VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE

Fakulta financí a účetnictví

katedra veřejných financí

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2017 **Bc. Lenka Koubová**

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE

Fakulta financí a účetnictví

katedra veřejných financí

studijní obor: Zdanění a daňová politika

Zdravotní systém Německa

Autor diplomové práce: Bc. Lenka Koubová

Vedoucí diplomové práce: doc. Ing. Alena Maaytová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2017

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma „Zdravotní systém Německa“ jsem vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu a další prameny řádně označila a uvedla v přiloženém seznamu.

V Praze dne 25. 5. 2017

Podpis:

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. Ing. Aleně Maaytové, Ph.D., vedoucí diplomové práce, za její odbornou pomoc, připomínky a cenné rady, které mi při vypracovávání práce poskytla.

Dále bych ráda poděkovala své rodině, příteli a blízkým za podporu během psaní diplomové práce a po celou dobu studia.

Anotace

Diplomová práce obsahuje komplexní pohled na zdravotní systém ve Spolkové republice Německo v letech 1995-2015. Hlavním cílem této práce je na základě zhodnocení zjištěných poznatků o německém zdravotním systému stanovit doporučení pro zlepšení českého zdravotního systému. Dílčími cíli diplomové práce jsou charakteristika zdravotního systému a analýza příjmů a výdajů ve zdravotnictví v Německu. Práce je členěna do šesti kapitol. První kapitola je zaměřena na informace získané z odborné literatury. Především charakterizuje jednotlivé pojmy související se zdravotnictvím a jeho financováním. Druhá kapitola se zaměřuje na ekonomické pojetí a problematiku zdravotního systému. Třetí část obsahuje popis zdravotního systému dané země. Dále jsou zde uvedeny vybrané údaje o Německu, organizace či pravomoci na úrovni federální, státní a místní. Čtvrtá kapitola se zabývá pojistným trhem v Německu. V páté části jsou shrnuté zásadní reformy zdravotního systému spolkové republiky. V poslední kapitole je analýza příjmů a výdajů zdravotního systému. V této části jsou analyzována data dostupná ze statistik německého statistického úřadu nebo od nadnárodních organizací jako jsou WHO, OECD či ze světové banky.

Klíčová slova: zdravotní systém, financování zdravotnictví, příjmy ve zdravotnictví, výdaje ve zdravotnictví, zdravotní pojištění

Obsah

Úvod 8
1. Vymezení pojmů 10
1.1. Zdraví 10
1.2. Zdravotní politika 11
1.3. Zdravotnictví a zdravotní péče 12
1.4. Zdravotní systém 13
1.4.1. Tržně orientovaný systém 15
1.4.2. Systém národního zdravotního pojištění 16
1.4.3. Systém státního zdravotnictví 16
1.4.4. Přímé a nepřímé financování zdravotních systémů 17
1.5. Subjekty zdravotní politiky 18
1.6. Sociální pojištění 18
1.6.1. Subjekty 19
1.6.2. Veřejné zdravotní pojištění 19
1.7. Soukromé zdravotní pojištění 20
2. Ekonomie zdravotnictví 22
2.1. Poptávka a nabídka 22
2.2. Grossmannův model 23
2.3. Selhání trhu 25
3. Zdravotní systém Německa 29
3.1. Obecné a demografické údaje o Německu 29
3.2. Základní informace o zdravotním systému Německa 31
3.3. Pravomoci na jednotlivých úrovních 35
3.4. Reformy zdravotního systému Německa 38
4. Německý pojistný systém 42
4.1. Povinné zákonné pojištění 42
4.1.1. Důchodové pojištění 43
4.1.2. Zdravotní pojištění 45
4.1.3. Úrazové pojištění 47
4.1.4. Pojištění pro případ odkázanosti na péči 48
4.1.5. Pojištění pro případ nezaměstnanosti 50
4.2. Soukromé pojištění 52

4.2.1. Soukromé zdravotní pojištění ... 53
4.2.2. Soukromé úrazové pojištění ... 53
4.2.3. Soukromé důchodové pojištění ... 54
4.3. Pojistný trh ... 54
4.3.1. Pojišťovny ... 55
4.3.2. Organizace ... 57
5. Analýza zdravotního systému Německa ... 59
5.1. Příjmy německého zdravotního systému ... 59
5.2. Výdaje veřejného zdravotního systému ... 62
Závěr ... 68
Seznam zdrojů ... 72
Seznam grafů ... 79
Seznam schémat ... 79
Seznam tabulek ... 79
Příloha ... 80

Úvod

Zdravotnictví je zásadní součástí každodenního života a zároveň se týká každého z nás. V posledních letech se všechny vyspělé země stále více zajímají o problematiku zdravotnictví a díky tomu neustále narůstají výdaje na zdravotní péči. V této práci je pozornost věnovaná zdravotnímu systému Německa, převážně z pohledu povinného zdravotního pojištění. Zároveň je v ní zahrnuta i část týkající se ne jen příjmové stránky, ale i výdajů.

Hlavním cílem této práce je na základě zhodnocení zjištěných poznatků o německém zdravotním systému stanovit doporučení pro zlepšení českého zdravotního systému. Dílčími cíli diplomové práce jsou charakteristika zdravotního systému a analýza příjmů a výdajů ve zdravotnictví v Německu. V práci je uveden vývoj příjmů a výdajů zdravotního systému mezi lety 1995 až 2015 kromě části pojištění, která obsahuje nejnovější data a je za období 2007 - 2017. Práce také obsahuje informace o fungování a organizaci zdravotního systému. Německo jsem si vybrala z důvodu zajímavého historického vývoje, velkého množství reforem a způsobu financování hlavně prostřednictvím zákonného zdravotního pojištění.

Příjmy ve zdravotnictví jsou tvořeny převážně příjmy ze zákonného zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění je v Německu povinné a je stanoveno na federativní úrovni. Pokud občan přesáhne ve třech obdobích za sebou maximální vyměřovací základ zákonného zdravotního pojištění, může být pojištěn v soukromém sektoru, případně si soukromý sektor může zvolit jako doplňkovou variantu k zákonnému pojištění. Mezi povinné zákonné pojištění, nazvané jako sociální, patří pět pilířů a to pojištění důchodové, zdravotní, úrazové, pojištění pro případ péče a pojištění pro případ nezaměstnanosti. Jednotlivé pilíře jsou definovány v sociálním zákoníku.

Výdaje na zdravotnictví vykazují rostoucí tendenci kvůli zkvalitňování a zlepšování zdravotní péče. Právě kvalita je jeden z řešených problémů ve zdravotnictví Německa, která se pohybuje pouze okolo průměru zemí v EU, a proto se na tom snaží pracovat. Výdaje na zdravotnictví rozlišujeme na veřejné a soukromé, přičemž veřejné výdaje poskytuje ve zdravotnictví veřejný sektor, soukromé výdaje plynou převážně z důchodů domácností.

Práce je členěna do šesti kapitol. První kapitola je zaměřena na informace získané z odborné literatury. Především charakterizuje jednotlivé pojmy související se zdravotnictvím a jeho

financováním. Druhá kapitola se zaměřuje na ekonomické pojetí a problematiku zdravotního systému. Třetí část obsahuje popis zdravotního systému dané země. Dále jsou zde uvedeny vybrané údaje o Německu, organizace či pravomoci na úrovni federální, státní a místní. Čtvrtá kapitola se zabývá pojistným trhem v Německu. V páté části jsou shrnuté zásadní reformy zdravotního systému spolkové republiky. V poslední kapitole je analýza příjmů a výdajů zdravotního systému. V této části jsou analyzována data dostupná ze statistik německého statistického úřadu nebo od nadnárodních organizací jako jsou WHO, OECD či ze světové banky.

1. Vymezení pojmů

1.1. Zdraví

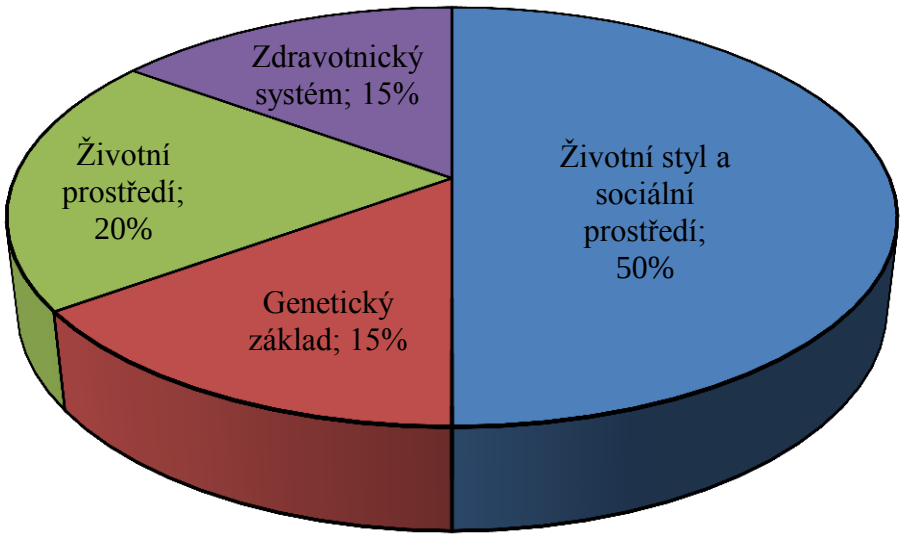
Zdraví je nejčastěji definováno jako základní pojem ve zdravotní politice a jako soubor schopností člověka vyrovnat se s nároky vnitřního a vnějšího prostředí bez narušení životních funkcí. Ústava WHO (World Health Organisation) definuje zdraví jako *„stav dokonalého tělesného, duševního a sociálního uspokojení a nejen nepřítomnost nemoci nebo nějaké fyzické nebo duševní vady či poruchy“*[1].

Pro definici zdraví můžeme využít buď negativní, nebo pozitivní vymezení. Negativní je označení stavu organismu, který není vystavován chorobě. Pozitivní vymezení se naopak snaží využít pozitivní znaky zdraví. V rámci tohoto pohledu se můžeme setkat s dvěma přístupy. Starší koncept se zaměřuje na statické pojetí zdraví a definuje zdraví jako stav. Této definici teoretici vyčítají přílišnou obecnost a také neztotožňování s objektivní realitou. K tomuto pohledu se přiklání světová organizace World Heath Organization. Novější koncept bere toto pojetí jako dynamičtější a kritizuje definice, které jsou stanovené na základě statického, dokonalého a konečného stavu organismu, jež stejně nelze dosáhnout, jelikož nezohledňují procesy probíhající v organismu, kde se zatím neprojevily subjektivní ani objektivní příznaky.[2] Navíc nezohledňují vztah organismu k vnějšímu prostředí a ani vliv vnitřního prostředí.

Zdraví je ovlivňováno celou řadou faktorů. Do určité míry zdraví ovlivňuje zdravotní péče a její kvalita, ale rozhodně to není jediný a hlavní faktor, který působí na zdraví jedince. Většina autorů využívá základní dělení na faktory vnitřního prostředí a na faktory vnějšího prostředí. Mezi vnitřní lze zahrnout genetický základ jako biologické předpoklady, vrozené vady, odolnost vůči rizikům či úroveň intelektových schopností. Do vnějších řadíme způsob života (životní styl), klimatické podmínky, životní, pracovní a sociální prostředí. Nejvýznamnějším faktorem, který ovlivňuje způsob života, je životní styl tzn. výživa, pohyb, návykové látky, stres, způsob bydlení či zaměstnání.

[1] DURDISOVÁ, Jaroslava a Jitka LANGHAMEROVÁ. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. V Praze: Vysoká škola ekonomická, Fakulta národohospodářská, 2001. ISBN 80-245-0217-8.
[2] DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9.

Graf č. 1: Faktory ovlivňující zdravotní stav obyvatel



Zdroj: KŘÍŽOVÁ, Eva. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky. 108 s. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky; 3/1998.

Občas se také můžeme setkat s pojmy nezdravotní a zdravotní faktory. Mezi nezdravotní patří přírodní faktory spolu se sociálním prostředím. Tyto faktory ovlivňují zdraví zhruba z 80 % a právě zde je důležitá prevence, díky které se může snížit negativní působení faktorů. Jako zdravotnické faktory označujeme kvalitu, dostupnost či informovanost o zdravotní péči, které ovlivňují zdraví přibližně z 20 %.[3]

1.2. Zdravotní politika

Zdravotní politika nemá jednotnou definici a v každém státě může být jiná. Zdravotní politika je součástí hospodářské a sociální politiky každého státu. Vychází ze skutečnosti, že ochrana, podpora a zachování zdraví je jednou ze základních potřeb lidstva a snaží se odstraňovat negativní sociální dopady tržního rozdělování pomocí přerozdělovacích procesů. Z povahy hodnotové hierarchie a ekonomické a společenské úrovně obyvatel vychází konstrukce práva na zdraví, které je základem zdravotní politiky. S tímto právem se můžeme setkat v Listině základních práv a svobod. V dnešním pojetí ji můžeme definovat na základě platných zákonů a konvencí jako cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva. Činnost zdravotní politiky zahrnuje dvě hlavní aktivity. Jde o aktivity, které vedou přímo k samotnému léčení, neboli k odstraňování změn, obnově a navrácení zdraví -

[3] KŘÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Lékařská fakulta UK, 1998, ISBN 80-238-0937-7

zdravotní politika ex post. Dále pak aktivity, které směřují k podpoře a ochraně zdraví či předcházení nemoci - zdravotní politiku ex ante.[4]

Oblast zdravotní politiky je souhrnem politických aktivit, jež mají vliv na zdraví různých společenských skupin či občanů států. V každé zemi působí jinak. Význam zdravotní politiky je dán společenským uspořádáním a ekonomickou silou státu, ale také kulturou a složením občanů.

Zdravotní politika vychází z konkrétních priorit a hodnot dané společnosti. Hodnoty většinou působí napříč celou společností, všemi vrstvami a systémy, tudíž i zdravotnictvím. Jako hlavní kritérium zdravotní politiky se považuje zdravotní stav obyvatel státu a ekonomická situace země, které určují, jakým směrem se zdravotní politika bude ubírat a jaké cíle stanoví. K realizaci zdravotní politiky je potřeba hlavně politické vůle. V odborné literatuře se můžeme setkat i s dalšími důležitými předpoklady k realizaci, jako cíle a strategie stanovené státem, reálnost cílů podle ekonomických možností státu či existence sociálně – ekonomického prostředí. Nejzásadnějšími pilíři zdravotní politiky jsou etika, medicína a ekonomika. Měly by fungovat v rovnováze, protože jejich vzájemný vztah se promítá do zdravotního stavu obyvatel a jeho vývoje do budoucna. Důležitým předpokladem existence státní zdravotní politiky je i vytvoření materiální základny.[5] Mezi důležité cíle zdravotní politiky patří převážně uchování a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva země, efektivní alokace zdrojů a dostupnost zdravotních služeb všem. Nejdůležitějším cílem je soustavná a dlouhodobá snaha o zlepšení zdravotního stavu obyvatel země. Dosáhnout tohoto stavu lze pouze při spolupráci všech subjektů, počínaje vládou, státními institucemi až po iniciativu občanů. Posláním zdravotní politiky by měla být služba společnosti, která uspokojí potřeby v oblasti zdraví a péče.

1.3. Zdravotnictví a zdravotní péče

Pokud považujeme zdravotnictví jako obor, jedná se o systém zdravotnických institucí a zdravotnických pracovníků, kteří poskytují odborné služby. Zdravotnictví je definováno jako organizovaná oblast sociální činnosti. Zdravotnictví je odvětví III. sektoru národního hospodářství či organizační celek, soustava orgánů, institucí a jimi zabezpečovaných činností, jejichž cílem je bezprostřední prevence, léčení chorob a zabezpečování odborných, osobních,

[4] KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 3., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2005. ISBN 80-7357-050-5.
[5] DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9.

finančních a věcných předpokladů pro výkon všech činností v rámci odvětví zdravotnictví. Mezi základní faktory rozvoje zdravotní politiky patřily potřeba péče o ekonomicky aktivní občany, řešení důsledku migrace obyvatelstva do měst, válečné konflikty při rozdělování Evropy, rozvoj přírodních věd či nástup moderní medicíny.[6] Podle Kuvíkové a Murgaše existují tři modely zdravotnictví. Čistě liberální model vychází z minimálních zásahů státu. Stát vytváří jen právní prostor, ve kterém se zabezpečují zdravotnické služby. Státní centralizovaný model byl typický pro plánované ekonomiky. Stát se staral o produkci, financování a řízení zdravotnických služeb. Úloha pacienta byla minimalizována. Pro administrativní model je charakteristická byrokratická forma řízení, která byla specifická pro klasický model managementu ve veřejném sektoru. Probíhala zde kontrola správnosti formální stránky, ale ne na základě kontroly dosažených výsledků a efektivnosti. V manažersky orientovaných modelech mají organizace prostor pro vlastní manažerské rozhodování.[7]

Zdravotní péče lze členit na zdravotnické služby ve smyslu materiálních aktivit a s nimi související spotřebu (léky, zdravotní materiál či spotřeba energie) a následně se uskutečňuje v rámci zdravotního systému. Financování zdravotní péče může být hrazeno buď na základě výkonového modelu, na kapitační platbě nebo modelu založeném na spoření pacientů. Výkonový model funguje na základě platby za provedený výkon nebo na bodovém hodnocení výkonu. Bodová hodnota se určuje zpětně po skončení účetního období v závislosti na příjmu pojistného fondu, výdajů a objemu vykázaných výkonů. Platba je uskutečňována přímo pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Kapitační platba je jednotná platba za registrovaného pacienta či za diagnostiku. Většinou se vyplácí měsíčně na daného pacienta. Model založený na spoření pacienta funguje na základě individuálního účtu, ze kterého se část rozděluje na osobní účet a část do solidárního pojištění. V praxi se můžeme setkat jak s těmito krajními řešeními, tak případně s určitou modifikací či kombinací. [8]

1.4. Zdravotní systém

Zdravotní systém je součástí zdravotní politiky, jelikož zabezpečuje její cíle. Zdravotní systém zahrnuje strukturální, funkční vazby a závislosti. Je součástí jak vyššího tak nižšího

[6] MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-912-8.
[7] KUVÍKOVÁ, Helena, Milan MURGAŠ a Juraj NEMEC. *Ekonómia zdravotníctva*. 1. vyd. Banska Bystrica: Phoenix, 1995. ISBN 80-900563-1-8.
[8] KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 3., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2005. ISBN 80-7357-050-5.

řádu s prvkem účelné autoregulace a je pro něj důležitý člověk a jeho potřeby. Zdravotní systém zprvu vznikal mezi lékařem a pacientem. Později se vytvořil složitější, organizovanější a integrovanější systém. Zdravotní systém ovlivňují společenskoekonomické, historické a regionální aspekty. Můžeme ho definovat jako *„organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku, v jejímž rámci se uskutečňuje zdravotní péče“.*[9] Podle M. G. Fielda lze zdravotní systém definovat jako *„souhrn formalizovaného úsilí, závazků, institucí, personálních a ekonomických zdrojů a výzkumných aktivit, které společnost věnuje problematice emocí, předčasných úmrtí, neschopnosti, prevenci, rehabilitaci a jiným problémům spjatých se zdravotním stavem populace“* [10]. Definice zdravotního systému nikdy nebude úplná, protože se mění v závislosti na realitě. I když se na zemi můžeme setkat s odlišnými systémy, všechny si kladou jeden hlavní cíl, kterým je uspokojování zdravotních potřeb obyvatel. Důležitými cíli zdravotního systému jsou podpora zdraví, vzdělávání zdravotnických pracovníků, zdravotnická osvěta a výzkum. Odlišnosti jednotlivých zdravotních systémů jsou způsobeny odlišnou strukturou vlastnických vztahů, způsobem financování, mírou státní regulace, podmínkami přístupu pacientů ke zdravotní péči a ve finanční spoluúčasti pacientů. Typ zdravotního systému jednotlivých zemí je dán především kulturně-historickým vývojem, hodnotami upřednostňovanými ve společnosti, vládnoucím politickým systémem a hospodářskou vyspělostí země. [11]

Při porovnávání jednotlivých zemí je důležité znát určité indikátory a proměnné. Patří mezi ně dostupnost zdravotní péče, ekonomická nákladovost, rovnost, kvalita péče a výkonnost. Pro odlišení zdravotních systémů se používá jako kritérium zdroj financování. Ve většině zemí garantuje zdravotní péči obyvatelům stát. Podle státní regulace a zásahů lze rozlišit tyto modely financování:

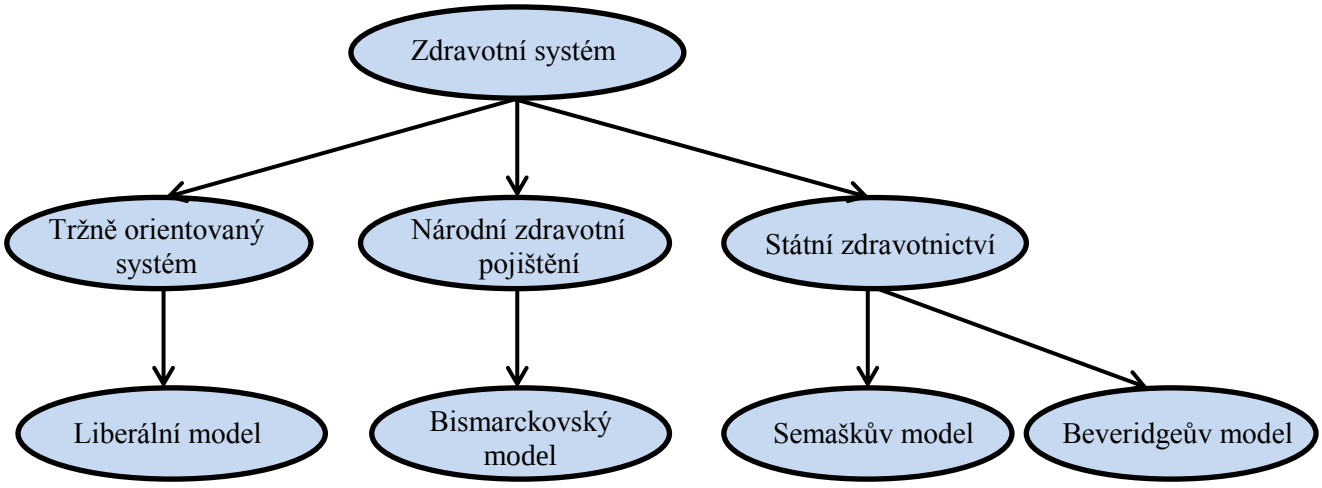
- liberální,
- financovaný ze zdravotního pojištění (Bismarckovský),
- Semaškův model,
- a financovaný z daní (Beveridgeovský).

[9] KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 3., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2005. ISBN 80-7357-050-5.
[10] FIELD, Mark G. *Success and crisis in national health systems: a comparative approach*. New York: Routledge, 1989. ISBN 978-041-5012-898.
[11] ŠLAIS, Karel. *Srovnání systémů zdravotního pojištění v České republice a vybraných zemích* [online]. Olomouc, 2010 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://theses.cz/id/w6vbxf/81041-412363415.pdf. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

V novější literatuře se lze setkat s dalšími modely:

- tržně orientovaný zdravotní systém,
- národní zdravotní pojištění (povinné, všeobecné, zákonné),
- a státní zdravotnictví.

Schéma č. 1: Základní modely zdravotních systémů



Zdroj: HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. 2009. Dostupné z: http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf (vlastní zpracování)

1.4.1. Tržně orientovaný systém

Tržní systém vychází z předpokladu, že se zdravím může být zacházeno jako s předmětem koupě a prodeje. Zdravotní péče není garantována státem, ale závisí na zodpovědnosti jednotlivých občanů. Stát nijak nezabezpečuje vztah mezi poskytovatelem a příjemcem zdravotních služeb a ani nereguluje cenu za zdravotní péči. Zdravotnictví je hrazeno buď přímo od pacientů případně od komerčních zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojištění funguje na dobrovolné bázi. Záleží jen na jedinci, zda si ho bude hradit či nikoli. Tento systém je tedy založen na velké konkurenci mezi poskytovateli zdravotních služeb, mezi komerčními pojišťovnami i mezi plátci. Pozitivním výsledkem tržního modelu je vysoká kvalita zdravotní péče, přijetí myšlenky zdravého životního stylu a posilování existence práva na zdraví. Nejznámějším představitelem tržně orientovaného modelu je USA. Dříve tento přístup využívalo i Švýcarsko. [12]

[12] DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9.

