



**Vysoká škola ekonomická v Praze**

**Fakulta managementu v Jindřichově Hradci**

# **Diplomová práce**

**Eva Prouzová**

*2007*



**Vysoká škola ekonomická v Praze**

**Fakulta managementu v Jindřichově Hradci**

# **Diplomová práce**

**Eva Prouzová**

*2007*



**Vysoká škola ekonomická v Praze**

**Fakulta managementu v Jindřichově Hradci**

*Katedra managementu zdravotnických služeb*

# **Hodnocení dostupnosti zdravotní péče v zemích OECD**

**Vypracovala:**

*Eva Prouzová*

**Vedoucí diplomové práce:**

*prim. MUDr. Rudolf Strítecký*

*Nymburk, duben 2007*

# Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma  
**»Hodnocení dostupnosti zdravotní péče v zemích OECD «**  
jsem vypracovala samostatně.

Použitou literaturu a podkladové materiály  
uvádím v příloženém seznamu literatury.

*Nymburk, duben 2007*

---

podpis studenta

# **Anotace**

## **Hodnocení dostupnosti zdravotní péče v zemích OECD**

Cílem práce je identifikace a určení významu optimálních parametrů charakterizujících a ovlivňujících dostupnost zdravotní péče.

*duben 2007*

# Poděkování

Za cenné rady, náměty a inspiraci

bych chtěla poděkovat

**prim. MUDr. Rudolfo Stříteckému,**

z Vysoké školy ekonomické v Praze,

Fakulty managementu v Jindřichově Hradci.

## Obsah

Úvod .....	1
<b>1. Pojetí zdraví, zdravotnické služby a zdravotní péče .....</b>	<b>2</b>
1.1 Primární péče - základní .....	2
1.2 Sekundární péče - specializovaná .....	3
1.3 Vysoce specializovaná péče - terciární .....	4
<b>2. Financování a úhrady zdravotnických služeb .....</b>	<b>5</b>
2.1 Úhrady ambulantních zdravotnických služeb .....	7
2.2 Úhrady lůžkových zdravotnických služeb .....	8
2.3 Úhrady léčiv .....	9
<b>3. Dostupnost zdravotnických služeb .....</b>	<b>10</b>
3.1 Dostupnost ekonomická .....	10
3.1.1 Systémy zdravotnických služeb .....	12
3.1.1.1 Dělení zdravotnických systémů podle způsobu financování .....	12
3.1.1.2 Dělení zdravotnických systémů podle způsobu vlastnictví .....	16
3.2 Dostupnost časová .....	16
3.3 Dostupnost geografická .....	17
3.4 Dostupnost organizační .....	17
<b>4. Faktory ovlivňující dostupnost zdravotnických služeb .....</b>	<b>17</b>
4.1 Poskytovatelé zdravotnických služeb .....	18
4.1.1 Počet lékařů a zdravotnických zařízení v ČR .....	20
4.1.2 Postoje lékařů .....	22
4.2 Spotřeba zdravotnických služeb .....	24
4.3 Tradice a zvyklosti občanů - pacientů .....	24
4.4 Zdravotní politika státu .....	25
4.4.1 Kvalita zdravotnických služeb .....	26
4.4.2 Ekonomická nákladovost .....	28
4.5 Zdravotní politika ze strany zdravotních pojišťoven .....	28
<b>5. Organizace OECD .....</b>	<b>30</b>
5.1 Orgány OECD .....	31
5.2 Ekonomika zdravotnictví zemí OECD .....	32
<b>6. Hodnocení ekonomické a geograficko-fyzické dostupnosti zdravotnických služeb v zemích OECD .....</b>	<b>34</b>
6.1 Austrálie .....	34
6.2 Belgie .....	36
6.3 Česká republika .....	38
6.4 Dánsko .....	39
6.5 Finsko .....	41
6.6 Francie .....	43
6.7 Island .....	45
6.8 Itálie .....	47
6.9 Kanada .....	49
6.10 Lucembursko .....	51
6.11 Maďarsko .....	53

6.12 Německo .....	55
6.13 Nizozemsko .....	57
6.14 Norsko .....	59
6.15 Nový Zéland .....	61
6.16 Polsko .....	62
6.17 Portugalsko .....	64
6.18 Rakousko .....	66
6.19 Řecko .....	68
6.20 Slovensko .....	70
6.21 Spojené království .....	72
6.22 Španělsko .....	74
6.23 Švédsko .....	76
6.24 Švýcarsko .....	78
6.25 Turecko .....	80
<b>7. Vyhodnocení ekonomické a geograficko-fyzické dostupnosti zdravotnických služeb v zemích OECD.....</b>	<b>82</b>
7.1 Vyhodnocení ekonomické dostupnosti.....	82
7.2 Vyhodnocení geograficko-fyzické dostupnosti.....	86
<b>Závěr .....</b>	<b>89</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>89</b>
<b>Seznam příloh .....</b>	<b>93</b>



## Úvod

Na nejvyšších příčkách lidského žebříčku hodnot se jasně ocitá význam zdraví a zdravotního stavu člověka a to především díky skutečnosti, že zdravotní stav jedince je mnohdy nezbytnou podmínkou pro realizaci jeho vybraných životních cílů a aktivit. Bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace (WHO) dr. Halfdan Mahler napsal: „Zdraví není všechno, ale všechno bez zdraví nestojí za nic.“ A měl samozřejmě pravdu. Avšak zdraví jednotlivce je již věcí nejen jeho samotného, ale i celé společnosti. Jakým způsobem tedy lze docílit toho, aby byly zdravotnické služby poskytované v dostatečné míře a za „rozumnou“ cenu? Na celém světě hledají nejen zdravotní politikové tu správnou míru dostupnosti, která je zárukou včasné zdravotnické pomoci a léčby a zároveň neplýtvá personálními, finančními a materiálními zdroji.

Cílem mé práce bude srovnat dostupnosti zdravotní péče České republiky spolu s dalšími zeměmi OECD podle vybraných indikátorů. Dostupnost zdravotnických služeb je jednou ze základních priorit nejen příjemců a poskytovatelů zdravotní péče, ale i státních zdravotních politik všech států a posuzování dostupnosti ze všech hledisek by bylo příliš náročné. Proto jsem si zvolila dva typy dostupnosti: ekonomickou a geograficko-fyzickou. Zaměřím se na jednotlivé druhy zdravotnických systémů a budu porovnávat jednotlivé ekonomické údaje členských států OECD - podíl výdajů na zdravotnictví na HDP, zdroje financování zdravotnictví, finanční pokrytí zdravotnických služeb. Zároveň se budu snažit popsat infrastrukturu poskytované primární péče podle počtu praktických lékařů, stomatologů a gynekologů na 1 000 obyvatel, jejichž počty v závěru své práce vzájemně porovnáám a zhodnotím.

## **1. Pojetí zdraví, zdravotnické služby a zdravotní péče**

WHO (Světová zdravotnická organizace) definuje zdraví jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze jako nepřítomnost nemoci či vady. V poslední době je zdraví viděno jako prostředek (zdroj) každodenního života a ne jako cíl života. Je to pozitivní pojem zdůrazňující sociální a osobní prostředky a fyzické schopnosti. Naše zdraví ovlivňuje hned několik faktorů různou měrou, mezi něž patří i mimo jiné dostupnost zdravotnických služeb:

- prostředí (40%)
- životní styl – jakým způsobem se staráme o své zdraví (40%)
- **dostupnost zdravotnických služeb (15-17%)**
- genetické faktory

Zdravotnické služby jsou souborem činností a opatření k udržení a prodloužení života a zároveň zvýšení jeho kvality. Dále jsou ZS nástrojem k zlepšení a k udržení zdravotního stavu fyzických osob nebo zmírnění utrpení souvisejícího s nemocí, vadou nebo stavem a v neposlední řadě dopomáhají ke zdravému vývoji budoucích generací.

Pro členění zdravotní péče jsou používána různá kritéria. Z hlediska ekonomické nákladovosti dělíme zdravotní péči na **primární** a **sekundární** (jinak též zvaná všeobecná a specializovaná zdravotní péče). V České republice je dále používán termín Vysoce specializovaná péče – terciární.

### **1.2 Primární péče - základní**

Za základní péči je zpravidla považována primární (všeobecná), jejímž hlavním úkolem je komplexní, dlouhodobé a soustavné sledování vývoje stavu pacienta, se zohledněním všech informací o jeho zdravotním stavu. Nedílnou součástí je také sledování a koordinace návaznosti poskytování primární zdravotní péče na péči sekundární.

Primární zdravotní péče je poskytována ambulantně (ambulantní) nebo v domácím prostředí. Praktičtí lékaři ji zajišťují v jednotlivých ordinacích a sdružených ambulantních zařízeních. Pro další vývoj onemocnění a úrazů je kvalita a dostupnost primární zdravotní

péče zcela zásadní a to stejně jako péče poskytovaná pacientům po propuštění z lůžkových zařízení nebo po předání pacienta specialistou zpět do péče původnímu lékaři.

Primární péče zahrnuje péči čtyř odborností praktického lékaře:

- praktický lékař pro děti a dorost
  - praktický lékař pro dospělé
  - praktický lékař gynekolog
  - praktický lékař stomatolog
- V ostatních zemích OECD je uváděn pouze praktický lékař

Primární péče je poskytována v ústavních zdravotnických zařízeních (akutní lůžková péče) a jejími základními obory jsou:

- vnitřní lékařství – náplní je prevence, diagnostika, léčba apod. vnitřních nemocí, které postihují vnitřní orgány
- chirurgie – zabývá se diagnostikou, prevencí a léčbou chirurgických onemocnění. K diagnostice a především k léčbě využívá chirurgických metod (operací). Za základní obor chirurgie je považována všeobecná chirurgie, ne níž navazuje celá řada specializací ( hrudní chirurgie, dětská chirurgie, traumatologie, a další).
- pediatrie – její zaměření se týká dětí a dospívajících do 19 let, patří sem diagnostika, prevence, léčba, rehabilitace a další
- gynekologie a porodnictví – opět je náplní oboru prevence, diagnostika, léčba, posudková činnost atd.

## 1.2 Sekundární péče - specializovaná

Zde se jedná o standardní specializované služby ambulantní a lůžkové, které jsou poskytované odborníky zpravidla na vyžádání praktického lékaře, popřípadě jiného ošetřujícího lékaře, převážně v návaznosti na primární péči.

Pokud výkon zdravotnických služeb nenáleží do způsobilosti praktického lékaře, nebo se nejedná o lékárenskou péči, je pacientům poskytována specializovaná ambulantní péče a to v poliklinikách, ambulancích nemocnic, léčebnách, sanatoriích a jiných zařízeních.

Mezi specializované obory lůžkové péče praktikované v nemocnicích patří:

- neurologie – zahrnuje diagnostiku, prevenci a nechirurgickou léčbu onemocnění centrálního a periferního nervového systému + onemocnění páteře a svalů
- infekce – infekční proces
- ortopedie – diagnostika, prevence a léčení pohybového aparátu
- oftalmologie – zabývá se celkovou problematikou zraku: prevence, diagnostika, léčení, rehabilitace onemocnění oka
- TRN – choroby dýchacího ústrojí včetně tuberkulózy (TBC) všech lokalizací nádorů dolních dýchacích cest, pleura (pohrudnice), mediastina (obsahem jsou orgány nezbytné k udržení životně důležitých funkcí) a bránice.
- urologie – diagnostika a léčba onemocnění nadledvin, ledvin, močových cest, mužského pohlavního ústrojí apod.
- ORL – ušní, nosní a krční oblast
- dermatovenerologie – opět se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou, posudkovou činností a výzkumem nemocí kůže, podkoží, ale i vnitřních orgánů, pokud patologické stavy souvisejí s jejich kožními projevy
- ARO – anesteziologické, resuscitační a intenzivní péče

### **1.3 Vysoce specializovaná péče - terciární**

Léčebné služby vysoce specializované péče jsou poskytovány ve specializovaných nemocnicích a nemocnicích univerzálního typu.

Vysoce specializovanými obory lůžkové péče jsou hlavně:

- kardiologie – onemocnění související s chorobami srdce a cév. Při chronických formách onemocnění většinou spolupracují praktický lékař, internista a kardiolog.
- nefrologie – řeší onemocnění ledvin a močových cest, která postihují tyto orgány primárně nebo sekundárně
- klinická onkologie – sekundární prevence, diagnostika a komplexní léčba nemocných s maligním nádorem a přednádorovými stavy
- plastická chirurgie – zabývá se diagnostickou a léčebnou péčí o vrozené a získané vady či poškození a deformity nebo léčbou čerstvých poranění
- léčba metabolických onemocnění

- nemoci z povolání a jiné

V České republice využívá největší podíl obyvatelstva služeb primární péče a nejméně služeb

terciární péče. Z hlediska nákladů je tomu však naopak, jak nám ukazuje následující tabulka: <sup>1</sup>

Tabulka 1.3.1 - Náklady podle typu péče

Typ péče	Služby používá % obyvatel (a)	Podíl nákladů v % z celku (b)	Index relativních nákladů (b/a)
Primární péče	80	15	0,2
Sekundární péče	15	45	3
Terciární péče	5	40	8
Celkem	100	100	

Při zajišťování dostatečné kvality a dostupnosti zdravotnických služeb ve všech jejich oblastech hraje významnou roli koordinace, plynulost a návaznost jednotlivých kroků poskytované péče. Je proto velmi nutná vzájemná informovanost lékařů základní, specializované a vysoce specializované péče o zdravotním stavu pacienta.

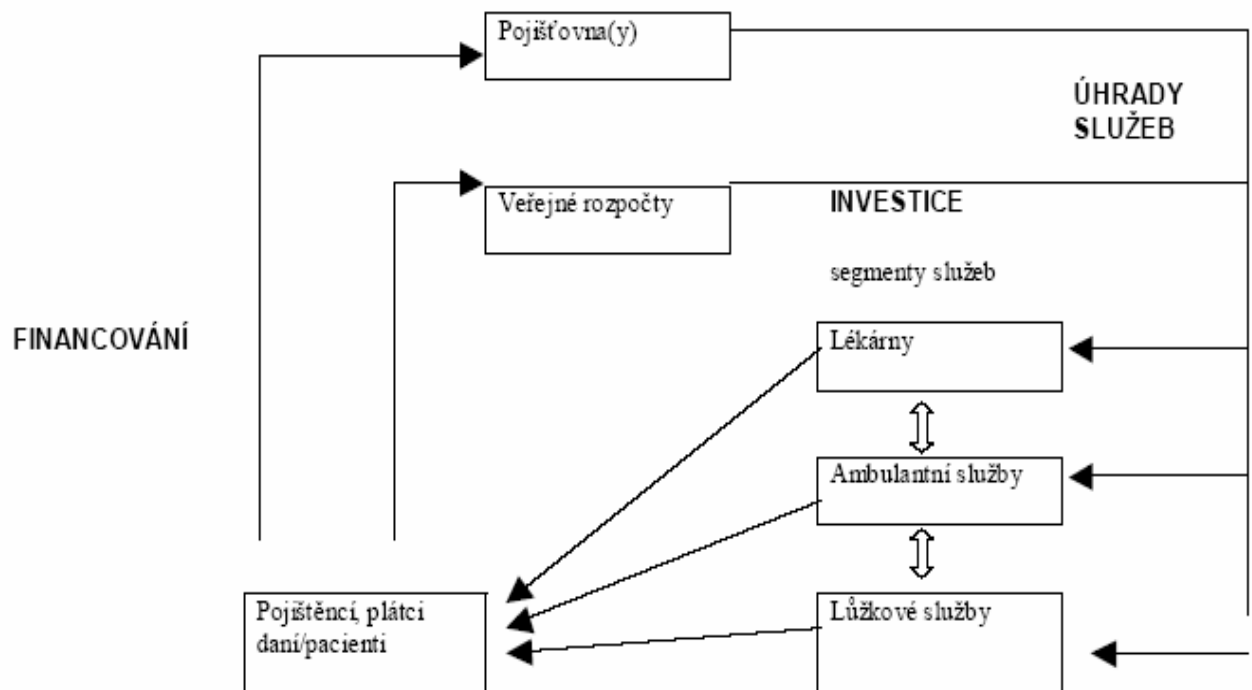
## **2. Financování a úhrady zdravotnických služeb**

Financování a úhrady zdravotnických služeb jsou častým zdrojem různých sporů skupin odlišných zájmů. Na způsoby tvorby finančních zdrojů jsou zaměřeny aspekty financování a úhrady zdravotnických služeb a jsou nástrojem zajišťující pacientovi dostupnost zdravotní péče. Úhrady jsou tedy procesy spojeny s rozdělováním prostředkům mezi jednotlivé segmenty a poskytovatele zdravotnických služeb (individuálně zaměřené zdravotní péče) a jsou to situace, kdy neznáme přesnou cenu těchto služeb. Následně jsou od úhrad odvozeny příjmy lékařů.

Financování zdravotnictví je u většiny států zajištěno převážně z veřejných zdrojů, tj. <sup>2</sup> „z prostředků vytvořených příjmy z daní a daním podobných příspěvků do samostatných

<sup>1</sup> Doc. Ing. Jaroslava Durdisová, CSc., Ekonomika zdraví, Vysoká škola ekonomická – fakulta národohospodářská, vyd. Praha 2005, str. 24

fondů zdravotního pojištění.“ Financování a úhrady zdravotnických služeb ČR dobře znázorňuje následující obrázek: <sup>3</sup>



Dle metodiky OECD jsou za **veřejné výdaje** považovány:

- výdaje veřejných rozpočtů (státní a územní včetně obcí)
- výdaje systému veřejného pojištění

Za **soukromé výdaje** se považují :

- přímé výdaje obyvatelstva na zdravotnické služby, léky apod.
- výdaje za soukromé pojištění a připojištění
- výdaje soukromých subjektů (dary, granty apod.)

<sup>2</sup> Petr Háva, Financování a úhrady zdravotní péče, str. 10

<sup>3</sup> Petr Háva, Financování a úhrady zdravotní péče, str. 11

Typy úhrad zdravotnických služeb a způsoby jejich realizace ovlivňují náklady, kvalitu, efektivnost a v neposlední řadě i dostupnost zdravotnických služeb a jednotlivé typy používaných úhrad lze snadno charakterizovat:

- **Úhrady ambulantních zdravotnických služeb** – konkrétní úhrady lékařů, poskytujících amb. služby představují platby za jednotlivé výkony, paušální platby (kapitace), úhradu formou mzdy i různé kombinace
- **Úhrady lůžkových zdravotnických služeb** – různé formy rozpočtů, platby za ošetrovací den, platby za jednotlivé výkony, paušální platby za jednotlivé případy
- **Úhrady léčiv**

## 2.1 Úhrady ambulantních zdravotnických služeb

### Platba za výkon (Fee For Service)

Jedná se o specifikované platby za jednotlivé poskytnuté služby, například za léčení, ošetřování apod. Výkony jsou popsány a oceněny většinou přímo nebo prostřednictvím tzv. bodu, jehož hodnota je pro všechna zdravotnická zařízení stejného typu stejná. Zároveň je používán i seznam výkonů, podle kterého poskytovatel účtuje plátcí. Samotná výše úhrad je pak stanovena jako součin hodnoty výkonu ( v příslušné měně) a hodnoty bodu. Přímou mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením je pak uskutečněna platba a to bez účasti pacienta.

Tento model má samozřejmě své výhody i nevýhody:<sup>4</sup>

- + Motivuje lékaře k výkonům – čím více výkonů, tím více má peněz
- + Lékař dostává peníze přesně za vykonanou práci, výkony jí přesně odměřují
- Zkušenosti ukazují, že to vede k neúměrnému nárůstu výkonů
- Vykazování výkonů nemusí být vždy prováděno korektně
- Příjem lékaře je vždy závislý na nemocnosti pacientů „

### Kapitační platby

---

<sup>4</sup> Doc. Ing. Jaroslava Durdisová, CSc., Ekonomika zdraví, Vysoká škola ekonomická – fakulta národohospodářská, vyd. Praha 2005, str. 127

Předem dohodnutá částka za registrovaného pacienta bez závislosti na množství poskytnutých služeb. Tento způsob úhrady je používán např. ve Velké Británii, Dánsku, Irsku, Rakousku a také v ČR pro praktické lékaře. Pevně stanovená částka bývá odstupňována podle věku nebo pohlaví pacienta. Většinou je kapitační platba doplňována o částečnou výkonovou úhradu. Účinnost kapitační platby:

- + Nevytváří pobídky pro poskytování nadměrně intenzivních služeb – příznivý vliv na náklady
- + Do jisté míry si lékaři mohou plánovat budoucí výši svých příjmů
- Možné riziko nezájmu o pacienty, jejichž léčení je nákladné
- Možné riziko nadměrného odesílání pacientů ke specialistům, neboť to pro lékaře bude výhodnější, nežli léčit pacienta sám

## **2.2 Úhrady lůžkových zdravotnických služeb**

### Platba za ošetřovací den

Zde se jedná o náklady na jednoho pacienta za jeden den ošetření v lůžkovém zařízení, tedy v nemocnicích nebo zařízeních částečné hospitalizace. Nemocnice obdrží od zdravotní pojišťovny fixní částku na výdaje spojené s jednodenním pobytem pacienta v nemocnici. Smluvní částka pak může být stejná pro všechny pacienty nebo pro jednotlivá oddělení.

Výhody a nevýhody platby:

- + Motivace nemocnice ke snížení nákladů na jednotku
- Občasné neodůvodněné prodlužování hospitalizace

### Platby za jednotlivé výkony

System seskupující nákladově shodné nebo blízké skupiny diagnóz (DRG – Diagnosis Related Groups), při čemž se jedná o náklady analyzované a standardizované. Je tedy placen soubor služeb jednoho pacienta za jednu epizodu nemoci.<sup>5</sup> Je téměř stejně

---

<sup>5</sup> Doc. Ing. Jaroslava Durdisová, CSc., Ekonomika zdraví, Vysoká škola ekonomická – fakulta národohospodářská, vyd. Praha 2005, str. 130



nákladný a administrativně náročný jako výkonový model a poskytuje neméně prostoru k ekonomicky a medicínsky nežádoucímu chování než model výkonový.“

### 2.3 Úhrady léčiv

Pohyb léčiv od výrobce až k jeho spotřebě pacientem je velice dlouhý a je spojený s mnoha rozhodnutími, která se často dostávají do konfliktů, neboť zúčastnění aktéři sledují různé zájmy. Je logické, že hlavním zájmem výrobců a distributorů léčiv je zisk a zájmem pacienta je dostupnost účinných léčiv a to za co nejnižší cenu. Lékaři by měli sledovat podobný zájem jako pacient, neboť od výdajů na zdravotnické služby a léčiva se poté odvíjejí finanční limity pro jejich vlastní činnost. V posledních desetiletí se většinou stálo dařilo regulovat výši výdajů na léčiva, např. pomocí regulovaných cen, registrací počtu léčiv apod.

Významnou roli v oblasti úhrady léčiv hraje rozsah spolulátek a současně také vymezení podmínek, za kterých ke spolulátkě nedochází – jedná se o tzv. sociální klausuli, která se vztahuje na společenské skupiny s nízkým příjmem nebo bez vlastního příjmu.

