdy (Zákon č. 592/1992 Sb.).

Vančurová (2013, s. 106, 116) uvádí, že pojistné za **zaměstnance** odvádí zaměstnavatel, základem pro výpočet platby na zdravotní pojištění se stává zdanitelný příjem zaměstnance vyplývající ze zaměstnání, přičemž u všech skupin pojištěnců platí minimální vyměřovací základ, ze kterého je vypočítáván odvod. Dle aktuálního znění zákona č. 592/1992 Sb. činí tento odvod v roce 2018 4,5 % z hrubé mzdy zaměstnance.

Samotný **pojištěnec** může být **osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)**, která odvádí částku odvozenou z příjmů z vlastní samostatně výdělečné činnosti, nebo **osoba bez zdanitelných příjmů**, za kterou neplatí pojistné zaměstnavatel ani stát a není ani samostatně výdělečně činná, ale přesto sama odvádí pojistné v minimální výši (Vančurová, 2013, s. 106). Základem pro výpočet zůstává 13,5 % odvod z příjmu nebo minimální mzdy pro osoby bez zdanitelných příjmů (Zákon č. 592/1992 Sb.). Vančurová (2013, s.

138) dále vysvětluje, že výpočet pojistného vychází dle pravidel z příjmů z podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti, v případě dalších příjmů v dílčích základech daně, ač se jedná o zdanitelné příjmy, se pojistné z těchto závazků neodvádí.

3.1.3 Úhrada zdravotnických výkonů ze zákonného zdravotního pojištění a bonusy poskytnuté zdravotními pojišťovnami v České republice

Legislativní rámec zdravotní péče v České republice udává zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů, stanovuje rozsah péče plně hrazené, částečně hrazené, hrazené za určitých podmínek nebo nehrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Plně hrazeny jsou všechny výkony, které obsahuje vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jejíž aktuální novela 143/2018 je v platnosti od 1.8.2018; mezi plně hrazené služby patří následující:

- zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, léčebně rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách;
- poskytování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,
- přepravu pojištěnců a náhradu cestovních nákladů;
- odběr krve a odběr tkání, buněk a orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření);
- přeprava žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů;
- přeprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa;
- přeprava odebraných tkání, buněk a orgánů;
- prohlídka zemřelého pojištěnce a pitvu včetně přepravy;
- pobyt průvodce pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče;

- zdravotní péči související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem; tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušný poskytovatel.

Ministerstvo zdravotnictví (2014b) uvádí, že hrazené zdravotní služby jsou poskytovány zdravotnickými pracovníky, popřípadě jinými odbornými pracovníky ve zdravotnictví, a to v rozsahu jejich odborné způsobilosti; jsou poskytovány v zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb a na základě smlouvy mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou pojištěnce jsou touto zdravotní pojišťovnou hrazeny.

Péče částečně hrazená, tedy s finanční spoluúčastí pacienta – doplatkem se nejčastěji dotýká lékařské péče a prostředků zdravotnické techniky (Korejsová, 2015). Dle Ministerstva zdravotnictví (2014b) může pojištěnec využít kteréhokoliv zařízení lékařské péče bez ohledu na existenci smluvního vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně pojištěnce a recept si vyzvednout, recept však musí většinou vystavit lékař, který je ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou pojištěnce. Po dobu hospitalizace nehradí pojištěnec náklady na užitá léčivá přípravky a zdravotnické prostředky, ty jsou hrazeny v plné výši zdravotní pojišťovnou (MZČR, 2014b).

Podmínky **péče hrazené za určitých podmínek** jsou uvedeny v zákoně č. 48/1997 Sb., úhrada této péče je vždy záležitostí individuálního posouzení pojišťovnou (plátcem péče). Jedná se např. o umělé oplodnění.

Zdravotní péče **plně hrazená pacientem**, na kterou se veřejné zdravotní pojištění nevztahuje, a kterou je třeba hradit přímo, je vymezena zákonem č. 48/1997 Sb. Jedná o plastickou chirurgii bez lékařské indikace, vybrané stomatologické výkony nebo akupunkturu (Korejsová, 2015).

Dle zákona č. 48/1997 Sb., § 15, odst. 10 není ze zdravotního pojištění hrazena veškerá zdravotní péče, léky, zdravotnické prostředky a potravinové doplňky, které jsou provedeny či zakoupeny z jiných než léčebných účelů. Jedná se o vyšetření pro vydání řidičského

průkazu, psychologické vyšetření na žádost o zbrojní pas, prohlídky při vstupu do zaměstnání, potvrzení o zdravotní způsobilosti ke studiu a další (Korejsová, 2015).

3.1.4 Regulační poplatky, doplatky a jejich limity dané ze zákonného zdravotního pojištění v České republice

Regulační poplatky spolu s ročními limity regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky byly v českém systému veřejného zdravotního pojištění zavedeny od 1. ledna 2008 novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

K 31. prosinci 2014 byly tyto regulační poplatky zrušeny, zůstal pouze jediný, od 1. ledna 2015 hradí pojištěnci, respektive jejich zákonní zástupci pouze **regulační poplatek** 90 korun českých za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství (VZP, 2018). Dle MZČR (2015) je regulační poplatek hrazen pojištěncem ihned nebo dle dohody se zdravotnickým zařízením poskytovatele zdravotních služeb, přičemž poskytovatel je povinen vystavit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení regulačního poplatku, tento regulační poplatek se nezapočítává do ochranného limitu.

Dle MZČR (2015) regulační poplatek od 1. ledna 2015 neplatí následující skupiny pojištěnců:

- pojištěnec, který se prokáže rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dávce, která je mu poskytována podle zákona o pomoci v hmotné nouzi; toto potvrzení nesmí být starší než 30 dnů;
- pojištěnci umístění v dětských domovech pro děti do 3 let věku, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo umístění k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením, dále pojištěnci umístění na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo pojištěnci svěřeni rozhodnutím soudu do pěstounské péče, poručnické péče nebo péče jiné osoby podle občanského zákoníku;
- pojištěnci, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, pokud u nich po úhradě

za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu méně než 800 Kč nebo pokud nemají žádný příjem; tuto skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb;

- pokud v rámci pohotovostní služby ošetřující lékař shledal, že stav pojištěnce vyžaduje hospitalizaci.

Doplatek je z právního hlediska rozdíl mezi cenou přípravku v lékárně a stanovenou úhradou z veřejného zdravotního pojištění, který pojištěnec doplácí u částečně hrazených léčivých přípravků (SÚKL, 2013).

Dle SÚKL (2018) se do ochranného limitu započítávají zaplacené doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání pouze ve výši vypočtené podle doplatku na léčivý přípravek, jehož doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky je nejnižší (a u kterého nebylo zjištěno přerušení nebo ukončení dodávání). Výjimkou je situace, kdy předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit – pak se doplatek do pacientova limitu započítává v plné výši (SÚKL, 2018).

Dle VZP (2018) je od 1. ledna 2018 **roční limit na započítatelné doplatky** za předepsané léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, které jsou částečně hrazené ze zdravotního pojištění a byly vydané na území ČR, stanoven zákonem o veřejném zdravotním pojištění následovně: 500 Kč u pojištěnců starších 70 let (včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 70. roku věku); 1 000 Kč u dětí mladších 18 let a u pojištěnců starších 65 let (vždy včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili daný rok věku); 5 000 Kč u ostatních pojištěnců. Do 31. 12. 2017 byl limit 2 500 Kč pro děti do 18 let a pojištěnce nad 65 let, pro všechny ostatní pojištěnce 5 000 Kč za kalendářní (VZP, 2018).

VZP (2018) uvádí, že do limitu se započítávají pouze částky započítatelných doplatků za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely; nezapočítávají se však doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě; to neplatí, pokud byly předepsané na recept pojištěncům starším 65 let

(včetně dne, ve kterém dovršili 65. roku věku); dále se nezapočítávají regulační poplatky ve výši 90 Kč za využití pohotovosti.

Pokud celková částka uhrazená na doplatcích za částečně hrazené léčiva apod. překročí v kalendářním roce stanovený limit, je zdravotní pojišťovna povinna vrátit pojištěnci částku, o kterou je tento limit překročen a to v termínu stanoveným zákonem (SÚKL, 2018).

Soukromé výdaje ve zdravotnictví nejsou jenom doplatky na léčiva či zdravotnické pomůcky, ale také platby za dobrovolná očkování, potřeba nových dioptrických brýlí či výdaje spojené s těhotenstvím, nachlazením či ozdravným pobytem. Zdravotní pojišťovny v současnosti mohou soutěžit o klienta pouze nabídkou bonusových programů, vše ostatní je ukotvené v zákonech. Přehled jednotlivých bonusů, které je možné si u českých pojišťoven nárokovat do konce listopadu probíhajícího roku, či do vyčerpání limitu stanoveného zdravotní pojišťovnou, je uveden na webových stránkách každé zdravotní pojišťovny.

3.1.5 Komerční zdravotní pojištění v České republice

Cizí státní příslušníci žijící na území ČR jsou dle zákona č. 326/1999 Sb. o pobytu cizinců na území ČR povinni být zdravotně pojištěni stejně jako občané ČR. Vstoupit do systému veřejného zdravotního pojištění je variantou nejjednodušší, avšak ne každý má právo dle Nejedlé (2015) se na tomto systému podílet; cizinci, kteří si na území ČR pracují jako OSVČ, cizinci, kteří pobývají na území ČR neoprávněně, či cizinci, kteří ukončili pracovní poměr a pobírají nemocenské dávky či rodičovský příspěvek jsou povinni si sjednat pojištění nezávislé na veřejném zdravotním pojištění u některé z tuzemských komerčních pojišťoven podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví.

Machaidze (2016) uvádí, že pro turistický pobyt v České republice stačí cestovní pojištění uzavřené ve státě trvalého pobytu, které kryje pojištěnce v případě úrazu; občan Evropské unie má nárok na nutnou a neodkladnou péči i bez cestovního pojištění na základě předložení Evropského průkazu pojištění.

Delší pobyt na území ČR je ale už důvodem pro hlášení se k placení veřejného zdravotního pojištění nebo ke sjednání komerčního zdravotního pojištění cizinců, které také může nabývat různých podmínek a krýt rozdílné výkony a s tím vzniklé náklady (Machaidze, 2016).

Dle Nejedlé (2015) se toto komerční pojištění řídí platným nařízením ES č. 810/2009 o kodexu Společenství o vízech, čl. 15, bod 3 a to nařizuje, že pojištění musí být platné na území členských států a vztahovat se na celou dobu předpokládaného pobytu nebo průjezdu žadatele, minimální pojistné krytí musí činit 30 000 eur; dále stanovuje, že pojištění musí pokrývat veškeré náklady, které by mohly nastat během pobytu cizince v souvislosti s naléhavou lékařskou péčí, pohotovostní nemocniční péčí nebo úmrtím a repatriací do domovské země.

Rozhodnutí, které pojištění je vhodné, záleží především na délce pobytu a plánovaných aktivitách při pobytu na území ČR. Pojištění nutné a neodkladné péče je určeno zvláště těm cizincům, kteří plánují pobývat na území ČR po dobu kratší než 90 dní a žádají o krátkodobé vízum, přičemž maximální doba, po kterou si lze toto pojištění sjednat, je až 2 roky (Nejedlá, 2015).

Přehled nabízeného komerčního pojištění poskytované největšími třemi poskytovateli v České republice a to Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, a.s., zdravotní pojišťovnou Slavia, a.s. a UNIQA pojišťovnou, a.s. uvádí tabulka 2.

Tabulka 2 Přehled dostupných možností komerčního zdravotního pojištění uzavřeného při pobytu v délce 12 měsíců na území České republiky pro osobu ve věku 28 let (Kč)

	Pojišťovna	Cena / 1 rok	Limit pojistného plnění na 1 PÚ			Počet smluvních zařízení
			Zdravotní péče a repatriace	Zubní ošetření	Ambulantně předepsané léky	
Neodkladná a akutní péče	Pojišťovna VZP a.s.	6 600	1 700 000	5 000	5 000	5 000
	Slavia pojišťovna a.s.	4 560	1 600 000	3 000	3 000	329
	UNIQA pojišťovna a.s.	4 800	1 600 000	1 600 000	1 600 000	62
Komplexní zdravotní pojištění	Pojišťovna VZP a.s.	11888	2 000 000	2 000 000	5 000	5 000
	Slavia pojišťovna a.s.	10000	2 000 000	5 000	5 000	329
	UNIQA pojišťovna a.s.	10350	2 000 000	2 000 000	2 000 000	62

Zdroj: vlastní zpracování, Centrum pojištění cizinců (2018)

V porovnání s komplexním zdravotním pojištěním je pojištění neodkladné a akutní péče cenově výhodnější, ale na druhou stranu jsou zdravotní pojišťovnou proplaceny pouze náklady související s neodkladnou a ambulantní péčí; pravidelné preventivní prohlídky jsou pak zcela soukromým výdajem navíc.

Minimální výše pojistného krytí u komerčního pojištění je jediný parametr tohoto pojištění, který je daný a kontrolovaný zákonem, avšak v dalších oblastech mají pojišťovny volnou ruku, ať už se jedná o výši pojistného, pojistné podmínky a zejména pak výluky z pojištění; pojistné podmínky u komerčního pojištění jsou v porovnání s veřejným zdravotním pojištěním odlišné a mnohdy nevýhodné (Nejedlá, 2015).

Celá tato kapitola o zdravotním pojištění v České republice pojednává o možnostech, jak být pojištěn. Dle Nejedlé (2015) jsou možnosti celkem čtyři, a to následující:

- Veřejné zdravotní pojištění u české zdravotní pojišťovny (zaměstnanci, osoby s trvalým pobytem v ČR, azylanté apod.). Zdravotnické zařízení vykazuje péči dané zdravotní pojišťovně, a ta ji uhradí
- Veřejné zdravotní pojištění od jiné zdravotní pojišťovny v EU (osoby s trvalým pobytem v jiném státě EU dočasně žijící v ČR, resp. cestující přes ČR).

Zdravotnické zařízení prostřednictvím Centra mezistátních úhrad vykáže péči zahraniční zdravotní pojišťovně, a ta ji uhradí.

- Mezistátní smlouvy o zdravotním pojištění pro občany třetích zemí. Zdravotnické zařízení vykáže péči Ministerstvu zdravotnictví, které jej uhradí.
- Komerční zdravotní pojištění nebo cestovní pojištění, cizinci ze zemí mimo EU, projíždějící nebo při dočasném pobytu v ČR by měli mít komerční cestovní pojištění. Cizinci žijící v ČR bez trvalého pobytu musí mít komerční zdravotní pojištění. Zdravotnické zařízení vykáže péči příslušné komerční pojišťovně, a ta ji uhradí.

3.2 Zdravotní pojištění ve Spolkové republice Německo

Zdravotní systém Německa je postaven na dlouhodobých zkušenostech. První zákon o zdravotním pojištění byl zaveden v roce 1883 tehdejším německým kancléřem Otto von Bismarckem, ten byl následován zákonem o úrazovém a invalidním pojištění (Schölkopf (2010, s. 54). Systém fungování zdravotního systému dle Bismarcka je společný pro oba zmiňované systémy.

