

**Vysoká škola ekonomická v Praze**

Fakulta informatiky a statistiky

Studijní obor: Sociálně ekonomická demografie



**Důsledky stárnutí obyvatelstva v oblasti financování  
zdravotní péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor bakalářské práce: Anna Bernardová

Vedoucí bakalářské práce: RNDr. Tomáš Fiala, CSc.

**Praha, prosinec 2018**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Důsledky stárnutí obyvatelstva v oblasti financování zdravotní péče vypracovala samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury.

V Praze dne 10. 12. 2018

---

Anna Bernardová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala RNDr. Tomáši Fialovi, CSc. za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích a vypracování bakalářské práce.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá současným demografickým problémem, stárnutím obyvatelstva, a jeho dopadem na zdravotní systém v České republice a jeho financování. Práce popisuje současný zdravotní systém v České republice a dalších vybraných zemích. V práci jsou rozebrány možnosti financování zdravotních systémů. Dále je v práci popsán historický vývoj českého zdravotní systému současně s charakteristikou základních demografických trendů. Na základě projekce obyvatelstva ČR z roku 2013 je modelován vývoj příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven a vývoj výdajů za tzv. státní pojištěnce. Na tomto základě jsou kvantifikovány důsledky stárnutí populace na financování zdravotního systému v ČR a jsou navržena některá opatření pro zajištění udržitelnosti kvalitní a dostupné zdravotní péče.

Klíčová slova: financování zdravotního systému, projekce demografického vývoje, stárnutí obyvatelstva, zdravotní pojištění, zdravotní systém.

## **Abstract**

The bachelor's thesis focuses on the current demographic problem, population aging and its impact on the healthcare system in the Czech Republic and its financing. The thesis describes current healthcare system in the Czech Republic and other selected countries. The thesis analyzes the possibilities of financing healthcare systems. Further, the thesis describes the historical development of the healthcare system and characteristics of the basic demographic trends. Based on the demographic projection of the population of the Czech Republic in 2013, the development of the healthcare system is modeled, especially the income and expenditure of health insurance companies and the development of expenditures on so-called state insured persons. The result is to find out the implications of population aging for financing the healthcare system and to suggest some measures for the sustainability of good quality and affordable care.

Key words: healthcare systems financing, population aging, population projection, health insurance, healthcare systems.

## Obsah

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| Úvod .....                                                                  | 7  |
| 1 Zdravotní systémy .....                                                   | 9  |
| 1.1 Subjekty zdravotních systémů .....                                      | 9  |
| 1.1.1. Pacient .....                                                        | 10 |
| 1.1.2 Poskytovatelé zdravotní péče .....                                    | 11 |
| 1.1.3 Financující instituce .....                                           | 11 |
| 1.2 Financování zdravotní péče .....                                        | 12 |
| 1.2.1 Komerční (soukromé) zdravotní pojištění .....                         | 14 |
| 1.2.2 Veřejné (solidární) zdravotní pojištění .....                         | 14 |
| 1.3 Zdravotní systémy v jiných zemích .....                                 | 15 |
| 1.3.1 Systém financování zdravotní péče v Nizozemsku .....                  | 17 |
| 1.3.2 Systém financování zdravotní péče ve Švýcarsku .....                  | 17 |
| 1.3.3 Systém financování zdravotní péče v Irsku .....                       | 18 |
| 2 Vývoj zdravotního systému v České republice .....                         | 20 |
| 2.1 Zdravotní systém v České republice před rokem 1989 .....                | 20 |
| 2.1.1 Období První republiky .....                                          | 21 |
| 2.1.2 Období po druhé světové válce .....                                   | 22 |
| 2.1.3 Období po roce 1989 .....                                             | 25 |
| 2.2 Zdravotní systém v České republice v současné době .....                | 26 |
| 2.2.1 Reformy zdravotnictví od roku 2000 .....                              | 28 |
| 3 Demografický vývoj v České republice .....                                | 34 |
| 3.1 Historický vývoj vybraných demografických ukazatelů po současnost ..... | 34 |
| 3.1.1 Úhrnná plodnost .....                                                 | 34 |
| 3.1.2 Střední délka života při narození .....                               | 38 |
| 3.2 Výdaje na zdravotní péči podle věku .....                               | 39 |
| 3.3 Projekce budoucího vývoje do roku 2100 .....                            | 43 |
| 3.4 Vliv stárnutí obyvatelstva na výši zdravotních výdajů .....             | 44 |
| 4 Návrhy řešení .....                                                       | 50 |
| Závěr .....                                                                 | 53 |
| Seznam použité literatury .....                                             | 56 |

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| Seznam odborné literatury .....    | 57 |
| Seznam elektronických zdrojů ..... | 58 |

## Úvod

Problematika stárnutí obyvatelstva a jeho důsledky v oblasti financování zdravotní péče jsou v současné době velmi aktuálním tématem. Díky zvyšující se naději dožití a nízké plodnosti nabývá téma na stále větším významu, přičemž se tímto tématem zabývá většina vyspělých zemí. Téma je důležité především z ekonomického hlediska, ale i z hlediska politického a sociálního. Státy se musí zabývat současným nastavením systému, ale především budoucím. Mnoho států provedlo reformy svých zdravotních systémů, které se většinou snaží zvýšit odpovědnost pacientů a samozřejmě také zlepšit financování svých zdravotních systémů.

V některých zemích, včetně České republiky, je využíváno financování prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. To spočívá v odvodu pojistného do fondu zdravotních pojišťoven. Pojistné, až na výjimky, platí zaměstnaní lidé, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů. Za děti, důchodce, nezaměstnané v evidenci úřadu práce a další, kteří splňují podmínky státních pojištěnců, platí pojistné stát formou jednotných plateb. Pojistné ve fondu zdravotních pojišťoven je následně rozděleno mezi všechny zdravotní pojišťovny podle počtu pojištěnců, jejich věku a pohlaví. Prostředky pojišťovny využívají na úhradu konkrétních výdajů za své pojištěnce.

Lidí, kteří přispívají do fondu ubývá, a naopak přibývá státních pojištěnců. Právě kvůli stárnutí populace je udržitelnost financování zdravotního systému tak aktuálním tématem. Dalším problémem je, že s přibývajícím věkem osob rostou náklady na zdravotní péči, což znamená, že za starší osoby platí zdravotní pojišťovny vyšší náklady. V současné době je sice rozpočet zdravotních pojišťoven v přebytku, ale do budoucna by tomu tak být nemělo, pokud samozřejmě nebudou zavedena účinná opatření a změny v systému. Stárnutí obyvatelstva má vliv i na další oblasti, například na důchodový systém, bytovou politiku aj.

Téma jsem si vybrala především pro jeho důležitost a aktuálnost. Dále také proto, že se velmi dotýká běžného života. K lékaři občas chodí každý z nás a mnoho z nás si nejspíše ani neuvědomuje, o jak velké částky by se jednalo, pokud bychom nebyli pojištěni nebo si museli platit soukromé zdravotní pojištění. Myslím, že je třeba v občanech probudit větší odpovědnost za své zdraví, aby si uvědomili, že zdravotní péče garantována státem je velký luxus a zdaleka není ve všech zemích světa samozřejmostí.

Práce má za cíl představit blíže problematiku zdravotních systémů, zanalyzovat demografický vývoj České republiky a na jeho základě zhodnotit dopady na financování zdravotního systému v ČR. Cílem práce je posoudit udržitelnost českého zdravotního systému vzhledem k budoucímu demografickému vývoji, tedy stárnutí populace, nízké plodnosti a vysoké naději dožití. Dále by mě zajímalo, jak se bude vyvíjet počet státních pojištěnců. Pro analýzu byla použita data z Českého statistického úřadu, pro která bylo použito vlastní zpracování formou tabulek a grafů.

Práce je rozdělena do tří částí v rámci čtyř kapitol. První kapitola popisuje zdravotní systémy teoreticky. Soustřeďuje se podrobně na jejich subjekty – pacienta, poskytovatele zdravotní péče a financující instituce. Dále jsou zde popisovány možné způsoby financování zdravotní péče a také zdravotní systémy v jiných zemích. Pro tuto práci bylo vybráno Nizozemsko, Švýcarsko a Irsko. Každá z těchto zemí se vyznačuje jiným způsobem financování. Druhá kapitola se podrobně zaměřuje na zdravotní systém v České republice, jeho historii a současné fungování a nastavení. Tato kapitola je rámcově rozdělena na dvě části. Přičemž první část pojednává o historii českého zdravotního systému do roku 1989 a druhá část o vývoji po roce 1989, včetně novodobých reforem.

Třetí kapitola se zaměřuje na historický, současný a budoucí demografický vývoj v České republice. Tento vývoj je charakterizován pomocí základních demografických ukazatelů – úhrnné plodnosti a naděje dožití. Dále jsou v této kapitole analyzovány výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle věku. Následně jsou údaje o demografickém vývoji a výdajích zdravotních pojišťoven použity pro projekci přibližného budoucího vývoje nákladů zdravotních pojišťoven a jejich souvislosti se stárnutím populace. Čtvrtá kapitola využívá dostupných odborných prací o této problematice, shrnuje poznatky z předchozích kapitol a pomocí nich vytváří návrhy různých řešení pro lepší budoucí fungování českého zdravotního systému.

V práci bylo použito množství literárních zdrojů, odborné zdroje v podobě zákonů a množství důvěryhodných internetových zdrojů. Dále byla použita data z veřejné databáze OECD, Českého statistického úřadu a pro projekci také z Informačního systému o průměrném výdělku. Pro dosažení stanoveného cíle práce byly provedeny výpočty s použitím matematických a statistických metod.