Dalším možným typem úhrad za zdravotnické služby je spoluúčast pacientů (nejčastěji se týká léčiv a zdravotnických pomůcek) a jeho metody:

- Přímé platby – v přímé peněžní úhradě poskytnutých služeb (v rámci nezdravotních služeb, např. oblast akupunktury apod.)
- Připojištění – soukromé zdravotní pojištění, př. nadstandardní programy pro pojištěnce
- Strop – do určitého limitu si pacient platí zdravotnické služby sám, nad tento limit tak činí zdravotní pojišťovna

Spoluúčast pacientů bývá většinou zaváděna ze dvou důvodů. Tím prvním je snaha získat dodatečné prostředky pro financování zdravotnictví. A tím druhým důvodem je snaha ovlivnit chování pacientů (př. snížení morálního hazardu – vliv pojištění na lidské chování). Spoluúčast pacientů totiž tlumí nadbytečnou poptávku po zdravotnických službách a v ČR ji vyžaduje zhruba 25% lékařů a většinou to bývají ambulantní specialisté.

### **3. Dostupnost zdravotnických služeb**

Dostupnost zdravotnických služeb je definována jako překážky, které pacient musí či nemusí při čerpání zdravotní péče překonat. Tento velmi užitečný indikátor při porovnání úrovně zdravotnických služeb je jedním z hlavních cílů zdravotní politiky České republiky, která je založená na obecném principu solidarity, což dokládá i povinné všeobecné zdravotní pojištění. Určit přesnou hranici přiměřené dostupnosti je velmi těžké, ale za nechtěný stav je považována dostupnost nadbytečná a nezaplacená.

Dostupnost zdravotnických služeb je posuzována z několika hledisek, mezi nejdůležitější však patří:

- Dostupnost ekonomická – schopnost jedince uhradit poskytovanou péči
- Dostupnost časová – rychlost dosažení zdravotnických služeb
- Dostupnost geografická – je vzdálenost od zdroje péče
- Dostupnost organizační – provázanost a vázanost různých druhů zdravotnických služeb

Dostupnost zdravotnických služeb je považována za sociálně ekonomický problém, který se projevuje zejména při hodnocení systému dostupnosti ZS a je ovlivňován mnoha dalšími přirozenými systémy. Příkladem může být geografická dostupnost, do které zasahuje přirozený systém rozmístění obyvatelstva, jeho přirozený pohyb a celkový zdravotní stav populace. Systém dopravní obslužnosti tu hraje dominantní roli.

Výjimkou není ani ekonomická dostupnost, do které prosakuje systém vzdělanosti obyvatelstva, národnosti, jeho náboženské vyznání, atd. Nejvíce však ekonomickou dostupnost ovlivňuje systém právní.

#### **3.1 Dostupnost ekonomická**

Ekonomická dostupnost spočívá ve schopnosti jedince uhradit poskytnutou zdravotnickou službu. Je tedy podmíněna úhradou nákladů, typem pojištění a mírou

spoluúčasti. Ve většině evropských státech převládá univerzální pokrytí zdravotnické služby – tzv. Evropské pluralitní zdravotnictví, založený na povinném zdravotním pojištění. Pouze v USA neexistuje všeobecné zdravotní pojištění, kde je zhruba 15% nepojištěného obyvatelstva. V rozvojových státech, kde všeobecné pojištění také není, je spotřeba zdravotnické služby u pojištěných jednoznačně vyšší ve srovnání s nepojištěnými.

V důsledku stoupajících výdajů je nutné omezování nákladů na zdravotnické služby a to snížením rozsahu finančního pokrytí poskytované zdravotnické služby z daní či pojistného, např. přímou finanční spoluúčastí pacienta na nákladech části péče.

Mezi indikátory ekonomické dostupnosti patří finanční pokrytí:

- Nemocniční péče
- Ambulantních lékařských služeb
- Farmaceutických výrobků

<sup>6</sup> „Ve způsobu zajištění finanční (ekonomické) dostupnosti základní zdravotní péče se postupně krystalizuje základní kritérium typologie zdravotnických systémů.“

### **3.1.1 Systémy zdravotnických služeb**

Zdravotní systém je tvořen množinou ambulantních a lůžkových prvků, které vytváří tzv. vnitřní prostředí a ovlivňuje zdravotní stav populace pouze z 15% - 17%. Tzv. vnější prostředí ovlivňuje zbytek.

Zdravotnické systémy se mohou členit podle nejrůznějších hledisek. Avšak nejtypičtější členění je:

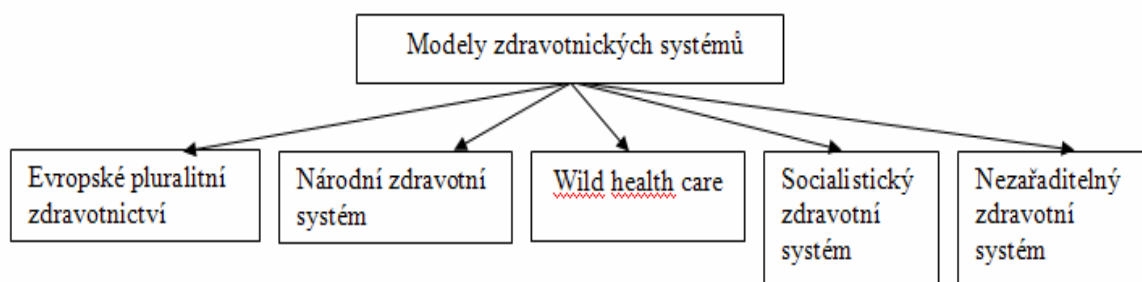
- podle způsobu financování
- podle vlastnických vztahů

#### **3.1.1.1 Dělení zdravotnických systémů podle způsobu financování**

Podle kritéria převažujícího zdroje financování jsou systémy zdravotnických služeb rozdělovány do pěti typů:

---

<sup>6</sup> Doc. Ing. Jaroslava Durdisová CSc., Ekonomika zdraví, Vysoká škola ekonomická – fakulta národohospodářská, vyd. Praha 2005, str. 139



Socialistický a Nezařaditelný zdravotní systém dnes využívají méně vyspělé a rozvojové země, ale vzhledem k předmětu své práce se zaměřím na systémy zemí OECD.

### Evropské pluralitní zdravotnictví ( Bismarckovský model)

Tento zdravotní systém, jež byl konstituován v Prusku a Rakousku, je zdravotním systémem většiny evropských států – Německa, Beneluxu, Francie, Švýcarska, Polska, Maďarska atd. a také v České republice a je založen na všeobecném zdravotním pojištění.

Charakteristické znaky systému:

- obyvatelé státu mají ze zákona povinnost platit pojistné a to do fondu zdravotního pojištění, který je spravován nikoliv státem, ale zdravotní pojišťovnou nebo nekomerčním subjektem
- každý občan platí v závislosti na svých příjmech a dostává zdravotnické služby podle potřeb (princip solidarity)
- zdravotnické služby jsou garantovány státem
- lékař určuje rozsah a kvalitu péče
- stát financuje zdravotnické služby osobám, u kterých tak uzná zákon a to platbou pojistného do fondu zdravotní péče
- na subjekty, které stojí mimo státní správu, jsou delegovány prováděcí kompetence a kontrolní funkce
- převažujícím způsobem úhrady je platba za výkon

Výhody systému:

- zdravotnické služby jsou garantována pro celou populaci - solidárnost
- systém zajišťuje vysokou úroveň vybavenosti zdravotnických zařízení, umožňuje rozvoj vědy a výzkumu

Nevýhody systému:

- špatný lékař může být za chybné výkony odměňován stejně jako lékař dobrý
- stimuluje spotřebu léků
- systém je poměrně složitý a finančně náročný na administrativu – přílišná byrokratizace

#### Národní zdravotní systém (National health system – NHS, Beveridgeovský model)

Příslušné poplatky odvádějí občané (zaměstnanci a zaměstnavatelé) přímo státu jako součást daňových odvodů. Na tomto principu fungují současné systémy zdravotnických služeb ve Velké Británii a v zemích bývalého britského dominia (Kanada, Austrálie, Nový Zéland), ve všech Skandinávských zemích (Švédsko, Finsko, Norsko, Dánsko, Island) a v jihoevropských státech (Itálie, Španělsko, Portugalsko, apod.)

Charakteristické znaky systému:

- financování ze státního rozpočtu – veřejných rozpočtů a zdrojem není pojistné, ale daně
- standardní zdravotnické služby jsou bezplatné a garantované státem
- systém s centralizovanou strukturou s jasně delegovanými kompetencemi
- garantována státem je také dostupnost zdravotnických služeb
- systém nevylučuje rozvoj soukromého pojištění a připojištění pro nadstandardní péči, která spočívá ve zvláštních výhodách, např. krátká čekací doba apod.
- vláda státu má právo kontrolovat a regulovat efektivnost využití disponibilních finančních zdrojů
- spoluúčast pacientů je velmi nízká nebo nulová

Výhody systému:

- jasně stanovené kontrolní mechanismy
- zajištění dostupnosti zdravotnických služeb

Nevýhody systému:

- do rozhodování lékařů vstupují ekonomická kritéria
- systém za poslední dobu podražil

### Wild health care

Tento zdravotní systém je založený na dobrovolném zdravotním pojištění a je typický pro zdravotnictví v USA, kde jsou realizovány dva státní programy péče o zdraví:

1. MEDICARE – který se týká lidí starších 65 let
2. MEDICAIDE – který se týká zdravotního zabezpečení chudých lidí

Charakteristické znaky systému:

- zdravotní péče není garantována státem a je tedy záležitostí svobodné volby jedince
- <sup>7</sup> „Zdravotní péče je v tomto systému chápána jako zboží s určitou tržní cenou
- lékaři jsou soukromě podnikající subjekty a pacienti mají svobodnou volbu lékaře
- zdravotní péče je hrazena ze soukromých zdrojů a to buď přímou platbou nebo soukromým zdravotním pojištěním komerčního charakteru – zdravotní pojištění je dobrovolné
- stát nekontroluje nabídku ani ceny zdravotnických služeb, ani výši pojistného a způsob plnění
- existuje volná konkurence poskytovatelů, plátců a pojišťoven
- financování je založeno na výkonových platbách „

Výhody systému:

- vysoká kvalita poskytovaných služeb
- špičkový biomedicínký výzkum

Nevýhody systému:

- často jsou preferovány majetnější skupiny obyvatelstva – nerovnost v dostupnosti zdravotnických služeb

---

<sup>7</sup> Doc. Ing. Jaroslava Durdisová CSc., Ekonomika zdraví, Vysoká škola ekonomická – fakulta národohospodářská, vyd. Praha 2005, str. 154

- vysoké náklady na zdravotnické služby – existence nepojištěných osob, nákladné pojištění lékaře pro případ žaloby ze strany pacienta atd.
- nejdražší systém
- nedostatek komplexní péče

### 3.1.1.2 Dělení zdravotnických systémů podle způsobu vlastnictví

Další možnost dělit zdravotnické systémy je podle vlastnických vztahů a to na systémy:

1. Založený na soukromém vlastnictví zdravotnického zařízení – využívající privátních plateb nebo plateb z veřejného pojištění
2. Založený na komunitním vlastnictví zdravotnického zařízení – vlastníkem může být charita, obec, občanské sdružení, apod.
3. Založené na státním vlastnictví - socialistický typ zdravotnického zařízení

## 3.2 Dostupnost časová

<sup>8</sup> „ Časovou dostupnost charakterizuje čekací doba na (nejčastěji neakutní odborné) vyšetření či zákrok, která trvá mezi subjektivní potřebou či odbornou indikací provedením léčby“ Zajištění emergenčních služeb a odborné přednemocniční neodkladné péče se v ČR řídí Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 434/1992 Sb. o zdravotnické službě ve znění Vyhlášky č. 51/1995Sb. a vyhlášky č. 14/2001 Sb. Tyto předpisy jasně stanovují úkoly zdravotnické záchranné služby (sít' a zařízení pracovišť) a podrobnou činnost zdravotnického operačního střediska a v neposlední řadě definici odborné přednemocniční neodkladné péče.

Nejdůležitější pro časovou dostupnost je ustanovení v §3 odstavci (2) :<sup>9</sup> „Sít' zdravotnické záchranné služby musí být organizována tak, aby byla zabezpečena dostupnost přednemocniční neodkladné péče a její poskytnutí do 15 minut od přijetí tísňové výzvy, s výjimkou případů hodných zvláštního zřetele.“

Samozřejmě je pro časovou dostupnost ZS důležitý i čas, který je potřebný na cestu do zdravotnického zařízení a následná čekací doba.

<sup>8</sup> Eva Křížová, Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, Praha, 1998, str. 21

<sup>9</sup> Vyhláška č. 434/1992 sb. o zdravotnické záchranné službě , MZČR §3



### **3.3 Dostupnost geografická**

Geografická dostupnost nám určuje, jak daleko jsou zdravotnické služby od místa, kde se nacházím. Tato dostupnost tedy závisí na rozmístění zdravotnických zařízení v jednotlivých regionech států – například dostupné zdravotnické služby podle různých specializací, přičemž důraz je kladen na dostupnost první pomoci při záchraně života. Je tedy rozhodující počet zdravotnických zařízení a lékařů (geograficko - fyzická dostupnost).

### **3.4 Dostupnost organizační**

Zde se jedná o překážky administrativního rázu, které pacient má ve vztahu ke zdravotnickým službám, například při doporučení vstupu praktickým lékařem do specializované péče. Je zde velice důležitá provázanost různých typů a druhů zdravotnických služeb. Pokud tedy zdravotníci v primární péči nemohou sami řešit diagnostický problém pacienta, odesílají ho do nejbližšího specializovanějšího pracoviště zdravotního systému – sekundární zdravotní péče. Toto odeslání znamená poté návrat pacienta k tomu, kým byl odeslán. Mezi provázanost zdravotnických služeb se však řadí i možnost rehabilitace, lázeňských pobytů, péči v odborných léčebných ústavech, ale i třeba domácí péči.

## **4. Faktory ovlivňující dostupnost zdravotnických služeb**

Faktorů, které ovlivňují dostupnost zdravotnických služeb je mnoho. Mezi nejdůležitější však patří:

- postoj a počty poskytovatelů zdravotnických služeb
- spotřeba zdravotnických služeb
- tradice v přístupu ke zdravotnickým službám ze strany občanů
- zdravotní politika ze strany státu
- zdravotní politika ze strany pojišťoven

## 4.1 Poskytovatelé zdravotnických služeb

Skladba poskytovatelů zdravotnických služeb je v každém státě jiná. V ČR jsou to podle vyhlášky č. 77/1981 Sb. vymezení lékaři, farmaceuti, zdravotničtí pracovníci s jiným vysokoškolským vzděláním, nižší zdravotničtí pracovníci a pomocní zdravotničtí pracovníci.

Dále mezi poskytovatele patří i zdravotnická zařízení všech stupňů a spektra péče, nezávisle na vlastnické formě. Každé zdravotnické zařízení hospodaří podle rozpočtových pravidel stanovených ministerstvem financí a jsou buď rozpočtové, příspěvkové či jiné.

Zdravotnická zařízení můžeme členit např. na: 1) státní a nestátní, 2) lůžková a ambulantní či 3) smluvní a nesmluvní.

### 1) Státní a nestátní zdravotnická zařízení

Členění podle typu vlastnictví.<sup>10</sup> „Zvláštní skupinou převážně státních zdravotnických zařízení tvoří zařízení hygienické služby, které vykonávají státní zájem, a proto jsou ve většině financovány ze státního rozpočtu. Jsou to zařízení, která provádějí specializované úkony hygienické a protiepidemiologické a vedou ostatní zdravotnická zařízení na úseku hygieny a boje proti přenosným nemocím. Hygienické stanice regionálního významu jsou řízeny Ministerstvem zdravotnictví ČR, jsou právnickými osobami. Krajské hygienické stanice jsou řízeny krajskými úřady a představují nižší článek soustavy zařízení hygienické služby.“

Samotné nemocnice poté členíme podle vlastnictví:

- a) státní nemocnice – kde vlastníkem je stát
- b) veřejné nemocnice – kde vlastníkem může být kraj, město či obec
- c) soukromé nemocnice – kde vlastníkem je soukromý subjekt

### 2) Lůžková a ambulantní zdravotnická zařízení

Členění podle formy poskytovaných služeb. **Ambulantní péčí** rozumíme poskytování zdravotnických služeb v případech, kdy zdravotní stav pacienta nevyžaduje poskytnutí lůžkové péče a je většinou poskytována v samostatných ordinacích.

---

<sup>10</sup> Doc. Ing. Jaroslava Durdisová, CSc., Ekonomika zdraví, Vysoká škola ekonomická – fakulta národohospodářská, vyd. Praha 2005, str. 98

Do **specializované ambulantní péče** patří veškerá ambulantní péče, s výjimkou praktických lékařů pro dospělé, děti a dorost, stomatologů a gynekologů. Opět jsou tyto služby poskytovány bez přímé návaznosti na lůžková oddělení nebo navazují jen z části.

Zařízení **lůžkové péče** poskytují zdravotnické služby, které vyžadují ze zdravotních důvodů pobyt pacienta na lůžku a to buď ve zdravotnickém zařízení ústavní péče nebo ve zvláštním zdravotnickém zařízení. Lůžková péče je dále poskytována jako:

- akutní lůžková péče – je poskytována v nemocnicích akutní péče po dobu nutnou k provedení nezbytných vyšetření a ošetření nebo po dobu, než lze poskytovat zdravotnické služby ambulantně či v lůžkovém zařízení poskytujícím následnou zdravotní péči
- následná lůžková péče – je poskytována taktéž v nemocnicích a to zejména v nemocnicích následné lůžkové péče a v odborných léčebných ústavech. Tyto služby jsou využívána pacienty, u kterých byla stanovena diagnóza a došlo ke zvládnutí náhlé nemoci a u pacientů, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný

### **3) Smluvní a nesmluvní zdravotnická zařízení**

Rozlišení podle způsobu jejich proplácení. Smluvní zdravotnická zařízení uzavírají smlouvu o poskytování a úhradě zdravotnických služeb se zdravotní pojišťovnou a jsou tedy financována z prostředků zdravotního pojištění, na rozdíl od nesmluvních zdravotnických zařízení, která jsou proplácena přímo ze soukromých zdrojů. Nesmluvní zdravotnická zařízení tedy účtují pacientům smluvní ceny i za výkony, které jsou jinak hrazeny pojišťovnou. Většina zdravotnických zařízení však nemá uzavřenou smlouvu se všemi pojišťovnami, a proto je vůči pojištěncům jedné části zdravotních pojišťoven ve vztahu smluvním a vůči druhé části v nesmluvním vztahu.

Do zdravotnických zařízení patří také lékárny, které jsou určena k výdajům léků a prostředků zdravotnické techniky a zvláštní dětská zařízení, například kojenecké ústavy.

Další typem zdravotnických zařízení jsou tzv. zvláštní zdravotnická zařízení kam patří:

- záchytné stanice
- zařízení domácí zdravotnické služby
- kojenecké ústavy a dětské domovy

- lázeňská zařízení
- hospicová péče – péče o pacienty v pokročilém nebo konečném stádiu onemocnění
- apod.

#### **4.1.1 Počet lékařů a zdravotnických zařízení v ČR**

Počet, rozmístění i skladba lékařů jsou ovlivněny řadou faktorů, včetně bariér vstupu do lékařské profese, volby specializace, odměňování a mnoha dalšími aspekty, které jsou v každé zemi odlišné.

Nejnovější dostupná data o počtech zdravotnických zařízeních a lékařů v ČR jsou z roku 2005, kdy existovalo okolo 27 488 zdravotnických zařízení, z nichž 262 zařízení bylo státních a 27 226 zařízení bylo nestátních.

Lékárenské služby zabezpečovalo celkem 2 451 lékáren a 193 výdejen zdravotnických prostředků. Na 1 lékárnu připadalo v průměru okolo 4 200 obyvatel.

V roce 2005 pracovalo ve zdravotnických zařízeních více než 40 800 lékařů a téměř 104 800 samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů - ZPBD (všeobecná zdravotní sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, radiologický asistent, zdravotní laborant, a další), z nichž ve státních zdravotnických zařízeních pracovalo jen 20% všech lékařů a 26% všech ZPBD a v nestátních zařízeních pracovalo 63% všech lékařů a 47% ZPBD.

Zhruba 70% všech lékařů (29 910) a 50% všech ZPBD (51 464) pracovalo v ambulantní péči, při čemž na 1 ambulantního lékaře připadalo v průměru 350 obyvatel.

Od roku 1993 je významnou součástí ambulantní péče i domácí zdravotnické služby a koncem roku 2005 bylo těchto zařízení evidováno 437 s téměř 2 000 úvazky ošetřujícího personálu.

Lůžkovou péčí zajišťovalo 10 340 lékařů a 43 530 ZPBD, při čemž na 10 000 obyvatel ČR připadalo v průměru 110 lůžek - 63 lůžek nemocničních, 22 lůžek odborných léčebných ústavů a 25 lázeňských lůžek.

Z celkového počtu nemocnic (195) bylo 19 státních a 176 nestátních. Jejich kapacita lůžkového fondu se výrazně lišila. Téměř polovina nemocnic (96) měla méně než 200 lůžek, z toho 22 zařízení méně než 50 lůžek. Více než 1 000 lůžek mělo pouze 13 nemocnic. Z celkového počtu nemocnic poskytovalo 26 zařízení jen ošetrovatelskou lůžkovou péči nebo následnou rehabilitační – tzv. nemocnice následné péče.

Pro lepší přehlednost uvádím následující tabulku: <sup>11</sup>

#### Zdravotnický systém 2005

Povinné zdravotní pojištění	ano
Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP	7,00
Zdravotnická lůžková zařízení celkem	442
Lékaři (přep. počet) celkem	
absolutně	40 802,48
na 10 000 obyvatel	39,8
Lékaři v nemocnicích - lůžková část	
absolutně	8 937,38
na 10 000 obyvatel	8,7
Lékaři ambulantní péče (vč. ambulantních částí nemocnic)	
absolutně	29 509,81
na 10 000 obyvatel	28,8
praktický lékař pro dospělé	
absolutně	5 159,71
na 10 000 obyvatel ve věku 15+	5,9
praktický lékař pro děti a dorost	
absolutně	2 133,82
na 10 000 obyvatel - ve věku 0 - 19 let	9,84
Počet všeobecných sester a porodních asistentek	
absolutně	82 249,29
na 10 000 obyvatel	80,2
Počet lůžek v nemocnicích	
absolutně	65 022
na 10 000 obyvatel	63,4
Hospitalizovaní v nemocnicích na 10 000 obyvatel	2 172,35
Počet ošetření - vyšetření v ambulantní péči na 1 obyvatele ročně	15,24

V roce předešlém, tedy k 31.12.2004 bylo v ČR evidováno celkem 36 411 lékařů, z toho přechodně neaktivních bylo 935 lékařů.