3.2.1 Organizace systému zdravotnictví v Německu

Spolková republika Německo byla v roce 1949 označena za federativní republiku, je složena ze 16 spolkových republik, které fungují samostatně a zároveň jsou řízeny centrální vládou (Simon, 2016, s. 122). Simon (2016, s. 174) dále uvádí, že na stejném principu funguje i zdravotnictví, jsou zde výkonné orgány na úrovni federální, na státní úrovni jednotlivých spolkových zemí a na úrovni místní samosprávy jednotlivých menších oblastí.

Na úrovni federální neboli spolkové je nejvyšším výkonným orgánem Spolkové ministerstvo zdravotnictví (BMG) vzniklé v roce 1990, které je odpovědné za centrální zdravotní politiku Německa, za zákony týkající se zdravotnictví, za financování, vědu a výzkum v této oblasti (Braasch, 2007, s. 32). BMG (2016) drží odborný dohled nad Spolkovým institutem pro léky a zdravotnické prostředky, dohlíží na fungování Spolkového centra pro vzdělávání ve zdravotnictví a dalších organizací. Pravomocí

ministerstva zdravotnictví je také dohled na zdravotní pojištění a spolupráce se zdravotními pojišťovnami (Braasch, 2007, s. 33).

Ministerstvo zdravotnictví dohlíží na fungování Společného spolkového výboru, který řídí vlády jednotlivých států, které se podílí na schvalování federální vládou vytvořené legislativy, jednotlivé spolkové země jsou odpovědné za správu státních nemocnic a za poskytování všeobecné zdravotní péče (Braasch, 2007, s. 38). Na spolkové úrovni fungují jednotlivé lékařské společnosti, spolky zdravotních pojišťoven, nemocniční spolky a pacienstké spolky, které spravují jednotlivé menší spolky, které pracují na lokální úrovni; úřady na této úrovni jsou prostředníky mezi konečnými poskytovateli zdravotní péče a ministerstvem zdravotnictví (BMG, 2016).

Na lokální úrovni fungují zemská ministestva, která dohlíží na fungování pojišťoven, zdravotnických zařízení (nemocnic, či lékáren), v jejich kompetenci je organizace zdravotní péče na té poslední úrovni a je zde kontakt s pacientem (Braasch, 2007, s. 38).

3.2.2 Zákonné zdravotní pojištění v Německu

Celkové zdravotnické výdaje jsou financovány z plateb zdravotního pojištění, ze soukromých zdrojů a v menší míře se podílí také stát a jednotlivé spolkové země.

Trh zdravotního pojištění Německé spolkové republiky je zcela ojedinělý. Jedná se o dva systémy, které fungují současně vedle sebe a to soukromé zdravotní pojištění a zákonné zdravotní pojištění. Soukromé pojištění může být doplněk k veřejnému zdravotnímu pojištění, ale především je jeho rovnocennou alternativou. Pokud nastane situace možnosti výběru, je nutné zvážit všechny výhody a nevýhody obou druhů pojištění. Cesta zpět od soukromého zdravotního pojištění jako hlavního zdravotního pojištění k veřejnému zdravotnímu pojištění je často velmi komplikovaná, či není vůbec možná.

Účastnit se zákonného zdravotního pojištění znamená dle Krankenkassen.Deutschland (2018a) možnost svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení s jistým vysokým standardem kvality; lékařská péče je rozdělena rovnoměrně, rozsah a poskytování péče nezáleží na příjmech, pohlaví či věku jedince. Zákonem dané zdravotní pojištění bylo zavedeno roku 1883, k lednu 2018 se ho účastnilo 72,31 miliónů pojištěnců, z toho 56,06 milionů obyvatel země je řazeno do skupiny povinné platit příspěvky na zdravotní pojištění, zbylých 16,25 milionů pojištěnců je od placení příspěvků osvobozeno

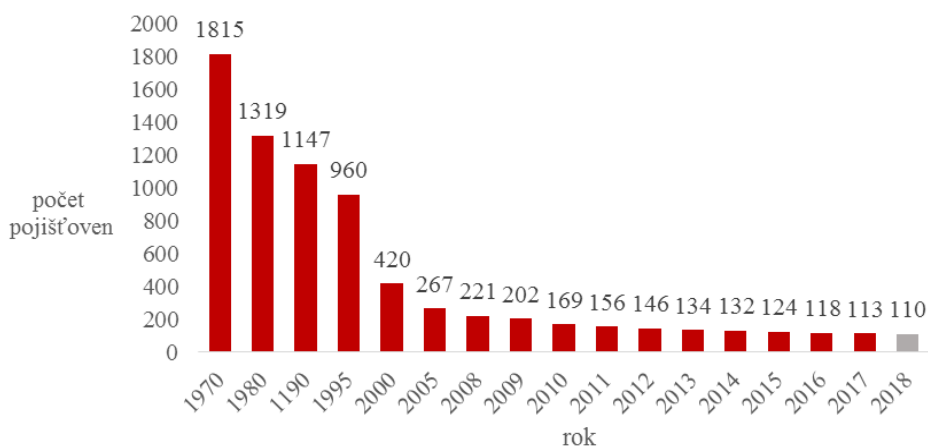
(Krankenkassen.Deutschland, 2018a). Povinnost každého se nechat pojistit v systému veřejného pojištění vznikla k 1. dubnu 2007, k 1. lednu 2009 vznikla možnost uzavřít soukromé zdravotní pojištění, přesto v roce 2016 nebylo v Německu pojištěno cca 80 000 občanů (Krankenkassenzentrale, 2018).

Dle Krankenkassen.Deutschland (2018a) je péče na té nejvyšší úrovni je ale dostupná všem stejně a každý má povinnost být k pojištění přihlášen; jednotlivé příspěvky do toho systému jsou pro každého jedince vypočítány dle jeho příjmu, jedná se procentuálně o stejný podíl pro každého pojištěnce. Samozřejmostí jsou také skupiny obyvatel, které nemají příjem a jsou spolupojištěni s jednou výdělečně činnou osobou; jedná se o nevýdělečně činného druhu bez vlastního finančního příjmu nebo s příjmem do hranice 450 eur za kalendářní měsíc, děti do dosažení dospělosti (18 let), studenti do 25. roku života, nezaměstnané děti do ukončeného 23. roku života, postižení jedinci, další skupinou osvobozenou od odvádění příspěvků na veřejné zdravotní pojištění mohou být registrované osoby v nezaměstnanosti, osoby samostatně výdělečně činné či důchodci; osoby, u nichž příjem překračuje stanovenou hranici, musí odvádět příspěvky do určité výše mzdy a výše příspěvků má svoji horní hranici.

Dle Sozialgesetzbuch V (2018) je v roce 2018 maximální hrubý příjem, ze kterého je vypočítán maximální odvod, stanoven ve výši 4425 eru za měsíc; měsíční odvod činí 14,6 procent z platu, maximálně tedy 646 eur za měsíc; přičemž zaměstnanec i zaměstnavatel přispívá polovinu, maximálně však do výše 323 eur měsíčně. Přehledná tabulka sazeb zdravotního pojištění je uvedena v příloze 3.

Simon (2016, s. 173) ve své publikaci uvádí počty pojišťoven působících na trhu; zajímavostí je, že v 90. letech existovalo okolo 1 200 pojišťoven, tento systém byl ale změněn, většina jich byla fúzí spojena do větších celků. K 1. lednu 2018 bylo na trhu aktivně činných 110 pojišťoven poskytujících zákonné zdravotní pojištění, přičemž počet pojišťoven vlivem spojování neustále klesá, jak dokládá následující graf 1 (GKV Spitzenverband, 2018b).

Graf 1 Počty zdravotních pojišťoven v Německu k rozhodnému dni 1. lednu v letech 1970 - 2018



Zdroj: vlastní úprava, GKV Spitzenverband (2018b)

Jednotlivé zdravotní pojišťovny je možné řadit do kategorie pojišťovny regionální, oborové, atd. Přehled zdravotních pojišťoven působících v Německu v roce 2018, počet jejich pojištěnců a jejich podíl na trhu ukazuje tabulka 3.

Tabulka 3 Počty pojištěnců zdravotních pojišťoven poskytujících zákonné zdravotní pojištění v Německu (v mil.) a jejich podíl na celkovém počtu pojištěnců dle pojišťoven (v %) k 1.1.2018

Označení	Název	Počet pojištěnců	Podíl na trhu
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen	20,2	36,0
BKK	Betriebskrankenkassen	8,1	14,4
IKK	Innungskrankenkassen	4,0	7,2
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse	0,5	0,9
KBS	Krankenkasse Knappschaft	1,4	2,4
vdek	Ersatzkassen	21,8	39,0

Zdroj: Vlastní zpracování, Krankenkassen.Deutschland (2018a)

Krankenkassen.Deutschland (2018a) uvádí, že jednotlivé spolkové země mají svoji regionální pobočku AOK, tato pojišťovna zabírá na trhu 36 procent; Ersatzkassen jsou všeobecně vnímány jako pojišťovny zaměstnanecké, k letošnímu roku představují nejvyšší podíl na trhu, nejedná se ale o jednu pojišťovnu, ale několik menších, které jsou tímto označením pojmenovány; Betriebskassen jsou pojišťovny zřizované při velkých podnicích, např. při HUK Coburg, což je velký závod zaměstnávající cca 7 tisíc zaměstnanců a většina z nich jsou pojištěnci pojišťovny vzniklé při tomto podniku, těchto pojištěnců je na trhu přibližně 8,1 miliónu, což znamená tržní podíl 14,4 procent; pojišťovna pojišťující převážně řemeslníky je označena jako Innungskrankenkasse, její podíl je 7,25 procent; mezi nejmenší pojišťovny je řazena Knappschaft, jejíž členové a rodinní příslušníci bývávali horníci a její podíl na trhu je 2,4 procenta; Landwirtschaftliche Krankenkasse shromažďuje pojištěnce z řad zemědělců, kterých je necelé 1 procento z celkových všech zákonně pojištěných pojištěnců. Toto rozdělení na jednotlivé skupiny pojišťoven vychází z časů dřívějších, dnes už není tak striktně dodržována předpokládaná příslušnost k té které pojišťovně.

3.2.3 Soukromé zdravotní pojištění v Německu

Soukromé neboli privátní zdravotní pojištění funguje ve Spolkové republice Německo jako plnohodnotná alternativa k zákonnému zdravotnímu pojištění. Pojišťovny poskytující privátní pojištění fungují na tržním mechanismu a každý potenciální pojištěnec se musí rozhodnout sám dle sebe, se kterou pojišťovnou a za jakých podmínek uzavře smlouvu o zdravotním pojištění.

Dle PKV-Verband (2017) je trh zdravotního pojištění poskytující soukromé zdravotní pojištění velmi rozsáhlý, avšak téměř všechny společnosti poskytující privátní pojištění jsou členy Spolku soukromých zdravotních pojišťoven. Dále dle PKV-Verband (2017) aktivně funguje 50 různých společností nabízejících zdravotní pojištění. Jedná se o akciové společnosti, nebo různé spolky, dvě pojišťovny pojistí pouze zaměstnance státních železnic a poštovní úředníky, sedm akciových společností není interní součástí spolku, jedná se o pojišťovny poskytující pouze připojištění a nenabízí možnost hlavního zdravotního pojištění.

Druhy pojištění v soukromém sektoru se podobají z části těm ze zákonného pojištění; jedná se o povinnost mít zdravotní a sociální pojištění. Soukromé pojišťovny nabízí možnost uzavřít nejenom povinné zdravotní pojištění, ale i různé druhy připojištění (pojištění na brýle, proplacení pořízení naslouchátek, preventivní vyšetření nehrazené pojišťovnami do určitého věku, připojištění na zubní zákroky a zubní náhrady); možnost nechat se pojistit v době nemoci, při ztrátě práce, nevyplacení výplaty, a podobně; vše se řídí uzavřenou smlouvou mezi pojišťovnou a pojištěncem (PKV-Verband, 2017). Plně soukromé zdravotní pojištění uzavřené platnou smlouvou mělo v roce 2017 9,33 milionů obyvatel Spolkové republiky Německo (PKV-Verband, 2018).

Dle PKV-Verband (2017) nabízí soukromé pojištění často jistotu lepšího zdravotního ošetření a minimálně zpočátku jeho uzavření také nižší příspěvky do zdravotního fondu pojišťovny; přechod mezi oběma druhy pojištění je možný za předem daných podmínek, přechod od zákonného pojištění k soukromému je jednodušší, avšak cesta zpět má velmi přísná pravidla. Pravidelné příspěvky pojišťovně jsou stanoveny na základě výpočtu, který je ovlivněn věkem a zdravotním stavem pojištěnce při vstupu do systému soukromého pojištění; poplatek musí pokrýt předpokládané náklady na případnou léčbu pacienta, na vyšetření u lékaře a na léčiva, dále jsou z jeho části kryty náklady na zaměstnance společnosti, zisk společnosti a třetí část poplatku jde do spořicího fondu, kde si pacient po celý svůj život předplácí náklady na stáří či neočekávaný vyšší výdaj, aby nedošlo případně k rychlému růstu pravidelných příspěvků pojišťovně (Krankenkassen.Deutschland, 2018b). Pojištěnec si sám zcela dobrovolně vybírá, zdali uzavře smlouvu o soukromém zdravotním pojištění, s kým a za jakých podmínek; ve smlouvě jsou tedy uvedeny všechny výkony, které budou pacientovi proplaceny, do jakých limitů budou hrazeny léčiva, zdravotnické prostředky, zdravotnická péče, atd; tyto limity jsou stanovovány individuálně jak uvádí Krankenkassen.Deutschland (2018b). Pokud je pojištěnec zdravý, mladý, s vysokým příjmem, poté je uzavření pojištění u soukromé pojišťovny zpravidla výhodnější.

Privátně pojištěný pacient je pro lékaře z finančního hlediska mnohem zajímavější, neboť lékař si smí náúčtovat za úkon 2-3x vyšší částku než je reálná cena úkonu; zároveň by měl ale pacientovi věnovat více času a použít i metody, které nejsou zákonným pojištěním automaticky hrazeny, pokud si to vyžaduje zdravotní stav pacienta

(Krankenkassen.Deutschland, 2018b). Nejvíce tento rozdíl pocítí pacient zákonného pojištění, když si uvědomí, že aby dosáhl stejných možností léčby stejnými prostředky, musí si uzavřít dodatečné privátní pojištění.

Dle PKVT (2018) se privátně pojistit smí pouze osoby, které mají hrubý měsíční příjem v roce 2018 vyšší než 4 950 eur měsíčně, resp. 59 400 eur ročně, nebo se jedná o osoby samostatně výdělečně činné, státní úředníky a studenty, kteří mají právo vždy být privátně pojištěni a jsou z této podmínky vyjmuti. V případě státních úředníků je velmi výhodné uzavřít soukromé pojištění neboť od státu či oblastního řídicího orgánu dostávají příspěvek na pojištění a to ve výši 50 % placených měsíčních nákladů v aktivních věku, v důchodovém 70 procent, v manželství také 70 procent a pro děti je placen příspěvek z 80 procent (Krankenkassen.Deutschland, 2018b).

