

Vysoká škola ekonomická v Praze

Národohospodářská fakulta

Hlavní specializace: Národní hospodářství



VÝVOJ NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI
V ČESKÉ REPUBLICE V OBDOBÍ
2004 - 2016 V ZÁVISLOSTI
NA DEMOGRAFICKÉM VÝVOJI

Bakalářská práce

Autor: Karolína Remešová

Vedoucí práce: Ing. Tereza Lukášová

Rok: 2017

Prohlašuji na svou čest, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a s použitím uvedené literatury.

Karolína Remešová

V Praze, dne 9. 5. 2017

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Ing. Tereze Lukášové za odborné vedení a cenné rady a připomínky při zpracování této práce.



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Zpracovatelka: **Karolína Remešová**
Studijní program: **Ekonomie a hospodářská správa**
Obor: **Národní hospodářství**
Název tématu: **Vývoj nákladů na zdravotní péči v České republice v období 2004-2016 v závislosti na demografickém vývoji**

Zásady pro vypracování:

1. **Cíl práce:**
Cílem bakalářské práce je analýza nákladů na zdravotnictví mezi lety 2004-2016 v závislosti na demografickém vývoji České republiky, podrobně popsat celkové náklady na zdravotnictví, jejich strukturu a porovnat je s makroekonomickými veličinami. Hypotézou této práce je: Náklady na zdravotnictví rostou v závislosti na demografickém vývoji.
2. **Význam, aktuálnost nebo očekávaný přínos zvoleného tématu:**
Vývoj nákladů na zdravotnictví a jeho následná analýza je důležitým krokem k zefektivnění systému zdravotnictví v České republice. Rovněž je důležité si uvědomit, jak vážná je situace stárnutí obyvatelstva a jaký má tato skutečnost vliv na strukturu zdravotnických výdajů. Tato práce je psána za účelem analýzy empirických dat o zdravotnictví a o demografickém pohybu obyvatelstva a následné interpretace zjištěných poznatků.
3. **Charakteristika teoretické části práce:**
Teoretická část bude obsahovat popis teoretických modelů zdravotnických systémů a způsobu jejich financování, vymezení základních pojmů z oblasti zdravotnictví i demografie, základní popis fungování českého zdravotního systému, jeho financování a základní principy.
4. **Charakteristika praktické části práce:**
V praktické části bakalářské práce bude analyzován vývoj nákladů na zdravotnictví v jednotlivých letech a jejich vývoj v kontextu ekonomických skutečností. Podrobněji se bude práce zaměřovat na strukturu nákladů z pohledu jednotlivých věkových skupin a podílem výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu. Zanalyzovaná data budou dále porovnávat s demografickým vývojem České republiky.
5. **Klíčová slova:** zdravotnictví, systém financování, náklady, výdaje na zdravotnictví, demografický vývoj
Key words: healthcare, systém of financing, cost, health expenditure, demographic trends

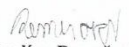
Rozsah práce: 45 stran

Seznam odborné literatury:

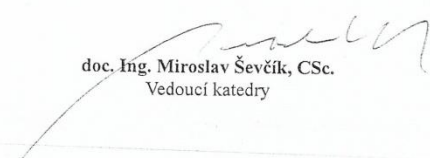
1. BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví : sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.
2. JANEČKOVÁ, H. – HNĚLICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
3. KLUFOVÁ, R. – POLÁKOVÁ, Z. *Demografické metody a analýzy : demografie české a slovenské populace*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-546-5.
4. MAAYTOVÁ, A. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-912-8.
5. STIGLITZ, J E. *Economics of the public sector*. New York: W.W. Norton, 2000. ISBN 0-393-96651-8.

Datum zadání bakalářské práce: září 2016

Termín odevzdání bakalářské práce: květen 2017


Karolína Remešová
Řešitelka


Ing. Tereza Lukášová
Vedoucí práce


doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.
Vedoucí katedry


doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.
Děkan NF VŠE

Abstrakt

Předmětem bakalářské práce je analýza vývoje nákladů na zdravotní péči v České republice v období 2004 - 2016 v závislosti na demografickém vývoji. V teoretické části práce autorka charakterizuje základní typologii zdravotnických systémů a demografické ukazatele, které jsou důležité při tvorbě státní politiky v oblasti zdravotnictví. Praktická část obsahuje podrobnou analýzu celkových výdajů na zdravotnictví, které jsou porovnány s makroekonomickými ukazateli a ekonomickými skutečnostmi, a analýzu demografických procesů za sledované období. V roce 2014 dosáhly celkové výdaje na zdravotnictví téměř 300 miliard korun, což je historickém maximum, a v roce 2015 tvořilo zdravotnictví 7,7 % HDP. Současným trendem v oblasti demografii zůstává stárnutí obyvatelstva a pokles porodnosti, které má významný vliv na růst celkových výdajů na zdravotnictví. Autorka předkládá doporučení v oblasti reformy financování zdravotní péče a efektivního fungování.

JEL klasifikace

H42, I11, I13, J11

Klíčová slova

Zdravotnictví, systém financování, náklady, výdaje na zdravotnictví, demografický vývoj.

Abstract

The subject of the bachelor thesis is the analysis of the development of costs of health care in the Czech Republic in the period 2004 - 2016, depending on the demographic development. In the theoretical part of the thesis, the author characterizes basic typology of health systems and demographic indicators, which are important in the creation of state policy in the field of health care. The practical part contains a detailed analysis of the total healthcare expenditures that are compared with the macroeconomic indicators and economic facts, and the analysis of the demographic processes over the monitored period. In 2014, total healthcare spending was nearly 300 billion crowns, which is the historical maximum, and in 2015 health care was 7,7 % of GDP. The demographic trend is the aging of the population and the decline in birth rates, which has a significant impact on the growth of total health expenditure. The author makes recommendations on reforming healthcare financing and effective functioning.

JEL Classification

H42, I11, I13, J11

KeyWords

Healthcare, system of financing, cost, health expenditure, demographic trends.

Obsah

Úvod	10
Teoretická část.....	12
1. Zdraví a zdravotní politika	12
1.1. Zdraví.....	12
1.2. Zdravotní politika	13
2. Typy zdravotních systémů.....	14
2.1. Národní zdravotní pojištění.....	14
2.2. Státní pojištění	16
2.2.1. Beveridgeovský model.....	17
2.2.2. Semaškův model	19
2.3. Tržně orientovaný systém	20
2.4. Srovnání zdravotnických systémů	23
3. Financování zdravotních systémů	24
4. Zdravotnictví České republiky	27
5. Vybrané demografické ukazatele	30
5.1. Struktura obyvatelstva podle věku.....	30
5.2. Úmrtnost	32
5.3. Plodnost a porodnost.....	33
Praktická část.....	34
6. Analýza nákladů na zdravotnictví 2004 - 2016.....	34
6. 1. Veřejné výdaje na zdravotnictví	35
6. 2. Soukromé výdaje na zdravotnictví	39
6. 3. Celkové výdaje na zdravotnictví.....	42
6. 4. Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle věku a pohlaví v roce 2010 a 2014.....	44

6. 5. Mezinárodní srovnání	47
6. 6. Efektivnost českého zdravotnictví, současné problémy a vývoj do budoucna	50
7. Demografický vývoj obyvatelstva	54
7. 1. Současný demografický vývoj a aktuální trendy v demografii	54
7. 2. Analýza vybraných demografických ukazatelů a charakteristik obyvatelstva	56
7. 2. 1. Věková struktura obyvatelstva	56
7. 2. 2. Střední délka života	62
7. 2. 3. Úhrnná plodnost	64
7. 3. Prognóza do budoucna	66
Závěr	69
Seznam zkratek	72
Seznam tabulek	73
Seznam grafů	74
Seznam obrázků	75
Seznam použité literatury	76

Úvod

Bakalářská práce se zaměřuje na téma vývoje nákladů na zdravotní péči v České republice v závislosti na demografickém vývoji. Zvolené téma je v současné době stárnutí populace velice aktuální, především z hlediska ekonomického. Ráda bych v následující práci položila otázku, zda platí tvrzení: Čím více obyvatelstvo stárne, tím více se náklady na zdravotní péči zvyšují. Přínosem bakalářské práce by měla být doporučení, jak systém zdravotnictví reformovat nebo jej učinit udržitelným.

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na základní typologii zdravotnických systémů ve světě, jako jsou systémy Velké Británie, Spojených států amerických a Německa, včetně principu fungování České republiky. Rovněž jsou vysvětleny některé základní pojmy z oblasti zdravotnictví. Poslední kapitoly teoretické části se věnují základním pojmům z oblasti demografie, především těm, které jsou relevantní pro praktickou část předkládané práce. Informace a zdroje pro teoretickou část jsou čerpány z českých odborných publikací, zahraničních serverů o zdravotnických systémech a z odborných článků.

K porovnání nákladů na zdravotní péči jsou využity data a informace z publikací z Ústavu zdravotnických informací a statistik, Zdravotnické ročenky, Ekonomické informace ve zdravotnictví a Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky, které jsou následně analyzovány a porovnávány se základními makroekonomickými ukazateli a v kontextu ekonomických událostí. Práce se rovněž zaměřuje na vývoj struktury nákladů na zdravotnictví z hlediska jednotlivých věkových skupin. Nakonec jsou zanalyzovaná data ze zdravotnických publikací komparována s daty z publikací, které se zabývají demografickými procesy v České republice, kterými jsou Demografické ročenky a Věkové složení obyvatelstva. Obě uvedené publikace vydává Český statistický úřad. Z provedené analýzy vyplývají doporučení a stanoviska pro reformu českého zdravotnictví.

Hypotézou této práce je, že náklady na zdravotnictví rostou v závislosti na demografickém vývoji. Dle mého názoru může potvrzení hypotézy do budoucna znamenat velkou zátěž pro finanční rozpočet státu a rovněž může nastat problém, že současný systém průběžného financování zdravotnictví nepokryje všechny skupiny obyvatelstva. V souvislosti s uvedenou hypotézou vyvstávají otázky, zda je systém

českého zdravotnictví udržitelný i do budoucna, jak by bylo možné tento systém zefektivnit a reformovat jej z pohledu financování.

Hlavním cílem této práce je analýza výše popsaných dat a statistik a následné zhodnocení celé situace s návrhy na možné vylepšení systému.

Teoretická část

1. Zdraví a zdravotní politika

V následující kapitole budou vysvětleny základní pojmy z oblasti zdravotnictví, a to: zdraví a zdravotní politika.

1.1. Zdraví

Zdraví je považováno za jednu ze základních lidských hodnot, ačkoliv se jeho priority v průběhu celého života mění. „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.*“ Zdraví lze rovněž úzce definovat jako stav organismu bez nemoci. Oproti tomu širší definice říká, že zdraví je stav organismu, který je schopen snášet tělesné a duševní zatížení.¹

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Tato definice je zachycena v úvodu Preambule k Ústavě WHO, která byla přijata na Mezinárodní konferenci ke zdraví v New Yorku v roce 1946 a oficiálně vstoupila v platnost v roce 1948. Definice zdraví byla v pozdějších dobách upřesňována a doplňována. V programu WHO Zdraví pro všechny do roku 2000, který byl přijat na Světovém zdravotnickém shromáždění v roce 1995, se objevila doplňující charakteristika zdraví, jako schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Touto změnou přestalo být zdraví cílem samo o sobě, ale stalo prostředkem k realizaci harmonického vývoje člověka.²

Zdraví je nezbytnou podmínkou participace člověka na společenských aktivitách, pomáhá mu realizovat primární i sekundární potřeby, rozvíjet jeho lidský i sociální potenciál.³

¹ Zdraví. MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, s. 11. ISBN 978-80-7357-912-8.

² JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, s. 63-64. ISBN 978-80-7367-592-9.

³ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 13. ISBN 978-80-7357-503-8.

1.2. Zdravotní politika

Zdravotní politika se vztahuje k rozhodnutím, plánům a akcím, které jsou prováděny k dosažení stanovených cílů zdravotní péče v rámci celé společnosti. Explicitní zdravotní politika může dosáhnout několika věcí. Definuje vize pro budoucnost, což pomáhá stanovit cíle v krátkém i v dlouhém období. Nastiňuje priority a očekávané role různých skupin, vytváří konsenzus a informuje lidi.⁴

Národní zdravotní politika, strategie a plány hrají základní roli v definování vize, priorit, rozpočtových rozhodnutí a postupu země o zlepšení a udržování zdraví jejích obyvatel. Většina zemí využívá rozvoj národní zdravotní politiky, strategie a plány pro příští desetiletí k udání směru a provázanosti v jejich snaze o zlepšení zdraví.⁵

⁴ Health policy. In: *World Health Organization* [online]. © Copyright World Health Organization (WHO), 2016. All Rights Reserved: World Health Organization (WHO), 2016 [cit. 2016-07-18]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/health_policy/en/

⁵ National health policies. In: *World Health Organization* [online]. © Copyright World Health Organization (WHO), 2016. All Rights Reserved: World Health Organization (WHO), 2016 [cit. 2016-07-18]. Dostupné z: <http://www.who.int/nationalpolicies/en/>

2. Typy zdravotních systémů

Základním kritériem pro dělení současných zdravotnických systémů je, jakým způsobem jsou financovány. V průběhu let se zformulovaly tři modely financování, které se liší způsobem, jakým lidé přispívají na zdravotní péči. Jsou to: bismarckovský model, model státního zdravotnictví, který se rozděluje na beveridgovský a semaškův, a tržní model.

Každý model významně ovlivňuje vztahy mezi hlavními účastníky, tj. pacienty, poskytovateli péče, což jsou lékaři a zdravotnická zařízení, a plátcí péče, kterými mohou být různorodé subjekty, například zdravotní pojišťovny veřejné i soukromé, státní orgány či jednotlivci, kteří za péči platí svými vlastními prostředky. Tyto modely se rozvíjely v průběhu 20. století a představují určité rámce, do kterých je možno zařadit většinu zdravotnických systémů ve vyspělých zemích.⁶

2.1. Národní zdravotní pojištění

Celostátní systém sociálního zabezpečení byl zaveden v Německu koncem 19. století z iniciativy kancléře Otto von Bismarcka. Systém začal vznikat sociálním zákonodárstvím železného kancléře, kdy byly postupně uzákoněny tři základní druhy dělnického pojištění. V roce 1881 byl přijat první zákon o nemocenském pojištění, v roce 1884 zákon o úrazovém pojištění a v roce 1889 zákon o invalidním a starobním pojištění. Tento systém začal být později označován za systém sociálního pojištění, který byl určen pro dělnictvo, případně pro úředníky s nízkým platem.

Je důležité poznamenat, že se nejednalo o první systém sociálního zabezpečení či pojištění v Německu, protože již dávno před bismarckovými zákony vzniklo státní důchodové zaopatření státních úředníků. Tuto koncepci zaopatřování státních úředníků lze označit jako služební model, u kterého je typické:

- aby úředník měl celoživotní služební poměr,
- aby byl loajální k monarchii,
- důchod byl považován za zvláštní formu platu,
- důchod je zpravidla stejně vysoký jako poslední nejvyšší dosažený plat,

⁶ Úvod do veřejného zdravotnictví. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, s. 89. ISBN 978-80-7367-592-9.

- důchodce lze znovu povolat do aktivní služby,
- nerozlišuje se starobní důchod a invalidní,
- důchody jsou hrazeny státem, nevybírání se zde žádné pojistné.

Dalším systémem, který vznikl před dělnickým sociálním pojištěním, bylo povinné hornické pojištění. Součástí tohoto pojištění bylo poskytování nejrozličnějších důchodů a také nemocenské a zdravotní péče.

Prvním odvětvím dělnického sociálního pojištění bylo nemocenské pojištění, nicméně říšský zákon o něm jako jediný nebyl Bismarckovým dílem. Druhým, již Bismarckovým, odvětvím sociálního pojištění bylo dělnické úrazové pojištění. Toto pojištění se týkalo pouze zaměstnanců, kteří pracovali v nebezpečných závodech. Tento zákon o sociálním úrazovém pojištění obsahuje některá ustanovení platná do dnešní doby. Třetím odvětvím dělnického sociálního pojištění bylo invalidní a starobní pojištění, které bylo nejdříve placeno ze státního rozpočtu a až později na něj bylo přispíváno od zaměstnanců a zaměstnavatelů.⁷

Hlavním pilířem bismarckovského modelu jsou finanční příspěvky, které každý občan povinně odvádí do fondu zdravotních pojišťoven, což jsou veřejnoprávní subjekty neziskového charakteru, bez ohledu na rozsah své budoucí spotřeby zdravotní péče. Tuto skutečnost můžeme nazývat sociální solidaritou. Pojišťovny pak z tohoto fondu proplácejí lékařům a nemocnicím péči, kterou pacientům poskytly. Uvedený model je kromě Německa, kde jeho tradici založil Otto von Bismarck a je tudíž modelovým typem, používán také v Rakousku, Francii, Belgii, Nizozemsku, Švýcarsku a v současné době i v České republice. Nárok na zdravotní péči má v tomto modelu celá populace ze zákona. Stát je v tomto ohledu odpovědný za efektivní vynakládání zdrojů na zdravotní péči. Systém je solidární, kdy každý platí v závislosti na svém příjmu, ale dostává péči podle své potřeby. Za některé sociální skupiny odvádí příspěvky stát, jsou to například: děti, studenti, nezaměstnaní, staří lidé. Zákonné pojištění je vyměřeno jako určité procento z platu, výše pojistného se však stát od státu liší, nicméně průměrně

⁷ WEIGL, Jiří, Martin KOVÁŘ, Jaroslav VOSTATEK, Vít HLOUŠEK a Robert KVAČEK. *Otto von Bismarck: 200 let od narození* [online]. Praha: Institut Václava Klause, 2015, s. 27-29 [cit. 2016-07-27]. ISBN 978-80-7542-002-2. Dostupné z: <https://play.google.com/books/reader?printsec=frontcover&output=reader&id=JoVmCwAAQBAJ&pg=GBS.PT2>

se pohybuje okolo 13 % hrubého příjmu. O zdravotní pojištění se dělí v určitém poměru zaměstnanec a zaměstnavatel, a i v tomto ohledu jsou mezi státy určité rozdíly.⁸

Jak již bylo výše zmíněno, prototypem tohoto zdravotnictví je Německo. V německém zdravotnictví není výše pojistného dána zákonem, proto existují i rozdíly mezi jednotlivými pojišťovnami. Pojistné hradí společně zaměstnanec i zaměstnavatel, důchodci ho platí také, polovinu hradí ze svého starobního důchodu a polovinu hradí jejich penzijní fond. Ze zdravotního pojištění ekonomicky aktivních obyvatel je placeno pojistné pro nevýdělečně činné členy rodiny (děti, manželky). Za státní zaměstnance, nezaměstnané a některé znevýhodněné sociální skupiny pojistné platí stát. Existuje zde možnost vybrat si mezi soukromým a veřejným zdravotním pojištěním a od roku 2009 je pojištění povinné pro všechny občany.

Základní péče je hrazena ze zdravotního pojištění, ale existují i druhy péče, které je nutné platit přímo. Je ovšem možné se pro tyto případy připojistit. Nejčastěji se jedná o lázeňskou péči, stomatologii a rehabilitaci. Jsou také zavedeny doplatky na léky a poplatky za návštěvu u ambulantního lékaře, za pobyt v nemocnici i za dopravu pacientů.⁹

K největším kladům německého zdravotnictví patří zajištění všeobecně dostupné zdravotní péče ve velmi dobré kvalitě, a to pro všechny obyvatele, včetně rizikových sociálních skupin. S uvedenými výhodami ovšem souvisí i cena, kterou za zdravotní péči Německo platí. Náklady na zdravotnictví se zde pohybují okolo 11 % HDP a patří k jedněm z nejvyšších v Evropě.¹⁰

2.2. Státní pojištění

Státní zdravotnictví historicky existovalo ve dvou různých podobách a ty se diametrálně liší. Tyto odlišnosti souvisí s politickými a ekonomickými podmínkami zemí, ve kterých se rozvíjeli a ve kterých fungují, a ty významně určují vztah mezi příjemci a poskytovateli zdravotní péče. Obě formy jsou pojmenovány podle jmen svých tvůrců,

⁸ Úvod do veřejného zdravotnictví. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, s. 90-91. ISBN 978-80-7367-592-9.

⁹ Úvod do veřejného zdravotnictví. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, s. 91-93. ISBN 978-80-7367-592-9.

¹⁰ Úvod do veřejného zdravotnictví. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, s. 97. ISBN 978-80-7367-592-9.

kterí významně přispěli k jejich uvedení do každodenního života. Jedná se o modely Beveridgeův a Semaškův.¹¹

2.2.1. Beveridgeovský model

Tento model je pojmenovaný podle Williama Beveridge, odvážného sociálního reformátora, který založil Národní zdravotní službu ve Velké Británii. V tomto systému je zdravotní péče poskytována a financována vládou skrz výběry daní od daňových poplatníků, stejným způsobem je financována například policie či veřejné knihovny.

