

**Vysoká škola ekonomická v Praze**

**Fakulta managementu**

**Jindřichův Hradec**

# **Diplomová práce**

**Milena Kubartová**

*2007*



**Vysoká škola ekonomická v Praze**

**Fakulta managementu v Jindřichově Hradci**

# **Dostupnost zdravotní péče ve vztahu k nákladům na ZP v zemích OECD**

**Vypracovala:**

*Milena Kubartová*

**Vedoucí diplomové práce:**

*prim. MUDr. Rudolf Střítecký*

*Dolní Hořice, červen 2007*

# Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma  
**“Dostupnost zdravotní péče ve vztahu k nákladům na ZP v zemích OECD“**  
jsem vypracovala samostatně.

Použitou literaturu a podkladové materiály  
uvádím v příloženém seznamu literatury.

*Dolní Hořice, červen 2007*

---

podpis studenta

# **Anotace**

## **Dostupnost zdravotní péče ve vztahu k nákladům na ZP v zemích OECD**

Cílem práce je popis a zhodnocení dostupnosti zdravotní péče v zemích OECD, porovnání dostupnosti zdravotní péče s náklady na zdravotní péči a ověření existence statistické závislosti mezi dostupností a náklady na zdravotní péči v zemích OECD.

*Dolní Hořice 2007*

# Poděkování

Za cenné rady a připomínky

bych chtěla poděkovat

**MUDr. Rudolfovi Stříteckému,**

z Vysoké školy ekonomické v Praze,

Fakulty managementu v Jindřichově Hradci.

# Obsah

<b>1. Úvod.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Metodika práce.....</b>	<b>3</b>
2. 1 Volba regresní funkce a její základní typy .....	4
2. 2 Kvalita regresního modelu a intenzita závislosti.....	5
2. 3 Testování hypotézy o parametrech regresní funkce .....	5
2. 4 Testování hypotézy o korelačním koeficientu .....	6
<b>3. Dostupnost zdravotní péče .....</b>	<b>8</b>
3.1 Definice dostupnosti a její dimenze .....	8
3. 2 Kritéria pro zhodnocení dostupnosti zdravotní péče .....	10
3. 3 Model státem garantované dostupnosti zdravotní péče .....	10
3. 4 Zdravotní péče.....	12
3. 4. 1 Poskytovatelé zdravotní péče .....	13
3. 4. 2 Způsob úhrady zdravotní péče .....	14
3. 5 Kvalita zdravotní péče .....	15
3. 6 Pojetí práva na zdravotní péči.....	16
3. 7 Ekvita .....	17
3. 8 Zdravotní politika státu a státní zásahy do systému zdravotní péče.....	18
3. 9 Zdravotní systém a jeho typologie.....	19
<b>4. Ekonomika zdravotní péče.....</b>	<b>22</b>
4.1 Tržní mechanismus ve zdravotnictví .....	22
4. 2 Ekonomická nákladovost .....	25
<b>5. Obecné informace o OECD.....</b>	<b>26</b>
5. 1 Orgány OECD.....	27
5. 2 Současná situace ve zdravotnictví v zemích OECD.....	27
<b>6. Přehled ukazatelů dostupnosti a výdajů na zdravotnictví v zemích     OECD .....</b>	<b>31</b>
<b>7. Ověření statistické závislosti ukazatelů dostupnosti zdravotní péče na     výdajích na zdravotní péči .....</b>	<b>47</b>
7. 1 Počet praktických lékařů ve vztahu k výdajům na zdravotní péči .....	47
7. 2 Počet specialistů ve vztahu k výdajům na zdravotní péči .....	49
7. 3 Počet lůžek akutní péče ve vztahu k výdajům na zdravotní péči .....	50

7. 4 Výdaje na zdravotní péči ve vztahu k HDP na obyvatele .....	51
8. Zhodnocení závislosti dostupnosti zdravotní péče ve vztahu k výdajům na zdravotnictví v zemích OECD .....	53
9. Závěr .....	55

# 1. Úvod

Cílem této diplomové práce je popis a zhodnocení dostupnosti zdravotní péče v zemích OECD, její porovnání s náklady na zdravotní péči a ověření existence statistické závislosti mezi dostupností a náklady na zdravotní péči v zemích OECD.

Dostupnost základní zdravotní péče a její zajištění patří spolu s kvalitou mezi základní cíle organizací OECD, WHO i zdravotních politik jednotlivých zemí. Zajištění dostupnosti zdravotní péče spočívá v zamezení vzniku takových překážek v systému zdravotní péče, které by pacient nebyl schopen při čerpání zdravotní péče překonat, a pokud tyto překážky existují, postupně je odstraňovat. Právo pacienta na zdravotní péči a jeho chápání je dáno tím, jak je ve společnosti uplatňována solidarita a individuální odpovědnost pacienta za své zdraví. Setkáváme se s přístupem, kde je plně nechána odpovědnost za zdraví na pacientovi až po přístup, kde zdravotní péče je chápána jako základní občanské právo a odpovědnost i úhradu na sebe přejímá stát.

S dostupností zdravotní péče souvisí i problém ekvity při poskytování zdravotní péče. Podstatu tohoto problému tvoří otázka, zda je možné poskytovat všem občanům stejnou úroveň a kvalitu zdravotní péče. Vysoce kvalitní péče je spojena i s vyššími náklady, na jejichž pokrytí pro všechny občany veřejné zdroje nestačí. V ekonomicky vyspělých zemích je formálním garantem dostupnosti zdravotní péče obvykle stát. V západoevropských zemích je dostupnost obvykle deklarována v ústavách či jiných právních normách.

Obecným problémem, který se objevuje ve většině zemí v oblasti zdravotnictví jsou rostoucí náklady na zdravotnictví. Růst výdajů na zdravotnictví ovlivňuje celá řada faktorů. Hlavním faktorem, který přispívá k růstu nákladů na zdravotnictví, je pokrok vývoj a šíření nových lékařských technologií a nových léků. Další faktorem, který má také vliv na růst výdajů na zdravotnictví je stárnutí populace. Procento populace ve věku 65 let a více vzrůstá ve všech zemích OECD a očekává se, že tento trend bude v dalších letech pokračovat. Vzhledem k tomu, že starší lidé mívají i větší potřebu zdravotní a dlouhodobé péče, dá se očekávat, že stárnutí populace způsobí další nárůst veřejných výdajů v těchto oblastech.



Dostupnost zdravotní péče ve všech svých dimenzích je ovlivněna řadou faktorů. Ovlivňuje ji zdravotní systém uplatňovaný v dané zemi, ekonomická vyspělost dané země, způsob financování zdravotní péče, úroveň vybavenosti zdravotnických zařízení, přirozené rozmístění obyvatelstva, jeho vzdělanost, apod. Dostupnost spolu s kvalitou a náklady tvoří tři vrcholy zdravotnického trojúhelníku. Cílem strategického managementu je nalezení rovnováhy mezi těmito třemi vrcholy.

## 2. Metodika práce

Obsahem této kapitoly je přehled a definice důležitých pojmů týkajících se problematiky zpracovávané v této diplomové práci. Součástí je také popis statistických metod využitých v praktické části k ověření existence statistické závislosti.

**Dostupnost zdravotní péče** lze definovat jako počet nebo podíl obyvatelstva, u něhož lze očekávat, že navštíví určité zdravotnické zařízení za existujících překážek přístupu.

**Ekvita** při poskytování zdravotní péče je definována jako přístup k dosažitelné péči úměrný skutečné potřebě, spotřeba zdravotní péče úměrná skutečné potřebě a přiměřená kvalita péče pro všechny.

**Hrubý domácí produkt** – celková peněžní hodnota toku statků a služeb vyrobených za dané období (zpravidla 1 rok) na území daného státu.

**Nabídka zdravotní péče** je vychází z celkového počtu zdravotnických zařízení v dané lokalitě, regionu či státu. Je dána konkrétní skladbou těchto zařízení v místě, počtem lékařů na počet obyvatelstva, možnostmi lékařské péče v závislosti na technice, možnostmi provádět určité lékařské zásahy.

**OECD** nebo-li Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-Operation and Development) je mezinárodní vládní organizací, která seskupuje 30 zemí a jejímž hlavním cílem je koordinace politik za účelem dlouhodobého ekonomického rozvoje.

**Zdravotní péče** zahrnuje aktivity zaměřené na léčení a také prevenci chorob a jejím cílem je zlepšit nebo zachovat zdravotní stav pacienta.

### Regresní a korelační analýza

Regresní analýza se zabývá jednostrannými závislostmi. Jedná se o takové případy, kdy proti sobě stojí vysvětlující (nezávisle) proměnná  $x$  v úloze příčin a vysvětlovaná (závisle) proměnná  $y$  v úloze následků. Cílem regresní a korelační analýzy je nalézt tzv. idealizující matematickou funkci, která bude co nejlépe vyjadřovat charakter závislosti a co nejvěrněji

zobrazovat průběh změn podmíněných průměrů závisle proměnné. Tato hypotetická matematická funkce se nazývá regresní funkce  $\eta$ . Jestliže se nám podaří vystihnout průběh závislosti relativně nejlepší regresní funkcí, je kvalita regresní funkce souběžná s tzv. silou (intenzitou, těsností) závislostí (Hindls, 2002).

## 2. 1 Volba regresní funkce a její základní typy

Základem pro rozhodování o typu regresní funkce by měla být věcně ekonomická kritéria, zvolená na základě analýzy vztahů mezi veličinami. Pokud je obtížné jednoznačně určit vhodný typ regresní funkce na základě těchto kritérií, používá se empirický způsob volby, tj. na základě rozboru empirického průběhu závislosti. Základní metodou je grafická metoda, která využívá bodového diagramu. Pro zhodnocení kvality získané regresní funkce popřípadě oprávněnosti některých předpokladů, se používají různá matematicko-statistická kritéria. Nalezení vhodného typu regresní funkce je možné pouze pomocí vhodné kombinace věcně ekonomických a matematicko-statistických kritérií. Výběr vhodného regresního modelu je klíčový pro celou analýzu, protože na správnosti volby regresní funkce závisí i úspěšnost prováděných regresních odhadů.

Podle tvaru regresní funkce rozlišujeme několik typů regresních modelů:

1) modely lineární z hlediska parametrů

Mezi základní lineární modely patří:

a) **regresní přímka**  $\eta = \beta_0 + \beta_1 x$

b) **regresní parabola**  $\eta = \beta_0 + \beta_1 x + \beta_2 x^2$

c) **regresní hyperbola prvního stupně**  $\eta = \beta_0 + \frac{\beta_1}{x}$

d) **dvojitá regresní hyperbola**  $\eta = \frac{1}{\left(\beta_0 + \frac{\beta_1}{x}\right)}$

2) modely nelineární jak v parametrech, tak vzhledem k vysvětlujícím proměnným, které se dají transformovat na lineární tvar

a) **regresní mocninná funkce**  $\eta = \alpha x^\beta$

## b) regresní exponenciální funkce $\eta = \alpha\beta^x$

3) nelineární modely, které se nedají transformovat na lineární tvar

## 2. 2 Kvalita regresního modelu a intenzita závislosti

Nejznámější charakteristikou kvality regresního modelu je index determinace, který udává, jakou část celkové variability pozorovaných hodnot lze vysvětlit daným modelem. Nabývá hodnot z intervalu  $\langle 0;1 \rangle$ . Vzorec indexu determinace je

$$R^2 = \frac{S_T}{S_Y},$$

kde  $S_T = \sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{y})^2$  je teoretický součet čtverců, tzn. část vysvětlovaná regresním

modelem, a kde  $S_Y = \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2$  je celkový součet čtverců.

Závislost proměnné  $y$  a proměnné  $x$  bude zřejmě tím silnější, čím větší bude podíl rozptylu vyrovnaných hodnot na celkovém rozptylu, tzn. čím více se bude blížit hodnot 1, a tím slabší, čím bude podíl tohoto rozptylu menší, tzn. čím více se bude blížit 0. Při hodnocení intenzity závislosti na základně indexu determinace je ale nutné brát v úvahu to, že jeho velikost je zcela ovlivněna tím, zda se nám podařilo nalézt vhodný typ regresní funkce pro popis dané závislosti (Hindls, 2002).

K měření těsnosti závislosti se v praxi obvykle nepoužívá samotný index determinace, ale jeho odmocnina, která se nazývá index korelace, vyjádřená jako:

$$I_{yx} = \sqrt{\frac{S_T}{S_Y}}$$

## 2. 3 Testování hypotézy o parametrech regresní funkce

Testuje se nulová hypotéza:

$$H_0 : \beta_j = \beta_{0,j},$$

proti alternativní hypotéze

$$H_1 : \beta_j \neq \beta_{0,j}, \text{ resp. } H_1 : \beta_j > \beta_{0,j} \text{ nebo } H_1 : \beta_j < \beta_{0,j}$$

Zamítnutí  $H_0$  se interpretuje jako potvrzení oprávněnosti  $j$ -té proměnné v regresním modelu.

Testové kritérium

$$T = \frac{b_j - \beta_{0,j}}{s_{b_j}}$$

má při platnosti  $H_0$  rozdělení  $t$  s  $(n - p)$  stupni volnosti. Při větších výběrech ( $n-p > 30$ ) lze rozdělení aproximovat normovaným normálním rozdělením. Kritické obory jsou vymezeny nerovnostmi:

$$\frac{b_j - \beta_{0,j}}{s_{b_j}} > t_{1-\alpha/2} \quad \text{a} \quad \frac{b_j - \beta_{0,j}}{s_{b_j}} < t_{\alpha/2}$$

„Jako kritické obory se používají kvantily Studentova rozdělení  $t$  o  $n-p$  stupních volnosti, které při velkých výběrech ( $n-p > 30$ ) nahradíme kvantily normovaného normálního rozdělení“ (Hindls, 2002, str. 233).

Hypotézu  $H_0$  zamítneme na hladině významnosti  $\alpha$ , je-li hodnota testového kritéria v kritickém oboru nebo je-li minimální hladina významnosti ( $p$ -value) menší než  $\alpha$ .

## 2. 4 Testování hypotézy o korelačním koeficientu

Ani vysoká hodnota korelačního koeficientu nemusí znamenat příčinnou závislost mezi proměnnými. Zejména při výběrech malého rozsahu je třeba získané výsledky posuzovat velmi obezřetně. V případě lineární nezávislosti veličin  $x$  a  $y$  bude koeficient korelace v základním souboru roven nule. Ověření předpokladu o nulové hodnotě  $\rho_{yx}$  zapíšeme ve tvaru:

$$H_0 : \rho_{yx} = 0.$$

Proti tomuto předpokladu stojí hypotéza o nenulové hodnotě  $\rho_{yx}$  ve tvaru

$$H_1 : \rho_{yx} \neq 0,$$

případně o kladné či záporné hodnotě.

Jako testové kritérium se používá veličina  $T = \frac{r_{yx} \sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r_{yx}^2}}$  o níž lze dokázat, že při výběru

z dvourozměrného normálního rozdělení má rozdělení  $t$  s  $n-2$  stupni volnosti. Při velkých výběrech lze opět rozdělení  $t$  aproximovat normovaným normálním rozdělením. Oboustranný kritický obor je dán nerovnostmi:

$$T > t_{1-\alpha/2} \quad \text{a} \quad T < t_{\alpha/2}$$

V případě, že vypočítaná hodnota testovaného kritéria padne do kritického oboru, zamítáme nulovou hypotézu a považujeme existenci lineární závislosti na zvolené hladině významnosti za prokázanou (Hindls, 2002, str. 235).