Celkem připadalo v ČR na 10 000 obyvatel 34,7 lékařů a naopak na 1 lékaře připadalo 288,1 obyvatel. Přehled o těchto ukazatelích k 31.12.2004 podle jednotlivých krajů v porovnání s předchozím rokem ukazuje následující tabulka: <sup>12</sup>

<sup>11</sup> [http://www.uzis.cz/health\\_info.php?type=8&region=100&mnu\\_id=3000](http://www.uzis.cz/health_info.php?type=8&region=100&mnu_id=3000)

<sup>12</sup> ÚZIS ČR, Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2005. Praha www.uzis.cz

Kraj	Počet lékařů na 10 000 obyvatel		Počet obyvatel na 1 lékaře	
	rok 2003	rok 2004	rok 2003	rok 2004
Hlavní město Praha	67,3	65,4	148,7	152,9
Středočeský	26,2	25,5	382,0	391,9
Jihočeský	30,2	30,1	331,0	331,9
Plzeňský	38,2	37,4	261,7	267,1
Karlovarský	31,4	31,1	318,9	321,6
Ústecký	27,0	27,8	370,6	359,8
Liberecký	28,4	28,3	352,6	353,7
Královéhradecký	35,4	34,9	282,1	286,2
Pardubický	27,8	27,9	360,3	358,6
Vysočina	26,5	26,0	377,2	384,2
Jihomoravský	38,2	37,7	261,5	265,2
Olomoucký	36,6	35,4	272,9	282,4
Zlínský	26,6	26,4	376,5	378,9
Moravskoslezský	30,6	30,3	326,6	330,2
Česká republika	35,2	34,7	284,0	288,1

Celkově se Česká republika<sup>13</sup> „ může pochlubit 14. nejvyšším počtem lékařů připadajících na obyvatele na světě. Počet lékařů se ve vyspělých zemích světa výrazně liší. Počet, rozmístění a skladba praktických lékařů jsou ovlivněny řadou faktorů, včetně bariér vstupu do lékařské profese, volby specializace, odměňování a dalších aspektů pracovních podmínek a migrace.“

#### 4.1.2 Postoje lékařů

Pro zjištění postojů a názorů lékařů byl v roce 1995 proveden výzkum, který prováděla firma INRES – SONES. Lékařům byly pokládány otázky ohledně hodnocení situace ve zdravotnictví. Výzkumu se zúčastnilo celkem 1 197 respondentů z různých oborů lékařství, přičemž byl samozřejmě akceptován věk, pohlaví, praxe apod.

<sup>13</sup> <http://www.mesec.cz/clanky/kolik-stoji-pobyt-v-nemocnici/>

Výsledkem bylo zjištění, že naprostá většina dotazovaných lékařů vnímala situaci ve zdravotnictví velmi kriticky. Okolo 90% respondentů hodnotilo situaci jako velmi vážnou a 40% předpokládalo zhroucení systému.

Nejvážnější problémy spatřovali lékaři v systému zdravotnictví jako celku a za méně závažné považovali problémy ve vztahu „lékař – pacient“ a problémy na úrovni obcí. Z nastalé situace ve zdravotnictví vinila více než polovina lékařů Ministerstvo zdravotnictví ČR, více než třetina vinila vládu a jedna desetina Parlament ČR.

Mezi závažné problémy zařadili lékaři i dostupnost zdravotnických služeb, která je hlavním předmětem mé diplomové práce. Některé problémy, které lékaři pocítovali tenkrát však nebyly vyřešeny dodnes. Jedná se zejména o následující oblasti:

1. Oblast financování - nízké mzdy a chování pojišťoven ( nejisté platby od pojišťoven – zářným příkladem je Všeobecná zdravotní pojišťovna), nejistota v délce kontraktu, nedostatečné finanční ohodnocení apod.
2. Oblast jejich právního postavení – kdy lékaři necítí dostatečnou oporu v současné zdravotnické legislativě a zároveň se cítí v nerovnoprávném postavení vůči zdravotním pojišťovnám

Zároveň také pocítojí konflikt rolí, kdy na jedné straně musí poskytovat pomoc pacientům podle svých znalostí a s nasazením všech dostupných prostředků, ale na druhé straně zároveň nesou riziko za spravedlivé rozdělení veřejných zdrojů.

V posledních letech vyústila většina problémů ve veřejné protesty lékařů (říjen 2005 a únor 2006). Bylo dokonce sepsáno i několik petic mezi něž patří i Petice za obranu dostupné zdravotnické služby, která měla i mimo jiné zabránit omezování dostupnosti a kvality zdravotnické služby způsobené vyhláškami ministra zdravotnictví.

Nicméně lékaři jsou podle počtu i podle svých postojů velice důležitou hybnou silou v oblasti dostupnosti zdravotnické služby, a proto by mělo být v našem zájmu jejich všestranná spokojenost.

## 4.2 Spotřeba zdravotnických služeb

<sup>14</sup> „ Spotřeba zdravotnických služeb je nejzřetelnější manifestací zdravotní péče.“ Spotřebu udává potřeba zdravotnických služeb, která je složitým jevem psychologickým , biologickým, společenským, ekonomickým, behaviorálním, morálním a právním.

Rozlišujeme celkem tři skupiny faktorů, které ovlivňují spotřebu zdravotnické služby:

- 1) Pociťovaná potřeba péče
- 2) Věk nebo pohlaví pacienta
- 3) Příjem, zdravotní pojištění a finanční zdroje společnosti

Přičemž faktory potřeby služeb a úroveň dostupnosti služeb ovlivňují spotřebu nejvíce. Snaha navrátit či uchovat si zdraví je poté spouštěcím mechanismem procesu poskytování zdravotnických služeb a liší se v jednotlivých regionech i od jedince k jedinci. Mezi indikátory spotřeby patří například počty kontaktů s lékařem na jednu osobu za rok, procento obyvatelstva hospitalizovaných během jednoho roku, průměrná délka hospitalizace apod. Jednotlivé ukazatele se potom liší nejen v jednotlivých státech, ale také v regionech, což je způsobeno především odlišnými podmínkami (nejen finančními) pro poskytování zdravotnických služeb.

## 4.3 Tradice a zvyklosti občanů - pacientů

Je logické, že každý sebemenší zásah do snižování počtu zdravotnických institucí (ambulantního nebo nemocničního typu) přinese nevoli občanů žijících v dané oblasti zásahu. Jsou již zvyklí na návštěvu lékaře v určitém místě a nepřipouštějí jakékoliv jiné alternativy, což je důvodem velmi slabé politické vůle střídajících se vládnoucích stran zasahovat do stávající sítě zdravotnických zařízení. Jejich postoje jsou sice snadno ovlivnitelné reklamou, propagandou či silnými osobnostmi z řad politiků, ale jejich vlastní životní zkušenosti, zážitky, názory okruhu lidí, s nimiž se stýkají nakonec většinou zvítězí.

---

<sup>14</sup> Ivan Gladkij, Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdraví, Olomouc 1995, str. 70



## 4.4 Zdravotní politika státu

Zdravotní politika státu je soubor aktivit, jejímž cílem je zlepšený zdravotní stav populace.

Stát je jakýmsi koordinátorem v zajišťování zdravotnických služeb a je v této roli nezastupitelný. V ČR je jeho hlavní institucí na úrovni celého státu Ministerstvo zdravotnictví (MZ). Do roku 2002 byla v regionech státní správa naplňována okresními úřady a v současné době po reformě státní správy a samosprávy jsou veškeré kompetence přeneseny na obecní (městské) úřady.

Tvorba zdravotní politiky je jasně ovlivněna vizí, která závisí na přístupu vládnoucí politické strany. Například v ČR levicová politická strana ČSSD prosazuje placení veškerých zdravotnických služeb z povinného zdravotního pojištění. Oproti tomu pravicová ODS je pro úhradu ZS ze zdravotního pojištění, připojištění a osobních účtů. Celkovou úlohu zdravotní politiky státu bychom mohli shrnout do následujících úkolů:

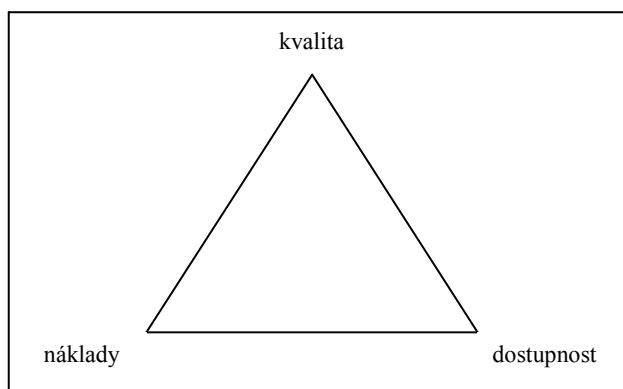
- tvorba legislativních opatření pro dobré fungování systému zdravotnických služeb
- vytváření funkční státní zdravotní správy
- zajištění státního dozoru a kontroly nad dodržováním zákonem ustanovených vyhlášek a opatření
- garance dostupnosti zdravotnických služeb v mezích stanovené míry solidarity
- podpora výzkumu, zdravotnických programů a aktivit a podpora finanční (nezbytné investice pro plnění stanovených cílů v péči o zdraví)

Základním nástrojem každé zdravotní politiky je legislativa a některé ekonomické nástroje.

Nelehkým úkolem všech politiků i vlád všech ekonomicky rozvinutých zemí je řešení dopadů interakcí, které jsou způsobeny třemi základními zdroji problémů spojených s poskytováním a úhradou zdravotnických služeb. Obsahem této triády, často označované jako tzv. zdravotnický trojúhelník, je :

- dostupnost zdravotnických služeb
- rozsah a kvalita poskytovaných zdravotnických služeb
- velikost výdajů na zdravotnické služby

Zdravotnický trojúhelník znázorňuje následující obrázek:



Aby byl zdravotní systém dostatečně kvalitní, musí existovat rovnováha mezi jednotlivými vrcholy trojúhelníku, tedy mezi dostupností zdravotnických služeb, kvalitou a náklady na ZS. <sup>15</sup> „Je-li však v systému poskytování a úhrady zdravotnických služeb preferováno poskytování velkého rozsahu kvalitních a finančně náročných zdravotnických služeb, vznikají - při limitovaných výdajích - vážné problémy s tím, jak zajistit dostupnost takových ZS pro veškeré obyvatelstvo. A je-li v systému poskytování a úhrady zdravotnických služeb preferována dostupnost a tolerováno neomezené čerpání většího rozsahu kvalitních a finančně náročných ZS, vznikají vážné problémy v oblasti jejího financování.“

Parametr dostupnosti jsem již ve své práci popsala a kvalitu a náklady zdravotnických služeb stručně charakterizuji nyní.

#### **4.4.1 Kvalita zdravotnických služeb**

Dostupnost zdravotnických služeb je vnímána jako součást kvalitního procesu poskytování zdravotnických služeb. Kvalita však neznamená jen dosažení klientovy spokojenosti, ani jen vysokou odbornou úroveň a ani jen zvyšování ekonomičnosti, ale

---

<sup>15</sup> <http://cepin.cz/cze/prednaska.php?ID=179>

zahrnuje všechny tyto skutečnosti.<sup>16</sup> „ Kvalita služeb je odrazem stupně, v němž poskytnutá péče odpovídá poznatkům medicínského výzkumu a možnostem technologie. Závisí do značné míry na ekonomické situaci země, na obecných hospodářských ukazatelích, které ovlivňují objem finančních prostředků, které jsou vynakládány na zdravotnictví, a na podmínkách trhu. Kvalita zdravotnických služeb je také podmíněna stupněm technologické a materiální vybavenosti zdravotnických zařízení, úrovní medicínského vzdělání profesionálního dohledu nad výkonem lékaře.“

Součástími vysoké kvality tedy jsou:

- vysoký stupeň profesionality
- ekonomické využívání zdrojů
- minimalizace rizik pro pacienta
- konečný účinek na pacientovo zdraví
- konkurence

O kvalitě zdravotnických služeb vypovídají základní ukazatele zdravotního stavu populace, jimiž jsou například: střední délka života, úmrtnost, nemocnost, počet předčasně zemřelých a jiné.

Pokud bychom chtěli kvalitu procesu poskytování zdravotnických služeb měřit, museli bychom použít indikátory s vypovídající hodnotou o kvalitě procesu, na kterých se shodnou všichni účastníci procesu poskytování zdravotnických služeb. Mezi tyto indikátory patří:

- dosažitelnost – při neposkytnutí adekvátní pomoci v době, kdy ji pacient potřebuje, hrozí selhání dosažitelnosti
- dostupnost – je předmětem mé práce
- účinnost – neúčinná péče nemůže být označena za kvalitní
- přiměřenost – zajišťuje rovnováhu mezi sítí poskytovatelů služeb a potřebami
- komplexnost – úkolem je věnovat pozornost v zdravotní péči všem aspektům léčby – prevenci, léčení i rehabilitaci

---

<sup>16</sup> Doc. Ing. Jaroslava Durdisová, CSc., Ekonomika zdraví, Vysoká škola ekonomická – fakulta národohospodářská, vyd. Praha 2005, str. 111

- návaznost – jedná se o koordinaci péče o jednoho pacienta mezi různými poskytovateli
- efektivnost – hospodárné využití zdrojů
- hodnotitelnost – vedení přehledné dokumentace o pacientech

#### 4.4.2 Ekonomická nákladovost

<sup>17</sup> „ Ekonomická nákladovost vyjadřuje spotřebu finančních prostředků resortem zdravotnictví a je popisována procentuálním podílem těchto nákladů z celkového hrubého domácího produktu dané země.“ Početně vyjádřeno :

$$\frac{\text{Výše nákladů na zdravotnictví v měnových jednotkách}}{\text{HDP}} \times 100 = v \% \text{ vyjádřený podíl}$$

roční HDP v měnových jednotkách

Pokud by výše vynaložených prostředků vynaložených na zdravotnictví byla přepočítávána na mezinárodní měnu (USD), nebyl by tento ukazatel objektivní, neboť nezahrnuje počet a demografické složení populace a cenové hladiny země. Kdežto hrubý domácí produkt (HDP) vypovídá o celkové peněžní hodnotě vyprodukované všemi odvětvími v daném kalendářním roce a po odečtení všech nákladových položek.

<sup>18</sup> „Obecně platí, že zdravotnické systémy, více otevřené trhu, jsou dražší a vynakládají vyšší procento HDP na zdravotnické služby, než systémy, kde převažují státní centrální regulace. Je však pravděpodobné, že různé země kalkulují náklady na zdravotnictví nejednotným způsobem, hlavně co se týče zahrnutí nákladů na vědu, výuku, medicínský výzkum a přímé platby pacientů.“

#### 4.5 Zdravotní politika ze strany zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny jsou financující subjekty, které provádějí nákup a organizaci zdravotnických služeb. Zdravotní pojišťovny uzavírají kontrakty s poskytovateli

---

<sup>17</sup> Doc. Ing. Jaroslava Durdisová, CSc., Ekonomika zdraví, Vysoká škola ekonomická – fakulta národohospodářská, vyd.Praha 2005, str. 112, 113

<sup>18</sup> Eva Křížová, Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, 3. Lékařská fakulta UK, Praha, 1998, str. 22

zdravotnických služeb dle potřeb pojištěnců a vytvářejí nabídky pojistných produktů občanům, přičemž je zdravotní pojišťovna povinna zajistit poskytování zdravotnických služeb svým pojištěncům a to prostřednictvím zdravotnických zařízení s nimiž uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotnických služeb.

V ČR je registrováno celkem 9 zdravotních pojišťoven:

1. Česká národní zdravotní pojišťovna
2. Všeobecná zdravotní pojišťovna (necelých 70% pojištěnců)
3. Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
4. Vojenská zdravotní pojišťovna
5. Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
6. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
7. Revírní bratrská pokladna, zaměstnanecká zdravotní pojišťovna
8. Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE
9. Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra

Zdravotní pojištění je důležitou součástí sociálního systému a zajišťuje ekonomickou dostupnost zdravotnických služeb. Může ale řešit také další úlohy v naplnění práv občanů zdravotnických služeb, tedy i dostupnost časovou a kvalitu. Pojištění je v ČR povinné a zaměstnavatel a zaměstnanec platí 13,5% ze mzdy. Stát platí za nezaměstnané osoby (děti, důchodci atd.), které tvoří více než 50% všech obyvatel.

Celkem rozlišujeme 2 typy pojištění:

- a) Veřejné zdravotní pojištění (zákonné)
- b) Komerční zdravotní pojištění (sukromé)

#### **a) Veřejné zdravotní pojištění**

Zákon o veřejném zdravotním pojištění zaručuje právo na bezplatnou zdravotnickou službu a zároveň ukládá povinnost být zdravotně pojištěn u jedné z nabízených zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojištění musí odvádět každý zákonem stanovený plátce, tj. stát, zaměstnavatel, zaměstnanec v pracovním procesu i osoba samostatně výdělečně činná. Toto zdravotní pojištění vzniká dnem narození nebo získáním trvalého pobytu na území ČR a zaniká smrtí pojištěnce či „ztrátou“ trvalého pobytu. Ze zákonného zdravotního

pojištění jsou hrazeny veškeré zdravotnické služby poskytnuté pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav.

#### **b) Komerční zdravotní pojištění**

Tento typ pojištění je dobrovolná a sjednává se nad rámec nemocenského pojištění. Klient má možnost se pojistit proti riziku ztráty příjmu, které vznikne v důsledku úrazu či nemoci. Pojištěnému je tedy v případě nemoci či úrazu vyplácena částka, vyplývající ze smlouvy sjednaného plnění. Mezi výhody pojištění krom pokrytí ušlého zisku patří např. i nadstandardní pobyt při léčbě v nemocnici nebo nadstandardní péče o vaše zuby. Nevýhody spočívají např. ve faktu, že celou vloženou částku pojišťovna používá na pokrytí rizik, tudíž nic nespoříte.

Poslanci ČR udělili zdravotním pojišťovnám zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění veškerou odpovědnost za zajištění zdravotnických služeb na území státu a v potřebném rozsahu, kvalitě a dostupnosti. Přesto jsou ve zdravotním pojištění a v jeho chápání velké nedostatky.

## **5. Organizace OECD**

Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj je mezinárodní vládní organizací, která byla založena dne 14.10. 1960, kdy v Paříži podepsali zástupci 20 států zakládající Konvenci o OECD a dva dodatkové protokoly, které vstoupily v platnost 30.9.1961.

Předchůdce OECD byla organizace OEEC (Organizace pro evropskou hospodářskou spolupráci), založena v roce 1948 a zajišťovala realizaci programu evropské obnovy (Marshallův plán) s cílem podpořit růst ekonomik západní Evropy.

Dnes tvoří OECD 30 ekonomicky nejrozvinutějších států světa, které přijaly principy demokracie a tržní ekonomiky. Členy organizace jsou následující země a <sup>19</sup> „ kde není uveden datum, jde o zakládající zemi:“

---

<sup>19</sup> <http://www.mzv.cz/wwwo/?zu=oecd.paris>

- Austrálie (od 1971)
- Belgie
- Česko (od 1995)
- Dánsko
- Finsko (od 1968)
- Francie
- Irsko
- Island
- Itálie
- Japonsko (od 1964)
- Jižní Korea (od 1996)
- Kanada
- Lucembursko
- Maďarsko (od 1996)
- Mexiko (od 1994)
- Německo
- Nizozemí
- Norsko
- Nový Zéland (od 1973)
- Polsko (od 1996)
- Portugalsko
- Rakousko
- Řecko
- Slovensko (od 2000)
- Spojené království
- Španělsko
- Švédsko
- Švýcarsko
- Turecko
- USA

Mezi hlavní cíle OECD patří ekonomický rozvoj (zvyšování životní úrovně členských zemí, za předpokladu udržení finanční stability), potlačení nezaměstnanosti, zajištění finanční stability a rozvoj mezinárodních finančních trhů. Ovšem k dosažení stanovených cílů poskytuje OECD vládám vyspělých demokratických zemí možnost studovat a formulovat nejvhodnější politiky. Organizace je zmocněna přijímat rozhodnutí, činit doporučení a uzavírat smlouvy s členskými i nečlenskými státy a veškeré dokumenty OECD (deklarace, ujednání, apod.) jsou označovány za instrumenty OECD. Veškerá doporučení a rozhodnutí jsou přijímána na základě vzájemného souhlasu všech členů, pokud není jednomyslně rozhodnuto jinak. Členské státy si vybírají zástupce, kteří je pak reprezentují v tzv. orgánech OECD.

## 5.1 Orgány OECD

Nejvyšším orgánem OECD je **Rada**, která má pravomoc přijímat a schvalovat všechny akty OECD, včetně ročního rozpočtu a ročního programu aktivit. Rada OECD se skládá z ministrů, kteří se schází jednou ročně a ze stálých představitelů – velvyslanců, kteří se schází 2x až 4x měsíčně. Na úrovni ministrů je Radou jmenován předseda, spolu se

dvěma místopředsedy. Předsedou Rady na úrovni stálých představitelů je jmenován na období 5 let **generální tajemník**, který stojí v čele dalšímu orgánu OECD, jímž je sekretariát.

**Sekretariát OECD** představuje především podporu aktivit a činností jednotlivých specializovaných výborů.

Organizace OECD dále operuje prostřednictvím rozvětvené struktury **výborů** a pracovních skupin (je jich přibližně okolo 200), v nichž zasedají zástupci jednotlivých rezortů členských zemí. Tyto orgány OECD lze rozdělit na řídicí a odborné. Výkonný výbor, Rozpočtový výbor, Výbor pro spolupráci s nečleny a Výbor pro vztahy s veřejností patří mezi tzv. řídicí orgány spolu s Radou OECD. Odborné výbory do značné míry kopírují strukturu ministerstev členských zemí a jejich úkolem je projednávat problematiku z oblasti ekonomiky, obchodu, vědy, vzdělávání apod.

Výbory si déle mohou vytvářet tzv. **pracovní skupiny**, které se většinou věnují techničtějšími aspektům.

## 5.2 Ekonomika zdravotnictví zemí OECD

V zemích OECD mají v posledních letech zdravotnické systémy rostoucí význam a rozsah. Vývoj nových léků a pokrok ve zdravotnické péči přispěl ke zlepšení stavu zdraví populace, k němuž v posledních desetiletích v zemích OECD docházelo:

- Prodlužování střední délky života (65 let)
- Snižování kojenecké úmrtnosti

Současně však výdaje na zdravotnické služby ještě nikdy nebyly tak vysoké. Stálý růst výdajů na zdraví ve vztahu k tvorbě národního bohatství (HDP) má negativní důsledky nejen na ekonomiku, ale zároveň na obyvatelstvo (růst výdajů zdravotních pojištěnců a přímých plátců zdravotní péče).

Náklady na zdravotnictví zatěžují i veřejné rozpočty:

- Ve většině zemí OECD se veřejný sektor podílí na největší části výdajů na zdravotnictví, kromě USA, Mexika a Koreje



- Ve všech zemích OECD rostly ekonomické výdaje na zdravotnictví rychleji nežli ekonomický růst
- Zhruba 60% výdajů za léky bylo hrazeno z veřejných zdrojů
- V roce 2003 měly nejvyšší výdaje za léky USA (přes 700 USD na osobu), Francie (cca 600 USD) a dále pak Kanada a Itálie (zhruba 500 USD). Naopak nejnižší výdaje byly v Mexiku a Turecku (zhruba 100 USD).