Většinu, ale ne všechny, nemocnic a klinik má ve svém vlastnictví vláda, někteří doktoři jsou státními zaměstnanci, ale jsou zde i soukromí lékaři, kteří dostávají příspěvky od státu. V Británii nikdy nedostanete u lékaře účtenku. Tento systém vede k nízkým nákladům na obyvatele, protože vláda, jako jediný plátce, kontroluje, co doktoři mohou dělat a co mohou účtovat.

Zeměmi, které používají beveridgeovský model nebo jeho obdoby, jsou Velká Británie, Španělsko, většina Skandinávie a Nový Zéland. Hong Kong má svoji vlastní úpravu britského zdravotního modelu, protože obyvatelé se odmítli vzdát tohoto systému, ačkoliv nad touto původní britskou kolonií převzala moc Čína.¹²

Státní zdravotnická služba byla založena v roce 1948. Tato myšlenka se zrodila z dlouhodobého ideálu dostupnosti kvalitní zdravotnické péče pro všechny bez ohledu na bohatství – což je jedním ze základních principů tohoto systému. S výjimkou některých poplatků, za recepty, služby u očních lékařů a zubařů, je Národní zdravotnická služba v Anglii zdarma pro všechny obyvatele Velké Británie, což je v současnosti pro 64,6 milionů obyvatel v celé Velké Británii a 54,3 milionů obyvatel pouze v Anglii.

Národní zdravotnická služba v Británii pracuje každých 36 hodin s více než jedním milionem pacientů. Tyto služby zahrnují například prenatální snímkování, běžné snímkování, léčiva pro dlouhodobé případy, transplantace, záchrannou službu a péče o obyvatelstvo důchodového věku.

¹¹ Úvod do veřejného zdravotnictví. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, s. 98. ISBN 978-80-7367-592-9.

¹² Health Care Systems - Four Basic Models. In: *Physicians for a national health program* [online]. Chicago: © PNHP, 2010 [cit. 2016-08-01]. Dostupné z: http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php

Odpovědnost za zdravotní péči v Severním Irsku, Skotsku a Walesu je přenesena na Severoirské Shromáždění, Skotskou vládu a Velšské Shromáždění.

Národní zdravotnická služba je hodnocena jako nejlepší systém z hlediska efektivity, kvalitní, bezpečné, koordinované péče orientované na pacienta a problémy s náklady a výnosy. Je také hodnocena jako druhá nejlepší z hlediska spravedlnosti.

Národní zdravotnická služba zaměstnává více než 1,5 milionu lidí, což ji řadí mezi 5 největších světových zaměstnavatelů.

Financování britského zdravotnictví probíhá prostřednictvím výběru daní. V roce 2013 proběhla transformace Národní zdravotnické služby a nyní jsou platby do systému ukotveny legislativou. Když tento model začínal, měl roční rozpočet hodnotu 473 liber (přepočítáno dnešní hodnotou libry 15 miliard), ale rozpočet na rok 2015/2016 se pohyboval okolo 116 miliard liber, z čehož 101,3 miliard spravuje pouze Anglie.¹³

Podíl výdajů na zdravotnictví se ve Velké Británii pohybuje okolo 9 % hrubého domácího produktu.¹⁴

Principy Národní zdravotnické služby (NZS) jsou od března 2011 zakotveny v jejich stanovách:

- NZS poskytuje komplexní služby dostupné všem,
- přístup k NZS je založen na potřebnosti, ne na individuální schopnosti zaplatit,
- NZS usiluje o nejvyšší standardy a profesionalitu,
- NZS se snaží dát pacientům vše, co potřebují,
- NZS pracuje za svými hranicemi a v partnerství s dalšími organizacemi v zájmu pacientů, místních komunit a širší populace,
- NZS zařizuje ty nejlepší ceny pro daňové poplatníky, tu nejlepší efektivitu, spravedlivé a dlouhodobě udržitelné čerpání zdrojů,
- NZS je zodpovědná veřejnosti, komunitám a pacientům, které obsluhuje.

¹³ About the National Health Service (NHS). *NHS* [online]. UK: NHS, 2016 [cit. 2016-08-02]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>

¹⁴ Zdravotnická ročenka ČR 2013. In: *Zdravotnická ročenka* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 242 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7472-135-9. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2013>

Ve stanovách jsou rovněž zakotveny i hodnoty NZS, kterými jsou:

- spolupráce s pacienty,
- respekt a důstojnost,
- odpovědnost ke kvalitě péče,
- soucit,
- zlepšování životů,
- s každým se počítá.¹⁵

2.2.2. Semaškův model

Semaškův systém byl implementován v každém sovětském státě a fungoval již před druhou světovou válkou v Sovětském svazu. Nikolaj Alexandrovič Semaško byl prvním lidovým komisařem pro zdravotnictví v sovětském Rusku po roce 1917. Tento muž se stal spoluvůrcem jednotného a centrálně řízeného státního zdravotnictví, které bylo zavedeno po druhé světové válce ve všech zemích střední a východní Evropy, včetně tehdejšího Československa. V současné době existuje pouze na Kubě.¹⁶

Zdravotnické služby v tomto modelu vlastnil a poskytoval stát. Služby byly ve většině případů zdarma, nicméně pacienti museli zaplatit paušálně některé léky. Semaškův systém poskytoval univerzální přístup ke zdravotní péči a nikdo z ní nebyl vyloučen. Ale po kolapsu socialistického režimu vedl nedostatek finančních prostředků k větším příspěvkům od pacientů, kteří byli povinni platit přímé poplatky poskytovatelům zdravotní péče. Dnes jsou náklady na zdravotní služby v tomto modelu tak vysoké, především léků, že většina obyvatelstva si je nemůže dovolit a jsou de facto odříznuti od zdravotnických služeb. Celkové státní výdaje na zdravotnictví těchto zemí jsou celkově nízké, okolo 2 - 3 % HDP.¹⁷

¹⁵ Principles and values that guide the NHS. *NHS* [online]. UK: NHS, 2015 [cit. 2016-08-02]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx>

¹⁶ Úvod do veřejného zdravotnictví. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, s. 98-99. ISBN 978-80-7367-592-9.

¹⁷ RAINHORN, Jean-Daniel. Health Policy. In: Council of Europe [online]. 2014 [cit. 2016-08-01]. Dostupné z: http://www.coe.int/t/dg3/health/Rainhornreport_en.asp

2.3. Tržně orientovaný systém

Spojené státy americké používají další model zdravotnictví, který je svým způsobem unikátní, protože USA jsou jediné z rozvinutých zemí, které nemají zavedený zdravotnický systém pro celou populaci. Ústava Spojených států totiž nezakotvuje všem občanům právo na základní zdravotní péči a tím je systém orientován více na jednotlivce a jeho osobní odpovědnost. Tržně orientovaný systém je pluralitní systém, kde se můžeme setkat s mnoha paralelně existujícími modely a kde převažuje soukromý sektor. Dominanci má trh, poptávka a nabídka, a to jak v oblasti základní zdravotní péče, tak v oblasti financování. Regulace existuje pouze v rámci jednotlivých států a i přesto je velmi různorodá.¹⁸

Co se týká samotného financování zdravotnictví ve Spojených státech, je větší část ekonomicky aktivních obyvatel (uvádí se až okolo dvou třetin) pojištěna u soukromých zdravotních pojišťoven. Z těchto dvou třetin je 70 % - 80 % pojištěnců pojištěno jako skupina určitého podniku a zbytek je pojištěn individuálně. Většina amerických zaměstnavatelů platí jako součást svého sociálního programu zdravotní pojištění pro své zaměstnance a pro jejich rodiny. Toto pojištění nejčastěji sjednávají u soukromých zdravotních pojišťoven, kterých je ve Spojených státech více než tisíc. Zorientovat se v nabídkách zdravotních plánů všech pojišťoven je pro běžného občana velice obtížné, a to i přesto, že jedna pojišťovna jich nesmí nabízet více jak deset. Ačkoliv v zemi existují konzultační a poradenské společnosti a firmy, které se specializují v oblasti zdravotního pojištění, tyto služby nejsou bezplatné a obyvatelé si je ve většině případů nemohou dovolit. Individuální zdravotní pojištění má pouze malá část občanů, a to 10 -13 % obyvatelstva.¹⁹

Hlavní součástí amerického zdravotního systému jsou dva programy: Medicare a Medicaid. 30. července 1965 prezident Johnson podepsal návrh zákona ohledně Medicare a Medicaid. Původní program Medicare obsahoval dvě části: část A (nemocniční pojištění) a část B (zdravotní pojištění). Dnes jsou tyto dvě části

¹⁸ Úvod do veřejného zdravotnictví. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, s. 107. ISBN 978-80-7367-592-9.

¹⁹ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 109-110. ISBN 978-80-7357-503-8.

považovány za originální. Postupem času Kongres prováděl změny a systém se vyvíjí dodnes.²⁰

Medicare je tedy programem, který je určen pro občany starší 65 let, pro občany pod 65 let s nějakým postižením a pro lidi v kterémkoliv věku, kteří mají trvale poškozené ledviny, potřebují dialýzu nebo transplantaci ledvin. Tento program stále obsahuje několik programů. Část A je zaměřena na nemocniční péči, která pomáhá pokrýt nemocniční péči hospitalizovaným pacientům, včetně záchranné služby a odborné péče zdravotních sester. Rovněž pokrývá péči v sanatoriích. K získání těchto výhod je nutné splnit předem stanovené podmínky. Část B je zaměřena na lékařskou a ambulantní péči. Tato část zahrnuje také terapie a poskytuje financování těch služeb, které jsou lékařsky nezbytné. Od roku 2006 existuje i další část, která se zaměřuje na léčiva. Každý, kdo je v programu Medicare, má zaručené nižší ceny na lékařské recepty. Tato část je v podstatě pojištěním a pojištění poskytují soukromé společnosti.²¹

Medicaid je sociální programem pro rodiny nebo jednotlivce s omezenými zdroji příjmů. Tento program je největším zdrojem pro financování zdravotnických služeb pro nízkopříjmové obyvatelstvo ve Spojených státech. Nicméně chudoba jako taková není přímým důvodem pro čerpání z Medicaid. Tento program tedy zahrnuje nejen nízkopříjmové obyvatelstvo, ale i těhotné ženy, seniory a lidi s postižením. Program je financován především samotnými státy a také federální vládou.²² Pro zařazení do tohoto programu je důležitá tzv. hranice chudoby, která v roce 2008 představovala roční příjem 11 000 US dolarů na jednočlennou domácnost.²³ V současné době v USA žije okolo 12 % obyvatel, kteří se nacházejí pod hranicí bídý.²⁴

²⁰ History: CMS' program history. *Center for Medicare & Medicaid services* [online]. Baltimore: the Centers for Medicare & Medicaid Services, 2015 [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History/index.html>

²¹ Medicare Program - General Information. *Center for Medicare & Medicaid services* [online]. Baltimore: the Centers for Medicare & Medicaid Services, 2014 [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo/index.html>

²² Medicaid: Overview. *Medicaid.gov* [online]. Baltimore: the Centers for Medicare & Medicaid, 2014 [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/medicaid-and-chip-program-information.html>

²³ Úvod do veřejného zdravotnictví. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, s. 110. ISBN 978-80-7367-592-9.

²⁴ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 111. ISBN 978-80-7357-503-8.

Jedním z největších problémů amerického zdravotnictví je nepojištěná populace, kdy dlouhodobě nepojištěno je okolo 17 % obyvatel do 64 let, v některých státech je to dokonce i více, jako například v Texasu, kde jich je více než čtvrtina. Dalším problémem je rovněž i nákladnost a nedostatečná dostupnost amerického zdravotnictví. Investovaná část hrubého domácího produktu se dlouhodobě pohybuje okolo 13 - 16 %, což, je nepochybně nejvíce na světě. Charakteristické jsou také rozdíly mezi bílou a afroamerickou populací.

Na druhou stranu ke kladům amerického zdravotního systému patří rozhodně její vysoká odborná kvalita léčebné péče. Této kvality je dosahováno díky fungujícími systému a také prostřednictvím udělování akreditací nemocnicím, kde je kladen důraz na kvalitu a její průběžné zvyšování. S tím jde ruku v ruce rychlé a efektivní zavádění nejnovějších technologií jak léčebných, tak diagnostických.²⁵

V souvislosti s nedostupnou a velmi nákladnou zdravotní péčí se objevila touha po reformě, kterou započal v roce 2010 prezident Barack Obama, podepsáním zákona o cenově dostupné zdravotní péči. ObamaCare systém se nejvíce zaměřuje na poskytování zdravotní péče, zlepšování kvality a snižování výdajů na zdravotnictví. Tato reforma se v současnosti stále vylepšuje.²⁶

²⁵ Úvod do veřejného zdravotnictví. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, 108, 114-115. ISBN 978-80-7367-592-9.

²⁶ What is ObamaCare? *ObamaCare Facts* [online]. obamacarefacts.com [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <http://obamacarefacts.com/whatis-obamacare/>

2.4. Srovnání zdravotnických systémů

Následující tabulka 1 představuje souhrnný popis všech výše popsaných zdravotnických systémů.

Tabulka 1: Srovnání zdravotnických systémů, Zdroj: vlastní zpracování dle Achilles' heels of the health care systems, Jan Mertl²⁷

	Liberální přístup	Rovnostářský přístup	Utilitářský přístup
Zdravotní systém:	Tržně orientovaný systém	Státní pojištění	Národní zdravotní pojištění
Založen na:	Svoboda a odpovědnost jedince za sebe sama	Odpovědnost skupiny a povinnosti jednotlivce	Přínos pro společnost
Typické země:	Spojené státy americké, Jižní Korea	Spojené království, Švédsko, Španělsko, Kanada	Spolková republika Německo, Nizozemí
Zdravotní péče:	Je zboží a má svou vlastní tržní cenu	Je veřejně distribuována jako veřejná služba a základní občanské právo	Je sociálním ziskem, výhodou
Zdravotní péče je přijímána jednotlivci ve formě:	Jako odměna založená na vlastních zásluhách	Jako výsledek regulovaných vztahů mezi poskytovateli, plátcí a pacienty	
	V souladu se zásadou rovnocennosti	V souladu se zásadou solidarity	Kombinace rovnocennosti a solidarity
	Svobodná výměna na trhu mezi poskytovateli a klienty	V souladu se zdravotními potřebami, bez ohledu na sociální status, všechno podle stejných objektivních principů, maximální zdravotnická péče, omezené zdroje mohou způsobovat časové zpoždění při realizaci zdravotní péče	Omezeně, v zájmech skupiny s ohledem na maximální užitek celé společnosti v dlouhém období, jednotlivci mohou dostávat méně než je optimální péče, rozdělení zdravotní péče na základní a pojistnou

²⁷ MERTL, Jan. Achilles' heels of the health care systems. *Národohospodářský obzor - Review of economic perspectives* [online]. 2010, **10**(1), 20 [cit. 2016-10-16]. DOI: 10.2478/v10135-009-0007-2. Dostupné z: <http://nho.econ.muni.cz/2010/1/achilles%E2%80%99heels-health-care-systems>

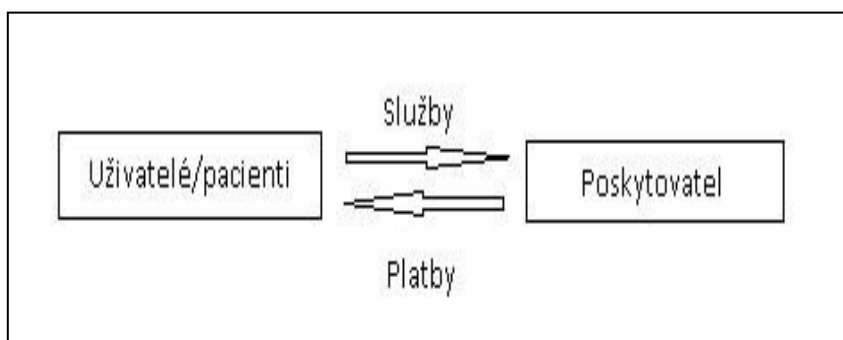
3. Financování zdravotních systémů

Financování zdravotní péče má čtyři různé modely:

- systém přímých úhrad,
- financování z daňových výnosů,
- veřejné zdravotní pojištění,
- soukromé zdravotní pojištění.

Lze říci, že prakticky ani v jednom státě na světě nedominuje pouze jeden typ financování, ale vzájemně se propojují. Ve většině rozvinutých států světa se na financování zdravotnictví podílí více jak z poloviny stát, nicméně existují i výjimky jako jsou Spojené státy americké nebo Řecko.

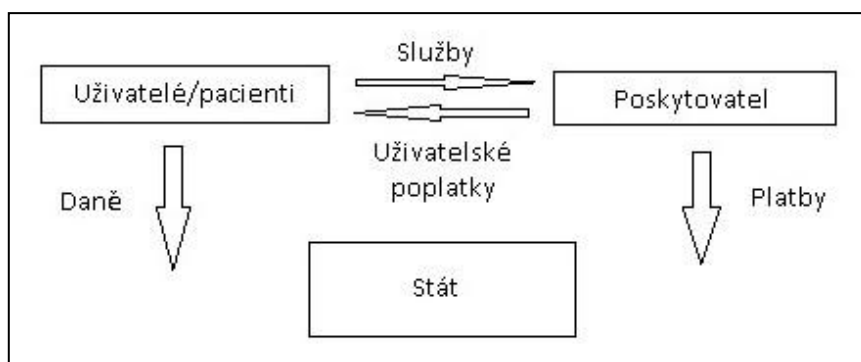
Systém přímých úhrad je ze všech systémů nejstarší a je založen na principu, kdy pacienti hradí péči přímo poskytovateli finančními prostředky nebo naturáliemi či protislužbami. Tento systém se stále používá v méně rozvinutých zemích, jako jsou například státy Afriky.



Obrázek 1: Systém přímých úhrad, Zdroj: vlastní zpracování dle Barták Miroslav: *Ekonomika zdraví*²⁸

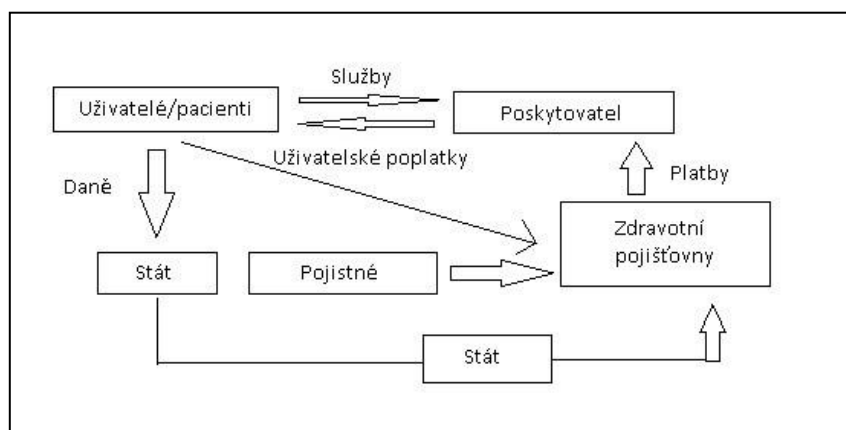
Co se týká modelu financování z daňových výnosů, je založen na výběru daní od občanů, ze kterých je financováno poskytování zdravotnických služeb. Velmi často se jedná o daně z příjmu nebo i o daně spotřební. V některých státech je zavedena tzv. zdravotní daň, kdy určité procento z výnosu připadá přímo na zdravotnictví.

²⁸ Systém přímých úhrad. BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 84. ISBN 978-80-7357-503-8.



Obrázek 2: Financování z daňových výnosů, Zdroj: vlastní zpracování dle Barták Miroslav: *Ekonomika zdraví*²⁹

Dalším typem financování zdravotnictví je financování prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Toto pojištění je ve většině případů povinné pro většinu obyvatelstva daného státu. Příspěvky do systému jsou placeny zaměstnanci, zaměstnavateli a za ekonomicky neaktivní občany státem. Varianty tohoto systému se liší v počtu pojišťoven, přičemž u států s větším množstvím pojišťoven je volba pojišťovny svobodným rozhodnutím v závislosti na programech, které pojišťovny nabízejí. Pojištění je odvozeno od příjmů pojištěnce, tudíž existují určité stropy v příspěvcích. V rámci tohoto systému dochází k přerozdělování vybraných prostředků mezi různé skupiny obyvatel.

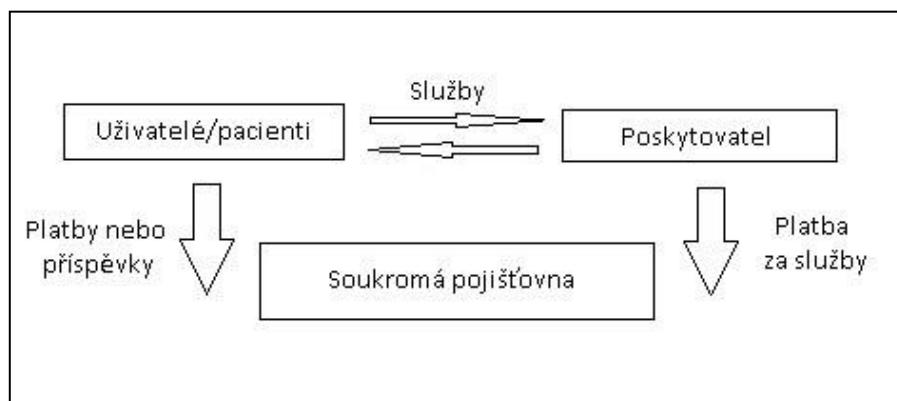


Obrázek 3: Veřejné zdravotní pojištění, Zdroj: vlastní zpracování dle Barták Miroslav: *Ekonomika zdraví*³⁰

²⁹ Financování z daňových výnosů. BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 85. ISBN 978-80-7357-503-8.