V této diplomové práci bude pro výběr regresní funkce, posouzení kvality a těsnosti závislosti i pro testování hypotéz o parametrech regresní funkce a korelačním koeficientu použit program Statgraphics a jeho výstupy.

## 3. Dostupnost zdravotní péče

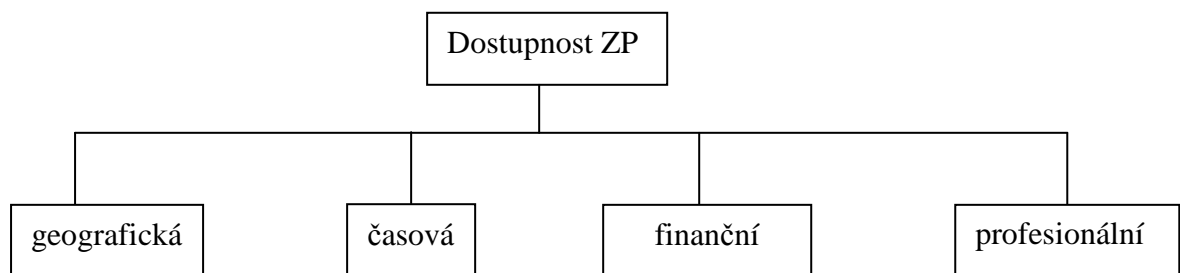
### 3.1 Definice dostupnosti a její dimenze

Dostupnost zdravotní péče je předpokladem pro realizaci práva na ochranu zdraví a také předpokladem spravedlivě poskytované péče. „Lze ji definovat jako počet nebo podíl obyvatelstva, u něhož lze očekávat, že navštíví určité zdravotnické zařízení za existujících překážek přístupu“ (Gladkij, 1995, str. 73). Negativně lze dostupnost vymezit jako překážky, které pacient má nebo nemá při čerpání zdravotní péče. Zajištění dostupnosti zdravotní péče pak znamená neumožňovat v systému zdravotní péče vznik takových překážek, které by pacient nebyl schopen při čerpání zdravotní péče překonat, a pokud tyto překážky existují, postupně je odstraňovat.

Dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele bez ohledu na jejich platební možnosti je obvykle deklarována v ústavách či jiných právních normách západoevropských zemí, výjimkou je USA. Za základní zdravotní péči je zpravidla považována péče primární a akutní nemocniční péče.

Dostupnost zdravotní péče můžeme rozlišovat dle různých hledisek. Existují čtyři základní dimenze (viz Obr. č. 3-1):

**Obrázek 3-1** Dimenze dostupnosti



#### **Geografická dostupnost**

Geografická dostupnost je dána rozmístěním zdravotnických zařízení do regionů tak, aby z hlediska např. dopravních možností, byla dostupná zdravotní péče podle různých specializací. Velmi významným aspektem geografické dostupnosti je úroveň sítě zdravotnických zařízení. Téměř ve všech zemích s tržní ekonomikou vytváření sítě zdravotnických zařízení není ponecháno na působení tržního mechanismu, ale do vytváření této sítě vstupuje stát, ať už přímo či nepřímo prostřednictvím regulačních zásahů.

V regionech s nízkou hustotou osídlení by bez zásahů vlády lůžková zařízení pravděpodobně buď vůbec nevznikala, nebo jejich síť by byla velmi řídká. V takovém regionu si pak v případě akutního zdravotního výkonu pacient nemůže vybírat a rozhodující úlohu má lékař.

Geografická dostupnost je také ovlivněna přirozeným rozmístěním obyvatelstva a jeho přirozeným pohybem a celkovým zdravotním stavem populace v daném regionu. Významnou roli hraje také dopravní obslužnost daného regionu.

### **Časová dostupnost**

Časová dostupnost je vymezena čekací dobou na vyšetření nebo zákrok. Je podmíněna potřebným rozmístěním zdravotnických zařízení, jejich vzdáleností, možnostmi poskytnutí včasné péče, úrovní rychlé zdravotnické pomoci a organizací pohotovostních lékařských služeb atd.

### **Finanční dostupnost**

Finanční dostupnost se odvíjí od způsobu úhrady nákladů za poskytnutou zdravotní péči. Existuje několik způsobů úhrady, přičemž v garantovaných systémech má být dostupnost zajištěna prostřednictvím financování ze státního rozpočtu nebo veřejným pojištěním a dále pak mírou spoluúčasti pacienta, která však má svá značná omezení.

### **Profesionální dostupnost**

Profesionální dostupnost je podmíněna možnostmi dosažení i úzce specializovaných služeb. Představuje možnost pacientů získat specializovanou zdravotní péči u závažných nebo vzácně se vyskytujících onemocnění. Ovlivňuje ji nejen počet lékařů, ale také jejich odbornost a specializace. Specializované služby obvykle bývají centralizovány ve velkých městech a také bývají značně nákladné.

Kromě těchto čtyř základních dimenzí dostupnosti se lze v některých publikacích setkat ještě s dalšími typy dostupnosti – **sociokulturní, organizační, věcnou a informační**. Sociokulturní dostupnost představuje překážky sociálního a kulturního rázu, které zhoršují orientaci nemocného v systému služeb a jeho poptávku po adekvátní zdravotní péči. K omezování této dostupnosti může docházet např. v důsledku nízkého stupně vzdělání, odlišné etnické příslušnosti, náboženství, jazykové bariéry apod. Organizační dostupnost vymezují překážky, které pacient má ve vztahu ke zdravotnickým službám (např. vstup do specializované péče na doporučení praktického lékaře) (Durdisová, 2005). Věcná



dostupnost je charakterizována dostatečnými kapacitami adekvátních služeb, úrovní vybavení zdravotnických zařízení, dostupností potřebných technologií, zdravotnických pomůcek, léků apod. Dostupnost informační pak zahrnuje přístup pacienta k informacím a také jejich srozumitelnost.

Další významný faktor, který ovlivňuje dostupnost zdravotní péče je existence moderních medicínských technologií. Je závislá zejména na ekonomických možnostech systému.

### **3. 2 Kritéria pro zhodnocení dostupnosti zdravotní péče**

Pro zhodnocení dostupnosti zdravotní péče lze zvolit různá kritéria. Odvíjí se zpravidla od jednotlivých dimenzí dostupnosti.

Pro zhodnocení geografické dostupnosti se používají indikátory: počet praktických lékařů na 1000 obyvatel, počet lůžek akutní péče na 1000 obyvatel apod. Dle definice OECD jsou lůžka akutní péče definována jako lůžka, která slouží pacientům, u nichž je hlavním klinickým záměrem vyléčit nemoc nebo ošetřit zranění, výkon operace, zbavení symptomů nemoci nebo zranění (kromě paliativní péče), zmírnit vážnost nemoci nebo zranění či vykonávat diagnostické nebo léčebné procedury. Alternativně je lze vymezit jako lůžka přizpůsobená pacientům, jejichž průměrná délka pobytu je maximálně 18 dní (do roku 1980 to bylo 30 dní).

K porovnávání časové dostupnosti lze použít délku ošetření či čekací dobou na ošetření a zákrok či ošetření.

Při posuzování finanční dostupnosti se bere v úvahu finanční pokrytí (např. pojištěním) nemocniční péče, finanční pokrytí ambulantních lékařských služeb, finanční pokrytí farmaceutických výrobků (Gladkij, 1995).

Pro zhodnocení profesionální dostupnosti, která představuje možnost pacientů získat specializovanou zdravotní péči se používá kritérium počet specialistů na 1000 obyvatel, počet CT scannerů na 1000 obyvatel, počet MRI přístrojů na 1000 obyvatel atd.

### **3. 3 Model státem garantované dostupnosti zdravotní péče**

Stát je v ekonomicky vyspělých zemích alespoň formálním garantem za komplexní zdravotní péči o obyvatelstvo, spoluodpovídá za dostupnost zdravotní péče a rovněž za efektivní využívání zdrojů ve zdravotnictví. Zdravotní péči zabezpečuje tak, že

odčerpává z mikrosféry finanční zdroje ve formě daní (pojistného) a také by měl zajistit efektivní hospodaření s těmito zdroji. Garantovaná péče představuje tu část potřebné zdravotní péče, která je v dané společnosti a v daném čase považována za tak závažnou, že se stává předmětem plné nebo částečné úhrady ze zdravotního pojištění.

„Studie NERA definuje soubor garantované péče jako seznam chorobných stavů, jejichž léčba by měla být dostupná všem občanům nezávisle na jejich schopnosti platit“ (Durdisová, 2001, str. 44). Garantovat zdravotní péči znamená zajistit dostupnost zdravotní péče ze třech hledisek:

- finanční dostupnosti,
- časové dostupnosti,
- geografické dostupnosti.

Kromě dostupnosti zdravotní péče stát garantuje i její kvalitu. Garantovaný model zdravotní péče je založený na shromažďování finančních prostředků k financování zdravotnictví a jejich přerozdělování na základě principu solidarity. Stát jako garant za dostupnost zdravotní péče prostřednictvím své moci stanovuje i zdroje financování. Jsou to jednak daně, kde zdroje financování zdravotnictví jsou získávány prostřednictvím daňového systému. Druhou formu představuje zákonné pojištění, kde jsou zdroje financování zdravotnictví získávány prostřednictvím plateb zákonného, solidárního pojistného a plynou zpravidla do fondu financování zdravotní péče, který je samostatně spravován a oddělen od státního rozpočtu.

Významným kritériem pro zařazení určitého lékařského výkonu do souboru garantované péče je potřeba dané péče. Potřebná zdravotní péče obsahuje jakékoliv vyšetřovací nebo léčebné postupy, u nichž jsou splněna tato kritéria:

- včasnost a rychlost
- optimalita
- prevence vedlejších účinků a komplikací
- dosažení co nejlepšího dostupného výsledku.

V ideálním případě by se potřebná a standardní zdravotní péče měly překrývat.

### **3. 4 Zdravotní péče**

Zdravotní péče zahrnuje aktivity, zaměřené na léčení, ale také prevenci chorob. Je to péče poskytovaná pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. „Zdravotní péče se člení na zdravotnické služby ve smyslu nemateriálních činností a s nimi související materiální spotřebu“ (Durdisová, 2001, str. 44). Zdravotní péči lze dělit podle několika kritérií:

- dle místa poskytování
- dle kritéria specializace
- dle rozsahu financování
- standardní a nadstandardní péče

#### **Dělení zdravotní péče podle místa poskytování**

Dle tohoto kritéria rozlišujeme zdravotní péči ambulantní a ústavní. Ambulantní péče je zajišťována prostřednictvím odborných a praktických lékařů v jednotlivých ordinacích a ambulantních zařízeních a představují základní článek léčebně preventivní péče. Ústavní péčí se rozumí zdravotní péče poskytovaná v nemocnicích a odborných léčebných ústavech, jestliže to vyžaduje zdravotní stav pacienta. V těchto zařízeních může být současně poskytována i péče ambulantní.

#### **Dělení zdravotní péče dle kritéria specializace a typu zařízení**

Na základě těchto hledisek lze rozlišit primární (základní), sekundární (specializovanou) a terciární (tzv. superspecializovanou) zdravotní péči. „Primární zdravotní péči se rozumí poskytování nezbytné (základní) zdravotní péče, která je dostupná za cenu, kterou si stát nebo komunita mohou dovolit, a to metodami, které jsou praktické, vědecky ověřené a společensky přijatelné WHO“ (Gladkij, 2003, str. 49). Bývá poskytována ambulantně, popř. v domácím prostředí. Sekundární zdravotní péče představuje specializovanou ambulantní a odbornou nemocniční péči a zahrnuje velké množství oborů. Terciární zdravotní péče zahrnuje vysoce specializované a technologicky náročné diagnosticko léčebné služby ve velkých nemocnicích, které disponují týmy odborníků (Durdisová, 2001).

## **Dělení zdravotní péče dle rozsahu financování**

Z hlediska financování rozdělujeme zdravotní péči na péči plně hrazenou, částečně hrazenou ze zdravotního pojištění a na základní stomatologickou péči. Plně hrazený je „finančně nejméně náročný ze způsobů zdravotní péče, který je indikován ze zdravotních důvodů, splňuje zásady postupů daných současným stupněm poznání a dosahuje účinku srovnatelného s ostatními postupy. Částečně hrazený je takový způsob péče, který je indikován ze zdravotních důvodů, splňuje zásady postupů daných současným stupněm poznání, dosahuje účinku srovnatelného s ostatními způsoby, ale je finančně náročnější než plně hrazený výkon. Jedná se o takový druh zdravotní péče, který je svým charakterem standardní, ale svým provedením nadstandardní. Při částečně hrazené péči pacient hradí rozdíl mezi maximální cenou výkonu a cenou výkonu hrazenou příslušnou zdravotní pojišťovnou (Durdisová, 2001).

## **Standardní a nadstandardní péče**

Za standardní se považuje taková péče, tj. postupy a metody, které jsou v určité době a v určitém teritoriu obvyklé, relativně ustálené a odborníky uznávané, protože splňují kritéria lege artis i současného obecně dostupného použitelného poznání. Standardní péče je péče s určitou dohodnutou mírou kvality. Stanovení standardu však bývá obtížné a liší se v různých zemích i v různém čase. Nadstandardní péče představuje takovou péči, při které se pacientovi na jeho přání poskytují výhody a služby, které nejsou z hlediska aktuálního zdravotního stavu nezbytné. Jedná se buď o služby, jejichž cílem je zvýšení pohodlí pacienta nebo provedení výkonů jinými technologiemi, jinými osobami a za využití jiných pomůcek, než je obvyklé. Z hlediska financování jde o služby, které nejsou ani částečně hrazené ze zdravotního pojištění a pacient si tyto služby hradí buď přímo, nebo zvláště sjednaným připojištěním. Existence nadstandardní péče by neměla v žádném případě omezovat dostupnost kvalitní a účinné standardní péče (Durdisová, 2001).

### **3. 4. 1 Poskytovatelé zdravotní péče**

Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních a dalších organizacích tvořících síť zdravotnických zařízení. Do této soustavy zdravotnických zařízení patří zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob. Zdravotnická zařízení jako složky veřejného

sektoru hospodaří podle rozpočtových pravidel stanovených ministerstvem financí a mohou mít formu rozpočtové, příspěvkové nebo jiné nonprofitní organizace (Durdisová, 2005).

Zdravotnická zařízení lze členit dle různých hledisek do několika skupin. První skupinu tvoří státní a nestátní zdravotnická zařízení, kdy základním kritériem členění je typ vlastnictví. Druhou skupinu představují lůžková a ambulantní zařízení, která se rozlišují podle formy poskytované péče. V závislosti na způsobu proplácení zdravotní péče členíme zdravotnická zařízení na smluvní a nesmluvní. Do sítě zdravotnických zařízení patří také lékárny.

