

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA EKONOMICKÁ

Bakalářská práce

Komparace zdravotního pojištění ve vybraných zemích

The comparison of health insurance in chosen countries

Romana Spišáková

Plzeň 2016

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta ekonomická
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Romana SPIŠÁKOVÁ**
Osobní číslo: **K13B0115P**
Studijní program: **B6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Podniková ekonomika a management**
Název tématu: **Komparace zdravotního pojištění ve vybraných zemích**
Zadávající katedra: **Katedra financí a účetnictví**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

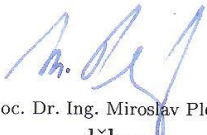
1. Vymezte teoretickou základnu problematiky zdravotního pojištění.
2. Analyzujte systémy zdravotního pojištění ve vybraných zemích.
3. Proveďte komparaci provedené analýzy a vymezte zjištěné rozdíly.
4. Stanovte výhody a nevýhody hodnocených systémů a shrňte řešenou problematiku.

Rozsah grafických prací: **neuveden**
Rozsah kvalifikační práce: **40 - 60 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**
Seznam odborné literatury:


- **DURDISOVÁ, Jaroslava.** *Ekonomika zdraví. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9*
- **NĚMEC, Jiří.** *Principy zdravotního pojištění. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1*
- **ZLÁMAL, Jaroslav; Jana BELLOVÁ.** *Ekonomika zdravotnictví. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8*

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Pavlína Hejduková, Ph.D.**
Katedra financí a účetnictví

Datum zadání bakalářské práce: **23. října 2015**
Termín odevzdání bakalářské práce: **25. dubna 2016**


Doc. Dr. Ing. Miroslav Plevný
děkan




Prof. Ing. Lilia Dvořáková, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 23. října 2015

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma

„Komparace zdravotního pojištění ve vybraných zemích“

vypracovávala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

V Plzni, dne

.....

podpis autora

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce Ing. Pavlíně Hejdukové, Ph.D za její věcné rady a připomínky při vypracování práce. Dále děkuji rodině a kamarádům za psychickou podporu při studiu.

Obsah

Úvod.....	7
1 Základní pojmy v oblasti zdravotního pojištění.....	9
1.1 Zdraví.....	9
1.2 Zdravotnické služby.....	11
1.3 Zdravotní péče.....	11
1.4 Právo na zdraví.....	13
1.5 Historie zdravotního pojištění.....	14
1.6 Zdravotní systém.....	15
1.7 Subjekty zdravotního systému.....	19
1.8 Mechanismy úhrady zdravotní péče.....	20
2 Zdravotní systém v Německu.....	22
2.1 Základní princip zdravotního systému.....	22
2.2 Poskytování zdravotní péče.....	22
2.3 Organizace zdravotního pojištění.....	23
2.4 Indikátory zdravotního systému.....	25
3 Zdravotní systém v Nizozemí.....	29
3.1 Základní princip zdravotního systému.....	29
3.2 Poskytování zdravotní péče.....	29
3.3 Organizace zdravotního pojištění.....	31
3.4 Indikátory zdravotního systému.....	33
4 Zdravotní systém v Rakousku.....	35
4.1 Základní princip zdravotního systému.....	35
4.2 Poskytování zdravotní péče.....	35
4.3 Organizace zdravotního pojištění.....	36
4.4 Indikátory zdravotního systému.....	38
5 Zdravotní systém v České republice.....	41
5.1 Základní princip zdravotního systému.....	41
5.2 Poskytování zdravotní péče.....	41
5.3 Organizace zdravotního pojištění.....	42
5.4 Indikátory zdravotního systému.....	43
6 Komparace zdravotních systémů.....	46
7 Výhody a nevýhody porovnávaných systémů.....	53

7.1 Výhody.....	53
7.2 Nevýhody.....	54
7.3 Shrnutí.....	55
Závěr	57
Seznam tabulek.....	59
Seznam obrázků.....	60
Seznam použitých zkratk	61
Použité zdroje	62
Seznam příloh	68

Úvod

Zdraví jako takové je ve společnosti neustále diskutovaným tématem. Ať už v minulosti, nebo v současnosti, zdraví patří mezi nejdůležitější faktory ekonomického růstu, proto je důležité se o něj zajímat. Na zdraví je možno pohlížet jako na statek, tudíž je třeba do něho investovat. Důležitou roli v této oblasti hraje technologický pokrok.

Ve všech zemích je nastaven určitý zdravotní systém. Zdravotní systém je chápán jako organizační celek, ve kterém jsou uspořádány vztahy mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, subjekty, které hradí zdravotní péči, a státem, ve kterém se zdravotní péče uskutečňuje (Krebs a kol., 2010).

Zdravotnictví se v minulosti skládalo pouze ze dvou subjektů, a to z pacienta a z lékaře. Postupem času a zmodernizováním ekonomiky státu a působením dalších faktorů, kdy se objevovaly a vyvíjely nové léčebné postupy, docházelo k výskytu civilizačních a jiných chorob a tím se zvyšoval tlak na hygienu člověka, si bylo třeba uvědomit, že je nutné se o obyvatele zemí postarat v rámci zdraví a sociální situace. Z uvedených důvodů bylo třeba rozšířit zdravotní systémy o více subjektů, například do zdravotnictví začal zasahovat stát a vznikaly pojišťovny.

Zdravotní systémy v jednotlivých zemích procházely a neustále procházejí dlouhodobým a komplikovaným vývojem. V každé zemi se objevovaly a objevují rozdílné ekonomické, politické, sociální a kulturní rozdíly a podmínky. Země se snaží uspokojovat zdravotní potřeby svých občanů na základě zvoleného zdravotního systému a podle možností dané ekonomiky státu.

Hlavním cílem zdravotního systému je uspokojování zdravotních potřeb obyvatelstva. Za další prvky zdravotních systémů jsou považovány sociální statek, solidarita, participace, veřejná regulace, a všeobecná dostupnost zdravotní péče (Krutilová, 2007).

Cílem bakalářské práce je zpracovat teoretickou základnu týkající se zdravotního pojištění, dále zanalyzovat systémy zdravotního pojištění v Německu, Nizozemí, Rakousku a České republice, porovnat tyto vybrané země mezi sebou a na základě tohoto porovnání stanovit výhody a nevýhody hodnocených systémů. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část a skládá se ze sedmi kapitol.

V práci jsou využity metody deskripce, analýzy, komparace a základní statistické a matematické metody. Bakalářskou práci provází metody sběru dat z vybraných statistických údajů pro dané země a řešerše literatury.

Hlavním zdrojem získaných informací pro teoretickou část práce byly zákony upravující tematiku zdravotního pojištění, odborná literatura, která pojednává problematiku základních pojmů, které se týkají zdravotního pojištění, a oblasti rozdílnosti mezi zdravotními systémy. Podklady pro praktickou část byly získány na základě informací z odborné literatury, webových stránek ministerstev jednotlivých zemích, ke statistickým údajům posloužily především údaje z OECD a WHO.

Teoretickou část zaujímá především první kapitola, pojednávající o základních teoretických pojmech, které se týkají zdravotnictví a zdravotních systémů. Konkrétně se jedná o pojmy zdraví, zdravotnické služby, zdravotní péče, právo na zdraví, zdravotní systém, subjekty zdravotnického systému a mechanismy úhrad. Je zde také stručně objasněna historie týkající se zdravotního pojištění.

Druhá až pátá kapitola již analyzuje zdravotnické systémy vybraných zemí, každý zvlášť. V těchto kapitolách jsou analyzovány zdravotnické systémy určité země, jejich základní princip, poskytování služeb, organizace zdravotního pojištění a následný tabulkový přehled indikátorů zdravotnického systému, které byly vybrány pro komparaci. Těmito indikátory jsou počet lékařů na 100 000 obyvatel, počet lůžek na 100 000 obyvatel, předpokládaná délka života, veřejné výdaje na zdravotnictví, jejich na celkových výdajích, soukromé výdaje na zdravotnictví s podílem na celkových výdajích na zdravotnictví a celkové výdaje a jejich podíl na celkovém HDP.

V šesté kapitole dochází ke komparaci zdravotních systémů Německa, Nizozemí, Rakouska a České republiky na základě vybraných indikátorů z předchozích kapitol. Komparovány jsou roky 2010 až 2013. Pro lepší přehlednost jsou tabulky předělány do grafů, které jsou následně popsány. Je zde zmíněn počet celkových výdajů v eurech a dolarech na osobu v porovnávaných zemích v roce 2013.

Sedmá, poslední kapitola stanovuje výhody a nevýhody na základě zvolených systémů zdravotnictví a výsledné komparace. V závěru dochází ke shrnutí řešené problematiky.

1 Základní pojmy v oblasti zdravotního pojištění

Než dojde k samotné analýze zdravotního pojištění a komparaci tohoto pojištění s vybranými zeměmi, je potřeba vymezit teoretickou základnu problematiky zdravotního pojištění, a to definovat základní pojmy, které se zdravotního pojištění týkají.

1.1 Zdraví

Zdraví je považováno jako nejvýznamnější hodnota lidského života. Pojem zdraví je celkem diskutabilní záležitostí, protože jeho definice jsou různé a neustále se mění. Existuje celá řada definic a nejrůznějších názorů, jak zdraví vysvětlit. Mnoho zdrojů uvádí, že zdraví je stav, který představuje pocit být bez nemoci, být schopen žít a existovat bez jakéhokoliv problému, ale je to krátká definice, která nevymezuje z oblasti zdraví příliš věcí. Mezi nejrozšířenější definici zdraví patří definice WHO, která říká, že zdraví je stav, kdy je jedinec v naprosté fyzické, psychické i sociální pohodě, a ne pouze jako absenci nemoci nebo postižení (WHO, 2016).

Každý jedinec na této planetě je individuální a pro každého představuje pojem zdraví jiný význam. Někdo považuje zdraví jako nejdůležitější věc na světě, a proto se tak ke svému životu chová a jedná s ním. Jde mimo jiné také o vztah k vlastnímu tělu a jedná se o základní lidskou potřebu.

Zdraví je možno vymezit z pozitivního nebo také z negativního hlediska. Negativní hledisko představuje stav, kdy nejsme nemocni, a pozitivní představuje stav, kdy je člověk schopen nést zvýšenou fyzickou i psychickou zátěž (Durdisová, 2005).

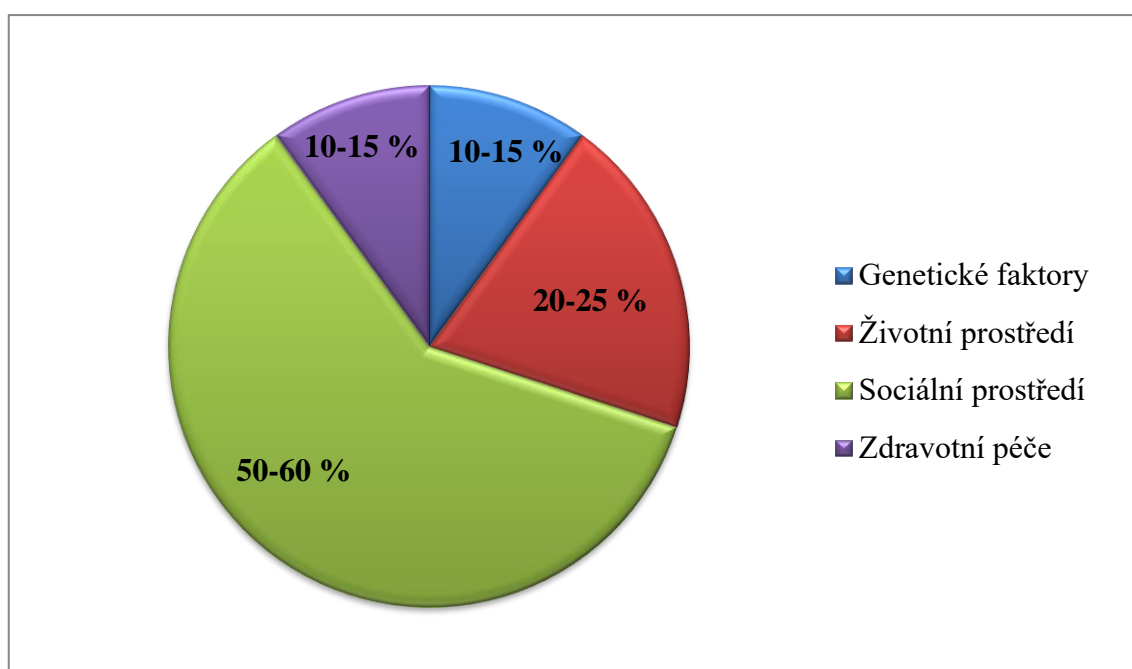
Zdraví a nemoc patří do dynamického vztahu mezi člověkem a prostředním. V určitém pojetí je zdraví vnímané jako stav úplné vyrovnanosti, kdy se každý jedinec cítí v dokonalé harmonii se svým okolím a je schopen zaujímat všechny společenské role a uskutečňovat úkoly, které jsou od něj očekávány (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Nemoc lze chápat jako opak zdraví, ale nemoc může být chápána jinak nemocným a jinak zdravotnickým pracovníkem, kdy nemocný vychází na základě svých pocitů a odborník nemoc hodnotí podle nálezu u pacienta (Jelínková, 2014).

1.1.1 Determinanty zdraví

Zdraví je ovlivňováno několika faktory, které mohou být pozitivního nebo negativního charakteru. Souhrny těchto faktorů, které podmiňují zdraví člověka, jsou označovány jako determinanty zdraví. Jednotlivé faktory mohou působit na zdraví člověka přímo nebo zprostředkovaně, ale navzájem se ovlivňují vždy. Jedná se o faktory vnitřní – genetické (*rozdíly v obrazu zdraví mužů a žen, náchylnost k určitému typu nemoci, vývojové vady, odolnost*) a vnější, kde se jedná o životní prostředí (*klimatické podmínky, fyzické a pracovní prostředí*), sociální prostředí (*životní styl, způsob života, úroveň vzdělání, postoj ke zdraví, stravovací návyky, fyzická aktivita*) a zdravotní péči (*úroveň a kvalita zdravotní péče, systém zdravotnictví, zdravotní politika, rozvoj medicíny*). (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Obrázek č. 1: Faktory ovlivňující zdravotní stav pacienta (v %)



Zdroj: vlastní zpracování podle Čevela, Čeledová, Dolanský (2009)

Na obrázku č. 1 jsou zaznamenány faktory, které nejvíce ovlivňují zdravotní stav pacienta. Sociální prostředí, tedy životní styl, osobní chování a přístup jedince ke svému tělu a zdraví nejvíce ovlivňuje jeho celkový zdravotní stav. To znamená, že ve většině případů záleží na jedinci a jeho přístupu, jak dopadne jeho výsledná léčba. V určitých situacích převažují jiné determinanty, ale jestliže jedinec nenakládá se svým tělem, zdravím a duševní pohodou tak, jak by měl, nemůže se divit následné příčině na nemoc navazující. Mezi negativní faktory, u kterých může docházet ke vzniku nemocím,

jsou například znečišťování ovzduší, vody a půdy pomocí chemických látek, nadměrný hluk ve větších městech, ale i na vesnicích, kouření a alkohol, vysoký příjem potravy a nevhodný příjem potravin, stres, přičemž některé faktory ovlivnit můžeme a některé ne.

1.2 Zdravotnické služby

Zdravotnické služby patří k nejužšímu pojmu ze základních pojmů zdravotnictví. Jedná se o nemateriální činnosti, které jsou vykonávány pouze zdravotnickými pracovníky, a to hlavně ve zdravotnických zařízeních v rozsahu své odborné kvalifikaci (Durdisová, 2005).

Představují lékařskou péči o organismus člověka, kontrolu zdravotní nezávadnosti prostředí, ve kterém člověk přebývá a ovlivňování zdravotního vědomí občanů (Barták, 2010).

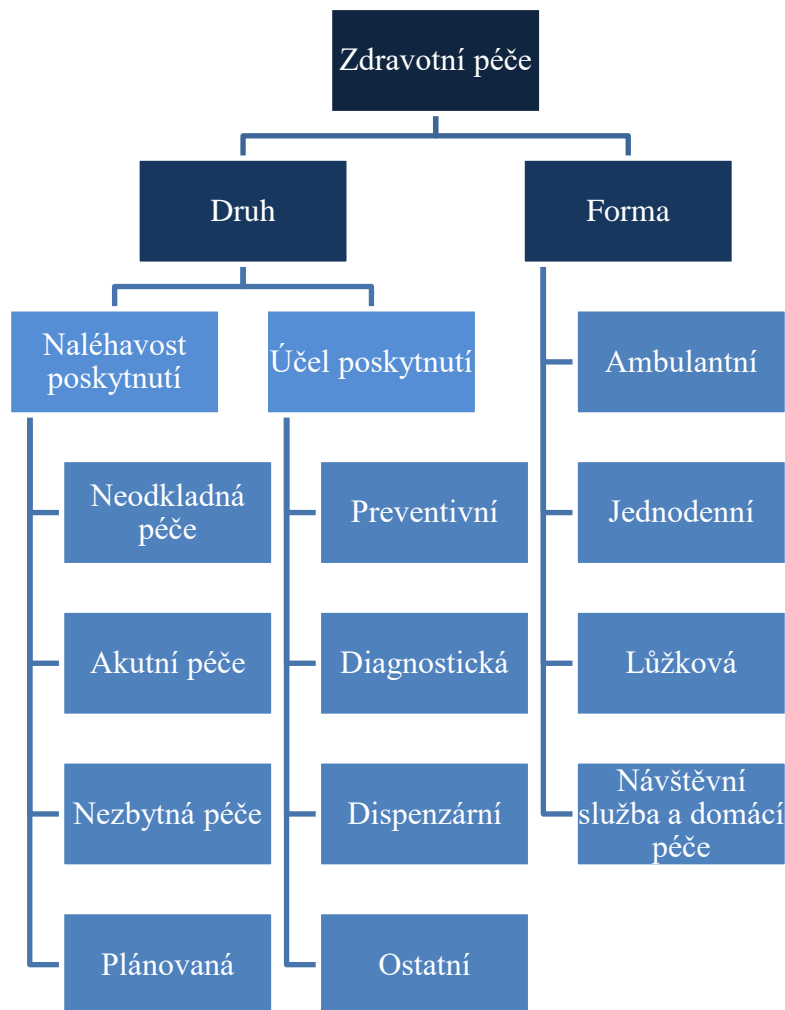
Zdravotnické služby se rozdělují podle typu poskytovatele, podle různých poskytovaných služeb, podle peněžního hlediska, podle postavení v rámci řetězce péče o zdraví a podle geografického hlediska (Barták, 2010).