³⁰ Veřejné zdravotní pojištění. BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 85. ISBN 978-80-7357-503-8.

Soukromé zdravotní pojištění je založené na kalkulaci zdravotních rizik zdravotní pojišťovnou, která posoudí zdravotní stav a naději na dožití daného pacienta. U tohoto systému je reálná možnost, že pojištění není dostupné těm, kteří na něj nemají dostatečné množství finančních prostředků nebo těm, kteří jsou již tak nemocní, že jejich pojistné je nereálně vysoké a soukromá pojišťovna je odmítne pojistit. Soukromé pojištění je nejčastěji sjednáváno kolektivně prostřednictvím zaměstnavatelů.³¹



Obrázek 4: Soukromé zdravotní pojištění, Zdroj: vlastní zpracování dle Barták Miroslav: *Ekonomika zdraví*³²

³¹ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 84. ISBN 978-80-7357-503-8.

³² Soukromé zdravotní pojištění. BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 86. ISBN 978-80-7357-503-8.

4. Zdravotnictví České republiky

Česká republika v současné době využívá model národního zdravotního pojištění, který spočívá v povinnosti každého ekonomicky aktivního občana platit zdravotní pojištění jako část ze svého příjmu. Zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany a lze říci, že má charakter zdravotní daně. U občanů, kteří nejsou ekonomicky aktivní, platí zdravotní pojištění stát (v případě splnění zákonem uvedených podmínek). Většina zdravotnických zařízení má uzavřené smlouvy o poskytování zdravotní péče a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou, která následně poskytuje zdravotní služby svým pojištěncům.³³

V současné době své služby v České republice poskytuje sedm zdravotních pojišťoven: Všeobecná zdravotní pojišťovna, Vojenská zdravotní pojišťovna, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra a Revírní bratrská pokladna.³⁴

Součástí českého systému zdravotnictví je rovněž i soukromý sektor, kde je péče poskytována pouze za přímé platby od pacientů. Tato zařízení jsou alternativou pro nejbohatší vrstvy společnosti a pro některé cizince. Specializace soukromých zdravotnických zařízení se především zaměřuje na estetickou medicínu, operace očí a zubní péči.³⁵

V České republice je zdravotnictví zakotveno hned v několika zdravotních předpisech, jako je Ústava ČR a Listina základních práv a svobod. V těchto dokumentech jsou především upraveny obecné náležitosti, například právo na zdraví, zákaz diskriminace, všeobecnost apod. Veřejné zdravotní pojištění je v ČR upraveno zejména zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění dalších předpisů. Další právní normou, která toto odvětví

³³ Úvod do veřejného zdravotnictví. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, s. 125-126. ISBN 978-80-7367-592-9.

³⁴ Zdravotní pojišťovny. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. MZČR: © 2010 MZČR, 2014 [cit. 2016-08-16]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html

³⁵ Úvod do veřejného zdravotnictví. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, s. 126. ISBN 978-80-7367-592-9.

upravuje je zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.³⁶

Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění vzniká nárok na zdravotní péči ze zákona, a to pokud:

- má osoba trvalý pobyt na území ČR,
- je osoba zaměstnancem u zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR,
- je osoba příslušníkem rodiny občana EU, který zde pracuje,
- je osoba čekatelem na azyl, nebo jí byl azyl udělen.

Výše a způsob placení pojistného je uveden v zákoně o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, kdy výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu. U zaměstnanců část platí zaměstnanec (4,5 %) a část zaměstnavatel (9 %).³⁷

Dále je v zákoně o veřejném zdravotním pojištění uveden výčet práv a povinností účastníka zdravotního pojištění. Mezi práva patří: právo na výběr zdravotní pojišťovny, právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb, právo na časovou a místní dostupnost služeb, právo na poskytnutí zdravotních služeb, právo na léčivé přípravky a mnoho dalších. Mezi povinnosti například patří: plnění oznamovací povinnosti, sdělení zaměstnance svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn, hrazení pojistného příslušné zdravotní pojišťovně, podrobení se preventivním prohlídkám, prokazování se průkazem pojištěnce a hrazení regulačních poplatků poskytovateli. V případě, kdy pojištěnec neodvádí pojistné příslušné zdravotní pojišťovně, nezaniká nárok na čerpání zdravotní péče ani vztah ke zdravotní pojišťovně, nýbrž je pojišťovnou vyměřeno penále, které bude následně společně s dlužným pojistným vymáhat.³⁸

Česká republika se sice poměrně pozdě, ale přece připojila k zemím, které sledují kvalitu stávajícího systému a zveřejňují výsledky poskytované zdravotní péče konkrétními zdravotnickými zařízeními. Tyto výsledky jsou k nahlédnutí na stránkách konkrétního zařízení. V roce 2005 byla vydána pravidla pro zařízení, která jsou přímo

³⁶ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, 162,164-165. ISBN 978-80-7357-503-8.

³⁷ Úvod do veřejného zdravotnictví. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, s. 132. ISBN 978-80-7367-592-9.

³⁸ Práva a povinnosti. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. MZČR: © 2010 MZČR, 2014 [cit. 2016-08-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/prava-a-povinnosti_2620_22.html

řízena Ministerstvem zdravotnictví. Těmito pravidly jsou stanoveny bonusy a sankce v závislosti na plnění kvalitativních ukazatelů, které se dělí podle tří hledisek: parametry zdravotní péče, hodnocení podle diagnóz a sledování spokojenosti pacientů.

V současné době se kvalita zdravotní péče sleduje hlavně prostřednictvím dotazníkových šetření, což je oblíbený postup, protože se do hodnocení kvality zapojí samotní pacienti. Pacient se v dotazníku vyjadřuje k osmi oblastem, což jsou tzv. Pickertovy dimenze kvality zdravotní péče a jsou jimi:

1. Přijetí pacienta do nemocnice.
2. Respekt, úcta, ohled k pacientovi.
3. Koordinace a integrace péče o pacienta.
4. Informace, komunikace a edukace (poučení pacienta).
5. Tělesné pohodlí pacienta v nemocnici.
6. Citová opora a zmírnění strachu a úzkosti pacienta.
7. Zapojení rodiny a přátel do léčby.
8. Propuštění z nemocnice a následná péče o pacienta.

V případě, že výsledky spokojenosti přesahují 90 %, je zdravotnictví považováno za efektivní.³⁹

³⁹ Ukazatelé kvality v českém zdravotnictví. MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, s. 87-90. ISBN 978-80-7357-912-8.

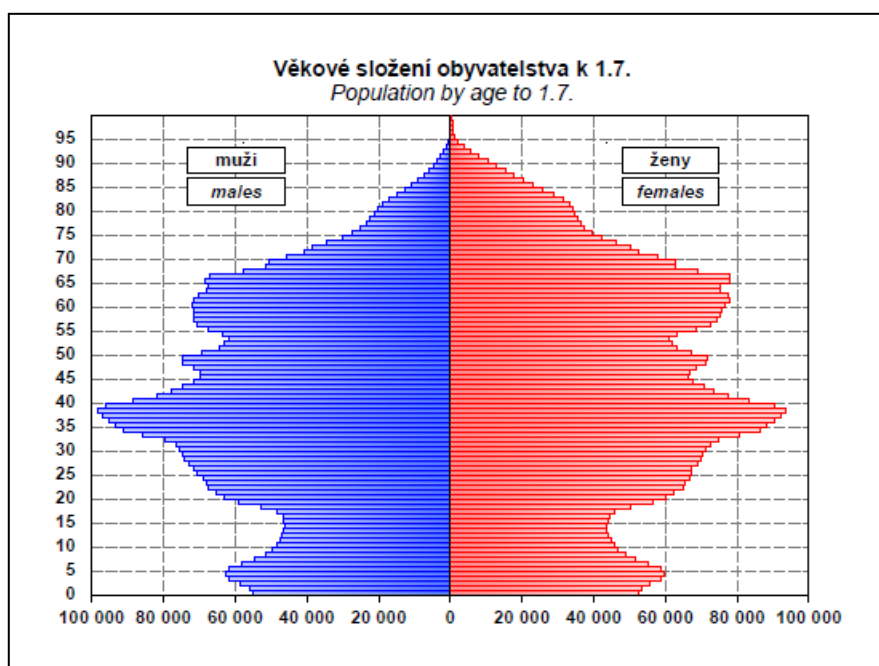
5. Vybrané demografické ukazatele

V následující kapitole jsou popsány demografické pojmy relevantní pro praktickou část bakalářské práce, a to struktura obyvatelstva podle věku a její typy, úmrtnost, plodnost a porodnost.

5.1. Struktura obyvatelstva podle věku

Jedním z hlavních ukazatelů demografické situace v zemi je struktura obyvatelstva podle věku, ze kterého je patrné věkové rozložení obyvatelstva a lze z něj usuzovat budoucí vývoj.

Třídění obyvatelstva podle věku je variabilní ukazatel, protože může vyjadřovat rozdělení obyvatel do skupin jednoletých nebo pětiletých. Pro grafické zobrazení struktury obyvatelstva se nejčastěji používá věkově-pohlavní pyramida, což je vlastně dvojitý histogram, kde na osách x jsou znázorněny absolutní, respektive relativní četnosti mužů a žen, přičemž na levé straně jsou muži a na pravé ženy, na ose y jsou věkové skupiny.



Obrázek 5: Věková pyramida obyvatelstva ČR v roce 2013, Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR 2013⁴⁰

⁴⁰ Zdravotnická ročenka ČR 2013. In: Zdravotnická ročenka [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 276 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7472-135-9. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2013>

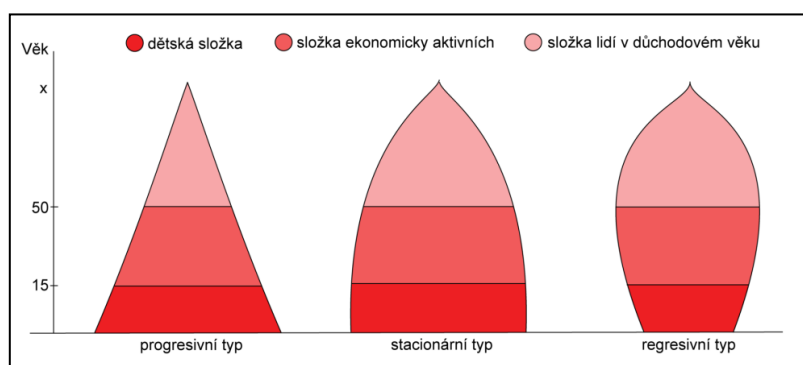
Uvedená pyramida je východiskem pro další různé demografické analýzy a současně je výsledkem demografických a geodemografických procesů jako jsou například porodnost, úmrtnost a migrace.⁴¹

V závislosti na výše popsaném ukazateli můžeme obyvatelstvo rozdělit podle věku do tří skupin:

1. Dětská složka, kde jsou zahrnuty děti od 0 - 14 let věku.
2. Reprodukční složka zahrnuje obyvatelstvo ve věku mezi 15 - 49 lety, což je odvozeno od reprodukčního věku žen.
3. Postreprodukční složka zahrnuje obyvatelstvo nad 50 let.

Obyvatelstvo do skupin, které zachycují významné změny v životě člověka, rozdělil A. G. Sundbärg v roce 1900.⁴²

Podle zastoupení tří skupin obyvatelstva rozlišujeme tři typy věkových struktur, ačkoliv uvedené typy v praxi nalezneme v čisté podobě jen zřídka. Rozdělení je závislé na zastoupení dětské a postreprodukční složky, protože reprodukční složky obyvatelstva je většinou okolo 50 procent.



Obrázek 6: Sundbargovy typy věkové struktury, Zdroj: Klufová, Poláková: Demografické metody a analýzy⁴³

Prvním typem je progresivní typ, kde výrazně převažuje dětská složka nad postreprodukční, a proto je taková populace charakteristická vysokou úrovní

⁴¹ KLUF OVÁ, Renata a Zuzana POLÁKOVÁ. *Demografické metody a analýzy: Demografie české a slovenské populace*. Vydání první. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 58-60. ISBN 978-80-7357-546-5.

⁴² Sundbargovy typy věkové struktury. KLUF OVÁ, Renata a Zuzana POLÁKOVÁ. *Demografické metody a analýzy: Demografie české a slovenské populace*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 60. ISBN 978-80-7357-546-5.

⁴³ Sundbargovy typy věkové struktury. KLUF OVÁ, Renata a Zuzana POLÁKOVÁ. *Demografické metody a analýzy: Demografie české a slovenské populace*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 61. ISBN 978-80-7357-546-5.

plodnosti, i když je obvykle kompenzována vyšší intenzitou úmrtnosti. Při každém zlepšení úmrtnostních poměrů dochází k početnímu růstu populace. Progresivní typ se obvykle vyskytuje v rozvojových zemích, v našich zeměpisných šířkách ho nalezneme například u romské populace.

Druhým typem je stacionární typ populace, kdy je dětská a postprodukční složka téměř v rovnováze. V uvedeném typu populace zůstává početní stav populace v dlouhodobé rovnováze. Situace je taková, že při dlouhodobě nízké natalitě se populace dostane do bodu, kdy se pouze nahrazuje populace v produktivním věku. Stacionární typ věkové struktury vykazovala například Česká republika v 70. letech.

Posledním typem je regresivní populace, kdy ve věkovém rozložení populace dětská složka nedosahuje zastoupení složky postreprodukční, početně ji nenahrazuje a v dlouhodobém měřítku dochází ke snižování početního stavu populace. Regresivní typ v současnosti převažuje ve vyspělých zemích s nízkou porodností.⁴⁴

5.2. Úmrtnost

Úmrtnost je jedním z hlavních demografických procesů, které se ve společnosti dějí, a společně s porodností představuje základní složku demografické reprodukce populace. Ukazatel úmrtnosti vypovídá o zdravotním stavu obyvatel i s ukazatelem nemocnosti. Všechny zmíněné ukazatele ovlivňuje řada faktorů, které můžeme rozčlenit na tři základní skupiny:

1. Genetické faktory, mezi něž patří genetické vady a dispozice i fakt, že muži umírají v průměru dříve než ženy.
2. Ekologické faktory – například klimatické podmínky a životní prostředí.
3. Socioekonomické faktory, které můžeme dále rozdělit na individuální a vlivy prostředí. Individuálními faktory jsou například životní úroveň, úroveň vzdělání a péče o vlastní zdraví. Vlivy prostředí jsou například úroveň zdravotnictví, dostupnost a kvalita zdravotní péče a systém sociálního zabezpečení.

⁴⁴ Pohlaví, věk: Typy věkových struktur. In: HŮLE, Daniel. *Demografie* [online]. Praha: demografie.info, ©2004-2014 [cit. 2016-11-11]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_pohlavivektypyvekstruktur

Mezi základní ukazatele úmrtnosti patří: hrubá míra úmrtnosti, střední délka života a úmrtnosti dětí v prvním roce života.⁴⁵

5.3. Plodnost a porodnost

Proces narození dítěte je vedle procesu úmrtnosti základním faktorem pro měření demografické reprodukce. Porodnost, jako taková, je tedy používána jako základní pojem, který vyjadřuje význam rození pro populační změny a lidskou reprodukci.⁴⁶ S tímto pojmem úzce souvisí pojmy plodnost neboli fertilita a narození. Všechny zmíněné pojmy spolu navzájem úzce souvisí a mohou se ve spoustě výkladů navzájem překrývat. Důležitým je i pojem fekundita, který vyjadřuje potencionální plodnost, zatímco fertilita ukazuje aktuální porodnost.

Úroveň porodnosti může být rovněž ovlivněna vnějšími faktory jako například populační politika státu, bytová situace partnerů, uplatnění na trhu práce a náboženské vyznání.

Analýzu procesu porodnosti můžeme započít již ve fázi těhotenství, které začíná početím a končí porodem, který může být jednočetný nebo vícečetný.

Narozené děti můžeme rozlišovat podle několika faktorů:

1. Podle rodinného stavu matky se rodí děti manželské a nemanželské.
2. Podle projevu známek života, respektive živě nebo mrtvě narozené.
3. Podle věku matky v době porodu.
4. Podle pořadí, což znamená kolikáté dítě matky to je.

V souvislosti s plodivostí ženy se vymezuje tzv. reprodukční období, což je období, kdy je žena schopna rodit děti. Obvykle se tak děje mezi 15 - 49 rokem života ženy a uvedené rozmezí označujeme jako rodivý kontingent.

Nejčastěji používanými ukazateli porodnosti a plodnosti jsou: hrubá míra porodnosti, obecná míra plodnost, index plodnosti a úhrnná plodnost.⁴⁷

⁴⁵ Úmrtnost. KLUFOVÁ, Renata a Zuzana POLÁKOVÁ. *Demografické metody a analýzy: Demografie české a slovenské populace*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 76-85. ISBN 978-80-7357-546-5.

⁴⁶ Porodnost. In: HŮLE, Daniel. *Demografie* [online]. Praha: demografie.info, ©2004-2014 [cit. 2016-11-11]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_porodnost

⁴⁷ Plodnost a porodnost. KLUFOVÁ, Renata a Zuzana POLÁKOVÁ. *Demografické metody a analýzy: Demografie české a slovenské populace*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, s. 146-153. ISBN 978-80-7357-546-5.

Praktická část

6. Analýza nákladů na zdravotnictví 2004 - 2016

Z hlediska financování českého zdravotnictví rozlišujeme tři základní systémy financování zdravotní péče a to:

- veřejné zdroje, které obsahují veřejné rozpočty a povinné zdravotní pojištění,
- soukromé zdroje bez přímých plateb domácností,
- přímé platby domácností, jimiž jsou myšleny přímé platby za zdravotní péči nebo případná spoluúčast.

Česká republika od počátku své existence prošla mnoha institucionálními proměnami, včetně reforem zdravotního systému, a současný stav je jejich výsledkem. V mezinárodním srovnání si Česká republika počíná na velmi vysoké úrovni, ačkoliv mezery v systému existují a například průměrná délka pobytu v nemocnici je oproti ostatním evropským zemím velmi vysoká. Systém je tedy ve fázi, kdy je připraven na drobné změny v oblasti efektivity a zlepšení zdravotních výsledků.⁴⁸

Současný světový vývoj nasvědčuje tomu, že potřeba opatření souvisejících se změnou systému poskytování zdravotní péče, financování a rozvojem zdravotnických technologií, které obyvatelstvu budou zdravotnictví stále zkvalitňovat, je stále vyšší.

V následujících kapitolách bude provedena analýza nákladů na zdravotnictví za sledované období, ale vzhledem k tomu, že Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR statistiky či ročenky, které jsou nutné pro úplnou analýzu, doposud nevydal nebo danou statistiku či ročenku přestal vydávat, zůstanou některé buňky v níže uvedených tabulkách nevyplněné. V poslední kapitole týkající se nákladů na zdravotnictví zhodnotím české zdravotnictví z pohledu efektivity a pokusím se navrhnout případná doporučení pro zefektivnění systému financování, která by vyřešila hlavní problém současného zdravotnictví – stárnutí populace a pokles porodnosti.

⁴⁸ ALEXA, Jan, Lukáš REČKA, Jana VOTÁPKOVÁ, Ewout VAN GINNEKEN, Anne SPRANGER a Friedrich WITTENBECHER. *Health Systems in Transition: Czech Republic: Health system review* [online]. United Kingdom: © World Health Organization, 2015, 17(no. 1) [cit. 2017-04-26]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf

6. 1. Veřejné výdaje na zdravotnictví

Do veřejných výdajů můžeme řadit státní rozpočet a územní rozpočty obcí a krajů neboli místní rozpočty a povinné příspěvky do veřejného zdravotního pojištění.

Státní rozpočet a územní rozpočty se zaměřují především na financování specifických oblastí, které nejsou hrazeny prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Mezi takové činnosti můžeme počítat:

- výdaje na zdravotnický výzkum a vývoj,
- vzdělávání zdravotnických pracovníků,
- preventivní programy a kampaně,
- činnost hygienických stanic,
- výdaje na investiční projekty,
- přímé dotace.

Z této oblasti je hrazena správa rezortu zdravotnictví, jako je Ministerstvo zdravotnictví (především jeho provoz), odbory zdravotnictví na krajských úřadech, Státní zdravotní úřad, Státní úřad pro kontrolu léčiv a Ústav zdravotnických informací a statistiky.⁴⁹

Následující data o veřejných výdajích jsou použita z Ústavu zdravotnických informací a statistik z publikací: Zdravotnická ročenka⁵⁰, Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky⁵¹ a Ekonomické informace ve zdravotnictví⁵².