### **3. 4. 2 Způsob úhrady zdravotní péče**

Způsob úhrady zdravotní péče je finančně vyjádřeným objemem zdravotních služeb a má vliv na chování poskytovatelů, plátců i pacientů. Základní typy úhrad zdravotní péče tvoří:

- platba za ošetrovací den
- platba za výkon
- kapitační platba
- platba za diagnózu
- bonifikace
- funkční rozpočet
- smluvní financování
- spoluúčast pacienta

Platba za ošetrovací den představuje fixní částku, kterou nemocnice obdrží od zdravotní pojišťovny na výdaje spojené s jednodenním pobytem pacienta v nemocnici. Tato částka je určována smluvně a může být shodná buď pro všechny pacienty bez ohledu na diagnózu nebo může být stejná pro jednotlivá oddělení.

Platbu za výkon tvoří jednotlivá položka zdravotní péče. Výkony mohou být popsány buď přímo nebo prostřednictvím bodu. Hodnota bodu je stejná pro všechna zdravotnická zařízení stejného typu a je uvedena v seznamu zdravotních výkonů.

Kapitační platba je částkou za určité období (např. rok), kterou zdravotnické zařízení získává za registrovaného pacienta bez ohledu na to, zda a jak je léčen.

Platba za diagnózu představuje platbu za soubor služeb spojených s jednotlivým léčebným režimem.

Bonifikace je účelově vázanou platbou, která odměňuje dosažení určitého cíle, který může být stanoven jak medicínsky tak ekonomicky.

Funkční rozpočet tvoří dopředu sjednaná celková platba za veškeré služby, které zařízení poskytuje během jednoho roku.

Smluvní financování (contracting) zahrnuje takový způsob plateb, kdy se zdravotnické zařízení předem dohodne se svým smluvním partnerem (pojišťovna, obec, stát) o tom, kdy, komu, za jakých podmínek a v jakém rozsahu poskytne zdravotní péči.

Spoluúčast pacienta ovlivňuje to jak pacient danou péčí vnímá. Finanční spoluúčast se připouští zejména u nezdravotnických výkonů jako pobyt v nemocnici, doprava, potvrzení apod. Spoluúčast pacientů může mít podobu přímých plateb, připojištění či tzv. stropu, kdy si pacient hradí zdravotní péči sám do určitého limitu, a nad tento limit platí zdravotní pojišťovna.

### **3. 5 Kvalita zdravotní péče**

Jelikož je kvalita vnímána jako intuitivní pojem, kvalitu zdravotní péče nelze jednoduše definovat. V literatuře lze najít několik definic. Obecně existují dva pohledy na definování kvality, které se odlišují v názoru na měřitelnost zdravotní péče. Dle prvního pohledu je zdravotní péče neměřitelná, a kvalita zdravotní péče odráží, jak poskytovaná péče sleduje úroveň dosažených poznatků medicíny a navazujících vědeckých disciplín. Je dána ekonomickou situací země, objemem finančních prostředků, které do zdravotnictví plynou a také podmínkami trhu. Dále je kvalita zdravotní péče podmíněna stupněm technologické a materiální vybavenosti zdravotnických zařízení, úrovní medicínského vzdělání a profesionálního dohledu nad výkonem lékaře. Podle druhého pohledu se kvalita zdravotní péče skládá z různých procesů, které je možné přesně definovat a měřit. Kvalitu zdravotní péče z tohoto hlediska lze definovat jako úroveň péče, při které úroveň poskytovaných služeb o pacienta zvyšují pravděpodobnost výsledků, které si pacient přeje a snižuje pravděpodobnost výsledků, které si pacient nepřeje. Nachází svůj výstup v ukazatelích zdravotního stavu a patientské spokojenosti. Mezi základní ukazatele zdravotního stavu, které mimo jiné vypovídají o kvalitě péče, patří střední délka života, úmrtnost, nemocnost, ukazatel „ztracená léta“, počet předčasně zemřelých, atd. V národohospodářském pojetí je součástí kvality zdravotní péče také zabezpečení principu rovnosti a spravedlnosti. Splnění této podmínky je jednou z priorit, charakteristických pro Světovou zdravotnickou organizaci

a znamená právo všech občanů na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj potenciál zdraví (Durdisová, 2005).

### **3. 6 Pojetí práva na zdravotní péči**

Podle kritéria odpovědnosti jednotlivce za zabezpečení jemu potřebné zdravotní péče a podle kritéria míry solidarity lze rozlišit tři přístupy k vnímání práva na zdraví a zdravotní péči, od kterých jsou pak odvozeny i různé typy systémů zdravotní péče:

1. Liberální pojetí klade důraz na individuální odpovědnost a svobodu jednotlivce při rozhodování o svém zdraví. Solidaritu uznává jako dobrovolný a státem neorganizovaný akt. Zdravotní péče je zbožím a má tržní cenu. Rozděluje se na principu ekvivalence ve svobodné směně na trhu poskytovatelů a klientů, a to na základě principu „každý podle svých možností“ (Durdisová, 2001).
2. Egalitární přístup zdůrazňuje právo jednotlivce na zdraví a absolutní rovnost prostřednictvím solidarity, kterou musí zajistit stát. Právo na zdravotní péči je chápáno jako rovnost v přístupu a příležitosti. Zdravotní péče je považována za sociální službu a základní občanské právo. Je poskytována podle principu „každému podle jeho potřeb“, bez ohledu na sociální postavení podle zásad rovnosti. Stát na sebe přejímá všechny funkce, odpovědnost i úhradu (Durdisová, 2001).
3. Utilitární pojetí je založeno na posouzení užitku či sociálního prospěchu plynoucího z toho, že se občanovi dostane určité zdravotní péče. Zdravotní péče je chápána jako veřejný ale současně i jako individuální zájem, a proto je distribuována podle principu „každému podle jeho zásluh“ Jedinci se může dostávat i méně než optimální péče, proto se vyžaduje uplatňování standardních a nadstandardních výkonů. Na financování se podílí stát i soukromé zdroje (Durdisová, 2001).

Např. ve Velké Británii jsou práva občanů vztahující se k dostupnosti zdravotní péče vymezena takto (Gladkij, 2005):

- právo obdržet zdravotní péči na základě klinických potřeb bez ohledu na platební možnosti
- být registrován u lékaře všeobecné praxe
- obdržet urgentní zdravotní péči v každé době
- mít přístup k vlastní zdravotnické dokumentaci
- v ambulantním zařízení má být pacient ošetřen 30 minut po příchodu do čekárny
- žádný pacient nesmí být propuštěn z nemocničního léčení, aniž bude rozhodnuto o způsobu jeho další léčby

### 3. 7 Ekvita

S dostupností zdravotní péče souvisí i problém ekvity (spravedlnosti) péče. Podle dokumentu Světové zdravotní organizace Zdraví pro všechny do r. 2000 je rovnost prvním zdravotně politickým cílem a znamená právo všech občanů na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj plný potenciál zdraví (Durdisová, 2005). Ekvita v systému zdravotní péče se definuje jako (Gladkij, 2002):

- přístup k dosažitelné péči úměrný skutečné potřebě
- spotřeba zdravotní péče úměrná skutečné potřebě
- přiměřená kvalita péče pro všechny

Někdy je rozlišována tzv. horizontální rovnost, která předpokládá poskytování stejné péče osobám se stejnými zdravotními problémy a vertikální rovnost, která předpokládá poskytování diferenciované péče osobám s různými zdravotními potížemi (Durdisová, 2005).

Podstatu tohoto problému tvoří otázka, zda je možné poskytovat všem občanům stejně vysokou úroveň a kvalitu zdravotní péče. V demokratických zemích se na toto hledisko sice klade velký důraz, praxe poskytování zdravotní péče však bývá jiná. Vysoce kvalitní zdravotní péče je zpravidla nákladná a veřejné zdroje nejsou dostatečné k pokrytí nákladů pro všechny občany. Z toho plyne, že přístup k vysoce kvalitní zdravotní péči závisí na majetkových poměrech občanů. Zdrojem vzniku nespravedlnosti v poskytování zdravotních služeb může být nerovnoměrné rozložení zdravotnických služeb, příliš vysoká hranice finanční spoluúčasti, výměra pojistného dle individuálního rizika, apod. V Evropě je považováno za sociálně spravedlivé a únosné, jestliže se zdravotní péče liší pouze ve sféře



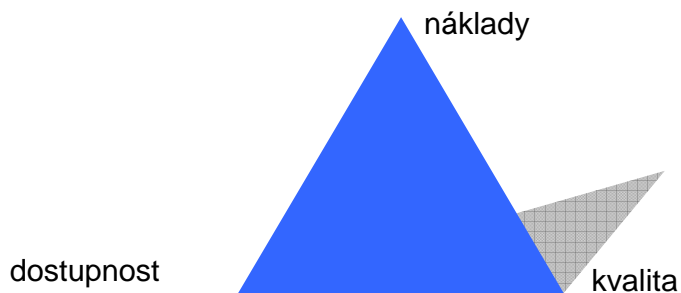
doplňkových zvláštních služeb, např. větší luxus při hospitalizaci, využívání alternativních postupů, míra svobodné volby zdravotnického zařízení apod.

### 3. 8 Zdravotní politika státu a státní zásahy do systému zdravotní péče

Stát plní důležitou roli při tvorbě koncepcí zdravotní péče, v zajišťování přístupu všech občanů k základní kvalifikované zdravotní péči a také odpovídá za efektivní využívání prostředků určených na zdravotní péči. „Zdravotní politika státu představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin“ (Gladkij, 2003, str. 11). Tvorba zdravotní politiky se skládá ze čtyř fází, zahrnující identifikaci problémů a rozpoznání východisek, formulaci cílů a postupů, implementaci postupů a vyhodnocení postupů. Zásahy státu v systému zdravotní péče jsou potřebné tam, kde v tržních ekonomikách selhává trh.

Hlavní úkol strategického managementu je udržení dynamické rovnováhy v tzv. zdravotnickém trojúhelníku při kontinuálním zlepšování zdravotního stavu populace.

**Obrázek 3-2** Zdravotnický trojúhelník



Zdroj: Střítecký, R.: Zdravotní politika a zdravotní systémy ve světě

Hlavními nástroji státu při realizaci zdravotní politiky jsou:

- systém zákonů, norem a standardů
- finanční prostředky a způsoby jejich alokace
- instituce
- informace
- vyjednávání s účastníky procesu zdravotní péče.

Analýza zdravotní politiky v zemích OECD ukazuje, že většina těchto zemí při plánování zdravotní péče sdílí tři základní cíle (Gladkij, 2003):

1. Ekvitu v přístupu ke zdravotní péči pro všechny občany
2. Vysokou kvalitu zdravotní péče
3. Makroekonomickou hospodárnost zdravotní péče dosahovanou stanovením žádoucího stavu přijatelné úrovně nákladů vzhledem k úrovni národního důchodu

### **3. 9 Zdravotní systém a jeho typologie**

Zdravotní systém lze vymezit jako množinu ambulantních i lůžkových prvků, které tvoří vnitřní prostředí a které vzájemně kooperují a navazují. Jejich cílem je uzdravení pacienta jako individua. Dle Donabediana však zdravotní systém ovlivňuje zdravotní stav populace pouze z 15 – 17 %, a zbytek ovlivňuje vnější prostředí (Střítecký, 2005).

Výkonnost zdravotního systému pak udává, jaký rozsah péče, jak široké populaci, v jaké míře a kvalitě je zdravotnický systém schopen zajistit při daných disponibilních zdrojích. Zabezpečení výkonnosti zdravotního systému pak představuje minimalizace nemocnosti a zvyšování efektivity.

#### **Zdravotní systém lze členit na základě dvou hledisek:**

- podle převažujícího způsobu financování
- podle vlastnických vztahů

Podle kritéria převažujícího způsobu financování se zdravotnické systémy dělí do následujících typů:

- Národní zdravotní systém
- Evropské pluralitní zdravotnictví
- Smíšený systém s převahou liberálních prvků
- Socialistický zdravotnický systém
- Nezařaditelné zdravotní systémy

Každý model by měl zodpovědět, kdo garantuje občanům zdravotní péči a jaký je přístup populace ke zdravotní péči, z jakých prostředků je zdravotní péče převážně hrazena a jaké postavení mají poskytovatelé zdravotnických služeb.

## **Národní zdravotní systém**

Tento model je založen na financování určitým procentem z HDP, které je schvalováno parlamentem na návrh exekutivy. Standardní zdravotní péče ambulantní i lůžková je v rámci tohoto modelu bezplatná a obecně dostupná. Základním znakem tohoto modelu je výrazná státní regulace zdravotnictví. Úhrady pacientů se pohybují v rozmezí 5 – 22 %. Výhodou tohoto systému je obecná dostupnost služeb, přiměřený důraz na prevenci, nízké náklady na zdravotnické služby a dostatečná nabídka služeb. Nevýhody tohoto systému tvoří problémy s financováním v období recese, nedostatek prostředků na investování a dlouhé čekací doby na neurgentní zákroky. V současné době se tento systém uplatňuje ve Velké Británii, Itálii, Norsku a Švédsku.

## **Evropské pluralitní zdravotnictví**

Tento systém je založený na povinném zdravotním pojištění. Zdravotní péče je financována z prostředků fondu povinného zdravotního pojištění vytvářených z příspěvků zaměstnanců, zaměstnavatelů a státu. Tyto fondy spravují pojišťovny a stát se pouze podílí na kontrole jejich hospodaření. Pojišťovny uzavírají smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb, ve kterých jsou uvedeny ceny a objemy jednotlivých poskytovaných služeb. Pacienti se na úhradě podílejí jen v určité míře. Hlavní nevýhodou tohoto systému je všeobecná neznalost ceny poskytované zdravotní péče. Výsledkem je určitá forma úhrady, která však neodráží skutečné náklady poskytované zdravotní péče a vede k selhávání alokace finančních prostředků. Tento systém se využívá ve většině evropských států, mj. např. v Německu, Rakousku, Francii nebo České republice.

## **Smíšený systém s převahou liberálních prvků (Wild Health Care)**

Tento systém je založený na dobrovolném privátním pojištění. V tomto systému má pacient k dispozici velký výběr kvalitních služeb, systém rovněž podporuje rozvoj medicínských technologií a soutěživost mezi zdravotními zařízeními. Tento systém je typický pro zdravotnictví USA.

### **Socialistický zdravotní systém**

Socialistický zdravotní systém je podřízen socialistické ideologii a je založen na platbě určitým procentem z HDP po schválení stranou. Charakteristickými rysy tohoto systému jsou nízká výkonnost a chronický nedostatek prostředků. Tento systém se stává ve vyspělých zemích minulostí, doposud se uplatňuje např. v Číně.

### **Nezařaditelné zdravotní systémy**

U této skupiny systémů nelze vysledovat převažující způsob financování zdravotní péče. Patří sem např. zdravotní systémy rozvojových zemí.

### **Dělení zdravotnických systémů podle způsobu vlastnictví**

Podle tohoto kritéria lze rozlišit tři typy zdravotních systémů:

- Zdravotní systémy založené na soukromém vlastnictví zdravotnického zařízení.  
Existují zde dvě podskupiny. První tvoří systémy využívající privátní platby. Druhý typ tvoří systémy využívající platby z veřejného zdravotního pojištění.
- Zdravotní systémy založené na komunitním vlastnictví zdravotnického zařízení.  
Většina zdravotnických zařízení v Evropské unii se řadí do této skupiny. Vlastníkem mohou být obce, občanská sdružení, charity, družstva a jiné společnosti.
- Zdravotní systémy založené na státním vlastnictví (např. zdravotní systém bývalého Československa)

## **4. Ekonomika zdravotní péče**

Ekonomika zdravotnictví souvisí bezprostředně s ekonomickým systémem uplatňovaným v dané zemi, s postavením zdravotnictví v rámci celkové péče o zdraví, s koncepcí státu při budování určité sítě zdravotnických zařízení, dostupnosti zdravotní péče v dané zemi, právním formami výkonu zdravotní péče, atd. (Durdisová, 2005). Ekonomika zdravotní péče vychází z obecné teorie tržního mechanismu. Působí zde jak poptávka po zdravotnické péči podmíněná potřebou, tak i nabídka zdravotní péče založená na určité síti zdravotnických zařízení a jejich skladbě. Nejedná se však o volné působení tržního mechanismu, protože obě síly tržního mechanismu mohou být velmi ovlivňovány působením státu a jeho zdravotní politikou.