V některých zemích začíná být problémem nedostatek zdrojů zdravotní péče:

- Nedostatek lékařů – na porovnávání počtu lékařů jednotlivých zemí se bude má práce zaměřovat v praktické části
- I u zdravotních sester existuje značné kolísání jejich počtu mezi různými zeměmi OECD
- Naopak dostupnost diagnostických technologií, jako jsou např. CT se ve všech zemích OECD v posledních deseti letech zvýšila

## **6. Hodnocení ekonomické a geograficko-fyzické dostupnosti zdravotnických služeb v zemích OECD**

Ve zdravotnictví je mezinárodní srovnávání lidských zdrojů z metodologického, ale i praktického hlediska jedno z nejobtížnějších. Kritériem srovnávání může být hned několik ukazatelů, přičemž každý z nich vystihuje měřený fenomén z jiného úhlu pohledu. Faktorů, které ovlivňují počet lékařů a zdravotnických zařízení, je mnoho a mohou se v jednotlivých státech lišit. Jedná se např. o zdravotní stav populace, organizaci a financování zdravotnických služeb, demografické charakteristiky populace, apod. a proto se budu snažit charakterizovat ekonomickou i zdravotní situaci každého státu. Souhrnné statistiky dále nemohou zachytit regionální rozdíly a místní specifika jednotlivých států. Komparace nebude postihovat věkovou strukturu lékařů a kvalitu poskytovaných služeb.

### **6.1 Austrálie**

#### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 20 264 082

**Věkové složení:** 0-14 r. 20,64 %, 15-64 r. 66,86 %, nad 65 r. 12,5 %

**Správní členění:** 6 federálních států, 2 teritoria

**Ekonomika:** Inflace (2005) 2,7%, Nezaměstnanost (2000) 6,6%

**HDP (parita kupní síly):** 640,1 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 31 900 USD

#### Zdravotnictví

Zdravotní systém Austrálie je primárně založen na daních a povinném zdravotním pojištění - jedná se tedy o Národní zdravotní systém. Komplexní zdravotnický systém zahrnuje jak privátní, tak i veřejné poskytovatele. Jednotlivé státy jsou v poskytování zdravotnických služeb autonomní a dále pak ve věcech jako jsou např. přerozdělování zdrojů, výdajů apod. Místní vlády zodpovídají za některé okrajově poskytované

zdravotnické služby, jako jsou např. zdravotnická zařízení a hygiena, dohlíží na kvalitu vody a jídla apod.

Australský zdravotnický systém je financován z 68% z veřejných zdrojů (australská vláda financuje 46% a státy 22%) a z 32% ze zdrojů soukromých. Platby v hotovosti činily za rok 2004 21% celkových výdajů na zdravotnictví.

Austrálie věnuje na zdravotnictví 9,2% HDP, přičemž výdaje na hlavu činí okolo 3 652\$, což je slabý nadprůměr zemí OECD.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	8,8	8,9	9,1	9,2

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 38,9 % celkových výdajů <sup>20</sup>(1 122 USD na osobu), přičemž 29,6% je hrazeno z veřejných výdajů a 9,3% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 29,9 % celkových výdajů (862 USD na osobu), 20,1% je tvořené z veřejných výdajů a 9,8% je ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 14% celkových výdajů na zdravotnictví (385 USD na osobu)

#### Síť zdravotnických zařízení

V Austrálii je celkem 1 303 nemocnic, z nichž 1029 poskytuje akutní lůžkovou péči. Na 1000 obyvatel vychází 2,6 lůžek s akutní péčí, což je například v porovnání s EU podprůměr a tato péče je hrazena převážně platbami za jednotlivé výkony.

Mezi rokem 2001-2002 poskytovalo akutní péči celkem 1025 nemocnic, z nichž 724 bylo veřejnými nemocnicemi poskytující 70% veškeré lůžkové péče a 301 nemocnic soukromých.

	2000	2001	2002	2003
Počet nemocničních lůžek na 1000 obyvatel	4,1	4	3,98	4

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Počet lékařů

<sup>20</sup>výdaje na osobu přepočtené podle parity kupní síly

V Australském zdravotnictví pracovalo v roce 2005 okolo 570 000 lidí, což je 6% z celkové zaměstnanosti. Největšího vrcholu dosáhlo zdravotnictví v roce 1991, kdy ve zdravotnickém sektoru pracovalo 7,6% z celkové pracovní síly.

Celkový počet lékařů se pohyboval okolo 36 700, což byl pokles od roku 2000 o 1%.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	1,3	1,4	1,4	1,4
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,4	0,4	0,5	0,5
Počet gynekologů na 1 000 žen	0,5	0,7	0,8	0,8
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>2,2</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>2,6</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.2 Belgie

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 10 379 067

**Věkové složení:** 0-14 r. 17,48 %, 15-64 r. 65,57 %, nad 65 r. 16,95 %

**Správní členění:** 3 federální oblasti

**Ekonomika:** Inflace (2005) 2,8 %, Nezaměstnanost (2005) 8,4 %, Dluh (2005) 980,1 mld.

USD

**HDP (parita kupní síly):** 325 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 31 400 USD

### Zdravotnictví

Již od roku 1945 je zdravotnictví v Belgii založeno na povinném zdravotním pojištění – Evropské pluralitní zdravotnictví. Kontrola a regulace nad belgickým zdravotnickým systémem probíhá na federální a národní úrovni (převody financí z daní do systému pojištění). Samotný tok zdravotnických služeb, plateb a úhrad se odehrává mezi nezávislymi poskytovateli zdravotnických služeb, municipalit a pacienty.

Hlavní organizací, zajišťující pojištění je v Belgii tzv. „Národní instituce pro nemoc a invalidní pojištění“. (INAMI/RIZIV)

Poskytovatelé zdravotnických služeb jsou převážně soukromí a doktoři mají z větší části samostatné ordinace. Okolo 60% nemocnic jsou neziskové soukromé zařízení a zbytek jsou nemocnice veřejné (191 privátních a 97 veřejných nemocnic v roce 1995).

Náklady hrazené přímo pacientem v roce 2003 reprezentovaly 23,5% celkových výdajů na zdravotnické služby. Daně a sociální zabezpečení tvořily celkem 75% výdajů.

Celkové výdaje na zdravotnictví jako podíl HDP klesaly až do roku 1997 (7,6% HDP). Po roce 1998 se začaly mírně zvyšovat a v roce 2003 dosahovaly až 10,1% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	8,6	8,7	8,9	10,1

zdroj: OECD Health Data 2004

### Spoluúčast pacientů

*Léky:* Skupina A (těžká onemocnění) žádná spoluúčast, skupina B (nezbytné léky) 25%, max. 10 EUR, skupina C (méně nezbytné léky) 50%, max. 16,70 EUR, skupina CS (běžné léky) 60%, skupina Cx (např. antikoncepce) 80%.

*Nemocnice:* denní spoluúčast pacientů

### Síť zdravotnických zařízení

Zdravotnická zařízení jsou rozdělena do dvou kategorií: psychiatrické a všeobecné nemocnice. Mezi všeobecné nemocnice patří i nemocnice s akutní lůžkovou péčí (80%), stařecké nemocnice (4%) a odborné nemocnice (16% - nemoci pohybového ústrojí, chronické nemoci, atd.).

Do roku 1980 měla Belgie velký počet malých nemocnic a počet nemocničních lůžek se pomalu zvyšoval. Dostupná data jsou pouze do roku 1995, kdy celkový počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel byl 7,34 a počet akutních nemocničních lůžek 5,2.

### Počet lékařů

Z posledních 30 let se v Belgii počet zdravotnického personálu dvojnásobně zvýšil. Například podle belgického ministerstva zdravotnictví počet doktorů vzrostl z 11 730 z roku 1990 na 38 369 v roce 1995. V roce 2003 bylo celkem 41 465 lékařů.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	1,9	2	2,1	2,1
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,7	0,8	0,8	0,8
Počet gynekologů na 1 000 žen	0,7	0,9	1,3	1,4
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>3,3</b>	<b>3,5</b>	<b>3,9</b>	<b>4</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.3 Česká republika

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel:** 10 245 770

**Věkové složení:** 0-14 r. 16,09 %, 15-64 r. 69,99 %, nad 65 r. 13,92 %

**Správní členění:** 14 krajů

**Ekonomika:** Inflace (2005) 1,9 %, Nezaměstnanost (2005) 8,9%, Dluh (2005): 49,2 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 199,4 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 19 500 USD

### Zdravotnictví

Stát využívá Bismarckovský systém a zdravotní péči poskytují veřejné a soukromé zařízení. Z povinného zdravotního pojištění pochází největší podíl finančních prostředků – 77%. Druhým nejvýznamnějším zdrojem financí jsou daně, které přispívají 13% z celkového objemu. Doplnkovými zdroji financí jsou přímé platby a soukromé zdroje, které společně představovaly asi 10% z celkových výdajů na zdravotní péči (rok 2004).

Stejně jako tomu je i u ostatních zemí OECD, i v České republice v posledních letech vzrostly výdaje na zdravotní péči, zejména však v návaznosti na zavedení systému zdravotního pojištění. Procento HDP věnované na zdravotnictví činí 7,5 % za rok 2003, což je více než průměr 5,8% v jiných zemích střední a východní Evropy, avšak méně než v zemích západoevropských 8,9%. Péče ambulantní a farmaceutka představují kategorie s nejvyšším podílem výdajů (39,3% a 22,% v roce 2002).

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	6,7	7	7,2	7,5

zdroj: OECD Health Data 2004

### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Farmaceutických výrobků – 21,9% celkových výdajů na zdravotnictví (253 USD na osobu)

### Spoluúčast pacientů

*Léky:* Všechny základní léky jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, jinak téměř 20%

#### Počet lékařů

Počtu lékařů a zdravotnických zařízení jsem se již věnovala v teoretické části své práce. Nutno však zdůraznit, že poměr počtu lékařů a pacientů je jedním z nejpříznivějších v Evropě.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel			0,7	0,7
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,5	0,6	0,7	0,7
Počet gynekologů na 1 000 žen	1,4	1,5	1,8	1,8
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>2,7</b>	<b>3</b>	<b>3,5</b>	<b>3,5</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## **6.4 Dánsko**

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 5 450 661

**Věkové složení:** 0-14 r. 18,59 %, 15-64 r. 66,56 %, nad 65 r. 14,85 %

**Správní členění:** 14 okresů a 2 města

**Ekonomika:** Inflace (2005) 1,8 %, Nezaměstnanost (2005) 5,7 %, Dluh (2005) 352,9 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 188,1 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 34 600 USD

### Zdravotnictví

V roce 1970 delegoval dánský parlament veškeré kompetence, týkající se financování a skoro veškeré poskytování zdravotnických služeb, na okresy a města. Dánské ministerstvo zdravotnictví připravuje legislativu a směrnice pro zdravotnictví a spolu s ministrem financí a okresními a městskými úřady sestavuje národní rozpočet na výdaje ve zdravotnictví.

Dánské zdravotnický sektor byl vždy financován ze státních, městských a okresních daní – Národní zdravotní systém. V roce 2004 tyto veřejné zdroje činily okolo 84,5% celkových výdajů na zdravotnictví. Přímé platby pacientů jsou za stomatologické služby a fyzioterapii a činily 12,4% nákladů a 1,5% nákladů bylo vynaloženo za dobrovolné zdravotní pojištění.

Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2003 činily okolo 8,9% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	8,3	8,6	8,8	8,9

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 29,8 % celkových výdajů (817 USD na osobu), 28,1% je hrazeno z veřejných výdajů a 1,7% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 24,9 % celkových výdajů (684 USD na osobu), 19,4% je tvořených z veřejných výdajů a 5,6% je ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 9,8% celkových výdajů na zdravotnictví (273 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky:* 15-100% podle výše celkových nákladů za lékařskou péči

#### Síť zdravotnických zařízení

Počet zdravotnických lůžek od roku 1980 prudce klesl ze 40 000 na 25 500 v roce 1995. Počet lůžek na 1 000 obyvatel byl v roce 1980 7,6 lůžek a v roce 1995 už jen 4,9. Tento prudký pokles byl způsoben především rostoucím počtem ambulantních případů. (Dostupná data jsou pouze do roku 1996)

	1988	1990	1995	1996
Počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	6,4	5,6	4,9	4,7

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Počet lékařů

Ve zdravotnictví pracovalo v roce 2003 celkem 96 365, což je 3,6% celkové pracovní síly. Přibližně 60% lékařů (okolo 9 000) bylo zaměstnáno v nemocnicích a z toho bylo okolo 23% (3 500) obvodních lékařů.



	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	0,8	0,6	0,7	0,7
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,8	0,8	0,8	0,8
Počet gynekologů na 1 000 žen	0,7	0,8	1,1	1,1
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>2,5</b>	<b>2,6</b>	<b>2,9</b>	<b>3</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.5 Finsko

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 5 231 372

**Věkové složení:** 0-14 r. 18 %, 15-64 r. 66,97 %, nad 65 r. 15,03 %

**Správní členění:** 6 provincií

**Ekonomika:** Inflace (2005) 0,9%, Nezaměstnanost (2005) 8,4%, Dluh (2005) 211,7 mld.

USD

**HDP (parita kupní síly):** 161,5 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 30 900 USD

### Zdravotnictví

Ve Finsku mají hlavní zodpovědnost za uspořádání základních služeb, jako je vzdělávání a zdravotnické služby, města. Města také zároveň každoročně obdržují dotace od státu na jejich financování. Ministerstvo sociálních věcí a zdraví řídí sociální a zdravotnické služby na národní úrovni – zdravotní politika, příprava hlavních reforem apod.

Celkové náklady za zdravotnické služby jsou hrazeny ze zákonného národního zdravotního pojištění – Národní zdravotní systém (Pojišťovny spadají pod správu finského parlamentu).

Systém zdravotnictví ve Finsku je tedy financován převážně z daní. Stát i města mají vyhrazené právo ukládat daň. V roce 2004 bylo městy vybráno 59,6% celkových financí (průměrně 17,5% důchodu), okolo 18% státem, 17% národním zdravotnickým pojištěním a 18,9 % ze soukromých zdrojů (přímé platby – 16,2%, soukromé pojištění – 1%, zaměstnanci – 1,2% a pomocné fondy – 0,5%).

Jako ve většině ostatních zemí OECD, tak i ve Finsku náklady na zdravotnické služby v průběhu minulých let rostly. V roce 2003 dosáhly výše 7,4% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	6,7	6,9	7,2	7,4

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 36,4 % celkových výdajů (768 USD na osobu), 33,8% je hrazeno z veřejných výdajů a 2,6% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 33,1% celkových výdajů (698 USD na osobu), 24,3% je tvořených z veřejných výdajů a 8,8% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 16% celkových výdajů na zdravotnictví (338 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky:* Běžná spoluúčast činí 50% ceny léku (ve výjimečných a stanovených případech činí 0%).

*Nemocnice:* krátkodobý pobyt v nemocnici (do 3 dnů) 23 eur za den, pobyt v nemocnici nad 3 dny přijde na 25 eur za den

#### Síť zdravotnických zařízení

V roce 1999 bylo v zemi celkem 270 zdravotnických center, poskytujících primární zdravotnickou péči a 15 centrálních nemocnic a 40 menších specializovaných nemocnic sekundární péči (všechny nemocnice jsou vlastněny městy).

Na počátku v roce 1990 připadalo na 1 000 obyvatel 11,5 nemocničních lůžek. Od roku 1990 – 1999 počet všech nemocničních lůžek klesl o jednu třetinu na 7,6 lůžek na 1 000 obyvatel.

	1996	1997	1998	1999
Počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	7,8	7,6	7,4	7,6

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Počet lékařů

Ve srovnání s ostatními severskými státy byl počet lékařů na 1 000 obyvatel ve Finsku na počátku roku 1980 nejnižší (1,7 lékařů na 1000 obyvatel). Během období 1980 – 1999 se však tento počet zvýšil na 3,1 na 1 000 obyvatel a v roce 2003 to již bylo jen 2,4 lékařů.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	0,6	0,7	0,7	0,7
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,9	0,8	0,9	0,9
Počet gynekologů na 1 000 žen	0,9	1	1,2	1,3
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>2</b>	<b>2,1</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.6 Francie

Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 60 876 136

**Věkové složení:** 0-14 r. 18,68 %, 15-64 r. 65,19 %, nad 65 r. 16,13 %

**Správní členění:** 22 regionů

**Ekonomika:** Inflace (2005): 1,7 %, Nezaměstnanost (2005): 9,9 %, Dluh (2005): 1 826 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 1 816 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 29 900 USD

Zdravotnictví

Současný systém sociálního zabezpečení, zahrnující povinné zdravotní pojištění, byl založen již v roce 1945 (Evropské pluralitní zdravotnictví). Stát zodpovídá za financování a vedení zdravotního pojištění (např. stanovuje hodnotu příplatků a cen výrobků a zdravotnických služeb), čímž se liší například od systému v Německu.

Do roku 1945 byly veřejné nemocnice plně autonomní instituce a po druhé světové válce bylo mnoho pravomocí přeneseno na ministerstvo zdravotnictví (např. organizační plán nemocnic, platy lékařů apod.). Nicméně kompetence v termínech zdravotní politiky a pravidla zdravotnického systému jsou rozdělena mezi stát (parlament, vláda a ministerstva), statutární zdravotnické pojištěnecké fondy a místní komunity.

Statutární zdravotnický systém umožňuje tři hlavní pojišťovací schémata:

- Základní schéma zahrnující zaměstnance v obchodu a průmyslu a jejich rodiny – 84% populace
- Zemědělské schéma zahrnující farmáře a zemědělské zaměstnance a jejich rodiny – 7,2% populace
- Schéma pro podnikatele zahrnující řemeslníky, podnikající osoby apod. – 5% populace

( Od roku 2001 jsou sazby pro zdravotní pojištění 2,25% z příjmů, kapitálu a výher v hazardu a 3,95% z penzí)

V roce 2004 systém statutárního zdravotnického pojištění financoval celkem 75% celkových nákladů na zdravotnické služby, doplňkové zdravotnické pojištění financovalo náklady z 12%, platby v hotovosti tvořily 9% celkového rozpočtu a 1% státem a obcemi.

Celkové výdaje činily v roce 2000 okolo 140,6 bilionů eur, což bylo 10% HDP. V roce 2003 to již bylo 10,4% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	9,2	9,3	10	10,4

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 34,1 % celkových výdajů (1 045 USD na osobu), 32,1% je hrazeno z veřejných výdajů a 2% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 21,5% celkových výdajů (658 USD na osobu), 14,2% je tvořených z veřejných výdajů a 7,3% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 20,9% celkových výdajů na zdravotnictví (574 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky:* 35% (pro závažnější nemoci) a 65% (pro lehčí nemoci – nachlazení, chřipka, kašel...) z ceny léku

*Nemocnice:* Pacienti platí za pobyt v nemocnici paušální sazbu, která není hrazena z povinného zdravotního pojištění, ve výši 10,67 eur za den. Ostatní náklady na poskytnutou zdravotní péči ve veřejných nemocnicích hradí pojišťovna ve výši 80 %

### Síť zdravotnických zařízení

Okolo 1 000 zdravotnických center zajišťuje ve Francii primární péči a zhruba 4 000 nemocnic, z nichž je 1 000 veřejných a zajišťují dvě třetiny nemocničních lůžek (320 000 z 490 000). Privátní nemocnice se dále dělí na neziskové – 1 400 nemocnic a ziskové – 1 750 nemocnic.

Průměrně připadalo v roce 1998 na 1 000 obyvatel 8,4 nemocničních lůžek, což se blíží průměru EU. Počet akutních nemocničních lůžek vycházel na 4,2 lůžek na 1 000 obyvatel.

	1995	1996	1997	1998
Počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	8,9	8,7	8,5	8,4

zdroj: OECD Health Data 2004

### Počet lékařů

Od roku 1975 až do roku 2000 se počet lékařů téměř ztrojnásobil a dosáhl poměru 3,3 lékařů na 1 000 obyvatel. V roce 2000 pracovalo ve zdravotnictví celkem 1,6 milionů odborníků, což činilo přibližně 6,2% pracujících. V témže roce byl také odhadnut celkový počet lékařů na 194 000, z nichž 41% byli praktičtí lékaři. Podle odhadů by se měl počet lékařů od roku 2006 snižovat a to až do roku 2010.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	1,6	1,6	1,6	1,6
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,7	0,7	0,7	0,7
Počet gynekologů na 1 000 žen	0,9	1,1	1,2	1,2
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>3,1</b>	<b>3,2</b>	<b>3,3</b>	<b>3,4</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## **6.7 Island**

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 299 388

**Věkové složení:** 0-14 r. 23,18 %, 15-64 r. 65,01 %, nad 65 r. 11,81 %

**Správní členění:** 8 krajů

**Ekonomika:** Inflace (2005): 4,0 %, Nezaměstnanost (2005): 2,1 %, Dluh (2002) 3,073 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 10,57 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly): 35 600 USD**

### Zdravotnictví

Islandské zdravotnictví dnes poskytuje zdravotnické služby nejvyšší kvality. Za administraci zdravotnických služeb je zodpovědný ministr zdravotnictví a sociálního zabezpečení. Magistráty jsou zodpovědné za veřejné služby jako např. vzdělávání. Ministerstvo zdravotnictví a sociálního zabezpečení je organizovaný do sedmi oddělení.

Zdravotnický systém v Islandu byl v minulosti charakterizovaný administrativní samosprávou individuálních institucí a státem financujícím zdravotnické služby. Zdravotnický systém je financován převážně z daní – Národní zdravotní systém. Na Islandu existuje dobrovolné zdravotní pojištění, ale jeho služeb obyvatelé využívají jen zřídka. Dominantní je veřejný sektor, který je financován z 82,9% státem a to buď přímo ze státního rozpočtu nebo nepřímo ze státního institutu sociálního zabezpečení. Státní daňový výnos je přibližně 30% (osobní a korporační daň z příjmu), 35% tvoří přidaná hodnota, 10% z daní sociálního zabezpečení a 5% zdaněním čistého bohatství. Soukromé zdroje přispěly 17,1% a tuto část tvoří primárně přímé platby domácností.

Island poskytuje poměrně drahé zdravotnické služby, což je samozřejmě promítnuto i do nákladů zdravotnictví. Islandské náklady na ZS jsou jedny z nevyšších v Evropě - v roce 2003 činily okolo 10,5% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	9,2	9,3	10	10,5

zdroj: OECD Health Data 2004

### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 55,7% celkových výdajů (1 761 USD na osobu), přičemž celých 55,7% financují veřejné výdaje
- Ambulantních lékařských služeb – 21,8% celkových výdajů (688 USD na osobu), 13,7% je tvořených z veřejných výdajů a 8,1% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 14,5% celkových výdajů na zdravotnictví (459 USD na osobu)

### Síť zdravotnických zařízení

Primární péči zajišťují zdravotnická centra, která se dělí do tří základních kategorií:

- kategorie H2 - zaměstnaní nejméně 2 lékaři (38 zdravotnických center)
- kategorie H1 – zaměstnán 1 lékař (18 zdravotnických center)
- kategorie H0 – zaměstnána ošetřovatelka nebo porodní asistentka (28 zdravotnických center)

Největší nemocnice na Islandu zaměstnává 3 900 lidí a disponuje okolo 950 nemocničními lůžky. Pro Island jsou ale typické malé nemocnice, kterých je okolo 20. Počet lůžek na 1 000 obyvatel se pohybuje okolo 3,7.