Tabulka 2 zachycuje vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví mezi lety 2004 a 2015, data za rok 2016 bohužel nejsou doposud zveřejněna, z tohoto důvodu se hodnoty v tabulce neobjevují. V případě ukazatele: Vývoj veřejných výdajů na jednoho obyvatele, se data již nedala dohledat.

⁴⁹ *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2015* [online]. In: Praha: ČSÚ, 2016 [cit. 2016-12-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2015>

⁵⁰ Zdravotnická ročenka České republiky. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2017 [cit. 2017-05-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

⁵¹ Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky (dříve Vývoj finančních ukazatelů makroekonomických a ze zdravotnictví). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: ÚZIS, 2017 [cit. 2017-05-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zdravotnictvi-jako-soucast-narodni-ekonomiky-drive-vyvoj-financnich-ukazatelu-makroekono>

⁵² Ekonomické informace ve zdravotnictví. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2017 [cit. 2017-05-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>

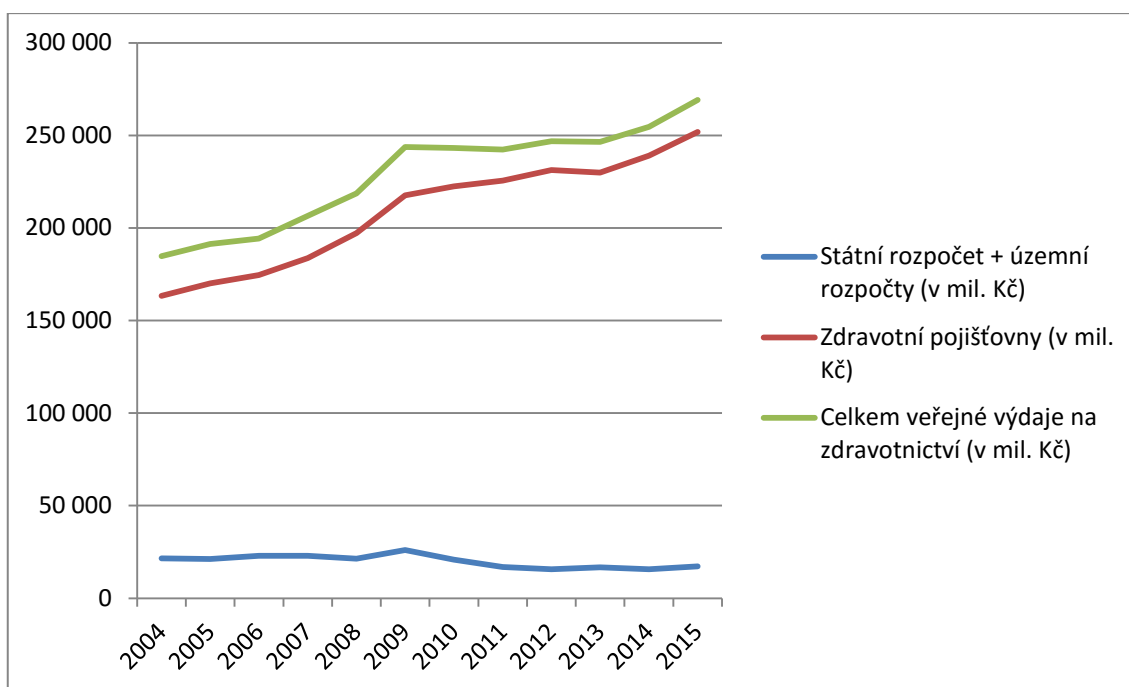
Tabulka 2: Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví mezi lety 2004 - 2015;*Zdroj: vlastní zpracování⁵³*

Rok	Státní rozpočet + územní rozpočty (v mil. Kč)	Zdravotní pojišťovny (v mil. Kč)	Celkem veřejné výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč)	Výdaje na jednoho obyvatele (v Kč)
2004	21 495	163 330	184 825	17 212
2005	21 263	170 093	191 356	18 698
2006	22 828	174 516	194 344	18 930
2007	22 851	183 713	206 565	20 120
2008	21 439	197 280	218 719	20 971
2009	26 034	217 658	243 692	23 229
2010	20 781	222 500	243 281	23 132
2011	16 863	225 547	242 410	23 094
2012	15 647	231 270	246 918	23 495
2013	16 657	229 905	246 562	23 458
2014	15 671	239 012	254 683	X
2015	17 244	251 913	269 157	X

Z tabulky 2 vyplývá, že celkové veřejné výdaje na zdravotnictví se neustále zvyšují, ačkoliv poměr nákladů mezi státním a územním rozpočtem a zdravotními pojišťovnami se mírně změnil. Od roku 2010 do současnosti klesají výdaje ze státního a územních rozpočtů, což může být způsobeno úspornými opatřeními v sektoru zdravotnictví, které provádí například vláda. Výdaje zdravotních pojišťoven od roku 2004 do současnosti neustále rostou. S tím úzce souvisí i vývoj veřejných nákladů na jednoho obyvatele, které také postupně rostou, ačkoliv můžeme u obou ukazatelů pozorovat malé výkyvy.

Celkově tedy můžeme říci, že veřejné výdaje na zdravotnictví postupně rostou.

⁵³ Zpracováno dle publikace: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004 - 2013



Graf 1: Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví mezi lety 2004 - 2015; Zdroj: vlastní zpracování⁵⁴

Z grafu 1, kde jsou zobrazeny data z tabulky 2, vyplývá rostoucí trend vývoje veřejných výdajů. Důvodů růstu může být několik, například neochota obyvatelstva investovat do svého vlastního zdraví a přenechání odpovědnosti na zdravotní pojišťovny. Tento přístup je logický, protože v systému veřejného zdravotního pojištění příjemce zdravotní péče nemá pocit, že by si měl některé zdravotnické služby ještě doplácet. Dalším důvodem může být stále zvyšující se nároky na komfort a kvalitu poskytovaných služeb, jakož i rozvoj nových technologií.

Zajímavé jsou veřejné výdaje jako na procentuální podíl z hrubého domácího produktu. Aktuální vývoj je zachycen v tabulce 3. Data za roky 2014, 2015 a 2016 nejsou k dispozici, protože Ústav zdravotnických informací a statistik již tyto publikace nezveřejňuje. Nejdůležitějším výstupem je fakt, že Česká republika za sledované období vydává v zásadě konstantní podíl veřejných výdajů na HDP.

⁵⁴ Zpracováno dle publikace: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004 - 2013

Tabulka 3: Vývoj podílu veřejných výdajů na HDP; Zdroj: vlastní zpracování⁵⁵

Rok	Vývoj podílu veřejných výdajů na HDP (v %)
2004	6,04
2005	5,87
2006	5,62
2007	5,39
2008	5,45
2009	6,24
2010	6,15
2011	6,03
2012	6,10
2013	6,03

Žádné výrazné změny ve vývoji podílu veřejných výdajů na HDP nejsou tedy pozorovatelné. Z tabulky vyplývá, že od roku 2009 podíl na hrubém domácím produktu klesá, což může být znovu způsobeno úspornými opatřeními vlády v důsledku světové ekonomické krize a lze předpokládat, že snížení je zapříčiněno snížením výdajů ze státních rozpočtů a z územních rozpočtů.

V tabulce 4 je zachycen vývoj přírůstků veřejných výdajů za sledované období procentuelně i absolutně. Data za roky 2014, 2015 a 2016 nejsou dispozici, protože Ústav zdravotnických informací a statistik již tyto publikace nezveřejňuje. Od roku 2004 do roku 2009 můžeme sledovat rychlý nárůst, nicméně od roku 2010 se čísla velmi mění. Tyto výkyvy jsou způsobeny několika událostmi. Značný nárůst v roce 2009 před nástupem ekonomické krize může být způsoben tím, že ekonomika byla na vrcholu a o to větší byl poté propad a snížení veřejných výdajů. Druhý výkyv můžeme sledovat mezi lety 2012 a 2013, který lze přičíst novému složení Parlamentu České republiky a následným opatřením v rámci sociální a zdravotní politiky.

⁵⁵ Zpracováno dle publikace: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004 - 2014

Tabulka 4: Přírůstky veřejných výdajů na zdravotnictví oproti předchozímu roku; Zdroj: vlastní zpracování⁵⁶

Rok	Růst v %	Růst v mil. Kč
2004	5,3	9 233
2005	3,5	6 531
2006	3,0	5 671
2007	4,8	9 538
2008	5,9	12 154
2009	11,9	26 035
2010	-0,6	-1 473
2011	-0,4	-871
2012	1,9	4 508
2013	-0,1	-356

6. 2. Soukromé výdaje na zdravotnictví

Mezi soukromé výdaje na zdravotnictví řadíme dobrovolné platby jednotlivců na zdravotní péči neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění, což je jakási dobrovolná nástavba na veřejné zdravotní pojištění, a závodní zdravotní péče.

Z hlediska významnosti, představuje tato skupina výdajů spíše doplňkový finanční zdroj, ačkoliv lze očekávat postupný nárůst soukromých výdajů především proto, že průměrná délka života se nadále zvyšuje a lidé začnou již od útlého věku investovat do svého zdraví více než dříve.

V tabulce 5 je znázorněn vývoj soukromých peněžních vydání na zdravotní péči na 1 obyvatele podle statistiky rodinných účtů, data za roky 2014, 2015 a 2016 nejsou dispozici, protože Ústav zdravotnických informací a statistik již tyto publikace nezveřejňuje.

⁵⁶ Zpracováno dle publikace: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004 - 2013

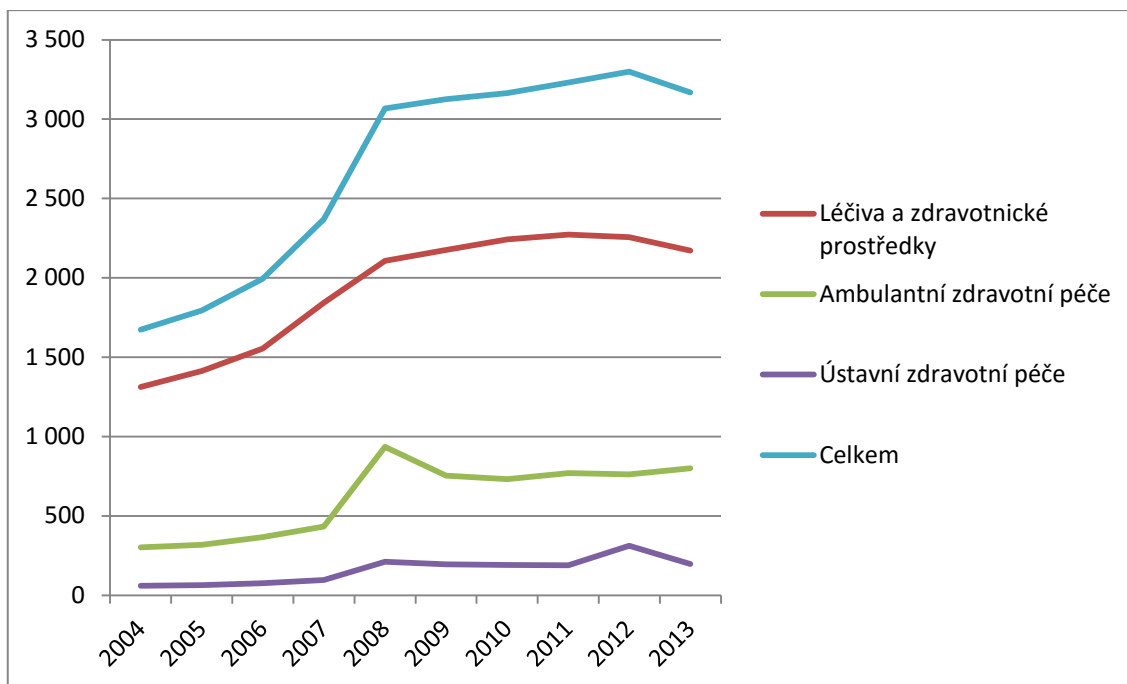
Tabulka 5: Soukromá peněžní vydání na zdravotní péči na 1 obyvatele podle statistiky rodinných účtů (v Kč); Zdroj: vlastní zpracování⁵⁷

Rok	Léčiva a zdravotnické prostředky	Ambulantní zdravotní péče	Ústavní zdravotní péče	Celkem
2004	1 312	302	60	1 674
2005	1 414	318	63	1 795
2006	1 554	366	75	1 995
2007	1 842	433	95	2 369
2008	2 107	936	210	3 068
2009	2 176	754	195	3 125
2010	2 243	731	191	3 165
2011	2 272	770	188	3 230
2012	2 256	762	312	3 300
2013	2 172	799	197	3 168

Z tabulky 5 vyplývá, že obывatelé jsou ochotni si za zdravotní péči připlatit i ze svých zdrojů a tyto částky se postupně zvyšují. Jediný rok, kde došlo ke změně, je rok 2013, kdy výdaje jednotlivců mírně klesly.

V grafu 2 je zobrazen vývoj soukromých peněžních vydání na zdravotní péči na jednoho obывatele v letech 2004 - 2016 (zpracovaná data z tabulky 5).

⁵⁷ Zpracováno dle publikace: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004 - 2013



Graf 2: Soukromá peněžní vydání na zdravotní péči na 1 obyvatele podle statistiky rodinných účtů (v Kč); Zdroj: vlastní zpracování⁵⁸

Z grafu 2 vyplývá, že pro Českou republiku je typické nadužívání léčiv a jiných zdravotnických prostředků, naproti tomu ústavní zdravotní péče není téměř vůbec využívána. Zajímavým faktorem, který významně vývoj soukromých peněžních vydání na ambulantní zdravotní péči ovlivnil, je fakt, že od 1. ledna 2008 byly zavedeny tzv. regulační poplatky, které měly vést k zefektivnění využívání zdravotnické péče, nicméně jednalo se o nepopulární opatření a v současné době existuje pouze jediný případ, kdy je regulační poplatek hrazen, a to při využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovosti v oboru zubního lékařství, a činí 90 Kč.

Pokud si povšimneme nepatrného snížení výdajů na ústavní zdravotní péči mezi lety 2012 a 2013, tak lze předpokládat, že pokles se týká opatření v oblasti lázeňské péče, kde byly výdaje ze strany zdravotních pojišťoven provedeny podstatné změny v proplácení lázeňských pobytů. V současnosti se ovšem znovu stává trendem lázeňských služeb využívat více i s ohledem na nová pravidla předepisování poukazů.⁵⁹

⁵⁸ Zpracováno dle publikace: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004 - 2013

⁵⁹ *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2015* [online]. In: Praha: ČSÚ, 2016 [cit. 2016-12-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2015>

6. 3. Celkové výdaje na zdravotnictví

V následující podkapitole je zachycen vývoj celkových výdajů na zdravotnictví mezi lety 2004 a 2014, novější data z publikace Ekonomické informace ve zdravotnictví nejsou dostupná a ostatní publikace Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky nebo Zdravotnická ročenka buď informace vůbec neposkytují, nebo používají jinou metodiku a data tudíž pro zachycení trendu nejsou relevantní.

Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví se odvíjel i od celkové ekonomické situace v České republice. Z publikace Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky vyplývá, že hrubý domácí produkt od roku 2004 (2 767 717 mil. Kč v běžných cenách) do roku 2008 (3 696 389 mil. Kč v běžných cenách) stále rostl. V roce 2009 zasáhla i Českou republiku globální ekonomická krize a hrubý domácí produkt poprvé za dobu existence samostatné České republiky klesl na hodnotu 3 628 080 mil. Kč. Od roku 2009 má uvedený ukazatel stoupající tendenci, ačkoliv růst v letech po ekonomické krizi nebyl nijak značný. Hrubý domácí produkt za rok 2015 činí 4 555 mld. Kč v běžných cenách, což značí kladný hospodářský růst.⁶⁰

S vývojem hrubého domácího produktu a vývojem ekonomiky úzce souvisí i vývoj celkových výdajů na zdravotnictví a tento vývoj prakticky v celé délce kopíruje vývoj HDP.

V tabulce 6 je uveden vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v letech 2004 - 2016. Data za roky 2015 a 2016 nejsou dispozici, protože Ústav zdravotnických informací a statistik již tyto publikace nezveřejňuje a údaje za rok 2014 jsou zpracovány z publikace Celkové výdaje na zdravotnictví 2010 – 2014 od Ivana Popoviče.

⁶⁰ Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky (dříve Vývoj finančních ukazatelů makroekonomických a ze zdravotnictví). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: ÚZIS, 2017 [cit. 2017-05-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zdravotnictvi-jako-soucast-narodni-ekonomiky-drive-vyvoj-financnich-ukazatelu-makroekono>

Tabulka 6: Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v letech 2004 - 2014; Zdroj: vlastní zpracování⁶¹

Rok	Celkové výdaje (v mil. Kč)		Podíl zdrojů financování na celkových výdajích (v %)	
	Z veřejných prostředků	Celkem	Z veřejných prostředků	Soukromé výdaje obyvatel
2004	184 825	209 270	88,3	11,7
2005	191 356	218 774	87,5	12,5
2006	197 027	226 810	86,9	13,1
2007	206 563	241 935	85,4	14,6
2008	218 719	264 520	82,7	17,3
2009	244 754	292 708	83,6	16,4
2010	243 281	289 035	84,2	15,8
2011	242 410	287 768	84,2	15,8
2012	246 918	293 306	84,2	15,8
2013	246 592	290 943	84,7	15,3
2014	254 683	299 907	84,9	15,1 ⁶²

Z tabulky 6 vyplývá, že vývoj celkových výdajů můžeme považovat za rostoucí, nicméně po roce 2009 v době ekonomické krize, byl zaznamenán lehký pokles výdajů, který i nadále klesá. Tento fakt může být způsoben restriktivními opatřeními ze strany státu, což záleží na tom, která politická strana vládne. Je samozřejmé, že když je u moci pravicová vláda, opatření budou spíše restriktivní, pokud je u moci levicová vláda, tak jsou opatření permissivní.

Co se týká podílu veřejných výdajů a soukromých výdajů, tak je z tabulky 6 zřejmé, že nepatrná část veřejných výdajů se přesunula do soukromé sféry, což značí přenesení odpovědnosti na obyvatele země.

⁶¹ Zpracováno podle publikace: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004 - 2013

⁶² POPOVIČ, Ivan. Celkové výdaje na zdravotnictví 2010 – 2014. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2015 [cit. 2017-04-29]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014>

Tabulka 7 navazuje na předchozí vývoj celkových výdajů na zdravotnictví, tentokrát však z pohledu jednotlivce. Data za roky 2014, 2015 a 2016 nejsou dispozici, protože Ústav zdravotnických informací a statistik již tyto publikace nezveřejňuje.

Tabulka 7: Vývoj celkových výdajů na 1 obyvatele (v Kč); Zdroj: vlastní zpracování⁶³

Rok	Z veřejných prostředků	Celkem
2004	18 108	20 256
2005	18 698	21 377
2006	19 191	22 092
2007	20 011	23 437
2008	20 971	25 362
2009	23 329	27 900
2010	23 132	27 482
2011	23 094	27 415
2012	23 495	27 909
2013	23 458	27 681

Výdaje na jednoho obyvatele se také výrazně neměnily, můžeme pozorovat nepatrný nárůst, který je ale pravděpodobně způsoben růstem hrubého domácího produktu. Dále je také patrný mírný nárůst podílu soukromých výdajů, který se do budoucna bude jistě zvyšovat i nadále.

6. 4. Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle věku a pohlaví v roce 2010 a 2014

V tabulce 8 je uveden přesun výdajů na zdravotnictví do stále početnějších starších věkových skupin obyvatelstva a jsou zde porovnány výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle věku a pohlaví v letech 2010 a 2014. Obě pohlaví, muži i ženy, jsou rozděleny do pětiletých věkových skupin, aby byl zřetelnější přesun nákladů.