3.2.4 Zdravotní výkony placené ze zákonného zdravotní pojištění plně hrazené zdravotní pojišťovnou v Německu

Každý pojištěnec účastníci se zdravotního pojištění má nárok na zákonem dané výkony, které se řídí § 2 páté knihy sociálního zákoníku (SGB V). Základní lékařské ošetření je v každém případě zajištěno pro všechny osoby bez ohledu na způsob pojištění, věk či zdravotní stav; zákonem předepsané výkony mají za cíl vyvarování se, rozpoznání, zmírnění a léčbu nemoci, zároveň také poskytnutí možnosti antikoncepce či zákroku souvisejícího s potratem; toto vše určuje spolkový výbor v rámci každé spolkové země, který se řídí pravidly zakotvenými v SGB V (Krankenversicherung.net, 2018).

Dle Krankenkassen.Deutschland (2018e) mají pojištěnci dle zákona nárok na nemocenské zacházení, které je v souladu se všeobecně uznávaným stavem lékařské vědy, pokrývá potřeby pacienta a z lékařského pohledu je dostačující a zároveň je nejehospodárnějším přístupem v poskytované péči. Tyto služby jsou veřejně dostupné a zahrnují úkony týkající se lékařského ošetření, zubního ošetření, psychoterapeutické léčby, zdravotnických potřeb a léků, nemocničního ošetření, léčebné rehabilitace a ošetrovatelské péče (Krankenversicherung.net, 2018).

Určitý výkon je součástí seznamu plně hrazených výkonů vždy po určitou dobu, potom může být od pojišťovny ze seznamu vyřazen, či jiný nově zařazen; pojišťovny mají dále

právo dle svého uvážení k základním výkonům přidat další nepovinné výkony, které ale proplácet vykonavatel zdravotní péče chtějí a tím se odlišit od jiné pojišťovny (Krankenkassen.Deutschland, 2018c). V rámci této soutěže je tedy vhodné si pojišťovnu pečlivě vybírat. Vykonavatel zdravotní péče si všechny výdaje na péči nárokuje u pojišťovny, která náklady za pojištěnce přebírá; ošetření pacienta probíhá zpravidla v nemocnici, která pacientovi místně náleží a dokáže zajistit všechny potřebné služby; neexistuje tedy možnost svobodné volby zdravotnického nemocničního zařízení dle pacientova přání (Krankenkassen.Deutschland, 2018c). Všem pacientům se ale dostane nutné péče nejvyššího možného poskytovaného standardu.

3.2.5 Finanční spoluúčast pacienta a limit spoluúčasti při platbě ve zdravotnickém zařízení v Německu

V celém Německu je systém spoluúčasti na ceně léku postaven jinak než v České republice. V roce 2003 byl vytvořen další reformní zákon o modernizaci zákonného zdravotního pojištění, který zavedl spoluúčast pacientů. Zdravotní pojišťovna přebírá kompletní cenu léčiva vydávaného v lékárně na recept, pacient se ale zpravidla vždy spoluúčastní a platí tzv. Zuzahlung. Pokud se jedná o pojištěnce ve věku od osmácti let, potom zaplatí na tomto doplatku 10 % z prodejní ceny každého léku, nejméně však 5 eur a nejvíce 10 eur; dodatečná platba však nikdy není vyšší než je skutečná cena léku (BMG, 2018b). V praxi jsou nejčastější spoluúčast ve výši 5 eur, možná situace je spoluúčast ve výši 6,75 eur a z toho vyplývá cena léku, která je 67,5 eur.

Ministerstvo zdravotnictví uvádí, že nulová spoluúčast platí pro každého pacienta do 18ti let věku a pokud se jedná o léky vázané lékařským předpisem; na pacienty do 12ti let věku se vztahují dodatečná pravidla, na recept jim mohou být předepsány také volněprodejné léky na náklady pojišťovny; jedná se o léky, které jsou určeny k léčbě onemocnění pacienta (BMG, 2018b). Jako v každém systému i zde existují výjimky, jedná se o dodatečné vícenáklady, které se objevují převážně u preparátů, které nemají srovnatelnou náhradu a pojišťovna nepřebírá cenu léků v plné výši; toto pravidlo se týká nejenom léčiv, ale i doplatků na masáže, zdravotní cvičení, zdravotnické pomůcky či ortopedické vložky – pacient vždy doplácí a má tedy spoluúčast na uhrazení poskytnuté služby (BMG, 2018a). Léčiva, která jsou určena na samoléčbu, nejsou pojišťovnou propláceny, v tomto případě se

jedná o nosní spreje s dekonjestivní účinnou látkou, či přípravky na akutní zácpu (BMG, 2018a). Ošetření zubů a běžná zubní péče je plně hrazena pojišťovnou, avšak při potřebě korunek, můstků a zubních protéz platí pacient zpravidla minimálně polovinu nákladů (BMG, 2018b).

Pravidlo platby 10 % nákladů poskytované služby (5 – 10 euro) platí i u lékaře, čtvrtletní poplatek u ambulantního lékaře ve výši 10 euro a za pobyt v nemocnici 10 eur za den po dobu maximálně 28 dní v roce (BMG, 2018a).

Ovšem i tento systém má své výjimky a tedy je nastaven finanční limit spoučasti, 2 % a pro chronicky nemocné 1 % z hrubého příjmu celé domácnosti, záleží tedy i na počtu členů domácnosti; v tomto zákoně však nejsou zahrnuty pouze společné platby za léky, ale také vlastní příspěvek na ústavní léčbu a spoluúčasti na lécích a ošetřování doma (BMG, 2018b). Je-li již v kalendářním roce dosaženo limitu zatížení, je to potvrzeno zdravotní pojišťovnou a osoby, kterých se toto týká, jsou zpravidla po podání žádosti na pojišťovnu od těchto plateb po zbývající část roku osvobozeny (Krankenkassen.Deutschland, 2018c).

3.2.6 Bonusové programy pojišťoven v SRN

Podobná situace jako v České republice je i v sousedním Německu. Německé zdravotní pojišťovny poskytující zákonné zdravotní pojištění nabízejí nepřeberné množství bonusových programů, neboť motem zdravotní politiky SRN je raději investovat do prevence jak následně léčit. Dle Krankenkassen.Deutschland (2018d) se bonusové programy staly jedním z nejsilnějších argumentů a přesvědčovacích prostředků, proč by si měl budoucí pojištěnec vybrat právě tu jednu pojišťovnu; v nabídce bonusových programů jednotlivých pojišťoven, kterou je možné si přehledně prohlédnout na portálu Krankenkassen.Deutschland (2018d), se objevují různé kurzy zaměřující se výživu, na odvykání kouření, hubnutí, zdravotní cvičení, atd.; možností je také nechat se naočkovat nad rámec povinného očkování a pojišťovna převezme vaše výdaje do určité výše; u řady pojišťoven je možnost získat výhody i za takzvané rodinné pojištění, kdy se stane celá rodina pojištěnci jedné pojišťovny; jednotlivé bonusy jsou odměňovány body a za ně je možné získat finanční či materiální odměnu. Pro všechny pojištěnce jsou připraveny také mobilní aplikace zabývající se výživovými doporučeními či monitorující pohybové

aktivity, z čehož je pojišťovna schopna vyhodnotit, jak se pojištěnec stará o své zdraví a pojištěnce odměnit (Krankenkassen.Deutschland, 2018d).

3.3 Přeshraniční pracovník a jeho podmínky zdravotního pojištění

Nařízení evropské směrnice č. 883/2004 definuje pojem přeshraničního pracovníka jako občana dojíždějícího za prací do jiné země EU, než ve které bydlí, ale domů se minimálně jednou týdně vrací. Přeshraniční pracovník je také označován jako pendler, toto označení vychází z německého slovesa pendeln = dojíždět. Možnost volně žít, pracovat a podnikat v jakékoliv zemi Evropské unie je dána díky společnému členství v Evropské unii, jejíž členem je Česká republika od roku 2004, ovšem díky existenci přechodných opatření, kterými si některé země chránily svůj trh, získali čeští občané možnost pracovat v celé Evropské unii bez omezení až 1. května 2011 (ALTAXO SE, 2015). Pro Českou republiku se jeví jako nejzajímavější země pro pendlerství Německo nebo Rakousko (Vaše Evropa, 2018).

Dle Institutu pro výzkum trhu práce a povolání o pendlerech pracovalo v Německu k 30. červnu 2016 44 060 občanů České republiky, z toho 25 387 v Bavorsku, jedné ze spolkových zemí sousedících s Českou republikou a dle předpokladů 90 procent z nich má status pendlera; v porovnání s rokem 2011, kdy takto pracovalo okolo 7 000 občanů ČR je tento nárůst významný; v druhé sousedící spolkové zemi Sasku našlo uplatnění přibližně 6 000 občanů České republiky (Hruška, 2018).

Dle Vaše Evropa (2018) se na tyto občany v obvyklých životních situacích vztahuje právo obou zemí, země výkonu povolání i země pobytu. Právní předpisy země, kde občan pracuje, upravují zaměstnanecká práva a daň z příjmu a práva týkající se sociálního zabezpečení; právní předpisy země pobytu jsou závazné v oblasti daní z majetku a ostatních daní, dále také v záležitostech souvisejících s bydlením (Vaše Evropa, 2018).

Jak z uvedeného vyplývá, pro přeshraniční pracovníky zásadně platí pracovní právo země, v níž pracují, pendleři mají pracovní smlouvu uzavřenou se zaměstnavatelem v zemi zaměstnání, která musí splňovat náležitosti a podmínky stanovené právními předpisy země zaměstnání i platnými kolektivními smlouvami; na pracovišti mají všichni zaměstnanci rovné postavení; státní příslušnost, národnost nebo místo bydliště nehrají v pracovním

právu žádnou roli (Eures TriRegio, 2018). Pro předpisy sociálního zabezpečení je určující zaměstnávající země, přeshraniční pracovníci jsou tedy zdravotně pojištěni ve státě, v němž pracují; pokud pracují zároveň ve dvou státech, musí se pojistit v zemi hlavního pracovního poměru; je třeba mít na zřeteli, že mezi ČR, Německem a Polskem existují rozdíly ohledně druhů pojištění (MUNI, 2009). Společně s přeshraničním pracovníkem může být spolupojištěn také nezaopatřený rodinný příslušník, za kterého je považována manželka (manžel) bez vlastních příjmů z výdělečné činnosti, která nepobírá důchod ani dávky v nezaměstnanosti, a nezaopatřené dítě ve smyslu zákona o státní sociální podpoře (Daněk, 2004).

Na základě Nařízení Rady EHS č. 1408/71 mají čeští pendleři, bydlící v České republice a pracující v jiném členském státě Evropské unie, a jejich nezaopatření rodinní příslušníci nárok na plnou zdravotní péči v České republice i v zemi, ve které pracují; zdravotní péče je poskytována v plném rozsahu, na který mají nárok místní pojištěnci; tato péče je pak hrazena zahraniční zdravotní pojišťovnou, u níž jsou pendleři z titulu práce pojištěni (MUNI, 2009). Jejich nezaopatření rodinní příslušníci, bydlící v České republice, mají rovněž nárok na plnou zdravotní péči v Česku, a to na účet zahraniční zdravotní pojišťovny přeshraničního pracovníka; v členské zemi Evropské unie, kde pendler pracuje, mají jeho nezaopatření rodinní příslušníci nárok pouze na nutnou a neodkladnou zdravotní péči, tj. na takovou, kterou je nutno poskytnout, aby nebyl ohrožen život nebo zdraví osoby a kterou nelze odložit až do doby po návratu osoby do země bydliště (Daněk, 2004).

Pojištěnec obdrží od své zdravotní pojišťovny elektronický průkaz pojištěnce (čipová karta), jehož prostřednictvím může využívat veškeré zdravotní služby; služby (dávky) poskytované z německého zdravotního pojištění mohou přeshraniční pracovníci využívat jak v Německu, tak i v ČR, kde tuto službu poskytuje partnerská pojišťovna, která po vyplnění formuláře E106, který opravňuje k čerpání plné zdravotní péče jak ve státě zaměstnání tak ve státě bydliště, poskytne žadateli také kartičku české zdravotní pojišťovny, se kterou je možno čerpat péči i na území státu bydliště (Eures TriRegio, 2018).

Ve Zdravotní péči (MUNI, 2009) je dále vysvětleno, že pracovník, který v jiném členském státě pracuje a i bydlí, má nárok na plnou zdravotní péči ve státě zaměstnání a bydliště a na lékařsky nezbytnou zdravotní péči v ostatních zemích EU, jeho nezaopatření rodinní

příslušníci mají nárok na plnou péči v zemi bydliště; tito občané se nevrací pravidelně do ČR a tedy nemají nárok na plnou zdravotní péči v ČR.

4 Vlastní práce

V následující kapitole jsou zpracovány a vyhodnoceny údaje a finanční ukazatele vztahující se k problematice práce.

4.1 Vývoj celkových zdravotnických výdajů v ČR a Německu

Pokročilé zdravotnictví a zvyšující se počet starších pojištěnců jsou důvodem, proč náklady na zdravotnictví stále rostou. S tím související kvalita a dostupnost zdravotnické péče jsou odrazem situace, že i celkové zdravotnické výdaje tvoří relativně vysoký podíl na hrubém domácím produktu země.

Celkové výdaje vydané do sektoru zdravotnictví jsou v delších časových řadách trvale rostoucí. V tabulce 4 je uveden přehled celkových výdajů v České republice, zároveň jsou uvedeny i výdaje v přepočtu na jednoho pojištěnce v každém roce, zdrojem dat je Ústav zdravotnických informací a statistiky. Údaje jsou uváděny pro období let 2000 – 2016. Tato časová řada byla zvolena z důvodu dostupnosti dat pro všechny zpracovávané údaje.

Tabulka 4 Vývoj celkových zdravotnických výdajů (mil. Kč) a výdajů na 1 pojištěnce v České republice v letech 2000 - 2016 (Kč)

Rok	Celkové výdaje	d_{1i}	k_i	Výdaje na 1 pojištěnce	d_{1i}	k_i
2000	144534			14071		
2001	158257	13723	1,09495	15479	1408	1,10009
2002	176658	18401	1,11627	17318	1839	1,11879
2003	195155	18497	1,10471	19129	1811	1,10460
2004	209270	14115	1,07233	20503	1374	1,07180
2005	218775	9505	1,04542	21377	875	1,04266
2006	226811	8036	1,03673	22091	714	1,03340
2007	241935	15124	1,06668	23437	1345	1,06089
2008	263200	21265	1,08790	24467	1030	1,04397
2009	292708	29508	1,11211	27900	3433	1,14031
2010	339852	47144	1,16106	32315	4415	1,15824
2011	342752	2900	1,00853	32653	338	1,01047
2012	347605	4853	1,01416	33077	424	1,01297
2013	348861	1256	1,00361	33190	113	1,00342
2014	350411	1550	1,00444	33293	103	1,00311
2015	358042	7631	1,02178	33960	667	1,02003
2016	361628	3586	1,01002	34317	357	1,01052

Zdroj: Vlastní zpracování, data ÚZIS (2018)

Celkové roční zdravotnické výdaje v České republice pravidelně stoupají, za celou dobu sledování nedošlo k poklesu celkových výdajů ve srovnání s rokem předchozím. Největší růst výdajů ve srovnání s předchozím rokem, a to o 16,11 procent či v absolutních hodnotách o 47,1 miliard korun českých, byl zaznamenán v roce 2010. Naopak nejméně vzrostly náklady v roce 2013 v porovnání s referenčním rokem 2012 a to o 1,26 miliard korun, tj. o 0,36 procenta. V případě průměrných výdajů na jednoho pojištěnce jsou tyto údaje obdobné a korelují v rozdílu pár desetin procent. V roce 2010 stouply průměrné výdaje na jednoho pojištěnce o 15,82 procent, o 4415 korun českých, v porovnání let 2010 a 2008 došlo dokonce k nárůstu o 32,07 procenta; naopak v roce 2014 se náklady zvýšily zcela zanedbatelně a to o 103 korun českých na jednoho pojištěnce, což se rovná navýšení výdajů o 0,31 procenta ve srovnání s průměrnými výdaji roku předchozího. Průměrný

meziroční nárůst celkových výdajů činil 5,90 procent, u průměrných výdajů na jednoho pojištěnce se jedná o 5,73 procent. V roce 2016 tvořily výdaje 2,5 násobek výdajů roku 2000.