1.3 Zdravotní péče

Zdravotní péče patří do zdravotnických služeb a jedná se postupy ekonomického, kulturního, sociálního a zdravotnického okruhu v rámci hospodářské, kulturní a sociální činnosti společnosti ovlivňující zdraví obyvatelstva. Dále představuje preventivní a kurativní činnost, která znamená každé působení, které směřuje ke zlepšení zdravotního stavu nebo k úplnému uzdravení (Durdisová, 2005).

Zdravotní péčí se rozumí veškeré činnosti, které nějakým způsobem ovlivňují a určují vývoj zdraví populace. Ve všech svých formách jako ochrana, podpora a obnova zdraví funguje péče o zdraví jako disciplína a posuzuje zdraví jako pozitivní externalitu a podmínku pro existenci lidstva. Preventivně v oblasti nezdravotnických faktorů se spojuje s často velkým věnováním dodatečných ekologických investic u tvůrce ekonomických aktivit (*ochrana ovzduší, čistota vody, bezpečnost práce, snižování hlučnosti, apod.*), a tento výsledek přijímá anonymní subjekt (*veřejnost*). (Durdisová, 2005).

Obrázek č. 2: Rozdělení zdravotní péče



Zdroj: vlastní zpracování podle zákona č. 372/2011 Sb. (2016)

Na obrázku č. 2 lze vidět rozdělení zdravotní péče z mnoha hledisek. Nejprve podle druhu zdravotní péče a dále pak podle formy zdravotní péče. Podle druhu zdravotní péče se rozděluje na péči podle naléhavosti jejího poskytnutí a podle účelu poskytnutí. Do druhů podle naléhavosti patří neodkladná péče, akutní péče, nezbytná péče a plánovaná péče, která nepatří do předchozích třech.

Podle účelu poskytnutí péče patří péče preventivní, diagnostická, dispenzární, která představuje aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu, který je ohrožen na životě nebo trpí nemocí či zhoršení jeho zdravotního stavu, který by ovlivnil další léčbu a průběh nemoci. Dále je zde možné zařadit péči léčebnou, posudkovou, léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní, u které je účel zmírnit utrpení a zachovat kvalitu života člověka, který trpí nevyлéčitelnou chorobou, a péči lékárenskou (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Mezi formy zdravotní péče se řadí ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociální prostředí pacienta. Ambulantní péče je zajišťována odbornými a praktickými lékaři v jednotlivých ordinacích a ambulantních zařízeních a představuje základní součást preventivní péče, znamená to, že se nevyžaduje hospitalizace pacienta, nebo přijetí pacienta do zdravotnického zařízení (Ministerstvo zdravotnictví, 2012).

Další formou zdravotní péče je péče jednodenní, která představuje pobyt pacienta na lůžku po dobu, která je kratší než 24 hodin.

Lůžková péče představuje péči, která nemůže být poskytována ambulantně a aby mohla být poskytována, musí být pacient hospitalizován. Tuto péči musí zdravotnická zařízení poskytovat nepřetržitě. Dále představuje péči akutní intenzivní, akutní standardní, následnou a dlouhodobou lůžkovou (Ministerstvo zdravotnictví, 2012).

Poslední formou zdravotní péče je péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta, která zahrnuje návštěvní službu a domácí péči. Domácí péče je péče ošetrovatelská, léčebně rehabilitační nebo paliativní (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2015).

1.4 Právo na zdraví

Mezi základní otázky, které jsou kladeny v souvislosti se zdravím, patří otázka týkající se práva na zdraví. Do tohoto pojmu je zahrnováno pojetí spravedlnosti, protože každý jedinec má podle Listiny základních práv a svobod právo na ochranu zdraví. Občané tedy na základě veřejného pojištění mají podle zákona právo na neplacenou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky. Spravedlivé nebo nespravedlivé může být pouze chování člověka a přístup organizace, to znamená, jakým způsobem s pacientem instituce jedná a jakými pravidly se řídí, to však nezahrnuje výslednou situaci (Barták, 2010).

Právo na zdraví, na které mají lidé žijící v daném státu nárok, může být definováno pozitivně nebo negativně. V jednotlivých zemích je právo na zdraví právně vymezeno, a to ovlivňuje fungování zdravotních systémů v dalších zemích (Maaytová, 2012).

Všeobecně jsou dva základní přístupy k právu na zdraví, liberální a rovnostářský přístup. Podle liberálního přístupu je zdravotní péče výsledkem individuálního úsilí

a svobodné volby. Právo na zdraví je rozuměno jako právo individuálního jedince být chráněn a opatrován před zdravotními riziky, která jsou důsledkem z činnosti jiných osob. U liberálního přístupu jedinec získává takovou zdravotní péči, na kterou má finanční prostředky. Vyskytuje se zde dobrovolné pojištění a solidarita, která je výsledkem dobrovolného rozhodnutí jedinců žijících ve společnosti (Maaytová, 2012).

1.5 Historie zdravotního pojištění

První zmínky o dnešním sociálním zdravotním pojištění lze zpozorovat již ve středověku. Rozkvět, který zaznamenala průmyslová výroba a s ním spojený vzrůst sociálně slabé dělnické třídy v 19. století směřoval ke zřízení různých příspěvkových fondů, které dodávaly působení charitativních institucí při pomoci chudým. Nejdříve patřilo mezi největší prioritu pojištění nemocenské, ale díky rozvoji lékařství se k nemocenskému pojištění přidávalo pojištění zdravotní pro zabezpečení výdajů na zdravotní péči (Němec, 2008).

První zdravotní pojištění bylo prosazeno v roce 1849 v Prusku pro horníky. Toto pojištění měli platit jak zaměstnanci, tak zaměstnavatelé. Od tohoto období v Německu začínala fungovat celá řada podnikových i místních nemocenských pojišťoven. Německý císař vydal v roce 1881 dokument pro zavedení sociálního pojištění, který byl pohnutkou pro zákon o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnané dělníky, který schválil německý parlament v roce 1883. Tento zákon byl do jisté míry důsledkem ústupku návrhu kancléře Otto von Bismarcka, který nabízel zřízení systému národní zdravotní služby. Jeho návrh byl odmítnut, proto Bismarck vytvořil návrh, který byl založen na existujících zaměstnaneckých fondech, vznikajících místních pojišťovnách a svobodných vzájemných pojišťovnách (Aspalter, 2012).

Podobný zákon byl v roce 1886 přijat i v tehdejší Rakousku-Uhersku, ale s rozsáhlejší působností než v Německu. Postupně se totiž vztahoval na všechny zaměstnance a později i z částečného hlediska na živnostníky. Obdobná uzákonění vznikala v dalších evropských zemích jako například ve Velké Británii, kde bylo uzákoněno statutární zdravotní pojištění v roce 1911 (O zdravotnictví, 2013), (Misec, 2016).

Legislativa, která určovala, že pracovní úraz je rizikem zaměstnavatele dosáhla toho, že na konci 19. století vstupovaly do odvětví zdravotního pojištění komerční

pojišťovny, které nabízely zaměstnavatelům produkty pojišťující toto riziko (Němec, 2008).

Od poloviny 20. století některé západoevropské země nahrazovaly systém statutárního pojištění národní zdravotní službou. Bylo to například ve Velké Británii, Dánsku, Španělsku, atd. Záměrem této náhrady bylo rozšíření ochrany pojištění na veškeré obyvatelstvo a rozšíření rovnosti přístupu ke zdravotní péči. V ostatních zemích zůstal systém statutárního zdravotního pojištění zachován (Němec, 2008).

1.6 Zdravotní systém

Zdravotní systém patří do odvětví národního hospodářství a produkuje především zdravotní služby. Mezi nejhlavnější cíl zdravotních systémů je považována podpora a ochrana zdraví obyvatelstva. Zdravotní systém slouží k naplnění lidských práv na ochranu zdraví a poskytuje dostupnou zdravotní péči. Mezi jeho další funkce lze zařadit například prodlužování života a zlepšení kvality života, řízení nebezpečí vzniku nemocí a následně potřeb zdravotní péče, diagnostikovat, léčit a rehabilitovat nemocné a zajistit jejich návrat do produktivního života. Dále výzkum, aplikace výsledků v praxi, zajišťovat moderní techniku ve zdravotnictví a další vzdělávání pracovníků v oblasti zdravotnictví. Zdravotní systém má vysoký podíl na ekonomice státu, protože ve všech následujících uvedených modelech má stát svou určitou roli (Potůček a kol., 2005).

Základem pro rozčlenění zdravotních systémů je způsob jejich financování. Výchozím bodem jsou tři historicky vzniklé modely financování, které se odlišují tím, jak na zdravotní péči přispívá obyvatelstvo. Způsob, jakým je zdravotní péče financována výrazně ovlivňuje vztahy mezi třemi subjekty zdravotního pojištění. Jejich rozdělení plyne z historického vývoje, protože v některých oblastech byl vztah pacienta a poskytovatele zdravotní péče přímou záležitostí, to znamená, že pacient hradil za poskytnutou péči přímo lékaři. Až na konci devatenáctého století vstupovaly do tohoto vztahu další subjekty. Mezi hlavní subjekty tedy patří **pacienti** (*hlavní účastníci*), **poskytovatelé zdravotní péče** (*lékaři a zdravotnická zařízení*) a **plátcí péče** (*finanční subjekty jako jsou veřejné zdravotní pojišťovny, státní orgány a soukromé pojišťovny*). (Krebs a kol., 2010).

Hodnocení zdravotních systémů představuje:

- **Nerovnost v šíření zdraví** v populaci a zmenšování nebo zvyšování rozdílů v délce a kvalitě lidského života nebo ve výskytu nemocí mezi odlišnými skupinami obyvatel;
- **Vstřícnost zdravotnického systému**, která vyjadřuje jakou mírou je jednáno s pacienty s úctou, důstojností, důvěrností osobních údajů a srozumitelností komunikace. Dále zahrnuje rychlou dostupnost péče, kvalitu prostředí a kvalitu základního vybavení;
- **Finanční spravedlnost**, která je ohleduplná na schopnost obyvatel platit za zdravotní péči. Zdravotní pojištění nemá být závislé na míře rizika onemocnění, ale spíše na schopnosti platit (Janečková, Hnilicová, 2009).

Tři vzniklé modely, na základě kterých je zajišťována zdravotní péče, představují určité oblasti, do kterých se zařazuje většina zdravotních systémů ve vyspělých zemích. Přiřazením konkrétního systému k některému z modelů ale neznamena, že jsou s ním dané země zcela totožné, nesou pouze charakteristické znaky. Jeden z modelů má charakteristiku tržní a další dva jsou financování z veřejných zdrojů státních garancí (Janečková, Hnilicová, 2009).

Odpovědi na otázky, zabývající se garancí občanům zdravotní péči charakterizují následující modely.

1.6.1 Národní zdravotní pojištění

Prvním modelem je tzv. „bismarckovský model“, který vznikl na základě celonárodního systému sociálního zabezpečení zavedeného v Německu na konci 19. století z popudu kancléře Otto von Bismarcka. Do systému byl zahrnut celý systém sociálního pojištění, pojištění dlouhodobé ošetrovatelské péče, národní zdravotní pojištění, dále se součástí stávalo také pojištění pracovních úrazů a invalidity, důchodové pojištění a pojištění v nezaměstnanosti (Wikiskripta, 2015).

Sociální zabezpečení se vztahovalo na veškeré dělnické obyvatelstvo a mělo za úkol tlumit sociální napětí ve společnosti. Německo tedy bylo historicky prvním státem, kde byl zaveden národní zdravotní program, který se postupně rozšiřoval do dalších zemí, až se stal nejrozšířenějším systémem zdravotnictví (Janečková, Hnilicová, 2009).

Hlavním základem tohoto modelu jsou finanční příspěvky, které každý občan povinně odvádí do fondu zdravotních pojišťoven, bez ohledu na množství využití

své budoucí spotřeby zdravotní péče. Pojišťovny z tohoto vytvořeného fondu vyplácí finanční prostředky lékařům a zdravotnickým zařízením, se kterými mají uzavřené smlouvy. Tento model se dále, kromě Německa, uplatňuje v Rakousku, Belgii, Nizozemsku, Francii, Rakousku, Švýcarsku a v roce 1992 byl znovu zaveden také v České republice (Janečková, Hnilicová, 2009).

Přístup zdravotní péče je zaručen pro celou populaci ze zákona, protože se jedná o veřejné, zákonné a povinné pojištění. Garantem zdravotní péče je tedy stát a je zodpovědný za celkové zajištění efektivního vynakládání zdrojů. Každý jednotlivec platí pojistné v závislosti na svém příjmu, ale dostává se mu zdravotní péče podle své potřeby. Stát se dále podílí na financování ve formě dalších příspěvků do fondu zdravotního pojištění za určité skupiny obyvatelstva, které si hradit pojistné nemohou, jedná se například o děti, studenty, důchodce, nezaměstnané, atd. Stát hradí značnou část investic v oblasti nemocniční péče (Janečková, Hnilicová, 2009).

Zákonné pojistné je vyměřováno jako určité procento z příjmu. Výše tohoto pojistného je ale v každé zemi různá. Dále platí, že o zdravotní pojištění se dělí v poměru zaměstnavatelé a zaměstnanci a i tento poměr je v každé zemi odlišný (Wikiskripta, 2015).

1.6.2 Státní zdravotnictví

Příkladem modelu státního zdravotnictví, tedy podle zakladatele Beveridga, je **Národní zdravotní služba**. Jedná se o model státního zdravotnictví, které je financováno z daní obyvatelstva. Jde o vysoce solidární model garantovaný státem pro veškeré obyvatelstvo a vyvíjel se hlavně na území britských ostrovů. Varianty lze ale nalézt také v Itálii, Portugalsku, Španělsku, Řecku, Irsku, ale i v Austrálii, Kanadě, Mexiku či některých rozvojových zemích, jako je například Botswana. Dále je možno rozdělit Národní zdravotní službu na Semaškovy model, který je typický v bývalém SSSR a zemích sovětského bloku. Rozdílem oproti Beveridgovému modelu je v existenci soukromých zdravotních služeb (Wikiskripta, 2015).

Národní zdravotní služba byla určena zákonem v roce 1948 jako výsledek snahy tehdejší britské vlády k vyřešení nespokojenosti obyvatelstva se zdravotnictvím, protože zdravotní péče byla pro mnohé obyvatelé země finančně nedostupná, a nenavazovali na sebe praktičtí lékaři a nemocniční péče. Tak Beveridge přišel s nápadem vytvoření organizovaného systému zdravotnictví. Národní zdravotní služba je považována

za britský národní poklad, který si obyvatelstvo cení a je neustále vylepšována různými reformami (Janečková, Hnilicová, 2009).

Základním prvkem tohoto systému zdravotnictví jsou ordinace praktických lékařů. Praktický lékař je zodpovědný za prevenci a podporu zdraví ve svém regionu. Přístup k praktickým lékařům je neomezený a míra finanční spoluúčasti je velmi nízká nebo dokonce žádná (Durdisová, 2005).

Tento model zakládá na tom, že příslušné platby za poskytnutí zdravotní péče odvádějí zaměstnanci a zaměstnavatelé přímo státu pomocí daní. Stát poté tyto platby přerozdělí k financování zdravotnických zařízení (Suchánková, 2016).

1.6.3 Tržní zdravotnictví

V tomto modelu zdravotnictví není zdravotní péče garantovaná státem, to znamená, že záleží na jedinci, jeho rozhodnutí a svobodné volby, zda bude pojištěn či nikoliv. Lékaři v tomto systému jsou soukromí podnikatelé, které jsou ziskového nebo neziskového charakteru. Pacient si volí lékaře, zdravotní zařízení i zdravotní pojišťovnu svou svobodou vůlí, ale záleží také na jeho sociálním postavení, jestli bude mít ke zdravotní péči přístup, v jaké kvalitě a v jakém rozsahu mu bude péče poskytována. Zdravotní péči hradí soukromé zdroje buď jako přímé platby nebo jsou hrazeny soukromými zdravotními pojišťovnami komerčního charakteru (Durdisová, 2005).

Do tohoto modelu jsou zahrnovány zejména Spojené státy americké. USA patří mezi jedinou rozvinutou zemi, která nemá zavedený zdravotní systém, který by zajišťoval univerzální dostupnost zdravotní péče pro své obyvatelstvo. Ústava Spojených států negarantuje tedy všem svým občanům právo na základní zdravotní péči, toto zajištění je bráno jako věc zcela individuální a záleží na jednotlivci, zda bude pojištěn nebo ne (Suchánková, 2016).

Z hlediska financování představuje americké zdravotnictví směs soukromého zdravotního pojištění na jedné straně a veřejného zdravotního pojištění na straně druhé. Největším problémem pro americké zdravotnictví je nepojištěná populace. Do této populace patří zejména chudí občané, mladí do 25 let a zaměstnaní lidé, kteří nejsou pojištěni zaměstnavateli (Wikiskripta, 2015).

Mezi hlavní problémy tržního modelu patří nerovnost v dostupnosti zdravotní péče, to znamená, že jsou preferovány majetné skupiny obyvatelstva a z toho vyplývá

i nerovnoměrná síť zdravotnických zařízení. Vysoká nákladovost ve zdravotní péči a nedostatek komplexní péče (Durdisová, 2005).

1.7 Subjekty zdravotního systému

Jak už bylo zmíněno, téměř do konce 19. století existoval ve zdravotnictví pouze vztah přímý, tedy mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče, poté přicházely na řadu další subjekty. Mezi hlavní aktéry financování zdravotnických služeb patří plátce, poskytovatel zdravotní služby a uživatel. Mezi plátce patří stát a zdravotní pojišťovny, mezi poskytovatele pak například nemocnice, praktický lékař, agentura domácí péče. Uživatelé mohou být nazýváni také jako pacienti nebo klienti (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2015).

1.7.1 Poskytovatelé zdravotní péče

Zdravotní péči poskytují ve zdravotnických zařízeních a v dalších organizacích, které jsou uspořádány do soustavy zdravotnických zařízení. Tuto soustavu tvoří zejména zařízení státu, obcí a fyzických a právnických osob. Poskytovatelé mají postavení podle toho, zda patří do veřejného nebo komerčního sektoru (Durdisová, 2005).