### **4.1 Tržní mechanismus ve zdravotnictví**

Ve vyspělé společnosti nemůže být výlučně tržní mechanismus jediným principem zajišťujícím zdraví společnosti, ani jediným mechanismem zajišťujícím rozložení zdravotnických služeb, lékařské a zdravotnické péče, či jediným mechanismem zajišťujícím finanční toky uvnitř tohoto systému. Zdravotnictví vyspělého státu, který dbá o zdraví současné i budoucí generace, musí být založeno i na morálních hodnotách, lidské solidaritě a soudržnosti (Zlámal, 2006).

Ve vyspělých zemích převládá názor, že zdravotnický trh selhal. Trh není schopen vyřešit základní problém, jakým je zajištění kontroly nad trvale rostoucími náklady na zdravotní péči. Je-li tržnímu mechanismu ponechán volný průběh bez jakékoliv regulace, stupňují se sociálně nespravedlivé rozdíly mezi skupinami populace projevující se ve zvýšené nerovnosti ve zdravotním stavu a společenské nestabilitě. Na druhé straně existují zastánci trhu, kteří tvrdí, že žádná regulace potřebná není, a svobodná směna podle zdravotních potřeb a finančních možností je tím nejlepším mechanismem, na jehož základě může zdravotnictví fungovat. Budoucí podoba zdravotních systémů zřejmě směřuje ke kompromisnímu a integrálnímu propojení mechanismu trhu i centrální vládní regulace (Křížová, 2006).

#### **Poptávka**

Uplatněný požadavek na zdravotní péči ve zdravotnickém zařízení se nazývá poptávka. Poptávka je často základem pro zajišťování zdravotních potřeb ve společnosti, přestože neodpovídá skutečné potřebě. Je to například kvůli lidem, kteří navštěvují zdravotnická

zařízení, i když to jejich zdravotní stav nevyžaduje nebo naopak trpí různými chronickými potížemi, avšak zdravotní službu nevyhledávají.

### **Zdravotní potřeby obyvatelstva**

„Zdravotní potřeba je definována jako požadavek na preventivní, kurativní a rehabilitační péči plynoucí z objektivně existující nebo vnímané poruchy zdraví nebo z objektivně plynoucího rizika ohrožení zdraví“ (Durdisová, 2005). Potřeba zdravotní péče je kategorie, která má dvě složky a obě tyto složky vedou k poptávce po zdravotní péči. Tvoří ji subjektivní a objektivní potřeba.

**Subjektivní potřeba** je definována na základě obecné definice potřeby jako vědomí určitého nedostatku. Někteří vyžadují péči, aniž ji objektivně potřebují, jiní zas vyžadují to, co si myslí, že by mohli dostat nebo naopak ti, kteří službu objektivně potřebují, ji z různých důvodů nevyžadují. Při vzniku této potřeby člověk obvykle vyhledává zdravotnická zařízení a realizuje poptávku po zdravotnických službách.

**Objektivní potřeba** je založena na nutnosti preventivního sledování zdravotního stavu obyvatelstva, včasného snižování zdravotních rizik, opatřeních vedoucích k eliminaci těchto rizik atd. Lidé si tuto potřebu často ani neuvědomují.

Dále existují tzv. **normativní potřeby**, které jsou stanoveny tak, že skupina odborníků stanoví žádoucí standard péče. Při jeho stanovení bere v úvahu stupeň medicínského poznání v dané době a k žádoucí péči, která by měla být poskytnuta jedinci nebo skupině osob. Normativní potřeby se mění v souladu s medicínským poznáním a ekonomickými možnostmi uživatelů zdravotní péče či společnosti.

### **Spotřeba zdravotní péče**

V podstatě lze rozlišit tři skupiny faktorů, které ovlivňují rozhodnutí člověka vyhledat zdravotní péči. Je to pocíťovaná potřeba péče, dále predisponující faktory jako věk nebo pohlaví a usnadňující faktory, jako je příjem, zdravotní pojištění a finanční zdroje společnosti (Gladkij, 1995). Pocíťovaný zdravotní stav obvykle bývá nejsilnější motivací k vyhledání zdravotnických služeb. Tato motivace je dále modifikována dostupností lékařů, druhem nemoci, organizací a druhem zdravotní péče a s ní spojenými finančními mechanismy.

## **Nabídka zdravotních služeb**

Nabídka zdravotních služeb je dána celkovým počtem zdravotnických zařízení v dané lokalitě, regionu či státu. Je dána konkrétní skladbou těchto zařízení v místě, počtem lékařů na počet obyvatelstva, možnostmi lékařské péče v závislosti na technice, možnostmi provádět určité lékařské zásahy. Je dána i obecným přístupem státu, zdravotních pojišťoven i občanů ke zdravotnictví (Zlámal, 2006). Nabídka ve zdravotnictví má kromě obecných ekonomických znaků ještě několik zvláštních rysů, které jsou dány skutečností, že lékařství je velmi specializovanou vědou a poptávající nemá odborné znalosti o potřebnosti různých výkonů, jejich přínosu pro jeho zdraví. Posouzení nezbytnosti výkonů je součástí rozhodování lékaře. Toto rozhodování by mělo být ovlivněno především zájmem pacienta, nabídka by měla vycházet z jeho subjektivních a objektivních potřeb. Pacienti toto rozhodování mohou ovlivnit jen částečně např. odmítnutím výkonu, většinou však navrhované výkony či vyšetření přijímají.

## **Regulační mechanismy na straně nabídky a poptávky**

V současnosti neexistuje jednoduchý koncept, jak využít trh v systému zdravotní péče k zabezpečení společenské efektivnosti. V praxi se proto uplatňují regulační mechanismy jak na straně nabídky, tak na straně poptávky.

K regulačním mechanismům na straně nabídky se řadí omezení počtu poskytovatelů, za účelem zkvalitnění poskytované péče. Další možností je snížení nákladů změnou způsobu platby, např. kapitace v ambulantní péči, paušální úhrady za nemocniční péči.

Regulační mechanismy na straně poptávky vedou k omezení přístupu k některým službám hrazeným z veřejných zdrojů. Charakteristickým rysem těchto regulací bývá přenos části nákladů spojených s léčbou konkrétní nemoci z veřejných zdrojů na jednotlivce. Nejčastěji se používá spoluúčast a stanovení priorit. Stanovením priorit se rozumí definování rozsahu služeb, které jsou poskytovány v rámci solidárního systému. Pro určení tohoto rozsahu služeb neexistuje jednotný postup. V praxi se nejčastěji používá několik technik. Je to např. vyloučení některých „méně potřebných“ služeb ze skupiny hrazených služeb, definování standardů pro všechny diagnostické a léčebné postupy, zavedení individuálních účtů pro pacienty nebo výchova a osvěta pacientů (Durdisová, 2001).

## 4. 2 Ekonomická nákladovost

Ekonomická nákladovost vyjadřuje spotřebu finančních prostředků resortem zdravotnictví a je popisována procentuálním podílem těchto nákladů z celkového hrubého domácího produktu dané země. Absolutní výše finančních prostředků vynaložených každoročně na zdravotnictví ze soukromých i veřejných zdrojů není ani po přepočtu na mezinárodní měnu (např. USD) srovnatelným ukazatelem, protože nebere v úvahu počet a demografické složení populace ani cenové hladiny země. Proto se suma nákladů ve zdravotnictví porovnává s výší domácí produkce v měnových jednotkách (HDP) a tato procentuální relace vypovídá o ekonomické náročnosti národního zdravotnictví v daném roce. Hrubý domácí produkt je národohospodářskou kategorií a vypovídá o celkové peněžní hodnotě vyprodukované všemi odvětvími národní ekonomiky v kalendářním roce po odečtení mezispotřeby, tedy nákladových položek. Je kalkulován jako součet přidaných hodnot, vyrobených v jednotlivých produktivních odvětvích výrobní i nevýrobní povahy (včetně sektoru služeb).

### **Vzorec:**

v % vyjádřený podíl na HDP = náklady na zdravotnictví v měnových jednotkách x 100 / roční HDP v měnových jednotkách

Obecně platí, že zdravotnické systémy, které jsou více otevřené trhu, jsou dražší a vynakládají vyšší procento HDP na zdravotní péči než systémy, kde převažují státní centrální regulace. V sociálních systémech platí, že ekonomická nákladovost se prosazuje jako neustálý na střet nedostatku zdrojů na straně jedné a jejich rostoucí potřeby na straně druhé. Důraz je proto kladen i na sledování dynamiky výdajů na zdravotnictví a dynamiky HDP. Jednotlivé státy totiž nemohou vydávat na zdravotnictví více, než jim dovolí výše jejich HDP. Vyšší dynamika spotřeby ve zdravotnictví než je dynamika HDP znamená, že zdravotnictví spotřebovává na úkor jiného odvětví a nebo je v deficitu (Durdisová, 2005).



## 5. Obecné informace o OECD

Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-Operation and Development) je mezinárodní vládní organizací se sídlem v Paříži, která vznikla v roce 1961. Je nástupkyní Organizace pro hospodářskou spolupráci v Evropě, která měla za úkol poválečnou hospodářskou obnovu.

Hlavní cíle této organizace tvoří koordinace politik za účelem dlouhodobého ekonomického rozvoje členských i nečlenských zemí. OECD sdružuje ekonomicky nejvýznamnější země světa a hraje výraznou úlohu při rozvoji mezinárodních ekonomických vztahů a mezinárodního obchodu. Prostřednictvím OECD nejvyspělejší země světa sladují své postupy v celé řadě oblastí jako např. ekonomika, finance, obchod, vzdělávání, věda a technika, veřejná správa, zemědělství, životní prostředí a další.

OECD je unikátní fórum k diskusi a formulaci ekonomických a sociálních politik členských zemí, porovnává jejich zkušenosti a hledá odpovědi na vznikající problémy, napomáhá koordinaci jejich politiky uvnitř států i na mezinárodním poli. Zabývá se v zásadě všemi důležitými otázkami, kterým se věnují vlády jednotlivých členských zemí s výjimkou kultury a armády. Dnes má OECD 30 členských zemí, a dále spolupracuje zhruba se 70 nečlenskými zeměmi.

OECD je k plnění svých cílů na základě Konvence zmocněna uzavírat smlouvy s členskými i nečlenskými státy a mezinárodními organizacemi a přijímat rozhodnutí, doporučení či deklarace, z nichž některé jsou právně závazné. K nejdůležitějším nástrojům OECD patří:

- Kodexy liberalizace (běžných neviditelných operací a kapitálových pohybů)
- Deklarace OECD o mezinárodních investicích a nadnárodních společnostech
- Úmluva o boji s podplácením veřejných činitelů v mezinárodních podnikatelských transakcích
- Instrumenty v oblasti životního prostředí
- Modelová konvence o zdaňování příjmu a kapitálu
- Principy OECD pro správu a řízení podniků (Corporate Governance)

Řada doporučení vydávaných OECD není závazná a záleží na členských zemích, jak je budou implementovat. OECD nemá formální nástroje na vynucení dodržování svých doporučení, avšak podporuje jejich uplatňování nepřímou. Zprávy, analýzy a statistiky i diskuse vedené v OECD jsou vysoce ceněny pro svou odbornost a nepolitičnost.

## 5. 1 Orgány OECD

Nejvyšším orgánem organizace je Rada OECD, která se skládá z velvyslanců všech 30 členských zemí a zástupce Evropské komise. Rada se schází cca 2x měsíčně, aby řešila operativní a strategické otázky řízení organizace. Její zasedání řídí generální tajemník OECD.

Kromě toho se jednou ročně koná zasedání Rady OECD na ministerské úrovni, kde ministři členských zemí diskutují koncepční otázky a udávají dlouhodobý směr pro OECD. Na podporu práce Rady OECD bylo vytvořeno několik podpůrných orgánů (Výkonný výbor, Rozpočtový výbor, Výbor pro spolupráci s nečleny, Výbor pro veřejné záležitosti a komunikace).

Stěžejní část práce OECD se odehrává v odborných výborech. V OECD existují zhruba dvě desítky hlavních výborů, které spolu s různými skupinami a podskupinami vytváří síť asi dvou stovek pracovních orgánů OECD. Výbory a pracovní skupiny se scházejí zpravidla dvakrát ročně a zasedají v nich odborníci z členských zemí, kteří si vyměňují zkušenosti, koordinují své postupy a případně vytvářejí společná doporučení.

Na podporu práce výborů působí sekretariát OECD se sídlem v Paříži. V čele sekretariátu stojí generální tajemník. Sekretariát má asi 2000 zaměstnanců, kteří sice pochází z členských zemí, ale v OECD zastupují nestranné zájmy mezinárodní organizace. Komunikace mezi sekretariátem (ústředím OECD) a výbory (delegáty z ústředí) probíhá prostřednictvím stálých misí jednotlivých členských zemí, které sídlí v Paříži, mají diplomatický status a účastní se práce jednotlivých orgánů.