Tabulka 5 udává přehled celkových výdajů ve zdravotnictví v Německu. Tyto údaje jsou za všechny spolkové země. Zároveň jsou k dispozici i výdaje přepočtené na jednoho pojištěnce.

Tabulka 5 Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví (v mil. eur) a výdajů na 1 pojištěnce (v eur) v Německu v letech 2000 - 2016

Rok	Celkové výdaje	d_{i1}	k_i	Výdaje na 1 pojištěnce	d_{i1}	k_i
2000	214098			2628		
2001	221559	7461	1,03485	2718	90	1,03425
2002	229966	8407	1,03794	2819	101	1,03716
2003	235603	5637	1,02451	2889	70	1,02483
2004	234813	-790	0,99665	2883	-6	0,99792
2005	241326	6513	1,02774	2967	84	1,02914
2006	247783	6457	1,02676	3053	86	1,02899
2007	256173	8390	1,03386	3163	110	1,03603
2008	266206	10033	1,03916	3296	133	1,04205
2009	280753	14547	1,05465	3488	192	1,05825
2010	290424	9671	1,03445	3617	129	1,03698
2011	295857	5433	1,01871	3686	69	1,01908
2012	303309	7452	1,02519	3771	85	1,02306
2013	314639	11330	1,03735	3902	131	1,03474
2014	327577	12938	1,04112	4045	143	1,03665
2015	343513	15936	1,04865	4205	160	1,03956
2016	356537	13024	1,03791	4330	125	1,02973

Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018)

Celkové výdaje rostou téměř pravidelně každým rokem, pouze v roce 2004 byly výdaje sníženy o 790 milionů eur a dosáhly tak 99,67 procent výdajů předchozího roku. K největšímu nárůstu výdajů v absolutních hodnotách došlo v roce 2015, a to o 15,9

miliardy eur, v procentuálním porovnání byl nárůst nejvyšší v roce 2008, a to o 5,46 procent. Průměrný roční růst celkových výdajů činil 3,24 procenta. Průměrné výdaje na jednoho pojištěnce rostly, resp. klesaly podobným tempem. Nejvyšší nárůst byl zaznamenán v roce 2009 o 5,82 procent, tj. o 192 eur na jednoho pojištěnce, jedinný pokles výdajů nastal v roce 2004, kdy výdaje na jednoho pojištěnce klesly průměrně o 6 euro v celém roce, tj. o 0,21 procenta. Průměrně výdaje rostly meziročně o 3,17 procenta na jednoho pojištěnce. V porovnání let 2000 a 2016 vzrostly celkové náklady 1,66 krát.

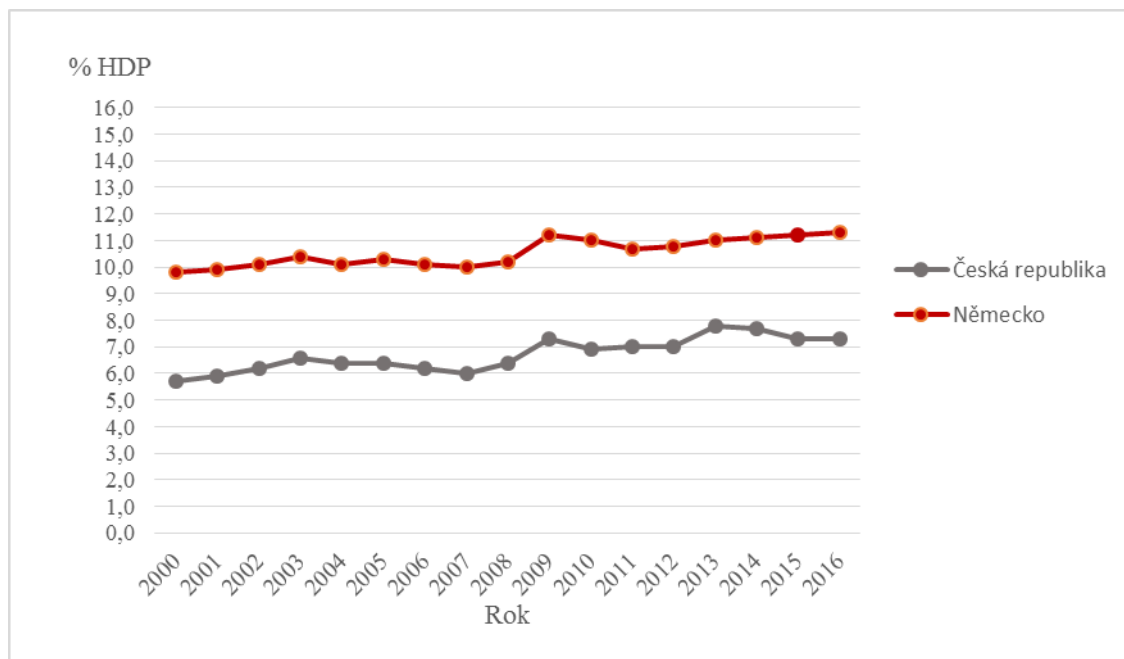
Porovnání jednotlivých nárůstů v České republice a Německu ukazuje, že ve výdajích České republiky se objevují významnější rozdíly mezi jednotlivými roky a výdaje rostou v relativních porovnáních hodnot rychleji. Výraznější nárůst celkových výdajů v České republice je spojen s rychlejší modernizací zdravotnictví. Důvodem, proč se celkové zdravotnické výdaje neustále zvyšují, je stárnutí celé populace, delší doba života a modernější, dražší a zároveň dostupnější zdravotnické metody.

4.2 Vývoj podílu celkových výdajů na zdravotnictví na HDP ČR a Německa

Vývoj celkových výdajů na zdravotní péči jako podíl na hrubém domácím produktu země je ukazatelem, jak vyspělé je zdravotnictví pozorované země. Zdravotnické výdaje jako podíl na HDP je častým ukazatelem v mezinárodním srovnání, neboť se jedná o relativní poměr hodnocených výdajů.

Graf 2 zobrazuje, jaký procentuální podíl zaujímají celkové zdravotnické výdaje na hrubém domácím produktu jednotlivých zemí.

Graf 2 Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP v České republice a Německu v letech 2000 až 2016 (%)



Zdroj: vlastní zpracování, data OECD

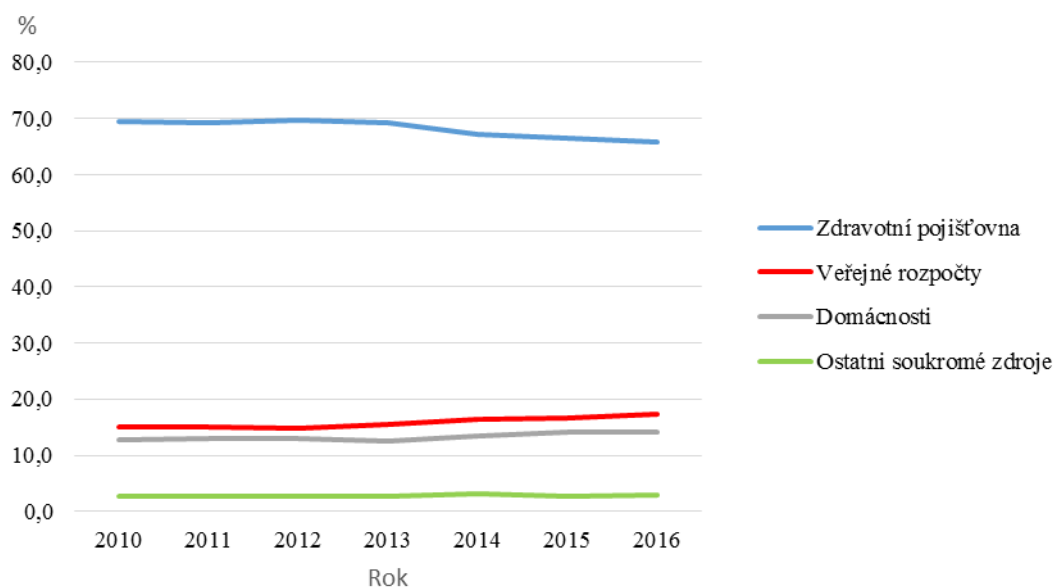
Nevětší podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v České republice byl v roce 2013, a to 7,8 procent, v Německu byl v posledním sledovaném roce, v roce 2016. Podíly výdajů na zdravotní péči na HDP lineárně mírně rostou, ovšem ačkoliv u obou zemí tento podíl stoupá a při srovnání roku 2000 a 2016 se navýšil o 1,6 procentního bodu u České republiky a o 1,5 procentního bodu v Německu, situace není zcela srovnatelná. Přesto, že dochází k růstu, je znatelné, že Česká republika se musí stále vyrovnávat s tím, že byla dlouhá léta socialistickou zemí. Podobná situace je v bývalém východním Německu. Německo investuje do zdravotnictví o přibližně 4 procentní body více, což je znatelné na vyspělosti zdravotnictví v Německu. Větší podíl financí je investován do preventivních programů a ochrany zdraví, pacient má zcela automaticky nárok i na dražší vyšetření, které ačkoliv jsou v České republice taktéž hrazené zdravotní pojišťovnou, tak nejsou nabízeny a poskytnuty všem pacientům.

Výdaje Německa trvale překračující 10% hranici podílu na HDP obdobně jako jiných vyspělých států Evropské unie, např. Francie či Švýcarska. Naopak méně vyspělé státy jako je Polsko či Litva vykazují podobný či nižší podíl výdajů na HDP jako Česká republika a to okolo 6 procent.

4.3 Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování v ČR a Německu

Finanční zdroje podílející se na financování zdravotnictví v České republice představují zdravotní pojišťovny, veřejné rozpočty, domácnosti a soukromé zdroje. Do soukromých zdrojů (bez přímých plateb domácností) jsou zahrnuty dobrovolné platby na zdravotní péči neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a závodní (podniková) preventivní péče. Přímé platby domácností zahrnují přímé výdaje příjemců zdravotní péče (pacientů). V roce 2011 byla zavedena nová evropská metodika SHA, dle které se vypočívají výdaje ve zdravotnictví. Pouze některé výdaje z předchozích let byly přepočítány zpětně podle této nové metodiky. Z tohoto důvodu jsou údaje v grafu 3 zpracované v kratší časové řadě, a to v letech 2010 – 2016.

Graf 3 Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v České republice v letech 2010 – 2016 (%)



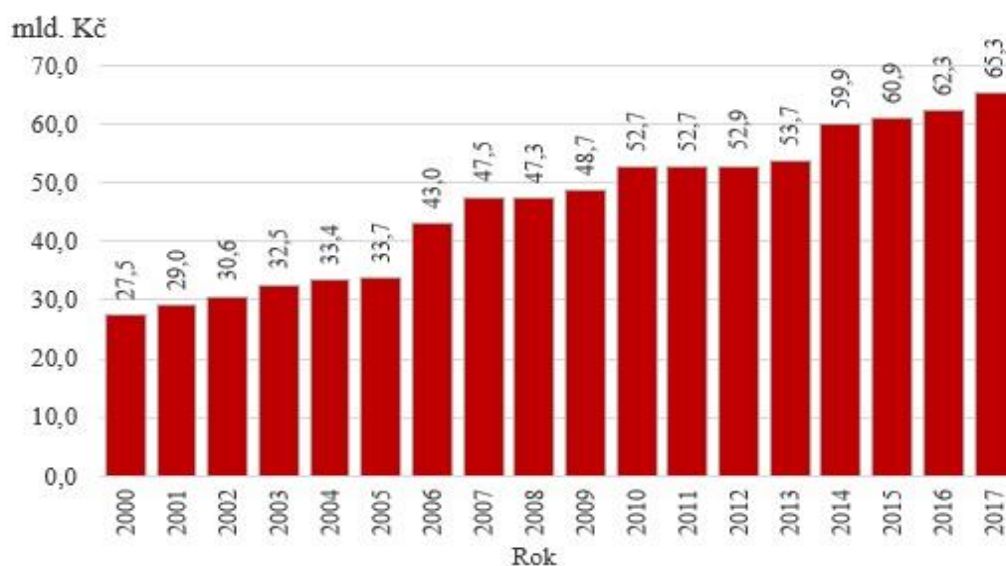
Zdroj: vlastní zpracování, data ÚZIS (2018)

V podrobnějším členění v rámci výše uvedených konečných zdrojů financování měly v letech 2010 až 2016 největší podíl na celkových výdajích na zdravotní péči platby hrazené zdravotními pojišťovnami z veřejného zdravotního pojištění (v roce 2016 – 65,7 %, 237,7 mld. korun českých), následované platbami plynoucími z veřejných rozpočtů (v roce 2016 - 15,5 %, 55,9 mld. korun českých) a platbami domácností (v roce

2016 - 14,2 %, 51,2 mld. korun českých). Výdaje z ostatních soukromých zdrojů zůstávají relativně v pozadí a na konstantní úrovni (v roce 2016 - 2,83 %, 10,2 mld).

V České republice se stát podílí významně na platbě zdravotního pojištění. Jedná se o více než polovinu obyvatel země (5 896 228) za něž příspěvky zdravotním pojišťovnám za zdravotní pojištění platí stát, výčet skupin obyvatelstva je uveden v kapitole 3.1.2. Graf 4 přehledně ukazuje, kolik bylo na těchto platbách zaplaceno.