⁶³ Zpracováno podle: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004 - 2013

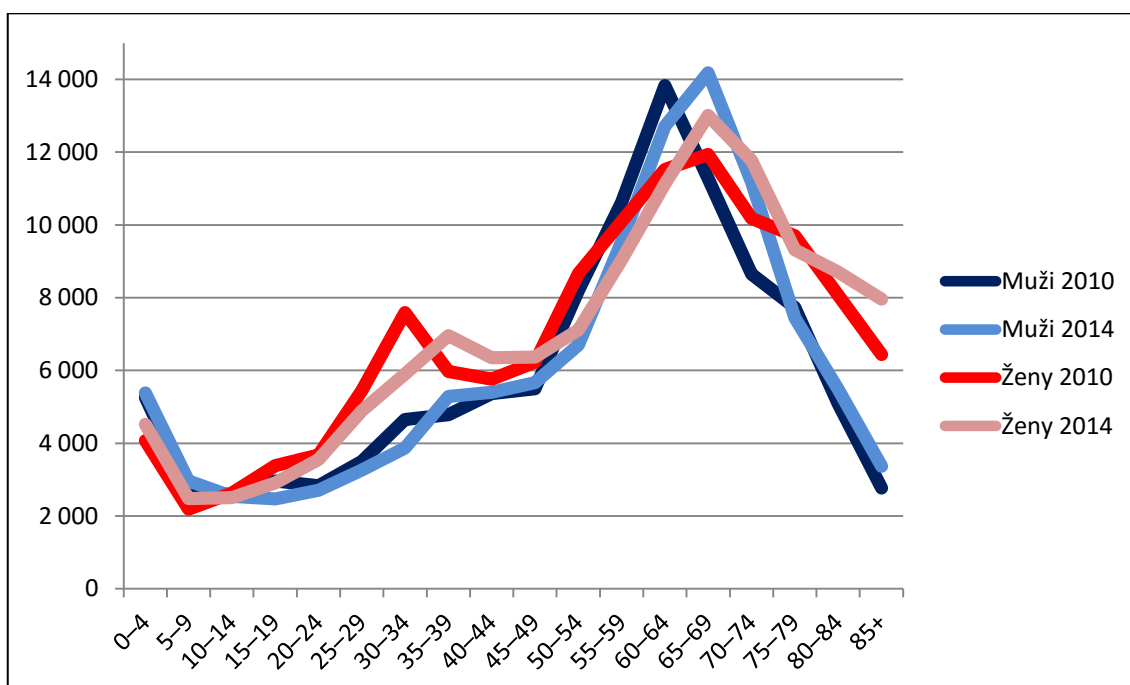
Tabulka 8: Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle věku a pohlaví v roce 2010 a 2014; Zdroj: vlastní zpracování⁶⁴

Věková skupina	Výdaje na zdravotní péči (v mil. Kč)			
	Muži		Ženy	
	2010	2014	2010	2014
0–4	5 256	5 380	4 072	4 519
5–9	2 716	2 966	2 188	2 483
10–14	2 584	2 540	2 627	2 501
15–19	2 964	2 466	3 385	2 913
20–24	2 831	2 711	3 673	3 554
25–29	3 503	3 265	5 446	4 887
30–34	4 650	3 872	7 589	5 900
35–39	4 780	5 283	5 975	6 960
40–44	5 368	5 402	5 759	6 350
45–49	5 499	5 660	6 229	6 365
50–54	8 201	6 705	8 664	7 117
55–59	10 631	9 546	10 095	9 041
60–64	13 828	12 711	11 523	11 126
65–69	11 282	14 178	11 942	13 009
70–74	8 650	11 173	10 182	11 767
75–79	7 730	7 448	9 707	9 314
80–84	5 092	5 486	8 071	8 711
85+	2 772	3 364	6 435	7 961
Průměr	108 332	110 151	123 557	124 477

⁶⁴ Zdravotnická ročenka ČR 2015. In: *Zdravotnická ročenka* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2016, s. 223 [cit. 2016-10-12]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/node/7693>

Z tabulky 8 vyplývá, že při narození a v prvních letech života je více peněžních prostředků vynakládáno na muže, přičemž obrat nastává v reprodukčním období žen mezi 19 a 49 rokem života. Nejvíce patrný rozdíl nastal v roce 2010 u věkové skupiny 30 - 34 let a v roce 2014 u věkové skupiny 35 - 39 let. Rozdíl je pravděpodobně zapříčiněn těhotenstvím žen, které v tomto období využívají lékařskou péči častěji. Od 50. roku života můžeme pozorovat strmý nárůst nákladů, ať už v roce 2010, či v roce 2014. Opětovný pokles pozorujeme od 70. roku života, kdy již staří lidé, ať už mužského nebo ženského pohlaví, nenavštěvují zdravotnická zařízení tak často.

To, že se náklady přesouvají do vyšších věkových skupin, je znázorněno v grafu 3, kde jsou zpracována data z tabulky 8.



Graf 3: Výdaje zdravotních pojišťoven podle věku a pohlaví v roce 2010 a 2014; Zdroj: vlastní zpracování⁶⁵

Výše uvedené tvrzení by bylo přesněji vidět v případě, že bychom měli k dispozici srovnání za více let, nicméně při bližším zkoumání je přesun nákladů na grafu vidět ve dvou případech.

⁶⁵ Zdravotnická ročenka ČR 2015. In: *Zdravotnická ročenka* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2016, s. 223 [cit. 2016-10-12]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/node/7693>

První případ je u žen ve věkových skupinách 30 - 34 let a 35 - 39 let. Náklady v daných věkových skupinách se v roce 2010 rapidně snížily (ze 7 589 milionů Kč na 5 975 milionů Kč), v roce 2014 se náklady v uvedených věkových skupinách zvyšovaly (z 5 900 milionů Kč na 6 960 milionů Kč). Tento posun je patrně způsoben odkládáním mateřství do pozdějšího věku.

Druhý případ je u mužů ve věkových skupinách 65 - 69 let a 70 - 74 let, kdy se náklady v roce 2010 i 2014 mezi věkovými skupinami snižují, nicméně v roce 2014 je hodnota výdajů ve věkové skupině 70 - 74 let o 2 523 milionů korun vyšší než v roce 2010. Tento přesun výdajů může být způsoben stále pozdějším odchodem do důchodu a odsouváním zdravotní péče právě do důchodového věku.

6. 5. Mezinárodní srovnání

Následující kapitola je zaměřena na vývoj podílu celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu v mezinárodním srovnání vybraných zemí OECD. Pro srovnání jsem vybrala země OECD, které jsou buď přímými sousedy České republiky, a tudíž jejich ekonomiky jsou na podobné úrovni jako Česká republika, nebo jsou představiteli výše popisovaných zdravotnických systémů a je na nich tedy možné ilustrovat jinou zdravotní politiku. Vybranými státy jsou Slovensko, Německo, Polsko, Velká Británie a Spojené státy americké. Data jsou zpracována do přehledné tabulky 9, kde jsou využity Zdravotnické ročenky z let 2004 - 2015 a vyjadřují podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu ve vybraných zemích v letech 2004-2015. Data za rok 2016 doposud nejsou k dispozici.

Tabulka 9: Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (v %) ve vybraných zemích v letech 2004 - 2015; Zdroj: vlastní zpracování⁶⁶

	Česká republika	Slovensko	Německo	Polsko	Velká Británie	USA
2004	7,2 %	7,2 %	10,6 %	6,2 %	8,0 %	15,7 %
2005	7,2 %	7,0 %	10,7 %	6,2 %	8,2 %	15,7 %
2006	7,0 %	7,3 %	10,6 %	6,2 %	8,5 %	15,8 %

⁶⁶ Zpracováno podle: Zdravotnická ročenka 2004 - 2016

2007	6,8 %	7,7 %	10,5 %	6,4 %	8,4 %	16,0 %
2008	7,1 %	8,0 %	10,7 %	7,0 %	8,8 %	16,4 %
2009	8,2 %	9,1 %	11,6 %	7,4 %	9,8 %	17,4 %
2010	7,3 %	8,0 %	11,1 %	6,6 %	8,7 %	16,4 %
2011	6,9 %	7,8 %	11,0 %	6,4 %	8,5 %	16,4 %
2012	7,0 %	7,4 %	10,7 %	6,2 %	8,4 %	16,4 %
2013	7,1 %	7,7 %	10,8 %	6,2 %	8,5 %	16,4 %
2014	7,8 %	7,6 %	10,9 %	6,5 %	9,9 %	16,4 %
2015	7,7 %	7,0 %	11,0 %	6,4 %	9,9 %	16,6 %

Z tabulky 9 vyplývá následující:

Slovenská republika se vyznačuje velice podobnou úrovní ekonomiky a i její zdravotní systém je velice podobný tomu českému. Odvody do sociálního i do zdravotního systému je povinen hradit jak zaměstnavatel, tak zaměstnanec. U osob samostatně výdělečně činných existuje povinnost zdravotní pojištění hradit od prvního dne zahájení činnosti. Pro rok 2015 činil koeficient, kterým se dělí základ daně, 1,486, přičemž minimální vyměřovací základ je částka ve výši 50 % obecného vyměřovacího základu.⁶⁷ Procentuální podíl výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu je kromě let 2005, 2014 a 2015 vždy vyšší než v České republice. Pokrizový vývoj rovněž kopíruje Českou republiku a procentuální snižování začalo ve stejném roce (2010).

Vývoj v Německé spolkové republice odpovídá typu zdravotního systému, který se v této zemi uplatňuje, přičemž výdaje na zdravotní systém v této zemi patří k úplně nejvyšším v celé Evropě. Světová ekonomická krize Německo nezasáhla v oblasti zdravotnictví tak markantně jako jiné země. Pokles zde byl zaznamenán, ale spíše v pozvolné míře. Důvodem může být i to, že Německo si stabilně zachovává a klade důraz na velmi vysokou kvalitu zdravotní péče.

Polsko vydává nejméně finančních prostředků na zdravotní péči v rámci srovnávaných zemí, ačkoliv je systém zdravotnictví v Polsku velice podobný českému. Existuje zde

⁶⁷ Podrobné informace k jednotlivým zemím: Slovakia: Systém sociálního zabezpečení. Deloitte [online]. Deloitte Česká republika: Deloitte Česká republika, ©2014 [cit. 2017-04-29]. Dostupné z: <http://www.internationalsocialsecurity.eu/country/slovakia>

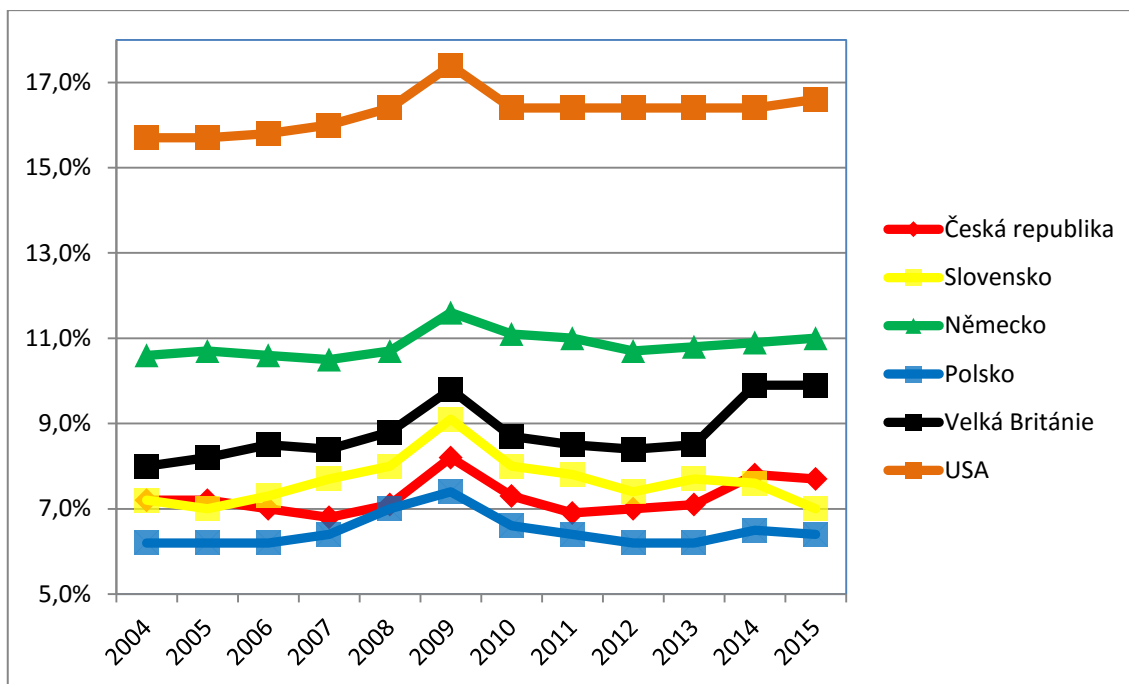
system veřejného zdravotního pojištění, který je spravován Národním zdravotním fondem.⁶⁸ Stabilně se výdaje na zdravotnictví pohybují kolo 6,5 % HDP. Před dopadem světové ekonomické krize se výdaje dočasně zvýšily (rok 2008 – 7 % HDP, rok 2009 – 7,4 %), ale dopad krize v roce 2010 je zřetelný a výdaje opět poklesly na podíl okolo 6,5 %.

Velká Británie jako představitel beveridgeovského systému se typicky pohybuje okolo 8 - 9 % HDP, přičemž v posledních letech se výdaje zvýšily až téměř na 10 %. Britský systém je ukázkou kvalitní a efektivní péče, kde je kladen důraz na jednotlivce a lze tedy předpokládat, že v zájmu obyvatel se výdaje budou nadále zvyšovat. Velká Británie se také nevyhnula světové krizi a propad mezi lety 2009 a 2010 o 1,1 % byl jedním z nejvyšších mezi vybranými zeměmi.

Spojené státy americké jsou představitelem tržně orientovaného systému, který se vyznačuje velmi vysokými výdaji na zdravotnictví, respektive nejvyššími na světě. Důvodem jsou především inovativní technologie a postupy léčby, ale také vysoký podíl soukromých výdajů vložených obyvatelstvem, což vyplývá z podstaty systému. Stabilně USA vynakládá okolo 16,5 % HDP. Vrcholem byl rok 2009, kdy bylo vynaloženo rekordních 17,4 % hrubého domácího produktu.

Z grafu 4 (zpracovaná data z tabulky 9) lze jednoduše rozpoznat společné rysy všech výše zmíněných států a jejich zdravotních politik.

⁶⁸ Podrobné informace k jednotlivým zemím: Poland: Systém sociálního zabezpečení. *Deloitte* [online]. Deloitte Česká republika: Deloitte Česká republika, ©2014 [cit. 2017-04-29]. Dostupné z: <http://www.internationalsocialsecurity.eu/country/poland>



Graf 4: Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (v %) ve vybraných zemích mezi lety 2004 - 2015; Zdroj: vlastní zpracování⁶⁹

Důležitým poznatkem tedy je, že před dopadem světové ekonomické krize všechny vybrané státy zvýšily podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP. Po opadnutí krize se hrubý domácí produkt všech vybraných zemí, s výjimkou Polska a Velké Británie, vrátil zpět na předkrizový stav nebo mírně vzrostl. Lze předpokládat, že zvýšení podílu mělo být preventivním opatřením na důsledky ekonomické krize.

6. 6. Efektivnost českého zdravotnictví, současné problémy a vývoj do budoucna

Z hlediska mezinárodního srovnání je Česká republika hodnocena nadprůměrně, co se týká efektivity. Během své existence prošel systém různými reformami, jejichž výsledkem je, že celá populace má volný přístup ke zdravotní péči. Oproti ostatním státům Evropské unie je Česká republika nejlepší na světě v oblasti kojenecké úmrtnosti, která je zde nejnižší na světě. Na druhou stranu v oblasti využívání zdravotní péče v ambulancích a délka pobytu v nemocnicích značí, že prostor pro zvýšení efektivity stále existuje.

⁶⁹ Zpracováno podle: Zdravotnická ročenka 2004 - 2016

V roce 2008 po vypuknutí světové ekonomické krize se v českém zdravotnictví objevil institut regulačních poplatků, kterým se vláda pokusila zmírnit nadměrné užívání léků a lékařské péče, nicméně se jednalo o velice kontroverzní téma a vláda, která nastoupila v roce 2014, téměř všechny poplatky zrušila.

Jedním z velkých problémů, se kterým se české zdravotnictví již dlouho dobu potýká, je zadávání veřejných zakázek právě v oblasti zdravotnictví. Teprve v roce 2014 se pod tlakem z Evropské unie podařilo systém zprůhlednit a zamezilo se tím tak jemným formám korupce.

Velký tlak je rovněž kladen na platy zdravotnických pracovníků, ačkoliv chybí komplexnější plán na jejich výcvik.

Z hlediska spokojenosti se zdravotní péčí lze konstatovat, že jsou obyvatelé na český zdravotní systém v zásadě pyšní, což naznačují i ukazatelé hodnocení efektivnosti systému. V nastávajících letech je nutné provést reformu financování systému. Pravá i levá strana politického spektra se nemohou shodnout, které opatření by bylo nejvíce vyhovující. Levá strana je spíše nakloněna centralizaci systému, naproti tomu pravá část politického spektra touží po tržně orientovaném systému.⁷⁰

Při volbě reformy financování zdravotní péče je nutné zohlednit dva aspekty reformy. Prvním z nich je, jaký bude dopad finanční reformy na využívání zdravotnických služeb, jestli zde existuje možnost, že takovým opatřením budou ze spotřeby zdravotnické péče vyloučeny chudší skupiny obyvatel a jestli navržené schéma nepodhodnotí zdravotnickou péči. Druhým důležitým aspektem je, jestli jsou změny ve financování účinné vzhledem k jejich primárním cílům, zda snižujeme ty druhy nadspotřeby, které požadujeme, jaké jsou příčiny toho, když omezíme nadspotřebu jiného druhu zdravotní péče, a jestli mají příjemci zdravotní péče dostatečnou šanci na podílení se na reformě.⁷¹

⁷⁰ ALEXA, Jan, Lukáš REČKA, Jana VOTÁPKOVÁ, Ewout VAN GINNEKEN, Anne SPRANGER a Friedrich WITTENBECHER. *Health Systems in Transition: Czech Republic: Health system review* [online]. United Kingdom: © World Health Organization, 2015, 17(no. 1) [cit. 2017-04-26]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf

⁷¹ HONEKAMP, Ivonne a Daniel POSSENRIEDE. Redistributive Effects in Public Health Care Financing. *The European Journal of Health Economics* [online]. 2008, 9(4), 405-416 [cit. 2017-03-12]. ISSN 16187598. Dostupné z: http://www.jstor.org.zdroje.vse.cz/stable/40283742?pq-origsite=summon&seq=1#fndtn-references_tab_contents

Problémem českého zdravotnictví se především stává jeho udržitelnost, protože systém je v současnosti stále z větší části financován veřejnými financemi, respektive zdroji z veřejného zdravotního pojištění. Současný demografický vývoj naznačuje, že udržitelnost takového systému je do budoucna nereálná a je tedy nutné alespoň částečně systém změnit. Aktuálním trendem je, že pokles příjmů do systému zdravotnictví je stále častěji pokrýván prostředky ze státního rozpočtu a se zhoršující se demografickou situací a rozvojem nových technologií mohou tyto výdaje ze státního rozpočtu stále vzrůstat.

V rámci srovnání OECD má Česká republika šestý nejvyšší podíl veřejných výdajů na celkových výdajích a doporučuje se, aby zde existovala co možná největší diverzifikace zdrojů financování. Dle OECD by bylo dobré přesněji definovat nárok na plně hrazenou péči a vytvořit také systém dobrovolné spoluúčasti a soukromého připojištění. Takto by se vyřešil problém nekonkurenceschopných zdravotních pojišťoven v České republice, které v současnosti nemají příliš velký prostor na odlišení se. Systém připojištění by tento prostor poskytoval. Posílení konkurence by také zajišťovalo rozdělení pojistného na statutární a nominální část, čímž by se z veřejného zdravotního pojištění stalo skutečné pojistné a ne spíše daň na zdravotnictví. Tento systém se ukázal jako efektivní v mnoha evropských zemích, příkladem mohou být Nizozemsko a Švýcarsko.

Dalším doporučením z OECD a Evropské komise je, že je nutné rozšířit pravomoci a kompetence praktických lékařů, kteří by se měli stát prvním kontaktním místem pro pacienta, aby nedocházelo k přílišnému využívání nemocniční péče. Dále by praktičtí lékaři ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami koordinovali péči o chronicky nemocné. Tyto programy koordinace již v současnosti praktikují v Německu, Švédsku či Holandsku.⁷²

Reforma zdravotního systému by se měla opírat o praxi zavedenou v jiných evropských zemích, inspirovat se zde a postupně některé změny zavádět. Pokud by změny nenastaly, může se do budoucna stát, že se systém dostane do závažných problémů v otázce financování a rovněž se kvalita systému začne zhoršovat.

⁷² VOJTĚCH, Adam. Financování zdravotnictví. In: *Institut pro politiku a společnost* [online]. Praha: Institut pro politiku a společnost, 2016 [cit. 2016-10-16]. Dostupné z: http://www.politikaspolecnost.cz/wp-content/uploads/2016/08/Vojt%C4%9Bch_Financov%C3%A1n%C3%AD-zdravotnictv%C3%AD.pdf

Do budoucna lze predikovat dvě skutečnosti, které budou ovlivňovat systém zdravotnictví. Nové metody léčby budou závislé na rozvoji nových technologií a vědeckém pokroku, ale budou ve většině případů dražší alternativou oproti současnému stavu, a české obyvatelstvo bude i v následujících desetiletích stárnout. Zdravotnické výdaje světových ekonomik mají tendenci růst rychleji než národní ekonomiky jako takové, což je zapříčiněno rozvojem vědy, ale i stoupajícími nároky obyvatelstva.