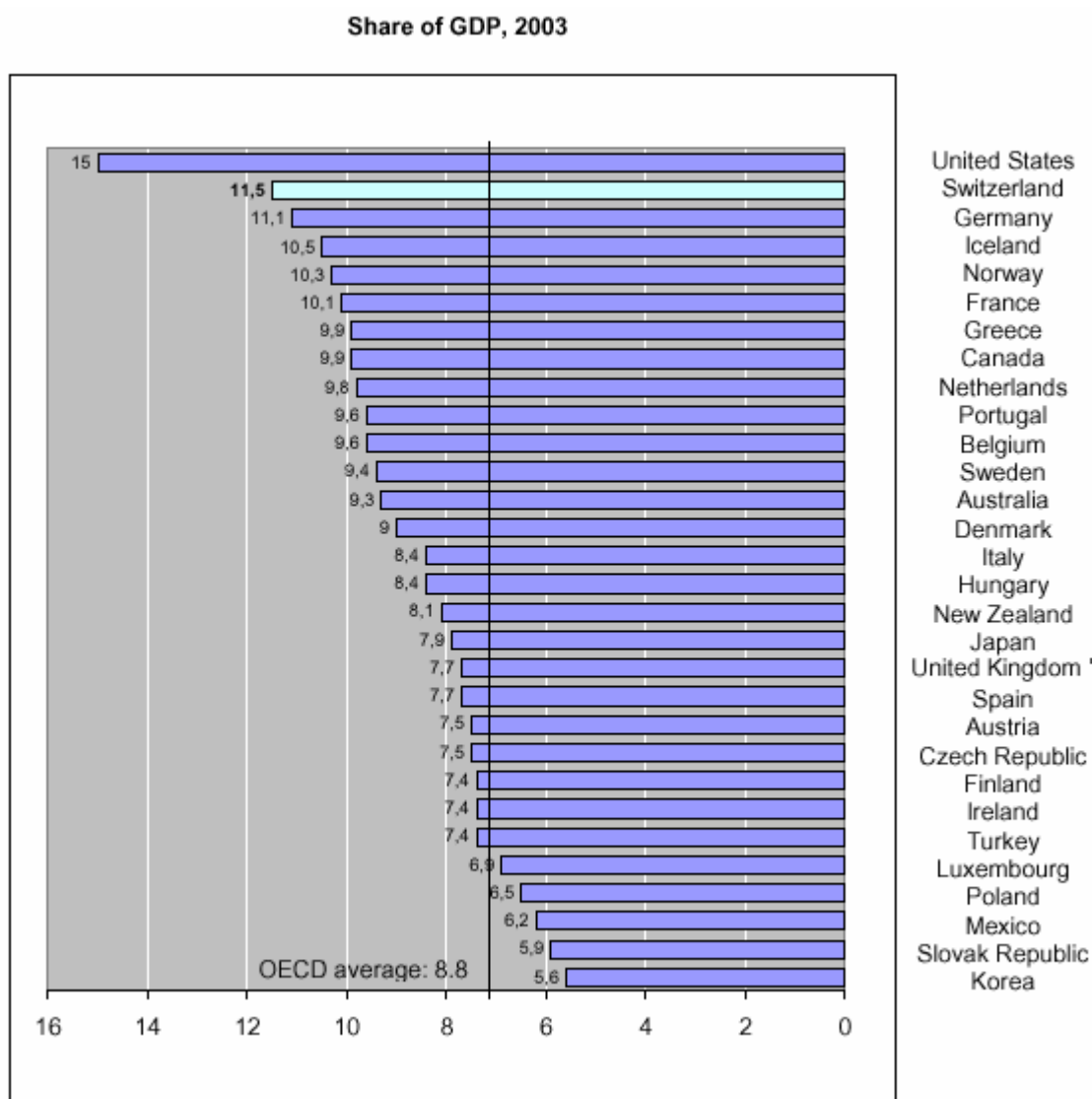
Přestože je OECD primárně určena pro dialog mezi vládními úředníky z členských zemí, je rovněž otevřena dialogu s širokou veřejností. Některých zasedání OECD se účastní jako pozorovatelé Poradní výbor zaměstnavatelů (BIAC) a Poradní výbor odborů (TUAC).

## 5. 2 Současná situace ve zdravotnictví v zemích OECD

Problémem všech zemí OECD jsou rostoucí náklady na zdravotnictví. V roce 2003 činily výdaje na zdravotnictví v zemích OECD v průměru 8,8 % z HDP, což je nárůst zhruba o 2,1 % oproti roku 1990. Podíl HDP v roce 2003 určeného na výdaje na zdravotnictví se v různých zemích lišily a dosahovaly hodnot od 15 % ve Spojených státech po méně než 6 % na Slovensku a v Koreji (Health at a Glance, 2005).

Růst výdajů na zdravotnictví ovlivňuje celá řada faktorů. Obecně platí, že země OECD s vyšším HDP na obyvatele mají tendenci věnovat na obyvatele větší podíl výdajů na zdravotnictví. Avšak mezi zeměmi jsou značné rozdíly, které mohou částečně odrážet politická rozhodnutí, týkající se vhodné míry výdajů, rozdílné finanční a organizační struktury zdravotnických systémů a vnímanou hodnotu dodatečných výdajů na zdraví ve srovnání s jiným zbožím a službami.

**Obrázek 5-1** Podíl výdajů na zdravotnictví v zemích OECD v roce 2003



Zdroj: OECD Reviews of Health Systems: Switzerland

Hlavním faktorem, který přispívá k růstu nákladů na zdravotnictví, je pokrok ve schopnosti medicíny předcházet, diagnostikovat a léčit nemoci. Vývoj a šíření nových lékařských technologií a nových léků, včetně procesu rozhodování o tom, jak financovat nové vybavení,

léčbu nebo léky, ovlivňují nejrůznější faktory. Další faktorem, který má také vliv na růst výdajů na zdravotnictví je stárnutí populace. Procento populace ve věku 65 let a více vzrůstá ve všech zemích OECD a očekává se, že tento trend bude v dalších letech a desetiletích pokračovat. Vzhledem k tomu, že starší populace mívá větší potřebu zdravotní a dlouhodobé péče, dá se očekávat, že stárnutí populace způsobí nárůst veřejných výdajů v těchto oblastech.

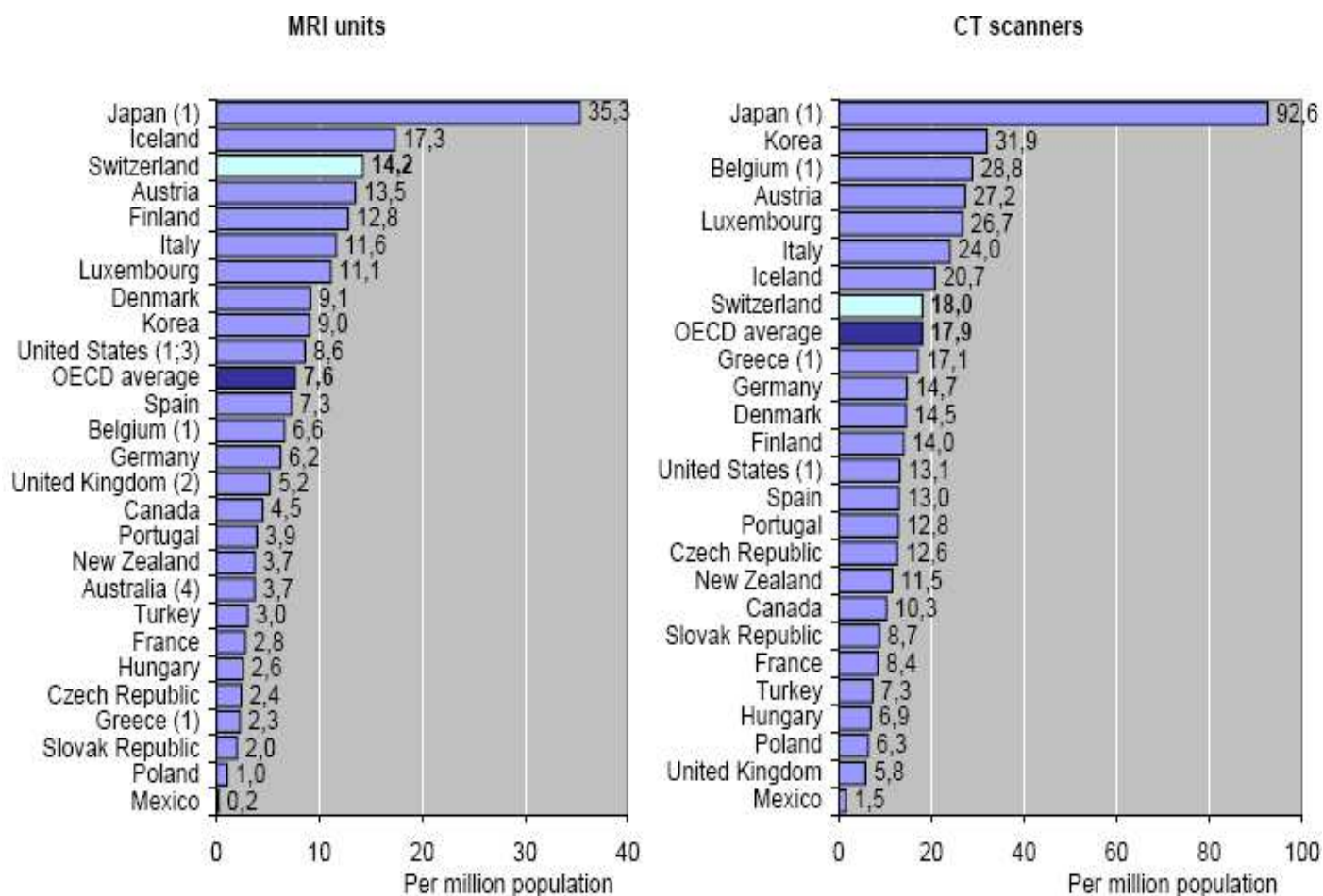
Vzhledem k převaze veřejně financovaného krytí zdravotního pojištění nebo přímého veřejného financování zdravotní péče ve většině zemí OECD se veřejný sektor podílí na největší části výdajů na zdravotnictví ve všech zemích, kromě Spojených států, Mexika a Koreje a náklady na zdravotnictví zatěžují veřejné rozpočty. Dokonce i ve Spojených státech, kde soukromý sektor hraje při financování zvlášť významnou roli, veřejné výdaje na zdravotnictví představují 6,6 % HDP, což je srovnatelné s průměrnou hodnotou v zemích OECD. Významným faktorem přispívajícím k celkovému nárůstu výdajů na zdravotnictví je i nárůst výdajů na léky.

V některých zemích může být problémem nedostatek zdrojů zdravotní péče a s tím související pociťovaný nedostatek lékařů. Počet, rozmístění a skladbu praktických lékařů ovlivňuje řada faktorů, včetně bariér vstupu do lékařské profese, volby specializace, odměňování a dalších aspektů pracovních podmínek a migrace. Při porovnání hodnot z roku 2003 se mezi různými zeměmi OECD značně lišil počet praktických lékařů na obyvatele. Pohyboval se od celkem vysokých hodnot – více než 4 lékaři na 1000 obyvatel v Itálii a Řecku, až po nízké hodnoty – méně než 2 lékaři na 1000 obyvatel v Turecku, Mexiku a Koreji. Počet praktických lékařů na obyvatele byl relativně nízký také v Japonsku, Kanadě, ve Spojených státech a na Novém Zélandu. V posledně uvedených zemích je tradičně omezený počet studentů přijímaných na medicínu. V některých zemích se na pracovní síle ve zdravotnictví významnou měrou podílejí lékaři vystudovaní v zahraničí. V roce 2000 podíl lékařů vystudovaných v zahraničí přesahoval 20 % všech praktických lékařů v anglicky hovořících zemích, jako je Nový Zéland, Velká Británie, Spojené státy a Kanada (Health at a Glance, 2005). Na druhou stranu byl podíl v zahraničí vystudovaných lékařů mnohem nižší v Japonsku, Rakousku a ve Francii. Mezinárodní migrace může zvýšit flexibilitu pracovních trhů pro lékaře, zároveň však vyvolává vážné obavy o odliv mozků tam, kde dochází k dlouhodobému odchodu pracovníků ze zemí s nižšími příjmy do zemí s příjmy vyššími. Obdobná situace jako u počtu lékařů se objevuje i u počtu sester.

Dostupnost diagnostických technologií, jako jsou CT a MRI skenery, se ve všech

zemích OECD v posledním desetiletí zvýšila. Počet MRI scannerů, jakožto technologie modernější než je CT, se od roku 1990 zvýšil obzvláště významně. Přehled počtu CT a MRI scannerů se nachází v níže uvedeném grafu (země označené č. 1 obsahují údaj z roku 2002, č. 2 rok 2001, Austrálie vykazuje zařízení spadající pouze do systému Medicare, v USA počet vychází z počtu nemocnic, které mají alespoň jedno těchto zařízení, nikoliv ze skutečného počtu). I přes zvýšení počtu těchto přístrojů zůstávají značné rozdíly v míře rozšíření těchto lékařských technologií, přičemž zatím nejvyšší počet CT a MRI skenerů na obyvatele vykazuje Japonsko. Na druhém konci škály, z pochopitelných důvodů cenové náročnosti těchto zařízení, má nejnižší počet MRI přístrojů na obyvatele Mexiko, následované Polskem, Slovenskem a Řeckem (Health at a Glance, 2005).

**Obrázek 5-2** Počet MRI přístrojů a CT scannerů na milion obyvatel v zemích OECD v roce 2003



Zdroj: OECD Reviews of Health Systems: Switzerland

## 6. Přehled ukazatelů dostupnosti a výdajů na zdravotnictví v zemích OECD

V této kapitole je uveden přehled ukazatelů dostupnosti zdravotní péče, tzn. počet lůžek akutní péče na 1000 obyvatel, počet praktických lékařů na 1000 obyvatel a počet specialistů na 1000 obyvatel. Dále jsou pro každou zemi uvedeny soukromé, veřejné a celkové výdaje na zdravotní péči. Přehled zahrnuje data 20 zemí OECD pro rok 2000. Vynechány byly Belgie, Rumunsko, Island, Irsko, Itálie, Japonsko, Korea, Nizozemí, Nový Zéland a Španělsko, z důvodu neúplného souboru kritérií pro zhodnocení dostupnosti, popř. nerozčlenění výdajů na zdravotnictví na soukromé a veřejné. Položky HDP na obyvatele, celkové, veřejné a soukromé výdaje na obyvatele přepočtené dle parity kupní síly a jsou uváděny v amerických dolarech.

### Austrálie

V tabulce 6-1 jsou uvedeny ukazatele dostupnosti zdravotní péče pro rok 2000 v Austrálii. V tomto roce připadalo na 1000 obyvatel průměrně 3,81 lůžek akutní péče, 2,47 praktických lékařů a 1,11 specialistů. Hrubý domácí produkt na 1 obyvatele činil 26 545 USD.

**Tabulka 6-1** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Austrálii

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	3,81
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	2,47
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	1,11
HDP na obyvatele	26 545

Zdroj: Databáze OECD 2004

Tabulka 6-2 obsahuje výdaje na zdravotnictví v roce 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele dosahovaly 2379 USD, z toho 1635 USD tvořily veřejné výdaje na 1 obyvatele a 744 USD soukromé výdaje. Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP činil 9 %.

**Tabulka 6-2** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Austrálii

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	2379
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	9
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	1635
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	744

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Rakousko

Tabulka 6-3 uvádí hodnoty ukazatelů dostupnosti zdravotní péče v roce 2000. V tomto roce Rakousko disponovalo průměrně na 1000 obyvatel 6,28 lůžky akutní péče, 3,16 praktickými lékaři a 1,81 specialisty. Na 1 obyvatele připadlo 27 738 USD z HDP.

**Tabulka 6-3** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Rakousku

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	6,28
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	3,16
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	1,81
HDP na obyvatele	27 738

Zdroj: Databáze OECD 2004

Tabulka 6-4 zahrnuje údaje o výdajích na zdravotnictví v roce 2000. Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele v tomto roce byly 1495 USD, soukromé výdaje na 1 obyvatele činily 652 USD. Celkové výdaje pak dosahovaly výše 2147 USD, což představovalo 7,7 % z HDP.

**Tabulka 6-4** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Rakousku

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	2147
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	7,7
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	1495
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	652

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Kanada

V tabulce 6-5 jsou zahrnuty ukazatele dostupnosti zdravotní péče v Kanadě pro rok 2000. V tomto roce zde bylo 3,3 akutních lůžek na 1000 obyvatel. Počet lékařů na 1000 obyvatel představoval v průměru 2,09 praktických lékařů a 1,1 specialistů. HDP na obyvatele činilo 28 472 USD.

**Tabulka 6-5** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Kanadě

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	3,30
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	2,09
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	1,10
HDP na obyvatele	28 472

Zdroj: Databáze OECD 2004

V tabulce 6-6 jsou obsaženy hodnoty výdajů na zdravotnictví v roce 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele činily 2541 USD, z toho 1788 USD představovaly veřejné výdaje a 753 USD výdaje soukromé. Celkové výdaje na zdravotnictví dosahovaly 8,9 % HDP.