# 1 Zdravotní systémy

Zdravotní péče je velmi diskutované téma, protože se týká všech bez ohledu na věk, pohlaví či další charakteristiky. Kvalitní péče dostupná všem bez rozdílu je asi spíše ideál, k němuž se zdravotní systém snaží přiblížit. Samozřejmě by neměly být rozdíly mezi reálnou a ideální dostupnou péčí, nicméně existují, přičemž záleží na tradici každé země, jak velké tyto rozdíly jsou. Mezi tři základní subjekty zdravotních systémů patří: pacienti, poskytovatelé péče a financující instituce. Pacienti představují konzumenty péče. Poskytovateli jsou myšlena zdravotní zařízení. Financující instituce představuje stát, fondy (pojišťovny), zaměstnavatel, či sám občan, pokud je léčba hrazena pacientem<sup>1</sup>. Každá země má svůj zdravotní systém, který se může skládat z jiných subjektů, anebo mezi nimi mohou být jiné vztahy. Tyto vztahy by měly být v rovnováze, ale systém, který by fungoval ideálně, neexistuje.

Přestože jeho úroveň není jediným faktorem ovlivňujícím lidské zdraví, může značně ovlivnit délku i kvalitu lidského života. Vlády všech zemí světa řeší problém rychle rostoucích výdajů na zdravotní péči, díky rozvoji nových technologií. Mnoho zemí řeší situaci reformou. Reforma by měla vycházet z konkrétní situace dané země, ale na poli světového zdravotnictví jsou patrné některé shodné tendence, čemuž se věnují mezinárodní organizace<sup>2</sup>.

## 1.1 Subjekty zdravotních systémů

Pro definování zdravotních systémů je třeba nejprve specifikovat jeho subjekty a procesy, které na poli zdravotní péče probíhají. Co se týče České republiky, jsou pojmy vymezovány zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). V § 2 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb. je vymezeno, co se rozumí zdravotní péčí:

*„(4) Zdravotní péčí se rozumí*

---

<sup>1</sup> MZ ČR, *Veřejné zdravotní pojištění* [online]. 2014 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/verejne-zdravotni-pojisteni\\_2617\\_22.html](http://www.mzcr.cz/obsah/verejne-zdravotni-pojisteni_2617_22.html)

<sup>2</sup> WHO, *EUROPEAN HEALTH CARE REFORMS: ANALYSIS OF CURRENT STRATEGIES* [online]. 1996 [cit. 2018-09-27]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/111011/sumhecareform.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/111011/sumhecareform.pdf), S.4–7

*a) soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem*

*1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu (dále jen „nemoc“),*

*2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,*

*3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,*

*4. pomoci při reprodukci a porodu,*

*5. posuzování zdravotního stavu,*

*b) preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky (dále jen „zdravotní výkon“) za účelem podle písmene a).“<sup>3</sup>*

Přestože tato definice pochází ze zákona platného pro Českou republiku, lze ji zobecnit na další státy, které jsou členy Evropské unie, protože zákon č. 372/2011 Sb. zapracovává předpisy Evropské unie.<sup>4</sup> I pro následující definice vycházející ze zákona č. 372/2011 Sb. bude platit, že jsou aplikovatelné i pro další státy EU.

### **1.1.1. Pacient**

Pacienta lze označit za hlavního aktéra v procesu zdravotní péče, protože pouze díky němu tento proces existuje. Pacientovi poskytuje zdravotní péči poskytovatel zdravotních služeb a financují ji financující instituce. Celý proces zdravotní péče je na pacienta zaměřen a jeho požadovaným výsledkem je zlepšení zdravotního stavu pacienta. Proces ovlivňuje pacient svým chováním, například při nedodržování doporučení lékaře či zanedbávání preventivní péče, může být následná léčba obtížnější a nákladnější. Každá osoba, která je pojištěncem, se zároveň stává pacientem. Zákon č. 372/2011 Sb. v § 3 odst. 1 definuje pacienta takto:

*„Pacientem se rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby.“<sup>5</sup>*

---

<sup>3</sup> MZ ČR, 2018

<sup>4</sup> MPSV, Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [online]. 2018 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_372\\_2011#f4438529](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011#f4438529)

<sup>5</sup> MZ ČR, 2018

### 1.1.2 Poskytovatelé zdravotní péče

Dalším důležitým aktérem ve zdravotním systému je poskytovatel zdravotní péče, který péči nejen vytváří, ale je také zodpovědný za její kvalitu a provedení. Poskytovatel by měl splňovat některá kritéria, jako je například dostupnost péče, ať už geografická nebo finanční, poskytování péče komukoli bez rozdílu a náležitá odbornost. Důležitá je také výkonnost zdravotního systému. Všichni lékaři v České republice jsou ze zákona povinni být členy lékařské komory, což platí například i v Německu a Rakousku<sup>6</sup>. V roce 2016 bylo v České republice 41 600 lékařů (bez stomatologů)<sup>7</sup> na 10 578 820 obyvatel<sup>8</sup>, z čehož vyplývá, že na jednoho lékaře připadá 254,3 obyvatele. Zákon 372/2011 Sb. v § 2 odst. 1 definuje poskytovatele zdravotních služeb takto:

*„Poskytovatelem zdravotních služeb se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona.“<sup>9</sup>*

### 1.1.3 Financující instituce

Financující instituce vstupují do vztahu mezi lékaři a pacienty. Díky nim je možná centralizace zdrojů a solidarita. Podoba zdravotní péče v konkrétní zemi udává, jak velkou roli zde hraje stát. V evropských zemích je zdraví chápáno jako veřejné bohatství, proto je právo na něj a odpovídající zdravotní péči zaručeno státem. Zajištění všeobecně dostupné zdravotní péče je povinností státu vůči občanům. Podle Deklarace Světové zdravotnické organizace je vláda odpovědná za zdraví populace<sup>10</sup>. Tato odpovědnost vyžaduje přesné vymezení finančních zdrojů, zdravotnických cílů a vytvoření institucí pro jejich správu.

---

<sup>6</sup> ČLK Brno, *LÉKAŘSKÉ KOMORY V NĚMECKU A RAKOUSKU* [online]. 2000 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: <http://www.clkbrno.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=124>

<sup>7</sup> ÚZIS, *Zdravotnictví ČR: Personální kapacity 2016* [online]. 2017 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-personalni-kapacity-2016>

<sup>8</sup> ČSÚ, *Vývoj obyvatelstva České republiky – 2016* [online]. 2017 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-obyvatelstva-ceske-republiky-2016>

<sup>9</sup> MZ ČR, 2018

<sup>10</sup> KREBS, Vojtěch, et al. *Sociální politika*. 6. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2015. ISBN 978-80-7478-921-2, S. 344

Důležité je také vybudování mechanismu realizace zdravotnictví a jeho politiky. Kvůli problémům, se kterými se moderní zdravotnictví potýká, je nutný přímý přístup vlády do zdravotnictví, přičemž je třeba vymezit prostor, ve kterém vláda může operovat. V zemích, kde stát zajišťuje bezplatnou zdravotní péči a určuje zdroje jejího financování, například zákonným pojištěním nebo platbami pomocí daní, je důležité zabezpečit efektivní hospodaření s těmito zdroji. Obecně existují tři modely poskytování zdravotní péče: netržní formou, netržní formou na základě pluralitních zdrojů a tržní formou.

U poskytování zdravotní péče netržní formou je zdrojem financování státní rozpočet, který shromažďuje platby vybrané na daních. Péče poskytována netržní formou na základě pluralitních zdrojů využívá kombinace několika způsobů financování. Prvním je využití veřejných zdrojů a veřejného zdravotního pojištění. Dalším je financování pomocí soukromých zdrojů s využitím spoluúčasti pacienta nebo například komerčního připojištění. Posledním typem je poskytování péče tržní formou, kde se využívá komerční zdravotní pojištění nebo přímé platby mezi pacientem a zařízením. Pro tento typ je typické, že veřejné zdroje jsou zcela vyloučeny ze systému<sup>11</sup>.

V České republice zákon č. 48/1997 Sb. v § 3 odst. 1 definuje vznik zdravotního pojištění takto:

*„Zdravotní pojištění vzniká dnem:*

- a) narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,*
- b) kdy se osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem [§ 5 písm. a)],*
- c) získání trvalého pobytu na území České republiky.<sup>12</sup>“*

## **1.2 Financování zdravotní péče**

Financování zdravotní péče je možné ze dvou zdrojů. Prvním z nich je formou daní, které platí obyvatelé státu v rámci daňového systému. Druhý zdroj financování je zákonné zdravotní pojištění, kde osoby platí pojistné, které je ukládáno do fondu financování zdravotní péče. Ten je zcela oddělen od státního rozpočtu. Financování pomocí zdravotního pojištění musí mít nastaveno

---

<sup>11</sup> KREBS, Vojtěch, et al. Sociální politika. 6. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2015. ISBN 978-80-7478-921-2, S. 347

<sup>12</sup> MZ ČR, 2018

určitý systém úhrad za výkony, proto existují různé způsoby financování. Prvním způsobem je výkonový model, který je založený na bodovém hodnocení a platbě za provedený výkon. Na základě příjmů pojistného fondu, objemu a výdajů na vykázané výkony za dané období, se zpětně určí hodnota bodu. Platba se poté provádí přímo mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou bez účasti pacienta, nebo pouze s jeho finanční účastí.

Druhým způsobem financování je kapitační platba, což je jednotná platba například za diagnózu nebo za registrovaného pacienta. Tato platba se obvykle vyplácí fixně na hlavu za pacienta jednou za kalendářní měsíc. Posledním způsobem financování je model založený na individuálním účtu, přičemž pacienti na něj spoří sami. Část pojistného je ukládána na osobní účet a druhá část do solidárního pojištění. V praxi jsou používány různé kombinace a modifikace výše uvedených modelů, které mají své ekonomické a sociální výhody i nevýhody a jsou účinné pouze tehdy, jsou-li kompatibilní s politikou dané země. Pokud tato podmínka není splněna, systém nemusí být efektivní a funkční. Ve vyspělých zemích se hledá optimální úroveň úlohy státu a jeho zásahů do zdravotní politiky<sup>13</sup>.