Graf 4 Vývoj objemu plateb zdravotním pojišťovnám za osoby, za které platí zdravotní pojištění stát v České republice v letech 2000 – 2018 (v mld. korun českých)

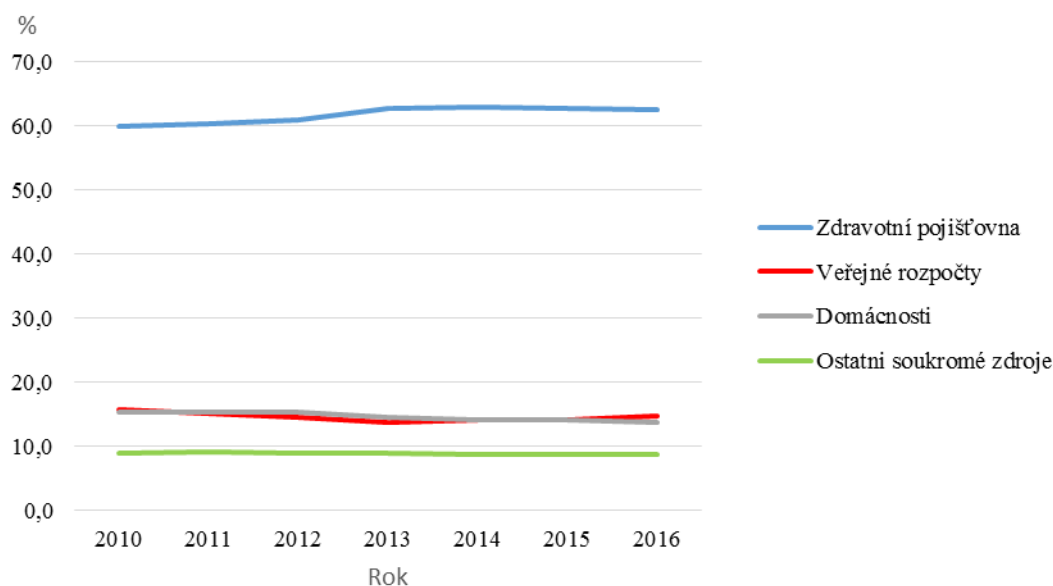


Zdroj: vlastní zpracování, data MFČR (2018)

Stát odvádí za každého pojištěnce danou, pro každý rok určenou částku, přičemž náklady se všeobecně každý rok zvyšují. Během posledních deseti let bylo schváleno výraznější navýšení platby na pojištěnce v roce 2010 a 2014; v roce 2017 došlo k navýšení kapitální platby o 50 korun českých oproti roku předchozímu a v roce 2018 o dalších 49 korun českých (MFČR, 2018). Celkové platby tedy stoupají, ale počet pojištěnců kolísá jen mírně.

V Německu se financování zdravotní péče účastní veřejné zdravotní pojišťovny, kterým jsou finanční prostředky přerozdělovány ze zdravotního fondu, který spravuje příspěvky odvedené ze zákona ze mzdy, dále na zdravotní péči putují peníze z veřejných rozpočtů, ze soukromých zdrojů, což představují domácnosti a jejich přímé výdaje na poskytnutou zdravotní péči, neziskové organizace, apod. Posledním plátcem zdravotní péče jsou účastníci soukromého zdravotního a pečovatelského pojištění a plátcí soukromého zdravotního připojištění. Rozdělení těchto zdrojů zobrazuje graf 5.

Graf 5 Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v Německu v letech 2010 – 2016 (%)

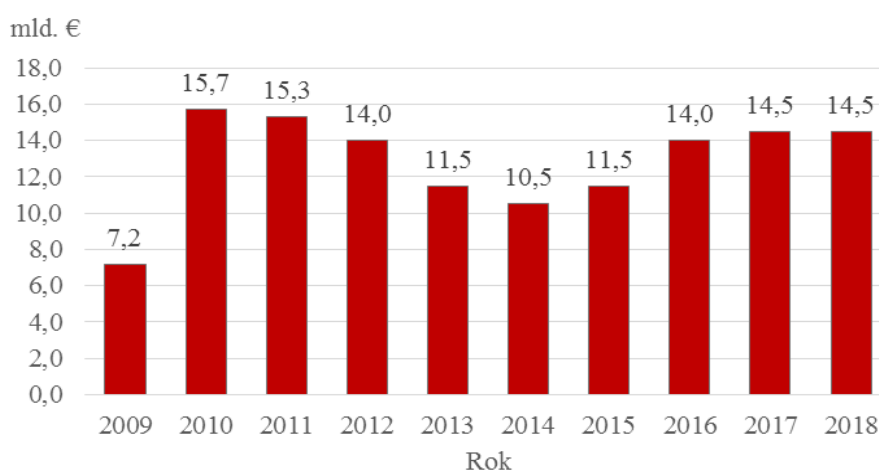


Zdroj: vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018)

Největší část ze celkových výdajů na zdravotnictví platí zdravotní pojišťovny, které poskytují veřejné zdravotní pojištění (v roce 2016 – 62,6 %, 219,9 mld. eur). Dalšími významnými zdroji jsou veřejné zdroje (v roce 2016 - 14,7 %, 51,8 mld. eur) a soukromé zdroje domácností a neziskových organizací (v roce 2016 - 48,6 mld. eur, 13,9 %). Soukromé výdaje pacientů majících účast na privátním zdravotním pojištění byly za rok 2016 spočítány na 30,9 mld. eur (8,8 %).

Úloha státu jako jednoho z přispívajících do zdravotnického fondu začala až s rokem 2009. V té době bylo stanoveno, že dosavadní zdroje financování zdravotnictví jsou nedostačující a nepokryjí všechny náklady na zdravotní péči a proto začal stát navíc v každém roce uvolňovat určitou částku, která je předem vhodně určená a není závislá na tom, kolik pojištěnců má právo mít zdravotní pojištění hrazené státem. Jak se vyvíjely příspěvek od státu ukazuje graf 6.

Graf 6 Příspěvek státu zdravotnímu fondu na zdravotní pojištění v Německu v letech 2009 - 2018 (v mld. eur)



Zdroj: vlastní úprava, GKV-Spitzenverband (2018a)

Příspěvky od státu na výdaje ve zdravotnictví jsou od roku 2009 stoupající, v roce 2010 bylo stanoveno, že stát bude od roku 2013 každoročně pravidelně přispívat 14,5 mld. eur zdravotním pojišťovnám a to nezávisle na tom, kolik pojištěnců bude by mělo mít zdravotní pojištění uhrazeno státem. V letech 2013 – 2015 bylo přispěno i přes úmluvu méně, naopak v roce 2017 byla tato částka přeplacena a následně tedy přeplatek vrácen státu. V roce 2018 se předpokládá, že částka 14,5 miliard bude zaplacená.

4.4 Podíl výdajů zaplacených zaměstnancem za zdravotní pojištění na celkových výdajích za zdravotní péči za jednoho pojištěnce v České republice a Německu

Každému zaměstnanci pracujícímu v České republice je z hrubé mzdy stržena určitá částka odvedená na veřejné zdravotní pojištění. V České republice je tato sazba 13,5 %. Z hrubé mzdy jsou odvedena 4,5 %, které platí zaměstnanec, zaměstnavatel platí zdravotní pojišťovně za své zaměstnance 9 % ze mzdy superhrubé. Tabulka 6 uvádí, kolik je odvedeno na zdravotní pojištění z průměrné hrubé mzdy a jaký podíl je tedy zaplacen na výdajích na zdravotní péči.

Tabulka 6 Podíl výdajů na zdravotní pojištění z průměrné hrubé mzdy na celkových výdajích za zdravotní péči za jednoho pojištěnce v České republice v letech 2000 – 2016 (%)

Rok	Průměrná hrubá mzda / 1 rok (Kč)	Platba zaměstnance na ZP (Kč)*	Výdaje na 1 pojištěnce (Kč)	Podíl (%)
2000	158628	7138	14071	50,7
2001	178044	8012	15479	51,8
2002	186288	8383	17318	48,4
2003	197160	8872	19129	46,4
2004	209592	9432	20503	46,0
2005	220128	9906	21377	46,3
2006	234552	10555	22091	47,8
2007	251484	11317	23437	48,3
2008	271104	12200	24467	49,9
2009	280128	12606	27900	45,2
2010	286368	12887	32315	39,9
2011	293460	13206	32653	40,4
2012	300804	13536	33077	40,9
2013	300420	13519	33190	40,7
2014	309216	13915	33293	41,8
2015	318604	14337	33960	42,1
2016	330900	14891	34317	43,4

Zdroj: Vlastní zpracování, data ÚZIS, ČSÚ (2018)

* sazba zdr. pojištění pro zaměstnance x průměrná hrubá mzda

V České republice je po celou dobu, za kterou jsou brána data, zavedena jednotná sazba zdravotního pojištění. Průměrná roční hrubá mzda v roce 2000 byla 158 628 korun českých, v roce 2016 se průměrná roční hrubá mzda více než zdvojnásobila a byla 330 900 korun českých. Pokud každý, v té době vydávající občan odvedl ze své mzdy 4,5 %, potom bylo průměrně zaplaceno od 7 138 korun českých v roce 2000 po 14 891 korun českých v roce 2016. Jednomu pojištěnci byla poskytnuta zdravotní péče v průměru za 14 071 korun českých v 2000, resp. za 34 317 korun českých v roce 2016. Každý občan si tedy svým finančním příspěvkem zdravotní pojišťovně zaplatí určitý podíl jemu poskytnuté péči. V roce 2010 byl tento podíl nejmenší, každý pojištěnec se podílel na výdajích za jemu poskytnutou péči z 39 procent, v roce 2001 naopak nejvíce, kdy bylo zaplaceno 51,8 % celkových výdajů z plateb pojištěnců. Od roku 2010 má tento podíl stoupavou tendenci, což značí, že mzdy rostou rychleji či klesají pomaleji než výdaje na zdravotní péči.

V Německu je tato situace postavena jinak. Nejenom pracující, ale i důchodci účastníciho se veřejného zdravotního pojištění odvádí ze svého hrubého příjmu 7,3 %, což tvoří polovinu celkové sazby na odvod za zdravotní pojištění. Jednu polovinu platí zaměstnavatel a druhou zaměstnanec, v fázi důchodu je polovina placena přímo z renty v důchodu a druhá polovina je placena z důchodového pojištění. Tento procentuální podíl se během posledních let neměnil. Riedel a Krempel (2017) navíc uvádí, že zde existuje dodatečná příspěvková sazba, jejíž výše je také na platu závislá a její výši určuje každá pojišťovna sama; zpravidla se pohybuje kolem jednoho procenta; zaměstnavatel se již nepodílí na jeho placení. Pro výpočet byla tato 1% dodatečná sazba započítána k odvodům zaměstnance. Toto srovnání je ale taktéž postaveno na porovnání toho, co průměrně odvede ze své mzdy (důchodu) jeden pojištěnec, který má příjem a kolik bylo průměrně vydáno na jednoho průměrného pojištěnce účastníciho se veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka 7 Podíl výdajů na zdravotní pojištění z průměrné hrubé mzdy na celkových výdajích za zdravotní péči za jednoho pojištěnce v Německu v letech 2000 – 2016 (%)

Rok	Průměrná hrubá mzda / 1 rok (€)	Platba zaměstnance na ZP (€)*	Výdaje na 1 pojištěnce (€)	Podíl (%)
2000	25479	1720	2628	65,4
2001	25959	1765	2718	64,9
2002	25911	1814	2819	64,3
2003	26214	1874	2889	64,9
2004	26332	1883	2883	65,3
2005	26524	1890	2967	63,7
2006	26765	1914	3053	62,7
2007	27196	2026	3163	64,1
2008	27827	2073	3296	62,9
2009	27728	2232	3488	64,0
2010	27997	2212	3617	61,2
2011	28333	2323	3686	63,0
2012	30432	2495	3771	66,2
2013	31089	2549	3902	65,3
2014	31600	2591	4045	64,1
2015	32486	2729	4205	64,9
2016	33396	2805	4330	64,8

Zdroj: Vlastní zpracování, data Statistisches Amt der BRD,

Gesundberichterstattung der Bundes (2018)

* sazba zdr. pojištění x průměrná hrubá mzda

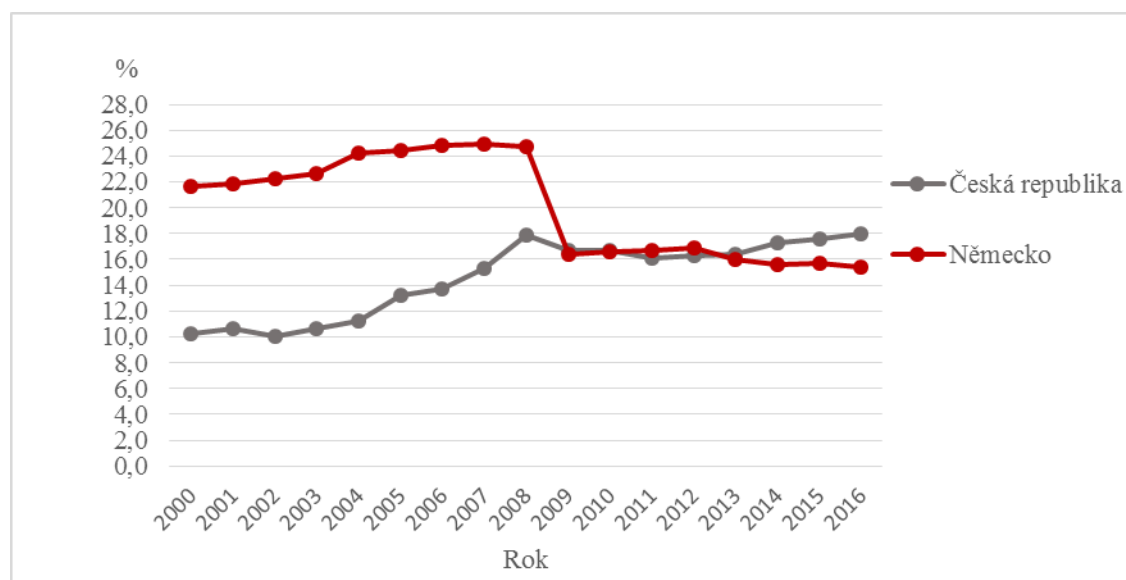
Průměrná hrubá mzda v roce 2000 byla 25 479 eur za jeden kalendářní rok, v roce 2016 již byla 1,3 násobná, a to 33 396 eur. V roce 2000 odváděl každý platící 6,75 % ze svého hrubého příjmu, během let došlo k mnoha změnám, v roce 2016 byla sazba stanovena na 7,3 % pro každého + individuální příspěvek dle pojišťovny, který průměrně je 1 %. Jednotlivé sazby jsou uvedeny v příloze 3. Průměrné roční výdaje na zdravotní péči za jednoho pojištěnce stouply z 2 628 eur po 4 330 eur. Podíl, kolik každý platící zaplatil na zdravotním pojištění a tím na výdajích za zdravotní péči, je v Německu velmi stabilní po celou dobu (v letech 2000 – 2016). V roce 2000 bylo zapláceno nejvíce (65,4 %), v roce 2010 naopak nejméně (61,2 %). Mezi nejvyšším a nejmenším podílem je rozdíl pouhých 4,2 procentních bodů, tento podíl je dlouhodobě stabilní.

Zde je patrné, že každý český občan pracující pro německého zaměstnavatele zaplatí ze své mzdy stejně jako každý jiný zaměstnanec v Německu. V porovnání se zaměstnancem pracujícím v České republice odvádí ten, který pracuje v Německu, o 3,8% bodu na zdravotním pojištění více. Zdravotní péči teoreticky využívá ale ve státě hlavního zájmu. .

4.5 Vývoj podílu přímých výdajů domácností na celkových výdajích vynaložených ve zdravotnictví v České republice a Německu

Celkové výdaje vynaložené na zdravotní péči jsou financované z veřejných zdrojů, z veřejného zdravotního pojištění, ze soukromých zdrojů a z přímých plateb domácností. Mezi soukromé zdroje patří platby soukromého pojištění, podniková preventivní péče, platby neziskových institucí a přímé platby domácností. Graf 7 ukazuje procentuální podíl přímých plateb domácností na celkových platbách na zdravotní péči. Přímé platby domácností jsou ty výdaje, které každá domácnost vydá ze své peněženky.