#### Počet lékařů

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	0,6	0,6	0,7	0,7
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,9	1	1	1
Počet gynekologů na 1 000 žen				
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>2,8</b>	<b>3</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## **6.8 Itálie**

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 58 133 509

**Věkové složení:** 0-14 r. 14,17 %, 15-64 r. 67,48 %, nad 65 r. 18,35 %

**Správní členění:** 20 regionů

**Ekonomika:** Inflace (2005): 2,0 %, Nezaměstnanost (2005): 7,8 %, Dluh (2005): 922,5 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 1 698 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 29 200 USD

### Zdravotnictví

Zdravotnický systém v Itálii již v minulosti prodělal několik změn. V současné době je brán tento systém jako oblastně umístěná národní zdravotnická služba, která je rozdělena do tří úrovní: národní (ministerstvo zdravotnictví), regionální a místní. Na národní úrovni jsou zajišťovány obecné cíle a základní principy zdravotní politiky. Oblastní vlády (přes zdravotní oddělení) zodpovídají za doručování dobročinných balíčků přes síť místních

zdravotnických jednotek a veřejných a soukromých akreditovaných nemocnic. Parlament schvaluje legislativu, která udává principy pro organizování, financování a sledování daného systému NHS (Národní zdravotní systém).

Po několika systémových reformách je systém primárně založen na daních (67% zdrojů financování). Základní daně vytvářely v roce 1999 46% všech veřejných zdrojů financování (24,9 mil. eur). Dalšími zdroji byly daně, placené zaměstnanci soukromého i veřejného sektoru a podnikateli, které činily 44% všech veřejných zdrojů (26 mil. eur) a příspěvky od oblastí řízených zvláštním zákonem, jež činily 6% zdrojů (3 mil. eur). Příjmy ze spoluplateb léků a diagnostických procedur tvořily celkem 4% všech veřejných zdrojů pro financování zdravotnických služeb.

V roce 2004 financovaly veřejné zdroje celkem 76 % celkových výdajů a soukromé zdroje 24%.

V roce 1999 činily celkové výdaje okolo 85 bilionů eur, což znamenalo 7,8% HDP. V průběhu let výdaje rostly a v roce 2003 činily 8,4% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	8,1	8,2	8,3	8,4

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 43,2 % celkových výdajů (1 004 USD na osobu), 39,2% je hrazeno z veřejných výdajů a 4% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 29,3% celkových výdajů (682 USD na osobu), 21,2% je tvořených z veřejných výdajů a 8,1% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 22,1% celkových výdajů na zdravotnictví (503 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky:* až 100% ceny

#### Síť zdravotnických zařízení



Ambulantní služby jsou poskytovány místními zdravotními jednotkami nebo akreditovanými veřejnými či soukromými zařízeními.

Současné nemocniční služby jsou zajišťovány především veřejnými zařízeními (842 nemocnic – 61% z celkového počtu), které poskytují jak ambulantní, tak nemocniční péči. Z celkového počtu 1 381 nemocnic je 539 soukromých, obzvláště neziskových.

V roce 1998 disponovala Itálie celkem 276 000 lůžky. Počet lůžek na 1 000 obyvatel se z roku 1990 výrazně snížil z 7,2 na 5,9 lůžek v roce 1997.

	1994	1995	1996	1997
Počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	6,6	6,3	6,6	5,9

zdroj: OECD Health Data 2004

### Počet lékařů

Celkový počet lidí zaměstnaných ve zdravotnictví činil v roce 2003 zhruba 1 145 300 zaměstnanců.

Celkový počet lékařů stejně jako v jiných evropských zemích od roku 1981 neustále rostl. V roce 1998 připadalo na jednoho praktického lékaře okolo 1030 pacientů (přesný počet byl vždy závislý od daného regionu) a v přepočtu na 1000 obyvatel připadalo 3,5 lékařů. Počty jednotlivých lékařů primární péče zobrazuje následující tabulka. Počty lékařů z roku 1990 nejsou dostupná.

	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	0,9	0,9	0,9
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,4	0,5	0,5
Počet gynekologů na 1 000 žen	1,1	1,7	1,6
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>3,9</b>	<b>4,4</b>	<b>4,1</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## **6.9 Kanada**

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 33 098 932

**Věkové složení:** 0-14 r. 18,95 %, 15-64 r. 68,28 %, nad 65 r. 12,77 %

**Správní členění:** 10 provincií a 3 teritoria

**Ekonomika:** Inflace (2005): 2,2 %, Nezaměstnanost (2005): 6,8 %, Dluh (2005): 439,8 mld. USD

**HDP (parita kupní síly): 1 114 mld. USD**

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly): 34 000 USD**

### Zdravotnictví

Kanada je federální stát s delegovanými pravomocemi a zodpovědností stanovených ústavou. Každá provincie a územní celek má svůj platební systém schválený vládou (placení nemocnic a to buď přímo a nebo přes oblastní zdravotní úřady). Federální vláda hraje hlavní roli ve zdravotním výzkumu, sběru dat, veřejném zdraví a při ochraně zdraví.

Hlavním zdrojem financí zdravotnických služeb je daňový systém (NHS), tvořený územními a federálními vládami. Veškeré příjmové daně, spotřební daně a korporáční daně plynou do tzv. generálních výnosových fondů. Ostatní podíly tvoří platby v hotovosti od individuálních pacientů v a soukromé zdravotní pojištění – soukromý sektor. Tyto peníze jsou poté rozdělené zdravotním organizacím a poskytovatelům prostřednictvím vlády. Přibližně 69,8% všech výdajů na zdravotnictví jsou financovány z vybraných daní. Platby v hotovosti tvoří zhruba 14,9% příjmů a soukromé zdravotní pojištění přispívá okolo 13%. Zbývající 2% příjmů pocházejí z různých zdrojů jako jsou např. charitativní dary apod.

Zhruba 130 bilionů dolarů Kanada vynaložila na zdravotnické služby v roce 2004 (z toho 43% bylo rozděleno mezi nemocnice a lékařské služby, 23% na venkovské programy a subvence pro dlouhodobou péči, domácí péči apod. a 30% na soukromé zdravotnické služby).

Celkové výdaje na zdravotnické služby se v roce 2003 blížily k 10% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	8,9	9,4	9,7	9,9

zdroj: OECD Health Data 2004

### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 28,8 % celkových výdajů (865 USD na osobu), 24,9% je hrazeno z veřejných výdajů a 3,9% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 25,3% celkových výdajů (762 USD na osobu), 16% je tvořených z veřejných výdajů a 9,4% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 16,9% celkových výdajů na zdravotnictví (513 USD na osobu)

### Sít' zdravotnických zařízení

Údaje o počtu nemocnic a celkový počet lůžek se mi bohužel nepodařilo získat. Počet akutních nemocničních lůžek vychází na rok 2003 okolo 94 452, což znamená 3 lůžka na 1 000 obyvatel.

	2001	2002	2003	2004
Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	3,2	3,2	3,2	3

zdroj: OECD Health Data 2004

### Počet lékařů

V roce 2003 bylo ve zdravotnictví zaměstnáno celkem 1 251 700 obyvatel, což činí 8% z celkové zaměstnanosti. Poměr praktických lékařů na 1 000 obyvatel, jak ukazuje následující tabulka, se v průběhu let vůbec neměnil.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	1,1	1	1	1
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,5	0,5	0,6	0,6
Počet gynekologů na 1 000 žen	0,5	0,6	0,7	0,7
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## **6.10 Lucembursko**

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 474 413

**Věkové složení:** 0-14 r. 18,91 %, 15-64 r. 67,03 %, nad 65 r. 14,06 %

**Správní členění:** 3 okresy

**Ekonomika:** Inflace (2005): 2,5 %, Nezaměstnanost (2005): 4,5 %, Dluh (2005): 0 USD

**HDP (parita kupní síly):** 30,74 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 55 600 USD

### Zdravotnictví

Lucemburský zdravotnický systém je založen na třech základních principech: na povinném zdravotním pojištění, na možnosti volby poskytovatele pacientem a na povinné shodě poskytovatele s fixovaným souborem poplatků pro služby (Evropské pluralitní

zdravotnictví). Tzv. Unie „sickness“ fondů spolu s devíti profesními fondy poskytují statutární zdravotní pojištění 99% populace. Státní úředníci a zaměstnanci mezinárodních institucí mají své vlastní zdravotní pojišťenecké fondy a zhruba 70% populace si zařizují doplňující zdravotní pojištění.

Podobně jako je tomu i u sousedních států je lucemburský zdravotnický systém financován hlavně ze sociálního zdravotního pojištění. V roce 2004 zákonné pojištění financovalo 72,4%, daně 18%, platby v hotovosti 7% a dobrovolné zdravotní pojištění 1% celkových výdajů. Celkem byly tedy výdaje financovány z 86% veřejnými zdroji.

Lucemburské výdaje na zdravotnictví neustále stoupají a v roce 2003 dosáhly 7,7% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	5,8	6,4	6,8	7,7

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 32,6 % celkových výdajů (1 501 USD na osobu), 30,7% je hrazeno z veřejných výdajů a 1,9% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 26,5% celkových výdajů (1 218 USD na osobu), 23,4% je tvořených z veřejných výdajů a 3,1% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 10,5% celkových výdajů na zdravotnictví (434 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky:* u „normálních“ léků (dle zákonné vyhlášky) činí 40% ceny léku, u odborných léků (dle zákonné vyhlášky) činí 80% ceny léku.

*Nemocnice:* 5,5 eur za den

#### Síť zdravotnických zařízení

Sekundární péče je poskytována ve 14 nemocnicích akutní lůžkové péče. Jen jedna nemocnice (s mateřskými službami) patří do soukromého sektoru a je výdělečná, polovina ze zbylých 13 nemocnic je neziskových.

Počet nemocničních lůžek v roce 1997 činil okolo 2 533 lůžek, což je 6,13 lůžek na 1 000 obyvatel. Během následujících let však počet lůžek na 1 000 obyvatel klesal.

	2000	2001	2002	2003
Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	5,9	5,8	5,7	5,7

zdroj: OECD Health Data 2004

### Počet lékařů

Počty lékařů vykonávající praxi v Lucembursku za posledních 30 let rapidně rostly z 362 v roce 1970 na 766 v roce 1990. V roce 1997 pracovalo ve zdravotnictví celkem 344 obvodních lékařů a 656 specialistů. Celkový počet lékařů byl 2,7 na 1 000 obyvatel (2003).

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	0,8	0,8	0,9	0,9
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,5	0,5	0,7	0,7
Počet gynekologů na 1 000 žen		0,5	0,7	0,7
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>2</b>	<b>2,2</b>	<b>2,6</b>	<b>2,7</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.11 Maďarsko

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 9 981 334

**Věkové složení:** 0-14 r. 16,63 %, 15-64 r. 68,66 %, nad 65 r. 14,71 %

**Správní členění:** 19 žup

**Ekonomika:** Inflace (2005): 3,6 %, Nezaměstnanost (2005): 7,2 %, Dluh (2005): 66,22 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 162,6 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 16 300 USD

### Zdravotnictví

Současný maďarský systém zdravotnictví vznikl již na konci roku 1980 a v roce 1989 byl přijat doplněk k zákonu definující principy a základní demokratickou strukturu nové republiky.

Zdravotnické služby jsou v Maďarsku primárně financovány sociálním zdravotním pojištěním (Evropské pluralitní zdravotnictví) ze zdravotního pojišťovacího fondu pro opakující se náklady, spravovaným tzv. „National Health Insurance Fund Administration“ (NHIFA).

Kapitálové náklady jsou financovány hlavně z daňového systému. Vládní koalice je dominantní regulátor zdravotnických služeb a vykonává statutární dozor nad zdravotním pojišťovacím fondem a řídí NHIFA. Dále poskytuje kapitálové granty a některé terciární zdravotnické služby. Organizační struktura zdravotního systému je v Maďarsku rozčleněna na úrovně: národní, krajské, obecní a privátní sektor.

V roce 2004 byly výdaje na zdravotnické služby financovány ze 72,5% z veřejných zdrojů, kam jsou řazeny příjmy ze generálních a obecních daňových systémů (10,2%) a hlavně příspěvky na sociální zdravotní pojištění (59,9%). Soukromé zdroje tedy financovaly výdaje z 28% a z toho platby v hotovosti přispěly 25%.

V témže roce vynaložilo Maďarsko 6,8% HDP (36% na lékařské zboží, 30% na nemocniční péči, 16% na ambulantní péči, 6% na pomocné služby a 5% na prevenci a veřejné zdravotnické služby) a v roce 2003 již 8,3% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	7,1	7,3	7,7	8,3

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 27,6% veřejných výdajů (dostupné jsou informace pouze o výši veřejných výdajů a veřejných výdajů ambulantních lékařských služeb)
- Ambulantních lékařských služeb – 13,4% veřejných výdajů
- Farmaceutických výrobků – 27,6% celkových výdajů na zdravotnictví (298 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky:* Výše spoluúčasti se pohybuje od 0% do 100% ceny léku, ve většině případů (u nejpoužívanějších léků) činí 50%.

#### Síť zdravotnických zařízení

V roce 2002 mělo Maďarsko 182 nemocničních zařízení a 80 844 schválených nemocničních lůžek. Z tohoto množství vlastnily místní správy 76% všech nemocničních lůžek.

	1997	2000	2001	2002

Počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	9	8,2	7,9	7,9
Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	5,8	5,6	6	6

zdroj: OECD Health Data 2004

### Počet lékařů

V roce 2002 disponovalo Maďarsko 5 125 obvodními lékaři pro dospělé a 1 579 pediatri. Poměr lékařů na 1 000 obyvatel vycházel 3,2 aktivních lékařů.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	0,6	0,6	0,7	0,7
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,4	0,4	0,5	0,5
Počet gynekologů na 1 000 žen	1,3	1,4	1,6	1,6
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>2,8</b>	<b>3</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.12 Německo

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 82 422 299

**Věkové složení:** 0-14 r. 15,57 %, 15-64 r. 67,82 %, nad 65 r. 16,61 %

**Správní členění:** 16 spolkových zemí

**Ekonomika:** Inflace (2005): 2,0 %, Nezaměstnanost (2005): 11,7 %, Dluh (2005): 3 626 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 2 504 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 30 400 USD

### Zdravotnictví

Základním aspektem německého politického systému, jehož součástí je i systém zdravotnictví, je rozdělení kompetencí mezi jednotlivé spolkové země, federální vlády, mezi tzv. „Sickness“ fondy a jiné legitimní organizace.

Systém zdravotnictví byl v průběhu let změněn na Evropský pluralitní systém s povinným zdravotním pojištěním jako dominantním zdrojem financování (V roce 2003 bylo pojištěno 88% obyvatel). Za veškeré reformy ohledně zdravotního pojištění zodpovídají instituce na národní úrovni, jimiž jsou: federální rada a federální ministerstvo

pro zdraví a sociální zabezpečení. Sami spolkové země jsou zodpovědné za stanovování nemocničních kapacit a finančních investic do samotných nemocnic.

V roce 2004 financovalo povinné zdravotní pojištění 68,4% celkových výdajů na zdravotnictví. Průměrná míra zdanění činila 14,2% z hrubého příjmu v roce 2004. Dalším typem pojištění je statutární důchodové pojištění, které přispělo 1,8% z celkových výdajů. 9,8% celkových výdajů byly financovány vládními zdroji (federální vlády, spolkové země a magistráty). Domácnosti přispěly 10% z úhrnu výdajů na zdravotnictví (přímé platby a spoluplatby). Zhruba 9% pokrylo soukromé pojištění.

Celkové výdaje na zdravotnictví vrostly z 9,9% (1992) na 10,8% HDP (2003).

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	10,3	10,4	10,6	10,8

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 34% celkových výdajů (1 022 USD na osobu), 29,2% je hrazeno z veřejných výdajů a 5,1% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 22,7% celkových výdajů (678 USD na osobu), 16,9% je tvořených z veřejných výdajů a 5,8% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 14,6% celkových výdajů na zdravotnictví (434 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky:* 10% z ceny léku (nejméně však 5 euro, levnější léky jsou tak hrazeny pacientem v plné výši)

*Nemocnice:* denní poplatek při pobytu v nemocnici – 10 eur

#### Síť zdravotnických zařízení

Německé nemocnice jsou tradičně zaměřeny na nemocniční péči. Zatímco nemocnice s akutní lůžkovou péčí poskytují ambulantní záchranné služby, pouze univerzitní nemocnice mají formální ambulantní zařízení.

V roce 2002 bylo v Německu 2 221 nemocnic s celkem 547 284 lůžky (6,7 lůžek na 1 000 obyvatel). 712 nemocnic bylo veřejných, 758 nemocnic bylo soukromých neziskových a 428 nemocnic soukromých ziskových.



	1999	2000	2001	2002
Počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	6,9	6,8	6,8	6,7

zdroj: OECD Health Data 2004

### Počet lékařů

Zdravotnictví je v Německu jedním z nejdůležitějších sektorů. Koncem roku 2002 zde pracovalo okolo 4,2 milionů obyvatel (3,9 milionů ve zdravotnických službách), což je 10,6% celkové zaměstnanosti.

Počet lékařů v Německu neustále roste. V roce 2003 pracovalo ve zdravotnictví celkem 338 200 lékařů. Stejně jako v případě Itálie, ani v Německu nejsou dostupná data z roku 1990.

	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	1,2	1,1	1
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,7	0,8	0,8
Počet gynekologů na 1 000 žen	1,1	1,2	1,3
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>3,1</b>	<b>3,3</b>	<b>3,4</b>

## 6.13 Nizozemsko

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 16 491 461

**Věkové složení:** 0-14 r. 18,38 %, 15-64 r. 67,9 %, nad 65 r. 13,72 %

**Správní členění:** 12 provincií

**Ekonomika:** Inflace (2005): 1,7 %, Nezaměstnanost (2005): 6,6 %, Dluh (2005): 1 645 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 499,8 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 30 500 USD

### Zdravotnictví

Holandský zdravotnický systém se liší od mnoha jiných evropských zemí. Veškerá zdravotní péče vznikala přes úsilí dobrovolných organizací, což je také důvodem, proč jsou téměř všechny nemocnice soukromé, neziskové zařízení.

Zdravotnický systém v Nizozemsku se skládá ze tří souběžných částí pojištění (Evropské pluralitní zdravotnictví), jež podléhají různým regulačním režimům:

- národní zdravotní pojištění pro „výjimečné lékařské výdaje“
- „Sickness“ fondy pro osoby s nejistým příjmem a soukromé a většinou dobrovolné zdravotní pojištění
- dobrovolné doplňkové zdravotní pojištění

Ministerstvo zdravotnictví a sportu a místní autority jsou společně zodpovědné za poskytování veřejných zdravotnických služeb.

Lékařské služby jsou z velké části financovány ze systému veřejného a soukromého zdravotního pojištění (88%), z čehož národní zdravotní pojištění tvoří 40%, „Sickness“ fondy 45% a dobrovolné doplňkové zdravotní pojištění zbylé 3%. Kromě pojištění jsou hlavním doplňkovým zdrojem daně, které kryjí zhruba 2% výdajů a platby v hotovosti, dotujících přibližně 5,8% výdajů zdravotnictví (2004).

Celkové výdaje jsou odhadovány v roce 2002 na 8,9% HDP a v roce 2003 již na 9,1 % HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	7,9	8,3	8,9	9,1

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Farmaceutických výrobků – 11,4% celkových výdajů na zdravotnictví (276 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky:* 0 – 100% ceny léků, závisí na konkrétním léku dle zákonné vyhlášky

*Nemocnice:* příplatky za nadstandardní péči

#### Síť zdravotnických zařízení

Sekundární a terciární zdravotnické služby jsou poskytované hlavně lékařskými specialisty a to v nemocnicích s ambulantní a nemocniční péčí. Více než 90% nemocnic je soukromých, neziskových zařízení. V Nizozemsku se nemocnice dělí na: výuční nemocnice (8 nemocnic), obecné (100) a speciální (28).

Celkový počet lůžek na 1 000 obyvatel neustále klesá, což je jasně patné i z následující tabulky.

	1990	1995	2000	2001
Počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	5,8	5,3	4,8	4,7

zdroj: OECD Health Data 2004

### Počet lékařů

Podle dostupných dat OECD pracovalo ve zdravotnictví v roce 2003 505 200 obyvatel, což je zhruba 6,1% celkové zaměstnanosti.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	0,4	0,4	0,5	0,5
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,5	0,5	0,5	0,5
Počet gynekologů na 1 000 žen	0,6		1,1	1,2
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>2,5</b>		<b>3,4</b>	<b>3,5</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.14 Norsko

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 4 610 820

**Věkové složení:** 0-14 r. 19,99 %, 15-64 r. 64,91 %, nad 65 r. 15,1 %

**Správní členění:** 19 provincií

**Ekonomika:** Inflace (2005): 1,6 %, Nezaměstnanost (2005): 4,6 %, Dluh (2005): 281 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 194,1 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 42 300 USD

### Zdravotnictví

Zdravotnický systém Norska je rozčleněn do tří úrovní na: centrální stát, pět oblastních úřadů a magistráty. Hlavní rolí státu je tvorba národní zdravotní politiky, příprava a následný dohled nad dodržováním legislativy. Parlament slouží jako politický nástroj rozhodování na národní úrovni.

Hlavními zdroji financování jsou: daně (tvoří většinu zdrojů financování - Národní zdravotní systém), národní systém sociálního pojištění a soukromé zdroje. Maximální míra daní podléhá parlamentnímu schválení.

Podíl veřejných výdajů na zdravotnictví tvořil přibližně 83,5% celkových výdajů za posledních 20 let. Všichni obyvatelé Norska pojištěni v národního systému sociálního pojištění, který je provozován ústřední vládou a financuje celkové výdaje na zdravotnictví z 13,6%. Zbýlých 15% výdajů dotují platby v hotovosti.

Celkové výdaje na zdravotnictví jsou v Norsku poměrně vysoké a v roce 2003 dosahovaly 10,1% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	8,5	8,9	9,9	10,1

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 41,2% celkových výdajů (1 552 USD na osobu), 38,5% je hrazeno z veřejných výdajů a 2,7% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 18,2% celkových výdajů (685 USD na osobu), 11,6% je tvořených z veřejných výdajů a 6,6% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 9,4% celkových výdajů na zdravotnictví (348 USD na osobu)

#### Síť zdravotnických zařízení

Dostupné zdroje WHO nevykazují počet zdravotnických zařízení, pouze počet akutních nemocničních lůžek, který byl 17 096 v roce 2004, což je v přepočtu 3,1 akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel.