Ve většině zemí se přistupuje k financování pomocí zdravotního pojištění. Ovšem v některých zemích zdravotní pojišťovny zcela chybí a musí jejich úlohu přebírat stát. Jedná se tedy o financování zdravotní péče pomocí státního rozpočtu, kde jsou hlavním zdrojem financí především daně<sup>14</sup>. V zásadě existují dva druhy zdravotního pojištění – komerční (soukromé) a veřejné (solidární)<sup>15</sup>. Tyto dvě varianty jsou zcela odlišné a mají také své výhody a nevýhody. Samotný pacient má v systému velmi slabou pozici a jen málo ovlivní objem prostředků, které má k dispozici. Proto do systému vstupuje třetí subjekt, zdravotní pojišťovna, která také stanovuje cenu péče.

Toto téma je v současné době velmi diskutované napříč všemi vyspělými zeměmi světa. Každá země hledá takovou optimální míru vztahu mezi trhem a státem, která by nejlépe odpovídala její situaci.

---

<sup>13</sup> KREBS, Vojtěch, et al. Sociální politika. 6. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2015. ISBN 978-80-7478-921-2, S. 349

<sup>14</sup> dtto, S. 355

<sup>15</sup> dtto, S. 350

### 1.2.1 Komerční (soukromé) zdravotní pojištění

Pro soukromé zdravotní pojištění platí, že účast na něm je dobrovolná a zdravotní prostředky jsou v soukromém vlastnictví. Stát nemá prakticky žádný vliv, nekontroluje ceny ani dostupnost zdravotní péče. Výše pojistného je pro každého účastníka systému jiná, odvíjí se od jeho zdravotního stavu. Tím pádem ve společnosti vzniká skupina lidí, tzv. nepojistitelní<sup>16</sup>. Do této skupiny spadají například dlouhodobě nemocní, lidé v pokročilém věku apod. U této skupiny obyvatel by byla částka pojistného tak vysoká, že by si ji téměř nikdo nemohl dovolit, obzvlášť, když například z důvodu nemoci nemůže občan pracovat. V tomto typu pojištění je velký problém s osobami důchodového věku, protože výše pojistného s věkem stoupá a lidé si poté pojištění nemohou dovolit a spadají do skupiny nepojistitelných.

Obecně platí, že nejvíce peněz platí nejohroženější skupiny. Pro nízkopříjmové skupiny je pojištění relativně drahé, a naopak pro vysokopříjmové relativně levné. Další problémovou skupinou jsou adolescenti, kteří se mohou cítit zdraví, a tak nepovažují za důležité si pojištění platit. Dalším problémem je, že lidé se mohou pojistit pouze na některé události nebo jsou využívány tzv. spoluplatby<sup>17</sup>, kdy si část léčby hradí sám pacient. Za určitou výhodu komerčních zdravotních systémů je považováno, že mohou lépe financovat svůj rozvoj a nové technologie. Tento model pojištění je aplikován například v USA nebo v některých jihoamerických státech<sup>18</sup>.

### 1.2.2 Veřejné (solidární) zdravotní pojištění

Protipólem soukromého je veřejné zdravotního pojištění. Není tu obsažen princip dobrovolnosti, pojištění je povinné pro všechny obyvatele s trvalým pobytem v zemi. Zdravotní systém je regulovaný státem, který také určuje sazby pojistného, které jsou pro všechny účastníky systému stejné nebo jsou vypočítávány jako procentní sazba z příjmu zaměstnance. Za určitou skupinu obyvatel, nazývanou státní pojištěnci, platí pojistné stát. Do této skupiny patří: např.

---

<sup>16</sup> KREBS, Vojtěch, et al. Sociální politika. 6. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2015. ISBN 978-80-7478-921-2, S. 353

<sup>17</sup> dtto, S. 352

<sup>18</sup> ISAGS, *Health Systems in South America: Challenges to the universality, integrality and equity* [online]. 2012 [cit. 2018-10-02]. Dostupné z: [http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/livro\\_sistema\\_saude\\_2012\\_eng-2.pdf](http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/livro_sistema_saude_2012_eng-2.pdf), S. 22

nezaopatřené děti, poživatelé důchodu z důchodového pojištění, příjemci rodičovského příspěvku, uchazeči o zaměstnání, kteří jsou v evidenci úřadu práce, ženy na mateřské nebo osoby na rodičovské dovolené aj.<sup>19</sup>. Platby se shromažďují do fondu všeobecného zdravotního pojištění, z něhož jsou poté kryta rizika. Stát spravuje také všechna veřejná zdravotnická zařízení.

Každý občan má nárok na odpovídající zdravotní péči, vazba mezi zdravotním stavem a výší pojistného neexistuje. Oproti soukromému zdravotnímu pojištění v tomto systému funguje princip solidarity, společnost je tedy odpovědná za své členy a všichni sdílí vzájemné riziko. Důležitým faktem také je, že výše pojistného, pokud je stanovena jako určité procento z příjmu, závisí na národohospodářském cyklu, zejména na výši platů a mezd. Tento systém je uplatňován ve většině zemí OECD<sup>20</sup>.

Z výši uvedeného je patrné, že komerční a veřejné zdravotní pojištění je zcela odlišné. Zatímco komerční zdravotní pojišťovna shromažďuje selektivně prostředky získané na základě smluvního vztahu od svých klientů, veřejná zdravotní pojišťovna alokuje prostředky získané na základě zákona od občanů. Aktuálním problémem je působení soukromých zdravotních pojišťoven na poli veřejného zdravotnictví, kdy jde o zachování solidárního způsobu financování zdravotnictví. Ve světě jsou často také aplikovány polotržní systémy. Například ve Velké Británii nebo Švédsku je zavedený systém, kdy existuje klasické veřejné zdravotní pojištění s doplňkem komerčního připojištění či pojištění pro převážně vysokopříjmové skupiny obyvatel. Opačným příkladem je Medicaid v USA, kdy klasický systém soukromého zdravotního pojištění doplňuje regulace pojistného trhu pro nepojistitelné či obtížně pojistitelné občany<sup>21</sup>.

### 1.3 Zdravotní systémy v jiných zemích

Jak již bylo zmíněno, každá země má jiný zdravotní systém a volí různé kombinace dvou výše uvedených typů zdravotního pojištění. Graf 1 zobrazuje výdaje na zdravotnictví ve vybraných

---

<sup>19</sup> VZP, *Za koho platí pojistné stát* [online]. 2018 [cit. 2018-11-19]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/stat/za-koho-plati-pojistne-stat>

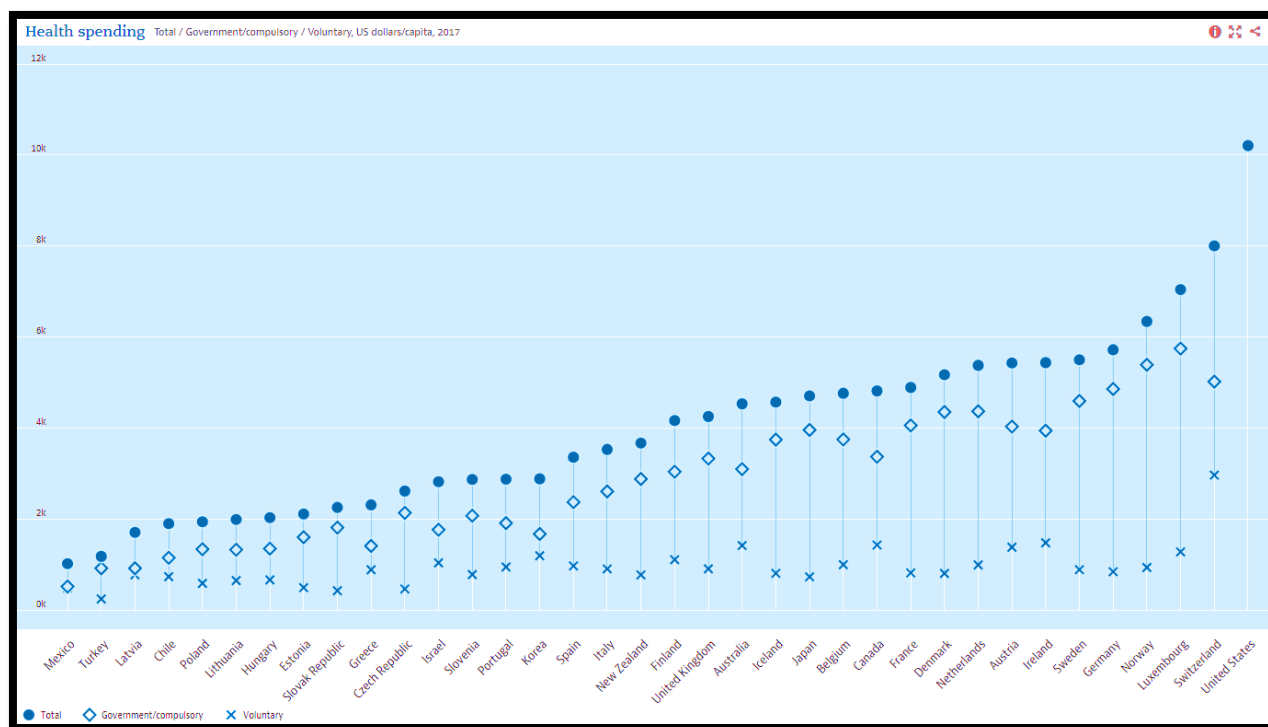
<sup>20</sup> KREBS, Vojtěch, et al. *Sociální politika*. 6. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2015. ISBN 978-80-7478-921-2, S. 353–356

<sup>21</sup> dtto, S. 357

státech v roce 2017 v dolarech na obyvatele a poměr mezi veřejnými (kosočtverec) a soukromými výdaji (křížek). Z grafu 1 je jasné patrné, že nejvyšší výdaje má USA. Celkové výdaje činí přibližně 10 000 dolarů na obyvatele. Poměr mezi veřejnými a soukromými výdaji zde není uveden. Z evropských států má nejvyšší výdaje Švýcarsko, kde soukromé výdaje tvoří přibližně třetinu celkových výdajů. Celková částka výdajů na zdravotní péči ve Švýcarsku se pohybuje kolem 8 000 dolarů na obyvatele.