1.4.2. Systém národního zdravotního pojištění

Systém národního zdravotního pojištění vychází z povinného veřejného zdravotního pojištění. Stát zde garantuje zdravotní péči, ale zároveň jsou jedinci povinni platit pojistné do fondu zdravotního pojištění, ze kterého je následně financována zdravotní péče. Stát se na tomto modelu angažuje tvorbou legislativy a financováním veřejného zdravotního pojištění za státní pojištěnce. Zdravotní pojišťovny zastávají kontrolní kompetence. Dále proplácí poskytovatelům zdravotních služeb náklady spojené s poskytnutou zdravotní péčí. Způsob úhrady zdravotní pojišťovnou je buď na základě výkonů, nebo pevnou částkou na jednoho registrovaného pacienta. Systém národního zdravotního pojištění funguje na principu solidarity, kdy jedinci platí na základě výše svých příjmů a přijímají zdravotní péči dle potřeb. Tento model je velmi náročný na administrativu vykazování a proplácení zdravotnických služeb. Systém národního zdravotního pojištění se snaží spojit výhody tržního systému zdravotnictví a systému státního zdravotnictví. Umožňuje svobodnou volbu lékaře, konkurenci, decentralizaci a stát současně prostřednictvím legislativy zajišťuje dostupnost zdravotní péče.[13] Hlavními představiteli tohoto systému jsou Německo, Rakousko, Nizozemí, Belgie, Francie a Česká republika.

1.4.3. Systém státního zdravotnictví

Státní zdravotnictví je založené na financování z veřejných rozpočtů prostřednictvím daní. Stát garantuje bezplatnou zdravotní péči, kontroluje a reguluje efektivní použití finančních prostředků ve zdravotnictví a zároveň vlastní zdravotnická zařízení. Praktický lékař zde figuruje jako koordinátor zdravotní péče. Poskytnuté služby jsou hrazeny na základě kapitační platby nebo v závislosti na využití zdravotnických lůžek. Mezi nevýhody tohoto systému se řadí nadměrná poptávka po zdravotní péči (může docházet ke zvyšování čekacích lhůt) a zároveň nedostatečné zdroje na hrazení zdravotní péče. Naopak mezi výhody lze zahrnout nižší výdaje v porovnání s tržně orientovaným modelem či spravedlnost systému zdravotnictví.[14] Tento systém je uplatňován ve Velké Británii, Kanadě, Švédsku, Norsku, Finsku, Španělsku a Portugalsku. Dříve byl uplatňován i v České republice.

[13] DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9.

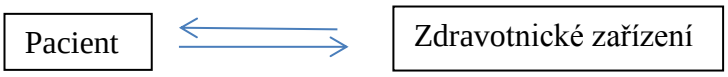
[14] DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9.

1.4.4. Přímé a nepřímé financování zdravotních systémů

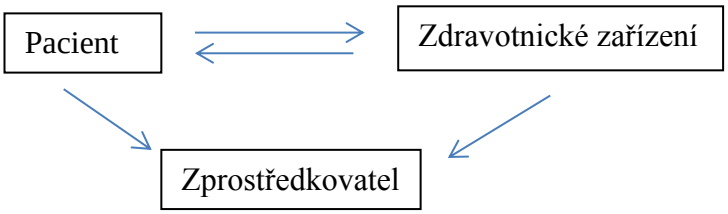
Zdravotní systémy lze rozdělit i podle převažujícího způsobu financování na systémy s tzv. přímým nebo nepřímým (prostřednictvím zprostředkovatele) financováním.

Schéma č. 2: Přímé a nepřímé financování

Přímé financování:



Nepřímé financování:



Zdroj: MAAYTOVÁ, Alena. *Veřejné finance v odvětvích ekonomiky.* (přednáška) Praha: VŠE, 20. 3. 2013

Přímé financování upravuje vztah mezi pacientem a zdravotnickým zařízením. Zdravotní služba je hrazena přímo pacientem, eliminuje se tedy prvek zprostředkovatele. Tento způsob financování je převážně využíván pro úhradu doplňkových plateb za léky či stomatologické výkony. Problém může nastat, když si člověk není schopen zafinancovat jinou než základní zdravotní péči. Pro speciální léčbu či běžné operace pacient musí disponovat značnými finančními prostředky, aby se byl schopný vypořádat s nepředvídatelnými okolnostmi. Mizí zde rovnost zdravotní péče.

Nepřímé financování doplňuje vztah pacienta a zdravotního zařízení o třetí subjekt. Systém funguje tak, že pacientovi je poskytnuta služba, kterou hradí zprostředkovatel z prostředků na financování zdravotnictví. Pacient případně zaplatí pouze určitý poplatek, který je u služby pevně stanoven. Nepřímé financování může být prostřednictvím daní a poplatků, z veřejného zdravotního pojištění od pojištěnců či ze soukromého zdravotního pojištění.[15]

[15] BARTÁK, Miroslav, 2010. *Ekonomika zdraví: sociální a ekonomické a právní aspekty péče o zdraví.* Praha: Wolters Kluwer Česká republika. 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

1.5. Subjekty zdravotní politiky

Hlavním subjektem zdravotní politiky je stát. Jeho hlavní úlohou je vytváření prostředí, ve kterém se funkce prosazuje do většiny lidské činnosti. Pokud tuto úlohu neplní a nevytváří potřebné mechanizmy, podílí se na národohospodářské neefektivnosti a následně působí z pohledu ekonomie ztrátově. Stát prostřednictvím své moci zákonodárné, výkonné a soudní zabezpečuje určité priority v národním zájmu, kde trh selhává. Z celosvětového pohledu se míra vlivu státu ve zdravotnictví může v různých státech značně lišit. Odlišnosti jsou způsobené rozdílnou ekonomickou úrovní, kulturou, tradicí, složením obyvatelstva či návyky.

Na zdravotní politice se vedle státu podílejí i další státní i nestátní subjekty jako zdravotní pojišťovny, komory, asociace, zdravotnická zařízení či nadace. Případně se mohou angažovat i subjekty, u kterých hlavní činnost leží mimo zdravotnické odvětví jako například obce, podnikatelé, zaměstnavatelé, občanské iniciativy, občané nebo o jejich rodiny. Do tvorby zdravotní politiky vstupují i politické strany, zájmové a lobbystické skupiny.[16]

V systému, ve kterém je právo na zdraví garantováno státem a zdravotní péče je hrazena z veřejných zdrojů, je používáno tzv. Marshallovo kritérium efektivnosti. Zároveň by měly platit i další principy, které prosazují snížení míry státního přerozdělení a zvýrazňují funkci trhu ve smyslu Paretova optima. Posilování trhu však může mít za následek společenskou efektivnost výdajů na zdravotnictví, která není zcela symetrická s hrazením z veřejných zdrojů.[17]

1.6. Sociální pojištění

Sociální pojistné lze z ekonomického hlediska považovat za daň. Sociální pojištění se ve většině zemí skládá z veřejného zdravotního pojištění a ze sociálního zabezpečení, které zahrnuje důchodové pojištění, nemocenské pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Veřejné zdravotní pojištění si rozebereme v následující části. Důchodové pojištění je nejdůležitější z finančního pohledu. Využívají se v době dlouhodobé nebo trvalé neschopnosti pracovat. Nemocenské pojištění slouží osobám krátkodobě neschopným výdělečné činnosti k náhradám příjmů z důvodu nemoci nebo úrazu. Poslední subsystém je příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Ten zajišťuje peněžitou podporu

[16] KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 3., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2005. ISBN 80-7357-050-5.
[17] KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 3., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2005. ISBN 80-7357-050-5.

v nezaměstnanosti. Do státního rozpočtu se přesouvá pouze pojistné sociálního zabezpečení. Pojistné veřejného zdravotního pojištění jde zdravotním pojišťovnám.

1.6.1. Subjekty

Plátce pojistného je ta osoba, která odvádí pojistné. Ve většině případů je to buď stát nebo zaměstnavatel. Přímo pojištěnec je plátcem pojistného jako zaměstnanec v pracovním poměru, pokud se účastní nemocenského pojištění podle legislativy o nemocenském. Zaměstnavatel je plátcem pojistného za své zaměstnance a stát je plátce za státní pojištěnce.

Státní pojištěnec je osoba, za kterou platí pojistné stát. Seznam těchto subjektů definuje zákon o veřejném zdravotním pojištění. *„Pojištěnec je povinen sdělit příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do osmi dnů skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit za něj pojistné.“* [18] Za zaměstnance plní tuto povinnost zaměstnavatel. Za nezletilé osoby nebo bez způsobilosti k právním úkonům zajišťuje povinnost zákonný zástupce.

Mezi státní pojištěnce se řadí například:

- děti do ukončení povinné školní docházky,
- studenti do 26. roku za předpokladu, že se soustavně připravují na své budoucí povolání,
- ženy na mateřské,
- osoby na rodičovské dovolené,
- osoby, které pobírají některý z důchodů,
- uchazeči o zaměstnání, když jsou v evidenci úřadu práce,
- osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi,
- osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu.

1.6.2. Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění je založeno na principu solidarity a sdílení rizika občany. Vychází z celospolečenské smlouvy legitimizované zákonnou úpravou a z povinných plateb občanů do fondu všeobecného zdravotního pojištění. Pojištění je dáno procentní sazbou z daného příjmu. Alokaci pojistného zajišťují veřejné zdravotní pojišťovny. Slouží k úhradě a k poskytování zdravotní péče. Zaměstnavatelé platí pojistné za své zaměstnance. „*Systém*

[18] VEŘEJNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Za koho platí pojistné stát* [online]. In: [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/platci/informace/stat

veřejného pojištění je konstruován tak, že pojistné snižuje plátcům daňový základ daně a patří tak do systému s „nepřímou podporou státu“. To znamená, že prostředky zaplacené na všeobecném zdravotním pojištění jsou osvobozeny od daňového zatížení.“[19] Plátci veřejného zdravotního pojištění jsou zaměstnanci a zaměstnavatelé, osoby samostatně výdělečně činné, osoby bez zdanitelných příjmů a stát. Někteří jedinci jsou vyňati z tohoto systému v případě, že jejich činnost má speciální význam, je pojištěna jiným způsobem, nebo se jedná o osoby, které jsou pojištěny mimo zemi. Těmito osobami jsou vojáci z povolání, žáci vojenských škol, osoby dlouhodobě a nepřetržitě pobývající v cizině a cizí státní příslušníci.[20]

Zdravotní pojištění uzavírají jen zdravotní pojišťovny se speciální koncesí. Fond veřejného zdravotního pojištění spravuje Všeobecná zdravotní pojišťovna, která následně financuje služby lékařů a zdravotních zařízení, kontroluje množství a účelnost výkonů a posuzuje zdravotní způsobilost.[21] Z veřejného zdravotního pojištění se uhrazuje ambulantní, ústavní, pohotovostní a záchranná služba, preventivní péče, léky, posudková činnost, pitvy a transplantace tkání a orgánů.

Velikost pojistného se vypočítává z vyměřovacího základu. *„Vyměřovací základ u zaměstnance v pracovním poměru je úhrn příjmů zúčtovaných mu zaměstnavatelem v souvislosti s výkonem zaměstnání, které zakládá účast na nemocenském pojištění vždy ve smyslu platného zákona o pojistném.“*[22] Vyměřovací základ pro osobu samostatně výdělečně činnou je vypočítán z příjmů z podnikání po odečtení výdajů vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení.

1.7. Soukromé zdravotní pojištění

Soukromé zdravotní pojištění je dobrovolné. Slouží k pokrytí výpadku příjmu v důsledku nemoci či úrazu či hospitalizaci. Ve většině případů ale pojišťovny vyplácí sjednanou částku až zpětně. Tento typ pojištění se dá sjednat u komerčních pojišťoven a to buď samostatně, nebo jako připojištění k životnímu pojištění.

---

[19] DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9.
[20] VANČUROVÁ, Alena a Stanislav KLAZAR. Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: ASPI, 2008. Vzdělávání a certifikace účetních. ISBN 978-807-3573-812
[21] DURDISOVÁ, J. Ekonomika zdraví. Vyd. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005 228 s. ISBN 80-245-0998-9
[22] VANČUROVÁ, Alena a Stanislav KLAZAR. Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: ASPI, 2008. Vzdělávání a certifikace účetních. ISBN 978-807-3573-812

Zaměstnanci mají nárok na náhradu mzdy a nemocenskou, ale u osob samostatně výdělečně činných bez soukromého pojištění může nemoc či pobyt v nemocnici znamenat výpadek veškerých příjmů. Proto se může soukromé zdravotní pojištění hodit.

Cena za soukromé zdravotní pojištění závisí především na tom, jaké denní dávky chcete pobírat v případě nemoci. Účelem soukromého zdravotního pojištění je dorovnat výpadek příjmu, proto se vyplatí před sjednáním propočítat příjmy a výdaje a na základě toho stanovit pojistnou částku.[23]

[23] Soukromé zdravotní pojištění. In: *Peníze.cz* [online]. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: http://www.penize.cz/soukrome-zdravotni-pojisteni

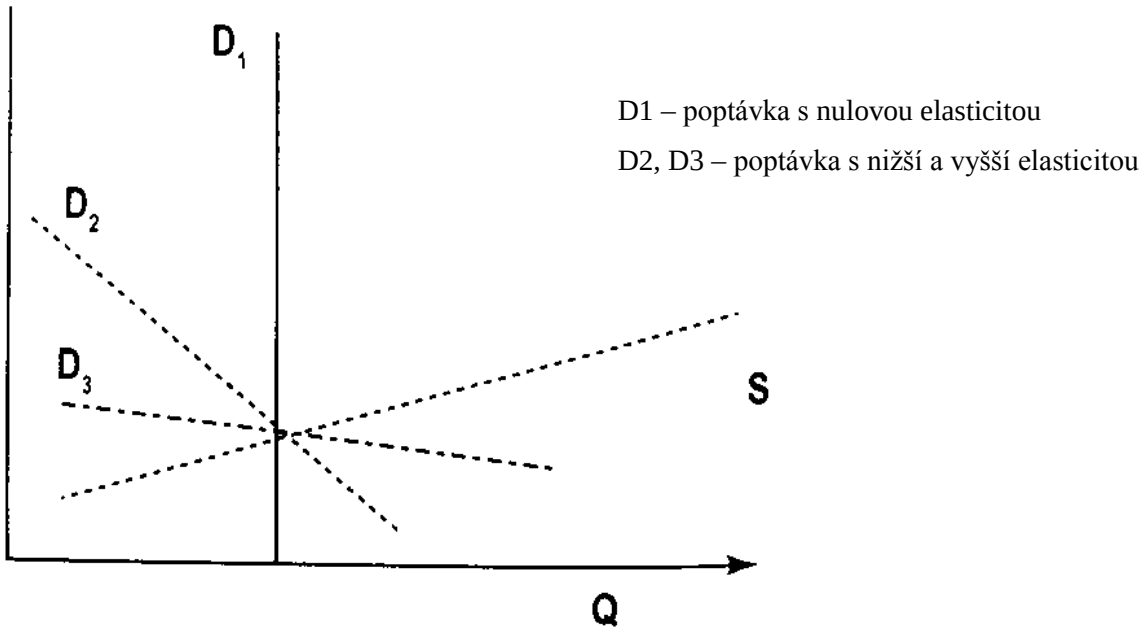
2. Ekonomie zdravotnictví

Aktuálně se jedná o samostatnou mikroekonomickou disciplínu analyzující chování jednotlivých subjektů ve zdravotnictví. Ekonomie zdravotnictví definuje charakter trhu se zdravotní péčí, analyzuje případná selhání a uplatňuje tradiční metody ekonomické analýzy. K. J. Arrow se zabýval rozdíly mezi konkurenčním a zdravotnickým trhem. Došel k závěru, že existují argumenty ve prospěch veřejné účasti u zdravotních služeb. Rozdíly lze najít v povaze poptávky, v očekávaném chování lékařů, v nejistotě výsledného produktu, v podmínkách nabídky a v procesu tvorby cen.[24]

2.1. Poptávka a nabídka

Poptávka po zdravotní péči se nedá nijak předvídat. Na elasticitu poptávky působí zhoršení zdravotního stavu, které je spojeno s náklady jedince, s náklady na poskytnutí zdravotní péče či s náklady zaměstnavatele.

Graf č. 2: Cenová elasticita poptávky po zdravotních službách



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

[24] ARROW, Kenneth J. *Uncertainity and the Welfare Economics of Medical Care*, in American Economic Rewiew 5/1963

Pokud bychom chtěli sledovat výslednou elasticitu poptávky, je potřeba brát v potaz výslednou produkci. Na zdravotním trhu můžeme nalézt služby, které mají velmi nízkou či nulovou elasticitu, ale i léky s vysokou elasticitou. U nulové elasticity se člověk dostává do komplikované situace, protože zde se může setkat s vysokou cenou, kterou bude muset být ochoten zaplatit.

U poptávky se setkáváme s různými faktory, které ji mohou ovlivnit. Poptávané služby jsou nepřímo úměrné ceně, neboli pokud klesá cena, roste poptávka. Spotřebu samozřejmě ovlivňuje příjem, který limituje jedince v nákupu služeb. Ne všichni si vše mohou dovolit. Některé statky mezi sebou mají určitý vztah, jedná se o tzv. substituty. Pokud snížíme cenu u jednoho, sníží se poptávka u druhého. Pokud se naopak v této situaci zvýší poptávka, jedná se o komplementy. Co se týká preferencí, tak ty se u každého člověka v průběhu života mění v závislosti na různých vnějších faktorech. Velkou roli také může hrát naše očekávání.

Nabídka je odvozena od nabídky poskytovatele zdravotnických služeb. Může být buď individuální či tržní. I zde se nacházejí různé determinanty nabídky. Mezi cenou a nabídkou je přímá úměra. Zabývá se tím zákon nabídky. Platí tedy, pokud stoupá cena, stoupá i nabídka. Ovlivnit ji může i cena vstupů. Pokud roste cena jednotlivých vstupních zdrojů, je produkce méně výdělečná a výrobce začne nabízet menší množství. Může dokonce dojít až k opuštění trhu, pokud tak moc vzrostou vstupy. Dále nabídku mohou ovlivnit i technologie. Technologie přispívají ke snižování nákladů a zároveň ke zvyšování nabízeného množství. Posledním determinantem je očekávání. Pokud se očekává, že v budoucnu cena stoupne, bude se v současnosti pravděpodobně část produkce skladovat a nabízet nižší množství.[25]

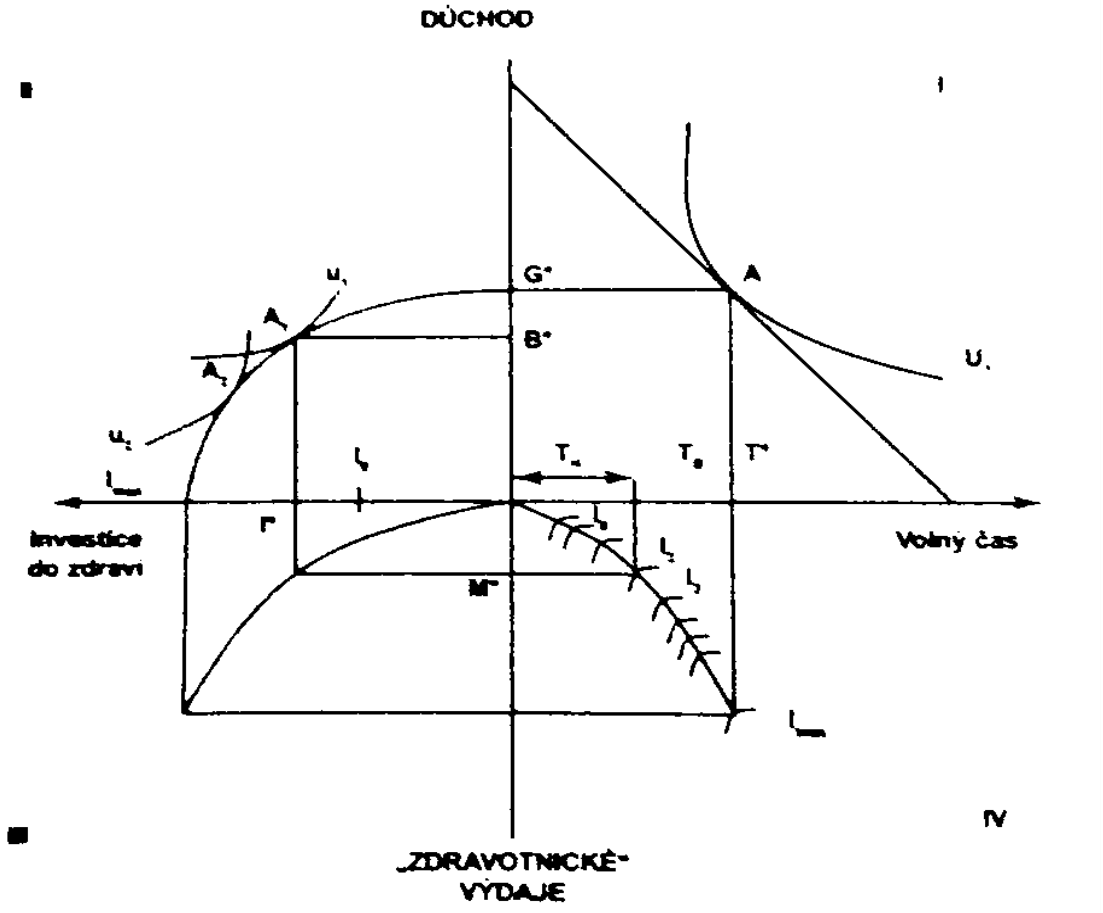
2.2. Grossmannův model

Můžeme se setkat s několika modely poptávky po zdravotních službách, kdy většina z nich vychází z Grossmannova modelu. Grossmann řešil skutečnosti, které způsobují, že poptávka po zdravotnictví se liší od tradiční poptávky po ostatních komoditách. Zformuloval hypotézu o existenci kapitálu zdraví, kdo kterého je možno investovat a tato investice je důležitá pro budoucí příjmy člověka. Podle Grossmanna poptávku ovlivňuje, že lidé nechtějí zdravotní péči, ale zdraví. Tedy poptávka po zdraví je odvozována z poptávky po vstupech, které

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

produkují zdraví. Spotřebitel je producentem, jelikož tráví volný čas způsobem, který zlepšuje jeho zdravotní stav. Zdraví může vydržet delší čas. Nesnižuje se okamžitě, a proto s ním lze zacházet jako s investicí. Proto může být chápáno jako zboží i jako investice.[26] Grossmannův model zkoumá zdravotní stav a zároveň spotřebu zdravotní péče v průběhu života ve vztahu k zásobě zdraví, k časovému omezení a k důchodovému omezení.

Graf č. 3: Grossmannův model



Zdroj: FOLLAND, Sherman., Allen C. GOODMAN a Miron. STANO. *The economics of health and health care*. 2nd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1997. ISBN 0-13-565987-6.

První kvadrant ukazuje volbu mezi prací a volným časem. Časové omezení je dáno indiferenční křivkou ve svém optimu v bodě A. Funkci výše platu udává sklon křivky. Druhý

[26] GROSSMAN, Michael. *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*. Journal of Political Economy, in Vol 80., No. 2.

kvadrant ukazuje investici do zdraví (I), aktivity ve volném čase (B) a hranici produkčních možností při daném příjmu (G*). Třetí kvadrant obsahuje odvozenou křivku produkčních možností. Čtvrtý ukazuje, jak se odvozuje zdraví a rozhodnutí, jak rozdělit volný čas mezi tvorbu zdraví a zbytek.[27]

2.3. Selhání trhu

V případě, že trh není schopen zabezpečit regulační úlohu v systému zdravotní péče, dojde k jeho selhání. Při selhání čistý tržní mechanismus na trhu zdravotnictví nezaručuje efektivní alokaci zdrojů. Potřeba státních intervencí na trhu vyplývá z těchto hlavních momentů:

- nedokonalá konkurence na trhu zdravotní péče,
- informační asymetrie,
- faktor nejistoty na nekomplexnosti trhu,
- zdravotnické služby jsou smíšené kolektivní statky,
- externality plynoucí z užívání zdravotních služeb,
- a některé zdravotnické služby jsou statky pod ochranou. [28]

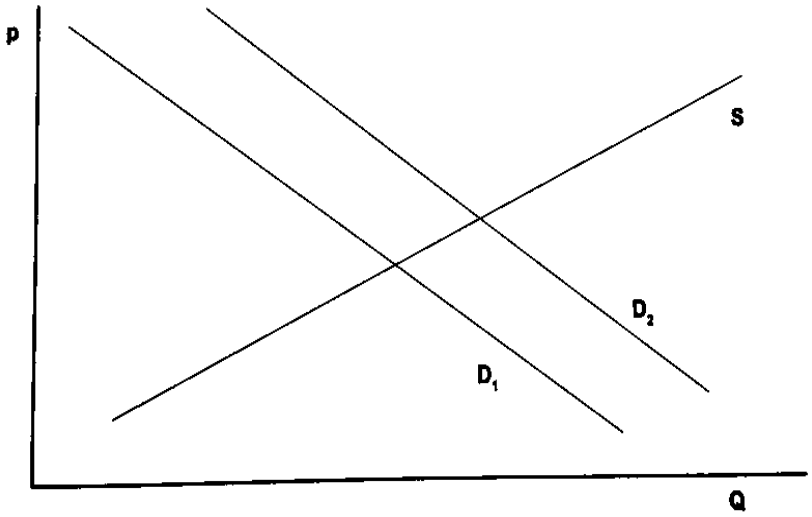
Jedním z problémů ve zdravotnictví je odlišná informovanost mezi stranou nabídky (zdravotníky) a poptávky (občany, pacienty). **Informační asymetrie** způsobuje snižování dokonalé soutěže na trhu. Lékaři mají větší informovanost a pacient se na ně ve většině případů musí spoléhat. Pacient předpokládá, že lékař mu doporučil léčbu, která je nutná a žádoucí. Z mikroekonomického hlediska se jedná o převod spotřebitelské suverenity. Lékař vystupuje jako poskytovatel služby nebo jako zprostředkující agent. Výsledný efekt zlepšení zdravotního stavu jen omezeně odráží kvalitu výkonu, protože je výsledkem i dalších faktorů. Naopak tato asymetrie v některých případech může vést až k soudním sporům o nedostatečné lékařské péči. A toto může vyvolat jakési obrané chování, kdy ve snaze jim zabránit, jsou poskytovány i služby, u kterých je jejich užitečnost malá.