**Tabulka 6-6** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Kanadě

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	2541
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	8,9
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	1788
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	753

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Česká republika

Tabulka 5-7 obsahuje ukazatele dostupnosti v České republice v roce 2000. Počet lůžek akutní péče na 1000 obyvatel byl 6, 57 lůžek. Na 1000 obyvatel připadalo 3, 37 praktických lékařů a 2,32 specialistů . Na 1 obyvatele připadalo 13 665 USD z HDP.



**Tabulka 6-7** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v České republice

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	6,57
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	3,37
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	2,32
HDP na obyvatele	13 665

Zdroj: Databáze OECD 2004

V tabulce 6-8 jsou uvedeny hodnoty výdajů na zdravotnictví pro rok 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví představovaly 7,1 % z HDP. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele dosahovaly výše 977 USD. 892 USD pocházelo z veřejných zdrojů, 84 USD ze soukromých.

**Tabulka 6-8** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v České republice

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	977
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	7,1
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	892
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	84

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Dánsko

V tabulce 6-9 jsou uvedeny ukazatele dostupnosti zdravotní péče pro rok 2000 v Dánsku. V tomto roce připadalo na 1000 obyvatel průměrně 3,47 lůžek akutní péče, 3,21 praktických lékařů a 2,14 specialistů. Hrubý domácí produkt na 1 obyvatele činil 28 146 USD.

**Tabulka 6-9** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Dánsku

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	3,47
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	3,21
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	2,14
HDP na obyvatele	28 146

Zdroj: Databáze OECD 2004

Tabulka 6-10 obsahuje výdaje na zdravotnictví v roce 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele dosahovaly 2351 USD, z toho 1940 USD tvořily veřejné výdaje na 1 obyvatele a 411 USD soukromé výdaje. Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP činil 8,4 %.

**Tabulka 6-10** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Dánsku

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
<b>Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele</b>	2351
<b>Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP</b>	8,4
<b>Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele</b>	1940
<b>Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele</b>	411

Zdroj: Databáze OECD 2004

## **Finsko**

Tabulka 6-11 uvádí hodnoty ukazatelů dostupnosti zdravotní péče v roce 2000. V tomto roce Finsko disponovalo průměrně na 1000 obyvatel 2,41 lůžky akutní péče, 3,07 praktickými lékaři a 1,4 specialisty. Na 1 obyvatele připadlo 25 397 USD z HDP.

**Tabulka 6-11** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Finsku

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
<b>Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel</b>	2,41
<b>Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel</b>	3,07
<b>Počet specialistů na 1 000 obyvatel</b>	1,40
<b>HDP na obyvatele</b>	25 397

Zdroj: Databáze OECD 2004

Tabulka 6-12 zahrnuje údaje o výdajích na zdravotnictví v roce 2000. Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele v tomto roce byly 1276 USD, soukromé výdaje na 1 obyvatele činily 423 USD. Celkové výdaje pak dosahovaly výše 1698 USD, což představovalo 6,7 % z HDP.

**Tabulka 6-12** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 Finsku

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
<b>Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele</b>	1698
<b>Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP</b>	6,7
<b>Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele</b>	1276
<b>Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele</b>	423

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Francie

V tabulce 6-13 jsou zahrnuty ukazatele dostupnosti zdravotní péče ve Francii pro rok 2000. V tomto roce zde bylo 4,09 akutních lůžek na 1000 obyvatel. Počet lékařů na 1000 obyvatel představoval v průměru 3,29 praktických lékařů a 1,69 specialistů. HDP na obyvatele činilo 25 928 USD.

**Tabulka 6-13** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Francii

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	4,09
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	3,29
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	1,69
HDP na obyvatele	25 928

Zdroj: Databáze OECD 2004

V tabulce 6-14 jsou obsaženy hodnoty výdajů na zdravotnictví v roce 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele činily 2416 USD, z toho 1832 USD představovaly veřejné výdaje a 584 USD výdaje soukromé. Celkové výdaje na zdravotnictví dosahovaly 9,3 % HDP.

**Tabulka 6-14** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 ve Francii

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	2416
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	9,3
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	1832
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	584

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Německo

Tabulka 6-15 obsahuje ukazatele dostupnosti v Německu v roce 2000. Počet lůžek akutní péče na 1000 obyvatel byl 9,12 lůžek. Na 1000 obyvatel připadalo 3,26 praktických lékařů a 2,19 specialistů. Na 1 obyvatele připadalo 24 942 USD z HDP.

**Tabulka 6-15** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Německu

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	9,12
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	3,26
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	2,19
HDP na obyvatele	24 942

Zdroj: Databáze OECD 2004

V tabulce 6-16 jsou uvedeny hodnoty výdajů na zdravotnictví pro rok 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví představovaly 10,6 % z HDP. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele dosahovaly výše 2640 USD. 2080 USD pocházelo z veřejných zdrojů, 560 USD ze soukromých.

**Tabulka 6-16** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Německu

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	2640
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	10,6
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	2080
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	560

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Řecko

V tabulce 6-17 jsou uvedeny ukazatele dostupnosti zdravotní péče pro rok 2000 v Řecku. V tomto roce připadalo na 1000 obyvatel průměrně 3,97 lůžek akutní péče, 4,47 praktických lékařů a 3 specialisté. Hrubý domácí produkt na 1 obyvatele činil 16 699 USD.

**Tabulka 6-17** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Řecku

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	3,97
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	4,47
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	3,0
HDP na obyvatele	16 699

Zdroj: Databáze OECD 2004

Tabulka 6-18 obsahuje výdaje na zdravotnictví v roce 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele dosahovaly 1617 USD, z toho 872 USD tvořily veřejné výdaje na 1 obyvatele a 745 USD soukromé výdaje. Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP činil 9,7 %.

**Tabulka 6-18** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Řecku

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	1617
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	9,7
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	872
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	745

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Lucembursko

Tabulka 6-19 uvádí hodnoty ukazatelů dostupnosti zdravotní péče v roce 2000. V tomto roce Lucembursko disponovalo průměrně na 1000 obyvatel 5,91 lůžky akutní péče, 2,48 praktickými lékaři a 1,64 specialisty. Na 1 obyvatele připadlo 48 579 USD z HDP.

**Tabulka 6-19** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Lucembursku

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	5,90
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	2,48
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	1,64
HDP na obyvatele	48 579

Zdroj: Databáze OECD 2004

Tabulka 6-20 zahrnuje údaje o výdajích na zdravotnictví v roce 2000. Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele v tomto roce byly 2406 USD, soukromé výdaje na 1 obyvatele činily 276 USD. Celkové výdaje pak dosahovaly výše 2682 USD, což představovalo 5,5 % z HDP.

**Tabulka 6-20** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Lucembursku

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	2682
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	5,5
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	2406
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	276

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Mexiko

V tabulce 6-21 jsou zahrnuty ukazatele dostupnosti zdravotní péče v Mexiku pro rok 2000. V tomto roce zde bylo 1,05 akutních lůžek na 1000 obyvatel. Počet lékařů na 1000 obyvatel představoval v průměru 1,4 praktických lékařů a 0,79 specialisty. HDP na obyvatele činilo 8 878 USD.

**Tabulka 6-21** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Mexiku

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	1,05
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	1,40
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	0,79
HDP na obyvatele	8 878

Zdroj: Databáze OECD 2004

V tabulce 6-22 jsou obsaženy hodnoty výdajů na zdravotnictví v roce 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele činily 493 USD, z toho 229 USD představovaly veřejné výdaje a 264 USD výdaje soukromé. Celkové výdaje na zdravotnictví dosahovaly 5,6 % HDP.

**Tabulka 6-22** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Mexiku

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	493
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	5,6
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	229
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	264

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Norsko

Tabulka 6-23 obsahuje ukazatele dostupnosti v Norsku v roce 2000. Počet lůžek akutní péče na 1000 obyvatel byl 3,10 lůžek. Na 1000 obyvatel připadalo 2,85 praktických lékařů a 2 specialisté . Na 1 obyvatele připadalo 35 829 USD z HDP.

**Tabulka 6-23** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Norsku

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	3,10
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	2,85
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	2,00
HDP na obyvatele	35 829

Zdroj: Databáze OECD 2004

V tabulce 6-24 jsou uvedeny hodnoty výdajů na zdravotnictví pro rok 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví představovaly 7,7 % z HDP. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele dosahovaly výše 2 747 USD. 2335 USD pocházelo z veřejných zdrojů, 412 USD ze soukromých.

**Tabulka 6-24** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Norsku

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	2747
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	7,7
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	2335
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	412

Zdroj: Databáze OECD 2004

## **Polsko**

V tabulce 6-25 jsou uvedeny ukazatele dostupnosti zdravotní péče pro rok 2000 v Polsku. V tomto roce připadalo na 1000 obyvatel průměrně 5,1 lůžek akutní péče, 2,2 praktických lékařů a 1,84 specialisté. Hrubý domácí produkt na 1 obyvatele činil 10 179 USD.

**Tabulka 6-25** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Polsku

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	5,10
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	2,20
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	1,84
HDP na obyvatele	10 179

Zdroj: Databáze OECD 2004

Tabulka 6-26 obsahuje výdaje na zdravotnictví v roce 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele dosahovaly 578 USD, z toho 405 USD tvořily veřejné výdaje na 1 obyvatele a 173 USD soukromé výdaje. Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP činil 5,7 %.

**Tabulka 6-26** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Polsku

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	578
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	5,7
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	405
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	173

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Portugalsko

Tabulka 6-27 uvádí hodnoty ukazatelů dostupnosti zdravotní péče v roce 2000. V tomto roce Portugalsko disponovalo průměrně na 1000 obyvatel 3, 28 lůžky akutní péče, 3, 18 praktickými lékaři a 2, 23 specialisty. Na 1 obyvatele připadlo 17 113 USD z HDP.

**Tabulka 6-27** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Portugalsku

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	3,28
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	3,18
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	2,23
HDP na obyvatele	17 113

Zdroj: Databáze OECD 2004

Tabulka 6-28 zahrnuje údaje o výdajích na zdravotnictví v roce 2000. Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele v tomto roce byly 1091 USD, soukromé výdaje na 1 obyvatele činily 478 USD. Celkové výdaje pak dosahovaly výše 1570 USD, což představovalo 9, 2 % z HDP.

**Tabulka 6-28** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Portugalsku

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	1570
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	9,2
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	1091
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	478

Zdroj: Databáze OECD 2004



## Slovenská republika

V tabulce 6-29 jsou zahrnuty ukazatele dostupnosti zdravotní péče na Slovensku pro rok 2000. V tomto roce zde bylo 5,86 akutních lůžek na 1000 obyvatel. Počet lékařů na 1000 obyvatel představoval v průměru 3,69 praktických lékařů a 1,51 specialisty. HDP na obyvatele činilo 10 680 USD.

**Tabulka 6-29** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Slovenské republice

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	5,86
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	3,69
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	1,51
HDP na obyvatele	10 680

Zdroj: Databáze OECD 2004

V tabulce 6-30 jsou obsaženy hodnoty výdajů na zdravotnictví v roce 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele činily 591 USD, z toho 528 USD představovaly veřejné výdaje a 63 USD výdaje soukromé. Celkové výdaje na zdravotnictví dosahovaly 5,5 % HDP.

**Tabulka 6-30** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 ve Slovenské republice

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	591
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	5,5
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	528
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	63

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Švédsko

Tabulka 6-31 obsahuje ukazatele dostupnosti ve Švédsku v roce 2000. Počet lůžek akutní péče na 1000 obyvatel byl 2,45 lůžek. Na 1000 obyvatel připadalo 3,04 praktických lékařů a 2,19 specialisté. Na 1 obyvatele připadalo 26 574 USD z HDP.

**Tabulka 6-31** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Švédsku

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	2,45
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	3,04
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	2,19
HDP na obyvatele	26 574

Zdroj: Databáze OECD 2004

V tabulce 6-32 jsou uvedeny hodnoty výdajů na zdravotnictví pro rok 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví představovaly 8,04 % z HDP. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele dosahovaly výše 2 243 USD. 1 904 USD pocházelo z veřejných zdrojů, 339 USD ze soukromých.

**Tabulka 6-32** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 ve Švédsku

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	2243
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	8,4
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	1904
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	339

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Švýcarsko

V tabulce 6-33 jsou uvedeny ukazatele dostupnosti zdravotní péče pro rok 2000 ve Švýcarsku. V tomto roce připadalo na 1000 obyvatel průměrně 4,11 lůžek akutní péče, 3,51 praktických lékařů a 2,15 specialisté. Hrubý domácí produkt na 1 obyvatele činil 29 837 USD.

**Tabulka 6-33** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Švýcarsku

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	4,11
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	3,51
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	2,15
HDP na obyvatele	29 837

Zdroj: Databáze OECD 2004

Tabulka 6-34 obsahuje výdaje na zdravotnictví v roce 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele dosahovaly 578 USD, z toho 405 USD tvořily veřejné výdaje na 1 obyvatele a 173 USD soukromé výdaje. Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP činil 5,7 %.

**Tabulka 6-34** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 ve Švýcarsku

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
<b>Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele</b>	3111
<b>Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP</b>	10,4
<b>Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele</b>	1730
<b>Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele</b>	1381

Zdroj: Databáze OECD 2004

## **Turecko**

Tabulka 6-35 uvádí hodnoty ukazatelů dostupnosti zdravotní péče v roce 2000. V tomto roce Turecko disponovalo průměrně na 1000 obyvatel 2,16 lůžky akutní péče, 1,26 praktickými lékaři a 0,56 specialisty. Na 1 obyvatele připadlo 6 734 USD z HDP.

**Tabulka 6-35** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Turecku

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
<b>Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel</b>	2,16
<b>Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel</b>	1,26
<b>Počet specialistů na 1 000 obyvatel</b>	0,56
<b>HDP na obyvatele</b>	6 734

Zdroj: Databáze OECD 2004

Tabulka 6-36 zahrnuje údaje o výdajích na zdravotnictví v roce 2000. Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele v tomto roce nabývaly hodnoty 281 USD, soukromé výdaje na 1 obyvatele činily 165 USD. Celkové výdaje pak dosahovaly výše 446 USD, což představovalo 6,6 % z HDP.

**Tabulka 6-36** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Turecku

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	446
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	6,6
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	281
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	165

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Velká Británie

V tabulce 6-37 jsou zahrnuty ukazatele dostupnosti zdravotní péče ve Velké Británii pro rok 2000. V tomto roce zde bylo 3,91 akutních lůžek na 1000 obyvatel. Počet lékařů na 1000 obyvatel představoval v průměru 2 praktické lékaře a 1,37 specialisty. HDP na obyvatele činilo 25 271 USD.

**Tabulka 6-37** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Velké Británii

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	3,91
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	2,00
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	1,37
HDP na obyvatele	25 271

Zdroj: Databáze OECD 2004

V tabulce 6-38 jsou obsaženy hodnoty výdajů na zdravotnictví v roce 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele činily 1 839 USD, z toho 1 488 USD představovaly veřejné výdaje a 352 USD výdaje soukromé. Celkové výdaje na zdravotnictví dosahovaly 7,3 % HDP.