Graf 7 Podíl přímých plateb domácností na celkových výdajích za zdravotní péči v České republice a Německu v letech 2000 – 2016 (%)



Zdroj: Vlastní zpracování, data OECD (2018)

V České republice podíl přímých plateb domácností dlouhodobě stoupá, svého pomyslného vrcholu dosáhly výdaje v roce 2016, kdy jen o 0,1 % předběhly výdaje v roce 2008. V roce 2008 je skokový nárůst vysvětlován zavedením regulačních poplatků.

Pojištěnci České republiky se podíleli na financování zdravotní péče v roce 2016 z 18 procent, což je podstatná část výdajů. Přímé platby pacientů v roce 2016 tvořily 83 procent všech soukromých výdajů.

V Německu bylo v roce 2000 vydáno z vlastních kapes přibližně 22 procent všech výdajů vydaných na platby za zdravotní péči, tato situace byla podobná do roku 2008. K roku 2009 byly přijaty reformy a zdravotním pojišťovnám jsou finanční prostředky přidělovány ze zdravotnického fondu na základě struktury pojištěnců a jim poskytnutých služeb. Pro pojištěnce tato situace znamenala snížení jejich přímých výdajů o 8 – 9 procentních bodů ročně. Situace se postupně zlepšuje ve prospěch pojištěnců, kteří každým rokem vydají relativně méně peněz. Mezi lety 2009 až 2013 byla situace v obou státech srovnatelná, výdaje se pohybovaly na úrovni 16 – 17 procent celkových výdajů, od 2014 dochází k nárůstu, resp. snížení podílu na celkových výdajích.

4.6 Vývoj přímých výdajů domácností na zdravotní péči v České republice a Německu

Přímé výdaje domácností neboli výdaje, které je každý pojištěnec nucen vydat, nebo dobrovolně vydá v rámci zdravotnických služeb a to v lékárnách, ve zdravotnických zařízeních (nemocnicích, léčebnách) a ve zdravotnických potřebách. Tyto výdaje mohou být značně variabilní na základě zavedení nových regulačních poplatků, či jejich zrušení, či na základě snížení, resp. navýšení hranice ochranných limitů a vrácení přeplatků, či osvobození od doplatků.

Tabulka 8 uvádí přehled přímých výdajů všech domácností na zdravotní péči zaplacených z vlastních zdrojů.

Tabulka 8 Vývoj přímých výdajů domácností na zdravotní péči v České republice v letech 2000 až 2016 (mil. Kč)

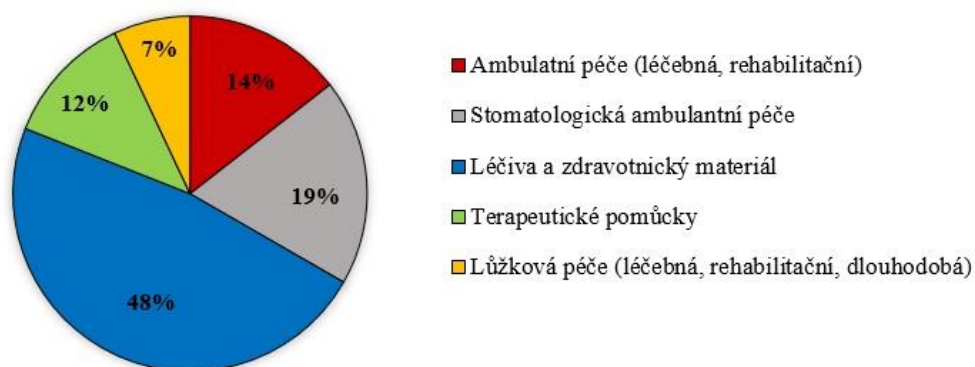
Rok	Přímé výdaje domácností	d_{1i}	k_i
2000	13873		
2001	15262	1389	1,10012
2002	16366	1104	1,07234
2003	18214	1848	1,11292
2004	21958	3744	1,20556
2005	23110	1152	1,05246
2006	25346	2236	1,09675
2007	31491	6145	1,24244
2008	41288	9797	1,31110
2009	43141	1853	1,04488
2010	42705	-436	0,98989
2011	44028	1323	1,03098
2012	44239	211	1,00479
2013	43465	-774	0,98250
2014	46490	3025	1,06960
2015	49358	2868	1,06169
2016	51215	1857	1,03762

Zdroj: vlastní zpracování, data ÚZIS (2018)

Výdaje domácností stoupají podobně jako celkové výdaje, průměrný roční nárůst je roven 8,51 procentům. V roce 2008 došlo k nejvyššímu nárůstu výdajů a to o 9,8 mld. korun českých, tj. o 31,11 procent v porovnání s rokem předcházejícím. V této časové řadě od roku 2000 do roku 2016 došlo pouze dvakrát ke snížení celkových přímých výdajů, nejvíce však o 1,75 procent, vždy v porovnání s rokem předchozím.

Přímé soukromé výdaje jsem definovala podrobněji a jejich rozložení ukazuje následující graf 8. Zpracovány jsou údaje z roku 2016.

Graf 8 Rozložení přímých výdajů domácností na zdravotní péči v České republice v roce 2016 (%)



Zdroj: Vlastní zpracování, data ČSÚ (2018)

Přímé platby či spoluúčast na úhradách zdravotní péče jsou zastoupeny ze 48 % (24,4 miliard korun českých), jedná se o doplatky u předepsaných léčiv či platby plných cen u receptem vázaných či volně prodejných léčiv. 19 % (9,6 miliard korun českých) představují platby za stomatologickou ambulantní péči, jedná se o platby za nadstandartní služby a materiál. Platby za ambulantní péči představují relativně široký záběr, který tvoří 14 procent (7,4 miliard korun českých) všech přímých výdajů domácností. Jedná se o všeobecnou nebo specializovanou ambulantní péči. Součástí všeobecné ambulantní péče hrazené či doplácené z vlastní kapsy pacienta jsou platby za různá potvrzení např. u praktických lékařů (např. potvrzení o zdravotní způsobilosti při žádosti o řidičský průkaz), regulační poplatky, které byly zavedeny v roce 2008 a poté po několika změnách ke konci roku 2014 zrušeny kromě poplatku za návštěvu pohotovosti, dále výdaje na různá očkování nebo preventivní vyšetření nehrazená ze zdravotního pojištění. Výdaje domácností na specializovanou ambulantní péči, které zahrnují širokou škálu nejrozličnějších úhrad například za služby nutričních terapeutů, center léčby obezity, center asistované reprodukce, dermatologické zákroky nehrazené ze zdravotního pojištění, kosmetické operace a další se podílí menší částí na platbách za ambulantní péči. Terapeutické pomůcky představující 12 procent (6,15 miliard korun českých) všech soukromých přímých výdajů jsou nejčastěji zastoupeny nákupem brýlí či kontaktních čoček. Ve výdajích na lůžkovou péči (7 %, 3,6 miliard korun českých) je i lázeňská péče, která tvoří podstatnou část výdajů této skupiny.

Finanční spoluúčasť obyvatel SRN ve zdravotnictví je zavedena dlouhodobě a trvale. Přímé výdaje domácností přehledně zobrazuje tabulka 9.

Tabulka 9 Vývoj přímých výdajů domácností ve zdravotnictví v Německu v letech 2000 až 2016 (mil. eur)

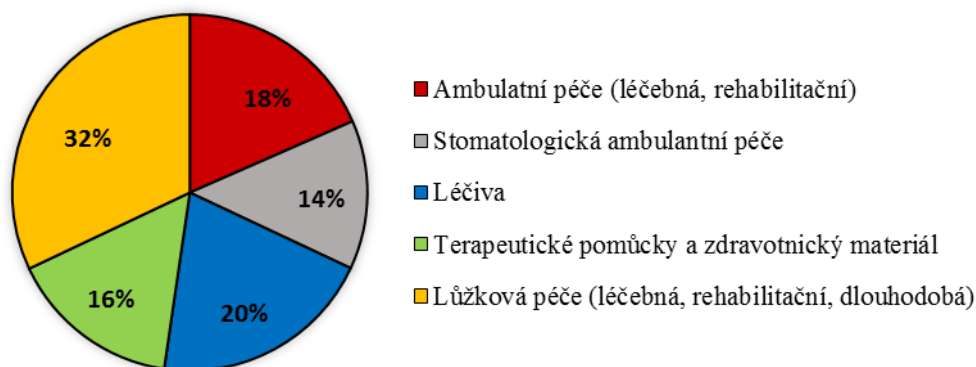
Rok	Přímé výdaje domácností	d_{1i}	k_i
2000	25367		
2001	26251	884	1,03485
2002	27957	1706	1,06499
2003	29230	1273	1,04553
2004	31847	2617	1,08953
2005	33104	1257	1,03947
2006	35021	1917	1,05791
2007	36100	1079	1,03081
2008	36652	552	1,01529
2009	38088	1436	1,03918
2010	39832	1744	1,04579
2011	40593	761	1,01911
2012	41706	1113	1,02742
2013	40693	-1013	0,97571
2014	40982	289	1,00710
2015	43293	2311	1,05639
2016	43985	692	1,01598

Zdroj: Vlastní zpracování, data Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018)

Výdaje domácností z vlastní kapsy rostou trvale. Nejvyšší nárůst výdajů byl zaznamenán v roce 2004, referenčním rokem se stal rok 2003, kdy došlo k nárůstu o 8,95 procent, v absolutním vyjádření o 2,6 mld. eur. V roce 2013 došlo jednorázově ke snížení celkových přímých výdajů o 1,0 mld. eur, což v relativním vyjádření je o 2,25 procent. Průměrný meziroční nárůst byl spočítán na 3,50 procenta. Ve srovnání s nárůstem v České republice se jedná o pomalejší růst.

Zdravotní pojišťovny proplácí kompletně výdaje za léky, zdravotnické pomůcky, ošetření a pobyt v nemocnici, atd., ale na pacientovi zůstává tzv. Zuzahlung, jedná se o doplatek, který je vždy 10 % z ceny léku, minimálně 5 eur, maximálně 10 eur. Za návštěvu lékaře se neplatí žádný regulační poplatek, ale pro pobyt v nemocnici či jiném zdravotnickém zařízení je stanoven poplatek ve výši 10 eur na den. Výdaje za terapeutické pomůcky jako jsou brýle či kontaktní čočky jdou nejčastěji za pacientem, který uhradí plnou cenu. Rozložení těchto výdajů z roku 2015 zobrazuje graf 9.

Graf 9 Rozložení přímých výdajů domácností na zdravotní péči v Německu v roce 2015 (%)



Zdroj: Vlastní zpracování, data Statistisches Bundesamt (2018)

Výdaje na ambulanti péči představují 18 % (8,0 miliard eur) výdajů z celkových 43,3 miliard eur. Jedná se o poplatky u lékaře za vyšetření nehrazené zdravotní pojišťovnou, o různá potvrzení zdravotní způsobilosti, fyzioterapeutická cvičení, kosmetické zákroky, atd. Největší podíl (32 %, 13,9 miliard eur) zaujímají výdaje na lůžkovou péči, zde největší část tvoří poplatky za pobyt v léčebnách dlouhodobě nemocných či delší hospitalizaci v nemocnici. Doplatky na léčiva či plná platba za volně prodejné preparáty tvoří 20 % výdajů (8,8 miliard eur). Terapeutické pomůcky a zdravotnický materiál představuje 16 % (6,8 miliard eur) všech výdajů, jedná se o platby za dioptrické brýle a čočky, testovací proužky na stanovení hladiny cukru v krvi, které pojišťovna hradí pouze v určitých případech, obvazy a bandáže, hole, ortopedické ortézy, atd. Nejmenší podíl tvoří výdaje za stomatologickou ambulanti péči, 14 % výdajů (5,9 miliard eur) je vynaloženo za nadstandardní materiál používaný ve stomatologii, za korunky a můstky, za dentální hygienu, apod.

4.7 Podíl přímých výdajů domácností na zdravotní péči na čisté mzdě v České republice a Německu

Dle zákona č. 262/2006 Sb. je pojem mzda možno vysvětlit jako odměnu za práci v určitém pracovním poměru, podobně je možno definovat rovněž plat, rozdíl je ale v tom, že mzda je vyplácena v soukromém sektoru, zato plat náleží zpravidla státním zaměstnancům a podobně. Od roku 2008 se pracuje se superhrubou mzdou, jedná se o pojem, jenž v sobě zahrnuje základní hrubou mzdu, na níž má zaměstnanec nárok dle pracovní smlouvy, obohacenou o různé příplatky, zaměstnanecké výhody a zdravotní a sociální pojištění, výše čisté mzdy je stanovena odečtením 15% daně z příjmu a odečtením různých slev na daních, příspěvku na zdravotní a sociální pojištění. Dále je pracováno s roční čistou mzdou, tzn. měsíční průměrná čistá mzda je přepočítána na kalenární rok. Tabulka 10 ukazuje, jaký podíl zaujímají soukromé přímé výdaje jednotlivce vydané na zdravotní péči na průměrné roční čisté mzdě.

Tabulka 10 Vývoj podílu soukromých přímých výdajů jednotlivce vydaných na zdravotní péči (Kč) k celkovému ročnímu průměrnému čistému příjmu ve formě mzdy (Kč) v České republice v letech 2000 – 2016 (%)

Rok	Čistá mzda / rok	Přímé výdaje jednotlivce	Podíl výdajů na mzdě
2000	120732	1350	1,12
2001	135504	1574	1,16
2002	141780	1630	1,15
2003	150060	1918	1,28
2004	159516	2148	1,35
2005	167532	2679	1,60
2006	178512	2901	1,63
2007	191400	3426	1,79
2008	206328	4391	2,13
2009	213204	4571	2,14
2010	217944	4350	2,00
2011	223344	4321	1,93
2012	228936	4414	1,93
2013	228648	4223	1,85
2014	235344	4417	1,88
2015	241728	4682	1,94
2016	251844	4848	1,92

Zdroj: Vlastní zpracování, ČSÚ (2018)

Průměrná čistá mzda roste průměrně meziročně o 4,70 procent, průměrné přímé výdaje rostou meziročně rychleji a to o 8,32 procent. Podíl přímých soukromých výdajů na čisté mzdě od roku 2000, kdy byl nejmenší, do roku 2009 trvale stoupal a dosáhl svého maxima a to 2,14 procent, od roku 2010 do 2016 se pohybují přímé výdaje v rozmezí 1,85 až 2,0 procent čisté roční mzdy.

Ve spolkové republice Německo je čistá mzda nebo čistý plat definována jako část příjmu, kterou zaměstnavatel platí svým zaměstnancům, tyto peníze se stávají majetkem zaměstnance a jsou mu k dispozici. Čistá mzda je vypočítána z hrubé mzdy, od které jsou odečteny příspěvky do penzijního fondu, příspěvky na zdravotní pojištění a pojištění

dlouhodobé péče, příspěvky do fondu pojištění pro případ ztráty zaměstnání, solidární příspěvky, církevní daň a daň z příjmu (Weis, 2018). Zaměstnavatel tedy uhradí zaměstnanci dohodnutou mzdu po odečtení všech příspěvků.

Tabulka 11 ukazuje jaký podíl zaujímají přímé výdaje zaplacené ve zdravotnictví za jeden rok z vlastní kapsy přepočítané na jednoho pojištěnce veřejného zdravotního pojištění na přijaté roční čisté mzdě.