Asymetrii informací můžeme zaznamenat i u financování zdravotnictví, kdy některé úhrady za služby vyvolávají efekt poptávky tažené nabídkou. Funguje to tak, že pacienti získávají více služeb. Hlavním smyslem je získat více finančních zdrojů pro poskytovatele. Poptávka je

[27] MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-912-8.
[28] KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 3., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2005. 502 s. ISBN 80-7357-050-5.

obvykle vyšší v oblastech zdravotnictví, kde se využívá financování na základě výkonu. V zemích, kde je bezplatné poskytování péče, vzniká problém nadměrné spotřeby.

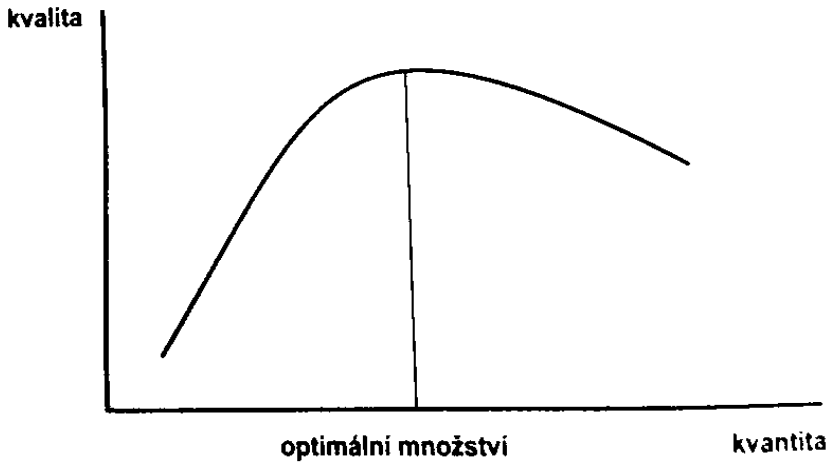
Graf č. 4: Poptávka tažená nabídkou



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

U některých služeb platí, že kvalita zdravotního stavu roste spolu s růstem množství zdravotnických služeb. Dobře nastavený systém financování by měl zabezpečit, aby hranice kapacity statku byla v místě změny funkce přetížení nebo za tímto bodem. Pokud je to dříve, svědčí o skutečnosti podfinancovaného zdravotnictví a efektivní by byla alokace dalších financí. Naopak pokud je to za hranicí přetížení, jedná se o přefinancované zdravotnictví a další finanční zdroje by byly neefektivní.

Graf č. 5: Vztah mezi kvalitou a kvantitou zdravotnických služeb



Zdroj: KUVÍKOVÁ, Helena, Milan MURGAŠ a Juraj NEMEC. *Ekonómia zdravotníctva*. 1. vyd. Banska Bystrica: Phoenix, 1995. ISBN 80-900563-1-8.

Dalším z problémů ve zdravotnictví je **morální hazard**. *„Obecně je chápán jako existence pobídek k neefektivnímu chování, které vznikají při existenci pojištění.“*[29] Pokud jsou tyto pobídky akceptovány, tak dochází k neefektivnímu stavu, jenž je v rozporu s původním záměrem pojištění. Nastává na trzích s významnou asymetrií informací, kde lépe informované subjekty zneužijí své postavení na úkor méně informovaných. Jedná se většinou o situace, ve kterých se nedá příliš monitorovat dané chování. [30] Ekonomické subjekty ví, že ať realizují jakkoli špatné rozhodnutí, tak jim budou vyvolané náklady uhrazeny. Tyto subjekty ztrácejí motivaci vynakládat finanční prostředky efektivně a nevyvolávat tak ztráty.

Můžeme rozlišovat dvě hlavní příčiny morálního hazardu. První z nich je ilegální chování, při kterém jedinec simuluje svou nemoc, aby získal plnění ze zdravotního systému. Druhou je racionální přizpůsobení, kdy jedinec počítá s tím, že v případě zdravotních problémů mu bude vyplaceno plnění, a proto může být ke svému zdraví méně nezodpovědný než ten, kdo pojištění nemá.[31]

Hlavními vlastnosti morálního hazardu jsou přítomnost skryté akce, kdy jedna strana není schopna sledovat stav pojištění, a následně subjekt, který má takto skryté akce, zvyšuje riziko neefektivního výsledku. Pojištěný člověk se chová méně zodpovědně, pokud se proti případné

[29] KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 3., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2005. ISBN 80-7357-050-5.
[30] KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 3., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2005. ISBN 80-7357-050-5.
[31] GRUBEL, Herbert. Whatś wrong with equalization: social insurance and moral hazard. Montreal, 2001

škodě pojistil. Zvyšuje tím pravděpodobnost, že tato situace nastane. Lidé velmi často riskují se svým zdravím nebo si jej záměrně poškozují, ale přitom nenesou náklady zdravotních služeb. Pojištění musí ze zákona odvádět a spoluúčast ne vždy existuje, a proto zde schází motivace. Druhým případem může být zbytečné spotřebovávání zdravotní péče či služeb, u kterých bychom se jinak rozmýšleli, zda je využít, protože o jejich účinku nejsme přesvědčeni. Příkladem tohoto jednání může být krabička léku předepsaná lékařem do zásoby. Díky tomuto jednání se pak nemůžeme divit, že dochází ke zdražování pojištění a zdravotní péče.[32]

*„**Externality** jsou definovány jako ekonomický náklad nebo přínos, který je vedlejším produktem ekonomické aktivity, ale který není alokován prostřednictvím tržního systému.“*[33] Můžeme je dělit na pozitivní a negativní. Pozitivní má charakter užitku. Nastává, když člověk získá nějakou službu (preventivní péče), čímž zvyšuje kvalitu dané služby i ostatním. Negativní má naopak charakter újmy, neboli aktivita subjektu vyvolávající škodu či náklad jiným subjektům. Tento náklad nehradí producent, ale přenáší ho na další. Jedná se například o infekční onemocnění, které ostatní lidi ovlivňuje a dokonce si i vynucuje státní zásahy a regulaci. Dále se můžeme setkat s pojmem reciproční externalita, kdy si subjekty způsobují prospěch vzájemně, za který nic neplatí. Například to může být povinné očkování, za které občan nic neplatí, ale zároveň tak snižuje riziko nákazy i u ostatních.

[32] HOLMAN, Robert a kol. *Studie k reformám zdravotního a penzijního pojištění*, Oeconomia, 2005
[33] MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-912-8.

3. Zdravotní systém Německa

3.1. Obecné a demografické údaje o Německu

Spolková republika Německo je nejlidnatější zemí v EU. Má rozlohu 357 021 km² a sousedí s Dánskem, Polskem, Českou republikou, Rakouskem, Švýcarskem, Francií, Lucemburskem, Belgií a Nizozemskem. V Německu žije 82 175 684 obyvatel a z toho ženy tvoří 50,7 % a muži 49,3 %. Hlavním městem je Berlín s téměř 3,5 miliony obyvatel tj. zhruba 16 % celkové populace Německa. V roce 2015 dosáhl HDP přibližně 41 178,5 dolarů na obyvatele (jeden největší v Evropě).[34]

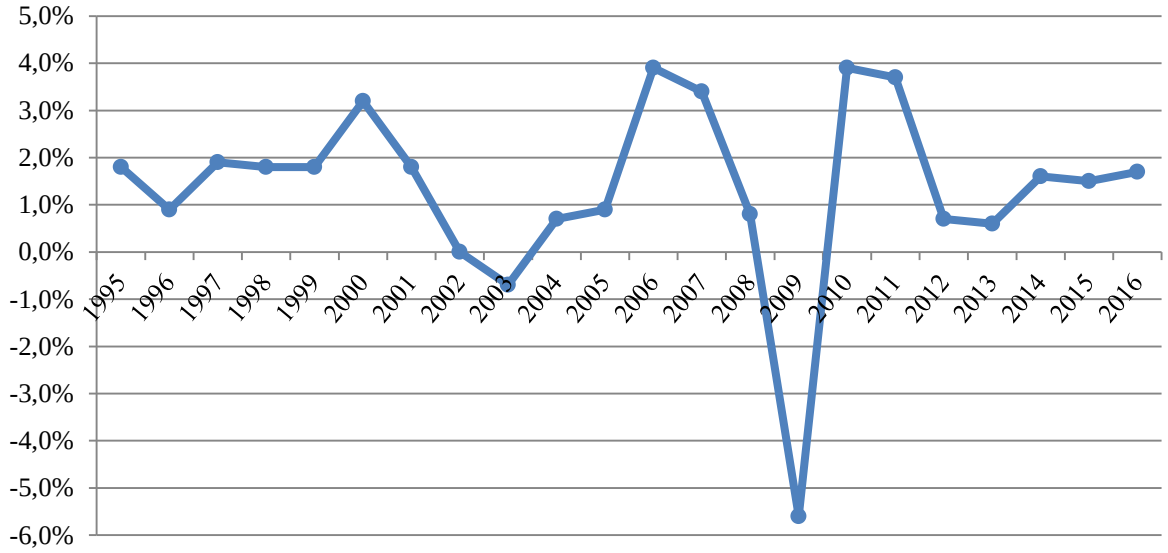
Německo je federální parlamentní republika skládající se z 16 států (länder), z nichž každá má vlastní ústavu, která je v souladu s federálními, demokratickými a sociálními zásadami obsaženými v národní ústavě, která je známá jako základní zákon (Grundgesetz). Ústavně definované legislativní orgány jsou Federální shromáždění (Bundestag, dolní komora) a Spolková rada (Bundesrat, horní komora). Federální shromáždění je složeno z nejméně 598 členů volených každé čtyři roky. Hlavní funkce Federálního shromáždění je přijímat zákony, volit kancléře a kontrolovat vládu. Spolková rada, která zastupuje 16 spolkových zemí, se netýká přímo volených zástupců, ale spíše zástupců každé zemské vlády, z nichž každá má tři až šest z celkového počtu 69 hlasů. Hlavním úkolem Spolkové rady je rozhodovat a přijímat zákony, které schvaluje Federální shromáždění.

Německo je členem skupiny G8 předních průmyslových zemí. V roce 2016 činil HDP Německa více než 4,046 bilionů dolarů a na jednoho obyvatele tedy připadá přibližně 48 908 dolarů.[35] Roční růst reálného HDP zaznamenal velký propad v roce 2009 následkem ekonomické krize, kdy spadl na - 5,6 %. Hned po ní začal opět růst a v roce 2010 dosáhl hodnoty 3,9 % ročního růstu. V poslední době se růst HDP v Německu pohybuje okolo 1,5 % ročně.

[34] *THE WORLD BANK: IBRN - IDA* [online]. The World Bank Group, ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://www.worldbank.org/

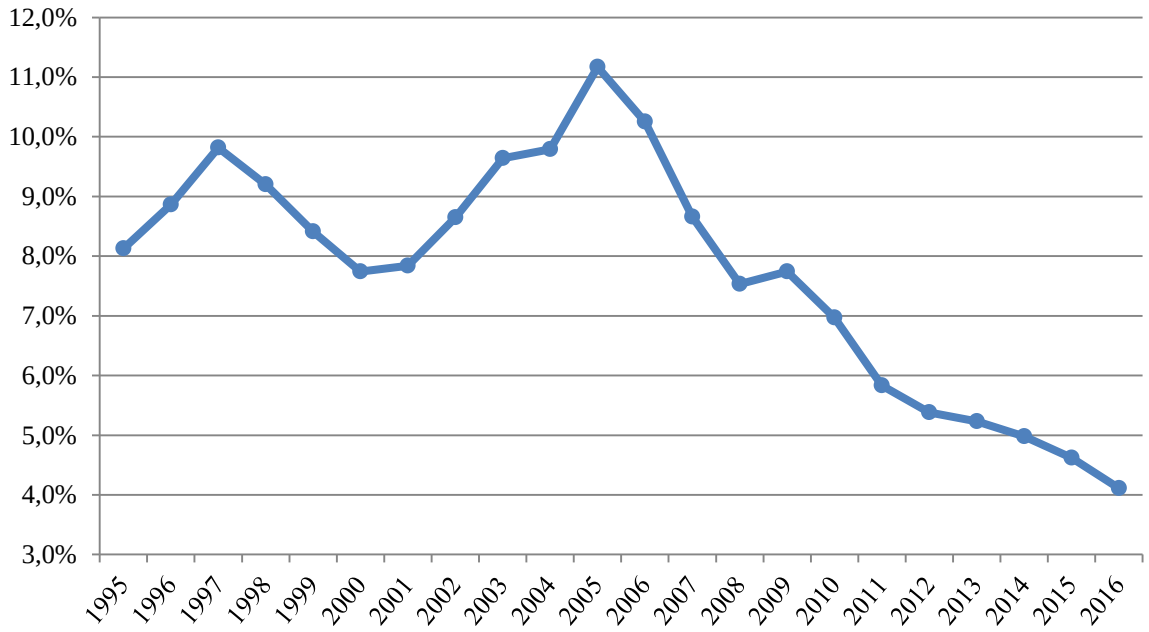
[35] OECD.org: OECD Data. *OECD* [online]. ©2016 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm

Graf č. 6: Celková roční míra růstu HDP za rok 1995 – 2016 (v %)



Zdroj: *OECD: BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES* [online]. Organisation for Economic Co-operation and Development, ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://www.oecd.org/

Graf č. 7: Míra nezaměstnanosti od roku 1995 do roku 2016 (v %)

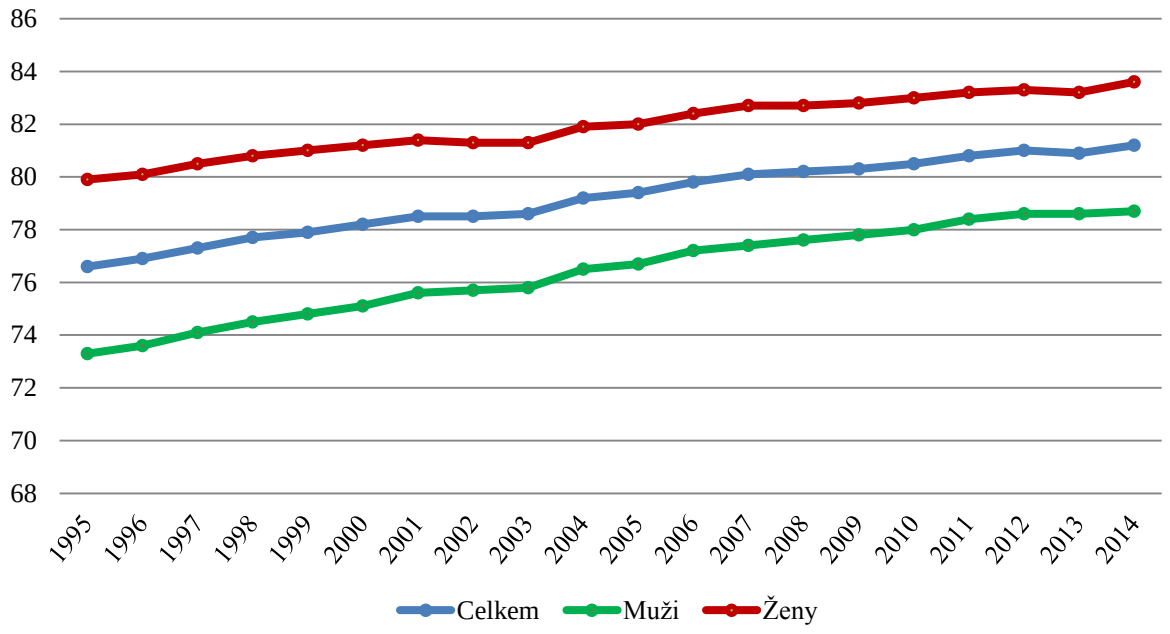


Zdroj: Zdroj: *OECD: BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES* [online]. Organisation for Economic Co-operation and Development, ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://www.oecd.org/

Během roku 2000 byla míra nezaměstnanosti v Německu nad průměrem EU a nad průměrem OECD. V roce 2005 dosahovala míra nezaměstnanosti 11,17 %. Následně vlivem rostoucí míry nezaměstnanosti v jiných zemích a současném poklesu v Německu začala míra nezaměstnanosti klesat a po ekonomické krizi se dostala pod průměr EU i OECD. V posledních 10 letech má klesající tendenci. Nezaměstnanost v roce 2016 byla na úrovni 4,11 %, což je o 4,42 % nižší než je průměr EU a o 2,21 % nižší než je průměr OECD.

Důležitým demografickým ukazatelem je střední délka života. V roce 2014 dosáhla průměrná délka života v Německu 81,2 let, z toho u mužů je to 78,7 a u žen 83,6 let.

Graf č. 8: Střední délka života v Německu od 1995 do 2014 (roky)



Zdroj: *OECD: BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES* [online]. Organisation for Economic Co-operation and Development, ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://www.oecd.org/

3.2. Základní informace o zdravotním systému Německa

Německý zdravotní systém je typickým představitelem národního zdravotního pojištění. Jedná se o nejstarší organizovaný zdravotní systém, který byl zaveden kancléřem Otto von Bismarckem v roce 1883. Jedná se o systém, ve kterém financování probíhá formou povinného zdravotního pojištění založeného na principu solidarity. Zprvu se ho účastnili pouze horníci, jež se museli nechat povinně pojistit pro možnost úrazu a pracovní

neschopnosti. Postupně byly přidávány i další profese a struktura pojišťovaných událostí se rozšířila o důchodové pojištění, úrazové pojištění a pojištění v nezaměstnanosti.

V německém zdravotnictví pracuje 11,2 % z celkového počtu zaměstnaných osob. Počet lékařů v Německu je mírně vyšší než je průměr EU15 a podstatně vyšší než je průměr v EU28. 46 % zaměstnanců ve zdravotnictví zastává roli praktických lékařů a 54 % tvoří specialisté.[36] Pacienti si mohou zvolit lékaře, psychoterapeuta, zubaře či pohotovostní služby. Pacienti hradící zákonné pojištění mohou i k jiným zdravotním pracovníkům (specialisté, odborné vyšetření), ale přístup k hrazené péči je k dispozici pouze v omezené míře na základě doporučení lékaře.

Léková politika je v Německu částečně regulována. Nemocnice mohou vyjednávat ceny s obchodníky nebo přímo s výrobci léků. Není zde takové omezení jako přímo v distribučním řetězci lékáren. Ale i přesto si v obou odvětvích mohou výrobci stanovovat ceny bez přímých cenových kontrol a bez kontrol zisků. Od té doby, co byl zaveden systém úhrady ze zákonného pojištění, tak se zde posiluje regulace cen a kontrola. Ceny se zde vyjednávají mezi výrobci a asociacemi zdravotních pojišťoven. Německo vyniká ve světě i výrobou léčiv, ve které je třetím nejvýznamnějším státem hned po Spojených státech a po Japonsku.

Počátkem roku 2014 bylo celkem 70 milionů lidí neboli 85 % obyvatelstva pojištěno zákonným zdravotním pojištěním v jedné ze 132 zdravotních pojišťoven. Dalších 11 % je kryto soukromým zdravotním pojištěním. Zbývající 4 % tvoří specifické vládní režimy jako armáda, politici či hasiči. Zdravotní pojišťovny jsou odpovědné za vybírání příspěvků, které následně převedou do Centrálního fondu pro přerozdělování. Tento fond, který byl zaveden v roce 2009, je spravován Spolkovým pojišťovacím úřadem. Zdravotní pojišťovny shromažďují příspěvky jak od zaměstnavatelů, tak zaměstnanců. Zdravotní pojišťovny fungují na principu „PAY AS YOU GO" a nemohou oficiálně vykazovat deficity ani hromadit dluhy. Do konce roku 2008 měly možnost stanovit své vlastní příspěvky, ale v letech 2009 a 2010 federální vláda stanovila jednotnou sazbu příspěvku a od roku 2011 je stanovena federálním právem. Pokud výdaje přesahují alokace prostřednictvím Centrálního fondu pro přerozdělování, musí zdravotní pojišťovny účtovat svým pojištěncům doplňkový příspěvek. Přirážka je stejná pro všechny členy nemocenského fondu bez ohledu na jejich

[36] BUSSE, Reinhard a Miriam BLÜMEL. *Germany Health system review* [online]. Vol. 16 No. 2 2014. 2014 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1

příjem. Od roku 2011 již přirážka neplatí hromadně, ale může být stanovena nemocenskými fondy samostatně. Naopak, pokud příjmy přesahují výdaje v daném roce, nemocenské fondy mohou vrátit část příspěvků.[37]

Zavedení systému úpravy rizik založeného na morbiditě[38] dne 1. ledna 2009 bylo zaměřeno na efektivnější přidělování zdrojů. Na základě schématu založeného na morbiditě dostávají zdravotní pojišťovny na jednoho pojištěného základní paušální částku ve výši průměrných výdajů na obyvatele a zároveň dostávají prémii na základě věku, pohlaví a morbidity nebo paušální slevu na paušální sazbu, která upravuje platby podle potřeb zdravotní péče. Tento postup zohledňuje zvláštní potřeby zdravotní péče pro vybrané vážné chronické nemoci. Podle stávajícího nařízení o vyrovnání struktury rizik Spolkový úřad pro pojišťovnictví ve spolupráci s vědeckým výborem definoval 80 způsobilých nemocí. Nemoci jsou způsobilé, pokud průměrné výdaje na jednoho pojištěného, který trpí touto chorobou, jsou vyšší než průměrné výdaje všech pojišťoven o více než 50 %.