Naopak nejnižší výdaje na zdravotní péči jsou v Mexiku a Turecku, kde je podíl soukromého sektoru velmi nízký a celkové výdaje se pohybují okolo 1 000 dolarů na obyvatele. Nejnižší výdaje, co se týče členských států EU, má Lotyšsko, a to přibližně ve výši 1 700 dolarů na obyvatele. Výdaje v Polsku a Litvě jsou také velmi nízké a přibližně na stejné úrovni 2 000 dolarů na obyvatele.

**Graf 1: Výdaje na zdravotnictví za vybrané země v roce 2017 (v dolarech na obyvatele)**



Zdroj: OECD Data, Health Spending US dollars/capita. 2017. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

Z předchozího grafu je patrná značná diverzifikace mezi státy a jejich výdaji na zdravotní péči. V dalších podkapitolách je uvedena stručná charakteristika odlišných systémů zdravotní péče ve vybraných evropských zemích.

### 1.3.1 Systém financování zdravotní péče v Nizozemsku

Až do roku 2006 byl zdravotní systém v Nizozemsku značně roztržštěný, a to hlavně z historických důvodů. 1. 1. 2006 byl zaveden nový jednotný zdravotní systém pro všechny skupiny obyvatel. Byla zavedena jednotná částka, kterou musí povinně platit každý, kdo v Nizozemsku pracuje nebo dlouhodobě pobývá, a to i když si platí pojistné ve své domovské zemi. V případě neuhrazení částky, musí občan zaplatit pokutu a následně si uhradit i veškeré náklady na zdravotní péči. Osoby do 18 let věku pojistné neplatí. Pojistné činí €1 050 ročně a zahrnuje veškeré náklady na praktického lékaře, část nákladů na léky a nemocnici a základní stomatologickou péči<sup>22</sup>.

Zajímavostí je, že všechna zdravotní pojištění v Nizozemsku mají povinnou spoluúcast. Lze si zvolit vyšší spoluúcast a platit poté nižší pojistné. Mnoho pojišťoven umožňuje splacení spoluúčasti ve splátkách. Zaměstnavatel většinou zajišťuje možnost zřídit si kolektivní zdravotní pojištění, které je levnější. V Nizozemsku je také možnost získat příspěvek na zdravotní pojištění, který se vypočítává podle příjmu<sup>23</sup>. Dále je možné si zřídit doplňkové zdravotní pojištění, které kryje více nákladů, například i na fyzioterapii nebo stomatologickou péči. V případě, že klient žádá o tuto doplňkovou péči, pojišťovny mají možnost ho odmítnout nebo si před uzavřením pojistky prověřit jeho zdravotní stav<sup>24</sup>. Tento výše popsaný systém je typem soukromého zdravotního pojištění upraveného zákonem tak, že výše pojistného je stejná se shodným rozsahem péče pro všechny občany bez rozdílu a pojišťovny musí pojistit všechny obyvatele.

### 1.3.2 Systém financování zdravotní péče ve Švýcarsku

I ve Švýcarsku je povinné si platit soukromé zdravotní pojištění, a to pro všechny osoby bydlící v zemi nebo zdržující se v zemi déle než tři měsíce. Oproti ostatním zemím, musí zdravotní pojištění platit děti i důchodci. Přičemž nezletilé osoby platí nižší příspěvky, což platí i pro nízkopříjmové skupiny obyvatel. Výše příspěvku není vypočítávána procentuálně z výše příjmu,

---

<sup>22</sup> MPSV, *Nizozemsko – životní a pracovní podmínky* [online]. 2018 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/eures/podminky/nizozemsko/#o8>

<sup>23</sup> Zorgverzekeringslijn, *Coming from abroad* [online]. 2018 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://www.zorgverzekeringslijn.nl/english/>

<sup>24</sup> Government of the Netherlands, *Standard health insurance podmínky* [online]. 2018 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance>

ale každý občan platí individuální pojistné, které závisí na místě bydliště, na zvolené formě pojištění a také samozřejmě na výběru pojišťovny<sup>25</sup>. Je možno vybrat si z několika typů doplňkového zdravotního pojištění, přičemž každý typ zahrnuje něco jiného, má jiný rozsah péče a pojištěnec hradí různou výši spoluúčasti.

Povinné základní pojištění zahrnuje ambulantní a komplexní odbornou péči, léky předepsané lékařem a dávky v nemoci, mateřství a v případě úrazu. Z pojištění není hrazeno stomatologické ošetření. Každý občan má možnost zvolit si vlastního poskytovatele služeb, pojišťovny nesmí klienta odmítnout. Neexistuje žádná fixní částka pojistného, proto pojišťovny mezi sebou soutěží o klienty pomocí výše pojistného<sup>26</sup>.

### **1.3.3 Systém financování zdravotní péče v Irsku**

Irsko má systém financování zdravotní péče založený na kombinaci veřejného a soukromého zdravotního pojištění. Irsko patří mezi státy, které poskytují zdravotní péči financovanou prostředky státu. Občané musí platit příspěvek ve výši 2 % z příjmu na zdravotní pojištění. Některé osoby jsou od tohoto příspěvku osvobozeny, například držitelé zdravotních karet. Souběžně s veřejným zdravotním pojištěním, existuje v Irsku i soukromé zdravotní pojištění, které slouží jako úhrada za spoluplatby a výkony, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Soukromé pojištění je ze strany státu regulováno, například jeho výše<sup>27</sup>. Obyvatelstvo je rozděleno na dvě kategorie. Do kategorie 1 patří osoby, které mají nárok na zdravotní karty, do kategorie 2 osoby, které na ně nárok nemají.

Na zdravotní kartu mají nárok osoby déle než 1 rok pobývající v zemi nebo ti, co prokáží, že se alespoň 1 rok budou v zemi zdržovat. Zdravotní kartu je možné získat po posouzení výše příjmu nebo v případě, kdy jsou náklady na léčbu velmi vysoké. Osoby nad 70 let věku mají na zdravotní karty nárok bez posuzování výše příjmu. Držitelé zdravotních karet mají nárok na péči

---

<sup>25</sup> Ch.ch, *Health insurance – Obtaining basic insurance, its costs and services* [online]. 2018 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://www.ch.ch/en/basic-health-insurance-services/>

<sup>26</sup> MPSV, *Švýcarsko – životní a pracovní podmínky* [online]. 2018 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/eures/podminky/svycarsko/#o8>

<sup>27</sup> MPSV, *Irsko – životní a pracovní podmínky* [online]. 2018 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/eures/podminky/irsko#k8>

místních a obvodních zdravotnických zařízení, stomatologickou péči, určitou výši úhrady nákladů za léky a mnoho dalších výhod. Osoby bez zdravotních karet mohou využívat některé služby zdarma, jiné za určitý poplatek<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> HSE, *Health Services in Ireland / Zdravotní péče v Irsku* [online]. 2015 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/727161-Health-services-in-ireland-zdravotni-pecce-v-irsku.html>

## 2 Vývoj zdravotního systému v České republice

První zmínky o zdravotnictví na našem území souvisejí s morovou epidemií v 17. století, jednalo se o protimorové spisy a morové řády, které obsahovaly popis preventivních opatření proti šíření moru<sup>29</sup>. Zlom v dějinách lékařství přinesla až Marie Terezie a Josef II., v té době se zdravotnictví ocitlo pod centralizovanou správou. V letech 1752 a 1753 byl vydán Generální medicínský řád pro Moravu a Čechy, který stanovil pevná pravidla pro veškerý zdravotnický personál<sup>30</sup>. Od roku 1781 mohli lékařství studovat i protestanti a Židé. V tomto období již nesměli uskutečňovat léčbu lidí bez lékařského vzdělání<sup>31</sup>.

Roku 1887 byl vydán zákon o veřejné zdravotní službě, a tím došlo k vytvoření moderního zdravotního systému té doby. Na jeho základě vznikla uspořádaná síť institucí, které měly v čele úřední lékaře a zajišťovaly dodržování stanovených preventivních, hygienických a protiepidemických opatření. V roce 1889 nabyl v českých zemích účinnosti zákon o nemocenském pojištění, po vzoru Německa. Pojištění bylo nárokové, tuto podobu si zachovává dodnes. Na rozdíl od současnosti bylo možné získat dávky peněžité i léčebné, například bezplatné lékařské ošetřování, pomoc při porodu či nemocenské dávky při pracovní neschopnosti, která trvala déle než tři dny<sup>32</sup>.