Zdravotnická zařízení, která patří do složky veřejného sektoru, hospodaří podle rozpočtových pravidel, které stanovuje ministerstvo financí a mohou být jako forma rozpočtové, příspěvkové nebo jiné neziskové organizace. Dále mohou být členěna jako státní a nestátní, lůžková a ambulantní a smluvní a nesmluvní. U státních a nestátních zařízení je základním kritériem pro členění typ vlastnictví. Nestátní zdravotnická zařízení se dále člení na zařízení, která jsou spravována Městským či Obecním úřadem a na zařízení privátní, tedy zařízení, která spravují soukromé fyzické osoby, církve nebo jiné právnické osoby (Urbánková, 2014).

Jako zdravotní zařízení lze považovat také lékárny, které jsou jako zdravotní zařízení určena k výdeji léků a prostředků zdravotnické techniky a zvláštní dětská zařízení, kam patří kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle (Strejčková, 2007).

1.7.2 Pacienti

Pacient zastává ve zdravotnictví dvě významné role. První roli zastupuje jako spotřebitel zdravotní péče a ve druhé roli se podílí na financování systému. V momentu, kdy pacient spotřebovává péči, je tato péče bezplatná (Durdisová, 2005).

Pozice pacienta se odlišuje ve veřejném sektoru a v soukromém sektoru. Ve veřejném sektoru má pacient právo na zdravotní péči v míře a kvalitě, kterou vyžaduje jeho zdravotní stav až do výše, který stanovuje standard bezplatně. Dále pacient uplatňuje právo na výběr lékaře a zdravotního zařízení a oba tyto typy jsou ve smluvním vztahu ke zdravotní pojišťovně, kde je pojištěný. Pacient má ovšem povinnost podstoupit preventivní prohlídky a léčby onemocnění, u nichž lze ze zákona uložit povinné léčení (Ordinace, 2010).

V sektoru soukromém si pacient nakupuje zdravotní péči přímo, tedy za přímou úhradu nebo díky komerčnímu pojištění a to v míře, kterou vymezuje svými finančními možnostmi a zdravotním stavem (Durdisová, 2005).

1.7.3 Plátci

Za plátce se považují financující subjekty, které umožňují financovat aktivity, které by si ze soukromých zdrojů vyspělé země nemohly dovolit. Plátce zdravotního pojištění se rozdělují do několika skupin. Mezi hlavní plátce se zařazují stát, pojištěnci a zaměstnavatelé. Stát hradí pojistné za definované skupiny osob. Pojištěnec je plátcem pojistného, pokud je osobou bez zdanitelných příjmů, osobou samostatně výdělečně činnou, anebo být zaměstnancem podle dalších podmínek. Za zaměstnance odvádí pojistné zaměstnavatel (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2015).

1.8 Mechanismy úhrady zdravotní péče

Předmětem úhrad jsou různě ohodnocené faktory, které slouží pro rozdělení mechanismů úhrady zdravotní péče. Mezi jednotky systému úhrad lze zařadit například dílčí výkon na pacienta, návštěvu v ambulanci, jeden den pobytu v nemocnici nebo celý pobyt v nemocnici, či péči o pacienta v určitém časovém období. Úhradový mechanismus by měl dále sloužit k tomu, aby motivoval k poskytování kvalitní zdravotní péče a neměl by pobízet k nekvalitní péči (Němec, 2008).

Úhradové mechanismy se stanovují na základě smluv mezi pojišťovnou a zdravotním zařízením, v některých případech se zásahy států ve formě úhradových vyhlášek, zákonů či jiných aktivit ministerstev zdravotnictví (Hejduková, 2011).

Mezi mechanismy úhrad patří například platba za výkon, platba za ošetrovací den a platby za případ. Platba za jednotlivý výkon patří mezi nejpoužívanější mechanismy v ambulantní péči. Principem této platby se opírá v rozložení zdravotní péče na jednotlivé výkony, které se od sebe dále liší. Mohou se lišit například způsobem

provedení, náročností, nároky na čas zdravotního personálu a použitými zdravotnickými materiály. Za každý provedený výkon se platí jednotlivě a výše těchto úhrad za jednotlivý výkon se řídí sazebníkem výkonu, který většinou vydává stát. Může dojít k dohodě mezi zdravotními pojišťovkami a zdravotnickými zařízeními, nebo může být výše úhrad založená na tvorbě cen poskytovateli péče (Němec, 2008).

Platby za ošetrovací den pro nemocnice stanovují nejvyšší úhradu za obsazené lůžko. Celkové nemocniční výdaje jsou určeny omezením celkové kapacity poskytovatele péče. Platbou za případ se určuje úhrada podle diagnostikovaného zdravotního stavu a dalších nákladů na léčení. Diagnózy jsou většinou rozčleněny do nákladových skupin a jsou odhadnuty průměrné ceny za péči. V praxi to chodí tak, že pacient je po příchodu do nemocnice zařazen do určité skupiny a následně poskytovatel za ošetření obdrží určenou sumu, a ceny se stanovují pro každou skupinu zvlášť (Barták, 2010).

K dalšímu úhradovému mechanismu se zařazují kapitační platby. Kapitační platby se využívají v situacích, kdy poskytovatel zdravotní péče dlouhodobě pečuje o vymezenou skupinu pacientů, hlavně v primární péči. Kapitační platba je založená na pevně stanovené částce za registrovaného pacienta po určitou dobu ve zdravotnickém zařízení (Hejduková, 2011).

2 Zdravotní systém v Německu

2.1 Základní princip zdravotního systému

Německý zdravotní systém patří do tzv. duálního zdravotního systému, kde se vyskytuje povinné zdravotní pojištění a soukromé zdravotní pojištění. Oba tyto typy pojištění zahrnují určité výhody a nevýhody, dále je také důležité se zaměřit, jaké osoby mohou určitý typ pojištění využívat (Germanyhis, 2016).

Důležitým rysem politického systému v Německu, který se jeví zejména ve zdravotnictví, je rozdělení kompetencí mezi spolek a spolkové země. Důležité prvky rozhodovacího procesu a regulace systému jsou navíc delegovány na nevládní organizace, kterými jsou zdravotní pojišťovny (Barták, 2010).

2.2 Poskytování zdravotní péče

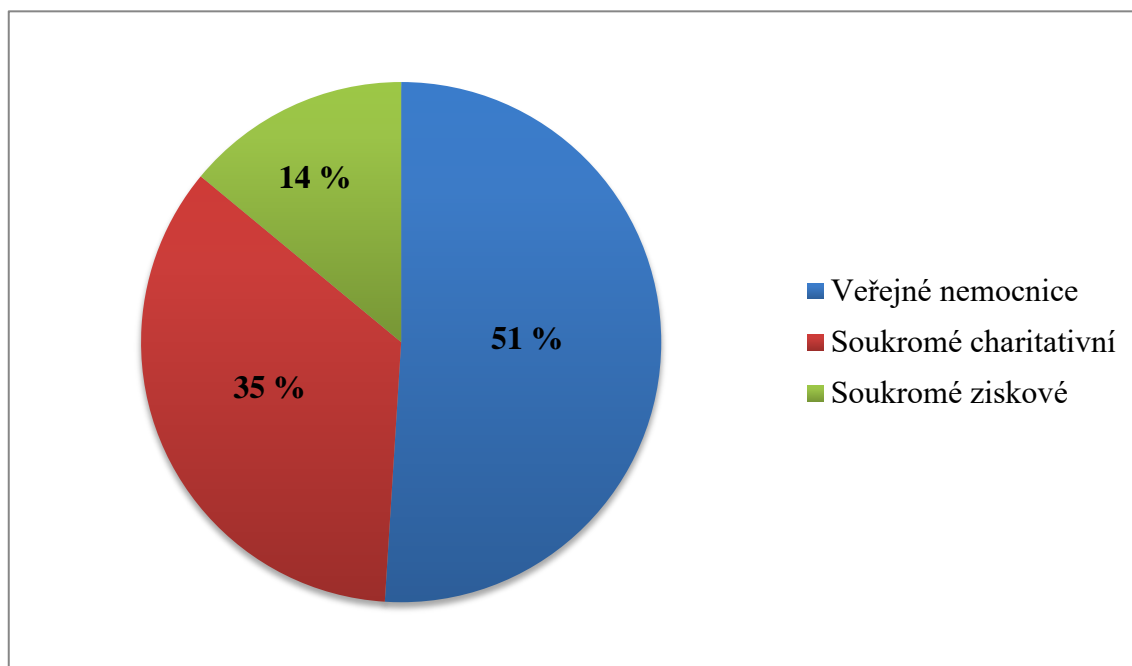
Klíčovým rysem pro poskytování zdravotní péče v Německu je jasně zřetelné rozdělení mezi veřejnými zdravotnickými službami, primární a sekundární ambulantní péčí a nemocniční péčí. Oddělené odbory projednávají o nouzové péči, lékařské péči, rehabilitačních službách, ošetřovatelství a dlouhodobé péči, paliativní péči, psychiatrické péči, zubní péči, doplňkové a alternativní medicíně a službách pro občany s tělesným a mentálním postižením (Hit Germany, 2014).

Ambulantní péče

Ambulance jsou hrazeny platbou za výkony. Ambulantní sféra je představována praktickými lékaři a ambulantními specialisty. V této sféře vykonává lékařskou péči asi 45 % všech lékařů a z toho 60 % jsou specialisté. V Německu existují tzv. „skupinové praxe“. Tyto praxe mají mnoho možných forem. Například někteří lékaři spolu sdílí buď jen ordinace, nebo jen čekárny či jejich vybavení, ale jejich výkony jsou vykazovány přímou formou a pouze na jejich individuální účty. Ambulantní a lůžková péče jsou v Německu výrazně odděleny. Kromě výjimek nemocnice nemají ambulantní oddělení, a ambulantní specialisté nemohou souběžně pracovat v nemocnici (Zlámal, Bellová, 2013).

Nemocniční péče

Obrázek č. 3: Nemocnice v Německu k roku 2013



Zdroj: vlastní zpracování podle Zlámal, Bellová (2013)

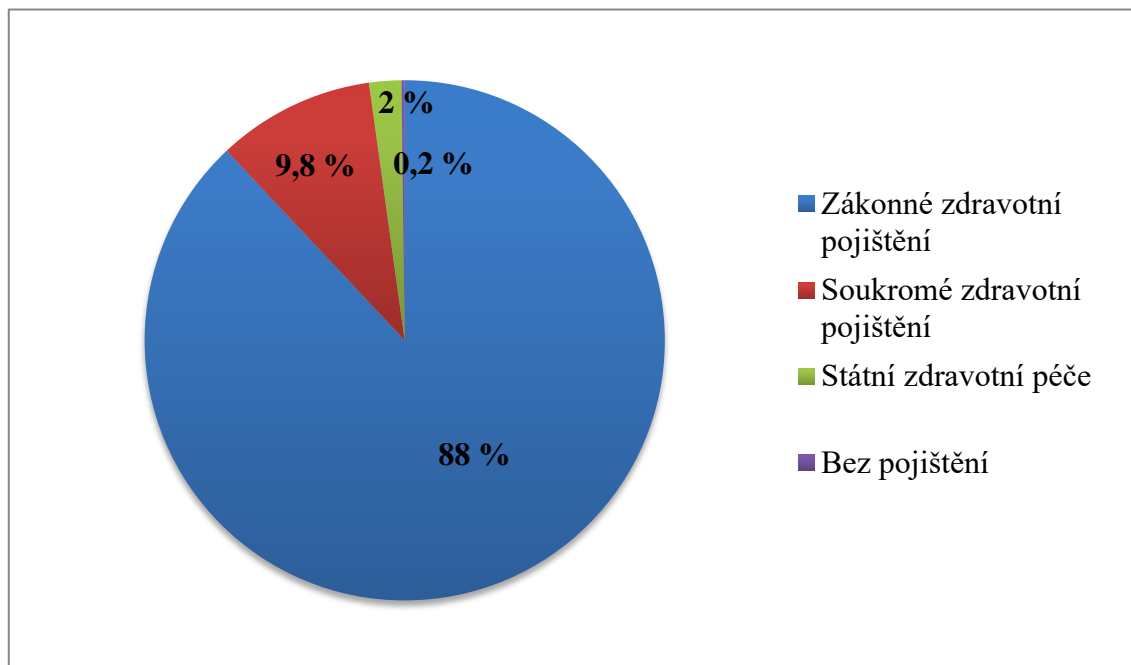
Jak lze vidět na obrázku č. 3, nemocnice jsou v Německu veřejné, soukromé charitativní, nebo soukromé ziskové. Veřejné nemocnice jsou státní nebo městské, které tvoří asi 51 % z celkového počtu nemocnic. Soukromé charitativní jsou neziskového charakteru a představují zhruba 35 % z celkového počtu a soukromé ziskové tvoří zbytek, to znamená asi 14 % z celkového počtu nemocnic. Nemocnice jsou většinou hrazeny sazbou za den, to znamená souhrnem plateb za diagnostikovaný případ a dále ošetrovací a provozní sazby. Soukromé nemocnice financuje výkonový systém (Zlámal, Bellová, 2013).

2.3 Organizace zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění v Německu, především povinné zdravotní pojištění, je založeno na koncepci sociálního státu a zdravotní péče je financována na principu solidarity. Sociální stát představuje myšlenku, že sociální podmínky jednotlivce jsou záležitostí celé společnosti (Krebs a kol., 2010). Sociální solidarita představuje vyrovnanou spolupráci mezi lidmi. Všichni němečtí občané dávají peníze do systému, jestliže se jejich zdravotní stav změní ze zdravého člověka na nemocného nebo nějak zdravotně neschopného, mají právo peníze ze systému přijmout. Samozřejmě,

že se ne všechny vložené prostředky vrátí zpátky, pokud je člověk zdravý, nemá právo na úhradu z pojištění (Germanyhis, 2016).

Obrázek č. 4: Podíl pojištění v Německu k roku 2010



Zdroj: vlastní zpracování podle How to germany (2010)

Jak lze vidět na obrázku č. 4, k roku 2010 mělo 88 % obyvatelstva zákonné zdravotní pojištění, zhruba 9,8 % soukromé zdravotní pojištění, 2 % bylo pojištěny v rámci bezplatné státní zdravotní péče (což jsou například policisté, vojáci, osoby na náhradní vojenské službě, atd.) a pouze 0,2 % nemělo žádné pojištění. K roku 2016 je zhruba 85 % obyvatel pojištěno zákonným zdravotním pojištěním a zbytek se týká soukromého zdravotního pojištění. Většina Německých obyvatel (zhruba 70 milionů lidí) jsou členy povinného zdravotního pojištění (Barták, 2010). Uzavření tohoto pojistného u jedné z pojišťoven je povinné pro zaměstnance a úředníky, u kterých jejich roční příjem nepřesahuje určitou částku (hranice v roce 2016 činí 56 250 eur ročně, tedy 4 688 eur měsíčně) a osoby, které překročí danou částku, se mohou pojistit dobrovolně u zákonné zdravotní pojišťovny, nebo mohou uzavřít soukromé zdravotní pojištění (How to germany, 2010).

Povinné zdravotní pojištění se vztahuje na určité předem stanovené dávky a toto pojištění je poměrně rozsáhlé. Každá zdravotní pojišťovna musí tyto dávky pokrýt. Od reformy zdravotního systému, ke které došlo v roce 2009, mohou pojišťovny navýšit dávky a je tak možné povinné pojištění přizpůsobit k individuálním osobním

potřebám. Výše pojistného na zdravotní pojištění je pak dána procentem z příjmů. Část pojistného si hradí zaměstnanec a část hradí zaměstnavatel. Částka se počítá před zdaněním příjmu pojištěného a k lednu 2011 činila sazba 15,5 % a v lednu 2015 se toto pojištění snížilo na 14,6 % z příjmu před zdaněním. Tyto příjmy před zdaněním mohou být ve formě platu nebo mzdy, výnosu z kapitálových investic, rent, povinných důchodových plateb, atd. (Germanyhis, 2016).

Důchodcům tuto část platí jejich náležející penzijní fond. Pojištění se samozřejmě vztahuje i na rodinné příslušníky, jako jsou děti do 18 let věku, studenti do 25 let věku a manželky, které nemají vlastní příjem. Nezaměstnaným občanům hradí Německo zdravotní péči ze státních prostředků a stát financuje investice, které se týkají nemocniční péče. Stát umožňuje zdarma veškerou zdravotní péči státním zaměstnancům (Zlámal, Bellová, 2013).

Soukromé pojištění je v Německu fakultativního charakteru a pojištěnec si tak může vybrat z několika variant, které se od sebe odlišují svým rozsahem a také výší pojistného. Platí, že čím starší občan je, tím více platí. Mezi osoby, které mohou získat soukromé pojištění, patří zaměstnanci, kteří převyšují určitý příjem, úředníci a osoby samostatně výdělečně činné (Germanyhis, 2016).

K lednu 2005 existovalo v Německu 267 zdravotních pojišťoven, tedy nositelů zdravotního pojištění, a jejich počet se neustále snižuje. Zdravotní pojišťovny mají ze zákona právo a povinnost získat příspěvek od svého pojištěnce, včetně stanovení velikosti příspěvku, který je nutný k úhradě výkonů, které jsou pojištěncům poskytnuty. Výše odvodu na toto pojištění se řídí příjmy pojištěnců, nikoli zdravotními riziky, které je mohou potkat. V roce 2005 byl maximální vyměřovací základ 3 525 eur měsíčně brutto (Barták, 2010).

2.4 Indikátory zdravotního systému

Zdravotní systém ovlivňuje mnoho důležitých faktorů, které určují, jak se systém bude dále vyvíjet. Kromě toho tyto faktory a ukazatele slouží k porovnání zdravotních systémů a patří mezi ně například demografický vývoj (střední stav obyvatelstva, narození, úmrtnost, věk, vzdělání), zdravotní stav obyvatelstva, hospodářská a ekonomická situace státu (podíl výdajů na zdravotnictví, % HDP, pokles HDP), legislativa, výzkum a vývoj, a celkové výdaje týkající se zdravotnictví (Gladkij a kol., 2003).

Pro analýzu zdravotních systémů byly zvoleny ve všech vybraných zemích stejné indikátory. Mezi vybrané ukazatele zdravotního systému byly vybrány střední stav obyvatelstva, lékaři na 100 000 obyvatel, lůžka na 100 000 obyvatel a předpokládaná délka života. Počet nemocničních lůžek představuje ukazatel, díky kterému je možné sledovat, jak silnou kapacitu mají nemocniční zařízení pro hospitalizované nemocné. Dále je zkoumán vývoj veřejných, soukromých a celkových výdajů na zdravotnictví a jak se podílejí na celkové ekonomice státu. Tyto indikátory byly vybrány jako základní přehled dané země. Ukazatelé jsou porovnávány mezi lety 2010 až 2013, u nichž byly informace nejvíce dostupné.