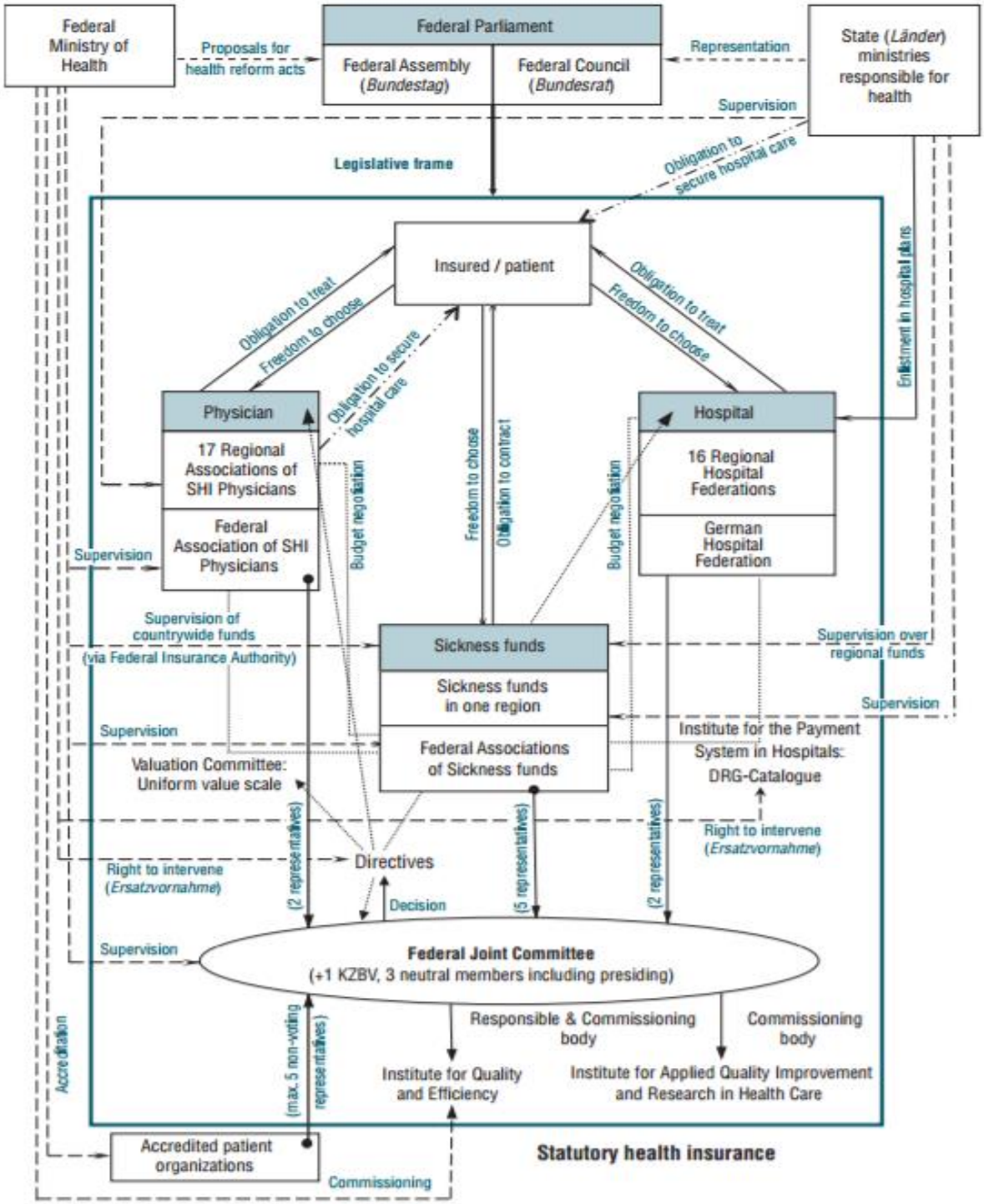
Zdravotní pojišťovny následně předávají prostředky poskytovatelům zdravotní péče, nemocnicím a lékařům v ambulancích. Nemocnice jsou financovány prostřednictvím kapitálových investic ze spolkových zemí či ze zdravotních pojišťoven a zároveň ze soukromých pojišťoven nebo od samotných pacientů. Veřejné finance do nemocniční infrastruktury za poslední období stále klesají. Platby lékařům se vyplácí z rozpočtu celkového pojistného na základě nemocnosti (chorobnosti) prostřednictvím zdravotních pojišťoven, které peníze přiřazují jednotlivým regionálním asociacím lékařů a ty je dále rozděluji podle poskytnutých služeb jednotlivým lékařům.

Klíčovým prvkem poskytování zdravotní péče v Německu je tzv. institucionální oddělení mezi veřejným zdravotnictvím, ambulantní péčí a nemocniční péčí. To je stále více vnímáno jako překážka pro změnu, a proto jsou zaváděna ustanovení o integrované péči s cílem zlepšit spolupráci mezi ambulantními lékaři a nemocnicemi.

[37] BUSSE, Reinhard a Miriam BLÜMEL. *Germany Health system review* [online]. Vol. 16 No. 2 2014. 2014 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1

[38] Jedná se o poměr počtu nemocných jedinců vůči počtu všech (zdravých i jedinců (nemocnost, chorobnost)

Schéma č. 3: Zdravotní systém Německa



Zdroj: BUSSE, Reinhard a Miriam BLÜMEL. *Germany Health system review* [online]. Vol. 16 No. 2 2014. 2014 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1

Schéma č. 3 ukazuje další charakteristiku přísného oddělení sektoru ambulantní péče (praktičtí lékaři, lékaři ve vlastních ordinacích, sdružení lékarů) a nemocničního sektoru, který se soustřeďuje hlavně na lůžkovou péči. Služby poskytované v těchto dvou sektorech se liší nejen způsobem, jakým jsou hodnoceni, ale také jak jsou placeni.

Další rozdělení německého systému zdravotní péče probíhá přes tyto pilíře, a to oddělení na zákoné zdravotní pojištění a soukromé zdravotní pojištění. Soukromé pojištění je povinné pro určité profesní skupiny (např. státní úředníky), zatímco pro jiné je za určitých podmínek alternativou k zákonnému pojištění (osoby samostatně výdělečně činné a zaměstnanci nad maximální hodnotou příjmu).

3.3. Pravomoci na jednotlivých úrovních[39]

Na organizaci německého systému zdravotní péče se podílí mnoho aktérů, proto je nejjednodušší popisovat je podle rozdělení moci mezi federální, státní a územně samosprávnou úroveň. Velká část rozhodování v systému má formu horizontálních jednání mezi korporátními institucemi a dalšími organizacemi plátců a poskytovatelů na federální úrovni a úrovni států.

Federální shromáždění, Spolková rada a Spolkové ministerstvo zdravotnictví jsou na **federální úrovni** klíčovými aktéry v systému zdravotní péče. Od roku 2014 je Federální ministerstvo zdravotnictví organizováno do šesti oddělení a to oddělení Z (ústřední oddělení, evropská a mezinárodní zdravotní politika), oddělení G (zásadní otázky politiky, telematika), oddělení 1 (léčiva, zdravotnické prostředky a biotechnologie), oddělení 2 (poskytování zdravotní péče, zákonné zdravotní pojištění), oddělení 3 (ochrana zdraví, kontrola onemocnění, biomedicína), oddělení 4 (pojištění dlouhodobé péče, prevence). Federální komisař pro narkotika a federální komisař pro obavy pacientů byli přiděleni od roku 1998 a 2004.

Ministerstvu zdravotnictví jsou nápomocny v jeho licenčních a dozorových funkcích, vědeckých konzultačních pracích a informačních službách orgány jako Spolkový ústav pro léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (schvaluje léčivé přípravky a dohlíží na jejich bezpečnost i na zdravotnické prostředky), Federální institut pro vakcíny a biomedicíny

[39] BUSSE, Reinhard a Miriam BLÜMEL. *Germany Health system review* [online]. Vol. 16 No. 2 2014. 2014 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1

(vydává licence pro vakcíny a biomedicíny), Spolkový ústav pro infekční a nepřenosné nemoci (zodpovědný za sledování, odhalování, prevenci a kontrolu nemocí), Federální centrum pro výchovu ke zdraví (zodpovědný za vývoj a šíření zdravotnických vzdělávacích materiálů, organizuje, koordinuje a podporuje preventivní kampaně a provádí výzkum sociálního marketingu pro koncepční a hodnotící účely), Německý ústav pro lékařské dokumentace a informace (poskytuje veřejnosti a odborníkům aktuální informace o všech oblastech medicíny a věd o živé přírodě), finanční spolkový ústav (zodpovědný za dohled nad soukromými pojišťovnami, nad zákonností rozhodnutí přijatých společnostmi odpovědnými za správu různých zákonných systémů pojištění).

Federální úroveň se zabývá výhodami v různých zákonných pojišťovacích systémech a jednotnými pravidly pro poskytování a financování těchto dávek. Sociální zákon reguluje zákonné pojištění, nároky, práva a povinnosti pojištěných osob. Dále je v něm řešena i regulace korporátních institucí a jejich vzájemné působení v rámci systému společné samosprávy. Tento zákon také stanovuje oblasti, ve kterých mohou a musí být přijímána rozhodnutí společnými výbory zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče a těch, v nichž lze rozhodnutí přijímat přímými jednáními.

Federální ministerstvo zdravotnictví je odpovědné za dohled nad Spolkovou asociací lékařů, Federální asociací zdravotních pojišťoven a Spolkovým společným výborem a jeho rozhodnutími. Odpovědnost za dohled nad zdravotními pojišťovnami, které působí na celostátní úrovni, spočívá ve Spolkové pojišťovně, která je také pověřena řízením systému úpravy rizik mezi pojišťovnami a centrem přerozdělení. Mezi další úkoly na federální úrovni patří dohled nad soukromými zdravotními pojišťovnami, Spolkovým úřadem pro finanční dohled, ochranou spotřebitelů v oblasti zdravotnictví a znečištění životního prostředí.

Další oblastí pravomocí je **státní úroveň**. Žádná z 16 spolkových zemí nemá své vlastní ministerstvo zdravotnictví. Místo toho je zodpovědnost za zdraví ve většině případů spojena s odpovědností za pracovní a sociální věci. V rámci typického ministerstva je odpovědnost za zdraví obvykle rozdělena mezi čtyři až pět jednotek:

- veřejné zdravotnické služby, přenosné nemoci, hygienu životního prostředí, připravenost na katastrofy a civilní nouzové plánování,
- podpora zdraví, léčiva, zdravotnické prostředky, biotechnologie,

- bezpečnost práce, bezpečnost výrobků / ochrana spotřebitele, prevence zneužívání návykových látek, státní komisař pro omamné látky,
- nemocnice a psychiatrie,
- zdravotnické profese.

Vlády zemí jsou odpovědné za kapitálové investice, které jsou založeny na plánování nemocnic na úrovni státu. Investice jsou realizovány nezávisle na vlastnictví nemocnic a podle priorit každé vlády. Zatímco země mají zodpovědnost za velké investice, jako jsou rozsáhlé lékařské technologie a výstavba budov, odpovědnost za financování údržby a opravy budov je na zdravotních pojišťovnách. Druhou hlavní odpovědností spolkových zemí jsou veřejné zdravotnické služby, které podléhají určitým federálním zákonům. Přestože některé země provozují tyto služby samy, většina z nich delegovala odpovědnost v této oblasti na místní samosprávy. Jedná se o dohled nad zaměstnanci ve zdravotnických zařízeních, předcházení a monitorování přenosných nemocí, dohled nad obchodními činnostmi zahrnujícími potraviny, léčiva nebo drogy, sledování hygieny životního prostředí, poskytování psychiatrických služeb, poskytování výchovné a propagační činnosti a provádění lékařské prohlídky u školáků.

Kromě toho jsou státy odpovědné za vysokoškolské lékařské, zubní a farmaceutické vzdělávání a zároveň i za dohled nad regionálními komorami lékařů, regionálními sdruženími lékařů a pojišťovnami působícími v každé zemi. Spolkové země koordinují své veřejné zdravotní činnosti prostřednictvím pracovní skupiny vyšších státních zdravotnických pracovníků a Konference ministrů zdravotnictví. Kromě toho spolkové země vytvořily různé společné instituce, které jim umožňují provádět určité úkoly. Společnou institucí všech spolkových zemí je Institut pro lékařské a farmaceutické vyšetřovací otázky, který je zodpovědný za přípravu a označování písemných částí vyšetření pro lékaře, zubní lékaře a farmaceuty v rámci svého vysokoškolského vzdělávání.

Korporativní úroveň spočívá na straně poskytovatelů neboli regionálních a federálních sdružení lékařů, zubních lékařů, na plátcích do nemocenských fondů a na Federálním sdružení zdravotních pojišťoven. Hlavním rozhodovacím orgánem v rámci systému společné samosprávy je Federální smíšený výbor, který se skládá ze zástupců výše zmíněných federálních sdružení poskytovatelů a plátců, jakož i z německé nemocniční federace.

Lékaři akreditovaní pro léčbu pacientů jsou organizováni do regionálních sdružení lékařů, která jsou založeny na povinném členství a demokraticky zvoleném zastoupení. V každé německé zemi existuje jedno z těchto sdružení s výjimkou Severního Porýní-Vestfálska, ve kterém jsou dvě. Do roku 2005 představenstvo těchto 17 asociací bylo tvořeno z lékařů, kteří sloužili dobrovolně na částečný úvazek. Regionální asociace jsou na federální úrovni zastoupeny zastřešující organizací známou jako Federální asociace lékařů zákonného zdravotního pojištění, která zastupuje politické zájmy akreditovaných lékařů a psychoterapeutů při jednání s federální vládou. Stomatologové akreditovaní zákonným zdravotním pojištěním jsou organizováni stejným způsobem jako lékaři prostřednictvím regionálních sdružení stomatologů a Federálního sdružení stomatologů. Existují i organizace nemocnic. Nejdůležitější z těchto organizací je Německá nemocniční federace, která kromě zastupování zájmů nemocnic ve vztazích s ostatními zainteresovanými stranami a federální vládou volí dva zástupce, kteří budou sloužit ve federálním společném výboru. Členství v německé nemocniční federaci se skládá z 16 organizací států a 12 nemocničních sdružení.

Federální sdružení zdravotních pojišťoven je odpovědné za všechny úkoly zákonného zdravotního pojištění kromě těch, v nichž si pojišťovny navzájem konkurují. Patří mezi ně kolektivní vyjednávání o smluvních podmínkách či platební schémata v ambulantní a ústavní péči. V ostatních zákonných systémech pojištění existují instituce podobné zdravotním pojišťovnám a nabízejí řadu zdravotnických služeb. Jedná se například o kompenzační fondy pracovníků (pro soukromý sektor), o úrazové fondy (pro veřejný sektor), o fondy penzijního pojištění, o fondy dlouhodobé péče.

3.4. Reformy zdravotního systému Německa

První sociální legislativa byla zavedena Otto von Bismarckem v roce 1883 a bylo zavedeno povinné zdravotní pojištění, o rok později bylo zavedeno úrazové pojištění, především na ochranu práce dělníků. Jako předchůdce tohoto zákonu považujeme zákon z roku 1869, který byl zaveden v Bavorsku na ochranu příjmů v případě nemoci, zákon se vztahoval především na industriální oblast – byla zavedena finanční pomoc v případě nemoci, příspěvek v mateřství a pohřebné. Zaměstnavatel se na platbě podílel jednou třetinou, 2/3 částky byly odváděny zaměstnancem. Důchodové pojištění bylo zavedeno o dalších pět let později, v roce 1989 a jednalo se o zajištění s ohledem na starobní a invalidní důchod. V roce 1911 bylo upraveno zákonem odvádění pojistného za zaměstnance. Pojištění pro případ nezaměstnanosti

bylo zavedeno až v roce 1927. Nejmladším pojištěním je pojištění pro případ odkázanosti na péči, které bylo zavedeno až v roce 1995.

Po druhé světové válce byla potřeba lepší úroveň důchodového pojištění a odpovědí byla s nástupem sociálně tržního hospodářství reforma z roku 1957. Cílem bylo zvýšení důchodu a pro docílení bylo zavedeno dynamické přizpůsobení výše důchodu s ohledem na hrubou mzdu. Došlo ke zvýšení důchodu v průměru o téměř 60 %. O celkovou sociální reformu se zasadil spolkový kancléř Konrad Adenauer.[40]

Další velkou reformou byla reforma z roku 1972, kdy opět byla reforma spojena s volbami a s účelem získat voliče. Hlavní myšlenkou bylo opět zvýšení důchodů, a to i ve smyslu zpětného doplacení. Byla stanovena věková hranice 63 let pro odchod do starobního důchodu, za splnění podmínky, že bylo hrazeno 35 let důchodové pojištění. Dále se podmínky změnily pro OSVČ a ženy v domácnosti. [41]

Nezbytnou reformou byla reforma z roku 1992, která reagovala na sjednocení Německa. Vysokou zátěž pro důchodové dávky představovaly předčasné odchody do důchodu, dávky v nezaměstnanosti a v neposlední řadě důchody pro emigranty. Došlo k rapidnímu snížení důchodů a tím k poklesu životní úrovně.[42] Reforma z roku 1999 byla zaměřena především na oblast invalidních důchodů. [43]

Reforma z 2004 se zaměřila na udržitelnost stávajícího důchodového sytému, neboť se prodlužuje průměrná délka života a počet osob v důchodovém věku v porovnání s osobami v aktivním věku roste, logickým vyústěním se stal předpoklad pro snížení výše důchodu o 20 % do roku 2030. Pro větší transparentnost byl vytvořen penzijní fond. Touto reformou byla přechodně zrušena možnost předčasného odchodu do důchodu. [44]

---

[40] SCHMÄHL, Winfried. *Die Einführung der „dynamischen Rente“ 1957. Gründe, Ziele und Maßnahmen* [online]. Bremen, 2007 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.rentenreform-alternative.de/1957-dyn_rente_schmaehl2007.pdf

[41] Rentenreform: Gag der Gegenseite. *Der Spiegel* [online]. 1972 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-42920347.html

[42] *Rentenreform 1992 - Rentenreformgesetz 1992* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.rentenreform-alternative.de/rr1992.htm

[43] Rentenreform. *Informationsportal Soziale Altersvorsorge* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.rententips.de/rententips/lexikon/index.php?index=2824

[44] Rentenreform 2004. *HSF Finanz* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.hsf-finanz.de/pdf/Rentenreform_2004.pdf

Hlavními tématy důchodové reformy, která byla odsouhlasena v roce 2014, byly odchod do důchodu v 63 letech, příspěvek pro matky, invalidní důchody a příspěvky na rehabilitaci. Všechny příspěvky byly navýšeny. Penzijní balíček byl schválen ve výši 160 miliard eur do roku 2030. Tato reforma vznesla vlnu kritiky na mezigenerační tématiku, kdy mladí lidé mají s neustálým zvyšováním výdajů na důchody strach o svou budoucnost, včetně věku odchodu do starobního důchodu, neboť je hranice odchodu stále zvyšována a do roku 2029 se předpokládá posun z 63 let na 65 let.[45]

Aktuálně se v Německu chystá další důchodová reforma, probíhají aktivní jednání a měla by vstoupit v platnost letos. Hovoří se vrácení hranice odchodu do důchodu na 63 let, ale pouze pro ročníky narození 1951 a 1952. Pokud nebude prokázáno placení pojistného po dobu 45 let, zůstává hranice nezměněna na 67 let. Na důchodový balíček má být vyhrazeno 60 miliard euro do roku 2030. Tato reforma vzbouzí v Německu vlnu kritiky. [46]

První snahy o reformy zdravotnictví můžeme pozorovat v 50. letech. V 60. letech proběhl v rámci reformy neúspěšný pokus na převedení platby nemocenského příspěvku zaměstnavatele. V roce 1977 docházelo ke snižování nákladů, byly sníženy poplatky za recepty a za zdravotní pomůcky. V osmdesátých letech nadále docházelo k upravování výše těchto poplatků. Reforma v roce 1989 přinesla negativní změny pro pojištěnce v podobě pevně stanovených cen za léky, včetně vyššího poplatku za recept, poplatek za pobyt v nemocnici byl dokonce zdvojnásoben. Byl snížen také poplatek za pohřebné. V období 1994–2004 proběhla v Německu celá řada reforem zdravotnictví a přispělo to k liberalizaci trhu. Výraznou změnu pro pojištěnce přinesla reforma z roku 1996, kdy se pojištěnci otevřela možnost samostatného výběru pojišťovny. Reforma také způsobila rozsáhlou vlnu fúzí na poli pojišťoven.[47]

V roce 2003 byl přijat zákon o modernizaci zákonného zdravotního pojištění a přinesl řadu změn. Bylo zrušeno porodné a pohřebné a byl zaveden speciální poplatek, který měl dávku nahradit. Cílem reformy také bylo snížení zdravotního pojištění na 13 % z původních 14,4 %. Od roku 2006 mělo být zavedeno placení pojistného pouze ze strany zaměstnance, bez podílu

[45] Rentenreform beschlossen: Alles neu ab 1. Juli 2014. *Finanzen.de* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.finanzen.de/news/15371/rentenreform-vom-bundestag-beschlossen-alles-neu-ab-1-juli-2014

[46] Finanzen: Nur Dumme arbeiten länger. *Frankfurter Allgemeine* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.faz.net/aktuell/finanzen/meine-finanzen/vorsorgen-fuer-das-alter/rentenreform-nur-dumme-arbeiten-bei-der-rente-mit-63-laenger-12956218.html

[47] Gesundheitsreformen. *Gesetzlichekrankenkassen.de* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: https://www.gesetzlichekrankenkassen.de/reformen/reformen.html

zaměstnavatele, odsouhlasen byl nakonec vyšší podíl zaměstnance na platbě, ale ne v plné výši. Byl tak oslaben princip duality a solidarity. V rámci modernizace byl v roce 2004 zaveden čtvrtletní poplatek za návštěvu lékaře ve výši 10 eur a 10 % spoluúčast na platbě léků a zdravotních pomůcek (částka byla stanovena mezi 5 a 10 eury). Za den v nemocnici byl stanoven poplatek 10 eur, maximálně po dobu 28 dní hospitalizace. Bylo zrušeno porodné a pohřebné.[48]

Další rozsáhlá reforma proběhla v roce 2007 na základě potřeby snížení rostoucích nákladů na zdravotní péči. Odsouhlaseno bylo zvýšení sazby o 0,5 % a což mělo přinést potřebný dodatečný příjem ve výši 5 miliard eur. Bylo odsouhlaseno, že od roku 2009 bude zaveden zdravotní fond pro pojišťovny, tím byla také zavedena jednotná sazba povinného zdravotního pojištění. Stěžejní body, které byly zavedeny, jsou nárok na rehabilitační péči, nárok na domácí ošetřovatelskou péči a pokrytí očkování a základní ošetření ze zákonného pojištění.[49]

V roce 2010 byla odsouhlasena reforma, v rámci které byl přijat zákon o restrukturalizaci farmaceutického trhu a došlo k poklesu cen léčiv, pro firmy byly stanoveny podmínky stanovení cen léčiv. Povinná sazba byla opět zvýšena na 15,5 %.[50] Stěžejním bodem reformy z roku 2015 je opětovné rozdělení platby pojistného ve výši 14,6 % rovným dílem mezi zaměstnavatele a zaměstnance. Stanovený dodatečný příspěvek je hrazen zaměstnancem.[51]

[48] Die Gesundheitsreform 2003 auf einen Blick. *Krankenkassen.de* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/gesundheitsreform/gesundheitsreform-regeln/gesundheitsreform/

[49] Rentenreform 2007. *HSF Finanz* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.hsf-finanz.de/pdf/Rentenreform_2007.pdf

[50] Gesundheitsreform 2010: Mehrbelastung für Versicherte. *Krankenkassen.de* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/gesundheitsreform/gesundheitsreform2010/

[51] Gesundheitsreform beschlossen. *Finanzen.net* [online]. 1972 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.finanzen.net/nachricht/private-finanzen/Reformstart-2015-Gesundheitsreform-beschlossen-3396025

4. Německý pojistný systém

Pojištění dělíme dle základního hlediska na povinné zákonné pojištění a pojištění soukromé. Povinné zákonné pojištění je stanoveno státem a je závazné pro každého občana. Soukromé pojištění závisí na individuálním rozhodnutí jedinců, ale je také částečně regulováno, jsou stanoveny právní předpisy na ochranu pojistníků, mezi pojistníkem a pojišťovatelem pak vzniká smluvní vztah. Nad pojišťovnami existuje státní dohled.

Zákon o zdravotní péči z roku 1993 dává každé osobě, na kterou se vztahuje veřejné zdravotní pojištění, právo zvolit si zdravotní pojišťovnu. Od roku 1996 je u každého přechodu mezi zdravotními pojišťovnami stanovena výpovědní lhůta tři měsíce. Od roku 2002 může být změna nemocenského fondu kdykoli, avšak interval, kdy musí pojistník zůstat pojištěn u konkrétní pojišťovny, je 18 měsíců. Dobrovolní účastníci (příjem nad maximální hranicí zákonného zdravotního pojištění) se však mohou kdykoli přesouvat z jedné pojišťovny do druhé s výpovědní lhůtou dva měsíce. Před rokem 2007 bylo dobrovolné členství ve zdravotní pojišťovně ukončeno poté, co pojištěnec nezaplatil příspěvky po dobu dvou měsíců. Od roku 2007 je v takových případech pozastaveno členství a dotyčná osoba nemá další nárok na náhradu za zdravotní péči. Výjimky zahrnují služby léčby akutních stavů, bolestí nebo související s těhotenstvím nebo mateřstvím. Od ledna 2009 v souvislosti se zákonem o posílení hospodářské soutěže jsou všichni obyvatelé Německa povinni mít zdravotní pojištění.