	1990	2002	2003	2004
Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	3,8	3,2	3,2	3,1

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Počet lékařů

V norském zdravotnictví pracovalo v roce 2003 celkem 241 731 obyvatel, což znamená přibližně 10,7% celkové pracovní síly. V roce 2002 vycházeli 3,4 lékařů na 1 000 obyvatel.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	0,7	0,8	0,7	0,7
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,8	0,8	0,8	0,8
Počet gynekologů na 1 000 žen		0,8	1,1	1,2

<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>		<b>2,8</b>	<b>3,4</b>	<b>3,4</b>
--	--	------------	------------	------------

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.15 Nový Zéland

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2004):** 4 076 140

**Věkové složení:** 0-14 r. 22,36 %, 15-64 r. 66,11 %, nad 65 r. 11,53 %

**Správní členění:** 19 regionů

**Ekonomika:** Inflace (2005): 3,0 %, Nezaměstnanost (2005): 3,7 %, Dluh (2005): 42,84 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 101,8 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 25 200 USD

### Zdravotnictví

Celkovou zodpovědnost za nastavení zdravotního systému má na Novém Zélandu vláda a ministerstvo zdravotnictví zodpovídá za politickou formulaci, sledování, pravidla a ohodnocení zdravotního systému.

Novozélandský zdravotní systém je financován hlavně z daňového systému (NHS) a jako doplňkovými zdroji jsou platby v hotovosti a soukromé zdravotní pojištění. V roce 2004 financovaly daně zdravotní sektor ze 77,4%, 17,2% přispěli spotřebitelé platbami v hotovosti, 4,5% celkových výdajů financovaly tzv. „Accident Insurance Scheme“ a 6,2% ze soukromého pojištění (33 – 37% obyvatel). Podíl veřejných zdrojů se snížil za poslední dvě dekády z 88% z 1980 na 77% v roce 1995 a to díky zvýšení plateb v hotovosti.

Primární péče je hrazena z plateb za výkon (Fee for service) (se subvencemi pro lidi s nízkým příjmem) a léčba ve veřejných nemocnicích je volná.

Nový Zéland vynakládá na zdravotnictví mnohem méně než mnoho jiných zemí OECD. Celkové výdaje na zdravotnictví byly v roce 2003 8% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	7,7	7,8	8,2	8

zdroj: OECD Health Data 2004

### Síť zdravotnických zařízení

Primární péči provádí stejně jako v jiných zemích praktičtí lékaři a okolo 2/3 praktických lékařů pracují ve skupinových praxích.

Specialisté a chirurgové poskytují ambulantní péči na soukromých klinikách či na ambulantních odděleních nemocnic. V roce 2001 měl Nový Zéland celkem 444 nemocnic s 23 741 lůžky, z nichž 84 nemocnic patřilo do veřejného sektoru (52% všech nemocničních lůžek). Celkový počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel byl v roce 1980 10,2 lůžek a v roce 1998 už jen 6,2 lůžek. Jedním z důvodů snížení počtu nemocničních lůžek byl přesun dlouhodobě nemocných z nemocnic do buď ošetrovatelských domovů nebo do různých komunit.

	1998	1999	2000	2001
Počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	6,2	6,2	6,1	6

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Počet lékařů

Ve zdravotním sektoru většiny zemí OECD pracuje mezi 5 – 10% z celkové pracovní síly. Na Novém Zélandu pracovalo ve zdravotnictví celkem 109 600 obyvatel, což vychází na 5,7% z celkové pracovní síly. V roce 2003 počet lékařů činil 2,2 na 1 000 obyvatel.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	0,7	0,8	0,7	0,7
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,4	0,4	0,4	0,4
Počet gynekologů na 1 000 žen	0,5	0,6	0,7	0,8
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>1,9</b>	<b>2</b>	<b>2,1</b>	<b>2,2</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.16 Polsko

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 38 536 869

**Věkové složení:** 0-14 r. 18,39 %, 15-64 r. 69,17 %, nad 65 r. 12,44 %

**Správní členění:** 16 vojvodství

**Ekonomika:** Inflace (2005): 2,2 %, Nezaměstnanost (2005): 18,2 %, Dluh (2005): 101,5 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 514 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 13 300 USD

### Zdravotnictví

Polský zdravotnický systém je přednostně financován státem, jedná se tedy o Evropský pluralitní systém. V roce 1990 Polsko pokračovalo v postupném převádění veřejného sektoru, včetně reorganizování předtím hierarchicky uspořádaného zdravotního systému. Prvním krokem bylo posílení pravomocí venkovům a to převedením kompetencí z ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí na provincie a místní úřady. V roce 1999 bylo založeno 16 oblastních „sickness“ fondů, které byly v roce 2003 sloučeny do tzv. Fondu národního zdraví.

Z celkových zdrojů bylo 68,6% tvořeno veřejnými zdroji (daně – 12% spolu se zdravotním pojištěním – 56,6%). Z 20 – 52% bylo zdravotnictví financováno přímými platbami. (V roce 2004 – 28,1%).

Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2003 činily 6,5% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	5,7	6	6,6	6,5

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 28,6% celkových výdajů (214 USD na osobu), 27,6% je hrazeno z veřejných výdajů a 0,9% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 22,1% celkových výdajů (165 USD na osobu), 13,9% je tvořených z veřejných výdajů a 8,2% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 30,3% celkových výdajů na zdravotnictví (227 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky:* výše spoluúčasti činí 0%, 30% a 50% ceny léku, závisí na konkrétním léku dle zákonné vyhlášky

#### Síť zdravotnických zařízení

Primární péče, která byla vždy tradičně poskytována v nemocnicích, je dnes poskytována rodinnými lékaři přímo u pacientů doma.

Z celkového počtu 804 nemocnic je 732 nemocnic veřejných a 72 soukromých (2003). Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel měl v průběhu let klesající tendenci a v roce 2003 vycházel na 4,7 lůžek.

	1999	2000	2001	2002
Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	5,3	5,2	5,1	4,7

zdroj: OECD Health Data 2004

### Počet lékařů

V roce 2003 bylo ve zdravotnickém sektoru zaměstnáno celkem 599 558 obyvatel, což činí 4,4% z celkové pracovní síly. Počet lékařů, zdravotních sester a ostatního zdravotnického personálu je v přepočtu na obyvatele jedním z nejnižších v Evropě. V Polsku připadalo v přepočtu na 1 000 obyvatel 2,3 doktorů (2002), což je zaostávání za evropským průměrem o 1/3.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel			0,1	0,1
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,5	0,5	0,3	0,3
Počet gynekologů na 1 000 žen	1,2	1,3	1,2	1,2
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>2,1</b>	<b>2,3</b>	<b>2,3</b>	<b>2,4</b>

## 6.17 Portugalsko

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 10 605 870

**Věkové složení:** 0-14 r. 16,96 %, 15-64 r. 67,42 %, nad 65 r. 15,62 %

**Správní členění:** 18 provincií, 2 auton. území (Azory, Madeira)

**Ekonomika:** Inflace (2005): 2,3 %, Nezaměstnanost (2005): 7,6 %, Dluh (2005): 287,8 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 204,4 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 19 300 USD

### Zdravotnictví

Portugalský zdravotní systém je charakterizovaný třemi koexistujícími systémy: Národním zdravotním systémem (NHS), sociálním zdravotním pojištěním pro určité profese (zdravotní subsystémy – 25% všech obyvatel) a dobrovolným soukromým



zdravotním pojištěním (10% populace). Ústřední vláda, reprezentovaná ministerstvem zdravotnictví, je zodpovědná za vyvíjející se zdravotní politiku ve státě (ministerstvo zdravotnictví je tvořeno ze čtyř ředitelství a šesti institutů). Oblastní zdravotní správy vykonávají dozor nad nemocnicemi a zdravotními středisky.

Národní zdravotní systém je převážně financovaný přes obecný daňový systém, zatímco zdravotní subsystemy jsou financované hlavně přes zaměstnance a příspěvky zaměstnavatelů. Daňové příjmy financují celkové výdaje ze 71,1%. Zbytek financují hotovostní platby, které financují okolo 30% celkových výdajů.

Celkové výdaje na zdravotnictví v Portugalsku neuvěřitelně vzrostly z 3% HDP v roce 1970 na 9,8% HDP v roce 2003.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	9,4	9,3	9,5	9,8

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 23,1 % celkových výdajů na zdravotnictví (397 USD na osobu)
- Ambulantních lékařských služeb – 31,4% celkových výdajů na zdravotnictví (539 USD na osobu)
- Farmaceutických výrobků – 28% celkových výdajů na zdravotnictví (388 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky:* Výše spoluúčasti činí 20%, 40%, 70% a 100% ceny léku, závisí na konkrétním léku dle zákonné vyhlášky

#### Síť zdravotnických zařízení

Primární péče je v Portugalsku poskytována veřejnými i soukromými zdravotnickými zařízeními.

V roce 1999 Portugalsko disponovalo celkem 205 nemocnicemi, z nichž 110 bylo veřejných a 84 soukromých. Téměř polovina soukromých nemocnic jsou ziskové organizace. Celkový počet nemocničních lůžek činil v témže roce 35 404. Počet akutních

nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel vycházel na 3,6 v roce 1990 a v roce 2001 už jen na 3,3 lůžek.

	1990	1999	2000	2001
Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	3,6	3,4	3,4	3,3

zdroj: OECD Health Data 2004

### Počet lékařů

V roce 2003 pracovalo ve zdravotnickém sektoru kolem 143 594 obyvatel (2,8% celkové pracovní síly). Podle portugalské lékařské asociace pracovalo v roce 1999 celkem 31 758 lékařů. V roce 2000 vycházel poměr lékařů na 1 000 obyvatel na 3,2 lékaře, což je podprůměr EU.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel		0,4	0,4	0,5
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,2	0,3	0,5	0,5
Počet gynekologů na 1 000 žen	1,1	1,2	1,5	1,5
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>2,8</b>	<b>3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## **6.18 Rakousko**

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 8 192 880

**Věkové složení:** 0-14 r. 16,57 %, 15-64 r. 68,05 %, nad 65 r. 15,38 %

**Správní členění:** 9 spolkových zemí

**Ekonomika:** Inflace (2005) 2,3%, Nezaměstnanost (2005) 5,2%, Dluh (2005) 510,6 mld.

USD

**HDP (parita kupní síly):** 267,6 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 32 700 USD

### Zdravotnictví

Zdravotnický systém Rakouska využívá všeobecné zdravotní pojištění, jedná se tedy o Evropský pluralitní systém. Zdravotnický systém je v Rakousku charakterizován spolkovou (federální) strukturou země, delegací kompetencí na samosprávné investory. Skoro všechny oblasti zdravotnictví jsou primárně ovládané federální vládou. Výjimku

tvoří sektor nemocnic, kde pouze nařizuje základní ustanovení. Od roku 2002 byly všechny nemocnice zprivatizovány.

Financování zdravotnictví je smíšený systém ve shodě s ústavou a zákonem o sociálním zabezpečení. Samotný systém sociálního zabezpečení financuje zdravotnický systém z 49,3% (2004). 21,3% celkových výdajů na zdravotnické služby jsou financovány federální vládou a samosprávnými celky. Okolo 25% výdajů je financováno privátně – 14,7% přímé platby. Soukromé pojišťenecké prémie přispívají 2,4%, soukromé neziskové organizace přispívají 1,4% a 0,2% hradí zaměstnanci.

V roce 2004 vynaložilo Rakousko na zdravotnické služby 23 bilionů eur, což činí 9,6% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	9,4	9,5	9,5	9,6

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 41,4 % celkových výdajů (1 222 USD na osobu), 33,5% je hrazeno z veřejných výdajů a 7,9% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 23,2% celkových výdajů (686 USD na osobu), 14,3% je tvořených z veřejných výdajů a 8,9% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 16,9% celkových výdajů na zdravotnictví (385 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky:* pacienti platí 4,35 euro za položku na receptu

*Nemocnice:* cca 10 eur na den

#### Síť zdravotnických zařízení

Mezi roky 1980 – 2003 počet nemocničních zařízení výrazně klesl. Tímto snížením zaujalo Rakousko průměr EU. V roce 2003 poskytovalo celkem 272 nemocnic 67 708 lůžek, tudíž na 100 000 obyvatel připadalo okolo 8,3 lůžek celkem.

	2000	2001	2002	2003
Počet nemocničních lůžek na 100 000 obyvatel	8,6	8,5	8,4	8,3

zdroj: OECD Health Data 2004

139 zdravotnických zařízení nebo 51% všech nemocnic jsou veřejnými nemocnicemi a jsou financovány ze státních zdravotnických fondů. Celkem tyto nemocnice poskytovaly okolo 49 292 nemocničních lůžek. Skoro 90% soukromých zdravotnických zařízení je vybaveno méně než 200 lůžky. Akutní lůžkovou péči zajišťovalo celkem 63% všech nemocnic.

### Počet lékařů

V roce 2004 bylo ve zdravotnictví zaměstnáno celkem 171 972 lidí. Z celkové pracovní síly to činí okolo 8,2%, což podprůměr EU (9,7%). Celkový počet zaměstnanců vzrostl z roku 1995 o 3,6%. V roce 2003 bylo 20,1% veškerého nemocničního personálu lékaři a přes 60% sester. Celkový počet lékařů se v Rakousko v roce 2004 pohyboval okolo průměru EU a to 3,5 lékaře na 1 000 obyvatel.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	1,1	1,2	1,4	1,4
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,4	0,5	0,5	0,5
Počet gynekologů na 1 000 žen	0,6	0,8	1,1	1,2
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>2,2</b>	<b>2,7</b>	<b>3,3</b>	<b>3,4</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.19 Řecko

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 10 688 058

**Věkové složení:** 0-14 r. 14,98 %, 15-64 r. 67,3 %, nad 65 r. 17,72 %

**Správní členění:** 51 okresů a 1 auton. region

**Ekonomika:** Inflace (2005): 3,5 %, Nezaměstnanost (2005): 9,9 %, Dluh (2005): 75,18 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 236,8 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 22 200 USD

### Zdravotnictví

Úkolem ministerstva zdravotnictví je vytvářet a financovat zdravotní politiku státu. Dále je ministerstvo zodpovědné za obstarání a financování Národního zdravotního systému (NHS) a jen velmi malá část zdravotních služeb je poskytovány obecními úřady.

Místní autority (52 okresů) hrají hlavní roli ve správě 128 nemocnic a 176 venkovských zdravotních střediscích. Z celkového počtu 300 různých sociálních pojišťovacích organizací asi 40 poskytuje pokrytí proti riziku nemoci.

Zdravotní systém v Řecku je financovaný na základě daní a pojištění a jako takový není klasifikovaný. Z dlouhodobého hlediska bychom mohli mluvit o přechodné fázi od Evropského pluralitního zdravotnictví k Národnímu zdravotnímu systému.

V roce 2004 tvořily veřejné zdroje financování 52,8% - 23,2% bylo hrazeno z daní a 29,5% z povinného pojištění. V roce 1994 bylo hlavním zdrojem pojištění (40%) a daně doplňkovým zdrojem (30%). V obou letech financovaly soukromé zdroje z 30% všech výdajů (hotovostní platby a dobrovolné zdravotní pojištění – 5-8% řecké populace).

Celkový podíl výdajů k HDP byl v roce 2003 10,5% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	9,9	10,4	10,3	10,5

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Farmaceutických výrobků – 16% celkových výdajů na zdravotnictví (367 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky: 25% z ceny*

#### Síť zdravotnických zařízení

Primární zdravotní péče je poskytována zdravotními středisky a jejich venkovskými klinikami v obou venkovských a městských oblastech. 176 zdravotních středisek bylo zřízeno se záměrem poskytovat preventivní, léčivé a rehabilitační služby. 1 500 klinik je administrativně spojeno se zdravotními středisky, ve kterých pracují venkovští lékaři a v některých případech jsou podporované ošetřovatelkami a porodními asistentkami.

Sekundární a terciární zdravotní péči poskytují nemocnice rozdělené do tří kategorií:

1. veřejné nemocnice NHS – 32% všech nemocnic (128)
2. veřejné nemocnice provozované Ministerstvem obrany, Ministerstvem vzdělání a Ministerstvem spravedlnosti – 6% nemocnic (27)
3. soukromé nemocnice, většinou neziskové – 62% nemocnic (249)

Celkový počet nemocničních lůžek v roce 1994 vycházel na 52 642 lůžek, což znamenalo 5 nemocničních kůžek na 1 000 obyvatel. Počty akutních nemocničních lůžek jsou zaznamenány v následující tabulce.

	1995	1999	2000	2001
Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	3,9	3,8	3,8	3,8

zdroj: OECD Health Data 2004

### Počet lékařů

Počty zdravotnického personálu byly v roce 2001 odhadnuty na 163 671 zaměstnanců, což vycházelo na 4,1% celkové pracovní síly. Samotný počet lékařů činil v roce 1993 3,9 lékařů na 1 000 obyvatel.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel			0,3	0,3
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	1	1	1,2	1,2
Počet gynekologů na 1 000 žen	0,9	1,2	1,6	1,7
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>3,4</b>	<b>3,9</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.20 Slovensko

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 5 439 448

**Věkové složení:** 0-14 r. 18,86 %, 15-64 r. 69,6 %, nad 65 r. 11,54 %

**Správní členění:** 8 krajů

**Ekonomika:** Inflace (2005): 2,7 %, Nezaměstnanost (2005): 11,7 %, Dluh (2005): 26,94 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 87,32 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 16 100 USD

### Zdravotnictví

Slovenský zdravotnický systém se začlenil mezi státy, jejichž zdravotnické systémy jsou založeny na daňovém systému se státním monopolem na poskytování služeb a na plánování pluralitního sociálního zdravotního pojištění se zdravotními pojišťovacími společnostmi (5 zdravotních pojišťoven). Ministerstvo zdravotnictví je klíčovým

prvkem a kontrolorem systému spolupracujícím s ministerstvem financí. Od roku 2002 magistráty a vyšší územní jednotky na regionální úrovni vlastní, hospodaří a dohlíží na významný podíl nemocnic.

Hlavním zdrojem financování výdajů je na Slovensku sociálně zdravotní pojištění, které v roce 2004 dotovalo 82,6% celkových výdajů (49% od zaměstnavatelů a zaměstnanců a 37% z daňových převodů). V roce 2003 odváděli zaměstnavatelé 4% a jejich zaměstnanci 10% z hrubé mzdy, podnikatelé 14% z příjmu.

Daně financovaly výdaje ze 5,7% a zbylých 11,7% tvořily soukromé zdroje. Dobrovolné zdravotní pojištění bylo omezené na cestovní pojištění.

Celkové slovenské výdaje na zdravotnictví patří mezi nejnižší ze zemí OECD. V roce 2003 bylo na zdravotnictví vynaloženo kolem 5,9% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	5,5	5,5	5,6	5,9

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 30,4 % celkových výdajů (236 USD na osobu), 30,4% je hrazeno z veřejných výdajů, Výše soukromých výdajů je tedy nulová
- Ambulantních lékařských služeb – 15,4% celkových výdajů (119 USD na osobu), 12,2% je tvořených z veřejných výdajů a 3,2% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 38,5% celkových výdajů na zdravotnictví (299 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky:* 20 Sk za 1 recept + různá výška spoluúčasti dle druhu léku

*Nemocnice:* 50 Sk/den – nejdéle za 21 dní stejné ústavní zdravotní péče

#### Síť zdravotnických zařízení

Sekundární a terciární zdravotní péče byla v roce 2002 zajišťována ve 137 nemocničních zařízeních s celkem 41 365 lůžky. Z 7,6 nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel, zajišťovalo 6,7 akutní lůžkovou péči.

	1995	2000	2001	2002

Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	7,5	6,8	6,7	6,7
---	-----	-----	-----	-----

zdroj: OECD Health Data 2004

### Počet lékařů

V roce 2003 4,9% obyvatel pracovalo ve zdravotnictví, což v přepočtu znamenalo 106 134 lidí. Z celkového počtu lékařů zajišťovalo primární péči 6 452.

	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	0,4	0,4
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,5	0,5
Počet gynekologů na 1 000 žen	1,8	1,7
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>3,1</b>	<b>3,1</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.21 Spojené království

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 60 609 153

**Věkové složení:** 0-14 r. 18,89 %, 15-64 r. 65,41 %, nad 65 r. 15,7 %

**Správní členění:** 4 hist. země (Anglie, Skotsko, Wales, Sev. Irsko) - 54 hrabství, 12 krajů (Skotsko), 26 okresů (Sev. Irsko)

**Ekonomika:** Inflace (2005): 2,1 %, Nezaměstnanost (2005): 4,7 %, Dluh (2005): 7 107 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 1 830 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 30 300 USD

### Zdravotnictví

Již od roku 1948 používá Spojené království pro své zdravotnictví Národní zdravotní systém (NHS). Struktura zdravotního systému podstoupila hlavní organizační změny po zvolení nové vlády v květnu 1997. Jejich plány pro nový NHS byly sepsány na tzv. „White paper“. Zodpovědnost za zdravotnické a sociální služby v Anglii nese tzv. „The Department of Health“ pod vedením ministra zahraničí spolu s jeho skupinou pěti ministerských kolegů.



Uvnitř Národního zdravotního systému existují čtyři hlavní organizace a to: oblastní zdravotní úřady, okresní zdravotní úřady, majitelé státních papírů lékařské praxe a „NHS trusts“.

Národní zdravotní systém je financován převážně z obecného daňového systému spolu s příspěvků sociálního zabezpečení. V roce 1997 byl systém financován 81,5% z Konsolidačního fondu (daně) a 12,2% z příspěvků sociálního zabezpečení. Platby v hotovosti vytvářely zdroje z 2,7% a zbylých 3,6% tvořilo soukromé pojištění (10,8% obyvatel).

Výdaje na zdravotnictví se jako podíl HDP pohybovaly v letech 2000 – 2004 okolo 7 - 8% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	7,3	7,5	7,7	7,8

zdroj: OECD Health Data 2004

### Spoluúčast pacientů

*Léky:* 5,90 liber za medikament (výjimka – osoby starší 60 let, děti do 18 let, těhotné )

### Síť zdravotnických zařízení

Nemocniční systém Anglie je hierarchicky uspořádaný do tří základních tříd:

1. oblastní a supra-regionální specializované nemocnice
2. okresní obecné nemocnice – okolo 200 nemocnic (1993)
3. menší komunitní nemocnice – 400 nemocnic (1993)

Krom již zmíněných nemocnic mělo dále Spojené království téměř 230 nezávislých soukromých nemocnic a klinik. Počet nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel vycházel v roce 1990 na 4,5 lůžek. 65% všech nemocničních lůžek patřilo soukromým ziskovým organizacím.

Počet akutních nemocničních lůžek ukazuje tabulka.