Tabulka 11 Vývoj podílu soukromých přímých výdajů jednotlivce vydaných na zdravotní péči (v eur) k celkovému ročnímu průměrnému čistému příjmu ve formě mzdy (v eur) v Německu v letech 2000 – 2016 (%)

Rok	Čistá mzda / rok	Přímé výdaje jednotlivce	Podíl výdajů na mzdě
2000	16777	311	1,86
2001	17353	322	1,86
2002	17550	343	1,95
2003	17606	358	2,04
2004	17978	391	2,17
2005	18023	407	2,26
2006	17981	432	2,40
2007	18161	446	2,45
2008	18479	454	2,46
2009	18498	473	2,56
2010	19240	496	2,58
2011	19729	506	2,56
2012	20212	519	2,57
2013	20594	505	2,45
2014	21134	506	2,39
2015	21670	530	2,45
2016	22162	534	2,41

Zdroj: Vlastní zpracování, Statistisches Amt, Statista (2018)

Čistá průměrná roční mzda rostla meziročně průměrně o 1,76 procenta, v uvažovaných letech nedošlo nikdy k poklesu. Růstoucí výdaje jsou typické i pro přímé výdaje

jednotlivce, v roce 2012 a 2015 došlo ke skokovému navýšení výdajů z vlastní kapsy. Průměrný nárůst byl spočítán na 3,44 procenta. Podíl vydaných přímých výdajů na celkové čisté mzdě roste pomalu, tento podíl narostl za 17 let pouze o 0,55 procentních bodů. Nejmenší podíl byl vypočítán v roce 2000, s nárůstem položek a úkonů, které hradí pacient narostl i podíl výdajů, maximum bylo dosaženo v roce 2011 a to 2,58 procenta.

5 Výsledky a diskuze

Česká republika je zemí s 10,6 miliony obyvatel ležící ve střední Evropě. Spolková republika Německo je zemí řazenou do západní Evropy, v níž žije 82,7 milionů obyvatel. Zdravotnictví tvoří v obou státech důležitý ekonomický faktor. Oba dva státy staví zdravotní pojištění na principu povinnosti být pojištěn, principu solidarity a principu svobodné volby zdravotní pojišťovny. Každý jedinec žijící na území České republiky je povinen účastnit se veřejného zdravotního pojištění, pouze v případě, že nesplňuje podmínky dané pojištěním, musí uzavřít soukromé pojištění, které ale zpravidla nedosahuje stejných kvalit a možností. Německé zdravotní pojištění je charakterizováno duálním systémem, skládajícím se ze zákonného zdravotního pojištění a soukromého zdravotního pojištění. Zatímco zákonné zdravotní pojištění je přístupné každému, pro vstup do soukromého zdravotního pojištění platí určité podmínky.

Zdravotního pojištění se účastní tři subjekty, pojištěnec, zdravotní pojišťovna a poskytovatel zdravotní péče. V České republice i Německu je zdravotní péče hrazena z veřejných i soukromých zdrojů. Platby do systému veřejného zdravotního pojištění představují největší finanční zdroj na pokrytí plateb za zdravotní péči. Veřejné zdroje představují příspěvky ze státního rozpočtu ČR a z místních rozpočtů. Soukromé zdroje je možné rozdělit na přímé platby domácností a ostatní soukromé zdroje, které zahrnují dobrovolné platby na zdravotní péči neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a podnikovou preventivní péči. Zdravotnictví Spolkové republiky Německo prošlo od sjednocení Německa mnoha změnami a reformami, v roce 2000 byl zaveden klasifikační systém DRG, v roce 2009 vznikl zdravotnický fond, z něj je dnes financována zdravotní péče. Do tohoto fondu jdou příspěvky na zdravotní pojištění od pojištěnců veřejného zdravotního pojištění a od roku 2004 přispívá také stát, jehož příspěvek byl pevně ustanoven od roku 2013 na 14,5 miliard eur ročně.

Zdravotní pojištění má pojištěncům zajistit dostupnost kvalitní zdravotní péče, které se dostane každému pacientovi. Sazba zákonného zdravotního pojištění je stanovena v České republice v roce 2018 13,5 %, přičemž 4,5 % platí zaměstnanec a 9 % platí zaměstnavatel. Ve SRN v roce 2018 je sazba na úrovni 14,6 %, tato sazba je rozdělena rovným dílem mezi pojištěnce a zaměstnavatele. Každá zdravotní pojišťovna ještě vybírá dodatečný příspěvek v výši okolo 1 %, který platí jenom zaměstnanec.

Celkové výdaje na zdravotnictví se každý rok zvyšují. V roce 2016 dosáhly celkové zdravotnické výdaje v České republice 361,6 miliard korun českých, od začátku pozorování (rok 2000, 144,5 miliard korun českých) stouply výdaje tedy 2,5 násobně. V Německu bylo v roce 2016 vydáno 303,3 miliard eur, v roce 2000 to bylo 214,1 miliard eur, výdaje za dobu pozorování narostly na 1,4 násobek.

Výdaje na zdravotnictví dané země určují jeho kvalitu a dostupnost, podíl výdajů na zdravotní péči na HDP uvedený v procentech je nejčastějším vyjádření tohoto poměru. V České republice byl tento podíl v roce 2016 roven 7,3 %, ve SRN dokonce 11,3 %. Z tohoto je patrné, že Česká republika ani v roce 2016 nedosahuje stejného podílu výdajů na zdravotní péči na HDP jako Německo.

Největší podíl na celkových zdravotnických výdajích má zákonné zdravotní pojištění. V České republice v roce 2016 dosáhly platby ze zdravotního pojištění 65,7 procent celkových výdajů, v Německu 70,2 procent. Tyto výdaje jsou následovány soukromými výdaji a výdaji veřejných rozpočtů. Do výdajů zdravotních pojišťoven jsou taktéž zahrnuty příspěvky od státu, které pokrývají platby od těch pojištěnců, kteří sami nic neodvádí. V České republice pokrývají tyto platby přibližně 18 % všech výdajů roku 2016, v Německu se jedná o pouhých 4 % ve stejném roce.

Každý občan země je povinen platit si zdravotní pojištění. Z průměrné hrubé mzdy jsou na zdravotní pojištění zaměstnancem odváděna 4,5 procenta. Výdaje na péči jednoho pojištěnce rostou rychleji než roste průměrná mzda, neboť v roce 2000 zaplatil pojištěnec na odvodech na zdravotním pojištění 50,7 procent jemu poskytnuté péče, v roce 2016 byl tento podíl nižší, konkrétně 43,4 procent všech nákladů na jednoho pojištěnce. V Německu musí každý příjemce příjmu platit příspěvky sám a to ve výši poloviny celkově odváděného podílu ze mzdy, 7,3 %. V roce 2000 si každý platící zaplatil sobě poskytnutou péči z 65,4 %, v roce 2016 z 64,8 %. Tento podíl byl trvale stabilní. V porovnání se zaměstnancem pracujícím v České republice odvádí pracující pro německého zaměstnavatele o 2,8 procentního bodu na zdravotním pojištění více.

K soukromým výdajům v České republice jsou řazeny přímé výdaje domácností, soukromé výdaje na zdravotní připojištění, výdaje neziskových organizací, a pod. Přímé výdaje v roce 2000 tvořily 10,2%, v roce 2016 již 18% podíl na všech výdajích na zdravotní péči. Soukromé výdaje pojištěnců majících účast na zákonném zdravotním pojištění tvoří v Německu významný podíl ve financování zdravotní péče, od roku 2000 podíl soukromých výdajů na výdajích celkových rostl a to od 21,7 % do 24,7 %. Od roku 2009,

kdy byla provedena zdravotnická reforma, se podíl přímých plateb domácností na celkových platbách za zdravotní péči pohybuje v rozmezí 15,4 – 16,9 %. Zatímco podíl přímých výdajů na celkových výdajích za zdravotní péči má v České republice tendenci vzrůstající, v Německu naopak klesající.

Přímé výdaje všech domácností v České republice vzrostly za dobu pozorování o 8 procent. Největší výdaje byly vydány za léky a zdravotnický materiál, následovano platbami za stomatologickou ambulantní péči a všeobecnou ambulantní péči, které dohromady tvoří 80 % výdajů. V absolutním vyjádření je obyvateli Německa vydáváno více finančních prostředků, v relativním posouzení je vydáváno trvale nejvíce za lůžkovou péči, léčiva a ambulantní péči. Tyto hlavní skupiny tvořily okolo 70 procent všech přímých výdajů domácností. Rozložení výdajů v jednotlivých státech je jiné. Určení podílu přímých výdajů pojištěnce na průměrné čisté roční mzdě je ukazatel, který může každý občan přímo vidět. Jedná se o výdaje z vlastní peněženky. Každý pojištěnec v České republice v roce 2000 vydal průměrně 1,12 % ročního průměrného čistého příjmu, během let pozorování tento podíl vzrostl na konečných 1,92 procent v roce 2016. Čistá mzda rostla meziročně o 4,70 %, přímé výdaje o 8,32 %. Nárůst přímých meziročních výdajů je tedy 1,77x rychlejší než nárůst mzdy.

Situace v Německu je podobná. Meziroční nárůst čisté mzdy je 1,76 %, přímé výdaje rostly meziročně o 3,44 %. Přímé výdaje v roce 2000 představovaly 1,86% podíl na průměrné čisté mzdě, kterou měl pojištěnec k dispozici, v roce 2016 se jednalo o 2,41 %. Tento podílový nárůst je způsoben především tím, že přímé výdaje v porovnání s čistou mzdou rostly dokonce 1,95x rychleji. Nárůst přímých výdajů v porovnání s růstem průměrné čisté mzdy je tedy rychlejší než v České republice. Tato situace by logicky mohla být výhodnější pro pendlující české pracovníky, neboť přímé výdaje rostly pomaleji v České republice, která je jejich hlavním centrem zájmu a tudíž by mohly soustřeďovat všechny mimopracovní aktivity do České republiky.

6 Závěr

Zdravotnictví je důležitým ekonomickým faktorem České republiky i Německa. Povinné pojištění pro všechny občany žijící na území státu je základním pravidlem v obou zemích. Německo je jediným státem v Evropské unii, kde je možné si za určitých podmínek vybrat zdravotní pojištění, buď zákonné veřejné nebo soukromé zdravotní pojištění. V České republice je povinnost stát se členem veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní péče je na principu solidarity dostupná všem pacientům.

Všechny údaje byly zpracované pro období let 2000 až 2016. Celkové výdaje na zdravotní péči trvale rostly. Dostupnost a kvalita zdravotní péče jsou faktory zapříčiňující růst výdajů. V České republice je tento růst 1,82x rychlejší než v Německu. Německo patří k nejvyspělejším zemím na světě, podíl výdajů na zdravotnictví na HDP se pohybuje kolem 11 %, v České republice vykazoval tento podíl hodnoty okolo 7,3 procent v roce 2016. Spoluúčasť na zdravotní péči je zavedena dlouhodobě v obou státech. Platby na zdravotní pojištění se liší pro pojištěnce dle země, ve které je pojištěnec zaměstnán a zdravotně pojištěn. Pendleři na platbách zdravotního pojištění odvádí stejně jako ostatní občané toho státu, kde jsou zaměstnanci. Zaměstnanec německé společnosti odvádí z příjmu o 3,8 procentního bodu více než do českého systému zdravotního pojištění. Přímé výdaje domácností jsou odvislé od nároků každého pojištěnce. Přímé výdaje domácností tvoří v České republice i Německu třetí největší podíl na financování zdravotní péče, v roce 2016 se jednalo o 18 procentní podíl v České republice, resp. o 15,4 procentní podíl v Německu. Průměrné přímé výdaje pojištěnce z vlastní kapsy odpovídají přibližně 2 procentům v České republice, respektive 2,4 procentům čistého příjmu v Německu.

7 Seznam použitých zdrojů

Knižní zdroje

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví.* 1. vydání. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

BRAASCH, Paul. *Das Gesundheitswesen in Deutschland.* Köln : Deutscher Ärzteverlag, 2007. 408 s. ISBN 978-3-7691-3220-5

ČERVINKA, Tomáš. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady.* 8. aktual. vydání. Olomouc : ANAG, 2016. 168 s. ISBN 978-80-7263-999-1.

KROPÁČ, Jiří. *Statistika B. Jednorozměrné a dvourozměrné datové soubory, regresní analýza, časové řady.* 1. vydání. Brno : Vysoké učení technické v Brně, 2007. 149 s. ISBN 978-80-214-3295-6

NAHODIL, František. *Ekonomika veřejného sektoru.* 2. vydání. Praha : Vysoká škola finanční a správní, 2003. 97 s. ISBN 80-86754-05-7

PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha : Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

SCHÖLKOPF, Martin. *Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich.* 1. vydání. Berlin : MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2010. 258 s. ISBN 978-3-939069-74-4.

SIMON, Michael. *Das Gesundheitssystem in Deutschland : eine Einführung in Struktur und Funktionsweise.* Bern : Huber, 2016. 352 s. ISBN 978-3-4568-5743-5

VANČUROVÁ, Alena. *Zdanění osobní příjmů.* 1. vydání. Praha : Wolters Kluwer, 2013. 428 s. ISBN 978-80-7478-8

Elektronické zdroje

ALTAXO SE. *Pendlerství* [online]. Praha: ALTAXO SE. [cit. 25.8.2018]. Dostupné z www: <https://www.altaxo.cz/zacatek-podnikani/tipy-na-podnikani/pendlerstvi>

BMG, Bundesministerium für Gesundheit. *Das Gesundheitssystem* [online]. 2018c (PDF). [cit. 25. 8. 2018] Dostupné z www: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Plakat_Schaubild_Das_Gesundheitssystem.pdf

BMG, Bundesministerium für Gesundheit. *Zuzahlung und Erstattung von Arzneimitteln* [online]. 2018a. [cit. 6. 2. 2018] Dostupné z www: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-und-erstattung-arzneimittel/?L=0>

BMG, Bundesministerium für Gesundheit. *Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung* [online]. 2018b (PDF). [cit. 6. 2. 2018] Dostupné z www: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Zuzahlungsregelungen_der_GKV.pdf

WEIS, Christian. Business-on.de. *Nettolohn: Der Bruttolohn minus gesetzliche Abzüge* [online]. 2018. Engelskirchen: Business-on.de Christian Weis GmbH. [cit. 25.9.2018]. Dostupné z www: http://www.business-on.de/definition-nettolohn-abgaben-arbeit-nettolohn-geld-_id36228.html

Centrum pro pojištění cizinců. Vlastní zpracování nabídky komerčního pojištění [online]. 2018. Praha: Centrum Pojištění Cizinců - Foreigners' Insurance Center s.r.o. [cit. 27.9.2018]. Dostupné z: www: <http://www.pojisteni-cizincu.cz/cz/>

Česko. Zákon České národní rady č. 592/1992 Sb., ze dne 21.12.1992, o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění [online]. [cit. 25.5.2018]. Dostupné z www: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-592>

Česko. Zákon č. 326/1999 Sb., ze dne 23.12.1999, o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů [online]. [cit. 25.5.2018]. Dostupné z: [www: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-326](http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-326)

Česko. Zákon č. 48/1997 Sb., ze dne 28.3.1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online]. [cit. 1.2.2018]. Dostupné z: [www: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48/zneni-20180101](http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48/zneni-20180101)

Česko. Zákon č. 262/2006 Sb., ze dne 7.6.2006, zákoník práce [online]. [cit. 25.8.2018]. Dostupné z: [https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262/zneni-20181001](http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262/zneni-20181001)