**Tabulka 6-38** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 ve Velké Británii

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	1839
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	7,3
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	1488
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	352

Zdroj: Databáze OECD 2004

## Spojené státy americké

Tabulka 6-39 obsahuje ukazatele dostupnosti ve Spojených státech amerických v roce 2000. Počet lůžek akutní péče na 1000 obyvatel byl 2, 92 lůžek. Na 1000 obyvatel připadalo 2, 21 praktických lékařů a 1, 43 specialisté . Na 1 obyvatele připadalo 34 590 USD z HDP.

**Tabulka 6-39** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Spojených státech amerických

<b>Ukazatele dostupnosti</b>	<b>Rok 2000</b>
Počet akutních lůžek na 1 000 obyvatel	2, 92
Počet praktických lékařů na 1 000 obyvatel	2, 21
Počet specialistů na 1 000 obyvatel	1, 43
HDP na obyvatele	34 590

Zdroj: Databáze OECD 2004

V tabulce 6-40 jsou uvedeny hodnoty výdajů na zdravotnictví pro rok 2000. Celkové výdaje na zdravotnictví představovaly 13, 1 % z HDP. Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele dosahovaly výše 4 538 USD. 2 017 USD pocházelo z veřejných zdrojů, 2 521 USD ze soukromých.

**Tabulka 6-40** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 ve Spojených státech amerických

<b>Výdaje na zdravotnictví</b>	<b>Rok 2000</b>
Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	4 538
Celkové výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	13, 1
Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	2 017
Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	2 521

Zdroj: Databáze OECD 2004

## **7. Ověření statistické závislosti ukazatelů dostupnosti zdravotní péče na výdajích na zdravotní péči**

K ověření závislosti je využito metod jednoduché regresní analýzy s využitím statistického programu STATGRAPHICS. K analýze jsou použita data z databáze OECD Health Data 2004. Pro zhodnocení dostupnosti jsou použita kritéria: počet praktických lékařů na 1000 obyvatel, počet specialistů na 1000 obyvatel a počet lůžek akutní péče na 1000 obyvatel. Jednotlivá kritéria jsou porovnávána s veřejnými, soukromými i celkovými výdaji na zdravotnictví. Dále je posouzen vztah mezi výdaji na zdravotnictví a HDP na obyvatele.

### **7.1 Počet praktických lékařů ve vztahu k výdajům na zdravotní péči**

Pro popis závislosti mezi počtem lékařů a celkovými výdaji na zdravotnictví byla programem Statgraphics vybrána jako nejvhodnější dvojitá hyperbolická regrese. Obecná rovnice této funkce má tvar:

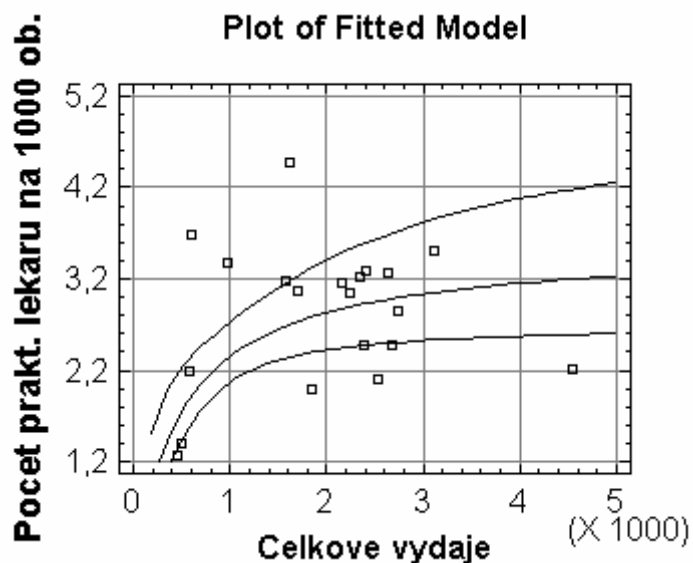
$$Y = 1/(a + b/X)$$

Rovnice popisující závislost mezi výdaji na zdravotnictví a počtem praktických lékařů obyvatel má potom tvar:

$$\text{Počet ambulantních lékařů} = 1/(0,280962 + 144,407/\text{Celkové výdaje})$$

Pomocí T-testu o regresních parametrech s P- hodnotou 0,0034 byla prokázána existence statisticky významné závislosti mezi oběma hodnotami na 99 % hladině významnosti. Index korelace ve výši 62,2836 % poukazuje na existenci středně silné závislosti (index determinace nabývá hodnoty 0,3879). Graficky lze zobrazit vyrovnávání dvojitou hyperbolickou regresí takto:

Graf 7-1 Vyrovnávání závislosti mezi počtem praktických lékařů a celkovými výdaji dvojitou hyperbolickou funkcí



Pro ověření existence závislosti mezi počtem ambulantních lékařů a veřejným výdaji program vyhodnotil jako nejvhodnější opět dvojitou hyperbolickou regresi. Regresní analýza prokázala existenci statisticky významné závislosti (P-hodnota 0,0003) na 99 % hladině významnosti. Středně silnou závislost dokazuje i index korelace ve výši 72,81 %. Index determinace dosahuje hodnoty 0,53.

Pro popsání vztahu mezi počtem ambulantních lékařů a soukromými výdaji byla programem zvolena regresní mocninná funkce v obecném tvaru:

$$Y = a * X^{\beta}$$

Test o parametrech regresní funkce s P – hodnotou 0,6555 neprokázal statisticky významnou závislost mezi proměnnými na 90 % či vyšší hladině spolehlivosti. Neexistenci statistické závislosti rovněž potvrzují nízké hodnoty indexu korelace (10,63 %) a indexu determinace (0,0113).

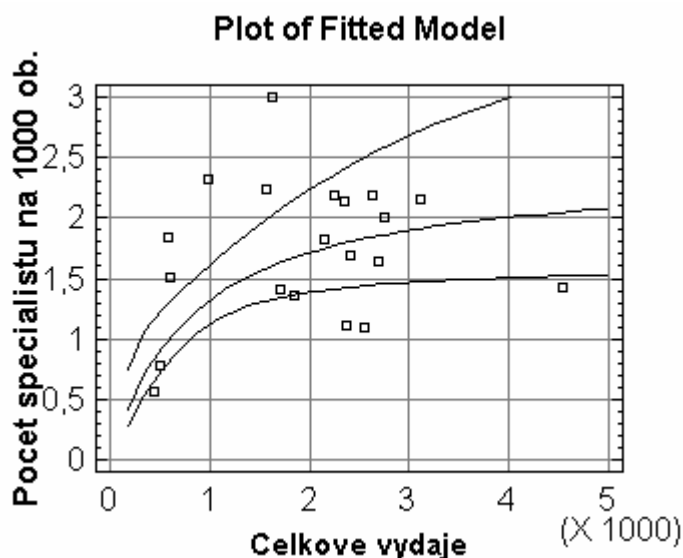
## 7.2 Počet specialistů ve vztahu k výdajům na zdravotní péči

Program Statgraphics zvolil pro popis vztahu mezi počtem specialistů a celkovými výdaji na zdravotnictví dvojitou hyperbolickou regresí. Konkrétní rovnice pro popis závislosti mezi výše uvedenými proměnnými lze vyjádřit jako:

$$\text{Počet specialistů} = 1 / (0,413895 + 341,774 / \text{Celkové výdaje})$$

Testováním regresních parametrů byla zjištěna P – hodnota 0,0027, která poukazuje na existenci významné závislosti mezi proměnnými na 99 % hladině významnosti. Index korelace ve výši 63,38 % a index determinace ve výši 0,4017 jsou důkazem středně silné závislosti. Grafické znázornění závislosti je zobrazeno v následujícím grafu:

Graf 7-2 Vyrovnávání závislosti mezi počtem specialistů a celkovými výdaji dvojitou hyperbolickou funkcí



Při posuzování vzájemné závislosti mezi počtem specialistů a veřejnými výdaji byla využita opět dvojitá hyperbolická regrese. P – hodnota (0,0006) zjištěná v rámci T – testu regresních parametrů signalizuje existenci statisticky významné závislosti na 99 % hladině významnosti. Jedná se o středně silnou závislost mezi proměnnými, jejíž existenci dokazuje index korelace (69,81 %) i index determinace (48,74 %).

Regresní analýza závislosti mezi počtem specialistů a soukromými výdaji s využitím regresní mocninné funkce neprokázala existenci statisticky významné závislosti na 90 % či vyšší hladině významnosti (P – hodnota 0,5579). Neexistenci závislosti potvrzují i nízké hodnoty indexu korelace (13,93 %) a indexu determinace (0,0194).



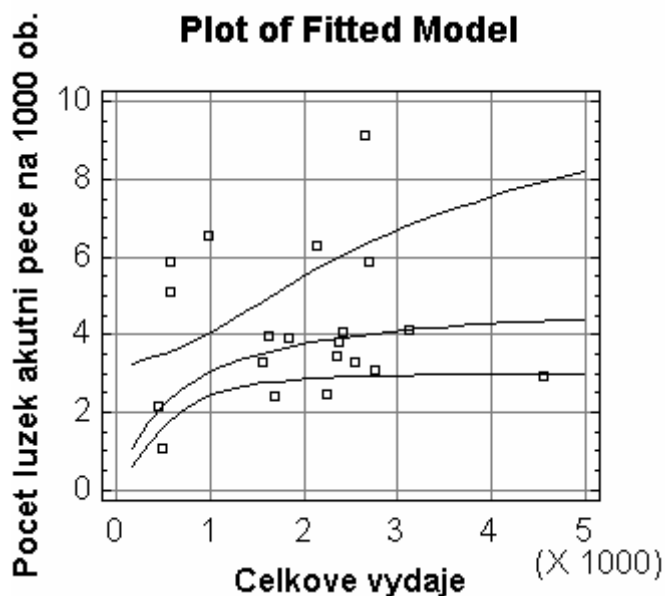
### 7.3 Počet lůžek akutní péče ve vztahu k výdajům na zdravotní péči

Pro zhodnocení závislosti mezi počtem lůžek akutní péče a celkovými výdaji na zdravotní péči byla programem Statgraphics vybrána dvojitá hyperbolická regrese. Rovnice vyjadřující závislost mezi uvedenými proměnnými má tuto podobu:

$$\text{Počet lůžek akutní péče} = 1 / (0,201052 + 129,851 / \text{Celkové výdaje})$$

Testováním regresních parametrů byla prokázána existence závislosti (P – hodnota 0,0455) na 95 % hladině významnosti. Nízké hodnoty indexu korelace (45,18 %) a indexu determinace (0,2041) prokázaly relativně slabou závislost mezi proměnnými.

Graf 7-3 Vyrovnávání závislosti mezi počtem lůžek akutní péče a celkovými výdaji dvojitou hyperbolickou funkcí



Pro zkoumání vztahu mezi počtem lůžek akutní péče a veřejnými výdaji byla zvolena rovněž dvojitá hyperbolická regrese. Test hypotézy o parametrech regresní funkce (P – hodnota 0,0013) prokázal existenci statisticky významné závislosti na 99 % hladině významnosti. Index korelace (66,59 %) a index determinace (0,4435) prokázal existenci středně silné závislosti mezi proměnnými.

Regresní analýza vztahu soukromých výdajů a počtu lůžek akutní péče neprokázala statisticky významnou závislost mezi proměnnými (P – hodnota 0,2314) na 90 % či vyšší hladině významnosti. Jako nejvhodnější byla pro popis vztahu uvedených veličin vyhodnocena parabolická regrese, která má obecný tvar:

$$Y = a + b / X$$

Nízké hodnoty indexu korelace ( 28, 027 %) a indexu determinace (0, 07855) prokázaly relativně slabou závislost mezi soukromými výdaji a počtem lůžek akutní péče.

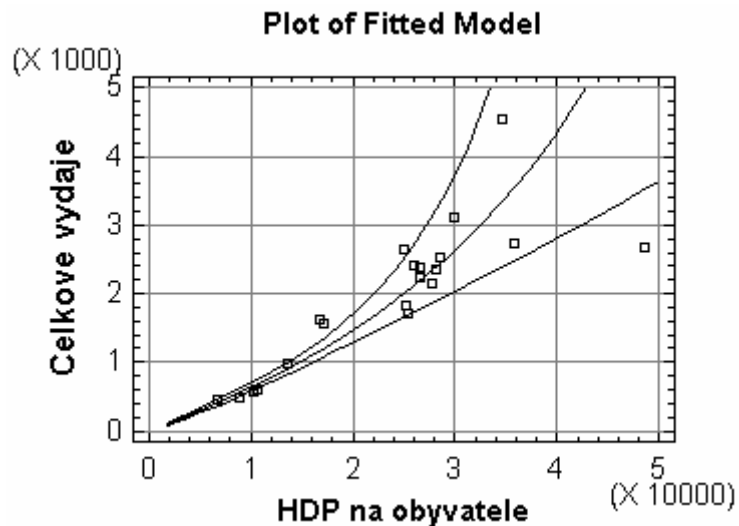
## 7. 4 Výdaje na zdravotní péči ve vztahu k HDP na obyvatele

Na základě porovnání alternativních modelů vybral program Statgraphics jako nejvhodnější pro popis závislosti mezi HDP na obyvatele a celkovými výdaji na zdravotnictví dvojitou hyperbolickou regresi. Rovnice popisující vztah mezi uvedenými veličinami má tvar:

$$\text{HDP na obyvatele} = 1 / (0, 00001445 + 0, 052586 / \text{Celkové výdaje})$$

Graficky je vyrovnávání této závislosti dvojitou hyperbolickou funkcí zobrazeno takto:

Graf 7-4 Vyrovnávání závislosti mezi celkovými výdaji a HDP na obyvatele dvojitou hyperbolickou funkcí



Regresní analýza prokázala existenci statisticky významné závislosti na 99 % hladině významnosti s P – hodnotou 0, 0000. Relativně silnou závislost mezi proměnnými prokázaly i vysoké hodnoty indexu korelace ( 97, 4 %) a indexu determinace (0, 94 87 %).

Pro zhodnocení závislosti mezi veřejnými výdaji a HDP na obyvatele byla zvolena jako nejvhodnější mocninná regresní funkce. T – test o regresních parametrech prokázal existenci statisticky významné závislosti mezi proměnnými (P – hodnota 0, 0000) na 99 % hladině významnosti. Vysoká hodnota indexu korelace ( 95, 69 %) i indexu determinace ( 0, 9157) prokázaly existenci relativně silné závislosti mezi uvedenými veličinami.

Při posuzování vztahu soukromých výdajů a HDP na obyvatele T – test o parametrech regresní funkce ( P – hodnota 0, 0035) prokázal statisticky významnou závislost na 99 % hladině významnosti. Pro popis závislosti byla zvolena regresní mocninná funkce.

Index korelace (62, 066 %) a index determinace (0, 38 52) dokazují existenci středně silné závislosti mezi proměnnými.

## **8. Zhodnocení závislosti dostupnosti zdravotní péče ve vztahu k výdajům na zdravotnictví v zemích OECD**

Provedením regresní analýzy u jednotlivých parametrů byla zjištěna statisticky významná závislost. U prvních dvou kritérií byla prokázána existence středně silné závislosti, u třetího kritéria se jednalo o relativně slabou závislost a u posledního kritéria o relativně silnou závislost mezi proměnnými.