V predikci z roku 2006, která se zabývá budoucím vývojem finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050, bylo položeno několik otázek, které se zabývají udržitelností současného stavu. Očekává se, že podíl veřejných výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu vzroste až na 11,5 %. Příčinou tohoto vzrůstu bude zvyšující se počet osob ve věkové skupině nad 65 let, ale růst výdajů způsobený pokrokem medicíny, efekt stárnutí převáží. Nabízejí se tedy dvě možnosti, kromě institucionální změny, jak systém bude v krajním případě vypadat. První variantou je předpoklad, že se výše pojistného na zdravotní pojištění nezmění a lze očekávat, že v roce 2050 by veřejné zdroje stačily pouze na 48 % dnešního rozsahu hrazené zdravotní péče. Druhou variantou by bylo postupné zvyšování sazby na zdravotní pojištění, kterou by bylo nutné zvýšit až na 36,6 procent, aby bylo hrazeno stejné množství poskytované zdravotní péče jako dnes. Oba tyto scénáře představují závažný problém, a to ekonomický i sociální. Nejlepší variantou by byla kombinace obou uvedených scénářů, která by mohla částečně vyřešit problém financování, ačkoliv se systém do budoucna neobejde bez podstatných institucionálních změn.⁷³

⁷³ SCHNEIDER, Ondřej, Lucie ANTOŠOVÁ, Radovan CHALUPKA a Pavel Hroboň. Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050: Závěrečná zpráva projektu. In: *Healthreform.cz* [online]. Praha: healthreform.cz, 2006 [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/Elpida_2005.pdf

7. Demografický vývoj obyvatelstva

V následující kapitole budou popsány aktuální trendy v oblasti demografie, analýza vybraných demografických ukazatelů a krátká prognóza do budoucna.

7. 1. Současný demografický vývoj a aktuální trendy v demografii

Od počátku vzniku České republiky se země potýká s mnoha demografickými procesy, které ovlivňují očekávaný budoucí vývoj. Mezi základní dynamické demografické procesy patří porodnost a úmrtnost a tyto procesy vykazují relativně nečekané trendy. Od 90. let se významně navyšovala střední délka života, naopak velmi překvapivě klesala porodnost na historicky nízké hodnoty, tyto dvě skutečnosti vedly k tomu, že se poprvé od dob první světové války došlo k úbytku obyvatelstva přirozenou cestou. Novým trendem se stalo přistěhovalectví.⁷⁴

Na základě pozorování vývoje počtu obyvatel můžeme usuzovat, že pro většinu demograficky vyspělých zemí je typické, že jejich počet nijak markantně neroste. O to důležitější je hodnotit populaci na základě její věkové struktury a ukazatelů, které změny v populaci vyjadřují.

Tabulka 10: Vývoj počtu obyvatel České republiky mezi lety 2004 - 2015; Zdroj: vlastní zpracování⁷⁵

Rok	Počet obyvatel (v mil.)
2004	10 211 455
2005	10 220 577
2006	10 251 079
2007	10 287 189
2008	10 381 130
2009	10 467 542
2010	10 506 813

⁷⁴ Nová demografická situace v České republice od počátku devadesátých let. BARTOŇOVÁ, Dagmar, Boris BURCIN, Ludmila FIALOVÁ, Květa KALIBOVÁ, Jiřina KOCOURKOVÁ a Jitka RYCHLAŘÍKOVÁ. *Demografická situace České republiky: Proměny a kontexty 1993-2008*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010, s. 37. ISBN 978-80-7419-024-7.

⁷⁵ Zpracováno podle: Demografická ročenka České republiky 2004 - 2016

2011	10 486 731
2012	10 505 445
2013	10 516 125
2014	10 512 419
2015	10 538 275

V tabulce 10 je zachycen vývoj počtu obyvatel České republiky mezi lety 2004 - 2016 v absolutních číslech. Data za rok 2016 zatím nejsou k dispozici, nicméně lze očekávat, dle minulého vývoje, další nárůst absolutního počtu obyvatel. Od roku 2004 vzrostl počet obyvatel o 326 820 obyvatel. Jedinými dvěma roky, které nevykazovaly vzrůstající tendenci v počtu obyvatel, byl rok 2011, kdy počet obyvatel oproti roku 2010 klesl o 20 082 obyvatel, a rok 2014, kdy počet obyvatel oproti roku 2013 klesl o 3 706 obyvatel. Důvodem může být ekonomická situace rodin nebo menší podíl migrujících.

Vývoj plodnosti patří k nevýznamnějším ukazatelům s největším významem pro budoucí vývoj. V této oblasti se od počátku vzniku republiky objevily dvě podstatné změny, a to snižování úrovně plodnosti a odsouvání mateřství do vyššího věku. Zároveň se stalo moderní rozvolňování vztahu rodičovství a manželství, protože vysoce narůstá podíl dětí narozených mimo manželství. Současný systém sociální podpory navíc tomuto trendu přispívá a rodičkám se vyplatí být samoživitelkami.

Dalším trendem je rovněž pokles úmrtnosti, který trvá již od devadesátých let minulého století. Příčinou tohoto poklesu je jednak zkvalitnění zdravotnické péče, zlepšení prevence, ale rovněž přístup k rozmanitosti potravin, který obyvatelstvo intuitivně nabádá změnit stravovací návyky a zvyklosti směrem ke zdravějšímu životnímu stylu. Pokles úmrtnosti byl především zaznamenán u nemocí oběhového systému.⁷⁶

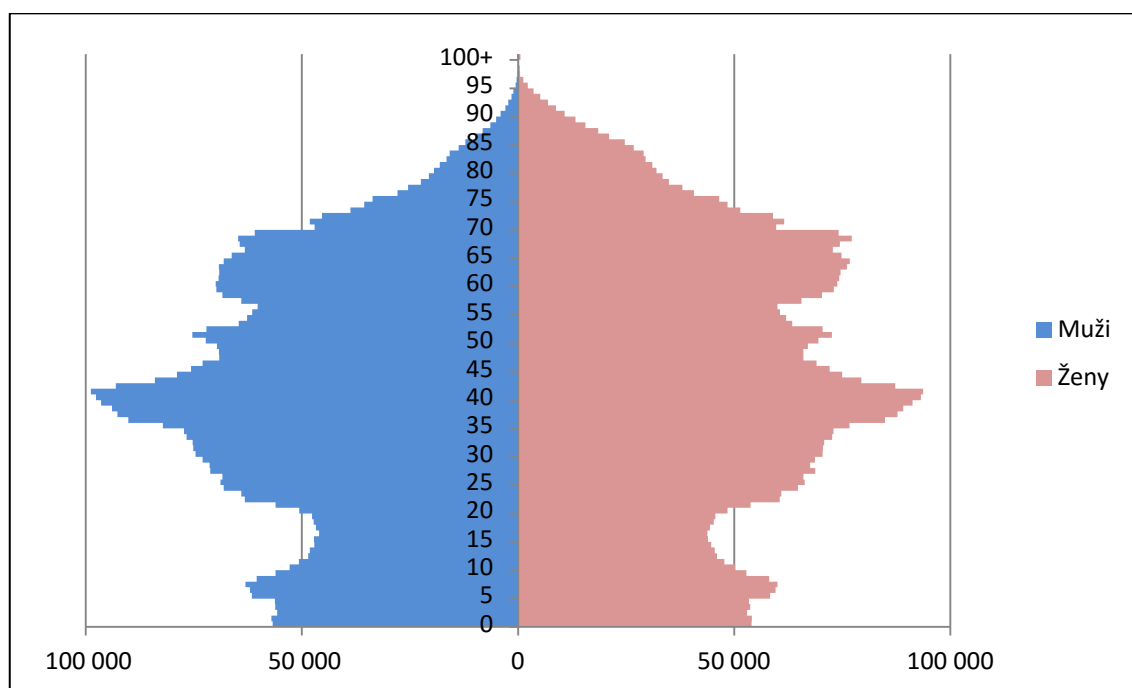
⁷⁶ Nová demografická situace v České republice od počátku devadesátých let. BARTOŇOVÁ, Dagmar, Boris BURCIN, Ludmila FIALOVÁ, Květa KALIBOVÁ, Jiřina KOCOURKOVÁ a Jitka RYCHLAŘÍKOVÁ. *Demografická situace České republiky: Proměny a kontexty 1993-2008*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010, 38, 40-41. ISBN 978-80-7419-024-7.

7. 2. Analýza vybraných demografických ukazatelů a charakteristik obyvatelstva

Následující podkapitola se podrobně zaměřuje na vybrané ukazatele demografické vyspělosti České republiky, a to: věkové složení obyvatelstva a indexy z něho vyplývající, střední délka života a úhrnná plodnost.

7. 2. 1. Věková struktura obyvatelstva

Při analyzování populace je její velikost jen okrajovým faktorem, který se vyznačuje v průběhu doby jen malými změnami. O mnoho zajímavější je se o obyvatelstvo zajímat z pohledu věkové struktury podle věku a pohlaví, kterou nejlépe znázorňuje věková pyramida.



Graf 5: Věková pyramida České republiky k 1. 7. 2015; Zdroj: vlastní zpracování⁷⁷

V grafu 5 znázorněn strom života, který je vytvořen na základě dat zpracovaných dle Demografické ročenky z roku 2016. Na věkové pyramidě je patrné, jaký vliv na vývoj počtu obyvatel měly různé sociální, ekonomické i historické události. Největší vliv měla druhá světová válka, propopulační opatření v 70. letech 20. století, období tzv. Husákových dětí, a v neposlední řadě strmý pokles porodnosti v porevoluční

⁷⁷ Zpracováno podle publikace ČSÚ: Věkové složení obyvatelstva 2004 - 2015

republiky. Obecně lze na základě stromu života konstatovat, že se rodí více chlapců, ale ženy se naproti tomu dožívají vyššího věku.

Až do poloviny devadesátých let šlo považovat věkové složení obyvatelstva za poměrně příznivé, především díky podílu dětské složky obyvatel. Současná situace má bohužel opačný ráz.⁷⁸ Změny ve struktuře obyvatel podle věku můžeme podrobněji pozorovat za pomoci ekonomických a biologických generací obyvatelstva.

V tabulce 11 je uveden vývoj ekonomických generací za sledované období v absolutních i relativních číslech. Data za rok 2016 v současné době nejsou k dispozici, nicméně pro ilustraci trendu jsou předkládána data postačující. Ekonomické generace rozděluje obyvatelstvo na 3 věkové skupiny: 0 - 19 let (předproduktivní), 20 - 64 let (produktivní) a starší 65 let (poproduktivní), podle jejich předpokládané ekonomické aktivity. Aktuální trend stárnutí obyvatelstva, a tudíž růst podílu osob starších 65 let prostupuje celé sledované období. Tento fakt je vysoce alarmující především v souvislosti s financováním zdravotnictví a příspěvky do veřejného zdravotního pojištění. Ačkoliv se počet obyvatel v poproduktivní generaci roste poměrně rychlým tempem, rozdíl mezi lety 2004 a 2015 činí 4,5 %, předproduktivní generace se sice zmenšuje, ale velmi pomalým tempem. Produktivní generace se potýká s menšími výkyvy v závislosti na tom, jak se vyvíjí věková pyramida.

Tabulka 11: Vývoj počtu obyvatel dle ekonomických generací mezi lety 2004 - 2015 absolutně i relativně; Zdroj: vlastní zpracování⁷⁹

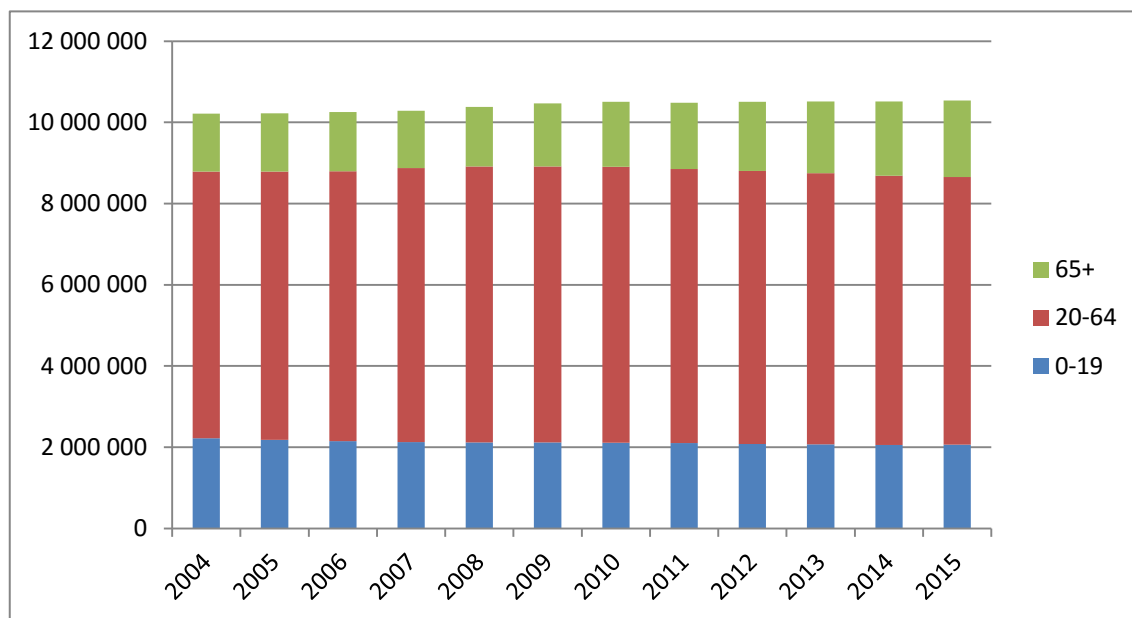
Rok	Ekonomické generace			Ekonomické generace		
	Absolutně			Relativně		
	0 - 19	20 - 64	65+	0 - 19	20 - 64	65+
2004	2 218 516	6 569 747	1 423 192	21,7 %	64,3 %	13,9 %
2005	2 184 141	6 601 806	1 434 630	21,4 %	64,7 %	14,0 %
2006	2 154 850	6 639 838	1 456 391	21,1 %	65,0 %	14,3 %

⁷⁸ Nová demografická situace v České republice od počátku devadesátých let. BARTOŇOVÁ, Dagmar, Boris BURCIN, Ludmila FIALOVÁ, Květa KALIBOVÁ, Jiřina KOCOURKOVÁ a Jitka RYCHLAŘÍKOVÁ. *Demografická situace České republiky: Proměny a kontexty 1993-2008*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010, s. 110. ISBN 978-80-7419-024-7.

⁷⁹ Zpracováno podle publikace ČSÚ: Věkové složení obyvatelstva 2004 - 2015

2007	2 130 761	6 744 946	1 411 482	20,9 %	66,1 %	13,8 %
2008	2 123 350	6 794 135	1 463 645	20,8 %	66,5 %	14,3 %
2009	2 117 255	6 794 135	1 556 152	20,7 %	66,5 %	15,2 %
2010	2 110 361	6 797 569	1 598 883	20,7 %	66,6 %	15,7 %
2011	2 100 749	6 749 013	1 636 969	20,6 %	66,1 %	16,0 %
2012	2 082 346	6 721 663	1 701 436	20,4 %	65,8 %	16,7 %
2013	2 070 561	6 677 946	1 767 618	20,3 %	65,4 %	17,3 %
2014	2 057 329	6 629 546	1 825 544	20,1 %	64,9 %	17,9 %
2015	2 064 128	6 593 741	1 880 406	20,2 %	64,6 %	18,4 %

Z grafu 6, kde jsou zpracována data z tabulky 11, je zřejmé, že podíl věkové skupiny nad 65 let se postupně zvyšuje. Dalším problémem, který z tohoto trendu vyvstává, je, že postupem času bude stále méně lidí, kteří budou přispívat do systému, z kterého se financuje důchodový systém a tento problém se bude v nadcházejících letech dále prohlubovat.



Graf 6: Vývoj počtu obyvatelstva dle ekonomických generací mezi lety 2004 - 2015; Zdroj vlastní zpracování⁸⁰

⁸⁰ Zpracováno podle publikace ČSÚ: Věkové složení obyvatelstva 2004 - 2015

Další možností, jak rozlišit obyvatelstvo podle věku, jsou biologické generace, které obyvatelstvo rozlišují podle schopnosti mít potomky na předreprodukční, reprodukční a poreprodukční.

Vývoj biologických generací je zachycen v tabulce 12 (data za rok 2016 doposud nejsou k dispozici), kde si můžeme znovu povšimnout, že počet obyvatel v poreprodukční složce dále roste. Rozdílem ve věkové struktuře podle biologických generací je, že podíl osob ve věkové skupině 0 - 14 let se v posledních letech zvyšuje, na druhou stranu reprodukční složka obyvatelstva se napříč sledovaným obdobím stále snižuje. Tento jev nepochybně souvisí s nízkou mírou porodnosti v posledních letech.

Tabulka 12: Vývoj počtu obyvatel dle biologických generací mezi lety 2004 - 2015 absolutně i relativně; Zdroj: vlastní zpracování⁸¹

Rok	Biologické generace			Biologické generace		
	Absolutně			Relativně		
	0 - 14	15 - 49	50+	0 - 14	15 - 49	50+
2004	1 554 475	5 153 293	3 503 687	15,2 %	50,5 %	34,3 %
2005	1 526 946	5 135 086	3 558 545	15,0 %	50,3 %	34,8 %
2006	1 501 331	5 137 459	3 612 289	14,7 %	50,3 %	35,4 %
2007	1 479 514	5 141 446	3 666 229	14,5 %	50,3 %	35,9 %
2008	1 476 923	5 185 621	3 718 586	14,5 %	50,8 %	36,4 %
2009	1 480 007	5 228 576	3 758 959	14,5 %	51,2 %	36,8 %
2010	1 494 370	5 229 919	3 782 524	14,6 %	51,2 %	37,0 %
2011	1 521 765	5 151 859	3 813 107	14,9 %	50,5 %	37,3 %
2012	1 541 241	5 123 754	3 840 450	15,1 %	50,2 %	37,6 %
2013	1 560 296	5 087 864	3 867 965	15,3 %	49,8 %	37,9 %
2014	1 577 455	5 028 631	3 906 333	15,4 %	49,2 %	38,3 %
2015	1 601 045	4 981 262	3 955 968	15,7 %	48,8 %	38,7 %

⁸¹ Zpracováno dle publikace ČSÚ: Věkové složení obyvatelstva 2004 - 2015

Rozdělení obyvatelstva do ekonomických generací nám umožňuje vypočítat jednoduché indexy, které vyjadřují ekonomické zatížení společnosti.

Index hospodářského zatížení nám udává, kolik osob včetně sama sebe musí uživit jeden produktivní obyvatel svou prací za předpokladu, že všichni produktivní pracují a nikdo z předproduktivní a poproduktivní generace nepracuje. Vypočítá se jako suma všech generací vydělená produktivní ekonomickou generací. Naproti tomu vážený index hospodářského zatížení počítá s předpokladem, že mladí a staří představují pro systém menší zatížení v oblasti spotřeby, než produktivní složka. Výpočet je tedy totožný a je pouze doplněn o váhy (dle metodiky OSN 0,7) u předproduktivní a poproduktivní ekonomické generace.

V tabulce 13 je provedeno srovnání těchto dvou indexů. Data za rok 2016 v současné době nejsou zveřejněna. Hodnoty u obou indexů se liší právě o váhu 0,7 využitou u váženého indexu. Z indexu hospodářského zatížení vyplývá, že jedna osoba v produktivním věku za sledované období živí včetně sama sebe průměrně 1,55 osoby. Oproti tomu vážený index hospodářského zatížení udává, že osoba v produktivním věku živí průměrně pouze 1,39 osob.

Tabulka 13: Vývoj indexu hospodářské závislosti a váženého indexu hospodářské závislosti v letech 2004 - 2015; Zdroj: vlastní zpracování⁸²

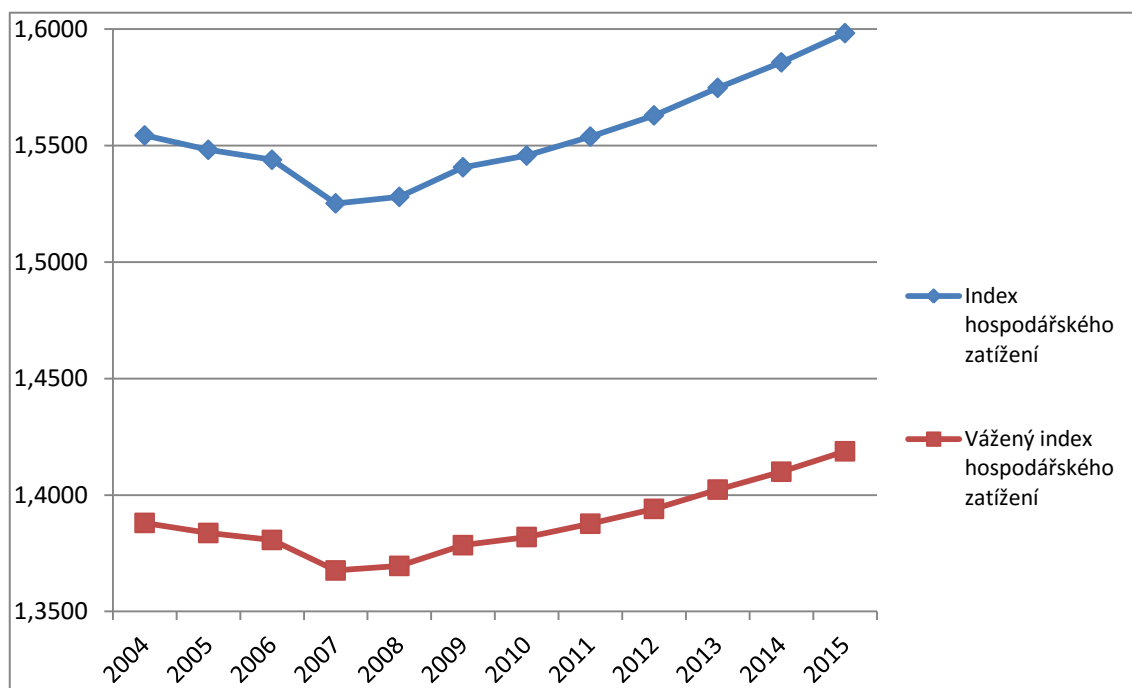
Rok	Index hospodářského zatížení	Vážený index hospodářského zatížení
2004	1,5543	1,3880
2005	1,5481	1,3837
2006	1,5439	1,3807
2007	1,5252	1,3676
2008	1,5280	1,3696
2009	1,5407	1,3785

⁸² Zpracováno podle publikace ČSÚ: Věkové složení obyvatelstva 2004 - 2015

2010	1,5457	1,3820
2011	1,5538	1,3877
2012	1,5629	1,3940
2013	1,5748	1,4023
2014	1,5857	1,4100
2015	1,5982	1,4188

Celkový nárůst u obou indexů je způsoben přeměnou věkové struktury, kdy se nadále zvyšuje podíl osob starších 65 let.