Tabulka č. 1 – Vybrané ukazatele zdravotního systému v Německu za roky 2010 - 2013

Indikátor	2010	2011	2012	2013
Střední stav obyvatelstva	81 751 602	80 327 900	80 523 746	80 767 463
Lékaři na 100 000	373	389	396	405
Lůžka na 100 000	825	837	832	828
Předpokládaná délka života	80,5	80,8	81	80,9

Zdroj: vlastní zpracování podle WHO (2015)

V tabulce č. 1 lze vidět, že populace v Německu se udržuje celkem na stejné hladině, závisí na počtu narozených, zemřelých, přistěhovalých a odstěhovalých. Mezi roky 2010 a 2011 došlo k poklesu obyvatel přibližně o 1,5 milionu obyvatel, což je zhruba o 1,74 %. Procentuálně to tak velké číslo není. Úbytek obyvatel byl způsoben nízkou porodností v Německu (BBC, 2015). Počet lékařů však přibývá, mezi roky 2010 až 2013 to způsobilo nárůst o 8 %, což je dobrá zpráva, lékaře lákají především vyšší příjmy a společenská a ekonomická situace země, jejich růst tak značí lepší situaci v Německu. Pokles lůžek může představovat zvýšení technického pokroku ve zdravotnictví díky nárůstu počtu lékařů. Předpokládaná délka života závisí například na sociální vrstvě společnosti, číslo 80,9 let značí, že si na tom Německo vede z hlediska věku občanů dobře (Zeměpis, 2009).

Tabulka č. 2 – Veřejné výdaje na zdravotnictví v Německu za roky 2010 – 2013

Rok	Hodnota (mil. eur)	Podíl na HDP (v %)	Podíl na celkových výdajích (v %)
2010	214 851	8,3	75,72
2011	218 459	8,1	75,51
2012	224 139	8,2	75,58
2013	235 413	8,4	76,31

Zdroj: vlastní zpracování podle OECD (2015)

V tabulce č. 2 jsou vidět hodnoty veřejných výdajů na zdravotnictví v Německu, jejich podíl na HDP a podíl na celkových výdajích. Hodnota veřejných výdajů se za roky 2010 až 2013 změnila o 20 562 milionů eur, což je přibližně nárůst o 8,73 %. Veřejné výdaje mají velký podíl na celkových výdajích, důvodem je model zdravotního systému, hlavním zdrojem výdajů jsou výdaje systému zdravotního pojištění a ty patří do veřejných výdajů. Procento podílu na celkových výdajích se příliš nemění. Podíl na HDP zůstává přibližně stejný a hodnota 8,4 % v roce 2013 je nad průměrem OECD, kdy podíl HDP % tvořilo zhruba 6,5 %.

Tabulka č. 3 – Soukromé výdaje na zdravotnictví v Německu za roky 2010 – 2013

Rok	Hodnota (mil. eur)	Podíl na HDP (v %)	Podíl na celkových výdajích (v %)
2010	68 888	2,7	24,28
2011	70 850	2,6	24,49
2012	72 398	2,6	24,42
2013	73 071	2,6	23,68

Zdroj: vlastní zpracování podle OECD (2015)

Tabulka č. 3 ukazuje hodnoty soukromých výdajů podílejících se na zdravotnictví v Německu během let 2010 až 2013. Soukromé výdaje představují hlavně příspěvky domácností, to znamená, že subjekty je hradí tzv. „z vlastní kapsy“, patří sem zejména doplatky za léky, které pojišťovna nehradí, kosmetické úpravy, jako například plastika, soukromé pojištění, atd. Hodnota soukromých výdajů od roku 2010 do roku 2013 vzrostla o 4 183 milionů eur, což ukazuje hodnotu zvýšení okolo

6 %. V roce 2003 byl zaveden tzv. kvartální poplatek ve výši 10 eur u praktického lékaře a stomatologa a v roce 2012 byl však zrušen a přesto to nemělo výrazný vliv na soukromé výdaje. Podíl na HDP ukazuje v tomto období přibližně stejnou hodnotu 2,6 % a je to opět více, než průměr OECD, který vykazoval v roce 2013 2,4 %. Podíl na celkových výdajích zdravotnictví se během let nijak rapidně neměnil.

Tabulka č. 4 – Celkové výdaje na zdravotnictví v Německu za roky 2010 – 2013

Rok	Hodnota (mil. eur)	Podíl na HDP (v %)
2010	283 738	11,0
2011	289 308	10,7
2012	296 537	10,8
2013	308 484	11,0

Zdroj: vlastní zpracování podle OECD (2015)

V tabulce č. 4 lze vidět, že celkové výdaje na zdravotnictví v Německu ve sledovaných letech vzrostly. Hodnota vzrůstu je o 24 746 milionů eur, což představuje zvýšení o 8,02 % za sledované období. Výdaje na zdravotnictví rostou například z důvodu větší spotřeby, nebo pořizování lepšího vybavení v nemocnicích či využívání lepších léčebných postupů. Podíl na HDP představuje hodnotu okolo 11 %, což je víc než průměr OECD, který činil k roku 2013 8,9 % a pohybuje se tak okolo 9 %.

3 Zdravotní systém v Nizozemí

3.1 Základní princip zdravotního systému

Zdravotní systém v Nizozemí má své kořeny v Bismarckově sociálním pojištění. Vhledem k historii byl až donedávna systém zdravotního pojištění základní péče v Nizozemí značně nejednotný. K 1. lednu 2006 proběhla reforma zdravotní péče a byl zaveden jeden režim zdravotního pojištění, který zahrnuje všechny skupiny obyvatelstva, to znamená, že byl zrušen rozdíl mezi povinnými pojišťovnami a dobrovolnými soukromými pojišťovnami (Barták, 2010). Cílem tohoto zavedení byla snaha o zajištění vysoce kvalitní zdravotní péče. Postavení vlády se změnilo z přímé kontroly objemů, cen a produktivních kapacit k nastavení pravidel a dohlížení, zda zdravotní trhy fungují správně (Hit Netherlands, 2010).

3.2 Poskytování zdravotní péče

V nizozemském systému zdravotní péče jsou především zodpovědné za poskytování služeb soukromí poskytovatelé zdravotní péče a zdravotní pojišťovny. Zdravotní péče se hlavně rozděluje na preventivní, primární, sekundární a dlouhodobou péči (Hit Netherlands, 2010).

Preventivní péče je poskytována hlavně veřejnými zdravotnickými službami.

U primární péče je praktický lékař hlavním figurantem. Princip tzv. „*gatekeepingu*“ je jeden z hlavních charakteristik Nizozemského systému a znamená, že nemocniční péče a speciální péče (s výjimkou akutní péče) je přístupná pouze po doporučení od praktického lékaře. Po obdržení doporučení si pacienti mohou zvolit, ve které nemocnici si přejí být léčeni (Hit Netherlands, 2010).

Dlouhodobá péče je hlavně poskytována především v domech s pečovatelskou službou, v obytných domech a organizacích domácí péče (Hit Netherlands, 2010).

Zákon o zdravotním pojištění pojistné definuje podle typu péče. Zdravotní pojišťovna může rozhodovat o tom, který lékař, nebo například zdravotnické zařízení poskytne pojištěnci péči, nebo zda poskytne věcné plnění nebo uhradí účet za péči o pojištěnce (Barták, 2010).

Ambulantní a nemocniční péče

Primární péče v Nizozemí má širokou škálu poskytovatelů, mezi které patří praktičtí lékaři, fyzioterapeuti, lékárníci, psychologové a porodní asistentky. Klíčovou

roli v primární péči a v systému zdravotní péče obecně hraje praktický lékař, protože funguje jako tzv. „gatekeeper“. V roce 2008 bylo celkem 8 783 praktických lékařů. Pacienti se mohou registrovat u praktického lékaře dle svého výběru a mohou přejít k jinému bez omezení. Nicméně praktický lékař má právo pacienta odmítnout. Důvodem k odmítnutí může být situace, kdy pacient má příliš vzdálené bydliště od lékaře, nebo protože praktičtí lékaři mají příliš velké množství stávajících pacientů a nové už nenabírají (Hit Netherlands, 2010).

Sekundární péče zahrnují formy péče, které jsou přístupné pouze po doporučení od primárního poskytovatele zdravotní péče, jako je například praktický lékař, zubař nebo porodní asistentka. Tyto formy péče jsou poskytovány hlavně nemocnicemi a poskytovateli péče o duševní zdraví. Nemocnice mají jak ústavní, tak ambulanční oddělení, stejně jako 24hodinovou pohotovostní službu (Hit Netherlands, 2010).

V roce 2009 bylo v Nizozemí celkem 141 nemocnic a 52 ambulančních klinik, které byly řízeny 93 organizacemi. Pacienti provádějí konzultace se specialistou pod doporučením od praktického lékaře, ale nepředvídatelná událost je výjimkou. Většina nemocni má 24hodinové pohotovostní oddělení. V roce 2007 bylo v Nizozemí zaznamenáno více než 120 nezávislých léčebných center (Hit Netherlands, 2010).

Zdravotní pojišťovny, pojištění pacientů a poskytovatelé zdravotní péče se střetávají jako subjekty třech trhů. Mezi tyto trhy se zařazují trh zdravotního pojištění, trh poskytování zdravotní péče a trhy nákupu zdravotní péče (Hit Netherlands, 2010).

Obrázek č. 5: Subjekty a trhy v systému zdravotního pojištění v Nizozemí od roku 2006



Zdroj: vlastní zpracování podle Hit Netherlands (2010)

Obrázek č. 5 znázorňuje subjekty, které lze nalézt v systému zdravotního pojištění v Nizozemí od roku 2006. Na trhu zdravotního pojištění, pojišťovny nabízejí základní balíček pojištění pro občany, kteří jsou povinni se sami pojistit. Na trhu nákupu zdravotní péče zdravotní pojišťovny mohou vyjednávat s poskytovateli zdravotní péče na ceně, množství a kvalitě péče. Na trhu poskytování zdravotních služeb poskytovatelé nabízejí péči pacientům. V zásadě mají pacienti svobodnou volbu si zvolit jejich poskytovatele, ale zdravotní pojišťovny mohou stanovit určitá omezení tohoto svobodného rozhodnutí (Hit Netherlands, 2010).

3.3 Organizace zdravotního pojištění

Každý, kdo žije nebo pracuje v Nizozemí, je ze zákona povinen uzavřít standardní zdravotní pojištění. Všechny zdravotní pojišťovny, které poskytují zdravotní pojištění podle zákona o zdravotním pojištění, jsou povinny uzavřít pojištění s každým, kdo o něj zažádá. Je možné si také zvolit doplňkové pojištění k pokrytí nákladů, které nezahrnuje standardní zdravotní pojištění (Government of the Netherlands, 2016).

Zaměstnaní pojištěnci platí stejné pojistné nominálně u jedné pojišťovny bez ohledu na věk, pohlaví a zdravotní riziko. Část pojištění, která je příjmově závislá,

platí za zaměstnané osoby zaměstnavatel až do stanovené výše maximálního vyměřovacího základu (Němec, 2008).

Za osoby, které jsou mladší 18 let, platí pojistné stát a osoby samostatně výdělečně činné a důchodci hradí podle svého příjmu. Pojištěnci, kteří nejsou schopni platit pojistné na zdravotní pojištění, mohou požádat u státu o příspěvek. Dále zdravotní pojišťovny dostávají prostředky na pojištěnce ze společného fondu. Prostředky závisí na věku, pohlaví, invaliditě, regionu, zaměstnaneckém stavu a zdravotním riziku. Pojištěnci si zdravotní pojišťovnu mohou vybrat (Němec, 2008).

3.3.1 Povinné zdravotní pojištění pro dlouhodobou péči

Toto pojištění je vymezeno systémem AWBZ, a má za cíl poskytnout pojištěnému s chronickou a kontinuální péčí, která zahrnuje značné finanční důsledky, jako například péči pro zdravotně postižené s vrozenou psychickou nebo mentální chorobou. Tento systém vznikl v roce 1968. Zdravotní pojištění hradí pouze akutní zdravotní péči. Za veškerou dlouhodobou péči (včetně rehabilitace) je zodpovědný stát. Poskytování péče je organizováno pomocí úřadů péče. Úřady péče pracují nezávisle, ale jsou úzce spojeny se zdravotními pojišťovnami (Government of the Netherlands, 2016).

3.3.2 Povinné základní zdravotní pojištění

Základní zdravotní pojištění kryje nezbytnou péči testovanou podle kritéria prokazatelné účinnosti, efektivity nákladů a potřeby pro kolektivní financování. Vymezuje jej zákon o zdravotním pojištění (Zvw). Tento zákon vstoupil v platnost v roce 2006 (Eur-lex, 2010).

Všichni pojištěnci přispívají do tohoto systému dvěma způsoby. Za prvé platí paušálními premii, tzv. nominálním pojistným. Nominální pojistné představuje měsíční částku, kterou pojištěnci odvádí přímo pojišťovně na základě rozsahu krytých rizik (v roce 2012 činila průměrně 1 256 eur). Za druhé příjmy zaměstnavatelských příspěvků jsou odečteny ze mzdy a přemístěny zdravotním pojišťovnám. Prostředky z této pojišťovny jsou dále alokovány zdravotnímu poskytovateli podle systému vlivu rizika (Hit Netherlands, 2010).

3.3.3 Kompletní zdravotní pojištění

Třetí druh pojištění se skládá z kompletního dobrovolného pojištění, které může pokrývat zdravotní služby, které nejsou pokrývány z AWBZ a Zvw (Government of the Netherlands, 2016).

3.4 Indikátory zdravotního systému

Tabulka č. 5 – Vybrané ukazatele zdravotního systému v Nizozemí za roky 2010 - 2013

Indikátor	2010	2011	2012	2013
Střední stav obyvatelstva	16 574 989	16 655 799	16 730 348	16 779 575
Lékaři na 100 000	297	313	325	329
Předpokládaná délka života	81,0	81,3	81,2	81,4

Zdroj: vlastní zpracování podle WHO (2015)

Tabulka č. 5 poukazuje, že střední stav obyvatelstva nezaznamenával příliš vysoké změny za toto období, růst byl přibližně o 205 000 obyvatel a o 1,21 %. Počet lékařů se v tomto období zvyšoval a zvýšil se celkem o počet 32 lékařů na 100 000 obyvatel, což vykazuje nárůst o 9,72%. Počet lůžek v tomto období nelze dohledat a poslední informace jsou k roku 2009, kdy byl počet lůžek v Nizozemí na 100 000 obyvatel celkem 466 (WHO, 2009). Předpokládaná délka života se také příliš nemění.

Tabulka č. 6 – Veřejné výdaje na zdravotnictví v Nizozemí za roky 2010 – 2013

Rok	Hodnota (mil. eur)	Podíl na HDP (v %)	Podíl na celkových výdajích (v %)
2010	57 349,5	9,1	87,04
2011	58 415,6	9,1	86,68
2012	61 473,9	9,6	86,97
2013	62 593,8	9,7	87,60

Zdroj: vlastní zpracování podle OECD (2015)

Hodnota veřejných výdajů na zdravotnictví v Nizozemí za léta 2010 až 2013 se v tabulce č. 6 změnila o 5 244,3 milionů eur více, a představuje to nárůst o 8,37 %. Podíl na HDP je oproti průměru OECD vysoký, a pomalým tempem se zvyšuje. Podíl

na celkových výdajích je díky nastavenému modelu zdravotního systému v Nizozemí taktéž vysoký a představuje větší část než soukromé výdaje. Hodnota tohoto podílu zůstává přibližně konstantní.

Tabulka č. 7 – Soukromé výdaje na zdravotnictví v Nizozemí za roky 2010 – 2013

Rok	Hodnota (mil. eur)	Podíl na HDP (v %)	Podíl na celkových výdajích (v %)
2010	8 532,7	1,4	12,96
2011	8 976,7	1,4	13,32
2012	9 211,0	1,4	13,03
2013	8 859,3	1,4	12,39

Zdroj: vlastní zpracování podle OECD (2015)

Hodnota soukromých výdajů, jak lze vidět v tabulce č. 7, změnila hlavně v mezi roky 2012 a 2013, kdy do roku 2012 veřejné výdaje rostly a v roce 2013 zaznamenaly pokles o 351,7 milionů Eur. Podíl na HDP zůstává neměnný 1,4 % a vykazuje nižší hodnotu, než je průměrná hodnota OECD, a u podílu na celkových výdajích dochází k nepatrnému snižování a v roce 2013 činila tato hodnota zhruba 12,39 %.

Tabulka č. 8 – Celkové výdaje na zdravotnictví v Nizozemí za roky 2010 – 2013

Rok	Hodnota (mil. eur)	Podíl na HDP (v %)
2010	65 882,1	10,4
2011	67 392,3	10,5
2012	70 684,9	11,0
2013	71 453,1	11,1

Zdroj: vlastní zpracování podle OECD (2015)

Celkové výdaje na zdravotnictví v Nizozemí v tabulce č. 8 také rostou, a od roku 2010 do roku 2013 zaznamenaly nárůst o 5 571 milionů eur a přibližně o 7,8 % Podíl na HDP se mírně zvětšuje a vykazuje vyšší hodnotu, než je průměrná hodnota celkových výdajů na zdravotnictví OECD.

4 Zdravotní systém v Rakousku

4.1 Základní princip zdravotního systému

V Rakousku je stejně jako v předchozích zemích postaven statutární systém zdravotního pojištění na Bismarckově modelu. Rakouský zdravotní systém se od poloviny 19. století skládá ze tří důležitých institucionálních charakteristik. První z těchto charakteristik představuje ústavní složení státu, kde jsou kompetence rozděleny mezi federální a regionální úroveň (spolkové země). Druhá charakteristika zobrazuje vysoký stupeň delegování odpovědnosti na samořízených orgánech státu a poslední ukazuje smíšený model financování, kde stát a sociální pojištění přispívají často stejným podílem (Hit Austria, 2013).

4.2 Poskytování zdravotní péče

Základní charakteristikou Rakouského zdravotního systému je, že všichni občané mají relativně neomezený přístup do všech úrovní péče (praktiční lékaři, specialisté a nemocnice). Tato výhoda spočívá ve vyvážení skutečnosti, která je však často obtížná. Pro pacienty je složité najít nejvhodnější péči pro jejich určité potřeby (Hit Austria, 2013).

V ambulantním sektoru si pacienti mohou vybrat mezi svobodnými praktickými lékaři, nemocničními ambulantními klinikami, volně stojícími ambulantními klinikami, a skupinovými praktickými lékaři. Přesné rozdělení mezi primární a sekundární péči není možné, protože nemocniční ambulance hrají také důležitou roli v poskytování primární péče. Léčba od specializovaných lékařů je možná na bázi jednotlivých postupů jako například volně stojící a nemocniční ambulantní kliniky (Hit Austria, 2013).