### 2.1 Zdravotní systém v České republice před rokem 1989

V prvním desetiletí 20. století se v tehdejší Rakousku-Uhersku začaly objevovat sociální nemoci, kterými se v tomto období zabývalo mnoho lékařů a vznikaly nové obory, například sociální lékařství, sociální hygiena a sociální patologie. Za nemoci sociálního charakteru byla považována tuberkulóza, pohlavní choroby, alkoholismus a také hojný výskyt infekčních nemocí

---

<sup>29</sup> Zdravotnictví a medicína, *Mor – černá smrt hrozí ještě dnes* [online]. 2008 [cit. 2018-10-18]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/mor-cerna-smrt-hrozi-jeste-dnes-346000>

<sup>30</sup> Zdravotnictví a medicína, *Zdravotnická dokumentace* [online]. 2015 [cit. 2018-10-18]. Dostupné z: [https://zdravi.euro.cz/clanek/zdravotnicka-dokumentace-478114?seo\\_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz](https://zdravi.euro.cz/clanek/zdravotnicka-dokumentace-478114?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz)

<sup>31</sup> KAZIMOUR, Ivan. Historie českého zdravotnictví. 1. vydání. Vydal: Martin Koláček – E-knihy jedou, 2016. ISBN 978-80-7512-595-8 (pdf), S. 135

<sup>32</sup> ČSSZ, *80 let sociálního pojištění* [online]. 2004 [cit. 2018-10-18]. Dostupné z: [https://www.cssz.cz/stranky/konference-80let/brozura\\_c.pdf](https://www.cssz.cz/stranky/konference-80let/brozura_c.pdf), S. 11

v dělnických čtvrtích, poté častá dětská úmrtnost. Všechny tyto problémy začaly eskalovat se začátkem první světové války. Bída, vzestup infekčních nemocí, velké počty raněných a všechny ostatní důsledky války nemohla vyřešit mnohá reformní opatření, která přišla s koncem monarchie. Proto bylo v roce 1918 za nezájmu veřejnosti zřízeno ministerstvo pro zdraví lidu. Ve stejném roce vznikla samostatná Československá republika, a tak začala nová etapa zdravotnictví v našich dějinách<sup>33</sup>.

### 2.1.1 Období První republiky

Po vzniku Československé republiky vznikly nové podmínky pro řešení zdravotních problémů obyvatelstva nového státu. Bylo třeba, aby se politické strany dohodly na vývoji sociálního a nemocenského pojištění, preventivní medicíny, sociálně zdravotních spolků a vzdělávání lékařů. Na celém území byly velké rozdíly mezi jednotlivými částmi republiky, zatímco v českých zemích byla situace únosná, směrem na východ se problémy rapidně zhoršovaly. Při posouzení zdravotního stavu obyvatelstva Rakousko-Uhersko výrazně zaostávalo za ostatními evropskými zeměmi (výjimku tvořilo Rusko a balkánské státy).

I když po konci první světové války kojenecká úmrtnost poklesla, v roce 1937 její výše činila 100,7 promile v českých zemích a na Slovensku dokonce 149,8 promile. Výše kojenecké úmrtnosti řadila Československou republiku na poslední místa v Evropě, hodnota ukazatele byla dvakrát větší než v Německu, a oproti Švédsku dokonce čtyřikrát vyšší<sup>34</sup>. Byl zaznamenán vysoký výskyt španělské chřipky, infekčních nemocí, tuberkulózy (400–480 tisíc nemocných), spalničky, exploze pohlavních nemocí aj. Nejvíce osob v té době umíralo na kardiovaskulární choroby. Tuto situaci bylo třeba řešit, legislativa však podléhala mnoha složitým právním předpisům, které se lišily v různých částech republiky. V letech 1918–1938 vzniklo několik iniciativ, které se snažily vytvořit jednotný zdravotní zákon, ale neúspěšně.

Roku 1919 byla zavedena opatření, která ukládaly zákonnou pojišťovací povinnost všem osobám pracujícím za mzdu a také všem přímým příbuzným pojištěnců. Roku 1924 byl přijat zákon

---

<sup>33</sup> NIKLÍČEK, Ladislav. Systém veřejného zdravotnictví a nemocenského pojištění za první Československé republiky. 1. vydání. Vydal: Lidová universita Akademie J.A. Komenského, 1994. ISBN 80-7048-019-X, S. 8

<sup>34</sup> dtto, S. 9–10

o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří a o rok později zákon o pojištění veřejných zaměstnanců. V následujících letech byly zákony několikrát upraveny podle finančních situací pojišťovacích institucí. Důležité také je, že zákon vylučoval z pojištění osoby, které nastoupily do zaměstnání po 60. roce života, stejně jako zemědělce a živnostníky<sup>35</sup>. Výše pojistného se odvíjela od mzdové třídy, do které byla osoba podle výše svého platu zařazena. Pojištěna byla přibližně polovina veškerého obyvatelstva<sup>36</sup>.

Síť zdravotnických zařízení byla tvořena soukromými ordinacemi, které poskytovaly ambulantní a lůžkovou péči, doplňovaly je soukromé léčebné ústavy. Lékaři byli ohodnoceni platbou za výkon, platbou na hlavu a za rok paušálně. Platby za jednotlivé výkony vyvíjely velký tlak na výdaje. V té době patřilo prvorepublikové Československo mezi nejvyspělejší země v Evropě v oblasti nemocenských dávek a vyspělosti zdravotní péče<sup>37</sup>. Po mnichovské dohodě roku 1938 republika ztratila značnou část svého území a v březnu 1939 zanikla, čímž vznikl Protektorát Čechy a Morava pod kontrolou Velkoněmecké říše. Slovensko se stalo formálně samostatným státem. Němci zachovali nastavený zdravotní systém, ale v průběhu války docházelo ke snižování jeho financování, v důsledku čehož výrazně poklesla úroveň poskytované zdravotní péče pro civilní obyvatelstvo<sup>38</sup>.

### 2.1.2 Období po druhé světové válce

Po druhé světové válce trpěl zdravotní systém mnoha nedostatky. Situace byla poměrně kritická. Zvyšovala se úmrtnost, zhoršoval se zdravotní stav obyvatel, nebyl dostatek finančních prostředků a technická vybavenost nemocnic a ordinací praktických lékařů byla na velmi špatné úrovni, přesto v období 1945–1948 nebyly provedeny žádné velké změny, hlavně kvůli znehodnoceným fondům sociálního pojištění. Až v roce 1948 došlo po převzetí moci

---

<sup>35</sup> ŠATERA, Karel. Zdravotní pojištění a ekonomika. 1. vydání. Ve Zlíně vydala: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6, S. 102.

<sup>36</sup> TRÖSTER, Petr. Právo sociálního zabezpečení. 7. přepracované a aktualizované vydání. V Praze vydalo: Nakladatelství C.H.Beck, 2018. ISBN 978-80-7400-692-0, S. 22-23.

<sup>37</sup> VURM, Vladimír. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. 1. vydání. V Praze vydal: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9, S. 18.

<sup>38</sup> Tribuna lékařů a zdravotníků, Jak se vyvíjelo a jak funguje financování zdravotnictví. [online]. 2010 [cit. 2018-10-24]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/18074-jak-se-vyvijelo-a-jak-funguje-financovani-zdravotnictvi>

komunistickou stranou ke sloučení nemocenského a důchodového pojištění do jednoho povinného systému, na základě zákona o národním pojištění. Správu nově vzniklého systému zajišťovala ústřední národní pojišťovna, která se rozdělovala na několik okresních národních pojišťoven. Lázně a podobná zařízení byla znárodněna, stejně jako celý zdravotnický průmysl a distribuce léčiv. Nemocnice a léčebné ústavy byly zestátněny.

Mezi lety 1951 a 1989 se ve zdravotnictví v ČSR používal především Semaškův model. Vyznačuje se tím, že zdravotní péče je všeobecně dostupná, bezplatná pro všechny a zdravotnická zařízení jsou výhradně státního charakteru. Stát je poskytovatelem péče a také rozhoduje o všech prostředcích a jejich využití. Organizace zdravotnických služeb je centralizovaná a soustava zdravotnických zařízení je jednotná pro všechny stejné územně správní celky. Neobvyklá není ani netransparentnost výdajů a nedostatek léků.

V roce 1951 byl přijat zákon o jednotné preventivní a léčebné péči, na jehož základě byla zrušena ústřední národní pojišťovna. Péče nyní byla v rukou státu a byla financována prostřednictvím daní, tedy ze státního rozpočtu. Systém však byl postupem času málo výkonný a trpěl nedostatkem finančních prostředků. Pracovníci ve zdravotnictví byli špatně ohodnoceni a motivováni pouze svými morálními hodnotami. Zdravotnická zařízení a lékaři se spíše než podle kvality poskytované péče, hodnotili především podle ideologických kritérií. Celkově bylo prostředí absolutně nesoutěživé, což se stále více odráželo na kvalitě zdravotnických služeb. Především byl celý systém neefektivní. V 50. a 60. letech byla provedena celoplošná očkování a tím se podařilo potlačit řadu infekčních onemocnění<sup>39</sup>.

V tehdejší ČSSR existovalo Ministerstvo zdravotnictví, které rozdělovalo finance ústavům národního zdraví (ÚNZ), tedy okresním ústavům národního zdraví (OÚNZ), jichž byli součástí nemocnice, praktičtí lékaři, lékárny, specialisté aj. a krajským ústavům národního zdraví (KÚNZ), kterých byly součástí fakultní a krajské nemocnice. Krajské a okresní ústavy národního zdraví zabezpečovaly veškerou zdravotní péči – ambulantní, závodní a nemocniční. Praktickému lékaři, specialistovi či nemocnici byli automaticky přiděleni pacienti na základě svého bydliště. Pacient si poskytovatele služeb vybrat nemohl. Běžné bylo i poměrně značné množství závodních

---

<sup>39</sup> ŠATERA, Karel. Zdravotní pojištění a ekonomika. 1. vydání. Ve Zlíně vydala: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6, S. 102.

lékařů, hlavně u velkých podniků. Veškeré zdravotnické služby byly poskytovány obvykle bez přímé úhrady<sup>40</sup>.