4.1. Povinné zákonné pojištění

Mezi povinné zákonné pojištění, obecně zvané jako sociální, patří pět pilířů – pojištění důchodové, zdravotní a úrazové, pojištění pro případ péče a pro případ nezaměstnanosti před důsledky existenciálních rizik. Jednotlivé pilíře jsou definovány v Sozialgesetzbuch (SGB) a dodržování pravidel v něm uvedených jsou kontrolovány tzv. sociálními audity. Zákoník se skládá z 12 částí, kdy část II je zaměřena na pojištění v nezaměstnanosti, zdravotnictví se věnuje v části V, důchodovému pojištění v části VI, úrazovému pojištění v části VII a pojištění pro případ odkázanosti na péči je věnovaná část XI.[52]

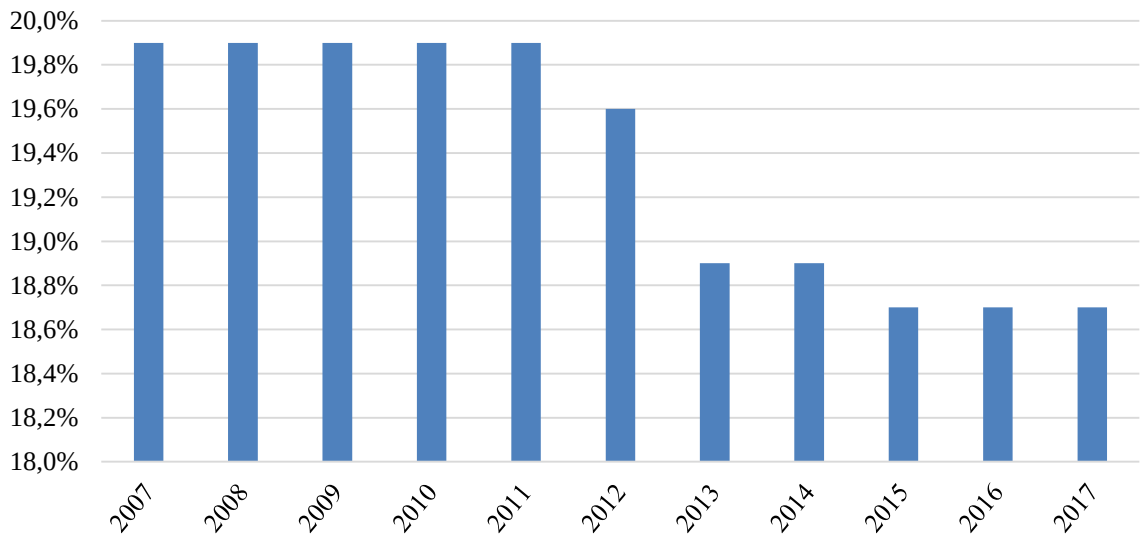
[52] *Sozialgesetzbuch* [online]. [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/

4.1.1. Důchodové pojištění

Úkolem důchodového pojištění je nahradit příjem z důvodu stáří. Pojištění je povinné pro všechny osoby v pracovním poměru i pro osoby pobírající dávky v nezaměstnanosti či dávky nemocenské, osoby ve vojenské či civilní službě a zdravotně postižené pracující v chráněných dílnách, aj. Vyjmuty jsou osoby, jejichž příjem nepřevýší 400 eur měsíčně. Na současné důchody jsou využity aktuální prostředky z pojistného, daně i jiné příjmy důchodových institucí.

Pro rok 2017 je sazba pojistného stanovena na 18,7 % a její úhrada se rovnoměrně dělí mezi zaměstnance a zaměstnavatele. V západních spolkových zemích je maximální vyměřovací částka pro rok 2017 stanovena ve výši 6 350 eur za měsíc a ve spolkových východních zemích 5 700 eur za měsíc.[53]

Graf č. 9: Přehled vývoje sazeb důchodového pojištění (v %)



Zdroj: *Sozialversicherung kompetent* [online]. Sozialversicherung-kompetent.de, ©2008-2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/ (vlastní zpracování)

Vedle důchodů starobních jsou v rámci důchodového pojištění ještě vypláceny důchody invalidní a pozůstalostní. Věková hranice pro odchod pro důchodu je stanovena na 67 let (týká se ročníků 1947–1963) od roku 2012 a předpokládá se její postupné zvyšování. Zároveň

[53] Zahlen & Werte (GKV) 2017. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/rentenversicherung/zahlen-werte.html

musí být splněna podmínka dlouhodobého důchodového pojištění, která činí 35 let. Pro osoby hradící pojistné 45 let je věková hranice snížena na 65 let. Zvláštní podmínky platí pro osoby, které pobíraly pozůstalostní či invalidní důchod, zde je třeba splnit minimální hranici 5 let placení pojištění. Je možné také zažádat o přidělení předčasného starobního důchodu, tato možnost je zde především pro ženy a pro dlouhodobě nezaměstnané. Výše starobního důchodu se určuje dle výše příjmů, doby pojištění a je zohledněno i pobíraní nemocenského příspěvku či dávek v nezaměstnanosti.[54]

Na vyplacení invalidního důchodu mají nárok částečně i plně invalidní osoby. Osoby s částečně sníženou schopností pracovat mohou vykonávat práci v rozsahu 3-6 hodin denně, oproti tomu plně invalidní osoby mohou pracovat maximálně 3 hodiny denně. Výše invalidního důchodu se odvíjí od dřívějších příjmů a dávky začínají být vypláceny 7 měsíců po uznání invalidity a jsou vypláceny standardně po dobu tří let. Dalšími parametry pro určení výše důchodu je i doba, po kterou bylo důchodové pojištění hrazeno či doba výchovy dítěte.[55]

Pro získání vdovského/vdoveckého důchodu je nezbytné, aby partneři byli v manželství (případně registrovaném partnerství) nejméně jeden rok. Pozůstalému může být přidělen tzv. malý nebo velký důchod. Malý příspěvek je poskytován ve výši 25 % důchodu zemřelého po dobu dvou let, musí ale být splněna podmínka, že pozůstalý neuzavřel jiný sňatek/partnerství. Velký důchod je vyplácen ve výši 55 % důchodu zemřelého, musí být splněna opět podmínka neuzavření jiného sňatku/partnerství, pozůstalý musí být starší 45 let a musí vychovávat dítě, na které je také přispíváno navíc, či mít sníženou pracovní schopnost.[56]

Sirotčí důchod je určen dětem do 18 let, pokud nejsou splněny specifické podmínky udělující výjimku studujícím či zdravotně postiženým. Dávka je poskytovaná ve výši 10 % důchodu zesnulého, v případě oboustranně osiřelého dítěte se jedná o dávku ve výši 20 % důchodu zemřelého.[57]

---

[54] Leistungrecht (GRV). *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/rentenversicherung/leistungsrecht.html

[55] Leistungrecht (GRV). *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/rentenversicherung/leistungsrecht.html

[56] Zuschlag bei Witwen- und Witwerrenten. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/rentenversicherung/leistungsrecht/336-zuschlag-bei-witwen-und-witwerrenten.html

[57] Einkommensanrechnung bei Hinterbliebenenrenten. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/rentenversicherung/leistungsrecht/517-einkommensanrechnung-bei-hinterbliebenenrenten.html

4.1.2. Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění představuje jeden z nejstarších sociálních oborů. Vedle primárního úkolu, kterým je zajištění výdajů vzniklých v souvislosti s nemocí, má také za cíl všeobecnou péči o pojištěnce, která zastřešuje zachovávání, zlepšování a obnovování jejich zdravotního stavu, především propagací cesty zdravého životního stylu.[58]

Povinnost úhrady zdravotního pojištění podléhá výši příjmu, ale existuje i možnost dobrovolného pojištění. V roce 2009 byl zaveden zdravotní fond, kam zdravotní pojišťovny odvádějí zavedenou výši příspěvku. Do tohoto fondu jsou odváděny také příjmy z daní. Na základě nemocnosti a počtu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven je stanovena paušální částka za každého pojištěnce, kterou pojišťovna obdrží. [59]

Pojištěnce můžeme rozdělit do čtyř skupin – zaměstnanci, studenti, rodinní příslušníci a dobrovolní pojištěnci. Povinné pojištění zaměstnanců je základem systému. Pojistné není hrazeno v případě, že měsíční příjem nepřekročí částku 450 eur a zároveň nesmí být překročena roční výše příjmu, která byla pro rok 2016 stanovena na 4 237,50 eur.[60] Studenti jsou pojištěni po celou dobu studia, pokud nepřesáhne délku 14. semestru a není dosažena věková hranice 30 let. Nejsou-li splněny tyto podmínky, může se student nechat pojistit dobrovolně, případně může zažádat o osvobození od povinného pojištění.[61] Pro rodinné pojištění jsou stanoveny specifické podmínky, které musí být dodrženy pro uplatnění možnosti bezplatného pojištění pro partnera a děti pojištěnce. Obecně je u dětí stanovena hranice 18 let, ale mohou být uděleny výjimky a účastníci musí mít v Německu trvalý nebo přechodný pobyt. Dále se musí jednat o osoby, které nejsou osvobozeny od platby pojistného a nejsou samy účastníky pojištění, příjmy nepřesahují stanovenou hranici a další.[62] Dobrovolné pojištění je dostupné pro osoby, které byly vyloučeny z povinného nebo rodinného pojištění, avšak musí splnit podmínku, že 12 měsíců před vyloučením byly

[58] Grundprinzipien der GKV. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien.html
[59] Finanzierung der GKV. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/finanzierung.html
[60] Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/versicherte-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html
[61] Studente. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/versicherte-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html
[62] Familienversicherte. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/versicherte-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html

pojištěny. Zpravidla se tohoto pojištění zúčastňují osoby, které výši své hrubé mzdy překračují poslední tři roky limit pro povinné pojištění a je předpoklad, že tomu bude i rok následující. Dobrovolné pojištění mohou využít při splnění podmínek také těžce zdravotně postižené osoby.[63] Pro osoby, které nesplňují podmínky ani jedné z výše uvedených skupin, je vždy ale k dispozici ještě pojištění soukromé.

Pro rok 2017 je sazba pojistného stanovena na 15,5 %, přičemž zaměstnanec se na částce podílí 8,2 %. Maximální vyměřovací základ byl stanoven na 4 800 eur za měsíc (57 600 eur za rok). Redukovaná sazba ve výši 14,90 % je stanovena pro dobrovolné pojištěnce, studenty a stážisty. Zvláštním podmínkám pak podléhají osoby samostatně výdělečně činné, kde je aplikována sazba 14,9 %. Za osoby vedené na úřadě práce odvádí pojistné příslušný úřad.[64]

Graf č. 10: Přehled vývoje běžné a redukované sazby zdravotního pojištění (v %)

Zdroj: *Sozialversicherung kompetent* [online]. Sozialversicherung-kompetent.de, ©2008-2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/ (vlastní zpracování)

S úhradou pojistného vzniká nárok na finanční a věcné dávky. Mezi dávky finanční řadíme nemocenské, ošetřovné a peněžitou dávku v mateřství. Lékařská péče včetně léků a pomůcek

[63] Freiwillig Versicherte. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/versicherte-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html

[64] Zahlen & Werte (GKV). *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/krankenversicherung/zahlen-werte.html

reprezentuje dávky věcné. Dávky, ať už věcné či finanční, mohou využívat všichni účastníci pojistného zdravotního systému.

Pojištěnci, kteří nejsou schopni z důvodu nemoci vykonávat své zaměstnání, pobírají nemocenskou během své pracovní neschopnosti, kterou musejí prokázat potvrzením od lékaře. Pojištěnci je zaměstnavatelem vyplácena mzda v plné výši po dobu šesti týdnů, výše nemocenského je pak odvozena od předchozích příjmů. Nemocenské je možné pobírat maximálně 78 týdnů v intervalu tří let. Na ošetřovné mají nárok osoby, které pečují o nemocné pojištěné dítě mladší 12 let. Ošetřovné je možné využít 10 pracovních dní v roce. Případy, kdy je dítě těžce nemocné, jsou specificky upraveny.[65] Peněžité dávky v mateřství jsou zpravidla vypláceny budoucím matkám 6 týdnů před porodem a 8 týdnů po porodu, ve výjimečných případech i 12 týdnů po porodu. Dávky jsou stanoveny na základě příjmu za posledních 13 týdnů zaměstnání a jsou vypláceny pojišťovnou, a to ve výši 13 eur na den, případný vzniklý rozdíl doplácí zaměstnavatel.[66]

V oblasti lékařské péče má pojištěnec volnou volbu lékaře a v případě potřeby hospitalizace i výběr nemocnice. Ve sdíleném pokoji je hospitalizace zdarma, může být stanoven poplatek 10 eur (stejný poplatek je stanoven i při první návštěvě odborného lékaře), zákonně je omezeno vybírání tohoto poplatku na 28 dní ročně, poplatek se nevztahuje na osoby mladší 18 let a sociálně slabé.[67] Léky na předpis se doplácejí v maximální výši 10 % z celkové ceny léku, tento finanční podíl je zachován i u zdravotnických pomůcek.

4.1.3. Úrazové pojištění

K znovuobnovení pracovní schopnosti, ale také k prevenci předcházení úrazů, slouží úrazové pojištění, které je z části financováno daněmi, ale především vybraným pojistným. Standardními pojištěnci jsou zaměstnanci, studenti i žáci, vybrané obory v podnikání a ošetřovatelé. Pojistné je v plné výši hrazeno zaměstnavatelem a odvíjí se od výše platu a od stupně nebezpečí úrazu při vykonávání dané profese.[68]

---

[65] Zahlen und Fakten. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/krankenversicherung-zahlen-und-fakten.html#c3218

[66] Mutterschaftsgeld. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/krankenversicherung/leistungsrecht/578-mutterschaftsgeld.html

[67] Freie Arztwahl. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/freie-arztwahl.html

[68] Gesetzliche Unfallversicherung. *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* [online]. [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: http://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/gesetzliche-unfallversicherung.html

Úrazovým pojištěním se zabývají různě oborově specializované úrazové pojišťovny a místní spolky pro úrazové pojištění. Dočasná pracovní neschopnost je definovaná 78 týdny, po kterých je pobírán denní příspěvek ve výši 80 % hrubého průměrného platu, počítáno z posledního odpracovaného měsíce před úrazem. Trvalá pracovní neschopnost způsobená pracovním úrazem nebo nemocí z povolání přináší nárok na důchod, jehož výše se odvíjí od stupně snížení pracovní schopnosti a od výše hrubého příjmu za poslední rok před událostí, kdy je příjem násoben 66,7 %. Měřítkem pro přidělení této dávky je snížení pracovní schopnosti o 20 % po dobu 26 týdnů. Za předpokladu, že je postižená osoba závislá na pomoci, lze pro třetí osobu vyžádat příspěvek také.[69]

V případě, že je následkem pracovního úrazu smrt, je po dobu 24 měsíců vdově/vdovci mladším 47 let poskytována měsíční dávka ve výši 30 % z výše hrubého příjmu za poslední rok před událostí. Pro lidí starší 47 let, pracovně nezpůsobilé nebo s minimálně jedním dítětem pobírajícím sirotčí důchod, je sazba stanovena na 40 %. Sirotčí důchod je vyplácen ve výši 20 % z hrubého příjmu, ve výši 30 % při ztrátě obou rodičů, a je možné jej pobírat do věku 18 let (věková hranice může být zvýšena pro studující a postižené). [70]

4.1.4. Pojištění pro případ odkázanosti na péči

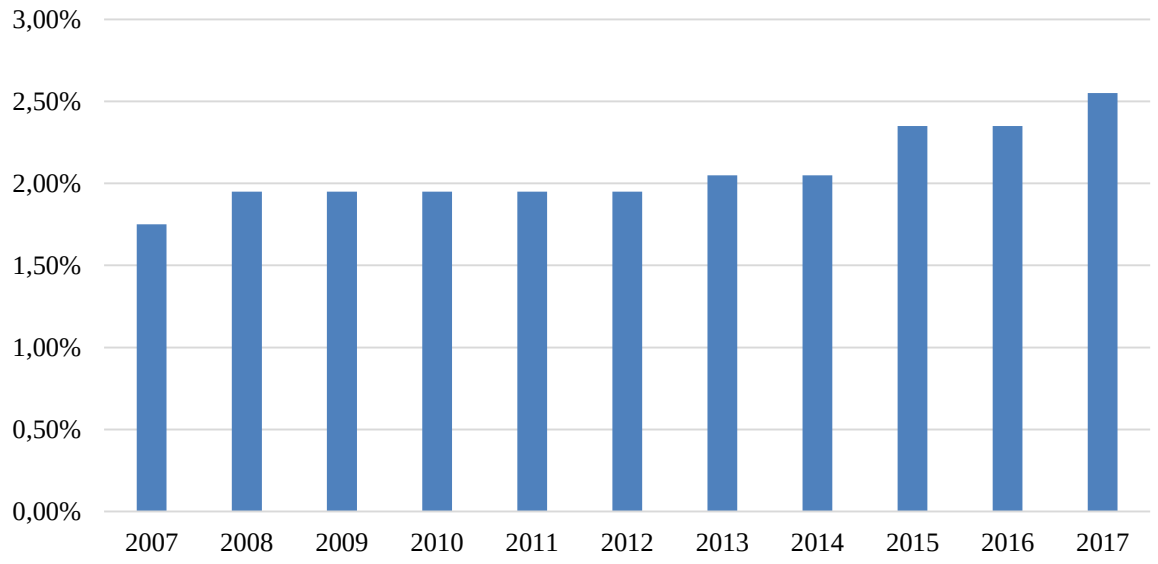
Pojištění pro případ odkázanosti bylo zavedeno v roce 1995 jako reakce na stárnoucí populaci a potřebu asistence. Pojištěn je automaticky každý, kdo má zdravotní pojištění. Pojištěná osoba má možnost si sama zvolit, kým a jak o ni bude pečováno – k dispozici je výběr mezi finančním příspěvkem nebo výběrem pomoci od profesionálních odborníků. Osoba potřebující pomoc je taková osoba, která potřebuje nejméně šest měsíců ve značné míře pomoci v oblasti výživy, hygieny či mobility z důvodu fyzické či psychické nemoci. [71]

Výše povinné sazby je pro rok 2017 stanovena na 2,55 % (pro bezdětné zaměstnance je tato sazba navýšena na 2,8 %. Úhrada je rovnoměrně rozdělena mezi zaměstnance a zaměstnavatele, každý se podílí 1,275 %. Povinné pojištění zastřešuje pouze základní

[69] Verletztengeld. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/unfallversicherung-leistungsrecht/506-verletztengeld.html
[70] Sterbegeld und Überführungskosten. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/unfallversicherung-leistungsrecht/498-sterbegeld-und-ueberfuehrungskosten.html
[71] Die Gesetzliche/Soziale Pflegeversicherung. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/pflegeversicherung.html

zaopatření, je vždy doporučeno si uzavřít navíc soukromé připojištění. Výše povinné sazby se za posledních 10 let neustále zvyšuje (viz graf), ale zároveň dochází i k růstům příspěvků.[72]

Graf č. 11: Přehled vývoje sazeb pojistného pro případ odkázanosti na péči (v %)



Zdroj: *Sozialversicherung kompetent* [online]. Sozialversicherung-kompetent.de, ©2008-2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/ (vlastní zpracování)

Pro určení výše dávek je podstatné, do kterého stupně odkázanosti je pojištěnec zařazen, neexistuje věkové omezení, ani se výše příspěvku neodvíjí od výše platu. Je možné si zvolit mezi věcnou dávkou = domácí péče nebo peněžitou = péče vykonávaná členem rodiny, v určitých případech lze i dávky kombinovat. Rozlišujeme čtyři stupně odkázanosti - 0, I, II a III. Stupeň 0 je definován pro osoby, které jsou částečně odkázané na pomoc druhých, ale ještě nesplňují podmínky pro stupeň I. Osoby, zařazené do stupně I potřebují péči každý den. Tato péče je stanovena na 90 minut denně. Měsíční věcná dávka se v tomto případě pohybuje do výše 400 eur, peněžitá do 225 eur. Těžkou odkázanost rozdělujeme na dva stupně. Osoby zařazené do stupně II mají nárok na základní péči v rozsahu 3 hodiny denně, avšak péče je nezbytná 3x denně. V tomto případě je měsíční věcná dávka ve výši do 1 040 eur, peněžitá do 430 eur. Stupeň III vyžaduje základní péči ve výši 5 hodin denně a měsíční věcná dávka je do 1 510 eur (ve zvláštních případech může být určen až do výše 1 825 eur), peněžitá do 685 eur. V rámci věcných dávek může být využita možnost částečné

[72] Leistungsrecht ab 2017 (GPV). *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/pflegeversicherung/leistungsrecht-ab-2017.html

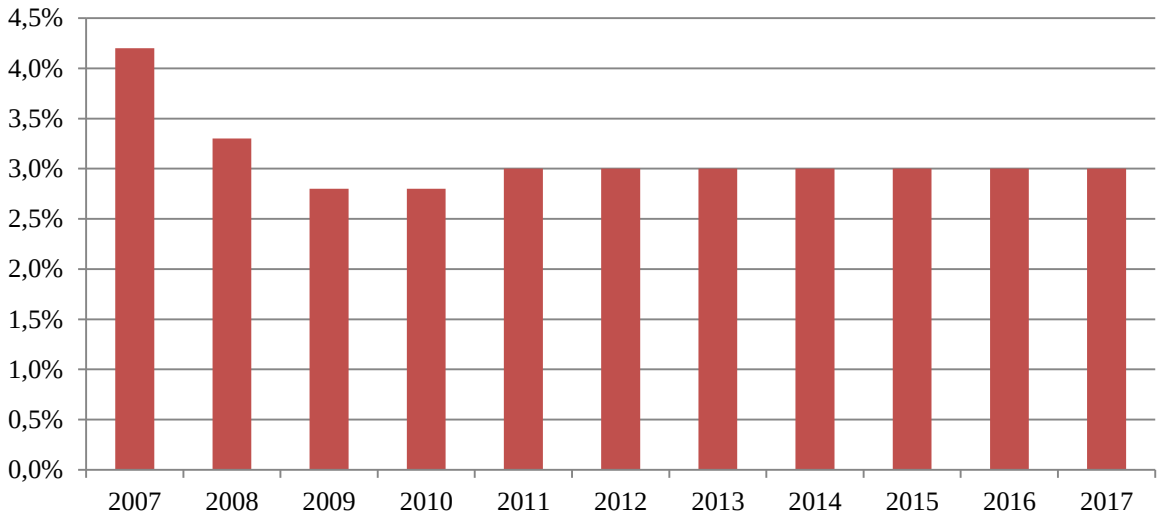
nebo úplné ústavní péče. V případě, že není využita ústavní péče, mohou určení ošetřovatelé podstoupit hrazené odborné kurzy.[73]

4.1.5. Pojištění pro případ nezaměstnanosti

Pojištění pro případ nezaměstnanosti bylo zavedeno pro ochranu zaměstnance, aby jej nezastihla finanční nouze v případě ztráty zaměstnání. Mezi pojištěnce patří osoby vykonávající práci, mladí lidé se zdravotním postižením a učni. Hlavním orgánem je Federální úřad práce se sídlem v Norimberku, který zastřešuje poradenství pro nezaměstnané i zaměstnavatele, poskytuje výplatu dávek, podporuje odborné vzdělávání a je tedy základním prvkem na trhu práce. Celkem se skládá z 10 oblastních ředitelství, 178 úřadů práce a 610 dalších zastoupení.[74]

Povinná sazba na rok 2017 je stanovena na 3 % z příjmů a zaměstnanec i zaměstnavatel jsou rovnoměrně zatížení 1,5 %. Maximální vyměřovací základ byl stanoven pro západní spolkové země na 6 300 eur za měsíc (76 200 eur za rok)[75] a pro spolkové východní země ve výši 5 700 eur za měsíc (68 400 eur za rok).

Graf č. 12: Přehled vývoje sazeb pojistného pro případ nezaměstnanosti (v %)



Zdroj: *Sozialversicherung kompetent* [online]. Sozialversicherung-kompetent.de, ©2008-2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/ (vlastní zpracování)

[73] Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/pflegeversicherung/leistungsrecht-ab-2017/672-ueberleitung-von-pflegestufen-in-pflegegrade.html

[74] Über uns. *Bundesagentur für Arbeit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://www.arbeitsagentur.de/ueber-uns

[75] Sozialversicherungswerte 2017. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/sozialversicherung/zahlen-werte/694-sozialversicherungswerte-2017.html

Dávky v nezaměstnanosti jsou rozděleny do dvou skupin. První skupinu tvoří dávky v nezaměstnanosti I (DNI), které jsou financovány pojistným zaměstnavatelů a zaměstnanců. Daněmi jsou hrazeny dávky v nezaměstnanosti II (DNII) pro práceschopné osoby v nouzi a sociální dávky pro osoby žijící s nezaměstnaným ve společné domácnosti. Obecně je podpůrčí doba stanovena na 6 – 24 měsíců a její délka se odvíjí od doby pojištění proti nezaměstnanosti za posledních pět let a od věku žadatele. [76]

DNI jsou dávky poskytované zaměstnancům a učňům při ztrátě zaměstnání. Výše DNI je závislá na výši předchozího příjmu žadatele a jeho daňové třídě. V roce 2017 jsou stanoveny dvě procentní sazby pro nezaměstnané, bezdětní mají nárok na dávku ve výši 60 % z prokázané čisté mzdy, ve výši 67 % pokud má nezaměstnaný děti. Nezaměstnaní musí být nahlášeni na úřadu práce a připraveni přijmout pracovní nabídku ze strany úřadu a aktivně se sami podílet na hledání nového zaměstnání. V Německu mají nárok na dávku i zaměstnaní na méně než 15 hodin týdně. Podmínkou pro získání příspěvku před přihlášením se na pracovní úřad je v posledních dvou letech být alespoň 12 měsíců povinně pojištěn. Účelem dávky je zajistit životní minimum.[77]

DNII podléhají testování příjmů a lze je pobírat zároveň s DNI. Jsou určeny pro uchazeče o zaměstnání ve věkovém rozmezí 15-65 let, výše této dávky má za účel zajistit životní minimum. Dávka je stanovena v měsíční výši 359 eur. Dále mohou být při splnění podmínek poskytnuty i různé jednorázové dávky (např. na nezbytné vybavení bytu či příspěvek pro žáky na začátku školního roku). [78]

Obě dávky podléhají sankcím při neplnění stanovených podmínek. Dávka může být pozastavena na 12 týdnů, pokud nezaměstnaný neoprávněně odmítá dostupnou pracovní příležitost nebo byla nezaměstnanost zapříčiněna jeho vlastní vinou. U DNII dochází ke krácení dávek a po roce může dospět až k jejímu úplnému odebrání. Jedná se o případy, kdy uchazeči o práci neplní podmínky – nesnaží se najít zaměstnání a nabízené možnosti odmítají.[79]

---

[76] Arbeitslos und Arbeit finden. *Bundesagentur für Arbeit* [online]. [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: https://www.arbeitsagentur.de/arbeitslos-und-arbeit-finden

[77] Arbeitlosengeld. *Bundesagentur für Arbeit* [online]. [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: https://www.arbeitsagentur.de/content/1463059396617

[78] Arbeitlosengeld II. *Bundesagentur für Arbeit* [online]. [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: https://www.arbeitsagentur.de/arbeitslos-arbeit-finden/so-beantragen-sie-arbeitslosengeld-2

[79] Ihre Rechte und Pflichten. *Bundesagentur für Arbeit* [online]. [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: https://www.arbeitsagentur.de/arbeitslos-arbeit-finden/rechte-und-pflichten-arbeitslosengeld-arbeitslosengeld-ii

4.2. Soukromé pojištění

Soukromé pojištění závisí na rozhodnutí každého jedince. Pojišťovny nabízejí širokou škálu možností pojištění. Následný vztah mezi pojištěncem a pojistitelem je potvrzen uzavřením pojistné smlouvy, kde jsou přesně definované podmínky pojištění, sjednaná částka za pojištění, možnosti plnění smlouvy a další potřebné informace týkající se pojistky, pojistitele a pojištěnce. Mimo sociální oblast existuje celá řada pojištění.