V grafu 7 je znázorněn průběh obou indexů zobrazených v tabulce 13.



Graf 7: Vývoj indexu hospodářského zatížení a váženého indexu hospodářského zatížení v letech 2004 - 2015; Zdroj: vlastní zpracování⁸³

V posledních letech můžeme pozorovat pozvolný růst u obou indexů, který na základě prognóz bude i nadále pokračovat.

⁸³ Zpracováno podle publikace ČSÚ: Věkové složení obyvatelstva 2004 - 2015

7. 2. 2. Střední délka života

Střední délka života je ukazatel, který velmi dobře vyjadřuje, jak se v České republice snižuje úmrtnost. Střední délka života neboli naděje dožití znamená, jakého věku má člověk šanci se dožít při narození.

Na základě internetové publikace „Zpráva o zdraví obyvatel České republiky“ můžeme konstatovat, že v České republice je naděje dožití při narození čím dál tím vyšší. Můžeme tak usuzovat na základě jednotlivých hodnot naděje na dožití z roku 2015, kdy u mužů činí hodnota 75,82 let a u žen 81,45 let. Tento vzrůst naděje dožití je způsobem například poklesem úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy. Ačkoliv v porovnání se státy střední a východní Evropy máme úmrtnostní poměry dobré a zdravotní stav populace také, úrovně západních států prozatím nedosahujeme.

Vzrůst naděje na dožití v České republice se řadí mezi státy s nejrychlejším poklesem úmrtnosti, ačkoliv část tohoto pokroku můžeme připisovat stagnaci a následnému kompenzačnímu charakteru z let 1960 až 1990.

Zvýšení naděje dožití můžeme připisovat hned několika faktorům. K těm nejvýznamnějším patří zvýšení kvality zdravotní péče a její dobrá dostupnost, vysoce účinná léčiva, nové moderní léčebné metody, růst kvality výkonů zdravotnických služeb nebo realizace snímkových programů. Jinými důvody může být změna životního stylu, která je způsobena větší dostupností a sortimentem potravin, nebo restrukturalizací ekonomické aktivity obyvatelstva, kdy již není tolik osob zaměstnaných v průmyslu.⁸⁴

V tabulce 14 je zachycen vývoj střední délky života v letech 2004 - 2015 pro obě pohlaví, data pro rok 2016 dosud nejsou k dispozici.

⁸⁴ Zpráva o zdraví obyvatel České republiky. In: *Zdraví 2020* [online]. Praha: © Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014, s. 160 [cit. 2016-12-11]. ISBN 978-80-85047-49-3. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zprava-o-zdravi-obyvatel-ceske-republiky2014-9420_3016_5.html

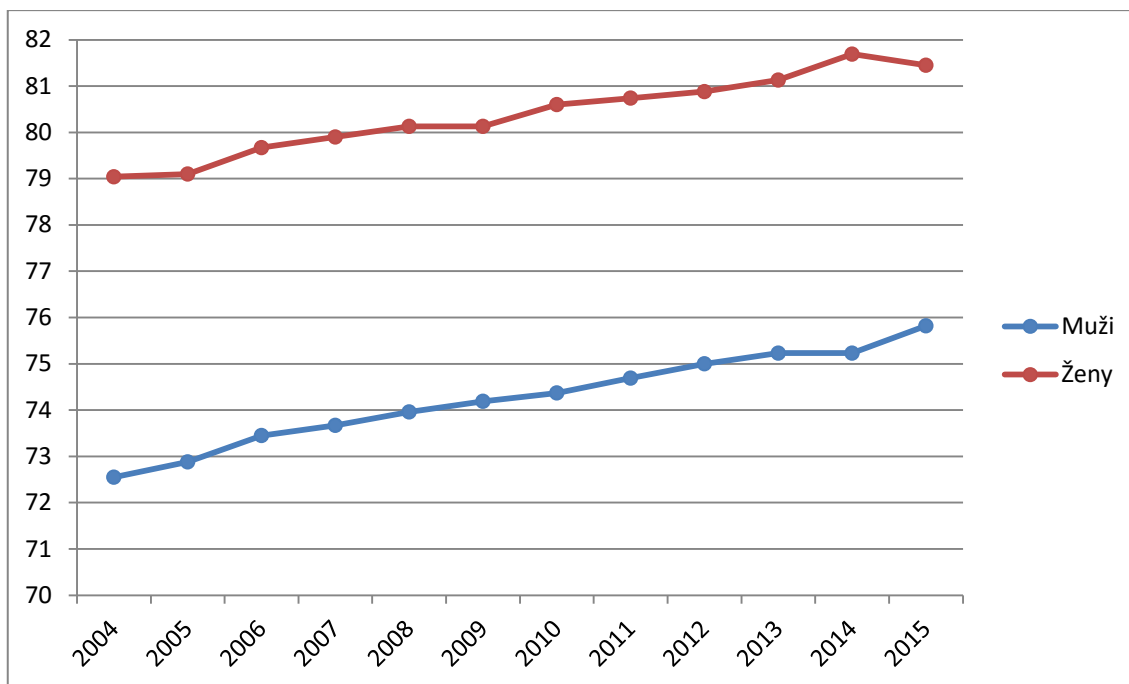
Tabulka 14: Vývoj střední délky života v letech 2004 - 2015; Zdroj: vlastní zpracování⁸⁵

Rok	Muži	Ženy
2004	72,55	79,04
2005	72,88	79,1
2006	73,45	79,67
2007	73,67	79,9
2008	73,96	80,13
2009	74,19	80,13
2010	74,37	80,6
2011	74,69	80,74
2012	75	80,88
2013	75,23	81,13
2014	75,23	81,69
2015	75,82	81,45

Z tabulky 14 vyplývá, že za posledních 12 let se střední délka u mužů prodloužila o 3,27 roku a u žen o 2,41 roku. Tento postupný nárůst je způsoben důvody, které jsou výše popsány.

Graf 8 znázorňuje hodnoty z tabulky 14 a poukazuje na jasný trend postupného zvyšování naděje dožití při narození. Zajímavé je, že mezi lety 2014 a 2015 u žen vůbec poprvé střední délka života klesla.

⁸⁵ Zpracováno podle: Demografická ročenka Česká republiky 2004 - 2016



Graf 8: Vývoj střední délky života v letech 2004 - 2015; Zdroj: vlastní zpracování⁸⁶

7. 2. 3. Úhrnná plodnost

Úhrnná plodnost je demografickým ukazatelem, který vyjadřuje intenzitu plodnosti dané populace a udává počet dětí, které by se mohli narodit jedné ženě během jejího reprodukčního období. Udává se, že ideální hodnotou je 2,1 pro udržení početního stavu populace. Zároveň tento ukazatel vyjadřuje současný vývoj plodnosti v České republice.

Tabulka 15 zachycuje vývoj úhrnné plodnosti v letech 2004 – 2015, data za rok 2016 nebyla zveřejněna. Příčinou poklesu plodnosti na počátcích 90. let byly změny v hodnotové orientaci lidí, které se nejvíce projevily po vzniku samostatné České republiky, možnosti osobního uplatnění. Na druhou stranu modernizace společnosti působily zhoršující se ekonomické i sociální podmínky, například vysoká cena bydlení, rostoucí nezaměstnanost a ztráta životních jistot a perspektiv.

⁸⁶ Zpracováno podle: Demografická ročenka České republiky 2004 - 2016

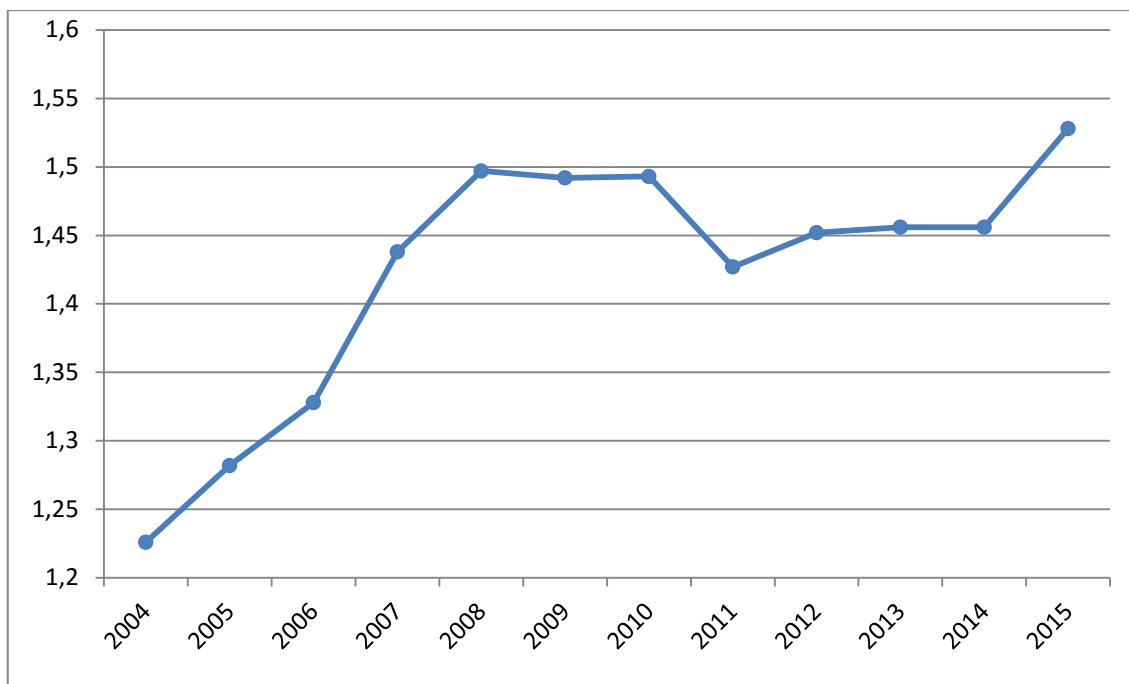
Tabulka 15: Vývoj úhrnné plodnosti v letech 2004 - 2015; Zdroj: vlastní zpracování⁸⁷

Rok	Úhrnná plodnost
2004	1,226
2005	1,282
2006	1,328
2007	1,438
2008	1,497
2009	1,492
2010	1,493
2011	1,427
2012	1,452
2013	1,456
2014	1,456
2015	1,528

Z tabulky 15 vyplývá, že současný vývojový trend je jiný. V posledních 12 letech se úhrnná plodnost zvýšila o 0,3, což značí příznivý vývoj do budoucna, pokud by se úhrnná plodnost dále zvyšovala. K hodnotě 2,1, aby byl zachován početní stav obyvatelstva, je ovšem stále daleko.

Graf 9 zobrazuje data z tabulky 15 a vyjadřuje vývoj úhrnné plodnosti v letech 2004 - 2016.

⁸⁷ Zpracováno podle: Demografická ročenka České republiky 2004 - 2016



Graf 9: Vývoj úhrnné plodnosti v letech 2004 - 2015; Zdroj vlastní zpracování⁸⁸

Z grafu 9 vyplývá, že vývoj úhrnné plodnosti je také závislý na současné ekonomické situaci, kdy můžeme pozorovat strmý pokles mezi lety 2010 a 2011, pravděpodobně následek světové ekonomické krize. V dobách krize je pokles pochopitelný, právě s ohledem na ekonomickou situaci rodin a pořízení si nového potomka je v dané situaci příliš nákladné. V posledních letech znovu úhrnná plodnost roste a nyní činí 1,528 narozených dětí na jednu ženu v reprodukčním věku.

7. 3. Prognóza do budoucna

„Populační prognóza je nepodmíněná, na vědeckém poznání založená výpověď o očekávaném a v době jejího vzniku nejpravděpodobnějším budoucím vývoji početního stavu a pohlaví a věkové struktury obyvatelstva. Prognóza tak odpovídá na otázku, jaký vývoj lze s největší pravděpodobností očekávat.“, tuto definici využívá se své publikaci *Perspektivy populačního vývoje České republiky na období 2003 – 2065* Boris Burcin a Tomáš Kučera.⁸⁹

⁸⁸ Zpracováno podle: Demografická ročenka 2004-2016

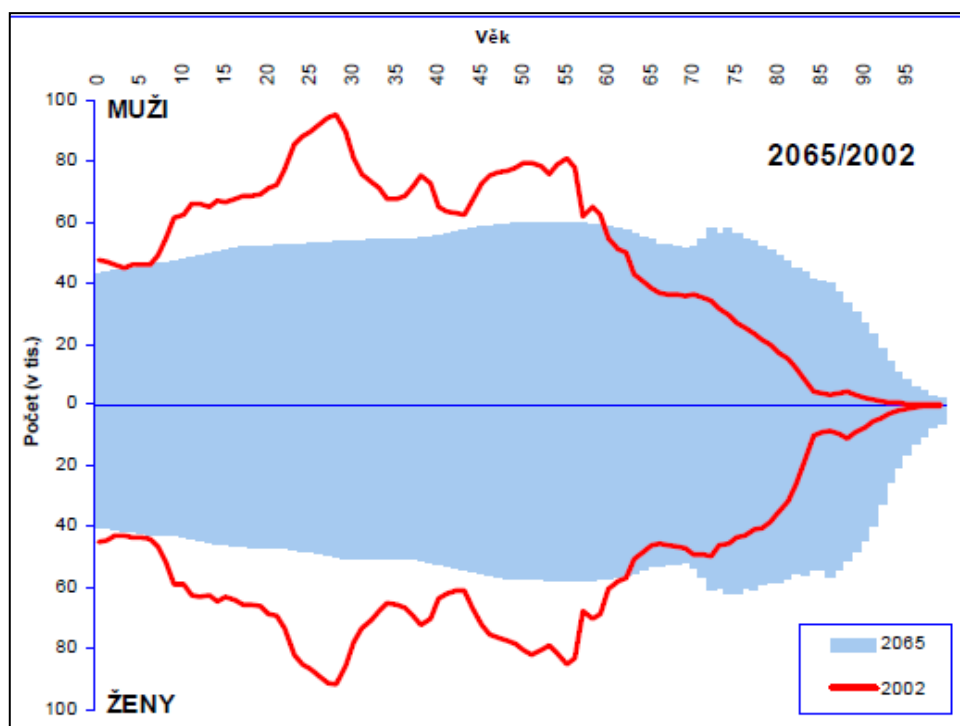
⁸⁹ Přehled vybraných pojmů. BURCIN, Boris a TOMÁŠ KUČERA. *Perspektivy populačního vývoje České republiky na období 2003 – 2065* [online]. Praha: DemoArt, 2003, s. 30 [cit. 2017-05-01]. ISBN 80-86746-01-1. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/fulltext/ul_819.pdf

Na základě předchozího demografického vývoje v České republice lze predikovat několik závěrů a na základě těchto předpokladů se budou pravděpodobně provádět institucionální změny v oblasti celé sociální politiky, především v oblasti starobních důchodů a zdravotnictví.

Do příštích let lze očekávat, že se bude rodit čím dál tím méně dětí, což zapříčiní, že počty zemřelých budou vyšší než počty narozených, takto bude postupně obyvatel v České republice klesat, což samo o sobě ale není negativním jevem. Ačkoliv lze předpokládat, že do budoucna bude Česko ovlivněno poměrně vysokou migrací, ani tento přírůstek obyvatel nebude stačit na vyrovnání a obyvatelstva bude ubývat. Na druhou stranu nastíněný scénář zcela jistě neproběhne ihned a v několika následujících letech můžeme očekávat ve vývoje počtu obyvatel spíše stabilitu, případně velmi pozvolný růst.

Zajímavé je se na vývoj obyvatelstva v příštích letech podívat z pohledu věkové struktury obyvatelstva, u které lze předpokládat velké změny. Největší z nich bude bezpochyby přeměna české populace na regresivní typ, který je typický pro svůj významný podíl neproduktivní části obyvatelstva. Aktuální trend nízkého počtu dětí tomuto předpokladu velmi napomáhá. Osoby narozené v 70. letech minulého století se dostanou do věkové kategorie 65+ okolo roku 2030, kdy bude ještě více zapotřebí se zabývat možnými institucionálními změnami.

Na obrázku 7 jsou zachyceny věkové pyramidy za roky 2002 a 2065, kde je zřetelně vidět, že česká populace byla velice podobná regresivnímu typu populace.



Obrázek 7: Očekávaná věková struktura v roce 2065 v porovnání s rokem 2002; Zdroj: Burcin, Kučera - *Perspektivy populačního vývoje České republiky na období 2003 - 2065*⁹⁰

Z obrázku 7 je patrné, že počet obyvatel v předreprodukční složce se v roce 2065 příliš nezmění oproti výchozímu stavu. Naopak značný rozdíl pozorují ve složce reprodukční a poreprodukční, kdy podíl počtu osob ve věkové skupině nad 65 let výrazně převyší věkovou skupinu do 19 let.

Jedním z nejdiskutovanějších témat současnosti je reforma důchodového a zdravotního systému, právě v souvislosti s měnící se věkovou strukturou obyvatelstva, poklesem porodnosti a úmrtnosti. Důchodový systém fungující na průběžném financování se bude potýkat úplně se stejnými problémy jako zdravotní systém založený na procentuálním podílu ze mzdy. Oba systémy potřebují dostatečný počet obyvatel v reprodukčním věku, který do systému přispívá. Věková skupina 65 let bude tedy představovat velmi vysokou zátěž pro celý sociální a zdravotní systém a bez institucionálních změn se systém stane neudržitelným. Možností, jak systému alespoň částečně ulevit, je vypracování konceptu v oblasti rodinné politiky, která by mladým rodinám zaručila stabilitu, jistotu v oblasti bydlení a podpory jejich reprodukce.

⁹⁰ Očekávané změny věkového složení obyvatelstva. BURCIN, Boris a Tomáš KUČERA. *Perspektivy populačního vývoje České republiky na období 2003-2065* [online]. Praha: DemoArt, 2003, s. 20 [cit. 2017-05-01]. ISBN 80-86746-01-1. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/fulltext/ul_819.pdf

Závěr

Zdravotnictví je jednou z podstatných složek sociální politiky státu a její úroveň vypovídá o ekonomické vyspělosti země. V souvislosti se zvyšující se úrovní zdravotnictví, vysokými nároky obyvatelstva na kvalitu a poskytované služby, je tato oblast vystavena neustálé pozornosti ze strany veřejnosti a je vyžadováno neustálé zkvalitňování a zefektivňování. Demografie je obor, který ovlivňuje všechny generace obyvatelstva, a je nutné tento obor brát vážně, zejména v oblastech zaměřených na budoucí vývoj a prognózy.

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala analýze nákladů na zdravotní péči v České republice mezi lety 2004 - 2016 v závislosti na demografickém vývoji a zabývala se hypotézou: „*Náklady na zdravotnictví rostou v závislosti na demografickém vývoji.*“ Pro danou analýzu byly přínosem publikace vydávané Ústavem zdravotnických informací a statistik, ačkoliv se v některých dílčích kapitolách analýza neopírá o nejaktuálnější data, protože prozatím nejsou k dispozici nebo mají pouze charakter odhadu, který nebyl pro bakalářskou práci relevantní. Cílem práce byla podrobná analýza zpracovaných dat a následná doporučení, jak systém zdravotnictví reformovat či zefektivnit natolik, aby se systém pod tlakem demografických změn nezhroutil.

Teoretická část práce je zaměřena na základní pojmy z oblasti zdravotnictví, typologii zdravotnických systémů, které jsou stručně charakterizovány a popsány na příkladech konkrétních zemí, systémy financování zdravotnictví obecně, stručná charakteristika zdravotnictví České republiky. V závěru teoretické části byly popsány základní pojmy z oblasti demografie, které byly relevantní pro následnou konfrontaci se zdravotnickými daty.