Pokud jdou pacienti k jednomu z těchto lékařů, musí hradit poplatky přímo, ale ve většině případů jim bude vráceno zpátky 80 % z poplatků (Hit Austria, 2013).

Ambulantní péče

Přesné rozdělení mezi primární a sekundární péčí je obtížné stanovit, protože ambulantní kliniky jak v nemocnicích, tak v samostatně stojících institucích poskytují nejen odbornou lékařskou péči, ale také hrají důležitou roli při poskytování primární péče. Jsou velmi obecně rozšířené během neordinačních hodin, o víkendech a svátcích, hlavně díky tomu, že ordinační hodiny praktických lékařů často pacientům nevyhovují (Hit Austria, 2013).

Nemocniční péče

Nemocniční péče v Rakousku je převážně veřejně organizovaná nebo organizována pomocí soukromých neziskových vlastníků, kteří někdy také fungují podle veřejného práva. Nemocnice, která je předmětem veřejného práva je povinna přiznávat a poskytovat služby všem pacientům, zatímco ziskově zaměřené soukromé vlastníci mohou odmítnout přijetí pacienta (Hit Austria, 2013).

Nemocnice jsou dobře rozmístěny napříč celým Rakouskem. V důsledku toho je snadno dostupná soukromá i veřejná doprava. Ačkoliv vysoké kapacity postelí v nemocnicích znamenají, že nemocnice jsou pod tlakem, aby vytvořily dostatečné výnosy, pokud si chtějí zajistit finanční životaschopnost (Hit Austria, 2013).

4.3 Organizace zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění v Rakousku je povinným pojištěním. Každý občan je tedy pojištěn. Zdravotní pojištění je závislé na zaměstnavateli a na jeho sídle, tím pádem nehrozí konkurence mezi pojišťovnami, jelikož si zaměstnanci nemohou pojišťovnu sami zvolit. Pojistné na zdravotní pojištění je stanoveno na základě příjmů, nikoliv na základě zdravotních rizik. Výši pojistného stanovuje každoročně Národní rada (Hit Austria, 2013).

Do právního základu Rakouské právní normy pro oblasti sociálního pojištění patří soubor právních předpisů. V Rakousku je několik typů povinného pojištění:

- povinné pojištění podle Zákona o všeobecném sociálním pojištění (ASVG),
- povinné pojištění podle Zákona o živnostenském sociálním pojištění (GSVG),
- povinné pojištění podle Zákona o sociálním pojištění příslušníků svobodných povolání (FSVG),
- povinné pojištění podle Zákona o sociálním pojištění zemědělců (BSVG),
- dobrovolné pojištění podle ASVG a GSVG (Help gv. at., 2016).

Osoby, které vykonávají závislou činnost, jsou pojištěny pod systémem ASVG, na základě všeobecného sociálního pojištění, a pod příslušnou regionální zdravotní pojišťovnou. Plné zdravotní, důchodové a úrazové pojištění se týká zaměstnanců, jejichž mzda/plat za stanovené období, zpravidla měsíc, nepřekročí stanovenou částku (k roku 2016 činí tato částka 415,72 eur za měsíc). (Help gv. at., 2016).

Zaměstnanci, kteří pracují na velmi nízký úvazek, si většinou pořizují dobrovolné zdravotní a důchodové pojištění. Pokud mají rodinní příslušníci trvalý pobyt

v Rakousku, mohou být spolupojištěni. Pojištěnci v dobrovolném „samopojištění“ odváděli k roku 2013 měsíční pojistné ve výši 54,59 eur (Help gv. at., 2016).

Osoby, které jsou mladší osmnácti let věku nebo ještě neukončily vzdělání či přípravu na budoucí povolání, jsou pojištěny do 26 let věku. Pokud v manželství nejsou děti, musí pojištěnec odvádět za spolupojištění manžela/ky pojistné ve výši 3,4 % vyměřovacího základu určeného z příjmu pojištěnce, jinak je toto spolupojištění zdarma (Help gv. at., 2016).

Sazba pojistného

Výše pojistného závisí na výši hrubé mzdy. V Rakousku mají určité typy zaměstnaní odlišný podíl na zdravotní pojištění. Celková sazba pro všechny je ale stejná, celkem k roku 2013 činila 7,65 % hrubé mzdy. U osob, u kterých přesahuje hrubá mzda výši maximálního vyměřovacího základu (pro rok 2013 4 440 Eur) se část příjmu nezahrnuje nad uvedenou hranici do výpočtu pojistného (Help gv. at., 2016).

Na platbách pojistného se podílejí jak zaměstnanec, tak zaměstnavatel a to zhruba polovinu hradí zaměstnanec a polovinu zaměstnavatel. Příspěvek na zdravotní pojištění zaměstnavatel strhne zaměstnanci ze mzdy a odvede jej zdravotní pojišťovně. V roce 2005 byl zaveden evropský zdravotní průkaz a tak se dále vybírá roční poplatek za pojištěnce (10,3 eur k roku 2014). (Help gv. at., 2016).

V Rakousku je možné se pojistit soukromě. Soukromé pojištění nabízí vedle svobodné volby zvolení nemocnice a lékaře dále dvojlůžkový pokoj se sociálním zařízením, TV, příplatky za návštěvy, atd. (Deutsch info, 2016).

Působnost k roku 2008 mělo devět regionálních, pět profesních a osm podnikových zdravotních pojišťoven, které si mezi sebou nekonkurují, ale mají poměrně velké pravomoci. Například rozhodují o výši spoluúčasti svých pojištěnců. (Němec 2008) V roce 2011 mělo téměř 100 % rakouského obyvatelstva zdravotní pojištění (Hit Austria, 2013).

4.4 Indikátory zdravotního systému

Tabulka č. 9 – Vybrané ukazatele zdravotního systému v Rakousku za roky 2010 - 2013

Indikátor	2010	2011	2012	2013
Střední stav obyvatelstva	8 361 069	8 388 534	8 426 311	8 468 570
Lékaři na 100 000	480	484	490	499
Lůžka na 100 000	742	768	768	765
Předpokládaná délka života	80,7	81,1	81,0	81,2

Zdroj: vlastní zpracování podle WHO (2015)

Z tabulky č. 9 lze zpozorovat, že celkový počet obyvatel se v Rakousku za roky 2010 – 2013 zvýšil o 107 501, procentuálně o 1,26 %. Počet lékařů se v Rakousku příliš nezvětšuje, ale je lepší, než aby se zmenšoval, celkové zvýšení za toto období bylo celkem o 19 lékařů na 100 000 obyvatel, což činí ani ne nárůst o 4 %. Počet lůžek vzrostl během roku 2010 a 2011 o 26 lůžek na 100 000 obyvatel, důvod většího počtu lůžek mohl znamenat levnější způsob pro základní péči. Předpokládaná délka života značí zhruba okolo 81 let, což značí dobrý zdravotní stav.

Tabulka č. 10 – Veřejné výdaje na zdravotnictví v Rakousku za roky 2010 – 2013

Rok	Hodnota (mil. eur)	Podíl na HDP (v %)	Podíl na celkových výdajích (v %)
2010	22 684,8	7,7	76,14
2011	23 283,0	7,5	76,16
2012	24 445,7	7,7	76,37
2013	24 826,5	7,7	76,20

Zdroj: vlastní zpracování podle OECD (2015)

Hodnota veřejných výdajů na zdravotnictví v Rakousku během let 2010 a 2013 ukazuje v tabulce č. 10 nárůst o 2 141,7 milionů eur, procentuálně o 8,63%. Podíl na HDP zůstává přibližně konstantní a vyznačuje vyšší hodnotu, než je průměrná hodnota OECD. Podíl na celkových veřejných výdajích je také zhruba konstantní

a pohybuje se okolo 76 %. Mezi nejdůležitější zdroje financování v Rakousku patří prostředky veřejného zdravotního pojištění (Barták, 2010).

Tabulka č. 11 – Soukromé výdaje na zdravotnictví v Rakousku za roky 2010 – 2013

Rok	Hodnota (mil. eur)	Podíl na HDP (v %)	Podíl na celkových výdajích (v %)
2010	7 108,7	2,4	23,86
2011	7 294,6	2,4	23,86
2012	7 563,9	2,4	23,63
2013	7 754,6	2,4	23,80

Zdroj: vlastní zpracování podle OECD (2015)

Tabulka č. 11 ukazuje, že soukromé výdaje na zdravotnictví v Rakousku zaznamenaly v letech 2010 – 2013 nárůst o 645,9 milionů eur, procentuálně je to zvýšení o 8,33 %. Podíl na HDP je konstantní a hodnota 2,4 % je rovna průměrné hodnotě OECD. Podíl na celkových výdajích se pohybuje okolo 24 % a je také přibližně konstantní.

Z prostředků soukromého zdravotního pojištění jsou nejčastěji hrazeny výkony v rámci lůžkové péče a výkony lékařů, kteří nemají s veřejnými zdravotními pojišťovnami. Lůžková péče zahrnuje například nadstandardní pokoje a poplatky za pobyt v nemocnici (Barták, 2010).

Tabulka č. 12 – Celkové výdaje na zdravotnictví v Rakousku za roky 2010 – 2013

Rok	Hodnota (mil. eur)	Podíl na HDP (v %)
2010	29 793,6	10,1
2011	30 577,7	9,9
2012	32 009,7	10,1
2013	32 581,1	10,1

Zdroj: vlastní zpracování podle OECD (2015)

V tabulce č. 12 lze vidět, že hodnota celkových výdajů na zdravotnictví v Rakousku stoupla za roky 2010 až 2013 přibližně o 2 788 milionů eur, tato hodnota

představuje nárůst o 8,6 %, přesto se podíl na celkovém HDP neměnil, pouze mezi roky 2010 a 2011, kdy poklesl podíl o 0,2 %, i když výdaje na zdravotnictví vzrostly. Podíl výdajů na celkovém HDP představuje ve sledovaném období hodnotu 10 %, což je více, než průměr OECD.

5 Zdravotní systém v České republice

5.1 Základní princip zdravotního systému

Zdravotní systém v České republice je založen na modelu národního zdravotního pojištění. To znamená, že každý občan má povinnost hradit zdravotní pojištění, které je definováno jako podíl ze svého příjmu, a musí mít povinné členství u zdravotní pojišťovny. Toto pojištění je povinné pro všechny obyvatelé bez výjimky a představuje charakter zdravotní daně. Občané, kteří nejsou ekonomicky aktivní, jsou také povinni hradit pojištění, ale hradí jej za ně stát (Janečková, Hnilicová, 2009).

Tento systém funguje na principu solidarity, to znamená, jak již bylo výše uvedeno, že občané přispívají do fondu zdravotního zařízení podle svých finančních možností a čerpají zdravotní péči podle potřeb (Zákon č. 48/1997 Sb.).

5.2 Poskytování zdravotní péče

Poskytování zdravotní péče

Péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních a dalších organizacích, které jsou uspořádány mezi sítí zdravotnických zařízení. Strukturu zdravotnických zařízení tvoří zařízení, která patří státu, obcím a fyzickým a právnickým osobám. Do druhů těchto zařízení patří nemocnice, odborné léčebné ústavy, lázeňské léčebny, lékárny, zvláštní zdravotnická zařízení (kojenecké ústavy, dětské domovy, stacionáře, jesle, atd.) a samostatná ambulantní zařízení (Krebs a kol., 2010).

Většina poskytovatelů zdravotnických služeb základní péče, zhruba 95 %, jsou v soukromém vlastnictví. Pacienti se registrují u primárních lékařů na základě svobodné volby, a mohou jednou za tři měsíce své rozhodnutí změnit a přejít k jinému lékaři. Primární lékaři nezastávají přímo úlohu tzv. „gatekeepera“, ale pacienti často získávají péči od specialisty (Hits Czech republic, 2015).

Sekundární péče v České republice je nabízena hlavně soukromými praktickými specialisty, zdravotními centry, poliklinikami, nemocnicemi a specializovanými nemocničními zařízeními. Po různých reformách v roce 1990, nemocnice, které dříve patřily státu, jsou nyní vlastněné například vládními ministerstvy, kraji, soukromými subjekty a kostely. Téměř všechny lékárny v České republice fungují jako soukromé podniky a zejména v městských oblastech se rozšířil trend rostoucích lékárenských řetězců (Hits Czech republic, 2015).

Proplácení péče je uskutečňováno bez účasti pacienta na základě smlouvy, kterou má zdravotní pojišťovna a poskytovatel zdravotní péče (Krebs a kol., 2010).

Pojištěnci a plátcí

Podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění si pojištěný může sám zvolit zdravotní pojišťovnu a poskytovatele zdravotní péče, a zdravotní pojišťovna musí naopak přijmout všechny uchazeče, kteří mají na pojištění zdravotní pojištění nárok. Příspěvky povinného zdravotního pojištění jsou povinné a záleží na příjmu nebo mzdě pacienta, a jsou hrazené zaměstnavateli, zaměstnanci a osobami samostatně výdělečně činnými. Ekonomicky neaktivním obyvatelům hradí tyto příspěvky stát (Hits Czech republic, 2015).

Plátcí pojistného představují, podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zaměstnanci a zaměstnavatele, osoby samostatně výdělečně činné, osoby bez zdanitelných příjmů a stát (Krebs a kol., 2010).

5.3 Organizace zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění je povinné pro všechny osoby, které mají trvalý pobyt v České republice nebo jsou zaměstnané u zaměstnavatele, sídlícího na území České republiky (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2016).

Počet zdravotních pojišťoven se i v České republice snižuje, pro zajímavost, v roce 1995 bylo v České republice celkem 27 zdravotních pojišťoven, jejich počet následně klesal a k 1. 1. 2016 má Česká republika celkem sedm zdravotních pojišťoven. Pojišťovny jsou samostatně výdělečnými orgány, které pracují jako plátcí a odběratelé zdravotní péče (Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky, 2016).

Od 1. ledna 2016 se změnila výše plateb zdravotního pojištění. Změny se týkaly všech skupin plátců pojistného. Sazba pojistného k roku 2016, činí v České republice 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období (zaměstnavatel rovnou strhne zaměstnanci 4,5 % z hrubé mzdy a dalších 9 % přidá z vlastních odvodů). V případě zaměstnance hradí jednu třetinu zaměstnanec a zbylé dvě hradí zaměstnavatel. Vyměřovací základy jsou součástí častých změn především v nastavení minimálního a maximálního vyměřovacího základu (Krebs a kol. 2010).

Minimální vyměřovací základ u OSVČ činí k 1. 1. 2016 50 % jejich příjmů ze samostatné činnosti, po odečtu výdajů, které byly vynaloženy na dosažení, zajištění a udržení příjmů. Minimální vyměřovací základ u OSVČ se odvíjí na základě průměrné

mzdy a pro rok 2016 činí průměrná měsíční mzda 27 006 Kč, to znamená, že minimální výše měsíčního vyměřovacího základu činí 13 503 Kč a minimální měsíční záloha tak činí 1 823 Kč (v roce 2015 tato výše činila 1 797 Kč). Minimální vyměřovací základ u zaměstnanců představuje minimální mzdu, která se k 1. 1. 2016 také zvýšila, z částky 9 200 na 9 900 Kč, pojistné tedy činí 1 337 Kč (v roce 2015 dosahovalo 1 242 Kč). Stát za pojištěnce k roku 2016 hradí pojistné ve výši 870 Kč měsíčně (v roce 2015 to bylo 845 Kč) což představuje výši 6 444 Kč vyměřovacího základu. U osob bez zdanitelných příjmů je to stejné jako v případě zaměstnanců, a to 1 337 Kč měsíčně (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2016).

5.4 Indikátory zdravotního systému

Tabulka č. 13 – Vybrané ukazatele zdravotního systému v ČR

Indikátor	2010	2011	2012	2013
Střední stav obyvatelstva	10 517 247	10 496 672	10 509 286	10 510 719
Lékaři na 100 000	358	364	368	369
Lůžka na 100 000	701	684	666	646
Předpokládaná délka života	77,7	78	78,2	78,3

Zdroj: vlastní zpracování podle WHO (2015)

Jak lze vidět v tabulce č. 13 střední stav obyvatelstva se v České republice příliš nemění, mezi roky 2010 a 2011 stav obyvatelstva klesl, bylo to způsobeno větší úmrtností než narozením a byl větší počet vystěhovalých než přistěhovalých. Počet lékařů na 100 000 obyvatel zůstává přibližně stejný, za sledované období se vzrostl počet lékařů o 11 lékařů na 100 000 obyvatel, procentuálně je tato změna pouze o 2,98 %. Počet lůžek pro nemocnice na 1 000 obyvatel klesá, ze 701 na 646 to bylo zhruba o 8,5 %. K tomuto stavu dochází díky technickému pokroku ve zdravotnictví léčby tak trvají kratší dobu, proto není tolik lůžek potřeba. Předpokládaná délka života se postupně zvyšuje, je to způsobeno pozitivními faktory, které ovlivňují zdraví populace.

Tabulka č. 14 – Veřejné výdaje na zdravotnictví v České republice za roky 2010 – 2013

Rok	Hodnota (mil. Kč)	Podíl na HDP (v %)	Podíl na celkových výdajích (v %)
2010	228 768	5,8	83,8
2011	236 073	5,9	84,2
2012	238 960	5,9	84,0
2013	241 635	6,0	83,3

Zdroj: vlastní zpracování podle OECD (2015)

Drtivá většina výdajů na zdravotnictví jde přes systém státního zdravotního pojištění a prostřednictvím státních příspěvků skupin ekonomicky neaktivních jedinců. Vzhledem k širokému balíčku přínosu ze statutárního zdravotního pojištění, hraje dobrovolné zdravotní pojištění jen okrajovou roli.

Hlavním zdrojem financování státního zdravotního pojištění v České republice hrají příspěvky z měsíční mzdy, které odvádějí zaměstnavatelé, zaměstnanci a OSVČ. Dále sem patří příspěvky, které odvádí stát za skupiny ekonomicky neaktivních obyvatel. V tabulce č. 14 hodnota veřejných výdajů v České republice za sledované období vzrostla o 12 867 milionů Kč, což činí nárůst přibližně o 5,32 %. Přesto podíl na celkových výdajích mírně klesá, to je způsobeno tím, že vláda má zájem o to, aby rostl podíl výdajů soukromých. Podíl na HDP se velmi mírně zvyšuje, přesto je jeho hodnota stále nižší než je průměrná hodnota OECD.