V 80. letech se začala projevovat podfinancovanost zdravotního systému především nárůstem civilizačních chorob<sup>41</sup>. Hlavním problémem byla stagnace ukazatele naděje dožití, což je patrné z tabulky 1. Od druhé světové války sice nejprve poměrně vzrostl, ale později stále více zaostával za vyspělými státy. I když úroveň zdravotní péče není jediným faktorem ovlivňujícím naději dožití, mezi další patří například stav životního prostředí, životní styl a také částečně genetické dispozice, je jeden z hlavních. Je zřejmé, že bylo třeba udělat nějaké změny. Především zvýšit efektivitu poskytované zdravotní péče, zlepšit její kvalitu a dostupnost a také zvýšit odpovědnost jednotlivých osob za své vlastní zdraví<sup>42</sup>. Dalšími problémy, které bylo třeba řešit, byl havarijní stav nemocnic, a mnoho dalších zdravotnických objektů potřebovalo rekonstrukci. Moderních technologií byl velký nedostatek. Z tabulky 1 je patrné, že v 90. letech, v porovnání se západními vyspělými zeměmi, byl rozdíl markantní, což v konečném důsledku svědčilo o nedokonalosti nastaveného systému.

**Tabulka 1: Naděje dožití ve vybraných státech v letech 1960–2016**

| Stát/roky           | 1960 |      | 1970 |      | 1980 |      | 1990 |      | 2000 |      | 2010 |      | 2016 |      |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                     | muži | ženy | muži | ženy | muži | ženy | muži | ženy | muži | ženy | muži | ženy | muži | ženy |
| Česká republika     | 67,8 | 73,5 | 66,1 | 73,1 | 66,9 | 74,0 | 67,6 | 75,5 | 71,6 | 78,5 | 74,5 | 80,9 | 76,1 | 82,1 |
| Slovenská republika | 67,9 | 72,7 | 66,8 | 73,1 | 66,7 | 74,4 | 66,7 | 75,7 | 69,2 | 77,5 | 71,8 | 79,3 | 73,8 | 80,7 |
| Polsko              | 64,9 | 70,6 | 66,6 | 73,3 | 66,0 | 74,4 | 66,3 | 75,3 | 69,6 | 78,0 | 72,2 | 80,7 | 73,9 | 82,0 |
| Francie             | 67,0 | 73,6 | 68,4 | 75,9 | 70,2 | 78,4 | 72,8 | 81,2 | 75,4 | 83,0 | 78,3 | 85,3 | 79,5 | 85,7 |
| Německo             | 66,5 | 71,7 | 67,5 | 73,6 | 69,6 | 76,2 | 72,0 | 78,5 | 75,1 | 81,2 | 78,0 | 83,0 | 78,6 | 83,5 |
| USA                 | 66,6 | 73,1 | 67,1 | 74,7 | 70,0 | 77,4 | 71,8 | 78,8 | 74,1 | 79,3 | 76,2 | 81,0 | 76,1 | 81,1 |

Zdroj: data Eurostatu, *Life expectancy by age and sex*

<sup>40</sup> CERGE-EI, *Czech health care in economic transformation* [online]. 1994 [cit. 2018-10-17]. Dostupné z: <https://cerge-ei.cz/pdf/wp/Wp63.pdf>, S. 11–15

<sup>41</sup> ŠATERA, Karel. Zdravotní pojištění a ekonomika. 1. vydání. Ve Zlíně vydala: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6, S. 102.

<sup>42</sup> CERGE-EI, *Czech health care in economic transformation* [online]. 1994 [cit. 2018-10-17]. Dostupné z: <https://cerge-ei.cz/pdf/wp/Wp63.pdf>, S. 10

### 2.1.3 Období po roce 1989

V listopadu 1989 po pádu komunistického režimu došlo k několika ekonomickým reformám, na které bylo třeba navázat reformami sociálními, které měnily systém sociálního zabezpečení na systém sociálního pojištění<sup>43</sup>. K transformaci na systém veřejného zdravotního pojištění došlo na začátku 90. let. Na tomto základě byly zrušeny krajské a okresní ústavy národního zdraví, vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna a zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, byla zahájena privatizace zdravotnických zařízení, byl založen institut pojistného na veřejné zdravotní pojištění a s ním i nové úhradové mechanismy<sup>44</sup>.

Důležitým bodem byla změna financování celého systému, přičemž se přecházelo na tržní systém. Všeobecné zdravotní pojištění bylo povinné a založené na solidaritě. Legislativní rámec, na jehož základě byla transformace provedena, tvořil zákon o všeobecném zdravotním pojištění a zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně. Oba zákony byly tvořeny narychlo, takže musely být v průběhu let již mnohokrát změněny, poslední změna nabyla účinnosti 1.1.2018<sup>45</sup>.

V roce 1992 byl přijat zákon, který brání v monopolním postavení Všeobecné zdravotní pojišťovně, a to zákon o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Ovšem to, že byla vytvořena samostatným zákonem, jí dává privilegované postavení, stejně jako skutečnost, že všichni, kteří se nikdy nepojistí, jsou automaticky pojištěni právě u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Na základě zákona o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách vzniklo 26 pojišťoven, ale do dnešní doby se jich zachovalo jen 7<sup>46</sup>.

Výší pojistného se zabývá zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění z roku 1992. Na základě tohoto zákona výše pojistného činí 13,5 %, z čehož v případě zaměstnaneckého poměru 9 % platí zaměstnavatel a 4,5 % zaměstnanec. Systém tedy zvýhodňuje zaměstnance. Stát platí

---

<sup>43</sup> TRÖSTER, Petr. Právo sociálního zabezpečení. 7. přepracované a aktualizované vydání. V Praze vydalo: Nakladatelství C.H.Beck, 2018. ISBN 978-80-7400-692-0, S. 25.

<sup>44</sup> ŠATERA, Karel. Zdravotní pojištění a ekonomika. 1. vydání. Ve Zlíně vydala: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6, S. 102.

<sup>45</sup> MZ ČR, *Zákon č. 290/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony* [online]. 2017 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zakon-c290/2017-sb-kterym-se-meni-zakon-c48/1997-sb-o-verejnem-zdravotni\\_14255\\_2439\\_11.html](https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zakon-c290/2017-sb-kterym-se-meni-zakon-c48/1997-sb-o-verejnem-zdravotni_14255_2439_11.html)

<sup>46</sup> VZP, *Další zdravotní pojišťovny* [online]. 2018 [cit. 2018-10-20]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/dalsi-zdravotni-pojistovny>

pojistné za některé osoby bez zaměstnaneckého poměru, spadají sem například nezaopatřené děti, důchodci, uchazeči o zaměstnání, kteří jsou v evidenci úřadu práce, osoby na mateřské a rodičovské dovolené atd.<sup>47</sup>.

V roce 1992 byla zahájena privatizace zdravotnických zařízení. Celá privatizace probíhala na základě zákona o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Mezi lety 1992–1996 došlo k zásadním změnám, hlavně díky liberální politice. Nejdůležitější změnou bylo odstranění státního monopolu v oblasti zdravotnických služeb. Nemocnice nyní byly ve vlastnictví obcí. V oblasti praktického lékařství se dávalo přednost privátním praxím, které byly provozovány na základě smluvního vztahu s konkrétními pojišťovnami<sup>48</sup>.

## 2.2 Zdravotní systém v České republice v současné době

Zdravotnictví je v České republice samostatným sektorem ekonomiky, ovšem poměrně nákladným, přičemž výdaje státního rozpočtu na zdravotní péči meziročně stále stoupají. V roce 2016 celkové výdaje na zdravotní péči činily 361,6 mld. Kč, z čehož 83 % výdajů bylo hrazeno z veřejných zdrojů.

Co se týká srovnání s ostatními zeměmi OECD, Česká republika v roce 2016 vynaložila na sektor zdravotnictví 7,1 % HDP, což je hodnota poměrně nízká. Průměrné výdaje na jednoho pacienta nadále stoupají, v roce 2016 činily 34 230 Kč, což od roku 2010 představuje nárůst o 7,8 %. V mnoha evropských zemích jsou výdaje na jednoho pacienta mnohonásobně vyšší, například v Německu a Rakousku 3,5krát. Velký objem prostředků z veřejného rozpočtu šel také na modernizaci technologií a nákup nových prostředků<sup>49</sup>. Zdravotní služby jsou v České republice poskytovány zejména na základě zdravotního pojištění, které je povinné pro všechny osoby

---

<sup>47</sup> epravo.cz, *Zákon České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění* [online]. 1992 [cit. 2018-10-20]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/zakon-ceske-narodni-rady-o-pojistnem-na-vseobecne-zdravotni-pojisteni-12599.html>

<sup>48</sup> Provoz lékařské praxe, *Smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami* [online]. 2018 [cit. 2018-10-08]. Dostupné z: <https://www.provoz-praxe.cz/onb/33/smluvni-vztahy-se-zdravotnimi-pojistovnami-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EljkAYWsMnw3S9tkPcn1YfWkukZUzLWmsA/>

<sup>49</sup> ČSÚ, *Souhrnné výsledky zdravotnických účtů* [online]. 2018 [cit. 2018-10-08]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61629742/26000518k2.pdf/86aa04d7-f44f-4fb1-b9b5-94b407cb2a09?version=1.0>

s trvalým pobytem nebo zaměstnané u zaměstnavatele se sídlem v ČR. Sazba pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období<sup>50</sup>. Od roku 1990 došlo ke zvýšení úrovně zdravotní péče a tím i ke zvýšení střední délky života. Mezi lety 1990–2002 vzrostla střední délka života u mužů o 4,6 roku a u žen o 3,3 roku<sup>51</sup>.

V České republice jsou hlavními financujícími institucemi zdravotní pojišťovny, které vybírají pojistné. Pojistné platí: pojištěnec, zaměstnavatel nebo stát<sup>52</sup>. Výši pojistného se zabývá zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění z roku 1992. Na základě tohoto zákona výše pojistného činí 13,5 % z příjmu, z čehož v případě zaměstnaneckého poměru 9 % platí zaměstnavatel a 4,5 % zaměstnanec.