Soukromé zdravotní pojištění má v Německu dvě hlavní části a to náhradní zdravotní pojištění jako náhrada za zákonné pojištění nebo doplňkové pojištění pro osoby, na které se vztahuje zákonné zdravotní pojištění. Oba dva typy nabízí všech 42 soukromých zdravotních pojišťoven či asociací soukromých zdravotních pojišťoven. Kromě toho existuje přibližně 30 dalších velmi malých regionálních soukromých zdravotních pojišťoven.

V letech 1975 až 2012 vzrostl počet osob s náhradním soukromým zdravotním pojištěním ze 4,2 milionů na 9,0 milionů.[80] Toto náhradní zdravotní pojištění zahrnuje tři skupiny lidí. Zaprvé aktivní a stálé zaměstnance veřejné správy (učitelé, univerzitní profesoři, zaměstnanci na ministerstvech), kteří jsou vyloučeni ze systému zákonného zdravotního pojištění, jelikož jim vláda hradí alespoň 50% soukromých zdravotnických účtů a zbytek si pokryjí sami. Tato skupina představuje zhruba polovinu osob se soukromým pojištěním. Dále pak osoby samostatně výdělečně činné, které jsou ze zákonného zdravotní pojištění vyloučeny, pokud dříve nebyly členy s výjimkou těch, kteří spadají pod povinné krytí zákonného pojištění jako např. zemědělci. A také zaměstnance, jejichž výdělky překračují maximální hranici tři kalendářní roky po sobě.

Počet členů se v letech 2001 a 2002 podstatně zvýšil, což pravděpodobně souviselo s rostoucími příspěvkovými sazbami zákonného pojištění, které silně motivovaly mladé lidi bez zdravotních problémů k přechodu na soukromé pojištění. To vedlo vládu ke zvýšení maximální hranice přibližně o 13 %, z 3 375 na 3 825 eur měsíčně za rok 2003, což způsobilo pouze snížení počtu nových soukromých pojištění. V letech 2007 a 2008 se počet nových členů soukromého pojištění opět snížil v porovnání s rokem 2006 kvůli nařízení zavedenému v roce 2007, kdy zaměstnanci mohou přejít ze zákonného pojištění pouze, pokud jejich příjem překročí maximální hodnotu po dobu tří let za sebou.

[80] *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung* [online]. Verband der Privaten Krankenversicherung, 2013 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2013.pdb.pdf

Doplňkové zdravotní pojištění zahrnuje spoluúčasti na dávkách, které nejsou plně kryty hlavním pojistitelem pojištěného. Jednou z prvních a nejoblíbenějších doplňkových služeb bylo pokrytí zubních protéz, které byly vyloučeny z dávek pro pojištěného. Dále doplňkové pojištění nabízí příspěvky na zdravotní pomůcky, nápravné prostředky nebo pobyty v nemocnici či doplňkové pojištění dlouhodobé péče.

4.2.1. Soukromé zdravotní pojištění

Zákonné povinné zdravotní pojištění pokryje většinu potřebných nákladů na potřebnou zdravotní péči, ale je doporučené uzavřít navíc i pojištění soukromé. Na soukromém pojistném trhu je k dispozici nabídka cca 50 soukromých zdravotních pojišťoven, u kterých je možné pojištění uzavřít. Je obecně známa myšlenka, že pojišťovny jsou zaměřeny především na mladou, bezrizikovou klientelu, ale v konečné fázi je pro ně důležitý každý získaný pojištěnec. Od roku 2012 jsou nabídky pojišťoven pro ženy a muže úplně stejné, bylo zrušeno rozlišování nabídek dle pohlaví. Hlavním cílem soukromého pojištění je zajištění příspěvku pro případ nemoci (nad rámec povinného pojištění). Zároveň by měla být zajištěna vyšší úroveň zdravotnických služeb. [81]

Výše poplatku za soukromé zdravotní pojištění není závislé na výši platu, ale na věku a zdravotním stavu žadatele. Soukromé zdravotní pojištění je k dispozici především pro OSVČ a pro zaměstnance, jejichž výdělek přesahuje zákonem stanovenou hranici a nespadá tak do zákonného povinného pojištění. Soukromé pojištění bývá vyšší než veřejné, ale zároveň nabízí kvalitnější a širší škálu možností. Ve všech zdravotních oborech má pojištěný nárok na péči, základem je ambulantní, zubní a ústavní péče. [82]

4.2.2. Soukromé úrazové pojištění

Soukromé úrazové pojištění je nezbytné si uzavřít, neboť dochází k častým úrazům, ať už vlastní vinou či zaviněním druhou osobou. Povinné úrazové pojištění je omezeno pouze na úrazy, které se stanou v rámci pracovní doby na pracovišti. Soukromé úrazové pojištění je tedy vhodné uzavřít pro případ, že se stane úraz v domácím prostředí nebo ve volném čase. Opět závisí na typu uzavřeného pojištění a na zvolené pojišťovně. Nabídka je široká a výlohy na pojistné i výše pojistného krytí se liší. Výše pojistného se liší dle oblastí, které se

[81] Private Krankenversicherung. *Privat Krankenversicherung* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.private-krankenversicherung.de/

[82] Private Krankenversicherung. *Privat Krankenversicherung* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.private-krankenversicherung.de/

rozhodneme pojistit, nejčastěji bývá zvoleno pojištění pro případ invalidity, omezení duševní výkonnosti, vazů či svalů. Součástí mohou být také příspěvky na hospitalizaci, denní příspěvek při nemocenské, pohřebné, kosmetické operace či náklady na protézy. I pro takto blíže specifické určení existují výjimky u plnění. Obecně platí podmínka, že zranění nesmí být způsobené úmyslně, tudíž musí jít o nehodu. [83]

4.2.3. Soukromé důchodové pojištění

V současné době získává čím dál více na významu soukromé důchodové pojištění. S ohledem na nízkou porodnost a stárnoucí populaci je vhodné si uzavřít důchodové pojištění, neboť neustále dochází k posouvání věkové hranice a snižování výše důchodu. Hlavní výhodou je možnost čerpání důchodu před dosažením určité věkové hranice (závisí na typu uzavřeného pojištění). Zároveň je možné ovlivnit výši čerpaného důchodu výší příspěvku, kterou si sami zvolíme. Tato pojištění bývají uzavírána ve smyslu doplňkového pojištění a bývají hrazena měsíčně. Stejně jako u ostatních typů pojištění se vyplatí porovnat nabídky všech pojišťoven a zvolit si nejvýhodnější pojištění na míru. [84]

4.3. Pojistný trh

Na pojistném trhu dochází ke střetnutí nabídky a poptávky pojistných možností. Jako nabízející zde figurují pojišťovny, jako poptávající budoucí pojištěnci. Pojistný trh je definován v občanském zákoníku a řídí se navíc dílčími předpisy. Na německém trhu v roce 1970 nabídka pojištění několikanásobně převyšovala poptávku, v té době bylo činných 1918 pojišťoven, v roce 2016 jich bylo registrováno již pouze 118.[85] Pro zajímavost při pohledu ještě dále do historie, tak v roce 1931 bylo na trhu registrovaných 6985 pojišťoven. Pro německý trh jsou typické fúze, díky kterým dochází ke sloučení mnoha pojišťoven, a proto se nabídka stává ucelenější a přehlednější. Velké množství fúzí proběhlo vždy po reformách ve zdravotním systému, ne jinak tomu bylo například v roce 1996 po reformě zdravotnictví a také v roce 2007, kdy vstoupilo v platnost zavedení společného zdravotního fondu pro komplexní čerpání poplatků.

---

[83] Private Unfallversicherung - Vergleich und Leistungen. *Versicherung-check.net* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.versicherung-check.net/private-unfallversicherung.html

[84] Private Rentenversicherung. *Privaterentenversicherung.com* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.privaterentenversicherung.com/

[85] Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland von 1970 bis 2016. *Das Statistik-Portal* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/74834/umfrage/anzahl-gesetzliche-krankenkassen-seit-1970/

4.3.1. Pojišťovny

Pojišťovny různého zaměření mají na německém trhu dlouholetou tradici. Na základě rozdílných organizačních principů dělíme pojišťovny na německém trhu na šest typů a to: oblastní zdravotní pojišťovny (Allgemeine Ortskrankenkassen), podnikové zdravotní pojišťovny (Betriebskrankenkassen), vyrovnávací fondy (Ersatzkassen), oborové zdravotní pojišťovny (Innungskrankenkassen), zdravotní a důchodové pojišťovny pro horníky a námořníky (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See) a zdravotní pojišťovny pro zemědělce (Landwirtschaftlichen Krankenkassen).

Oblastní zdravotní pojišťovna (AOK)

AOK se skládá z 11 právně nezávislých pojišťoven, které společně zajišťují pojištění pro více jak 25,2 milionů německého obyvatelstva. AOK byla založena v roce 1884 jako reakce na zavedení povinného zdravotního pojištění v roce 1883 Otto von Bismarckem. Důležitým mezníkem byl rok 1992, kdy byla zavedena volná soutěž na trhu a tedy svobodná volba zdravotních pojišťoven, došlo tak k mnoha fúzím mezi pojišťovnami, takže se počet 300 členů postupně zredukoval na stávajících jedenáct. Jsou to: AOK Baden–Württemberg, AOK Bayern, AOK Bremen/Bremerhaven, AOK Hessen, AOK Niedersachsen, AOK Nordost, AOK NORDWEST, AOK PLUS, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, AOK Rheinland/Hamburg, AOK Sachsen-Anhalt.[86]

Podnikové zdravotní pojišťovny (BKK)

BKK se skládá z 63 zdravotních pojišťoven a stejně jako AOK jsou zdravotní pojišťovny pod BKK právně nezávislé. Od roku 1996 se jejich počet také rapidně snížil, bylo jich 690. Pojišťovny jsou orientovány na jednotlivé podniky, které zaměstnávají minimálně 1 000 osob, za které bude odváděno povinné pojistné. Pojišťovny se profilují do 4 obvodů – BKK Landesverband Bayern, BKK Landesverband Mitte, BKK-Landesverband Nordwest a Landesverband der Betriebskrankenkassen Süd. V rámci organizace je vytvořena správní rada a představenstvo. Od roku 2014 mají mezi sebou obvody nově rozděleny zodpovědnost za oblasti působnosti. U BKK je celkem pojištěno 11,8 milionů osob a řadí se tak na druhé místo v počtu pojištěnců. [87]

[86] *AOK Die Gesundheitkasse* [online]. [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: https://www.aok.de/
[87] *BKK Dachverband* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bkk-dachverband.de/

Vyrovnávací fondy (EK)

Sdružení vyrovnávacích fondů je sdružení zdravotních pojišťoven a v současnosti má 6 členů - Barmer Ersatzkasse, DAK-Gesundheit, Hanseatische Krankenkasse, Handelskrankenkasse, Kaufmännische Krankenkasse a Techniker Krankenkasse. Sdružení nabízí svým členům právní ochranu a pomoc při řešení individuálních úkolů, zároveň jim poskytuje svá doporučení. Počátky sdružení sahají až do roku 1912, dnes má sídlo v Berlíně. Rozhodovacím orgánem je valná hromada. V roce 2016 dosahoval počet pojištěnců 26,7 milionů osob a řadí se tak na první příčku v počtu pojištěných za uplynulý rok. [88]

Oborové zdravotní pojišťovny (IKK)

Z historického hlediska byly pojišťovny pod IKK určeny pro řemeslníky, po změnách v roce 1996 je otevřena široké veřejnosti. Zároveň došlo ke změně počtu členů již několikrát zmiňovanými fúzemi, ze 155 má dnes IKK šest členů, jsou jimi Bundesinnugskrankenkasse Gesundheit, IKK classic, IKK gesund plus, IKK Südwest, Innungskrankenkasse Badenburg und Berlin a Innugskrankenkasse Nord. Počet klientů v roce 2016 dosáhl počtu 5,3 milionu.[89]

Zdravotní a důchodové pojišťovny pro horníky a námořníky (KBS)

Společenství KBS vzniklo v roce 2005 spojením Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt a Seekasse. Zdravotní pojištění poskytují celkem 1,5 milionu osob, důchodové pojištění využívá 1,7 milionu pojištěnců. U KBS by měli být pojištěni všichni námořníci, železničáři a horníci. Sídlo se nachází v městě Bochum, ale existuje mnoho poboček a poradenských center. [90]

Zdravotní pojišťovny pro zemědělce (LK)

LK se skládá z 9 zdravotních zemědělských pojišťoven. V roce 2016 u nich bylo pojištěno více než 664 662 pojištěnců, přičemž má počet pojištěnců klesající tendenci. Pojištění není určeno pouze pro podnikatele v zemědělství a jejich rodinné příslušníky, ale je běžně dostupné. Zdravotní pojištění pro zemědělce je stanoveno zákonem o zdravotním pojištění zemědělců, které se částečně liší od běžného povinného zdravotního pojištění.[91]

---

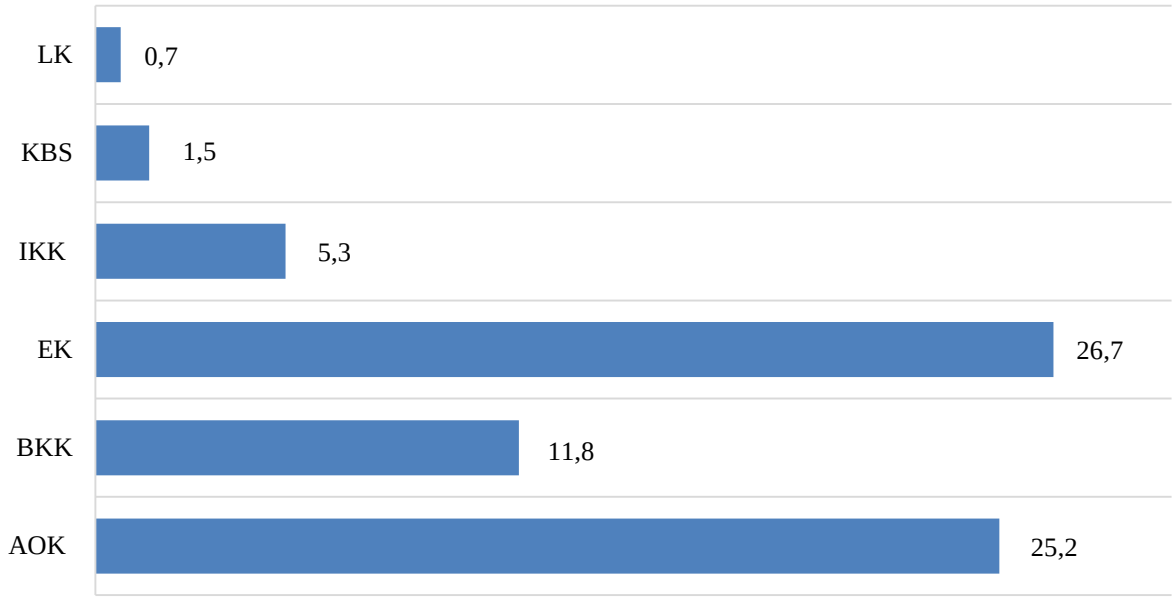
[88] *Verband der Ersatzkassen* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://www.vdek.com/

[89] *IKK* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://ikk.de/

[90] Knappschaft-Bahn-See - ein Verbundsystem. *Knappschaft-Bahn-See* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: https://www.kbs.de/DE/00_ueber_uns/05_verbund/InhaltsNav.html;jsessionid=B09E57DAB3D5763E5053557C27EBCE2F

[91] Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. *Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.svlfg.de/

Graf č. 13: Počty pojištěnců u jednotlivých skupin pojišťoven 2016 (v miliónech)



Zdroj: *Vdek: Die Ersatzkassen* [online]. [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://www.vdek.com/

4.3.2. Organizace

Vedle pojišťoven jsou na pojistném trhu aktivní i další odborné organizace a agentury, v čele s ministerstvy na státní úrovni, pod které funkčně spadají. Jedná o Ministerstvo zdravotnictví (Bundesministerium für Gesundheit) a Ministerstvo práce a sociálních věcí (Bundesministerium für Arbeit und Soziales).

Ministerstvo zdravotnictví

Ministerstvo zdravotnictví se věnuje především tvorbě správních a právních předpisů. Důležitou úlohou je také zajištění a udržení rozvoje povinné zdravotní péče a pojištění. V neposlední řadě je věnovaná pozornost přípravě zdravotnických reforem. Byly stabilizovány příspěvky, posíleny zájmy pacientů a aby byla zajištěna ekonomická životaschopnost. Ministerstvo pod sebou zajišťuje i zdravotnické instituty pro zajištění dílčích aktivit, jedná se především o specializace na výzkum chorob. Důležitá je také funkce šíření osvěty pro zdravý životní styl.[92]

[92] Aufgaben und Organisation. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation.html

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Hlavním úkolem federálního Ministerstva práce a sociálních věcí je boj proti nezaměstnanosti a pracovní bezpečnost. Existuje úzká spolupráce mezi místními agenturami a plněním stanovených úkolů. Hlavním motorem je ale prosperující ekonomika. Strategie boje proti nezaměstnanosti spočívá ve vytvoření více pracovních míst pro nekvalifikované pracovníky, zároveň je pozornost věnovaná na mladší 25 let a straší 55 let a jejich uplatnění na trhu práce. Ministerstvo usiluje o stabilizaci penzijního systému, toho by mělo být dosáhnuto přizpůsobením věku odchodu do důchodu průměrné délce života a vytvoření více pracovních příležitostí pro osoby staršího věku. Angažuje se také v sociální integraci postižených osob.[93] V oblasti nezaměstnanosti hraje významnou roli Federální úřad práce, který je blíže představen v kapitole Pojištění pro případ nezaměstnanosti.

[93] Aufgaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* [online]. 1972 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.bmas.de/DE/Ministerium/Willkommen-im-BMAS/aufgaben-des-ministeriums.html

5. Analýza zdravotního systému Německa

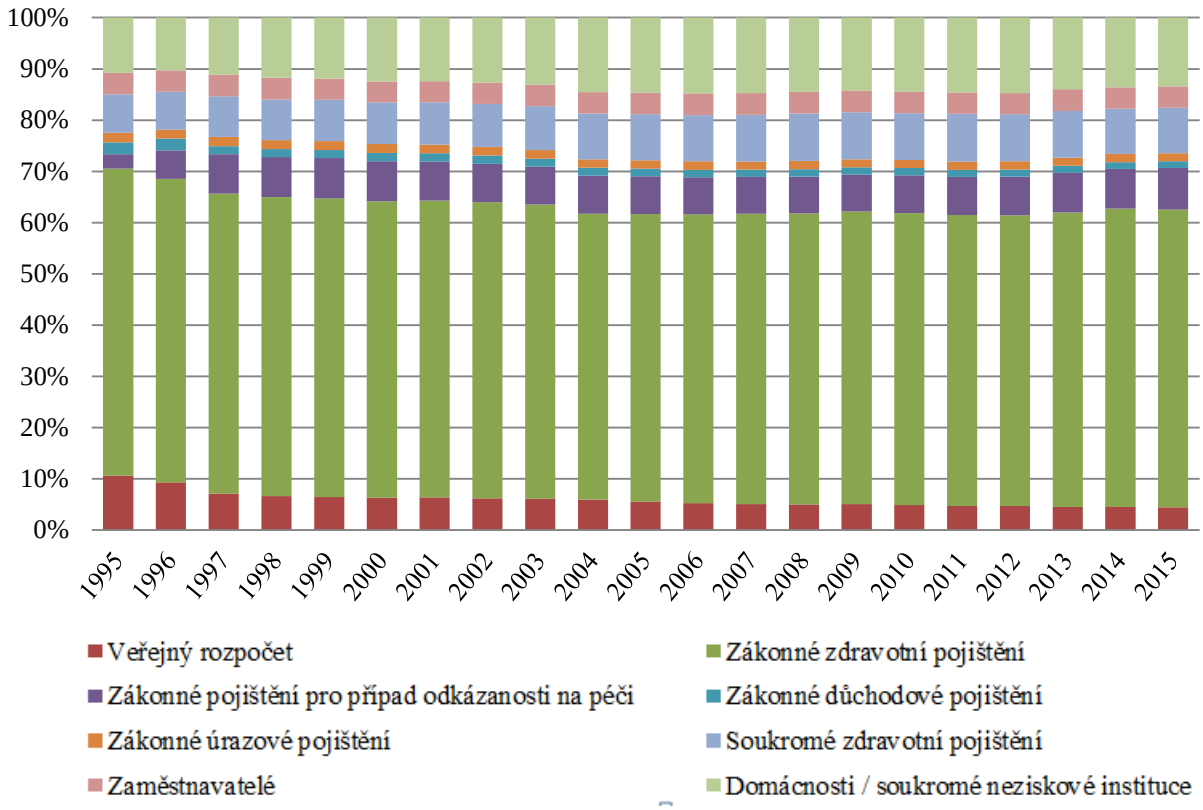
5.1. Příjmy německého zdravotního systému

Zdravotní systém Německa je hrazen převážně ze zákonného zdravotního pojištění a následně i z veřejných rozpočtů, ze zákonného pojištění pro případ odkázanosti na péči, ze zákonného důchodového pojištění, ze zákonného úrazového pojištění, ze soukromého zdravotního pojištění, od zaměstnavatelů a i od domácností či soukromých institucí.

Celkové příjmy do zdravotního systému Německa ve sledovaném období 1995 až 2015 vzrostly zhruba jednou tolik a to ze 188 miliard na 344 miliard eur, tedy přesně o 156 miliard. Finance z veřejného rozpočtu se převážně snižovaly. Lehce rostoucí tendenci měly až po ekonomické krizi. Ale ani dnes ještě nejsou tyto zdroje na úrovni, která byla hrazena v roce 1995. Všechny složky zákonného pojištění mají ve sledovaném období rostoucí tendenci. Růst prokazují i soukromé zdroje, kam spadají soukromé zdravotní pojišťovny, zaměstnavatelé, domácnosti či soukromé neziskové instituce. Tyto soukromé zdroje se v daném období zvýšily o 25,3 miliardy eur.

Graf č. 14 nám ukazuje, jak se změnilo složení příjmů v letech 1995 až 2015. Můžeme na něm vidět, jak klesá podíl veřejných zdrojů na celkových příjmech, a to přibližně o 6 %. Naopak došlo ke zvýšení hodnoty zákonného pojištění pro případ odkázanosti na péči o 5 %, které bylo zavedeno na počátku sledovaného období, tedy v roce 1995, a od té doby se neustále zvyšuje sazba. Což znamená, že hlavní odlišnost je v přelití mezi jednotlivými složkami veřejného sektoru. Dále lze z následujícího grafu zjistit, že v průběhu období narostl podíl zdrojů od domácností ve financování výdajů na zdravotní systém a to zhruba o 2,5 %. Přibližně o 1 % se zvýšil podíl soukromých pojišťoven ve sledovaném období, ale kolem roku 2007 byl tento podíl o 4 % vyšší a následně se opět snižoval kvůli vlivu reforem v rámci přesunu mezi zákonným a soukromým zdravotním pojištěním. Tyto změny, týkající se přesunu mezi zákonným a soukromým zdravotním pojištěním, jsou v grafu patrné. Když klesal podíl zákonného pojištění, tak se zvyšoval podíl soukromého. Ostatní složky mají ve sledovaném období téměř obdobný trend.