Tabulka č. 15 – Soukromé výdaje na zdravotnictví v České republice za roky 2010 – 2013

Rok	Hodnota (mil. Kč)	Podíl na HDP (v %)	Podíl na celkových výdajích (v %)
2010	45 754	1,2	16,2
2011	45 358	1,1	15,8
2012	46 388	1,1	16,0
2013	45 572	1,1	16,7

Zdroj: vlastní zpracování podle OECD (2015)

Tabulka č. 15 představuje soukromé výdaje v České republice, a je možné vidět, že nejsou příliš vysoké a drtivá část těchto výdajů připadá na přímé úhrady domácnostní. Hodnota soukromých výdajů oproti veřejným má mírné poklesy a největší pokles ve sledovaném období zaznamenala v letech 2012 – 2013, i když se podíl na celkových výdajích zvýšil. Tento pokles byl o 816 milionů Kč, což je přibližně o 1,75 %. Podíl na HDP zůstal přibližně stejný, ale jeho hodnota je oproti OECD stále nízká.

Tabulka č. 16 – Celkové výdaje na zdravotnictví v České republice za roky 2010 – 2013

Rok	Hodnota (mil. Kč)	Podíl na HDP (v %)
2010	274 522	7,4
2011	281 431	7,5
2012	285 348	7,5
2013	287 208	7,2

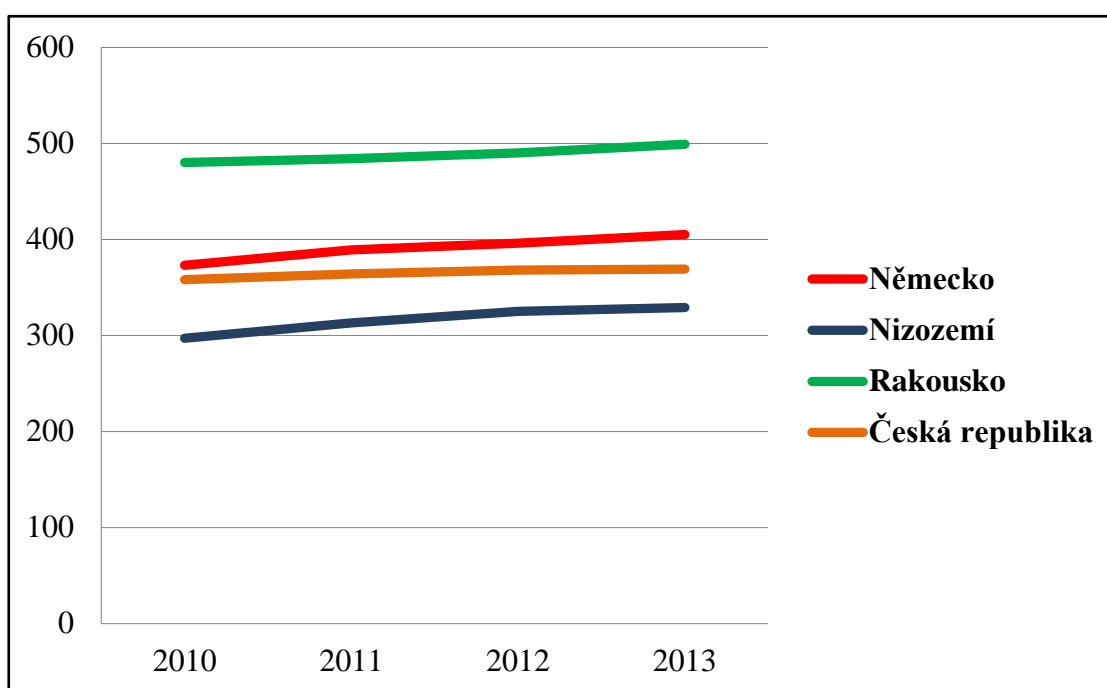
Zdroj: vlastní zpracování podle OECD (2015)

Tabulka č. 16 představuje hodnotu celkových výdajů na zdravotnictví v České republice a podíl na HDP v %. Hodnota celkových výdajů vzrostla o 12 686 milionů korun, procentuálně se zvýšila o 4,41 %. Za sledované období vykazovala Česká republika okolo 7 % podílu na HDP, ale průměr celkových výdajů na zdravotnictví v OECD je vyšší než v České republice.

6 Komparace zdravotních systémů

V rámci následné komparace jsou porovnávány země Německo, Nizozemí, Rakousko a Česká republika. Porovnání probíhá na základě analýzy zdravotních systémů vybraných zemí. Je zde provedena komparace počtu lékařů, předpokládané délky života a výdajů na zdravotnictví. Komparováno je v období 2010 až 2013 z důvodu dobré dostupnosti dat. Zvolené indikátory k porovnání patří k nejsledovanějším v rámci zdravotnictví.

Obrázek č. 6: Počet lékařů na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích v letech 2010 – 2013

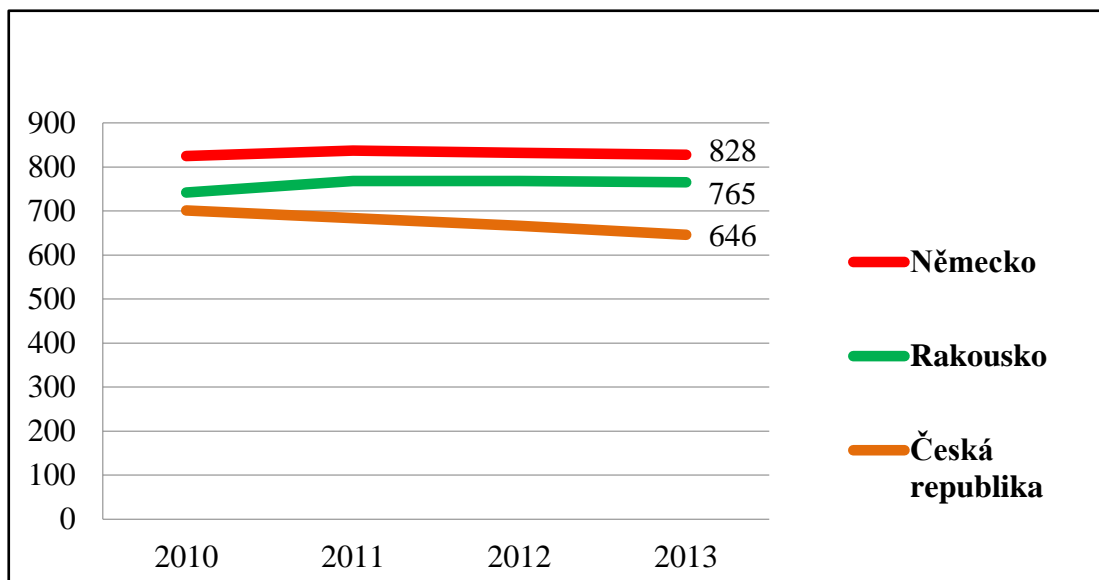


Zdroj: vlastní zpracování podle tabulky č. 1, 5, 9 a 13 (2016)

Obrázek č. 6 zobrazuje počet lékařů na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích, v porovnání mezi roky 2010 až 2013. Všechny země mají mírnou tendenci růstu počtu lékařů. Z obrázku dále vyplývá, že s nejvyšším počtem lékařů je na tom Rakousko a s nejnižším počtem Nizozemí. Rakousko má ale nejnižší počet obyvatel v rámci porovnávaných zemí (tabulka č. 9). Tento fakt může znamenat například to, že se v Rakousku lékařům, i přes nižší počet obyvatel, daří. Česká republika a Německo mají přibližně stejný počet lékařů na 100 000 obyvatel, i když populace v Německu je mnohonásobně krát větší než právě v České republice. Jak se bude počet lékařů vyvíjet nadále, není celkem jasné, záleží totiž na mnoha faktorech, které

ovlivňují nárůst či úbytek lékařů. Lékaře pravděpodobně ze všeho nejvíce bude lákat nabídka vyššího platu.

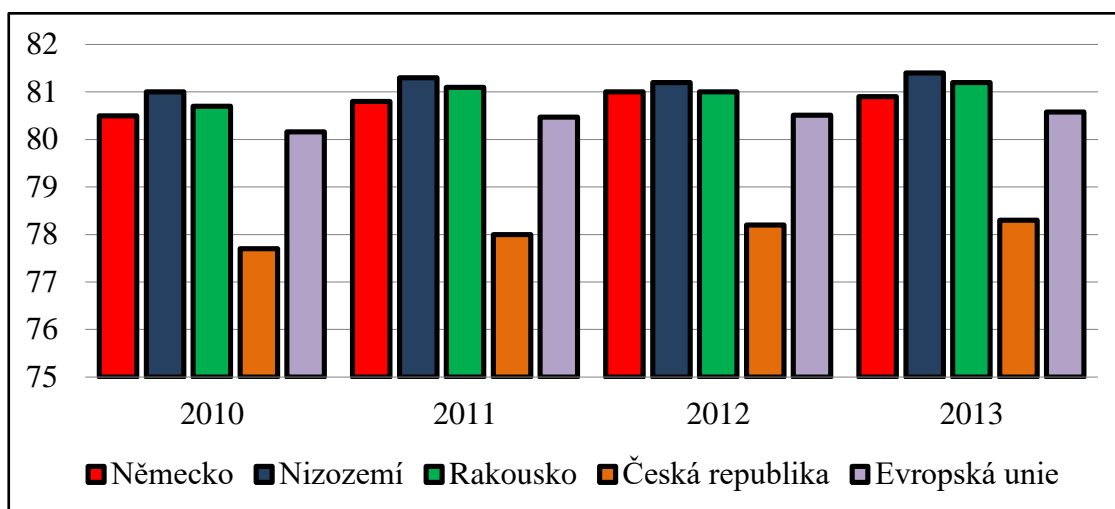
Obrázek č. 7: Počet lůžek na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích v letech 2010 – 2013



Zdroj: vlastní zpracování podle tabulek 1, 9 a 13 (2016)

Na obrázku č. 7 je znázorněn počet lůžek na 100 000 obyvatel v daných zemích a poslední sledovaná hodnota k roku 2013. Nejlépe si v tomto případě vede Německo a počet lůžek se za sledované období neměnil. Pokles zaznamenala Česká republika. Přesto je počet lůžek v porovnání s celosvětovým průměrem (250 lůžek na 100 000 obyvatel) na vysoké úrovni. V bohatých zemích připadá průměr zhruba na 590 nemocničních lůžek na 100 000 obyvatel. Nizozemí zde není porovnáváno z důvodu nedostupnosti informací, poslední nalezená informace je k roku 2009 a počet nemocničních lůžek v tomto roce byl 466 na 100 000 obyvatel. Pokud by došlo ke snížení počtu lůžek, nemuselo by to znamenat špatný vývoj zdravotnictví, protože technologický pokrok vede k tomu, že již není tolik lůžek potřeba. Omezení počtu lůžek má těsnou souvislost se zkrácením střední doby pobytu v nemocnici a počtem přijatých a propuštěných pacientů z nemocnice. Dále snižováním lůžek dochází i ke snižování nákladů na nemocniční péči. Takže vysoký počet lůžek ano, ale v případě, že jsou plně využita a využitelná pacienti (Fin expert, 2014).

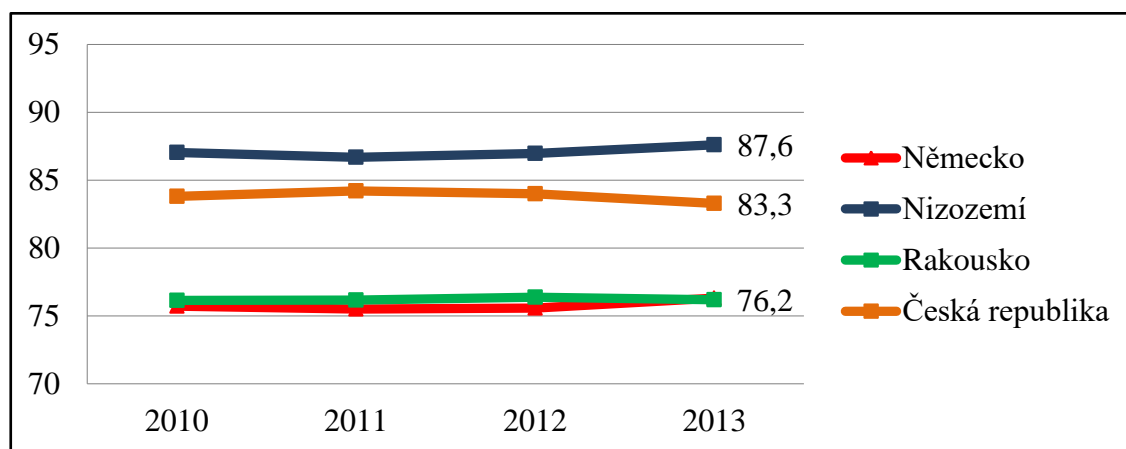
Obrázek č. 8: Předpokládaná délka života ve vybraných zemích v letech 2010 – 2013



Zdroj: vlastní zpracování podle tabulek č. 1, 5, 9, 13 a WHO (2016)

Délka a kvalita života závisí na řadě faktorů, které jej ovlivňují. Pokud by byla zvažována předpokládaná doba dožití jako ukazatel kvality zdravotnictví, je z obrázku č. 8 zřejmé, že Německo, Nizozemí i Rakousko si vedou dobře i co se týče průměru Evropské Unie. V České republice by se dala situace vyhodnotit jako podprůměrná, ale prakticky nic to neznamena, jelikož se předpokládaná délka života rok od roku zvyšuje, což značí zlepšování kvality zdravotní péče. V ostatních zemích i průměr Evropské unie vykazuje také nárůst střední délky života. Samozřejmě, čím déle se lidé dožívají, tím více jich je a tím více rostou i náklady na zdravotnictví, protože je známo, že starší lidé potřebují zdravotní péči více, než například studenti či lidé ve středním věku. V 21. století již lze vyléčit dříve nevléčitelné nemoci, což má za následek také zvyšování průměrného věku obyvatelstva.

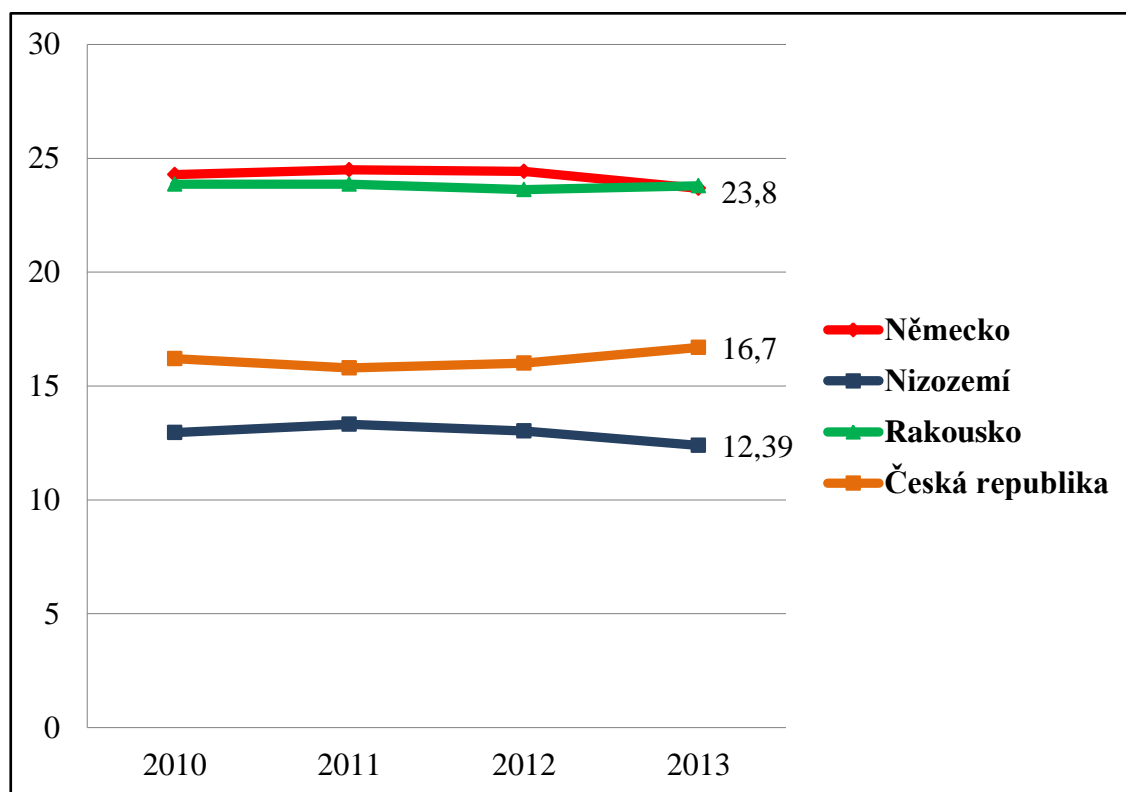
Obrázek č. 9: Veřejné výdaje jako % podíl na celkových výdajích ve vybraných zemích v letech 2010 – 2013



Zdroj: vlastní zpracování podle tabulek 2,6,10 a 14 (2016)

Jak lze vidět na obrázku č. 9, systém financování porovnávaných zemí je převážně založen na získávání peněžních prostředků z veřejného zdravotního pojištění, tedy z veřejných zdrojů. Největší podíl veřejných výdajů na celkových výdajích vykazuje Nizozemí, které k roku 2013 mělo přibližně 87,6 % podíl, hned po něm navazuje Česká republika s 83,3 % a s téměř stejnou hodnotou je na tom Rakousko a Německo, které mají přibližně stejný podíl veřejných výdajů, a to okolo 76 %. Podíly na celkové výdaje ve sledovaném období měly mírně rostoucí tendenci, až na Českou republiku, která zaznamenala pokles tohoto podílu, o zhruba 1%.