Stát platí platby pojistného za osoby bez zaměstnaneckého poměru. Spadají sem nezaopatřené děti; příjemci důchodu z důchodového pojištění a rodičovského příspěvku; ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené; osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství a dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované; uchazeči o zaměstnání, kteří jsou v evidenci úřadu práce; studenti studující prvně v doktorském studijním programu; osoby závislé na péči jiné osoby ve II, III a IV stupni a osoby, které o ně pečují; osoby ve výkonu trestu odnětí svobody nebo osoby ve výkonu ústavního ochranného léčení; osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou činnost; cizinci, kteří na našem území pobývají z důvodu ochrany a mají příslušné oprávnění; manželé nebo registrovaní partneři státních zaměstnanců podle zákona o státní službě<sup>53</sup>. Pojištěnec platí pojistné sám, pokud se jedná o OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná) nebo OBZP (osoba bez zdanitelných příjmů).

V roce 2017 bylo v České republice zhruba 6 milionů státních pojištěnců, přičemž necelou polovinu tvoří důchodci<sup>54</sup>. Je tedy zřejmé, že více než polovina všech pojištěnců jsou pojištěnci

---

<sup>50</sup> KREBS, Vojtěch, et al. Sociální politika. 6. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2015. ISBN 978-80-7478-921-2, S. 362

<sup>51</sup> ÚZIS, *Srovnání vybraných zdravotnických ukazatelů v EU a ČR* [online]. 2004 [cit. 2018-10-24]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/mimoradne-publikace/srovnani-vybranych-zdravotnickych-ukazatelu-eu-cr>, S. 8.

<sup>52</sup> MZ ČR, *Zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění* [online]. 2014 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zdravotni-pece-hrazena-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni\\_2628\\_22.html](https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zdravotni-pece-hrazena-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni_2628_22.html)

<sup>53</sup> VZP, *Za koho platí pojistné stát* [online]. 2018 [cit. 2018-10-20]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/stat/za-koho-plati-pojistne-stat>

<sup>54</sup> ISPV, *Státních pojištěnců je téměř 6 milionů. Stát za ně v roce 2016 vydal více než 62 miliard korun* [online]. 2017 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/05/statnich-pojistencu-je-temer-6-milionu-stat-za-ne-vydal-vice-nez-62-miliard-korun/>

státní. V současné době poskytuje veřejné zdravotní pojištění sedm zdravotních pojišťoven<sup>55</sup>. Nejvíce pojištěnců je registrovaných u Všeobecné zdravotní pojišťovny<sup>56</sup>. V České republice fungují následující zdravotní pojišťovny, uvedeny i s příslušnými kódy:

- „111 Všeobecná zdravotní pojišťovna
- 201 Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
- 205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- 207 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- 209 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- 211 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
- 213 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna<sup>57</sup>“

Než český zdravotní systém dostal současnou podobu, prošel několika reformami, které budou v následující podkapitole konkrétně představeny.

### 2.2.1 Reformy zdravotnictví od roku 2000

V roce 2002, před vstupem České republiky do Evropské unie, byly na základě reformy okresní správy zrušeny okresy. Tato reforma způsobila, že vlastnictví okresních nemocnic přešlo na kraje a částečně na obce s rozšířenou působností. Reformace proběhla pod záštitou zákona č. 290/2002 Sb.<sup>58</sup>. Nemocnice přešly na kraje zadlužené, přičemž některé kraje neměly na provoz nemocnic prostředky, proto byly mnohé zavřeny nebo zprivatizovány.

Nemocnice dostaly určitý příspěvek na oddlužení, ale ten mnohdy nedostačoval výši dluhu nebo nebyl kraji spravedlivě rozdělen. Rozdílnost ve správě jednotlivých krajů způsobuje rozdíly v poskytované péči, samozřejmě při zachování stejné výše zdravotního pojištění. Dalším důsledkem je zavírání či otevírání nových oddělení bez konzultace se sousedními kraji. Dochází

---

<sup>55</sup> MZ ČR, *Zdravotní pojišťovny* [online]. 2014 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny\\_945\\_839\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html)

<sup>56</sup> Srovnání zdravotních pojišťoven, 2018

<sup>57</sup> MZ ČR, *Zdravotní pojišťovny* [online]. 2014 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny\\_945\\_839\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html)

<sup>58</sup> Moderní obec, *MODEL PŘEVODU ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ NA KRAJE* [online]. 2002 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <https://moderniobec.cz/model-prevodu-zdravotnickych-zarizeni-na-kraje/>

tak k neuspokojení poptávky nebo naopak převisu nabídky<sup>59</sup>. Hlavním problémem privatizace nemocnic je změna účelu existence zařízení. V případě vlastnění státem je hlavním účelem poskytování zdravotních služeb občanům. Soukromé zařízení má za hlavní cíl tvorbu zisku. Dochází tím k zavírání neziskových oddělení a uzavírání smluv s rozličnými dodavateli, ať už léčiv nebo vybavení nemocnic. Následně také ke snižování platů zaměstnanců. Ovšem rozsah ani struktura služeb nebyly nijak specifikovány ani uzákoněny. Při privatizaci v roce 1992 byl stanoven předpis, kterým se obce zavazovaly k zachování konkrétního rozsahu a struktury zdravotnických služeb<sup>60</sup>, což v roce 2002 chybělo.

V roce 2005 se prosadila změna na 100 % přerozdělení pojistného mezi zdravotní pojišťovny, do té doby se přerozdělovalo pouze 60 %. Ke změně došlo hlavně kvůli nerovnováze hospodaření VZP, ale také díky nevyrovnané věkové struktuře pojištěnců v jednotlivých pojišťovnách<sup>61</sup>. Od roku 1999 se projevoval odliv pojištěnců z VZP hlavně díky její stagnující zadluženosti a lákavým nabídkám preventivních programů ostatních pojišťoven<sup>62</sup>. Nyní se přerozděluje 100 %, jak již bylo zmíněno, podle dvou mechanismů pro zachování solidarity. Prvním z nich je přerozdělování podle nákladových indexů věkových skupin a pohlaví pojištěnců. Druhý mechanismus zohledňuje zvlášť nákladné služby, které převyšují pětinasobek průměrných nákladů. Nyní se zvažuje mechanismus třetí, který by zohledňoval chronicky nemocné pacienty<sup>63</sup>.

### **Reforma zdravotnictví v roce 2006**

Po volbách v roce 2006 se vedla diskuze o nutnosti reformy českého zdravotního systému. Reforma zdravotnictví byla realizována ministrem MUDr. Tomášem Julínkem. Reformy by vždy měly probíhat za účelem zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, nemohou spočívat pouze v privatizaci a obecně by se tržních mechanismů mělo využívat s maximální opatrností. Reforma

---

<sup>59</sup> Zdraví a Zdravotnictví, *Rizika privatizace nemocnic* [online]. 2004 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5747&mode=thread&order=0>

<sup>60</sup> dtto

<sup>61</sup> ŠATERA, Karel. Zdravotní pojištění a ekonomika. 1. vydání. Ve Zlíně vydala: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6, S. 102.

<sup>62</sup> Zdraví a Zdravotnictví, *Přerozdělování zdravotního pojištění* [online]. 2004 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5171>

<sup>63</sup> VZP, *Přerozdělování pojistného* [online]. 2018 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerozdelovani-pojistneho>

se měla týkat všech částí zdravotního systému, tzn. zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení, pacientů i státu. Důvodů k reformě se předkládalo poměrně mnoho, proto si zde uvedeme pouze několik příkladů<sup>64</sup>.

Hlavním cílem bylo zamezit zneužívání bezplatné zdravotní péče, bylo třeba posílit spoluúčast pacientů, proto byly zavedeny regulační poplatky, jež budou představeny dále. Se zneužíváním bezplatné zdravotní péče souvisí další problém, kterým jsou léčiva. Odhadovaná cena nespotřebovaných léků v roce 2005 činila těžko představitelných 10 mld. Kč<sup>65</sup>. Takové situaci je třeba zabránit, proto bylo třeba nastavit systém, který by zamezil plýtvání. Dále bylo poukazováno na to, že pojištěnec nezná svá práva a povinnosti, proto neví, co vše mu může být z veřejného zdravotního pojištění poskytnuto. Také byla vyslovena hypotéza, že je v ekonomice zdravotnictví prostor pro uplácení a rozvíjení šedé ekonomiky. Bylo třeba vyřešit nemožnost připojištění nadstandardní zdravotní péče. Dalším problémem byla i čekací doba na operace.

Jak již bylo zmíněno, v roce 2005 se projevilo neracionální hospodaření VZP, systém byl zatížen dlouhodobými závazky vůči zdravotnickým zařízením. Bylo třeba definovat státní dohled nad zdravotními pojišťovnami a možnosti jejich stimulování. Dalším bodem byla nutnost objasnění a narovnání pravidel vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, noví lékaři by měli mít volný přístup do systému. V neposlední řadě bylo třeba reagovat na předpokládaný budoucí demografický vývoj České republiky – stárnutí obyvatelstva, s čímž souvisí snižování počtu produktivního obyvatelstva, nízká porodnost (v roce 2005 činila úhrnná plodnost pouze 1,282 dítěte na ženu, přičemž to byla nejvyšší hodnota od roku 1994<sup>66</sup>), zvyšující se migrace cizinců do ČR, vysoký výskyt závažných civilizačních onemocnění<sup>67</sup>. Tyto a další nedokonalosti zdravotního systému, spolu se zaváděním nových metod, léků a léčebných postupů, způsobují prohlubování nevyrovnaného hospodaření v oblasti zdravotnictví.

---

<sup>64</sup> ŠATERA, Karel. Zdravotní pojištění a ekonomika. 1. vydání. Ve Zlíně vydala: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6, S. 103.

<sup>65</sup> dtto

<sup>66</sup> ČSÚ, *Ukazatele plodnosti* [online]. 2006 [cit. 2018-10-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20536238/400806a2.pdf/57bc797e-c0f0-489e-a5b5-c1e83816c60a?version=1.0>

<sup>67</sup> ŠATERA, Karel. Zdravotní pojištění a ekonomika. 1. vydání. Ve Zlíně vydala: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6, S. 103.