	1995	2000	2001	2002
Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	4,1	3,8	3,8	3,7

zdroj: OECD Health Data 2004

### Počet lékařů

Celkový počet obyvatel pracující ve zdravotnictví byl v roce 2003 odhadován na 1 972 000 zaměstnanců, tedy 6,9% pracovní síly. Počet lékařů činil 129 345, což v přepočtu na 1 000 obyvatel vycházelo na 2,2 lékaře.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	0,6	0,6	0,6	0,7
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,4	0,4	0,4	0,5
Počet gynekologů na 1 000 žen	0,4	0,6	0,8	0,8
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>1,6</b>	<b>1,8</b>	<b>2,1</b>	<b>2,2</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.22 Španělsko

Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 40 397 842

**Věkové složení:** 0-14 r. 14,62 %, 15-64 r. 68,2 %, nad 65 r. 17,18 %

**Správní členění:** 17 autonomních oblastí

**Ekonomika:** Inflace (2005): 3,4 %, Nezaměstnanost (2005): 9,2 %, Dluh (2005): 970,7 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 1 029 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 25 500 USD

Zdravotnictví

Zdravotní systém ve Španělsku prošel v minulosti mnoha změnami. Jednou z nejdůležitějších změn byl přechod od systému sociálního zabezpečení k Národnímu zdravotnímu systému (NHS), který je de facto stále koncipován jako část systému sociálního zabezpečení pro mnoho administrativních účelů. Mnoho řídicích kompetencí bylo přeneseno na regiony, ačkoliv pouze 7 ze 17 autonomních oblastí získalo plnou moc (tzv. INSALUD – národní zdravotní institut - řídí nejvíce zdravotních služeb ve zbývajících oblastech). Ministerstvo zdravotnictví navrhuje zdravotní politiku a základní legislativu, umožňující koordinaci zdravotních a sociálních služeb spolu s ministerstvem práce a sociálních věcí. Ministerstvo práce a sociálních věcí stanovuje finanční strukturu zdravotnictví.

Zdravotnictví bylo financováno z veřejných zdrojů 71,2% a ze soukromých zdrojů 28,9% v roce 2004. Hlavní zdroj (daně) financoval výdaje z 65,6%. Fondy sociálního zabezpečení přispěly 5,2% (společné fondy jsou financované přibližně 70 % státem a z 30% přes příspěvky od státních úředníků k jejich vlastním fondům). Platby v hotovosti domácností financovaly výdaje z 23,6% a soukromé pojištění ze 4,3%.

Procentní podíl výdajů vyjádřený k HDP byl v roce 2003 7,9% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	7,2	7,2	7,3	7,9

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 25,5% celkových výdajů (497 USD na osobu), 22,5% je hrazeno z veřejných výdajů a 3% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 33,5% celkových výdajů (654 USD na osobu), 19,1% je tvořených z veřejných výdajů a 14,4% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 21,8% celkových výdajů na zdravotnictví (445 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacienta:

*Léky:* 40% ceny léků u většiny léků, u nejobyčejnějších (proti nachlazení, kašli...) hradí 90% jejich ceny

#### Síť zdravotnických zařízení

Národní zdravotní systém má 2 889 zdravotních středisek (2003). Z celkového počtu 783 nemocnic jich 319 patřil k NHS. V roce 2002 mělo Španělsko 158 500 dostupných nemocničních lůžek – 3,86 lůžek na 1 000 obyvatel.

	1995	2000	2001	2002
Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	3,5	3	2,9	2,9

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Počet lékařů

Ve španělském zdravotním systému pracovalo v roce 2003 celkem 764 500 obyvatel – 4,6% celkové zaměstnanosti. Celkový počet lékařů se na 1 000 obyvatel pohyboval okolo 3,2 lékařů.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel				0,7
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,3	0,4	0,5	0,5
Počet gynekologů na 1 000 žen		0,8	1,2	1,4
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>		<b>2,5</b>	<b>2,9</b>	<b>3,2</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.23 Švédsko

Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 9 016 596

**Věkové složení:** 0-14 r. 18,19 %, 15-64 r. 64,53 %, nad 65 r. 17,28 %

**Správní členění:** 24 provincií

**Ekonomika:** Inflace (2005): 0,5 %, Nezaměstnanost (2005): 5,8 %, Dluh (2005): 516,1 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 268 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 29 800 USD

Zdravotnictví

Švédský zdravotní systém je organizován na třech úrovních a to na: národní, regionální a místní. Celkovou zodpovědnost za zdravotnický sektor nese ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí na národní úrovni. Regionální úroveň je tvořena 18 krajskými úřady, 2 oblastními sbory a 1 magistrátem a zodpovídá za poskytování primární i nemocniční péče. Místní úroveň tvoří 290 městských úřadů.

Švédský zdravotní systém je financován převážně z daní (Evropský zdravotní systém) – 85,5%. Krajské úřady spolu s městskými úřady mají právo ukládat daně úměrné příjmům (daně jsou doplňovány státními granty). Schéma sociálního zdravotního pojištění nefinancovalo celkové výdaje ani z 1%. Platby v hotovosti financovaly celkové výdaje ze 14,6%.

Celkové výdaje na zdravotnictví se ve Švédsku stejně jako v ostatních zemích OECD zvyšují, v roce 2003 dosáhly 9,3% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	8,4	8,7	9,1	9,3

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 31,7 % celkových výdajů (871 USD na osobu), 31,2% je hrazeno z veřejných výdajů a 0,5% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 47,8% celkových výdajů (1 311 USD na osobu), 40,7% je tvořených z veřejných výdajů a 7,1% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 12,6% celkových výdajů na zdravotnictví (345 USD na osobu)

#### Spoluúčast pacientů

*Léky:* výše spoluúčasti se pohybuje od 0% do 100% ceny léku, závisí na konkrétním léku dle zákonné vyhlášky

*Nemocnice:* 80 SEK/den

#### Síť zdravotnických zařízení

46% ze všech ambulantních případů je ošetřováno v nemocnicích místo ve zdravotnických střediscích, kterých je ve Švédsku kolem 1 200. Všechny 79 nemocnic je rozdělováno na regionální – 9 nemocnic, krajské – 23 nemocnic a okresní – 47 nemocnic podle jejich velikosti a stupně specializace. Dostupné zdroje neuvádí celkový počet nemocničních lůžek, ale pouze počet akutních nemocničních lůžek.

	1995	2000	2001	2002
Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	3	2,4	2,3	2,3

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Počet lékařů

V roce 1998 bylo ve zdravotnictví zaměstnáno 300 000 lidí, což znamenalo 8% celkové zaměstnanosti. V roce 1997 bylo zaregistrováno celkem 5 000 praktických lékařů.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel		0,5	0,6	0,6
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	1	0,9	0,8	0,8
Počet gynekologů na 1 000 žen	1	1	1,3	1,4
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>2,9</b>	<b>2,9</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.24 Švýcarsko

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 7 523 934

**Věkové složení:** 0-14 r. 16,97 %, 15-64 r. 67,73 %, nad 65 r. 15,3 %

**Správní členění:** 26 kantonů

**Ekonomika:** Inflace (2005): 1,2 %, Nezaměstnanost (2005): 3,8 %, Dluh (2005): 856 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 241,8 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 32 300 USD

### Zdravotnictví

Politický systém v Švýcarsku je charakterizovaný jak liberalismem tak federalismem, což ovlivňuje organizaci zdravotního systému. Liberální orientace státu ovlivňuje zasahování státu pouze v některých případech. Princip federalismu je zakotvený v federální ústavě, díky které nelze delegovat pravomoci ohledně zdravotního systému na magistráty. Federální vláda je jediným poskytovatelem pojištění pro handicapované a vojenského pojištění. Tento fakt kontrastuje s povinným zdravotním pojištěním (109 pojišťovacích společností) a povinným úrazovým pojištěním, které jsou poskytovány pojišťovacími fondy pod dozorem federálního úřadu sociálního pojištění.

Švýcarský zdravotní systém je financován převážně z povinného zdravotního pojištění, což znamená, že se jedná o Evropské pluralitní systém. Struktura zdrojů financujících výdaje na zdravotnictví se v minulosti značně měnila:

- zdravotní pojištění financovalo v roce 1980 celkové výdaje z 33,4% a v roce 1997 již z 37,5%
- daňové zdroje přispěly v roce 1980 31,7% a v roce 1997 již jen 24,9%
- platby v hotovosti financovaly výdaje z 32,4% v roce 1980 a z 28,8% v roce 1997 (včetně doplňkového zdravotního pojištění – 11,2%)
- ostatní externí platby (2,1%) plynoucí od obyvatel z jiných zemí, kteří se ve Švýcarsku léčí

Švýcarsko financuje výdaje na zdravotnictví více, nežli mnoho ostatních zemí Evropy. V roce 2003 dosahovaly výše 11,5% HDP.

	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	10,4	10,9	11,1	11,5

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Nemocniční péče – 47,8 % celkových výdajů (1 837 USD na osobu), 29,3% je hrazeno z veřejných výdajů a 18,5% ze soukromých výdajů
- Ambulantních lékařských služeb – 27,3% celkových výdajů (1 048 USD na osobu), 13,3% je tvořených z veřejných výdajů a 14% ze soukromých výdajů
- Farmaceutických výrobků – 10,5% celkových výdajů na zdravotnictví (403 USD na osobu)

#### Síť zdravotnických zařízení

Dostupná data z roku 1997 ukazují, že ve Švýcarsku bylo celkem 406 nemocnic, z nichž 272 bylo veřejných (226 obecných nemocnic a 180 speciálních nemocnic). Počet lůžek na 1 000 obyvatel vycházel na 5,2 nemocničních lůžek.

	1995	2000	2001	2002
Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	5,5	4,1	4	3,9

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Počet lékařů

V roce 2001 bylo evidováno celkem 428 993 pracovního personálu – 10,3% celkové zaměstnanosti. Z celkového počtu 23 679 lékařů v roce 1998 bylo 36% lékařů praktických.

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	0,4	0,4	0,4	0,5
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,5	0,5	0,5	0,5
Počet gynekologů na 1 000 žen	0,7	0,8	1,1	1,2
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>3</b>	<b>3,2</b>	<b>3,6</b>	<b>3,7</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## 6.25 Turecko

### Základní ekonomické údaje

**Počet obyvatel (2006):** 70 413 958

**Věkové složení:** 0-14 r. 28,42 %, 15-64 r. 65,45 %, nad 65 r. 6,13 %

**Správní členění:** 80 provincií

**Ekonomika:** Inflace (2005): 8,2 %, Nezaměstnanost (2005): 10,2 %, Dluh (2005): 170,1 mld. USD

**HDP (parita kupní síly):** 572 mld. USD

**HDP na 1 obyv. (parita kupní síly):** 8 200 USD

### Zdravotnictví

Zdravotnické služby jsou v Turecku poskytovány veřejnými, na půl veřejnými, soukromými a dobročinnými organizacemi, ale vztahy mezi nimi nejsou dobře uspořádaný nebo regulovaný. Ministerstvo zdravotnictví je největším poskytovatelem zdravotnických služeb a jediným poskytovatelem preventivních služeb. Zdravotnické služby poskytované ministerstvem zdravotnictví jsou financované ministerstvem financí.

Tři hlavními zdroji financování jsou:

- generální vládní rozpočet financovaný daňovým výnosem a přidělený hlavně Ministerstvu zdravotnictví, Ministerstvu obrany – 40,4% (2004)
- příspěvky sociálního zabezpečení ze tří sociálních schémat: „SSK – Social Insurance Organisation“, Bag-Kur a GERF“ – 31,5%
- hotovostní platby ve formě přímých plateb soukromým lékařům a institucím, platby ze soukromých pojištění (30 soukromých pojišťoven) – 28,1%

Celkový podíl výdajů na HDP byl v roce 2003 7,6% HDP.



	2000	2001	2002	2003
Výdaje na zdravotnictví - % HDP	6,6	7,5	7,4	7,6

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb (2003):

- Farmaceutických výrobků – 24,8% celkových výdajů na zdravotnictví

#### Síť zdravotnických zařízení

Základními zdravotními jednotkami jsou v Turecku zdravotní střediska, jichž je 4 927 a zdravotní „posts“ na vesnicích – 11 888. Turecko provozuje 1 051 nemocnic, z nichž 677 je spravováno ministerstvem zdravotnictví s celkovým počtem 77 753 nemocničních lůžek. Celkový počet nemocničních lůžek vycházel v roce 1994 na 2,4 lůžek na 1 000 obyvatel.

	1995	2000	2001	2002
Počet akutních nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel	2,1	2,2	2,1	2,1

zdroj: OECD Health Data 2004

#### Počet lékařů

Počet lékařů na 1 000 obyvatel vycházel v roce 1994 na 1 lékaře. Celkový počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel byl 1,4 v roce 2003 (96 000 praktických lékařů).

	1990	1995	2002	2003
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	0,5	0,6	0,7	0,7
Počet stomatologů na 1 000 obyvatel	0,2	0,2	0,2	0,2
Počet gynekologů na 1 000 žen				
<b>Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel</b>	<b>0,9</b>	<b>1,1</b>	<b>1,4</b>	<b>1,4</b>

zdroj: OECD Health Data 2004

## **7. Vyhodnocení ekonomické a geograficko-fyzické dostupnosti zdravotnických služeb v zemích OECD**

Z důvodu nedostatku dostupných dat Japonska, Irska, Korejské republiky, Mexika a Spojených států amerických se hodnocení dostupnosti zdravotnických služeb týká pouze 25 států OECD.

### **7.1 Vyhodnocení ekonomické dostupnosti**

#### **Podíl výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu za rok 2003 – Tab. 7.1.1**

V posledních desetiletích v zemích OECD vzrostly v průběhu času náklady na zdraví a ve většině zemí rostly rychleji, než celkový hospodářský růst. Příčin růstu výdajů na zdravotnictví je mnoho, např. stárnutí populace (procento populace ve věku 65 let a více vzrostlo ve všech zemích OECD a vzhledem k tomu, že starší populace mívá větší potřebu lékařských služeb, rostou i veřejné výdaje). Ukazatel podílu výdajů na zdravotnictví na celkovém hrubém domácím produktu (HDP) je považován pouze za orientační, neboť se do popředí dostávají země s velmi „drahým“ zdravotnictvím.

V roce 2003 věnovaly země OECD průměrně 8,9 % svého HDP na výdaje na zdravotnictví. V posledních letech se tento ukazatel v ČR pohyboval kolem 7%. Nejvyšší výdaje na zdravotnictví jako procento HDP v roce 2003, jsou za Švýcarskem Německo, Řecko, Island, Francie, Belgie a Norsko (nad 10% HDP). Naopak nejnižší podíl HDP vykazovalo Slovensko, Polsko a Finsko.

Nelze zjednodušeně konstatovat, že obecně ekonomicky silnější země si mohou dovolit vydat na zdravotnictví více, ale většinou země s vyšším podílem výdajů na zdravotnictví na HDP vykazují rovněž vysoký podíl veřejných výdajů na zdravotnictví na HDP. Podíl výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP také nevyovídá o efektivitě využití vynaložených prostředků.

Tabulka 7.1.1 - Výdaje na zdravotnictví v roce 2003 podle zdrojů financování jako  
% z celkových výdajů na zdravotnictví v zemích OECD

	Výdaje v % HDP	HDP na 1 obyvatele (parita kupní síly)
Švýcarsko	11,5	33 454
Německo	10,8	27 603
Řecko	10,5	20 565
Island	10,5	30 151
Francie	10,4	29 341
Belgie	10,1	30 071
Norsko	10,1	37 228
Kanada	9,9	30 503
Portugalsko	9,8	17 591
Rakousko	9,6	30 724
Švédsko	9,3	29 521
Austrálie	9,2	31 245
Nizozemsko	9,1	31 914
Dánsko	8,9	30 847
Itálie	8,4	27 658
Maďarsko	8,3	15 111
Nový Zéland	8	23 785
Španělsko	7,9	24 776
Spojené království	7,8	29 476
Lucembursko	7,7	59 454
Turecko	7,6	67 84
<b>Česká republika</b>	<b>7,5</b>	<b>17 289</b>
Finsko	7,4	28 439
Polsko	6,5	11 596
Slovensko	5,9	13 238

#### Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování za rok 2004 – tab. 7.1.2

V roce 2004 tvořily v České republice výdaje veřejného zdravotního pojištění téměř 80% výdajů na zdravotnictví. 9,7% tvořily výdaje státního a územních rozpočtů a více než 10% vytvářely výdaje obyvatelstva. V mezinárodním srovnání všech 25 zemí OECD vykazuje nadpoloviční podíl veřejných zdrojů financování – veřejné rozpočty a veřejné zdravotní pojištění. Kromě Austrálie, Řecka a Nizozemska se u zbylých zemí OECD podíl veřejných zdrojů pohybuje kolem 70% a výše. Nejvyšší podíl veřejných financí mají Lucembursko (90,4%), Česká republika (89,2%) a Slovensko (88,3%).

U některých zemí OECD tvoří významnou část veřejných prostředků veřejné zdravotní pojištění, např. u Slovenska (82,6%), ČR (79,5%), Francie (75%) a Lucembursko (72,4%). Naproti tomu v Dánsku, Itálii, Novém Zélandu či Švédsku je podíl veřejného pojištění nulový

(systém zdravotnictví je financován z veřejných rozpočtů).

Dalším zdrojem financování zdravotnictví jsou soukromé výdaje obyvatelstva. Řecko (45,2 %), Polsko (28,1 %), Maďarsko (24,2 %) a Španělsko (23,6 %) jsou podle výše hodnoty podílu v čele zemí OECD. Mezi země s nejnižším podílem přímých výdajů obyvatelstva na zdravotnictví patří Lucembursko (6,7 %), dále je Francie (7,6 %), Nizozemsko (7,8 %), ČR (10,4%).

Tabulka 7.1.2 - Výdaje na zdravotnictví v roce 2004 podle zdrojů financování  
jako % z celkových výdajů na zdravotnictví v zemích OECD

	Veřejné výdaje celkem	Výdaje veřejných rozpočtů	Výdaje fondů sociálního zabezpečení	Celkové soukromé výdaje	Výdaje za soukromé pojištění	Přímé výdaje soukromých domácností	Ostatní soukromé výdaje
Austrálie	68	68	0	33	8	21	4
<b>Česká republika</b>	<b>90</b>	<b>13</b>	<b>77</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
Dánsko	84	84	0	14	1	13	0
Finsko	77	60	17	19	2	14	3
Francie	78	3	75	22	12	9	1
Island	83	52	31	17	0	17	0
Itálie	76	76	0	24	1	20	3
Kanada	70	68	2	30	13	15	2
Lucembursko	90	18	72	10	1	7	2
Maďarsko	72	12	60	28	1	25	2
Německo	78	10	68	22	9	10	3
Nizozemsko	62	2	60	38	17	8	13
Nový Zéland	77	77	0	21	4	17	0
Norsko	84	70	14	16	0	16	0
Polsko	69	12	57	30	1	28	1
Portugalsko	71	-	-	29	-	-	-
Rakousko	71	21	50	29	8	15	5
Řecko	53	-	-	47	1	46	0
Slovensko	88	6	83	12	0	12	0
Španělsko	71	66	5	29	4	24	1
Švédsko	86	86	0	14	-	-	-
Švýcarsko	59	18	41	42	9	32	1
Turecko	72	40	32	28	2	23	3

Struktura financování podle dvou hlavních systémů financování vypadá následovně:

Ukazatelé	Beveridgeův systém (NHS)	Bismarckův systém
Výdaje v % HDP	6 - 8,5%	7 - 11%
Daně (D) nebo pojistné (P)	D = 80 - 90% P = 5%	D = 15% P = 65% + 5%
Účast pacienta	5 - 10%	10 - 15%
Cena zdravotní péče	Sjednaná	Kontrolovaná
Objem spotřebovávaných zdravotních služeb	Slabý	Kontrolovaný
Počet poskytovatelů	Variabilní	Variabilní

Například u zemí v systému NHS jsou celkové výdaje financovány průměrně z 80 – 90% z daní, z 5% pojistného a 5 – 10% financují pacienti. Ceny jsou sjednávány a objemy spotřebovávaných služeb jsou spíše nízké.

#### Finanční pokrytí zdravotnických služeb – Graf 7.1.3

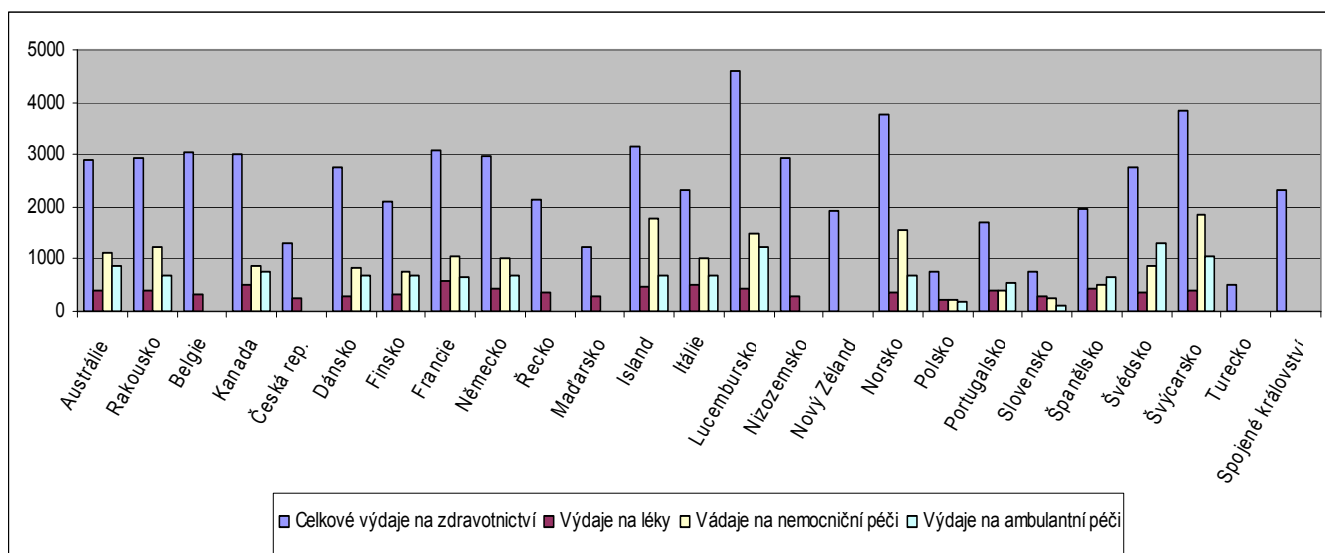
Peněžní prostředky vynakládané na zdravotnické služby, ať už státem či občany, ve všech zemích OECD rostou. Nemalý podíl výdajů připadá na léky (roční růst přibližně o 6%). U většiny států OECD je zhruba 60% výdajů za léky hrazeno z veřejných zdrojů a zbývající část připadá na hotovostní platby a soukromé pojištění. V roce 2003 tvořily léky a léčivé přípravky v ČR 21,9% veškerých výdajů na zdravotnictví (17% této částky hradí občané přímo). Procento výdajů realizovaných za léky je v naší republice značně vyšší než ve všech státech EU, kromě Slovenska (38,5%), Polska (30,3%), Portugalska (28%), Maďarska (27,6%) a Itálie (22,1%). Poněkud jinak toto srovnání vypadá vezmeme-li absolutní hodnotu v US dolarech na obyvatele za rok. Výdaje na léky byly nejvyšší ve Francii (576 USD na osobu) a dále pak v Kanadě (513 USD na osobu) a Itálii (503 USD na osobu). Nejnižší výdaje mělo kromě Polska (227 USD na osobu) a Dánska (273 USD na osobu) také Česká republika (253 USD na osobu) (Na výši výdajů na léky mají kromě spotřeby léků vliv i cenová úroveň, rozdíl ve výši příjmů apod.).