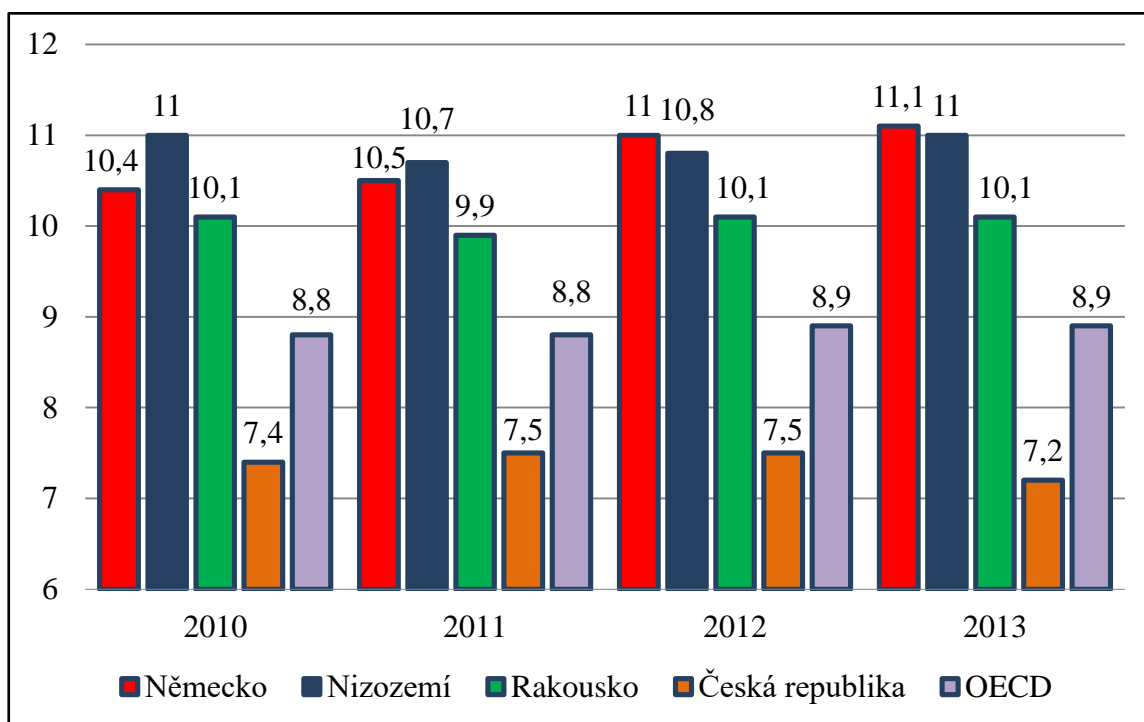
Obrázek č. 10: Soukromé výdaje jako % podíl na celkových výdajích ve vybraných zemích v letech 2010 – 2013



Zdroj: vlastní zpracování podle tabulek 3,7,11 a 15 (2016)

Obrázek č. 10 představuje % podíl soukromých výdajů na výdajích celkových, sledovaný mezi roky 2010 – 2013. Soukromé výdaje, jak již bylo řečeno, představují z největší části výdaje domácností. Tyto výdaje na zdravotní péči stále pokrývají pouze malou část celkových nákladů. Vlády vybraných zemí mají za cíl tento podíl zvyšovat, a to se příliš nedaří a tento podíl mírně klesá. Největší podíl soukromých výdajů na výdajích veřejných představuje Německo a Rakousko, a to přibližně stejnou hodnotu okolo 23,8 %. V České republice se podíl na celkových výdajích v letech 2012 – 2013 zvýšil, přibližně o 1 %. Nejnižší podíl představuje Nizozemí, které vykazuje hodnotu přibližně 12,39 %.

Obrázek č. 11: Celkové výdaje jako podíl na HDP v % ve vybraných zemích v letech 2010 – 2013



Zdroj: vlastní zpracování podle tabulek 4,8,12 a 16 (2016)

Jak lze vidět z obrázku č. 11, Česká republika vykazuje nejnižší hodnotu podílu celkových výdajů na HDP, dokonce i nižší než průměrná hodnota OECD. V letech 2012 – 2013 zaznamenal tento podíl mírný pokles o 0,3 %. Naopak Německo, Nizozemí a Rakousko zaznamenávají vyšší hodnoty, než je průměr OECD, tyto hodnoty se pohybují od 10 do 11 %, Česká republika měla ve sledovaném období hodnotu podílu pouze okolo 7,5 %, ale při porovnání s ostatními hodnocenými zeměmi je tato hodnota podprůměrná. Dá se proto konstatovat, že Česká republika je na tom nejhůře, co se týče podílu celkových výdajů na zdravotnictví HDP. I přes nízký podíl HDP v České republice, si Česká republika vede velmi dobře s perinatální úmrtností v Evropě (viz příloha A), kterou lze považovat za ukazatel, kterým se dá hodnotit vyspělost zdravotnictví.

I když se podíly na HDP příliš nemění, celkové výdaje na zdravotnictví ve všech sledovaných zemích rostou. Růst výdajů na zdravotnictví představuje obvyklý vývoj, protože technologie jsou stále dokonalejší, ale zároveň i nákladnější. Dále zvyšování průměrného věku obyvatelstva, mimo jiné, zvyšuje náklady spojené s péčí, například růst nákladů na léky nebo vyšší náklady na technologické vybavení.

Tabulka č. 17 – Počet celkových výdajů v eurech a dolarech na osobu ve vybraných zemích v roce 2013

Země	Počet celkových výdajů na osobu (v eurech)	Počet celkových výdajů na osobu (v USD)
Německo	4 342,09	4 818,9
Nizozemí	4 623,22	5 130,9
Rakousko	4 102,59	4 553,1
Česká republika	1 837,79	2 039,6
OECD	3 111,07	3 452,7

Zdroj: vlastní zpracování, vlastní výpočty podle OECD a převodníku měn (2015)

Tabulka č. 17 je informativního charakteru, poukazuje na absolutní vyjádření celkových výdajů na osobu v eurech a amerických dolarech. Nejnižší výdaje na osobu vykazuje Česká republika, tato hodnota činila k roku 2013 1 837,79 eur, a je to téměř o polovinu méně než v ostatních zemích. Nizozemí představuje nejvyšší hodnotu a to 4 623,22 eur celkových výdajů na osobu. Německo a Rakousko, jak lze vidět i v jiných porovnáních, je na přibližně stejné úrovni a to okolo 4 300 eur. Je důležité brát ohled na celkový HDP na obyvatele ve vybraných zemích. HDP na obyvatele mají Německo, Nizozemí i Rakousko o dost vyšší než je tomu v České republice (viz příloha B). Samozřejmě je důležité pozorovat i jiné faktory související ovlivněním celkových výdajů dané země, jako například inflace, obyvatelstvo, průměrné mzdy a mnoho dalších, které byly také uvedeny v předchozích kapitolách (Český statistický úřad, 2016).

7 Výhody a nevýhody porovnávaných systémů

Jelikož hodnocené systémy zdravotního pojištění v Německu, Nizozemí, Rakousku a České republice spadají pod stejný systém zdravotního pojištění, a to pojištění, které se týká především povinného veřejného zdravotního pojištění, nebo také bismarckovského modelu zdravotnictví, je možné jednotlivé země porovnávat a potom stanovit výhody a nevýhody jednotlivých systémů zdravotnictví. Samozřejmě, že se tyto země od sebe odlišují a všechny země, nejen ty porovnávané, mají tak trochu odlišný způsob řízení a fungování daného systému.

7.1 Výhody

Solidarita

V systému veřejného zdravotního pojištění se vyskytuje několik rovin solidarity. Na úrovni financování se jedná o solidaritu mezi těmi, kteří peníze vydělávají s těmi, kteří čerpají zdravotní péči. Co se týče úrovně státu, pojišťovny s méně nákladnými pojištěními solidarizují s více nákladnějšími pojištěními, a uvnitř každé pojišťovny solidarizují zdravější s nemocnějšími pojištěními (Zdraví, 2009). Bohužel se ale k roku 2016 solidarita v Evropských zemích snižuje. Je tomu z důsledku uprchlické krize, která je k roku 2016 aktuální (České noviny, 2016). Solidarita lze brát jako vyšší podíl veřejnosti na zdravotním pojištění. Co se týče veřejného zdravotního pojištění, má Nizozemí a Česká republika největší podíl, z toho důvodu tyto dvě země lze připustit jako solidárnější.

Vysoká dostupnost a kvalita zdravotní péče

Na dostupnost zdravotní péče mají nejvíce vliv zejména postoje a počty poskytovatelů zdravotní péče, zvláště pak počty lékařů. Nejlépe je v tomto pohledu na základě komparace Rakousko, které má největší počet lékařů. Dále se k tomuto bodu řadí spotřeba zdravotní péče, u které lze považovat počet dostupných lůžek ve vybraných zemích. V tomto ohledu je na tom nejlépe Německo, které je v komparaci i jako druhé v počtu lékařů na 100 000 obyvatel. Čím větší je počet odborných zdravotních pracovníků poskytující zdravotní péči, tím se zvyšuje i její spotřeba. Kvalita zdravotní péče je i známkou předpokládané délky života, na tom je v rámci komparace nejlépe Nizozemí.

Svobodný výběr a pluralita poskytovatelů zdravotní péče

Ve všech systémech je velký výběr počtu poskytovatelů zdravotní péče a také pojišťoven. V Německu, Nizozemí a České republice je možné si samostatně zvolit pojišťovnu i poskytovatele zdravotní péče, ale v Rakousku to možné není. V Rakousku je pojištěný přidělen buď podle zaměstnavatele, nebo podle místa bydliště k určité pojišťovně, pojišťovny si tak mezi sebou nekonkurují, což značí samo o sobě určité výhody a nevýhody. Výhodou může být to, že si občané nemusí rozmyslet, k jaké pojišťovně přejdou, nemusí se tak rozhodovat a porovnávat, která pojišťovna je lepší. Pokud by ale Rakouský občan nebyl s pojišťovnou spokojen, nemůže s tím, pokud by nezměnil zaměstnavatele nebo místo bydliště, nic dělat.

Povinnost pojistit všechny občany

Dále je ve všech vybraných zemích povinnost pojišťoven uzavřít pojištění s každým, kdo o něj zažádá, bez ohledu na zdravotní stav pacienta.

Možnost doplňkového připojištění nebo soukromého pojištění

Ve všech zemích je možnost připojištění soukromým nebo doplňkovým připojištěním, které si pacienti hradí sami, toto pojištění garantuje nadstandardní služby. Největší podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví představuje Německo a Rakousko.

7.2 Nevýhody

Vysoká cena péče

Obecným problémem pojišťovnictví každého státu a jednotlivých systémů je vysoká nákladovost, která se týká jak veřejného zdravotního pojištění, tak i soukromého, případně doplňkového připojištění. Nejvyšší výdaje na zdravotnictví náleží Nizozemí, které má ale také největší podíl celkových výdajů na HDP v %. Nákladovost a výdaje jsou celkově diskutovaným tématem. Nizozemské Ministerstvo zdravotnictví, sociální péče a sportu zveřejnilo v roce 2013 zprávu o budoucnosti zdravotní péče, kde se zmiňuje o nárůstu výdajů díky pořizování dražší zdravotnické techniky, ale tím se zvyšuje kvalita zdravotní péče a lepší informovanost občanů. Přesto je však v zájmu zvyšovat spoluúčasť občanů na financování zdravotního systému ve formě soukromého pojištění (CPB Netherlands, 2013).

Vysoké administrativní náklady

Úhrady zdravotní péče neprobíhají ve vybraných zemích přímo od pacientů směrem k poskytovatelům zdravotní péče. Mezi administrativní náklady lze zařadit hlavně provoz pojišťoven, IT technologie, příliš velký počet administrativního personálu, atd. Pojišťovnám tedy vznikají vysoké náklady. Cílem zdravotních systémů by mělo být tyto administrativní náklady snižovat. Co se týče provozních nákladů pojišťoven, Česká republika je na tom nejlépe a vykazovala nejnižší hodnotu s porovnávanými zeměmi. Ostatní země mají hodnotu provozních nákladů daleko vyšší (viz příloha C). V roce 2012 činila hodnota provozních náklad České republiky 3,2 % z vybraných peněz (Zdraví, 2012).

Počet pojišťoven

Vysoký počet pojišťoven představuje i vyšší náklady na provoz. V Německém systému zdravotnictví je vysoký počet zdravotních pojišťoven (k roku 2005 267), které si mezi sebou také konkurují doplňkovými službami. K roku 2016 je v České republice počet zdravotních pojišťoven 7, a v Nizozemí 18 a v Rakousku počet pojišťoven nelze dohledat (Zorgwijzer, 2016).

Odmítnutí pacientů

Všude je možné, že praktický lékař odmítne pacienta, a to z důvodu místa bydliště, protože pacient si může najít lékaře, který je blíže k jeho bydlišti, anebo má praktický lékař příliš velký počet pacientů a další již nenabírá.

Služby soukromého pojištění

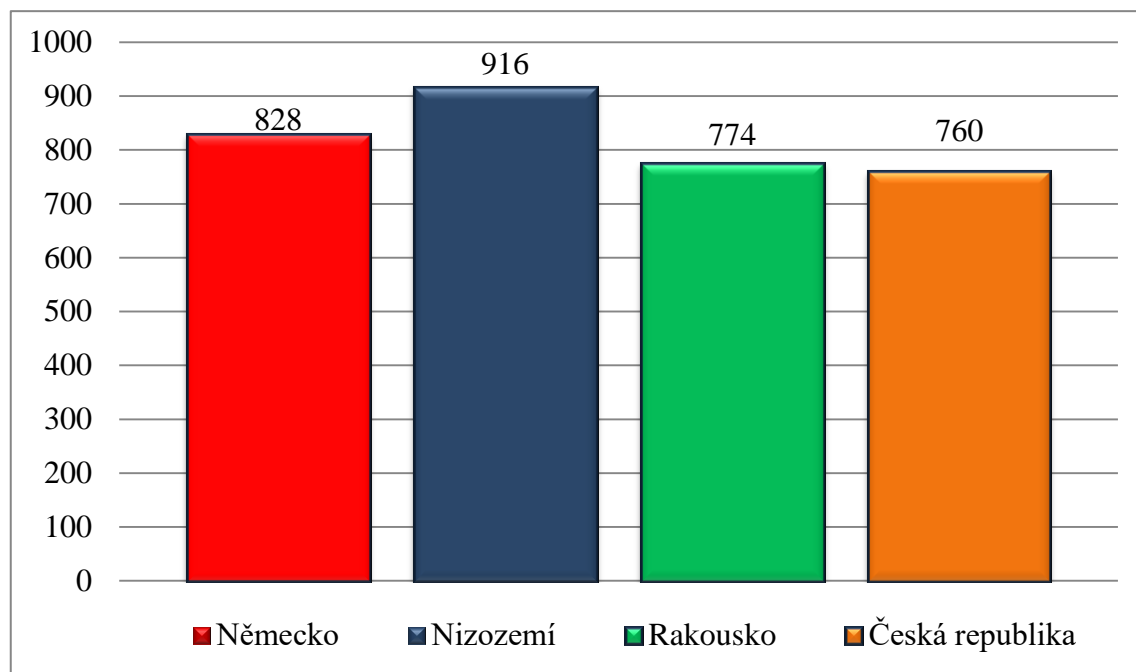
Oproti ostatním státům, Česká republika nemá tak širokou škálu služeb doplňujícího soukromého pojištění, většina služeb se týká pojištění veřejného. Proto má také Česká republika nejnižší podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví.

7.3 Shrnutí

Pro fungování národních systémů zdravotní péče se používá měřítko hodnocení Evropského zdravotního indexu spotřebitele (EHCI). EHCI je devátá studie, kterou prodání Health Consumer Powerhouse Ltd. (HCP) ve zdravotních systémech v 35 Evropských zemích. HCP je švédská soukromá společnost, která se zabývá měřením výkonnosti zdravotní péče v Evropských zemích. EHCI je sestavován na základě určité

kombinace z veřejných statistických údajů, dále pak z patientských průzkumů a výzkumu HCP (Health power house, 2016).

Obrázek č. 12: Celkové hodnocení EHCI ve vybraných zemích v roce 2015



Zdroj: vlastní zpracování podle Health power house (2016)

Na obrázku č. 12 je zobrazené celkové hodnocení EHCI v roce 2015 mezi vybranými zeměmi. V hodnocení EHCI se porovnávají země v roce 2015 umístily následovně: Česká republika na 13. místě se 760 body, Rakousko na 12. místě se 774 body, Německo na 7. místě s 828 body a nejlépe hodnocené Nizozemí na 1. místě s celkovou hodnotou 910 bodů. Hodnocené jsou například čekací doby pacientů, jak hodnotí pacienti svá práva a informace, které poskytují zdravotní poskytovatelé, prevenci proti alkoholu a cigaretám, léky a jejich účinky a mnoho dalších. Nizozemí je jedinou zemí, která se od roku 2005 drží v žebříčku tří nejlépe hodnocených zemí. Je tedy zřejmé, kdo v tomto ohledu zdravotnictví vede (Health power house, 2016).

Závěr

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zanalyzovat a porovnat systémy zdravotního pojištění v Německu, Nizozemí, Rakousku a České republice.

Analýza zdravotních systémů probíhala v kapitolách dvě až pět, kdy bylo nahlédnuto na základní principy zdravotního systému, poskytování služeb, organizace zdravotního pojištění a stanovení indikátorů pro komparaci.

Bylo zjištěno, že všechny čtyři systémy spadají do systému tzv. veřejného zdravotního pojištění, jehož zakladatelem byl Otto von Bismarck. Tyto systémy ale mají kromě veřejného zdravotního pojištění také pojištění doplňující tento systém, a to soukromé pojištění a doplňkové připojištění. Veřejné zdravotní pojištění představuje tedy povinnost, kdy každý občan musí být pojištěn a tím pádem musí být za každého občana pojistné zaplacené. Dále tento systém pracuje na principu solidarity, které bylo v práci několikrát věnováno.

V Německu a Nizozemí funguje péče od specialisty jako tzv. „gatekeeping“, kdy dochází k péči až po doporučení od například praktického lékaře. Pacienti tedy nevyhledávají péči specialisty, a specialisté tak nejsou zatěžováni případy, které nejsou tak závažné.

V šesté kapitole, na základě zvolených indikátorů byly zvoleny i porovnávané roky, a to 2010 až 2013 a na ty se zaměřovaly všechny ukazatele.

Co se týče oblasti počtu lékařů na 100 000 obyvatel, nejlépe na tom ve sledovaném období bylo Rakousko, jehož hodnota se pohybovala okolo 500 lékařů na 100 000 obyvatel, může to být překvapivý údaj, jelikož Rakousko má mezi porovnávanými zeměmi nejnižší počet obyvatel. O zhruba 200 lékařů hůře na tom bylo Nizozemí, jehož hodnota se pohybuje asi okolo 300 lékařů na 100 000 obyvatel. Tento údaj nemusí vykazovat špatnou hodnotu, neboť může být menší počet lékařů, ale za to mohou mít lepší kvalifikaci. Přesto je možné určit, zda-li se lékařům v dané zemi líbí.