U počtu praktických lékařů a specialistů se prokázala středně silná závislost na celkových výdajích i na veřejných výdajích. Ve vztahu k soukromým výdajům nebyla prokázána existence statisticky významné závislosti. Důvodem může být to, že ve zdravotnictví převažují veřejné výdaje (z veřejného zdravotního pojištění, ze státního rozpočtu) nad soukromými, a proto výše soukromých výdajů nemá takový vliv. Počet lékařů je dále ovlivňován tím, že vykonávání praxe je vázáno a regulováno udělováním licencí, závislých na přísných kvalifikačních předpokladech a také medicínské vzdělání jen náročné a nákladné. V některých zemích je také tradičně omezený počet studentů přijímaných na medicínu.

Relativně slabá závislost na celkových výdajích byla zjištěna u kritéria počet lůžek akutní péče na 1000 obyvatel. Závislost na veřejných výdajích se ale ukázala být jako středně silná, na soukromých výdajích jako relativně slabá. Rozdíl v závislosti na celkových výdajích a veřejných výdajích může být způsobena tím, že v jednotlivých zemích OECD jsou do sledování počtu lůžek akutní péče zahrnuty různé instituce. Například v Německu nejsou do počtu lůžek akutní péče zahrnuty lůžka v psychiatrických a neurologických klinikách, které se zabývají výhradně touto činností, nebo lůžka ve vojenských nemocnicích, jestliže neposkytují služby i civilnímu obyvatelstvu.

Poslední analýza se zabývala vztahem celkových, veřejných a soukromých výdajů ku HDP na osobu, kde byla prokázána existence relativně silné závislosti. Obecně platí, že země OECD s vyšším HDP na obyvatele mají tendenci věnovat na obyvatele větší podíl výdajů na zdravotnictví. Mezi zeměmi však existují značné rozdíly, které odráží politická rozhodnutí, týkající se vhodné míry výdajů, rozdílné finanční a organizační struktury zdravotnických systémů a vnímanou hodnotu dodatečných výdajů na zdraví ve srovnání s jiným zbožím a službami.

Na základě výsledků analýzy lze konstatovat, že existuje středně silná závislost počtu praktických i specializovaných lékařů na celkových a veřejných výdajích. U počtu lůžek akutní péče nebyla prokázána existence statisticky významné závislosti na celkových výdajích. Mezi výší výdajů na zdravotnictví a HDP na obyvatele existuje silná závislost.

Při hodnocení výsledků analýzy je třeba brát v úvahu i soubor analyzovaných dat. Do analýzy byly zahrnuty data pouze 20 zemí. Z důvodu neúplnosti souboru kritérií byly vynechány Belgie, Rumunsko, Island, Irsko, Itálie, Japonsko, Korea, Nový Zéland a Španělsko. Dále bylo vynecháno i Nizozemí, kde nebylo uvedeno členění výdajů na zdravotnictví na soukromé a veřejné výdaje.

## 9. Závěr

Cílem této práce bylo ověření existence statistická závislosti dostupnosti zdravotní péče ve vztahu k nákladům na zdravotní péči. Pro zpracování této problematiky byla využita databáze OECD Health Data 2004. Ke zpracování dat byl využit program Statgraphics. Práce se skládá z teoreticko-metodologické části a analytické části.

Teoreticko-metodologickou část tvoří kapitoly 2 až 5. Jsou zde shrnuty teoretické poznatky k uvedené problematice. Druhá kapitola obsahuje popis základních pojmů zpracovávaného tématu a popis statistických metod, použitých v analytické části práce. Třetí kapitola se zabývá vymezením dostupnosti zdravotní péče a popisem dalších oblastí, které souvisí s dostupností zdravotní péče a také ji ovlivňují. Ve čtvrté kapitole je popsána problematika tržního mechanismu ve zdravotnictví. Pátá kapitola zahrnuje popis organizace OECD, její činnosti, orgány a také popis současné situace ve zdravotnictví v zemích OECD.

Analytickou část tvoří kapitoly 6 až 8. V šesté kapitole je uveden přehled ukazatelů dostupnosti v zemích OECD, následuje ověření existence statistické závislosti jednotlivých ukazatelů, zhodnocení výsledků regresní analýzy a zhodnocení závislosti dostupnosti zdravotní péče na výdajích na zdravotní péči.

## Literatura:

1. DURDISOVÁ, Jaroslava.: *Ekonomika zdraví*. 1. vydání Praha: Nakladatelství Oeconomica 2005. ISBN 80-245-0998-9
2. DURDISOVÁ, Jaroslava, LANGHAMEROVÁ, Jitka.: *Úvod do teorie zdravotní politiky*. 1. vydání Praha: Vysoká škola ekonomická 2001. ISBN 80-245-0217-8
3. GLADKIJ, Ivan a kolektiv: *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání Brno: Computerpress 2003. ISBN 80-7226-996-8
4. GLADKIJ, Ivan: *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 1. vydání Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého 1995. ISBN 80-7067-503-9
5. GLADKIJ, Ivan: *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. 1. vydání Olomouc: Nakladatelství Univerzity Palackého 2002. ISBN 8024405008
6. HINDLS, Richard, HRONOVÁ, Stanislava, SEGER, Jan: *Statistika pro ekonomy*. 1. vydání Praha: Professional Publishing 2002. ISBN 80-86419-26-6
7. JAROŠOVÁ, Eva, PECÁKOVÁ, Iva: *Příklady k předmětu statistika B*. 2. vydání Praha: Nakladatelství Oeconomica 2004. ISBN 80-245-0680-7
8. KŘÍŽOVÁ, Eva: *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství 2006. ISBN 80-86429-57
9. STRÍTECKÝ, Rudolf: *Kvalita ve zdravotní péči*. Fakulta managementu Jindřichův Hradec VŠE Praha 2004
10. STRÍTECKÝ, Rudolf: *Zdravotní politika a zdravotní systémy ve světě*. Fakulta managementu Jindřichův Hradec VŠE Praha 2005
11. ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana: *Ekonomika zdravotnictví*. 1. vydání Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2005. ISBN-80-7013-429-1
12. ZLÁMAL, Jaroslav: *Marketing ve zdravotnictví*. 1. vydání Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2006. ISBN 80-7013-441-0
13. [www.oecd.org](http://www.oecd.org), dostupný z [http://www.oecd.org/home/0,2987,en\\_2649\\_201185\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/home/0,2987,en_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html)
14. OECD Reviews of Health Systems: Switzerland, staženo 12. 2. 2007, dostupný z <http://www.oecd.org/dataoecd/16/56/37560148.pdf>
15. Health at a Glance: OECD Indicators – 2005 Edition, staženo 12. 2. 2007 dostupný z <http://www.oecd.org/dataoecd/49/18/35618198.pdf>

## Přílohy

### Závislost počtu praktických lékařů na celkových, veřejných a soukromých výdajích

Regression Analysis - Double reciprocal model:  $Y = 1/(a + b/X)$

Dependent variable: Pocet\_prakt\_lekaru\_na\_1000\_ob

Independent variable: Celkove vydaje

Parameter	Estimate	Standard Error	T Statistic	P-Value
Intercept	0,280962	0,0418281	6,71705	0,0000
Slope	144,407	42,7546	3,37759	0,0034

Correlation Coefficient = 0,62283  
R-squared = 38,7924 percent

Regression Analysis - Double reciprocal model:  $Y = 1/(a + b/X)$

Dependent variable: Pocet\_amb\_lekaru\_na\_1000\_ob

Independent variable: Verejne vydaje

Parameter	Estimate	Standard Error	T Statistic	P-Value
Intercept	0,283065	0,0331598	8,53638	0,0000
Slope	95,4223	21,1772	4,50589	0,0003

Correlation Coefficient = 0,728055  
R-squared = 53,0063 percent

Regression Analysis - Multiplicative model:  $Y = a * X^b$

Dependent variable: Pocet\_amb\_lekaru\_na\_1000\_ob

Independent variable: Soukrome vydaje

Parameter	Estimate	Standard Error	T Statistic	P-Value
Intercept	0,756179	0,52061	1,45249	0,1636
Slope	0,0389615	0,0058719	0,453717	0,6555

Correlation Coefficient = 0,106336  
R-squared = 1,13073 percent

### Závislost počtu specialistů na celkových, veřejných a soukromých výdajích

Regression Analysis - Double reciprocal model:  $Y = 1/(a + b/X)$

Dependent variable: Pocet\_specialistu\_na\_1000\_ob

Independent variable: Celkove vydaje

Parameter	Estimate	Standard Error	T Statistic	P-Value
Intercept	0,413895	0,0961762	4,30351	0,0004
Slope	341,774	98,3063	3,47662	0,0027

Correlation Coefficient = 0,633824  
R-squared = 40,1733 percent



Regression Analysis - Double reciprocal model:  $Y = 1/(a + b/X)$

Dependent variable: Pocet\_specialistu\_na\_1000\_ob  
Independent variable: Verejne vydaje

Parameter	Estimate	Standard Error	T Statistic	P-Value
Intercept	0,433703	0,0805452	5,38459	0,0000
Slope	212,803	51,4395	4,13696	0,0006
Correlation Coefficient = 0,698134				
R-squared = 48,7391 percent				

Regression Analysis - Multiplicative model:  $Y = a*X^b$

Dependent variable: Pocet\_specialistu\_na\_1000\_ob  
Independent variable: Soukrome vydaje

Parameter	Estimate	Standard Error	T Statistic	P-Value
Intercept	0,0936034	0,649984	0,144009	0,8871
Slope	0,0640112	0,107211	0,597055	0,5579
Correlation Coefficient = 0,139354				
R-squared = 1,94196 percent				

## Závislost lůžek akutní péče na celkových, veřejných a soukromých výdajích

Regression Analysis - Double reciprocal model:  $Y = 1/(a + b/X)$

Dependent variable: Pocet\_luzek\_ak\_pece\_na\_1000ob  
Independent variable: Celkove vydaje

Parameter	Estimate	Standard Error	T Statistic	P-Value
Intercept	0,201052	0,0591247	3,40047	0,0032
Slope	129,851	60,4342	2,14863	0,0455
Correlation Coefficient = 0,451803				
R-squared = 20,4126 percent				

Regression Analysis - Double reciprocal model:  $Y = 1/(a + b/X)$

Dependent variable: Pocet\_luzek\_ak\_pece\_na\_1000ob  
Independent variable: Verejne vydaje

Parameter	Estimate	Standard Error	T Statistic	P-Value
Intercept	0,177461	0,044729	3,96747	0,0009
Slope	108,202	28,5658	3,78782	0,0013

Correlation Coefficient = 0,665992

R-squared = 44,3545 percent

Regression Analysis - Reciprocal-X model:  $Y = a + b/X$

Dependent variable: Pocet\_luzek\_ak\_pece\_na\_1000ob  
Independent variable: Soukrome vydaje

Parameter	Estimate	Standard Error	T Statistic	P-Value
Intercept	3,65367	0,570694	6,40216	0,0000
Slope	135,504	109,388	1,23874	0,2314
Correlation Coefficient = 0,280272				
R-squared = 7,85523 percent				

### Závislost výdajů celkových, veřejných a soukromých výdajů na zdravotní péči na HDP na obyvatele

Regression Analysis - Double reciprocal model:  $Y = 1/(a + b/X)$

Dependent variable: Celkove vydaje  
Independent variable: HDP na obyvatele

Parameter	Estimate	Standard Error	T Statistic	P-Value
Intercept	-0,000221471	0,0000631245	-3,50849	0,0025
Slope	18,0412	0,98875	18,2465	0,0000
Correlation Coefficient = 0,974017				
R-squared = 94,8709 percent				

Regression Analysis - Multiplicative model:  $Y = a * X^b$

Dependent variable: Verejne vydaje  
Independent variable: HDP na obyvatele

Parameter	Estimate	Standard Error	T Statistic	P-Value
Intercept	-5,84947	0,925513	-6,32025	0,0000
Slope	1,29793	0,0928441	13,9797	0,0000
Correlation Coefficient = 0,956903				
R-squared = 91,5664 percent				

Regression Analysis - Multiplicative model:  $Y = a * X^b$

Dependent variable: Soukrome vydaje  
Independent variable: HDP na obyvatele

Parameter	Estimate	Standard Error	T Statistic	P-Value
Intercept	-4,28247	3,06668	-1,39645	0,1796
Slope	1,03318	0,307638	3,35841	0,0035

Correlation Coefficient = 0,620663  
R-squared = 38,5223 percent

## **Seznam obrázků:**

**Obrázek 3-1** Dimenze dostupnosti

**Obrázek 3-2** Zdravotnický trojúhelník

**Obrázek 5-1** Podíl výdajů na zdravotnictví v zemích OECD v roce 2003

**Obrázek 5-2** Počet MRI přístrojů a CT scannerů na milion obyvatel v zemích OECD v roce 2003

## **Seznam tabulek:**

- Tabulka 6-1** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Austrálii
- Tabulka 6-2** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Austrálii
- Tabulka 6-3** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Rakousku
- Tabulka 6-4** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Rakousku
- Tabulka 6-5** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Kanadě
- Tabulka 6-6** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Kanadě
- Tabulka 6-7** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v České republice
- Tabulka 6-8** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v České republice
- Tabulka 6-9** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Dánsku
- Tabulka 6-10** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Dánsku
- Tabulka 6-11** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Finsku
- Tabulka 6-12** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 ve Finsku
- Tabulka 6-13** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Francii
- Tabulka 6-14** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 ve Francii
- Tabulka 6-15** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Německu
- Tabulka 6-16** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Německu
- Tabulka 6-17** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Řecku
- Tabulka 6-18** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Řecku
- Tabulka 6-19** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Lucembursku
- Tabulka 6-20** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Lucembursku
- Tabulka 6-21** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Mexiku
- Tabulka 6-22** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Mexiku
- Tabulka 6-23** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Norsku
- Tabulka 6-24** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Norsku
- Tabulka 6-25** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Polsku
- Tabulka 6-26** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Polsku
- Tabulka 6-27** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Portugalsku
- Tabulka 6-28** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Portugalsku
- Tabulka 6-29** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Slovenské republice
- Tabulka 6-30** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 ve Slovenské republice
- Tabulka 6-31** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Švédsku
- Tabulka 6-32** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 ve Švédsku
- Tabulka 6-33** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Švýcarsku
- Tabulka 6-34** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 ve Švýcarsku

**Tabulka 6-35** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 v Turecku

**Tabulka 6-36** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 v Turecku

**Tabulka 6-37** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Velké Británii

**Tabulka 6-38** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 ve Velké Británii

**Tabulka 6-39** Ukazatele dostupnosti zdravotní péče v roce 2000 ve Spojených státech amerických

**Tabulka 6-40** Výdaje na zdravotnictví v roce 2000 ve Spojených státech amerických

## **Seznam grafů:**

**Graf 7-1** Vyrovnávání závislosti mezi počtem ambulantních lékařů a celkovými výdaji dvojitou hyperbolickou funkcí

**Graf 7-2** Vyrovnávání závislosti mezi počtem specialistů a celkovými výdaji dvojitou hyperbolickou funkcí

**Graf 7-3** Vyrovnávání závislosti mezi počtem lůžek akutní péče a celkovými výdaji dvojitou hyperbolickou funkcí

**Graf 7-4** Vyrovnávání závislosti mezi počtem ambulantních lékařů a celkovými výdaji dvojitou hyperbolickou funkcí