ČSÚ, Český statistický úřad. [online]. 2018. [cit. 28.8.2018]. Dostupné z [www: https://www.czso.cz/](http://www.czso.cz/)

DANĚK, Antonín, GLET, Jiří a kol. Euro.cz *Pendleři mají nárok na plnou péči v obou zemích* [online]. 13. 4. 2004. Praha: Mladá fronta a.s. [cit. 20. 8. 2018] Dostupné z [www: https://www.euro.cz/byznys/pendleri-maji-narok-na-plnou-peci-v-obou-zemich-870101#utm_medium=selfpromo&utm_source=euro&utm_campaign=copylink](http://www.euro.cz/byznys/pendleri-maji-narok-na-plnou-peci-v-obou-zemich-870101#utm_medium=selfpromo&utm_source=euro&utm_campaign=copylink)

Eures TriRegio. *Zdravotní pojištění a nemocenské pojištění.* [online] 2018. Dresden: DGB Bezirk Sachsen, Interregionaler Gewerkschaftsrat Elbe-Neiße. [cit. 20. 2. 2018] Dostupné z [www: http://www.eures-triregio.eu/kranken-krankengeldversicherung-266.html](http://www.eures-triregio.eu/kranken-krankengeldversicherung-266.html)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes. [online]. 2018. Bonn: Statistisches Bundesamt. [cit. 27.8.2018]. Dostupné z [www: http://www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de)

GKV-Spitzenverband. *GKV – Kennzahlen-Beitragssatzentwicklung* [online]. 2018a (JPG). Berlin: GKV-Spitzenverband. [cit. 6.2.2018] Dostupné z: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2017_q4/300dpi_7/GKV-Kennzahlen_Beitragssatzentwicklung_2018.jpg

GKV-Spitzenverband. *Anzahl der Krankenkassen im Zeitlauf* [online]. 2018b. (JPG). Berlin: GKV-Spitzenverband. [cit. 6.2.2018] Dostupné z www: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/krankenkassen/Grafik_Krankenkassenanzahl_Konzentrationsprozess_160dpi_2018-01-03.jpg

HRUŠKA, Blahoslav. *Česká pozice. Tisíce Čechů dojíždí denně za prací do Bavorska* [online]. 23.4.2018. Praha: MAFRA, a.s. [cit. 20.8.2018]. Dostupné z www: http://ceskapozice.lidovky.cz/tisice-cechu-dojizdi-denne-za-praci-do-bavorska-fqy-/tema.aspx?c=A180420_133950_pozice-tema_lube. ISSN: 1213-1385

ÚZIS ČR, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [online]. 2018. [cit. 27.8.2018] Dostupné z www: <http://uzis.cz/>

KOREJSOVÁ. *Systém úhrady zdravotní péče* [online]. Praha, 2015. Studijní materiál (PPT). Univerzita Karlova v Praze. 3. Lékařská fakulta. [cit. 25.8. 2018.] Dostupné z: www2.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/vyuka/studijni-materialy/MPL/studijni-materialy/System_uhrady_zdravotni_pece_Ing_Korejsova.ppt

Krankenkassen.Deutschland. *System: So funktioniert die gesetzliche Krankenversicherung (GKV)* [online]. 2018a. Berlin: Euro-Informationen. [cit. 3. 2. 2018] Dostupné z www: <https://www.Euro-Informationen/gesetzliche-krankenkassen/system-gesetzliche-krankenversicherung/>

Krankenkassen.Deutschland. *Basistarif in der privaten Krankenversicherung* [online]. 2018b. Berlin: Euro-Informationen. [cit. 3. 2. 2018] Dostupné z www: <https://www.Krankenkassen.de/private-krankenversicherung/private-krankenversicherung-basistarif/>

Krankenkassen.Deutschland. *Die gesetzliche Krankenversicherung im Überblick* [online]. 2018c. Berlin: Euro-Informationen. [cit. 3. 2. 2018] Dostupné z www: <https://www.Krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/system-gesetzliche-krankenversicherung/gesetzliche-krankenversicherung-information>

Krankenkassen.Deutschland. *Gesundheitsförderung – Bonusprogramme* [online]. 2018d. Berlin: Euro-Informationen. [cit. 7.8.2018] Dostupné z www: <https://www.Krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/leistungen-gesetzliche-krankenkassen/praevention-vorsorge-krankenkassen/>

Krankenkassen.Deutschland. *Gesetzlich vorgeschriebene Leistungen* [online]. 2018e. Berlin: Euro-Informationen. [cit. 25.8.2018] Dostupné z www: <https://www.Krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/leistungen-gesetzliche-krankenkassen/gesetzlich-vorgeschriebene-leistungen/>

Krankenkassenzentrale. *Informationen zur Krankenversicherungspflicht in Deutschland* [online]. 2018. Berlin: Zentrale Vereinigung für bürgernahe Verbraucherinformationen. [cit. 25.9.2018]. Dostupné z www: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/krankenversicherungspflicht>

Krankenversicherung.net. *Gesetzliche Krankenversicherung: Leistungen im Überblick* [online]. 2018. Berlin: finanzen.de Vermittlungsgesellschaft für Verbraucherverträge GmbH. [cit. 6. 2. 2018] Dostupné z www: <https://www.krankenversicherung.net/tarife-gkv>

MFČR, Ministerstvo financí České republiky. *Platba státu za státní pojištění* [online]. 15.5.2018 (xls). [cit. 8. 8. 2018] Dostupné z www: <http://data.mfcr.cz/cs/dataset/platba-statu-za-statni-pojistence>

MPSV, Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Informace o minimální mzdě od 1. ledna 2018* [online]. 17. 10. 2017 (PDF). [cit. 1. 2. 2018] Dostupné z www: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31800/Informace_o_MMe_od_1_ledna_2018_na_web_MPSV.pdf

MUNI, Masarykova univerzita v Brně. *Zdravotní péče v zahraničí* [online]. (PDF). Brno: Masarykova Univerzita. [cit. 15.3.2018]. Dostupné z www: https://is.muni.cz/el/1456/jaro2009/PESPNH/um/7493471/Zdravotni_pece_v_zahranici.pdf

MZV, Ministerstvo zahraničních věcí. *Informace o zdravotním pojištění v ČR* [online]. 28. 12. 2017. [cit. 30. 1 2018.] Dostupné z www: https://www.mzv.cz/sydney/cz/konzularni_informace/ostatni_informace/informace_o_zdravotnim_pojistenim_v_cr.html

MZČR, Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zdravotně pojistný plán* [online]. 29. 1. 2018a. [cit. 30.1.2018]. Dostupné z www: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/zdravotne-pojistny-plan_3344_29.html

MZČR, Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Veřejné zdravotní pojištění* [online]. 11.6.2014a. [cit. 1.2.2018]. Dostupné z www: https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/verejne-zdravotni-pojisteni_2617_22.html

MZČR, Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zdravotní pojišťovny* [online]. 29.1.2018b. [cit. 14.8.2018]. Dostupné z www: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/zdravotni-pojistovny_3307_29.html

MZČR, Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění* [online]. 11.6.2014b. [cit. 1.2.2018]. Dostupné z www: https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zdravotni-pece-hrazena-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni_2628_22.html

MZČR, Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Základní typy regulačních poplatků.* [online]. 11. 2. 2015. [cit. 2.2.2018]. Dostupné z www: https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zakladni-typy-regulacnich-poplatku_2629_22.html

MACHAIDZE, Natela. *Infocizinci.cz. Rozdíl mezi veřejným zdravotním pojištěním a komerčním zdravotním pojištěním cizinců* [online]. 28.7.2016. Praha: InfoCizinci. [cit. 20.8.2018]. Dostupné z www: <https://infocizinci.cz/cr/rozdil-mezi-verejnym-zdravotnim-pojistenim-a-komercnim-zdravotnim-pojistenim-cizincu/>

NEJEDLÁ, Jana. Měsíc.cz. *Zdravotní pojištění cizinců: Kdo musí mít komerční a kdo získá veřejné?* [online]. 28.1.2015. Praha: Internet Info, s.r.o. [cit. 20.8.2018]. Dostupné z www: <https://www.mesec.cz/clanky/zdravotni-pojisteni-cizincu-kdo-komerčni-a-kdo-ziska-verejne/> ISSN 1213-4414

Německo. SGB V, Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, ze dne 20.12.1988, Gesetzliche Krankenversicherung. *Beitragspflichtige Einnahmen versicherungspflichtig Beschäftigter* § 226 [online]. [cit. 27.9.2018]. Dostupné z: www: https://dejure.org/gesetze/SGB_V/226.html

PKV-Verband. *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2016* [online]. 2017. (PDF). Köln: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. [cit. 10.2.2018]. Dostupné z www: <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2016.pdf>. ISSN 0503-8839.

PKV-Verband. *Zahlen und Fakten* [online]. Köln: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. [cit. 25.8.2018]. Dostupné z www: <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>

PKVT, Private Krankenversicherung.net. *Private Krankenversicherung - alles Wichtige auf einen Blick | 2018er Tarife* [online]. Berlin: Müller & Kollegen UG. [cit. 25.8.2018]. Dostupné z www: <https://www.private-krankenversicherungen.net/>

RIEDER, Julia, KREMPEL, Annika. Finanztip.de. *So unterscheiden sich gesetzliche und private Versicherung* [online]. 28.12.2017. Berlin: Finanztip Verbraucherinformation gemeinnützige GmbH. [cit. 2018-02-10] Dostupné z www: <https://www.finanztip.de/krankenversicherung/>

Statistisches Bundesamt. [online]. 2018. [cit. 27.8.2018.] Dostupné z www: <http://www.destatis.de>.

SÚKL, Státní ústav pro kontrolu léčiv. O léčích.cz. *Co je to započitatelný doplatek* [online]. 2018. Praha: QCM, s.r.o. [cit. 31.1.2018]. Dostupné z www: <http://www.olecich.cz/encyklopedie/co-je-to-zapocitatelny-doplatek?highlightWords=doplatky+leky>

SÚKL, Státní ústav pro kontrolu léčiv. O léčích.cz. *Platby za léky. Infolisty* [online]. 2013, č. 6. 4 s. Praha: QCM, s.r.o. [cit. 31.1.2018]. Dostupné z www: http://www.olecich.cz/uploads/infoLISTY/02753_SUKL_Infolisty_2013_06.pdf

Vaše Evropa. Europa.eu. *Přeshraniční pracovníci* [online]. Brusel: Communication department of the European Commission on behalf of the EU institutions. [cit. 20.8.2018] Dostupné z www: https://europa.eu/youreurope/citizens/work/work-abroad/cross-border-commuters/index_cs.htm

VZP, Všeobecná zdravotní pojišťovna. *Regulační poplatky* [online]. 2018. [cit. 15.8.2018] Dostupné z www: <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky>

8 Přílohy

Příloha I Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP evropských zemí	76
Příloha II Přímé výdaje domácností v České republice a v Německu	77
Příloha III Sazba zdravotního pojištění v Německu	79

Příloha I Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP evropských zemí

Tabulka 12 Podíl výdajů vložených do zdravotnictví na HDP ve vybraných zemích Evropy v letech 2000 až 2016 (%)

Rok	Česká republika	Německo	Francie	Švýcarsko	Polsko	Litva
2000	5,7	9,8	9,5	9,3	5,3	5,4
2001	5,9	9,9	9,7	9,7	5,7	5,8
2002	6,2	10,1	10,0	10,1	6,1	5,8
2003	6,6	10,4	10,0	10,4	6,0	5,5
2004	6,4	10,1	10,1	10,4	5,9	6,2
2005	6,4	10,3	10,2	10,3	5,8	5,9
2006	6,2	10,1	10,0	9,8	5,8	5,7
2007	6,0	10,0	10,0	9,6	5,9	5,8
2008	6,4	10,2	10,1	9,8	6,4	5,6
2009	7,3	11,2	10,8	10,4	6,6	6,2
2010	6,9	11,0	10,7	10,7	6,4	6,1
2011	7,0	10,7	10,7	10,8	6,2	5,6
2012	7,0	10,8	10,8	11,1	6,2	5,4
2013	7,8	11,0	10,9	11,4	6,4	5,4
2014	7,7	11,1	11,1	11,6	6,2	5,5
2015	7,3	11,2	11,1	12,1	6,3	5,8
2016	7,3	11,3	11,0	12,4	6,4	5,7

Zdroj: Vlastní zpracování, OECD (2018)

Příloha II Přímé výdaje domácností v České republice a v Německu

Tabulka 13 Podíl přímých výdajů domácností na celkových zdravotnických výdajích v České republice a v Německu v letech 2000 – 2016 (%)

Rok	Česká republika	Německo
2000	10,2	21,7
2001	10,6	21,8
2002	10,0	22,2
2003	10,6	22,6
2004	11,2	24,2
2005	13,2	24,4
2006	13,7	24,8
2007	15,3	24,9
2008	17,9	24,7
2009	16,7	16,4
2010	16,7	16,6
2011	16,1	16,7
2012	16,3	16,9
2013	16,4	16
2014	17,3	15,6
2015	17,6	15,7
2016	18,0	15,4

Zdroj: Vlastní zpracování, ÚZIS, ČSÚ, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018)

Tabulka 14 Rozložení přímých výdajů domácností na zdravotní péči v České republice v roce 2016

Druh zdravotní péče	Výdaje (mil. Kč)	Podíl na celku
Ambulantní péče (léčebná, rehabilitační)	7416	14%
Stomatologická ambulantní péče	9637	19%
Léčiva a zdravotnický materiál	24428	48%
Terapeutické pomůcky	6146	12%
Lůžková péče (léčebná, rehabilitační, dlouhodobá)	3588	7%

Zdroj: Vlastní zpracování, ÚZIS (2018)

Tabulka 15 Rozložení přímých výdajů domácností na zdravotní péči v Německu v roce 2015

Druh zdravotní péče	Výdaje (mil. €)	Podíl na celku
Ambulantní péče (léčebná, rehabilitační)	7981	18%
Stomatologická ambulantní péče	5861	14%
Léčiva	8805	20%
Terapeutické pomůcky a zdravotnický materiál	6786	16%
Lůžková péče (léčebná, rehabilitační, dlouhodobá)	13860	32%

Zdroj: Vlastní zpracování, Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2018)

Příloha III Sazba zdravotního pojištění v Německu

Tabulka 16 Sazba zdravotního pojištění v Německu v letech 2000 - 2016

Rok	Sazba příspěvku	Zaměstnavatel	Zaměstnanec
2000	13,5 %	6,75 %	6,75 %
2001	13,6 %	6,8 %	6,8 %
2002	14,0 %	7,0 %	7,0 %
2003	14,3 %	7,15 %	7,15 %
2004	14,3 %	7,15 %	7,15 %
leden-červen 2005	13,8 %	6,9 %	6,9 %
červ.-prosinec 2005	13,8 %	6,45 %	7,35 %
2006	13,4 %	6,25 %	7,15 %
2007	14,0 %	6,55 %	7,45 %
2008	14,0 %	6,55 %	7,45 %
leden-červen 2009	15,5 %	7,3 %	8,2 %
červenec 2009 -2010	14,9 %	7,0 %	7,9 %
2011 - 2014	15,5 %	7,3 %	8,2 %
2015	14,6 %	7,3 %	8,4 %
2016	14,6 %	7,3 %	8,4 %