U počtu lůžek byly dohledány informace pouze u tří vybraných zemí, u Nizozemí byly dohledány informace pouze k roku 2009 a tato hodnota již může být zcela jiná. Německo, Rakousko a Česká republika si vedou v počtu lůžek nadprůměrně. Nejvyšší počet lůžek vykazuje Německo, které v tomto období nemělo rostoucí ani klesající tendenci. Pokles nemocničních lůžek může znamenat i dobré

hodnoty, kdy je na tom zdravotnictví dobře, tak se zkrátí doba pobytu v nemocnici a tolik lůžek již není potřeba.

V oblasti předpokládané délky života je na tom nejlépe Nizozemí. Délka života ale každým rokem roste ve všech zemích. Česká republika je na tom v této oblasti nejhůře i v průměru Evropské unie.

Největší procentuální podíl veřejných výdajů na celkových zaujímá Nizozemí, to znamená, že v tomto systému je největším zdrojem financování zdravotního pojištění veřejné zdravotní pojištění. Nejmenší podíl naopak patří Rakousku a Německu, které má větší část i z pojištění soukromého. Naopak je tomu u podílu soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví, kde vede Německo a Rakousko, Nizozemí vykazuje nejnižší hodnotu podílu. Česká republika vykázala mírný růst podílu soukromých výdajů v letech 2012 a 2013.

Celkové výdaje na zdravotnictví zaujímají na celkovém HDP malý podíl. Nejhůře je na tom Česká republika, která v tomto období představovala pouze okolo 7,5 %, což je ještě nižší než průměr OECD. Česká republika by tedy měla svůj podíl na HDP zvyšovat, ale ne za účelem zvýšení výdajů na zdravotnictví. Výdaje na zdravotnictví se zvyšují každým rokem ve všech zemích. Tato skutečnost je způsobena nejen technologickým pokrokem, ale také již zmíněnou předpokládanou délkou života, kdy lidé, kteří jsou starší, vyžadují více péče. Technologickým pokrokem se výdaje na zdravotnictví zvyšovat budou, to je už nyní jisté.

Spokojenost občanů se systémem je také důležitá, o tom nás přesvědčuje měřítko hodnocení EHCI, kde se Nizozemí umístilo v roce 2015 s 916 body na prvním místě mezi 35 porovnávanými evropskými zeměmi.

Největší výhodou systému, založeném na principu veřejného zdravotního pojištění, lze považovat dostupnost a kvalita péče, kterou je možno vidět v porovnání počtu lékařů, lůžek a předpokládané délky života. Předpokládaná kvalita zdravotní péče a poskytování zdravotní služeb představují vyšší délku života občanů.

I když jsou porovnávány země ve stejném modelu zdravotnictví, je jejich systém každý nastaven jinak a nelze očekávat, že jestliže funguje něco v zemi jedné, tak bude fungovat i v zemi druhé. Každá země by se měla důkladně, zamyšleně a účinně zaměřit na fungování svého systému, na to, jak ovlivňuje HDP, atd. Tímto krokem by každá země vedle k lepším výsledkům ekonomiky, hospodárnosti, efektivitě a hlavně kvalitnější péči o pacienta.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Vybrané ukazatele zdravotního systému v Německu za roky 2010 - 2013	26
Tabulka č. 2 – Veřejné výdaje na zdravotnictví v Německu za roky 2010 – 2013.....	27
Tabulka č. 3 – Soukromé výdaje na zdravotnictví v Německu za roky 2010 – 2013 ...	27
Tabulka č. 4 – Celkové výdaje na zdravotnictví v Německu za roky 2010 – 2013	28
Tabulka č. 5 – Vybrané ukazatele zdravotního systému v Nizozemí za roky 2010 - 2013	33
Tabulka č. 6 – Veřejné výdaje na zdravotnictví v Nizozemí za roky 2010 – 2013.....	33
Tabulka č. 7 – Soukromé výdaje na zdravotnictví v Nizozemí za roky 2010 – 2013..	34
Tabulka č. 8 – Celkové výdaje na zdravotnictví v Nizozemí za roky 2010 – 2013.....	34
Tabulka č. 9 – Vybrané ukazatele zdravotního systému v Rakousku za roky 2010 - 2013	38
Tabulka č. 10 – Veřejné výdaje na zdravotnictví v Rakousku za roky 2010 – 2013 ..	38
Tabulka č. 11 – Soukromé výdaje na zdravotnictví v Rakousku za roky 2010 – 2013	39
Tabulka č. 12 – Celkové výdaje na zdravotnictví v Rakousku za roky 2010 – 2013 ...	39
Tabulka č. 13 – Vybrané ukazatele zdravotního systému v ČR.....	43
Tabulka č. 14 – Veřejné výdaje na zdravotnictví v České republice za roky 2010 – 2013	44
Tabulka č. 15 – Soukromé výdaje na zdravotnictví v České republice za roky 2010 – 2013	44
Tabulka č. 16 – Celkové výdaje na zdravotnictví v České republice za roky 2010 – 2013	45
Tabulka č. 17 – Počet celkových výdajů v eurech a dolarech na osobu ve vybraných zemích v roce 2013	52

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Faktory ovlivňující zdravotní stav pacienta (v %)	10
Obrázek č. 2: Rozdělení zdravotní péče	12
Obrázek č. 3: Nemocnice v Německu k roku 2013	23
Obrázek č. 4: Podíl pojištění v Německu k roku 2010	24
Obrázek č. 5: Subjekty a trhy v systému zdravotního pojištění v Nizozemí od roku 2006	31
Obrázek č. 6: Počet lékařů na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích v letech 2010 – 2013	46
Obrázek č. 7: Počet lůžek na 100 000 obyvatel ve vybraných zemích v letech 2010 – 2013	47
Obrázek č. 8: Předpokládaná délka života ve vybraných zemích v letech 2010 – 2013	48
Obrázek č. 9: Veřejné výdaje jako % podíl na celkových výdajích ve vybraných zemích v letech 2010 – 2013	49
Obrázek č. 10: Soukromé výdaje jako % podíl na celkových výdajích ve vybraných zemích v letech 2010 – 2013	50
Obrázek č. 11: Celkové výdaje jako podíl na HDP v % ve vybraných zemích v letech 2010 – 2013	51
Obrázek č. 12: Celkové hodnocení EHCI ve vybraných zemích v roce 2015	56

Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
EHCI	Euro Health Consumer Index
HCP	Health Consumer Powerhouse
HDP	Hrubý domácí produkt
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik
USD	Americký dolar
WHO	World health organization

Použité zdroje

Seznam použité odborné literatury

ASPALTER, Christian, Yasuo UCHIDA a Robin GAULD. *Health care systems in Europe and Asia*. New York: Routledge, 2012. ISBN 9780203157992.

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

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005, 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

ČVELA, Rostislav; Libuše ČELEDVÁ; Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 108 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2860-5.

IVAN GLADKIJ A KOLEKTIV., Vojtěch. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 978-807-2269-969.

JANEČKOVÁ, Hana; Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

JELÍNKOVÁ, Ilona. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5093-4.

KREBS, Vojtěch, a kol. *Sociální politika*. Praha: Wolters Kluwer, 2010. ISBN 978-80-7357-585-4.

MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.

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

POTŮČEK, Martin, a kol. *Veřejná politika*. Upr., dopl. a aktualiz. vyd. v českém jazyce. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005, 399 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-50-4.

STREJČKOVÁ, Alice. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ, obor zdravotnický asistent*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2007. ISBN 978-80-7168-943-0.

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

Internetové zdroje

A jak to ve zdravotnictví funguje jinde? *O zdravotnictví* [online]. 2013 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <https://www.ozdravotnictvi.cz/komentare/a-jak-zdravotnictvi-funguje-jinde/>

Compare Dutch health insurance. *Zorgwijzer* [online]. 2016 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <http://www.zorgwijzer.nl/zorgvergelijker/english>

Compulsory Health Insurance in Germany. *Germanyhis* [online]. [cit. 2016-01-27]. Dostupné z: <http://www.germanyhis.com/compulsory-health-insurance-germany/>

Data and Evidence. *WHO* [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://data.euro.who.int/hfad/>

Druhy zdravotní péče. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. 2012 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html

Euro Health Consumer Index 2015. *Health power house* [online]. 2016 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=7&Itemid=54

Germany passes Japan to have world's lowest birth rate - study. *BBC* [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.bbc.com/news/world-europe-32929962>

Health insurance. *Government of the Netherlands* [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <https://www.government.nl/topics/health-insurance/contents/standard-health-insurance>

Health insurance. *How to germany* [online]. [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://www.howtogermy.com/pages/healthinsurance2.html>

Health Systems in Transition (HiT) profile of Czech republic: Provision of services. *The Health Systems and Policy Monitor* [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z:

<http://www.euro.who.int/en/countries/czech-republic/publications3/czech-republic-hit-2015>

Health Systems in Transition (HiT) profile of Germany: Provision of services . *The Health Systems and Policy Monitor* [online]. [cit. 2016-01-27]. Dostupné z: <http://www.hspm.org/countries/germany28082014/livinghit.aspx?Section=5.1%20Public%20health>

Health Systems in Transition (HiT) profile of Germany: Financing. *The Health Systems and Policy Monitor* [online]. [cit. 2016-01-27]. Dostupné z: <http://www.hspm.org/countries/germany28082014/livinghit.aspx?Section=3.1%20Health%20expenditure>

Health Systems in Transition (HiT) profile of Netherlands: Organizational structure. *The Health Systems and Policy Monitor* [online]. [cit. 2016-01-27]. Dostupné z:

<http://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system>

Health Systems in Transition (HiT) profile of Netherlands: Provision of services. *The Health Systems and Policy Monitor* [online]. [cit. 2016-01-27]. Dostupné z: <http://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system>

Health Systems in Transition (HiT) profile of Netherlands: Financing. *The Health Systems and Policy Monitor* [online]. [cit. 2016-01-27]. Dostupné z: <http://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system>

Health Systems in Transition (HiT) profile of Austria: Financing. *The Health Systems and Policy Monitor* [online]. [cit. 2016-01-27]. Dostupné z: <http://www.hspm.org/countries/austria08012013/livinghit.aspx?Section=3.1%20Health%20expenditure>

Health Systems in Transition (HiT) profile of Austria: Provision of services. *The Health Systems and Policy Monitor* [online]. [cit. 2016-01-27]. Dostupné z: <http://www.hspm.org/countries/austria08012013/livinghit.aspx?Section=3.1%20Health%20expenditure>

Health Systems in Transition (HiT) profile of Austria: Organizational structure. *The Health Systems and Policy Monitor* [online]. [cit. 2016-01-27]. Dostupné z: <http://www.hspm.org/countries/austria08012013/livinghit.aspx?Section=3.1%20Health%20expenditure>

HEJDUKOVÁ, PAVLÍNA. *Modely financování zdravotnických zařízení*. Plzeň 2011. Disertační práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta ekonomická. [online]. [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <https://portal.zcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html>

I přes nárůst administrativy mají zdravotní pojišťovny v Česku nejnižší provozní náklady v celé Evropě. *Zdraví* [online]. 2012 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/i-pres-narust-administrativy-maji-zdravotni-pojistovny-v-cesku-nejnizsi-provozni-naklady-v-cele-evrope-465929?category=z-domova>

KRŮTILOVÁ, Veronika. *Analýza základních faktorů ovlivňujících proces implementace u vybraných koncepcí reformy zdravotnictví*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Ing. Marek Pavlík. [online]. [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/76247/esf_m?info=1;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DKr%C5%AFtilov%C3%A1%20veronika%26start%3D1

Následná a dlouhodobá lůžková péče. *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR* [online]. 2012 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/zdravotnicka-zarizeni-a-specializovana-centra/nasledna-a-dlouhodobaluzkova-pece>

OECD Statistics. *OECD* [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/#>

Plátcí. *Všeobecná zdravotní pojišťovna* [online]. 2015 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/2-1-platci-pojistneho-na-zdravotni-pojisteni>

Práva a povinnosti pacienta. *Ordinace* [online]. 2010 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/radce-pacienta-mate-pravo-zvolit-si-lekare-nemocnici-i-zdravotni-pojistovnu/>

Převodník měn. *Finance* [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.finance.cz/makrodata-eu/kalkulacky-aplikace/prevodnik-men/>

Státy podle střední délky života. *Zeměpis* [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.zemepis.com/vek.php>

Solidarita ve zdravotním pojištění. *Zdraví* [online]. 2009 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/solidarita-ve-zdravotnim-pojisteni-447376>

SUCHÁNKOVÁ, A. Zdravotnické systémy ve světě. [online] Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. lékařská fakulta univerzity Karlovy v Praze [cit. 2016-03-25]. Dostupné z:

<http://www.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/vyuka/studijni-materialy/CPHPM2/prednasky/Zdravotnicke-systemy.ppt>

STANOVISKO GENERÁLNÍHO ADVOKÁTA NIILA JÄÄSKINENA. *Eur-lex* [online]. 2010 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=CELEX%3A62009CC0345>

Statistiky. *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/domov>

Svépomocné spolky. *Misec* [online]. 2016 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <http://www.mises.cz/literatura/ne-az-tak-divoky-divoky-kapitalismus-68-kapitola-13-svepomocne-spolky-465.aspx>

System der Pflichtversicherung. *Help gv. at.* [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/27/Seite.270110.html#asvg#asvg>

Šest zakládajících zemí EU vyzývá k evropské solidaritě. *České noviny* [online]. 2016 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/sest-zakladajicich-zemi-eu-vyzyva-k-evropske-solidarite/1313173>

The future of health care. *CPB Netherlands* [online]. 2013 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <http://www.cpb.nl/en/publication/the-future-of-health-care>

URBÁNKOVÁ, M. Zdravotní péče v ČR. [online] 2014. Informační systém, Masarykova Univerzita [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: http://is.muni.cz/el/1451/podzim2014/bp1167/um/1._seminar.ppt

Všeobecná zdravotní pojišťovna. *VZP* [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/>

Základní modely zdravotnických systémů. *Wikiskripta* [online]. 2015 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: <http://www.mises.cz/literatura/ne-az-tak-divoky-divoky-kapitalismus-68-kapitola-13-svepomocne-spolky-465.aspx>

WHO definition of Health. *WHO* [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: WHO definition of Health

Administrative costs of health insurance schemes: exploring the reasons for their variability. *WHO* [online]. 2010 [cit. 2016-03-25]. Dostupné z: http://www.who.int/health_financing/documents/cov-dp_e_10_08-admin_cost_hi/en/

Zdravotní pojištění. *Deutsch info* [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://deutsch.info/cs/essentials/austria/insurance>

Zdravotnictví v EU v řeči čísel. *Fin expert* [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://finexpert.e15.cz/zdravotnictvi-v-eu-v-reci-cisel>

ZPRÁVA o schválených výročních zprávách zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a výroční zpráva a účetní závěrka všeobecné zdravotní pojišťovny. *Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky* [online]. [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/1996ps/tisky/t028500a.htm>

Seznam právních předpisů

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

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

Seznam příloh

Příloha A: Perinatální úmrtnost na 1 000 obyvatel

Příloha B: HDP na obyvatele v amerických dolarech

Příloha C: Podíl provozních nákladů zdravotních pojišťoven z vybraných peněz

Příloha A: Perinatální úmrtnost na 1 000 obyvatel

Země	2010 (v ‰)	2011 (v ‰)	2012 (v ‰)	2013 (v ‰)
Německo	5,35	5,47	5,29	5,45
Nizozemí	4,07	4,13	3,66	3,76
Rakousko	3,01	3,09	2,96	3,13
Česká republika	3,08	3,63	3,63	2,96
Evropská unie	6,12	6,07	6,02	5,99

Zdroj: vlastní zpracování podle WHO (2016)

Příloha B: HDP na obyvatele v amerických dolarech

Země	HDP/obyvatele v USD
Německo	41 960
Nizozemí	44 323
Rakousko	42 950
Česká republika	27 110

Zdroj: vlastní zpracování podle OECD (2016)

Příloha C: Podíl provozních nákladů zdravotních pojišťoven z vybraných peněz

Země	% z celkových nákladů	Rok
Německo	6,2	2006
Nizozemí	4,0	2007
Rakousko	4,9	2007
Česká republika	3,2	2007

Zdroj: vlastní zpracování podle WHO (2010)

Abstrakt

SPIŠÁKOVÁ, Romana. *Komparace zdravotního pojištění ve vybraných zemích*. Plzeň, 2016. 68 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta ekonomická.

Klíčová slova

Zdravotní pojištění, zdravotní systém, zdravotní péče, poskytovatelé zdravotní péče, pacienti, plátcí zdravotního pojištění, veřejné a soukromé výdaje na zdravotnictví

Tato bakalářská práce se zabývá systémy zdravotního pojištění v Německu, Nizozemí, Rakousku a České republice. Cílem práce je definovat základní pojmy, které souvisejí se zdravotní péčí a zdravotním pojištěním, analyzovat systémy vybraných zemí, následně provést komparaci těchto systémů a vymezit jejich klady a zápory. Teoretická část se zabývá definováním základních pojmů, jako například zdraví, zdravotní péče, subjekty zdravotního systému, atd. Analytická část se zabývá analýzou systémů zdravotního pojištění ve vybraných zemích. Jsou zde uvedeny základními principy sledovaných zdravotních systémů, jako jsou např.: poskytování služeb, organizace daného zdravotního pojištění a vybrané indikátory zdravotnictví konkrétní země. Poté je provedena komparace, kde je využito grafického vyjádření na základě zvolených indikátorů daných zemí. Komparovány jsou roky 2010 až 2013. V poslední části práce jsou vymezeny výhody a nevýhody hodnocených systémů zdravotního pojištění.

Abstract

SPIŠÁKOVÁ, Romana. *The comparison of health insurance in chosen countries*. Plzeň, 2016. 68 s. Bachelor Thesis. University of West Bohemia. Faculty of Economics.

Key words

Health insurance, health system, health care, health care providers, patients, health insurance payers, public and private expenditure on health

This Bachelor thesis is focused on the health insurance systems in the Germany, the Netherlands, the Austria and the Czech Republic. The aim of thesis is to define the basic terms related to health care and health insurance, analyze the health systems of selected countries and compare them with each other and then specify their pros and cons. The theoretical part deals with defining the basic terms, for example the health, the health care, subjects of health system, etc. The analytical part analyzes the systems of health insurance in chosen countries. There are presented the basic principles of the monitored health systems, such as: provision of services, the organization of health insurance and selected health indicators of specific country. After there is the comparison, which is used graphic expression based on selected indicators of the countries. The years of comparison was chosen between 2010 to 2013. In the last part of the thesis there are advantages and disadvantages of the evaluated insurance systems.