Graf č. 14: Procentuální zastoupení jednotlivých zdrojů příjmů 1995 – 2015



Zdroj: *DESTATIS: Statistisches Bundesamt* [online]. Statistisches Bundesamt (Destatis), ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://www.destatis.de/DE/Startseite.html (vlastní zpracování)

Tabulka č. 1: Změna zdrojů ve zdravotním systému k roku 1995

Rok	1996/95	1997/95	1998/95	1999/95	2000/95	2001/95	2002/95	2003/95	2004/95
Veřejný rozpočet	0,91	0,71	0,67	0,67	0,68	0,71	0,72	0,72	0,71
Zákonné zdravotní pojištění	1,03	1,02	1,05	1,08	1,10	1,14	1,18	1,21	1,17
Zákonné pojištění pro případ odkázanosti na péči	2,06	2,86	2,99	3,09	3,16	3,19	3,27	3,30	3,32
Zákonné důchodové pojištění	1,01	0,71	0,70	0,73	0,80	0,83	0,85	0,85	0,83
Zákonné úrazové pojištění	1,01	1,03	1,04	1,07	1,08	1,09	1,13	1,16	1,16
Soukromé zdravotní pojištění	1,03	1,10	1,13	1,19	1,24	1,29	1,36	1,43	1,48
Zaměstnavatelé	1,04	1,07	1,09	1,09	1,11	1,18	1,21	1,25	1,27
Domácnosti / souk. neziskové instituce	1,00	1,08	1,17	1,22	1,32	1,36	1,45	1,53	1,69
Celkem	1,04	1,05	1,08	1,11	1,14	1,18	1,23	1,26	1,26

Zdroj: *DESTATIS: Statistisches Bundesamt* [online]. Statistisches Bundesamt (Destatis), ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://www.destatis.de/DE/Startseite.html (vlastní zpracování)

Tabulka č. 2: Změna zdrojů ve zdravotním systému k roku 1995

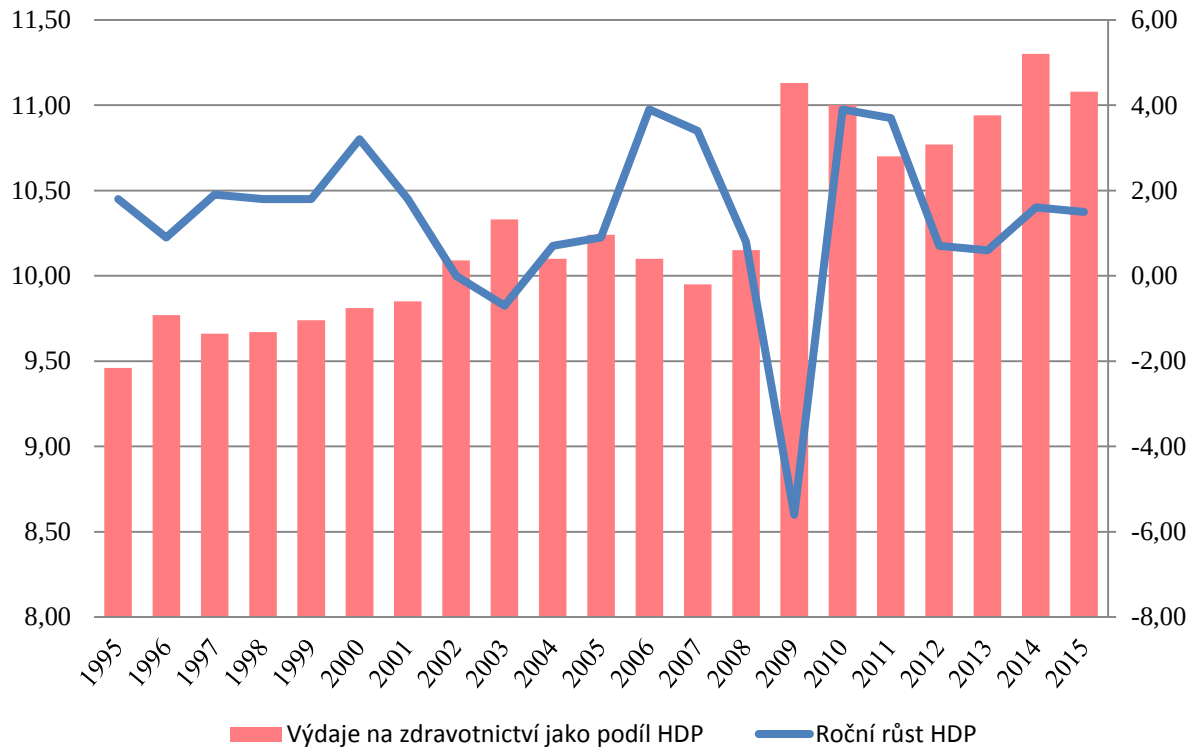
Rok	2005/95	2006/95	2007/95	2008/95	2009/95	2010/95	2011/95	2012/95	2013/95	2014/95	2015/95
Veřejný rozpočet	0,68	0,66	0,65	0,67	0,72	0,71	0,70	0,72	0,72	0,74	0,76
Zákonné zdravotní pojištění	1,21	1,24	1,29	1,35	1,43	1,47	1,50	1,53	1,62	1,70	1,78
Zákonné pojištění pro případ odkázanosti na péči	3,38	3,41	3,47	3,62	3,84	4,07	4,15	4,34	4,61	4,81	5,29
Zákonné důchodové pojištění	0,82	0,81	0,83	0,88	0,91	0,92	0,94	0,97	0,97	0,99	1,01
Zákonné úrazové pojištění	1,17	1,19	1,19	1,25	1,31	1,35	1,40	1,44	1,47	1,53	1,57
Soukromé zdravotní pojištění	1,54	1,58	1,65	1,75	1,83	1,88	1,95	1,97	2,04	2,06	2,16
Zaměstnavatelé	1,30	1,35	1,39	1,45	1,50	1,55	1,60	1,62	1,71	1,77	1,85
Domácnosti / souk. neziskové instituce	1,75	1,81	1,86	1,90	1,98	2,08	2,13	2,21	2,18	2,21	2,28
Celkem	1,29	1,32	1,37	1,42	1,50	1,55	1,58	1,62	1,68	1,75	1,83

Zdroj: *DESTATIS: Statistisches Bundesamt* [online]. Statistisches Bundesamt (Destatis), ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://www.destatis.de/DE/Startseite.html (vlastní zpracování)

5.2. Výdaje veřejného zdravotního systému

Německo utrácí značné množství financí za zdravotní péči. Podle federálního statistického úřadu, který poskytuje údaje o výdajích na zdravotnictví, celkové výdaje na zdravotnictví činily v roce 2015 344 miliard eur. To odpovídá 11,08 % podílu HDP (viz graf č. 15). Pro porovnání celkových výdajů na zdravotní péči je využit ukazatel podílu výdajů na zdravotnictví k HDP, jehož vývoj je na graf č. 15 zobrazen na levé ose. Pravá osa grafu obsahuje roční procentní růst HDP, protože na hodnoty podílu působí nejen výše výdajů na zdravotnictví ale i vývoj HDP dané země.

Graf č. 15: Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví a růst HDP v letech 1995 – 2015 (v %)



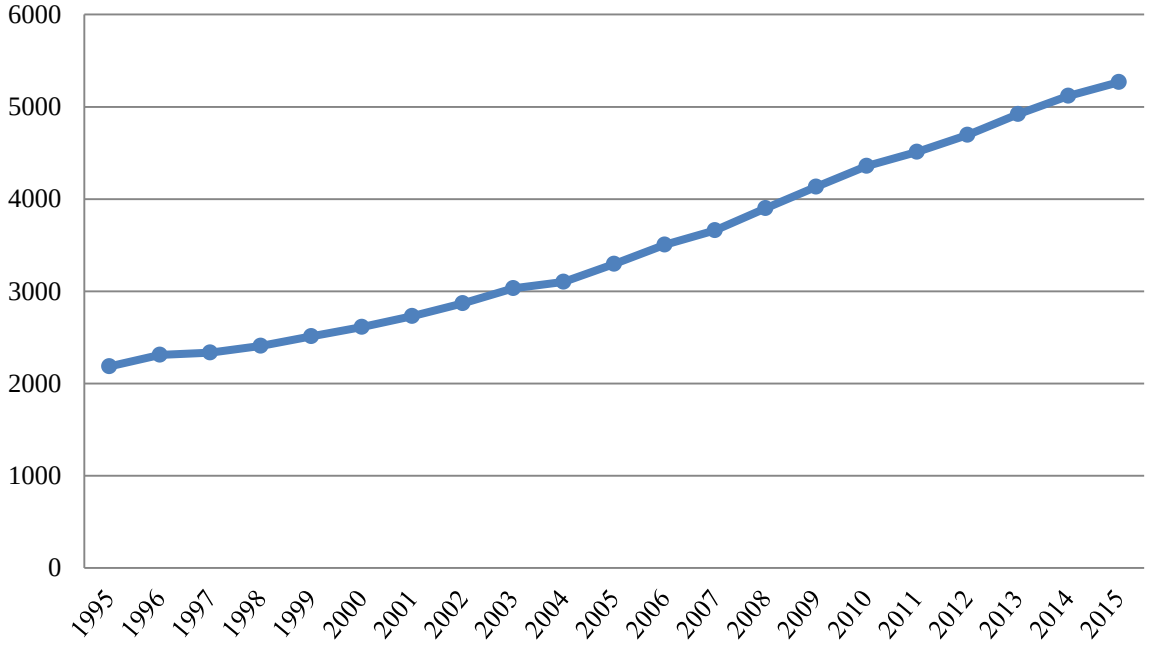
Zdroj: *OECD: BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES* [online]. Organisation for Economic Co-operation and Development, ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://www.oecd.org/

Podle OECD byl začátek nového tisíciletí typický tím, že v členských zemích OECD docházelo k růstu podílu zdravotnických výdajů na HDP. Tento růst byl způsoben zvyšujícími se výdaji na zdravotnictví, ale i současným poklesem HDP. Ekonomická krize v roce 2008 znamenala pro většinu členských zemí potřebu redukce výdajů a snížení ukazatele podílu výdajů na HDP. Výjimkou nebylo ani Německo, kde celkové zdravotní výdaje jako podíl

HDP zaznamenaly mezi roky 2008 a 2009 nejvyšší nárůst z 10,15 % na 11,13 % HDP. V reakci na ekonomickou krizi byla v Německu přijata reformní opatření, díky kterým došlo od roku 2010 k poklesu celkových výdajů na zdravotnictví. Tento podíl v roce 2011 nakonec klesl až na hodnotu 10,7 % HDP. Dále je z předchozího grafu zřejmé, že podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP měl v letech 1995 - 2015 rostoucí charakter. V průběhu 20 let se zvýšil podíl celkových výdajů k HDP zhruba o 1,62 %.

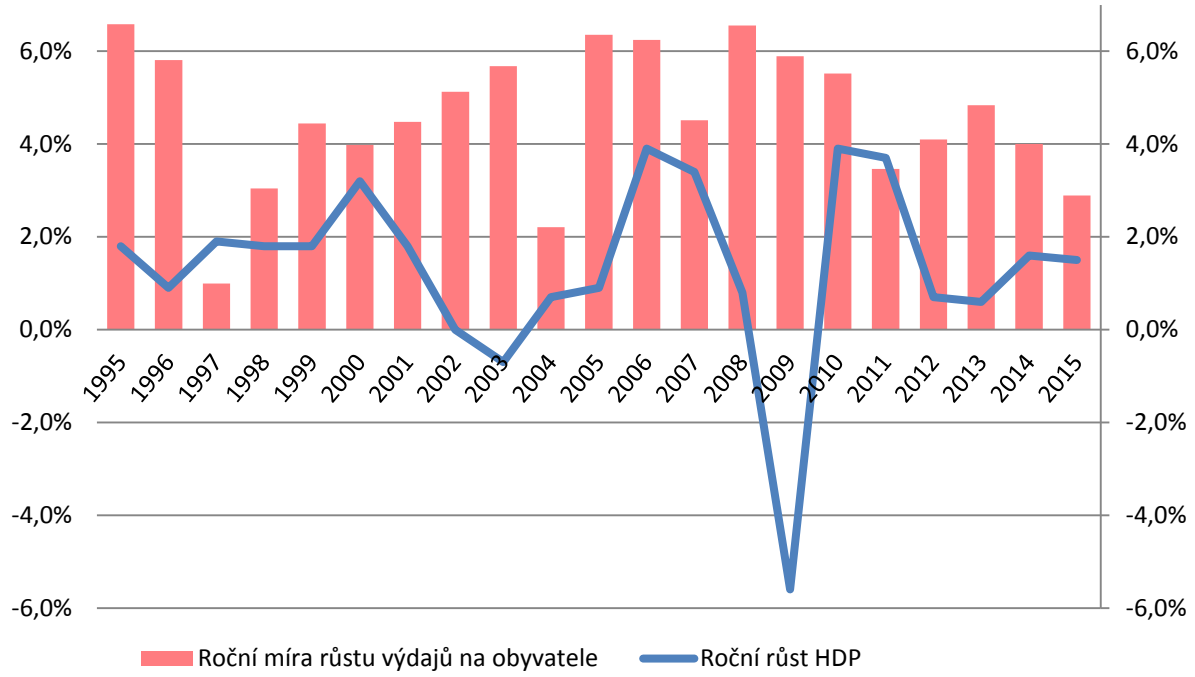
Ve sledovaném období se výdaje na zdravotní péči na obyvatele meziročně zvyšují v průměru o 4,61 % ročně, což je poměrně velké zvýšení vzhledem k průměrnému meziročnímu růstu HDP. Výdaje na jednoho obyvatele mají neustále rostoucí trend, dokonce i téměř lineárně. V roce 2015 byly výdaje propočítané na jednu osobu v 5 267 dolarů.

Graf č. 16: Celkové výdaje na zdravotnictví na obyvatele v letech 1995 – 2015 (v dolarech)



Zdroj: *OECD: BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES* [online]. Organisation for Economic Co-operation and Development, ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://www.oecd.org/

Graf č. 17: Roční míra růstu výdajů na obyvatele a roční růst HDP v letech 1995 - 2015 (v %)



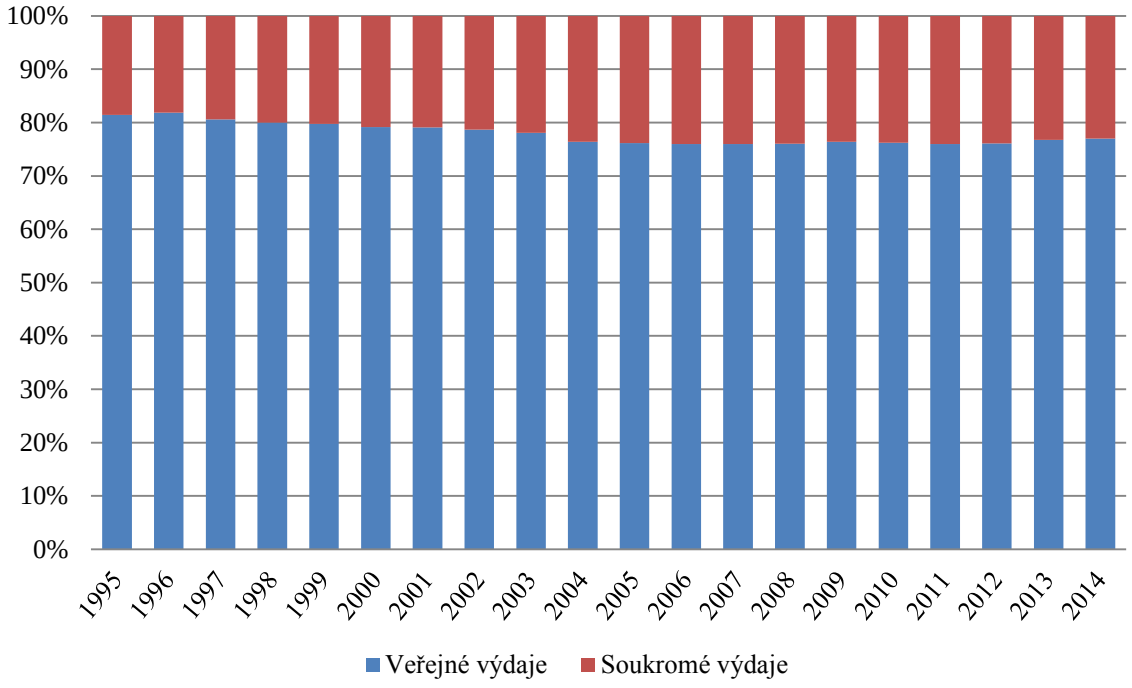
Zdroj: *OECD: BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES* [online]. Organisation for Economic Co-operation and Development, ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://www.oecd.org/

Růst celkových výdajů na zdravotnictví je vidět v grafu č. 17. Výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele mají rostoucí tendenci, což dokládají kladné meziroční procentní přírůstky v letech 1995 až 2015. Nejnižší meziroční růst byl v mezi roky 1996 a 1997 a to pouze ve výši 1%. K nejvyššímu nárůstu vynaložených prostředků došlo mezi roky 1994 a 1995 (6,6 %) a mezi 2007 a 2008 (6,6 %). V důsledku přijatých reforem, jež měly zmírnit dopady ekonomické krize na veřejné finance, dochází později ke snižování výdajů vynakládaných na zdravotnictví. Na konci sledovaného období již je meziroční růst výdajů jen 2,9 %. K většímu zvýšení růstu výdajů nad růst HDP došlo ve zkoumaném období pokaždé kromě roku 1997 a 2011, což byly první roky hlavních reforem.

Graf č. 18 ukazuje, že výdaje na zdravotnictví v Německu v celém sledované období dosahují poměrně stálého podílu soukromých a veřejným výdajům, který odpovídá zhruba poměru 20:80. Od roku 1996 dochází k pozvolnému poklesu výdajů veřejného sektoru ve prospěch nárůstu prostředků vynakládaných sektorem soukromým, a to z výchozích 18,12 % na 24,05 % (2007). Tento trend odráží relativní nárůst soukromých zdrojů a snížení daňových výdajů. V roce 2007 došlo opět k mírnému navyšování veřejných výdajů, které bylo způsobeno změnou přechodu ze zákonného zdravotního pojištění do soukromého zdravotního

pojištění. Bylo zavedeno, že pokud člověk překročí hranici pro zákonné zdravotní pojištění ve třech obdobích po sobě, tak poté teprve může změnit sektor. Dříve platilo překročení v jednom období. V posledních letech opět dochází se snížením podílu soukromých výdajů v důsledku nových reforem vice kapitola o reformách.

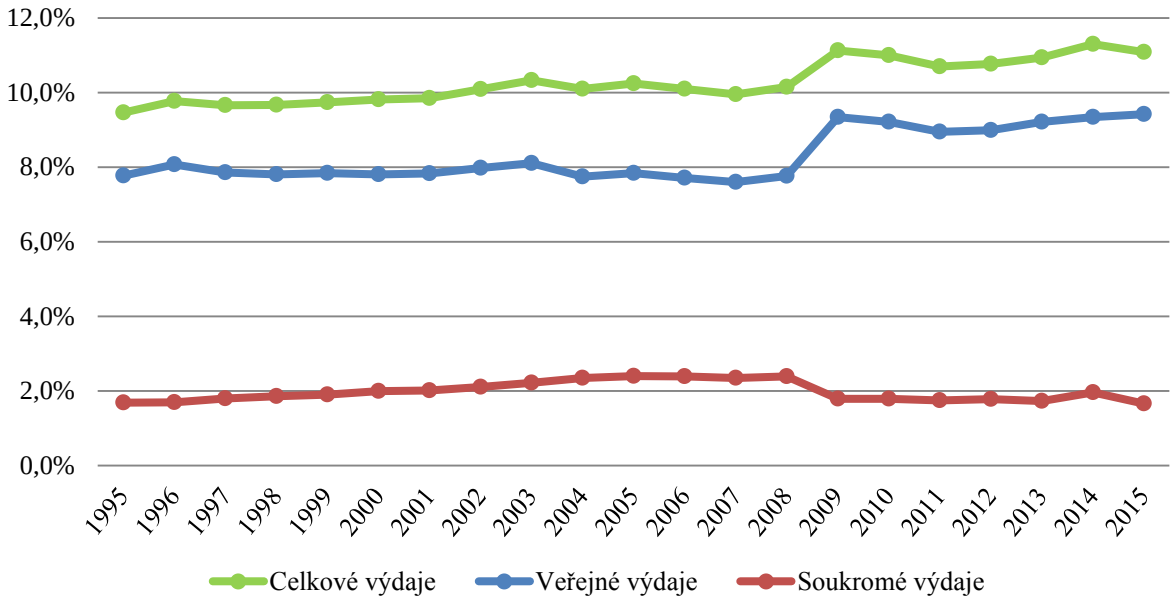
Graf č. 18: Podíl veřejných a soukromých výdajů v období 1995 - 2014



Zdroj: THE WORLD BANK: IBRN - IDA [online]. The World Bank Group, ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://www.worldbank.org/

V závislosti na zdroji financování výdajů ve zdravotnictví v mezinárodních srovnáních zaujímá Německo pozici ve středu nebo lehce pod polovinou. V souvislosti s celkovým hospodářstvím, tedy podílem na HDP, se největší nárůst veřejných výdajů na zdravotní péči vyskytl na počátku 90. let. Od roku 1995 jsou veřejné výdaje na zdravotnictví celkem stabilní a pohybují se v rozmezí 7,8 – 9,4 % HDP. Jedné z nejvyšších hodnot 8,7 % HDP bylo dosaženo v roce 2009, což souviselo s reformou soukromého zdravotního pojištění, kdy se do soukromého zdravotního sektoru mohli přesunout občané, kteří překročili maximální hranici pro zákonné zdravotní období ve třech obdobích za sebou. Velká část veřejných výdajů na zdravotní péči v Německu pochází ze systému zákonného zdravotního pojištění. Tato situace také vznikla poklesem HDP a souběžným navýšení výdajů na zdravotní systém.

Graf č. 19: Celkové, veřejné a soukromé výdaje jako podíl HDP v letech 1995 – 2015



Zdroj: *OECD: BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES* [online]. Organisation for Economic Co-operation and Development, ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://www.oecd.org/

Tabulka č. 3: Výdaje na zdravotnictví podle poskytovatele v miliónech eur

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Praktičtí lékaři	27 467	28 418	28 888	29 700	30 534	31 301	32 329	33 458	34 595	35 295
Zubaři	17 780	18 978	19 224	17 023	17 151	18 507	19 064	19 402	20 051	20 810
Lékárny	23 636	25 132	25 260	26 957	28 041	29 034	31 283	32 915	33 836	32 463
Domácí péče	4 559	5 244	5 417	5 730	6 290	6 590	6 931	7 312	7 527	7 596
Provozovatelé lůžkové péče	71 467	72 428	73 131	76 636	78 751	80 954	82 467	85 157	86 507	88 465
Provozovatelé preventivní péče	1 778	1 787	1 818	1 920	2 035	2 101	2 172	2 318	7 734	7 464
Administrativa	11 063	11 171	11 457	11 943	12 420	12 649	13 065	13 835	14 434	14 395
Ostatní poskytovatelé	31 741	34 607	33 479	33 858	34 697	35 270	36 617	38 115	39 179	36 960
Celkem	187 713	195 978	196 856	201 847	207 884	214 305	221 756	230 194	236 129	235 984

Zdroj: *DESTATIS: Statistisches Bundesamt* [online]. Statistisches Bundesamt (Destatis), ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://www.destatis.de/DE/Startseite.html (vlastní zpracování)

Tabulka č. 4: Výdaje na zdravotnictví podle poskytovatele v miliónech eur

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Praktičtí lékaři	35 849	37 267	39 469	41 494	43 637	44 657	45 457	46 114	47 482	49 332	51 575
Zubaři	19 290	19 712	20 213	21 065	21 585	22 363	22 971	23 575	24 374	24 967	25 755
Lékárny	35 864	35 607	37 656	38 954	40 523	41 179	39 934	40 494	41 794	44 556	46 291
Domácí péče	8 028	8 438	8 895	9 365	10 298	11 140	11 948	12 914	14 091	15 215	16 690
Provozovatelé lůžkové péče	90 758	93 475	95 341	98 563	104317	108 280	111 670	114 519	119 106	123 759	128 739
Provozovatelé preventivní péče	7 350	7 444	7 764	8 047	8 216	8 189	8 383	8 709	8 709	9 005	9 302
Administrativa	14 597	14 528	14 645	15 101	15 969	16 773	16 893	17 021	17 271	17 278	18 113
Ostatní poskytovatelé	38 023	39 046	40 281	42 232	45 056	46 723	47 744	49 593	51 866	43 072	45 673
Celkem	242 409	248 073	256 500	266 774	281385	291 115	296 617	304 230	315 984	329 198	344 153

Zdroj: *DESTATIS: Statistisches Bundesamt* [online]. Statistisches Bundesamt (Destatis), ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://www.destatis.de/DE/Startseite.html (vlastní zpracování)

Jednotlivé typy výdajů podle poskytovatele převážně rostou stejně jako celkové výdaje. V předchozí tabulce mají nejvíce rostoucí trend výdaje na provozovatele lůžkové péče, kde se výdaje za sledované období zvýšily na dvojnásobek. Případně i výdaje na praktické lékaře. Naopak lehké snížení výdajů oproti předcházejícímu roku nastalo u lékáren v roce 2006 a to zhruba o 1,5 miliardy EUR kvůli slevám na předpis. Dále k němu došlo i u zubařů a to v roce 2000 zhruba o 2 miliardy EUR a pak v roce 2007 zhruba o 1,5 miliardy eur. Dále se v Německu velké množství výdajů věnuje také na ambulantní péči. V mezinárodním srovnání jsou ale tyto výdaje poměrně nízké vzhledem k silnému oboru ambulantní péče, který nabízí všichni lékařští specialisté.