Ve většině zemí OECD existují různé typy finanční spoluúčasti. Z tohoto systému jsou většinou vyjmuti lidé s nízkým příjmem a případně jiné kategorie pacientů dle kritérií, které se v každé zemi liší. Nejvíce však občané připlácejí za **léky**. Například v Rakousku lidé platí 4,35 eur za recept, ve Spojeném království 5,90 liber. Ve většině zemí je

spoluúčast závislá na typu léku, kdy pacient může hradit 15 – 100% z ceny (Belgie, Dánsko, Portugalsko, Španělsko a další). U nás míra spoluúčasti velmi nízká.

Z celkového počtu 19 členských zemí OECD, u kterých jsou poskytnuty dostatečné informace o nemocniční péči, je ve u deseti pobyt ve **státní nemocnici** hrazen pouze ze zákonného pojištění či vybraných daní. A to v Dánsku, Česku, Řecku, Španělsku, Portugalsku, Maďarsku, Nizozemí, Polsku, Itálii a Velké Británii. V ostatních devíti zemích musí občané za každý den v nemocnici hradit paušální sazbu stanovenou zákonem. Jedná se však o poměrně nízké částky vzhledem k jejich mzdě (např. na Slovensku se za každý den v nemocnici hradí 50 SKK). Na soukromých klinikách a nemocnicích hradí pacient celý pobyt.

Graf 7.1.3 – Celkové výdaje na farmaceutické výrobky, ambulantní lékařské služby a nemocniční lékařské služby na osobu v USD podle parity kupní síly v roce 2003



## 7.2 Vyhodnocení geograficko-fyzické dostupnosti

### Počty lékařů – Tab. 7.2.1

Ve statistickém srovnání počtu lékařů z dat OECD se zaměřuji na rok 2003. V průběhu minulých let nebyly zaznamenány výraznější odchylky a ve většině států zůstávají trendy zachovány.

**Počet gynekologů** na 1 000 žen se v zemích OECD pohybuje v rozmezí mezi 0,7 až 1,8 gynekologů. Česká republika v tomto srovnání vévodí ostatním 23 státům s 1,8

gynekology. Hned na druhém místě jsou Řecko a Slovensko (1,7 gynekologů) a na třetím místě Maďarsko (1,6 gynekologů). Nejhůře je na tom Kanada a Lucembursko (0,7 gynekologů).

V **počtu stomatologů** na 1 000 obyvatel je ČR umístěna v první polovině srovnávaných zemí - v žebříčku 25 států na devátém místě spolu s Francií a Lucemburskem (0,7 stomatologů). Nejvíce stomatologů měřeno tímto ukazatelem má Řecko (1,2), naopak nejméně Turecko (0,2). Méně zubních lékařů než v ČR je např. v sousedním Rakousku, dále v Kanadě, Austrálii, Itálii, Švýcarsku, naopak více stomatologů, než bylo zaznamenáno v ČR je např. v Islandu, Finsku, Belgii, Dánsku, Německu, Norsku a Švédsku.

Rozpětí mezi srovnávanými státy není nijak výrazné. Je třeba také poznamenat, že podle určitých statistik se situace českých stomatologů každoročně zhoršuje s ohledem na jejich věkovou strukturu.

Při porovnání **počtu praktických lékařů** na 1 000 obyvatel v dvaceti pěti státech OECD se Česká republika nachází zhruba uprostřed spolu s Dánskem, Finskem, Maďarskem, Islandem, Novým Zélandem, Norskem, Španělskem, Tureckem a Velkou Británií (0,7 lékařů). Nejvyšší počet lékařů měřený tímto ukazatelem byl zaznamenán v Belgii (2,1 lékařů), nejnižší v Polsku (0,1 lékařů). V sousedním Rakousku byl počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel v roce 2003 dvojnásobně vyšší než u nás, více praktických lékařů je i v sousedním Německu. Vyšší počet praktických lékařů je Francií a Austrálií a nižší počet lékařů má naopak Švédsko, Nizozemsko, Portugalsko, Švýcarsko, Slovensko a Řecko.

Ve statistickém srovnání počtu lékařů na obyvatele tedy Česká republika zaujímá průměrnou pozici v relaci k státům OECD - z tohoto hlediska je počet lékařů dostačující.

V mnoha zemích je významným pocíťovaným problémem nedostatek **lékařů**. V roce 2003 se počet lékařů na obyvatele mezi různými zeměmi OECD značně lišil. Sahal od vysokých hodnot – více než 4 lékaři na 1000 obyvatel v Itálii (4,1 lékařů) a Řecku (4,7 lékařů), až po nízké hodnoty – méně než 2 lékaři na 1000 obyvatel v Turecku (1,4 lékařů). Počet lékařů byl také relativně nízký také v Kanadě, na Novém Zélandu a Anglii. Česká

republika byla ve srovnávání lehce nad průměrem (3,5 lékařů) spolu s Nizozemskem, Rakouskem, Francií, Německem a dalšími.

Tabulka 7.2.1 - Srovnání počtu gynekologů, stomatologů, praktických lékařů a lékařů celkem na 1 000 obyvatel ve vybraných státech OECD – rok 2003

	Počet gynekologů		Počet stomatologů		Počet praktických lékařů		Počet lékařů celkem
Česká republika	1,8	Řecko	1,2	Belgie	2,1	Řecko	4,7
Řecko	1,7	Island	1	Francie	1,6	Itálie	4,1
Slovensko	1,7	Finsko	0,9	Austrálie	1,4	Belgie	4
Itálie	1,6	Belgie	0,8	Rakousko	1,4	Švýcarsko	3,7
Maďarsko	1,6	Dánsko	0,8	Kanada	1	Island	3,6
Portugalsko	1,5	Německo	0,8	Německo	1	Česká republika	3,5
Belgie	1,4	Norsko	0,8	Itálie	0,9	Nizozemsko	3,5
Španělsko	1,4	Švédsko	0,8	Lucembursko	0,9	Rakousko	3,4
Švédsko	1,4	Česká republika	0,7	Česká republika	0,7	Francie	3,4
Finsko	1,3	Francie	0,7	Dánsko	0,7	Německo	3,4
Německo	1,3	Lucembursko	0,7	Finsko	0,7	Norsko	3,4
Francie	1,2	Kanada	0,6	Maďarsko	0,7	Portugalsko	3,3
Nizozemsko	1,2	Austrálie	0,5	Island	0,7	Švédsko	3,3
Norsko	1,2	Rakousko	0,5	Nový Zéland	0,7	Maďarsko	3,2
Polsko	1,2	Maďarsko	0,5	Norsko	0,7	Španělsko	3,2
Rakousko	1,2	Itálie	0,5	Španělsko	0,7	Slovensko	3,1
Švýcarsko	1,2	Nizozemsko	0,5	Turecko	0,7	Dánsko	3
Dánsko	1,1	Portugalsko	0,5	Spojené království	0,7	Lucembursko	2,7
Austrálie	0,8	Slovensko	0,5	Švédsko	0,6	Austrálie	2,6
Nový Zéland	0,8	Španělsko	0,5	Nizozemsko	0,5	Finsko	2,4
Spojené Království	0,8	Švýcarsko	0,5	Portugalsko	0,5	Polsko	2,4
Kanada	0,7	Spojené Království	0,5	Švýcarsko	0,5	Nový Zéland	2,2
Lucembursko	0,7	Nový Zéland	0,4	Slovensko	0,4	Spojené království	2,2
Island		Polsko	0,3	Řecko	0,3	Kanada	2,1



## **Závěr**

Při posuzování ekonomické dostupnosti byly porovnávány úhrady nákladů, typy pojištění a míry spoluúčasti jednotlivých zemí. Česká republika vydala na zdravotnictví v roce 2003 7,5% HDP, čímž se umístila ve spodní části žebříčku hodnocení. Výdaje na zdravotní péči jsou kryty z 90% z veřejných výdajů a soukromé výdaje tak činí pouze 10%, což je nejméně nejen mezi státy OECD, ale i na celém světě. Minimální jsou v ČR také doplňky za léky a ošetření, což mnohdy vede k nadužívání zdravotnických služeb a tedy i plýtvání prostředků veřejného zdravotního pojištění. V případech, kdy není občan nikde zaměstnán a ani není evidován na Úřadu práce, hradí veškerou zdravotní péči stát – tedy daňoví poplatníci. Na rozdíl od některých jiných vyspělých zemí si pacient například nemůže vybrat druh pojištění. Občané ČR také vůbec nevyužívají možnosti komerčního pojištění. V souvislosti s těmito důležitými nedostatky je navrženo Ministerstvem zdravotnictví zavedení tzv. regulačních poplatků za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb.

Samotné řízení a financování zdravotního systému a systém zdravotního pojištění jsou považovány za největší slabiny českého zdravotnictví a jsou proto vedeny neustálé diskuse o reformě celého systému financování.

Statistická srovnání z roku 2003 nepotvrdily hypotézu o nedostatku českých lékařů. Z hlediska mezinárodního srovnání 25 zemí OECD jsme v počtu gynekologů na 1 000 obyvatel na 1. místě, v počtu stomatologů na 9. místě, v počtu praktických lékařů v průměru zemí OECD a v celkovém počtu lékařů dokonce na 5. místě, z čehož jasně vyplývá, že v relaci k ostatním 25 státům je počet lékařů dostačující. Přesto již dnes existují lékařské obory, kde je problém získat dostatek lékařských odborníků. Nejvíce to lidé v ČR pociťují u počtu stomatologů, kdy jsou čekací lhůty na ošetření okolo půl roku. Tato skutečnost je způsobena stárnutím lékařů a jejich nedostatečným doplňováním novými absolventy. Přesto je geograficko-fyzická dostupnost podle názorů expertů největší předností českého zdravotnictví.

## **Seznam literatury a pramenů:**

### **Publikace**

- [1] Doc. Ing. Jaroslava Durdisová, CSc.; Ekonomika zdraví; Vysoká škola ekonomická – fakulta národohospodářská, vyd.Praha 2005, ISBN – 80-245-0998-9
- [2] Eva Křížová; Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání; 3. Lékařská fakulta UK, Praha 1998, ISBN – 80-238-0937-7
- [3] Ing. Jaroslava Durdisová, CSc.; Úvod do teorie zdravotní politiky; Vysoká škola ekonomická – fakulta národohospodářská, Praha 2001, ISBN – 80-7357-050-5
- [4] Jaromír Vepřek a kol.; Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra; Praha 2002, ISBN – 80-247-0347-5
- [5] Ivan Gladkij; Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví; Univerzita Palackého, Olomouc 1995, ISBN – 80-244-0176-2
- [7] Petr Háva; Financování a úhrady zdravotní péče; Institut zdravotní politiky a ekonomiky. Sborník č.4/2001
- [8] ÚZIS ČR; Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti v roce 2005; Praha 2006, Aktuální informace č.60/2006, [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)
- [9] prim. MUDr. Rudolf Střítecký; Přednáška - Možné přístupy ke zdravotnickému trhu; Fakulta Managementu J.Hradec VŠE Praha
- [10] prim. MUDr. Rudolf Střítecký; Přednáška – Zdravotní politika a zdravotnické systémy ve světě; Fakulta Managementu J.Hradec VŠE Praha
- [11] OECD Health Data 2004; Comparative analysis of 30 countries; Version 10/17/2004
- [12] Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: Health system review. Health Systems in Transition 2006; 8(5): 1–158.
- [13] Hofmarcher M M, Rack H-M. Austria: Health system review. Health Systems in Transition, 2006; 8(3):1–247.
- [14] European Observatory on Health Care System; Belgium: Health system review. Health System in Transition, 2000
- [15] European Observatory on Health Care System; Czech Republic: Health system review. Health System in Transition, 2006
- [16] Marchildon GP. Health Systems in Transition: Canada. Copenhagen, WHO

Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005

[17] Signild Vallgård, Allan Krasnik and Karsten Vrangbæk; Health Systems in Transition: Denmark; WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2001

[18] Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004

[19] Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004

[20] Andrea Donatini and co.; Health care systems in transition:Italy, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2001

[21] Hlavačka S, Wágner R, Riesberg A. Health care systems in transition: Slovakia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004

[22] Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite, V. Health care systems in transition: Portugal. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

[23] Sian French, Andrew Old and Judith Healy; Health care systems in transition:New Zealand ; Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2001

[24] Halldorsson M. Health care systems in transition: Iceland. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2003.

[25] Jutta Järvelin; Health care systems in transition:Finland; Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2002

[26] Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health care systems in transition: Netherlands. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the

European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

[27] Gaál P. Health care systems in transition: Hungary. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

[28] Durán A, Lara JL, van Waveren M (2006). Spain: Health system review, Health Systems in Transition, 2006; 8(4):1–208.

[29] European Observatory on Health Care System; Greece: Health system review. Health System in Transition, 1996

[30] European Observatory on Health Care System; United Kingdom: Health system review. Health System in Transition, 1999

[31] Kuszewski K, Gericke C. Health Systems in Transition: Poland.

Copenhagen, WHO Regional Office on behalf of the European Observatory on Health System and Policies, 2005.

[32] European Observatory on Health Care System; Turkey: Health system review. Health System in Transition, 1996

[33] Johnsen JR. Health Systems in Transition: Norway. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.

[34] European Observatory on Health Care System; Switzerland: Health system review. Health System in Transition, 2000

[35] European Observatory on Health Care System; Luxemburg: Health system review. Health System in Transition, 1999

[36] Catharina Hjortsberg and Ola Ghatnekar; Sweden: Health system review. Health System in Transition, 2001

[37] Krajský úřad – Moravskoslezský kraj, Odbor sociálních věcí a zdravotnictví, Oddělení zdravotní péče; Koncepce zdravotní péče v Moravskoslezském kraji; listopad 2003

[38] Zdraví 21 – 21 cílů pro 21. století, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Světová zdravotnická organizace, Praha, MZ ČR, 2000. ISBN – 80-85047-15-2

## **Internetové zdroje**

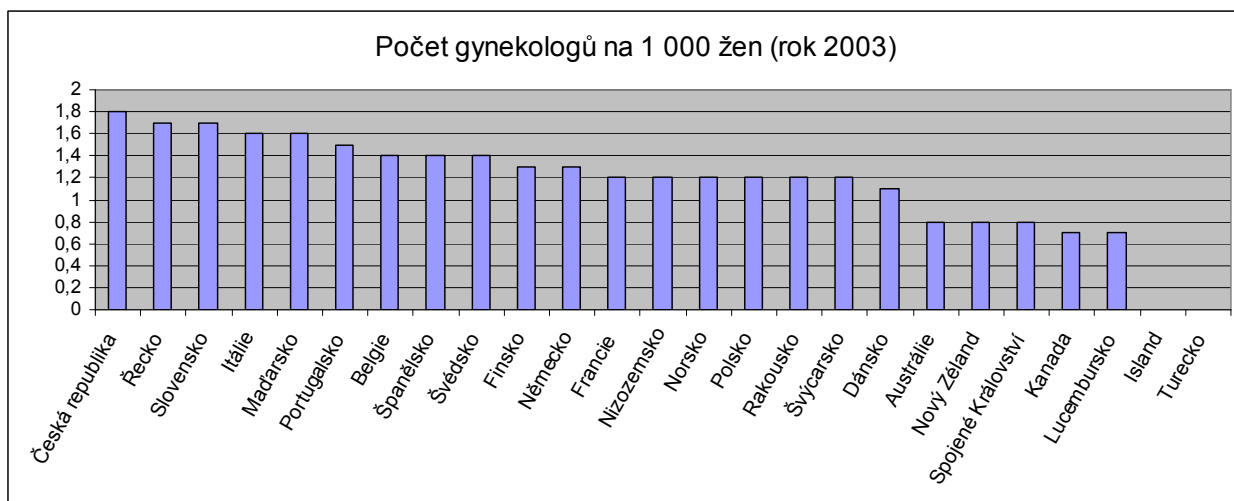
- [39] <http://www.mzv.cz/wwwo/>  
[40] "<http://www.uzis.cz/>  
[41] <http://www.zemepis.com/>  
[42] <http://www.finance.cz/pojisteni/seznamy/zdravotni-pojistovny/>  
[43] <http://cepin.cz/cze/prednaska>  
[44]<http://www.cepin.cz/cze/prednaska>  
[45] <http://www.mafs.cz/>  
[46] <http://www.mesec.cz/>  
[47] <http://www.europeum.org/>

## **Seznam příloh**

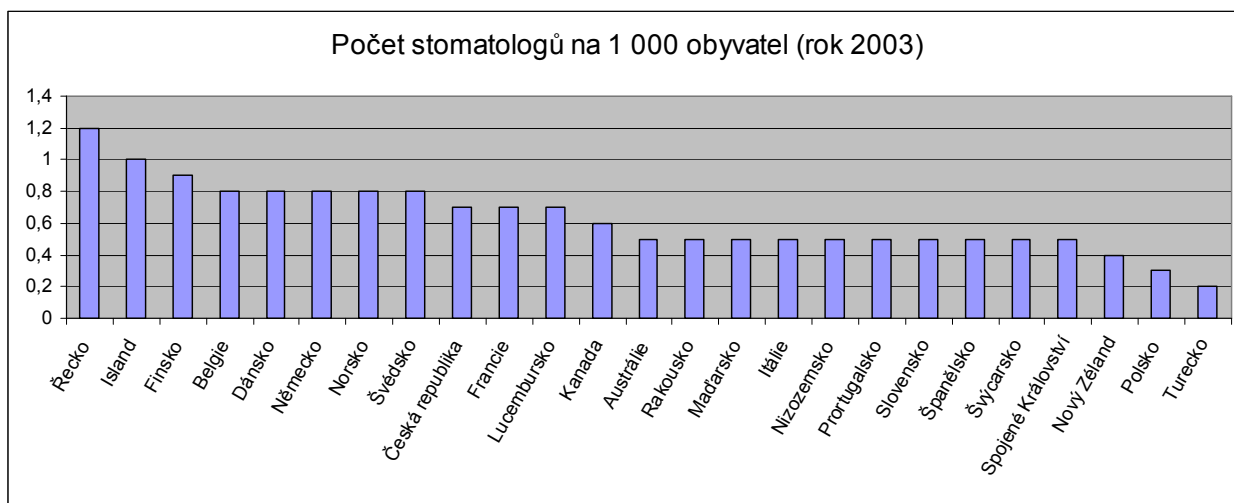
- Příloha č.1 - Počet gynekologů na 1 000 žen (rok 2003)  
Příloha č.2 – Počet stomatologů na 1 000 obyvatel (rok 2003)  
Příloha č.3 – Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel (rok 2003)  
Příloha č.4 – Počet lékařů celkem na 1 000 obyvatel (rok 2003)  
Příloha č.5 – Výdaje na zdravotnictví v % HDP (rok 2003)

# Přílohy

## Příloha č.1

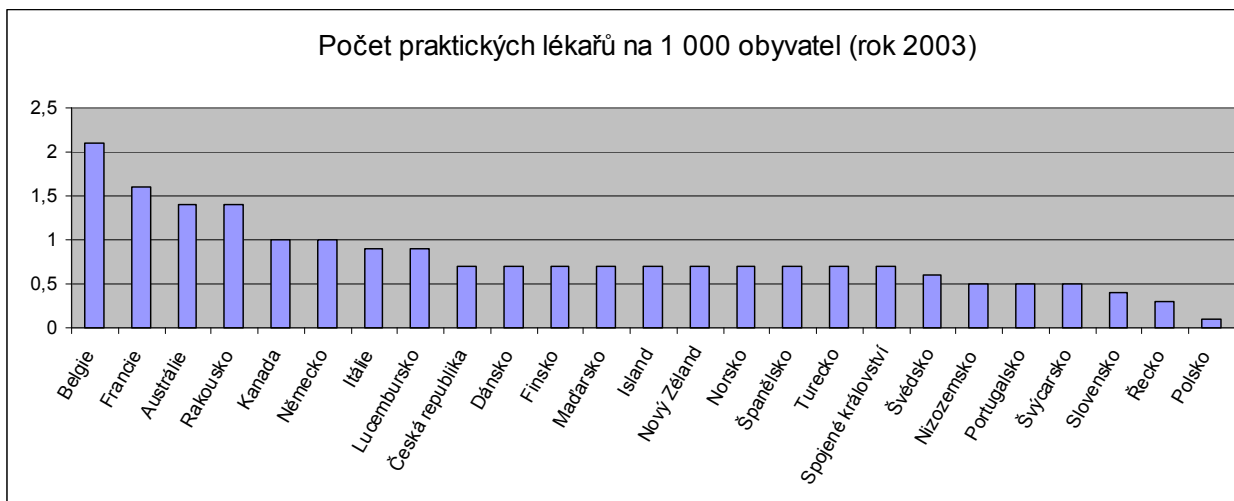


## Příloha č.2

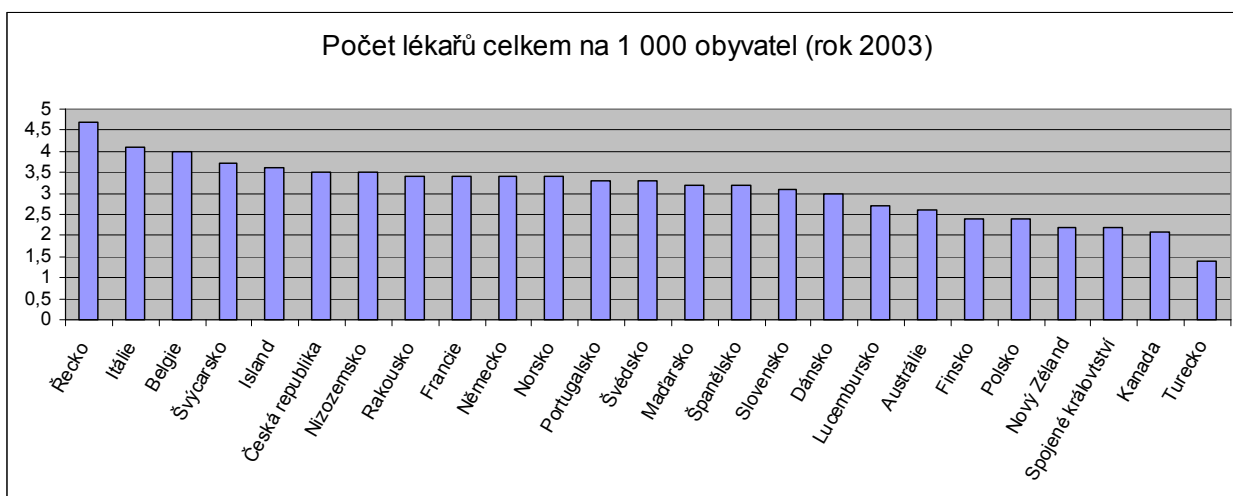




### Příloha č.3



## Příloha č.4



## Příloha č.5