Praktickou část tvoří výše zmíněná analýza zdravotnických nákladů a analýza demografických ukazatelů. Podrobně jsou popsány veřejné, soukromé a celkové výdaje, tyto výdaje jsou dále porovnávány jako procentuální podíl hrubého domácího produktu. Důležitou součástí praktické části tvoří ukazatel výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle věku a pohlaví. Mezinárodní srovnání je rovněž zajímavé především proto, že koresponduje s teoretickou částí, kde jsou některé země popsány podrobně. Následně je české zdravotnictví zhodnoceno v oblasti efektivity, současných problémů a je uveden možný nástin do budoucna. Demografická analýza

se opírá o několik ukazatelů, které mají vypovídající hodnotu, a jsou jimi věková struktura obyvatelstva, indexy z nich vyplývající, střední délka života a úhrnná plodnost. V poslední kapitole praktické části je zpracována prognóza vývoje obyvatelstva, která má přímý dopad na oblast zdravotnictví.

Na základě provedených analýz jsem dospěla k následujícím závěrům. V oblasti veřejných výdajů došlo ke změně struktury těchto výdajů, a to pokles výdajů ze státního rozpočtu a územních rozpočtů, který se snížil 4 251 milionů Kč, tedy téměř o 20 % oproti výchozímu roku 2004, a naopak značný růst výdajů od zdravotních pojišťoven, který vzrostl o 88 583 milionů Kč představující růst o 55 %. Veřejné výdaje tedy vykazují celkový růst, kdy velkou část veřejných výdajů tvoří výdaje zdravotních pojišťoven. Vývoj podílu hrubého domácího produktu je značně ovlivněn světovou ekonomickou krizí a z tohoto důvodu byl zaznamenán pokles o 0,1 % mezi lety 2004 a 2013. V oblasti soukromých vydání na zdravotní péči na 1 obyvatele podle statistiky rodinných účtů byl zaznamenán téměř 100 % nárůst, což značí větší zájem českého obyvatelstva o vlastní zdravotní stav.

Vývoj celkových výdajů jde ruku v ruce s veřejnými a soukromými výdaji a ve své analýze jsem zaznamenala růst celkových výdajů o 90 637 milionů Kč a v roce 2014 tyto výdaje dosáhly téměř 300 miliard korun, což je rekordní částka a lze předpokládat, že nadále se bude zvyšovat. Současně jsem zaznamenala změnu poměru mezi soukromými a veřejnými výdaji, kdy je stále patrnější přesun části odpovědnosti na jednotlivce.

Při analýze výdajů zdravotních pojišťoven jsem dospěla k zajímavému závěru, že se výdaje na zdravotnictví v průběhu sledovaného období několikrát přesunuly do vyšších věkových skupin. Rovněž největší část těchto výdajů představují výdaje na obyvatele mezi 55 a 75 rokem života.

V porovnání s vybranými zeměmi OECD Česká republika vynakládá poměrně malý procentuální podíl z hrubého domácího produktu na zdravotnictví, který ovšem odpovídá systému zdravotnictví v ČR, nicméně do budoucna lze očekávat pozvolný nárůst v souvislosti s opatřeními, které budou následovat v důsledku zkvalitňování a zefektivňování zdravotnické péče.

Efektivnost českého zdravotnictví je v mezinárodním srovnání hodnocena nadprůměrně a v důsledku reformy zdravotnického systému během celé existence České republiky má celá populace volný přístup ke zdravotní péči. Problémy se ovšem českému zdravotnictví nevyhýbají a tak se česká vláda pokusila například o omezení nadužívání léků pomocí regulačních poplatků, které byly ovšem v roce 2014 zrušeny. Problémovou oblastí je také zadávání veřejných zakázek. Reforma zdravotnického systému by měla proběhnout v co možná nejbližší době, protože vzrůstající nároky českého obyvatelstva a trend stárnutí obyvatelstva se brzy stanou neudržitelnými a systém zkolabuje. Česká republika se v různých úsporných a efektivních opatřeních může inspirovat v sousedních evropských zemích, kde již některé reformy úspěšně aplikovaly.

Oblast demografického vývoje nepřináší sama o sobě žádné překvapivé výsledky, nicméně při konfrontaci s oblastí zdravotnictví se lze domnívat, že právě oblast vývoje věkové struktury obyvatelstva bude do budoucna největším problémem.

Dle mého názoru se cíl práce podařilo naplnit. Byla provedena podrobná analýza systému fungování českého zdravotního systému, popsána struktura celkových nákladů, která byla porovnána s makroekonomickými veličinami a současnou ekonomickou situací. Touto analýzou se podařilo potvrdit předloženou hypotézu, že náklady na zdravotnictví rostou v závislosti na demografickém vývoji.

Přínosem této bakalářské práce je tedy podrobná analýza zdravotního systému a demografické situace České republiky, která je využitelná pro budoucí národohospodářské rozhodování v oblasti sociální politiky s ohledem na danou ekonomickou a politickou situaci, a poskytuje podporu při pozdějších predikcích vývoje zdravotnictví. Nad rámec stanoveného zadání práce by bylo možné si vybrat zemi nebo alianci států velice podobnou České republice, například státy Visegrádské skupiny, a komparovat systémy zdravotnictví, náklady na něj a následné porovnání demografického vývoje. V souvislosti s touto hlubší analýzou by bylo možné vypracovat strategický plán rozvoje zdravotních systémů a kooperaci všech států.

Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
NZS	Národní zdravotnická služba
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OSN	Organizace spojených národů
USA	Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistik
WHO	World health organisation

Seznam tabulek

Tabulka 1: Srovnání zdravotnických systémů	23
Tabulka 2: Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví mezi lety 2004 - 2015.....	36
Tabulka 3: Vývoj podílu veřejných výdajů na HDP.....	38
Tabulka 4: Přírůstky veřejných výdajů na zdravotnictví oproti předchozímu roku	39
Tabulka 5: Soukromá peněžní vydání na zdravotní péči na 1 obyvatele podle statistiky rodinných účtů (v Kč)	40
Tabulka 6: Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v letech 2004 - 2014	43
Tabulka 7: Vývoj celkových výdajů na 1 obyvatele (v Kč)	44
Tabulka 8: Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle věku a pohlaví v roce 2010 a 2014.....	45
Tabulka 9: Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (v %) ve vybraných zemích v letech 2004 - 2015.....	47
Tabulka 10: Vývoj počtu obyvatel České republiky mezi lety 2004 - 2015	54
Tabulka 11: Vývoj počtu obyvatel dle ekonomických generací mezi lety 2004 - 2015 absolutně i relativně	57
Tabulka 12: Vývoj počtu obyvatel dle biologických generací mezi lety 2004 - 2015 absolutně i relativně	59
Tabulka 13: Vývoj indexu hospodářské závislosti a váženého indexu hospodářské závislosti v letech 2004 - 2015	60
Tabulka 14: Vývoj střední délky života v letech 2004 - 2015.....	63
Tabulka 15: Vývoj úhrnné plodnosti v letech 2004 - 2015	65

Seznam grafů

Graf 1: Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví mezi lety 2004 - 2015	37
Graf 2: Soukromá peněžní vydání na zdravotní péči na 1 obyvatele podle statistiky rodinných účtů (v Kč)	41
Graf 3: Výdaje zdravotních pojišťoven podle věku a pohlaví v roce 2010 a 2014	46
Graf 4: Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (v %) ve vybraných zemích mezi lety 2004 - 2015	50
Graf 5: Věková pyramida České republiky k 1. 7. 2015	56
Graf 6: Vývoj počtu obyvatelstva dle ekonomických generací mezi lety 2004 – 2015	58
Graf 7: Vývoj indexu hospodářského zatížení a váženého indexu hospodářského zatížení v letech 2004 - 2015	61
Graf 8: Vývoj střední délky života v letech 2004 - 2015	64
Graf 9: Vývoj úhrnné plodnosti v letech 2004 - 2015	66

Seznam obrázků

Obrázek 1: Systém přímých úhrad.....	24
Obrázek 2: Financování z daňových výnosů	25
Obrázek 3: Veřejné zdravotní pojištění	25
Obrázek 4: Soukromé zdravotní pojištění	26
Obrázek 5: Věková pyramida obyvatelstva ČR v roce 2013	30
Obrázek 6: Sundbargovy typy věkové struktury	31
Obrázek 7: Očekávaná věková struktura v roce 2065 v porovnání s rokem 2002	68

Seznam použité literatury

Literatura

1. BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.
2. BARTOŇOVÁ, Dagmar, Boris BURCIN, Ludmila FIALOVÁ, Květa KALIBOVÁ, Jiřina KOCOURKOVÁ a Jitka RYCHLAŘÍKOVÁ. *Demografická situace České republiky: Proměny a kontexty 1993-2008*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010. ISBN 978-80-7419-024-7.
3. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
4. KLUFOVÁ, Renata a Zuzana POLÁKOVÁ. *Demografické metody a analýzy: Demografie české a slovenské populace*. Vydání první. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-546-5.
5. MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. ISBN 978-80-7357-912-8.
6. STIGLITZ, Joseph E. *Economics of the public sector*. 3rd edition. New York: W. W. Norton & Company, 2000. ISBN 0-393-96651-8.

Internetové zdroje

1. About the National Health Service (NHS). NHS [online]. UK: NHS, 2016 [cit. 2016-08-02]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>
2. ALEXA, Jan, Lukáš REČKA, Jana VOTÁPKOVÁ, Ewout VAN GINNEKEN, Anne SPRANGER a Friedrich WITTENBECHER. Health Systems in Transition: Czech Republic: Health system review [online]. United Kingdom: © World Health Organization, 2015, 17(no. 1) [cit. 2017-04-26]. ISSN 1817-6127. Dostupné z: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf
3. BURCIN, Boris a Tomáš KUČERA. Perspektivy populačního vývoje České republiky na období 2003-2065 [online]. Praha: DemoArt, ©2003 [cit. 2017-04-19]. ISBN 80-86746-01-1. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/fulltext/ul_819.pdf
4. Demografická ročenka České republiky - 2006. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2007 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2006-ttp42bqjiu>
5. Demografická ročenka České republiky - 2007. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2008 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2007-6g3t768ru3>
6. Demografická ročenka České republiky - 2008. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2009 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-cr-2008-b4g3wi7p1h>
7. Demografická ročenka České republiky - 2009. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2010 [cit. 2017-02-17].

Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-cr-2009-uowylv5wyu>

8. Demografická ročenka České republiky - 2010. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2011 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-cr-2010-wg5imclir9>
9. Demografická ročenka České republiky - 2011. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2012 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-cr-2011-hn4b3mzpuf>
10. Demografická ročenka České republiky - 2012. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2013 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2012-qdv084etsg>
11. Demografická ročenka České republiky - 2013. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2014 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2013-r9dwy2nt35>
12. Demografická ročenka České republiky - 2014. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2015 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2014>
13. Demografická ročenka České republiky - 2015. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2016 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky>

14. Demografická ročenka krajů - 2004 až 2013. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2014 [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-kraju-2004-az-2013-dqic37ia0x>
15. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004. In: Zdravotnická statistika ČR [online]. Praha 2, Palackého nám. 4: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2005, s. 132 [cit. 2016-10-12]. ISBN 80-7280-518-5. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2004>
16. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005. In: Zdravotnická statistika ČR [online]. Praha 2, Palackého nám. 4: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006, s. 128 [cit. 2016-10-12]. ISBN 80-7280-614-9. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2005>
17. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2006. In: Zdravotnická statistika ČR [online]. Praha 2, Palackého nám. 4: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008, s. 124 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7280-724-6. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2006>
18. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2007. In: Zdravotnická statistika ČR [online]. Praha 2, Palackého nám. 4: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008, s. 129 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7280-794-9. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2007>
19. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008. In: Zdravotnická statistika ČR [online]. Praha 2, Palackého nám. 4: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009, s. 131 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7280-848-9. ISSN

1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2008>

20. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009. In: Zdravotnická statistika ČR [online]. Praha 2, Palackého nám. 4: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010, s. 132 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7280-910-3. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2009>
21. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010. In: Zdravotnická statistika ČR [online]. Praha 2, Palackého nám. 4: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011, s. 132 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7280-969-1. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2010>
22. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011. In: Zdravotnická statistika ČR [online]. Praha 2, Palackého nám. 4: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012, s. 132 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7472-026-0. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2011>
23. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012. In: Zdravotnická statistika ČR [online]. Praha 2, Palackého nám. 4: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013, s. 132 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7472-084-0. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2012>
24. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013. In: Zdravotnická statistika ČR [online]. Praha 2, Palackého nám. 4: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014, s. 131 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7472-133-5. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2013>

25. Health Care Systems - Four Basic Models. In: Physicians for a national health program [online]. Chicago: © PNHP, 2010 [cit. 2016-08-01]. Dostupné z: http://www.pnhp.org/single_payer_resources/health_care_systems_four_basic_models.php
26. Health policy. In: World Health Organization [online]. © Copyright World Health Organization (WHO), 2016. All Rights Reserved: World Health Organization (WHO), 2016 [cit. 2016-07-18]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/health_policy/en/
27. History: CMS' program history. Center for Medicare & Medicaid services [online]. Baltimore: the Centers for Medicare & Medicaid Services, 2015 [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History/index.html>
28. HONEKAMP, Ivonne a Daniel POSSENRIEDE. Redistributive Effects in Public Health Care Financing. The European Journal of Health Economics [online]. 2008, 9(4), [cit. 2017-03-12]. ISSN 16187598. Dostupné z: http://www.jstor.org.zdroje.vse.cz/stable/40283742?pq-origsite=summon&seq=1#fndtn-references_tab_contents
29. Medicaid: Overview. Medicaid.gov [online]. Baltimore: the Centers for Medicare & Medicaid, 2014 [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/medicaid-and-chip-program-information.html>
30. Medicare Program - General Information. Center for Medicare & Medicaid services [online]. Baltimore: the Centers for Medicare & Medicaid Services, 2014 [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo/index.html>
31. MERTL, Jan. Achilles' heels of the health care systems. Národohospodářský obzor - Review of economic perspectives [online]. 2010, 10(1), 20 [cit. 2016-10-

- 16]. DOI: 10.2478/v10135-009-0007-2. Dostupné z:
<http://nho.econ.muni.cz/2010/1/achilles%E2%80%99heels-health-care-systems>
32. National health policies. In: World Health Organization [online]. © Copyright World Health Organization (WHO), 2016. All Rights Reserved: World Health Organization (WHO), 2016 [cit. 2016-07-18]. Dostupné z:
<http://www.who.int/nationalpolicies/en/>
33. Podrobné informace k jednotlivým zemím: Poland: Systém sociálního zabezpečení. Deloitte [online]. Deloitte Česká republika: Deloitte Česká republika, ©2014 [cit. 2017-04-29]. Dostupné z:
<http://www.internationalsocialsecurity.eu/country/poland>
34. Podrobné informace k jednotlivým zemím: Slovakia: Systém sociálního zabezpečení. Deloitte [online]. Deloitte Česká republika: Deloitte Česká republika, ©2014 [cit. 2017-04-29]. Dostupné z:
<http://www.internationalsocialsecurity.eu/country/slovakia>
35. Pohlaví, věk: Typy věkových struktur. In: HŮLE, Daniel. Demografie [online]. Praha: demografie.info, ©2004-2014 [cit. 2016-11-11]. Dostupné z:
http://www.demografie.info/?cz_pohlavivektypyvekstruktur
36. POPOVIČ, Ivan. Celkové výdaje na zdravotnictví 2010–2014. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2015 [cit. 2017-04-29]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014>
37. Porodnost. In: HŮLE, Daniel. Demografie [online]. Praha: demografie.info, ©2004-2014 [cit. 2016-11-11]. Dostupné z:
http://www.demografie.info/?cz_porodnost

38. Práva a povinnosti. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. MZČR: © 2010 MZČR, 2014 [cit. 2016-08-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/prava-a-povinnosti_2620_22.html
39. Principles and values that guide the NHS. NHS [online]. UK: NHS, 2015 [cit. 2016-08-02]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx>
40. RAINHORN, Jean-Daniel. Health Policy. In: Council of Europe [online]. 2014 [cit. 2016-08-01]. Dostupné z: http://www.coe.int/t/dg3/health/Rainhornreport_en.asp
41. SCHNEIDER, Ondřej, Lucie ANTOŠOVÁ, Radovan CHALUPKA a Pavel Hroboň. Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050: Závěrečná zpráva projektu. In: Healthreform.cz [online]. Praha: healthreform.cz, 2006 [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/Elpida_2005.pdf
42. Věkové složení obyvatelstva - 2004. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2005 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-cr-2004-xyr87e3dj8>
43. Věkové složení obyvatelstva - 2005. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2006 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-ceske-republiky-2005-lgbi369wsp>
44. Věkové složení obyvatelstva - 2006. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2007 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-ceske-republiky-2006-g6rpqjaz4n>

45. Věkové složení obyvatelstva - 2007. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2008 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2007-j4ysr151mt>
46. Věkové složení obyvatelstva - 2008. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2009 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2008-bsgh7zhdwg>
47. Věkové složení obyvatelstva - 2009. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2010 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2009-9oav0o3wtg>
48. Věkové složení obyvatelstva - 2010. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2011 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2010-bj74aj1afw>
49. Věkové složení obyvatelstva - 2011. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2012 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2011-kikapm7yay>
50. Věkové složení obyvatelstva - 2012. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2013 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2012-jf4obhd6b8>
51. Věkové složení obyvatelstva - 2013. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2014 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2013-3sqlgzbrnf>
52. Věkové složení obyvatelstva - 2014. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2015 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2014>

53. Věkové složení obyvatelstva - 2015. In: Český statistický úřad [online]. Český statistický úřad: www.czso.cz, 2016 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva>
54. VOJTĚCH, Adam. Financování zdravotnictví. In: Institut pro politiku a společnost [online]. Praha: Institut pro politiku a společnost, 2016 [cit. 2016-10-16]. Dostupné z: http://www.politikaspolecnost.cz/wp-content/uploads/2016/08/Vojt%C4%9Bch_Financov%C3%A1n%C3%AD-zdravotnictv%C3%AD.pdf
55. Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2015. In: Český statistický úřad [online]. Praha: ČSÚ, 2016 [cit. 2016-12-10]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2015>
56. WEIGL, Jiří, Martin KOVÁŘ, Jaroslav VOSTATEK, Vít HLOUŠEK a Robert KVAČEK. Otto von Bismarck: 200 let od narození [online]. Praha: Institut Václava Klause, 2015, [cit. 2016-07-27]. ISBN 978-80-7542-002-2. Dostupné z: <https://play.google.com/books/reader?printsec=frontcover&output=reader&id=J0VmCwAAQBAJ&pg=GBS.PT2>
57. What is ObamaCare? ObamaCare Facts [online]. obamacarefacts.com [cit. 2016-08-08]. Dostupné z: <http://obamacarefacts.com/whatis-obamacare/>
58. Zdravotní pojišťovny. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. MZČR: © 2010 MZČR, 2014 [cit. 2016-08-16]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html
59. Zdravotnická ročenka ČR 2004. In: Zdravotnická ročenka [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2005, s. 270 [cit. 2016-10-12]. ISBN 80-7280-520-7. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2004>

60. Zdravotnická ročenka ČR 2005. In: Zdravotnická ročenka [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2006, s. 262 [cit. 2016-10-12]. ISBN 80-7280-652-1. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2005>
61. Zdravotnická ročenka ČR 2006. In: Zdravotnická ročenka [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2007, s. 264 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7280-736-9. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2006>
62. Zdravotnická ročenka ČR 2007. In: Zdravotnická ročenka [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2008, s. 260 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7280-783-3. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2007>
63. Zdravotnická ročenka ČR 2008. In: Zdravotnická ročenka [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2009, s. 260 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7280-845-8. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2008>
64. Zdravotnická ročenka ČR 2009. In: Zdravotnická ročenka [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010, s. 260 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7280-909-7. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2009>
65. Zdravotnická ročenka ČR 2010. In: Zdravotnická ročenka [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2011, s. 268 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7280-966-0. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>
66. Zdravotnická ročenka ČR 2011. In: Zdravotnická ročenka [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2012, s. 270 [cit. 2016-

- 10-12]. ISBN 978-80-7472-024-6. ISSN 1210-9991. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2011>
67. Zdravotnická ročenka ČR 2012. In: Zdravotnická ročenka [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2013, s. 276 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7472-083-3. ISSN 1210-9991. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2012>
68. Zdravotnická ročenka ČR 2013. In: Zdravotnická ročenka [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 276 [cit. 2016-10-12]. ISBN 978-80-7472-135-9. ISSN 1210-9991. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2013>
69. Zdravotnická ročenka ČR 2014. In: Zdravotnická ročenka [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2016, s. 203 [cit. 2016-10-12]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/node/7692>
70. Zdravotnická ročenka ČR 2015. In: Zdravotnická ročenka [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2016, s. 223 [cit. 2016-10-12]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/node/7693>
71. Zpráva o zdraví obyvatel České republiky. In: Zdraví 2020 [online]. Praha: © Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014, [cit. 2016-12-11]. ISBN 978-80-85047-49-3. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zprava-o-zdravi-obyvatel-ceske-republiky2014-9420_3016_5.html