Závěr

Při své analýze jsem došla k závěru, že zdravotní systém Spolkové republiky Německo funguje podle Bismarckovského systému, který je kombinací tržního a Beveridgeovského systému zdravotnictví a který je zaměřen na zdravotní pojištění. V Německu je tedy povinná účast všech obyvatel na zdravotním pojištění, a to buď formou zákonného, nebo soukromého zdravotního pojištění. V soukromém sektoru je člověk pojištěn, pokud v rámci zákonného zdravotního pojištění překročí vyměřovací základ ve třech obdobích po sobě. Aktuálně je tento maximální vyměřovací základ stanoven na 4 800 EUR za měsíc.

Mezi povinné zákonné pojištění patří pět pilířů. Jednotlivé pilíře jsou definovány v sociálním zákoníku. Prvním z nich je pojištění důchodové, u kterého je pro rok 2017 stanovena sazba pojistného na 18,7 % a její úhrada se rovnoměrně dělí mezi zaměstnance a zaměstnavatele. V západních spolkových zemích je maximální vyměřovací částka ve výši 6 350 eur za měsíc a ve spolkových východních zemích 5 700 eur za měsíc. Dalším pilířem je zdravotní pojištění. Zde je sazba pojistného stanovena na 15,5 %, přičemž zaměstnanec se na částce podílí 8,2 %. Maximální vyměřovací základ byl stanoven na 4 800 eur za měsíc, jak bylo zmíněno v předchozím odstavci. Pro zdravotní pojištění existuje i redukovaná sazba ve výši 14,90 %, která je určena pro dobrovolné pojištěnce, studenty a stážisty. Zvláštním podmínkám podléhají osoby samostatně výdělečně činné, u kterých je aplikována také sazba 14,9 %. Za osoby vedené na úřadu práce odvádí pojistné příslušný úřad. Třetí pilíř tvoří úrazové pojištění, které souží k znovuobnovení pracovní schopnosti či k prevenci předcházení úrazů. Je z části financováno daněmi, ale především vybraným pojistným. Pojistné je v plné výši hrazeno zaměstnavatelem a odvíjí se od výše platu a od stupně nebezpečí úrazu při vykonávání dané profese. Čtvrtý pilíř tvoří pojištění pro případ odkázanosti na péči. Toto bylo zavedeno v roce 1995 jako reakce na stárnoucí populaci a potřebu asistence. Pojištěn je automaticky každý, kdo má zdravotní pojištění. Výše povinné sazby je stanovena na 2,55 % (pro bezdětné zaměstnance je tato sazba navýšena na 2,8 %. Úhrada je rovnoměrně dělena mezi zaměstnance a zaměstnavatele. Posledním pátým pilířem je pojištění pro případ nezaměstnanosti, které bylo zavedeno pro ochranu zaměstnance, aby jej nezastihla finanční nouze v případě ztráty zaměstnání. Mezi pojištěnce patří osoby vykonávající práci, mladí lidé se zdravotním postižením a učni. Povinná sazba je 3 % z příjmů a zaměstnanec i zaměstnavatel jsou rovnoměrně zatížení a maximální vyměřovací základ je pro západní

spolkové země na 6 300 EUR za měsíc a pro východní spolkové země ve výši 5 700 eur za měsíc.

Zdravotnictví je v Německu financováno jak z veřejných zdrojů, tak ze soukromých zdrojů. Zákonné zdravotní pojištění je největším zdrojem financování zdravotní péče. V roce 2015 bylo zákonným zdravotním pojištěním hrazeno 200 miliard eur, což je zhruba 60 % celkových výdajů na zdravotní systém Německa. Naopak nejnižší příjmy jsou z důchodového a úrazového zdravotního pojištění, zde se jedná zhruba o 1 – 2 % celkových výdajů na zdravotnictví. Celkové příjmy zdravotního systému se za zkoumané období 1995 až 2015 zvýšily zhruba na dvojnásobek a to ze 188 miliard na 344 miliard eur. Co se týká výdajů, tak jejich podíl tvoří 11,08 % HDP v roce 2015. Celkové zdravotní výdaje jako podíl HDP zaznamenaly mezi roky 2008 a 2009 nejvyšší nárůst z 10,15 % na 11,13 % HDP, což lze vysvětlit výrazným nárůstem výdajů na zdravotní péči a zároveň klesajícím HDP. Růst výdajů jako podíl HDP mezi zkoumanými lety 1995 a 2015 vzrost zhruba o 1,62 %. V tomto období se výdaje na zdravotní péči na obyvatele meziročně zvýšily o 4,61 % ročně, což je poměrně vysoký růst vzhledem k průměrnému meziročnímu růstu míry HDP. Výdaje na jednoho obyvatele mají neustále rostoucí trend, dokonce téměř lineární. V roce 2015 byly výdaje propočítané na jednu osobu v 5 267 dolarů.

Hlavním záměrem této práce je na základě zhodnocení zjištěných poznatků o německém zdravotním systému stanovit doporučení pro zlepšení českého zdravotního systému. Jedním z často zmiňovaných problémů České republiky jsou neustále rostoucí výdaje na státní pojištěnce, které jsou hrazené ze státního rozpočtu. V tomto ohledu by se Česká republika mohla přiučit od Německa, kde státní pojištěnci jsou pojištěni u pojišťovny, u které jsou pojištěni ostatní rodinní příslušníci. Pokud je občan soukromě připojištěn, automaticky získávají připojištění i jeho rodinní příslušníci, kteří mají nárok na hrazení zdravotní péče ve stejné výši jako pojištěnec. Při implementaci takového postupu v České republice by se ovšem náklady snížily na straně státního rozpočtu, ale zvýšilo by se zatížení fondu veřejného zdravotnictví.

V ČR neexistuje systém soukromého zdravotního připojištění, který by v případě částečně hrazené zdravotní péče následně náklady eliminoval a mohl je částečně rozpustit v nákladech soukromých pojišťoven. Soukromé zdravotní pojištění je využíváno jen velmi málo pro účely financování zdravotní péče, která není hrazena všeobecným zdravotním pojištěním. Význam

soukromého zdravotního pojištění spočívá převážně k ochraně ztráty příjmu v důsledku nemoci nebo úrazu, v cestovním pojištění a ve zdravotním pojištění u cizinců, kteří nemohou být pojištěni u VZP nebo zaměstnaneckých pojišťoven. V systému českého zdravotnictví má pouze doplňkový charakter a není povinné ze zákona. Z toho vyplývá, že zavedení soukromého zdravotního pojištění by mohlo být další možné zlepšení z německého systému. Větší zapojení soukromého sektoru do zdravotního sektoru se snaží využít i řada dalších zemí a to buď formou menších systémových změn či radikální reformou.

Další možnou inspirací může být konkurenční boj mezi jednotlivými pojišťovnami. V České republice je jen 9 pojišťoven, které zajišťují veřejné zdravotní pojištění. V Německu je těchto pojišťoven 120, což způsobuje právě větší dopad na konkurenční boj. Zdravotní pojišťovny více soutěží o přízeň pojištěnců kvalitou a cenou svých služeb. Z tohoto úhlu pohledu je konkurence mezi pojišťovnami prospěšná i pro pacienty, kteří si mohou vybírat mezi nabídkami podle své finanční a zdravotní situace. Konkurenční boj má pak pozitivní vliv na zvyšování kvality a efektivity poskytování zdravotních služeb.

Posledním možným doporučením z mého pohledu by mohlo být rozčlenění zákonné pojištění do 5 pilířů a zvýšení sazby na veřejné zdravotní pojištění a rozdělit ji podobně jako je tomu v Německu, tedy aby více platil zaměstnanec, a tím by si každý občan více vážil zdravotního systému a zároveň by byly vyšší příspěvky na zkvalitňování zdravotního systému. Vhodné by bylo zaměřit se i na vyplácení plateb za jednotlivé pojištěnce. V České republice se to posuzuje na základě celkového počtu pojištěnců a jejich nákladovosti podle věku a pohlaví a podle počtu nákladných pojištěnců. V Německu se to posuzuje na základě morbidity.

Při rozhodování o konkrétní podobě reformy by se České republika měla nejprve zaměřit na rizika a problémy, které by změnu provázely. Dále se měla dopředu zajistit politická shoda, která je základním předpokladem pro zavedení úspěšné reformy. Změna je dlouhodobým procesem a neměla by být ovlivňována střídáním politických stran. Osobně si také myslím, že zdravotní systém nemůže úspěšně fungovat izolovaně od ostatních segmentů národního hospodářství, proto by bylo nutné souběžně prověřit i možnou reformu dalších segmentů. Dále by měla být každá reforma pečlivě připravena na úrovni odborné i veřejné diskuze a prosazena na základě celospolečenského konsensu se zachováním základních cílů, jako je zabezpečit společenskou spravedlnost, zajistit ekonomickou efektivnost či zajistit co nejpříznivější dopad na ekonomiku a podnikatelské prostředí. Na závěr by bylo dobré

podotknout, že reforma zdravotního systému je proces, který ovlivní každého z nás, proto by měla být co nejkomplexnější a založená na důkladné analýze všech možností a jejich dopadech.

Seznam zdrojů

AOK Die Gesundheitkasse [online]. [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: https://www.aok.de/

Arbeitlosengeld II. *Bundesagentur für Arbeit* [online]. [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: https://www.arbeitsagentur.de/arbeitslos-arbeit-finden/so-beantragen-sie-arbeitslosengeld-2

Arbeitlosengeld. *Bundesagentur für Arbeit* [online]. [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: https://www.arbeitsagentur.de/content/1463059396617

Arbeitslos und Arbeit finden. *Bundesagentur für Arbeit* [online]. [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: https://www.arbeitsagentur.de/arbeitslos-und-arbeit-finden

ARROW, Kenneth J**.** *Uncertainity and the Welfare Economics of Medical Care*, in American Economic Rewiew 5/1963

Aufgaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* [online]. 1972 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.bmas.de/DE/Ministerium/Willkommen-im-BMAS/aufgaben-des-ministeriums.html

Aufgaben und Organisation. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation.html

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

BKK Dachverband [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bkk-dachverband.de/

BUSSE, Reinhard a Miriam BLÜMEL. *Germany Health system review* [online]. Vol. 16 No. 2 2014. 2014 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1

DESTATIS: Statistisches Bundesamt [online]. Statistisches Bundesamt (Destatis), ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://www.destatis.de/DE/Startseite.html (vlastní zpracování)

Die Gesetzliche/Soziale Pflegeversicherung. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/pflegeversicherung.html

Die Gesundheitsreform 2003 auf einen Blick. *Krankenkassen.de* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/gesundheitsreform/gesundheitsreform-regeln/gesundheitsreform/

DURDISOVÁ, Jaroslava a Jitka LANGHAMEROVÁ. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. V Praze: Vysoká škola ekonomická, Fakulta národohospodářská, 2001. ISBN 80-245-0217-8.

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

Einkommensanrechnung bei Hinterbliebenenrenten. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/rentenversicherung/leistungsrecht/517-einkommensanrechnung-bei-hinterbliebenenrenten.html

Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland von 1970 bis 2016. *Das Statistik-Portal* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/74834/umfrage/anzahl-gesetzliche-krankenkassen-seit-1970/

Familienversicherte. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/versicherte-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html

FIELD, Mark G. *Success and crisis in national health systems: a comparative approach*. New York: Routledge, 1989. ISBN 978-041-5012-898.

Finanzen: Nur Dumme arbeiten länger. *Frankfurter Allgemeine* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.faz.net/aktuell/finanzen/meine-finanzen/vorsorgen-fuer-das-alter/rentenreform-nur-dumme-arbeiten-bei-der-rente-mit-63-laenger-12956218.html

Finanzierung der GKV. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/finanzierung.html

FOLLAND, Sherman., Allen C. GOODMAN a Miron. STANO. *The economics of health and health care*. 2nd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1997. ISBN 0-13-565987-6.

Freie Arztwahl. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/freie-arztwahl.html

Freiwillig Versicherte. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/versicherte-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html

Gesetzliche Unfallversicherung. *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* [online]. [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: http://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/gesetzliche-unfallversicherung.html

Gesundheitsreform 2010: Mehrbelastung für Versicherte. *Krankenkassen.de* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/gesundheitsreform/gesundheitsreform2010/

Gesundheitsreform beschlossen. *Finanzen.net* [online]. 1972 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.finanzen.net/nachricht/private-finanzen/Reformstart-2015-Gesundheitsreform-beschlossen-3396025

Gesundheitsreformen. *Gesetzlichekrankenkassen.de* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: https://www.gesetzlichekrankenkassen.de/reformen/reformen.html

GROSSMAN, Michael. *On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*. Journal of Political Economy, in Vol 80., No. 2.

GRUBEL, Herbert. Whatś wrong with equalization: social insurance and moral hazard. Montreal, 2001

Grundprinzipien der GKV. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien.html

HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. 2009. Dostupné z: http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf

HOLMAN, Robert a kol. *Studie k reformám zdravotního a penzijního pojištení*, Oeconomia, 2005

Ihre Rechte und Pflichten. *Bundesagentur für Arbeit* [online]. [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: https://www.arbeitsagentur.de/arbeitslos-arbeit-finden/rechte-und-pflichten-arbeitslosengeld-arbeitslosengeld-ii

IKK [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://ikk.de/

Knappschaft-Bahn-See - ein Verbundsystem. *Knappschaft-Bahn-See* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: https://www.kbs.de/DE/00_ueber_uns/05_verbund/InhaltsNav.html;jsessionid=B09E57DAB3D5763E5053557C27EBCE2F

KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 3., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2005. ISBN 80-7357-050-5.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky; 3/1998.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Lékařská fakulta UK, 1998, ISBN 80-238-0937-7

KUVÍKOVÁ, Helena, Milan MURGAŠ a Juraj NEMEC. *Ekonómia zdravotníctva*. 1. vyd. Banska Bystrica: Phoenix, 1995. ISBN 80-900563-1-8.

Leistungrecht (GRV). *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/rentenversicherung/leistungsrecht.html

Leistungsrecht ab 2017 (GPV). *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/pflegeversicherung/leistungsrecht-ab-2017.html

MAAYTOVÁ, Alena. *Veřejné finance v odvětvích ekonomiky.* (přednáška) Praha: VŠE, 20. 3. 2013

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

Mutterschaftsgeld. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/krankenversicherung/leistungsrecht/578-mutterschaftsgeld.html

OECD.org: OECD Data. *OECD* [online]. ©2016 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm

OECD: BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES [online]. Organisation for Economic Co-operation and Development, ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://www.oecd.org/

Private Krankenversicherung. *Privat Krankenversicherung* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.private-krankenversicherung.de/

Private Rentenversicherung. *Privaterentenversicherung.com* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.privaterentenversicherung.com/

Private Unfallversicherung - Vergleich und Leistungen. *Versicherung-check.net* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.versicherung-check.net/private-unfallversicherung.html

Rentenreform 1992 - Rentenreformgesetz 1992 [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.rentenreform-alternative.de/rr1992.htm

Rentenreform 2004. *HSF Finanz* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.hsf-finanz.de/pdf/Rentenreform_2004.pdf

Rentenreform 2007. *HSF Finanz* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.hsf-finanz.de/pdf/Rentenreform_2007.pdf

Rentenreform beschlossen: Alles neu ab 1. Juli 2014. *Finanzen.de* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.finanzen.de/news/15371/rentenreform-vom-bundestag-beschlossen-alles-neu-ab-1-juli-2014

Rentenreform. *Informationsportal Soziale Altersvorsorge* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.rententips.de/rententips/lexikon/index.php?index=2824

Rentenreform: Gag der Gegenseite. *Der Spiegel* [online]. 1972 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-42920347.html

SCHMÄHL, Winfried. *Die Einführung der „dynamischen Rente" 1957. Gründe, Ziele und Maßnahmen* [online]. Bremen, 2007 [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.rentenreform-alternative.de/1957-dyn_rente_schmaehl2007.pdf

Soukromé zdravotní pojištění. In: *Peníze.cz* [online]. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: http://www.penize.cz/soukrome-

Sozialgesetzbuch [online]. [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. *Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau* [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: http://www.svlfg.de/

Sozialversicherung kompetent [online]. Sozialversicherung-kompetent.de, ©2008-2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/

Sozialversicherungswerte 2017. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/sozialversicherung/zahlen-werte/694-sozialversicherungswerte-2017.html

ŠLAIS, Karel. *Srovnání systémů zdravotního pojištění v České republice a vybraných zemích* [online]. Olomouc, 2010 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://theses.cz/id/w6vbxf/81041-412363415.pdf. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

Sterbegeld und Überführungskosten. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/unfallversicherung-leistungsrecht/498-sterbegeld-und-ueberfuehrungskosten.html

Studente. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/versicherte-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html

THE WORLD BANK: IBRN - IDA [online]. The World Bank Group, ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: http://www.worldbank.org/

Über uns. *Bundesagentur für Arbeit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://www.arbeitsagentur.de/ueber-uns

Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/pflegeversicherung/leistungsrecht-ab-2017/672-ueberleitung-von-pflegestufen-in-pflegegrade.html

VANČUROVÁ, Alena a Stanislav KLAZAR. Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: ASPI, 2008. Vzdělávání a certifikace účetních. ISBN 978-807-3573-812

Vdek: Die Ersatzkassen [online]. [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://www.vdek.com/

Verband der Ersatzkassen [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://www.vdek.com/

Verletztengeld. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/unfallversicherung-leistungsrecht/506-verletztengeld.html

Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/krankenversicherung/versicherte-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html

VEŘEJNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *Za koho platí pojistné stát* [online]. In: . [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/platci/informace/stat

Zahlen & Werte (GKV). *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/krankenversicherung/zahlen-werte.html

Zahlen und Fakten. *Bundesministerium für Gesundheit* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/krankenversicherung-zahlen-und-fakten.html#c3218

Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung [online]. Verband der Privaten Krankenversicherung, 2013 [cit. 2017-05-16]. Dostupné z: https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2013.pdb.pdf
zdravotni-pojisteni

Zuschlag bei Witwen- und Witwerrenten. *Sozialversicherung kompetent* [online]. [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: https://sozialversicherung-kompetent.de/rentenversicherung/leistungsrecht/336-zuschlag-bei-witwen-und-witwerrenten.html

Seznam grafů

Graf č. 1: Faktory ovlivňující zdravotní stav obyvatel 11
Graf č. 2: Cenová elasticita poptávky po zdravotních službách 22
Graf č. 3: Grossmannův model 24
Graf č. 4: Poptávka tažená nabídkou 26
Graf č. 5: Vztah mezi kvalitou a kvantitou zdravotnických služeb 27
Graf č. 6: Celková roční míra růstu HDP za rok 1995 – 2016 (v %) 30
Graf č. 7: Míra nezaměstnanosti od roku 1995 do roku 2016 (v %) 30
Graf č. 8: Střední délka života v Německu od 1995 do 2014 (roky) 31
Graf č. 9: Přehled vývoje sazeb důchodového pojištění (v %) 43
Graf č. 10: Přehled vývoje sazeb zdravotního pojištění (v %) 46
Graf č. 11: Přehled vývoje sazeb pojistného pro případ odkázanosti na péči (v %) 49
Graf č. 12: Přehled vývoje sazeb pojistného pro případ nezaměstnanosti (v %) 50
Graf č. 13: Počty pojištěnců u jednotlivých skupin pojišťoven 2016 (v mil.) 57
Graf č. 14: Procentuální zastoupení jednotlivých zdrojů příjmů 1995 – 2015 60
Graf č. 15: Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví a růst HDP v letech 1995 – 2015 (v %) 62
Graf č. 16: Celkové výdaje na zdravotnictví na obyvatele v letech 1995 – 2015 (v dolarech) 63
Graf č. 17: Roční míra růstu výdajů na obyvatele a roční růst HDP v letech 1995 - 2015 (v %) 64
Graf č. 18: Podíl veřejných a soukromých výdajů v období 1995 - 2014 65
Graf č. 19: Celkové, veřejné a soukromé výdaje jako podíl HDP v letech 1995 – 2015 66

Seznam schémat

Schéma č. 1: Základní modely zdravotních systémů 15
Schéma č. 2: Přímé a nepřímé financování 17
Schéma č. 3: Zdravotní systém Německa 34

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Změna zdrojů ve zdravotním systému k roku 1995 60
Tabulka č. 2: Změna zdrojů ve zdravotním systému k roku 1995 61
Tabulka č. 3: Výdaje na zdravotnictví podle poskytovatele v miliónech eur 66
Tabulka č. 4: Výdaje na zdravotnictví podle poskytovatele v miliónech eur 67
Tabulka č. 5: Zdroje příjmů zdravotního systému 1995 – 2004 v miliónech eur 80
Tabulka č. 6: Zdroje příjmů zdravotního systému 2005 – 2015 v miliónech eur 80

Příloha

Tabulka č. 5: Zdroje příjmů zdravotního systému 1995 – 2004 v miliónech eur

Rok	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Veřejný rozpočet	19920	18217	14098	13420	13406	13614	14194	14332	14429	14048
Zákonné zdravotní pojištění	112474	116143	115178	117734	121166	123914	128399	132935	135583	131570
Zákonné pojištění pro případ odkázanosti na péči	5295	10930	15125	15813	16349	16706	16875	17319	17452	17600
Zákonné důchodové pojištění	4405	4431	3118	3092	3213	3528	3645	3729	3735	3641
Zákonné úrazové pojištění	3408	3426	3526	3554	3652	3687	3703	3852	3947	3944
Soukromé zdravotní pojištění	14148	14546	15563	16054	16795	17487	18248	19239	20266	20980
Zaměstnavatelé	7806	8089	8342	8511	8537	8692	9174	9460	9756	9900
Domácnosti / soukromé neziskové instituce	20257	20196	21905	23668	24767	26677	27519	29329	30962	34300
Celkem	187713	195978	196856	201847	207884	214305	221756	230194	236129	235984

Zdroj: *DESTATIS: Statistisches Bundesamt* [online]. Statistisches Bundesamt (Destatis), ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://www.destatis.de/DE/Startseite.html (vlastní zpracování)

Tabulka č. 6: Zdroje příjmů zdravotního systému 2005 – 2015 v miliónech eur

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Veřejný rozpočet	13583	13063	13028	13383	14323	14224	13958	14356	14268	14812	15230
Zákonné zdravotní pojištění	135877	139755	145361	151465	160562	165835	168483	172468	181664	191767	200032
Zákonné pojištění pro případ odkázanosti na péči	17888	18060	18382	19161	20312	21535	21960	22985	24398	25452	27995
Zákonné důchodové pojištění	3598	3572	3677	3862	4013	4054	4122	4264	4268	4363	4439
Zákonné úrazové pojištění	3998	4064	4056	4274	4459	4613	4761	4899	5005	5213	5366
Soukromé zdravotní pojištění	21790	22395	23401	24718	25827	26623	27612	27886	28900	29084	30536
Zaměstnavatelé	10185	10503	10827	11326	11701	12130	12477	12683	13330	13818	14464
Domácnosti / soukromé neziskové instituce	35491	36661	37770	38585	40187	42100	43244	44688	44151	44688	46091
Celkem	242409	248073	256500	266774	281385	291115	296617	304230	315984	329198	344153

Zdroj: *DESTATIS: Statistisches Bundesamt* [online]. Statistisches Bundesamt (Destatis), ©2017 [cit. 2017-05-25]. Dostupné z: https://www.destatis.de/DE/Startseite.html (vlastní zpracování)