Základem pro provedení reformy byly připravované změny v platných právních normách a také připravované nové právní normy. Nové změny byly zaváděny postupně. První náznak změny přišel v roce 2007 se zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů, který novelizoval zákony v oblasti sociální, daňové a zdravotní<sup>68</sup>. Spuštění reformy proběhlo 1. 1. 2008<sup>69</sup>.

V rámci úpravy a tvorby zákonů bylo změněno či vytvořeno celkem 7 právních norem. Především bylo třeba změnit zákon č. 20/1966 Sb., který byl v průběhu let čtyřicetkrát novelizován. Nový zákon měl zajistit: větší odpovědnost za své zdraví, práva a povinnosti pacientů a také zdravotnických služeb, vedení národního zdravotního systému, výkon státní správy v oblasti zdravotnictví apod.<sup>70</sup>. Změnou dalších zákonů se:

- lépe vymezily specifické služby (např. asistovaná reprodukce, lékařské ozařování, sterilizace, kastrace aj.);
- ukotvily záchranné služby v zákoně (jednotné financování, označení a podmínky poskytování);
- upravila oblast zdravotních pojišťoven (sjednocení jejich postavení, odpovědnost za vlastní hospodaření, transformace na akciové společnosti, zajištění dostupnosti a sjednocení standardu péče, zavedení pojistných plánů – cena pojistného odvozena od výše krytí a od požadovaných nadstandardních služeb, vytvoření osobních účtů pro pojištěnce);
- zlepšil dohled nad zdravotními pojišťovnami (Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami měl kontrolovat hospodaření zdravotních pojišťoven a zabezpečovat dostupnou zdravotní péči pojištěncům);
- zlepšil stav vědy a výzkumu v oblasti zdravotnictví, fakultní nemocnice byly transformovány na univerzitní<sup>71</sup>.

---

<sup>68</sup> Mzdová praxe, *Schválený zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů* [online]. 2007 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <http://www.mzdovapraxe.cz/archiv/dokument/doc-d2646v3412-schvaleny-zakon-o-stabilizaci-verejnych-rozpocetu/>

<sup>69</sup> ŠATERA, Karel. Zdravotní pojištění a ekonomika. 1. vydání. Ve Zlíně vydala: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6, S. 103.

<sup>70</sup> ŠATERA, Karel. Zdravotní pojištění a ekonomika. 1. vydání. Ve Zlíně vydala: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6, S. 104.

<sup>71</sup> dtto, S. 104–105.

Další změnou byla povinnost platit regulační poplatky a doplatky, přičemž se tím mělo zamezit zneužívání zdravotní péče. Samozřejmě byly vymezeny skupiny osob, které jsou vyňaty z povinnosti platit poplatky. Jedná se o osoby umístěné v dětských domovech nebo osoby v hmotné nouzi aj. Dále byl stanoven ochranný limit, do kterého se regulační poplatky započítávají a v případě, že osoba překročí daný limit, je zdravotní pojišťovna povinna do 60 dnů vrátit přeplatek. Zdravotní pojišťovna samozřejmě musí vést evidenci o zaplacených poplatcích. Ochranný limit pro jednotlivé skupiny činil: pro osoby do 18 let věku 2500,- Kč, osoby starší 65 let věku 2500,- Kč a všechny ostatní osoby nespádající do předchozích dvou skupin 5000,- Kč<sup>72</sup>.

Zákon stanovil 3 druhy poplatků:

- 30,- Kč (za návštěvu praktického lékaře, zubního lékaře, gynekologa či specialisty, za léky při doplatku do 30,- Kč);
- 60,- Kč (za jeden den: v nemocnici, komplexní lázeňské péče, LDN apod., ústavní péče v odborných dětských léčebnách);
- 90,- Kč (za ústavní pohotovostní službu (včetně stomatologické) a za lékařskou službu první pomoci)<sup>73</sup>.

K 1.1.2015 byly zrušeny všechny regulační poplatky, kromě poplatku ve výši 90,- Kč. Pojištěnec není povinen poplatek platit, pokud ošetřující lékař shledal, že je nutné pacienta hospitalizovat<sup>74</sup>.

Poslední změna proběhla v oblasti systému veřejného zdravotního pojištění, především změnou zákona o veřejném zdravotním pojištění. V rámci reformy byla povinnost hradit pojistné rozšířena na větší okruh osob – např. na osoby pobírající svědecké nebo na členy zastupitelstev obcí. Také byla stanovena maximální částka pro odvod pojistného<sup>75</sup>.

---

<sup>72</sup> dtto, S. 105–106.

<sup>73</sup> ŠATERA, Karel. Zdravotní pojištění a ekonomika. 1. vydání. Ve Zlíně vydala: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6, S. 106.

<sup>74</sup> VZP, *Regulační poplatky* [online]. 2018 [cit. 2018-10-23]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky>

<sup>75</sup> ŠATERA, Karel. Zdravotní pojištění a ekonomika. 1. vydání. Ve Zlíně vydala: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6, S. 106.

Odborná veřejnost vedla diskuzi nad tématy reformy a vytýkáno bylo především: snížení stupně solidarity, zhoršení přístupu pacienta ke zdraví, snaha o zavedení osobních účtů a o privatizaci veřejných financí, obavy pacientů při dlouhodobé nemoci apod. Také proto v dalších letech došlo již jen k drobným změnám v novelizovaných zákonech<sup>76</sup>.

---

<sup>76</sup> dtto, S. 107.

### 3 Demografický vývoj v České republice

Následující kapitola se věnuje demografickému vývoji České republiky, a to minulému, současnému a budoucímu. Je zde popsána situace většiny vyspělých zemí, stárnutí populace, které vyžaduje vyšší náklady na zdravotní systém pro udržení jeho současné úrovně. Jak již bylo popsáno výše, Česká republika využívá solidární systém financovaný z povinného zdravotního pojištění.

V období mezi dvěma světovými válkami se české země řadily mezi nejvyspělejší a svými demografickými ukazateli se blížily západoevropským zemím. Po druhé světové válce, vzhledem ke komunistické vládě, Československo postupně zaostávalo za západními zeměmi ve většině demografických ukazatelů. I vývoj zdravotnictví byl v tomto období značně zpomalen. Pro analýzu tohoto vývoje použijeme úhrnnou plodnost, střední délku života a kojeneckou úmrtnost.

#### 3.1 Historický vývoj vybraných demografických ukazatelů po současnost

Následující podkapitoly obsahují analýzu demografických ukazatelů. Podle vybraných demografických ukazatelů (úhrnná plodnost a střední délka života) bude posuzován vývoj populace ČR. Následuje charakteristika demografických ukazatelů vztahujících se k problematice zdravotní péče.

##### 3.1.1 Úhrnná plodnost

Jedná se o součet specifických měr plodnosti podle věku, které vyjadřují intenzitu plodnosti dané populace za určitý časový úsek, zpravidla jeden kalendářní rok. Úhrnná plodnost (*úf*) je demografický ukazatel, který udává průměrný počet dětí, které by se narodily jedné ženě během jejího reprodukčního období, ovšem za předpokladu konstantních měr plodnosti během celého jejího reprodukčního období, tedy přibližně 35 let a za předpokladu nulové úmrtnosti žen během reprodukčního období. Hodnota 2,1 představuje reprodukční hranici pro udržení početního stavu populace<sup>77</sup>.

---

<sup>77</sup> Demografický informační portál, *Základní ukazatele* [online]. 2004 [cit. 2018-10-29]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_porodnostukazatele](http://www.demografie.info/?cz_porodnostukazatele)

Úhrnná plodnost ( $úf$ ) se vypočítá jako součet specifických měr plodnosti ve všech věkových intervalech. Pokud používáme specifické míry plodnosti za pětileté intervaly, je nutno ještě uvedený součet vynásobit pěti. Specifické míry plodnosti ( $f_x$ ), se vypočítají jako podíl počtu živě narozených dětí ženám v příslušném věkovém intervalu za určité časové období na určitém území ( $N_x^{(v)}$ ) a počtu žen v tomto věkovém intervalu, opět za dané časové období na daném území ( $S_x^{(ž)}$ ). Specifické míry plodnosti se zpravidla vyjadřují v promile, při výpočtu úhrnné plodnosti se pak jejich součet vydělí 1000.

Obě světové války se výrazně zapsaly do našich dějin, a výrazně ovlivnily i vývoj plodnosti. Po začátku první světové války v roce 1915 výrazně poklesl počet narozených dětí, a to hlavně z důvodu odchodu mužů na frontu a také samozřejmě kvůli ekonomickým důvodům. V roce 1918 se nenarodila ani polovina dětí původního počtu v roce 1914. Na našem území docházelo k přirozenému úbytku obyvatelstva, tzn., že více osob zemřelo, než se narodilo. Mezi zemřelými v období 1914–1918 tvořily děti ve věku 0–4 roky nejpočetnější skupinu, hlavně z důvodu vysoké kojenecké úmrtnosti<sup>78</sup>. Po první světové válce došlo ke zvýšení plodnosti díky návratu mužů z války a také díky poválečné euforii.

V roce 1920 dosahovala úhrnná plodnost na území dnešní ČR výše přibližně 3 děti na jednu ženu, na Slovensku dokonce 5 dětí na jednu ženu<sup>79</sup>. V dalších letech úhrnná plodnost na obou územích velmi rychle klesala. Ve třicátých letech nastala hospodářská krize provázena zhoršením životních podmínek, což dále podpořilo pokles úhrnné plodnosti. Do roku 1936 klesla plodnost v Česku na 1,66 živě narozeného dítěte na jednu ženu, což je hodnota pod hranicí prosté reprodukce. Populace Němců měla v průměru nižší úhrnnou plodnost než česká populace<sup>80</sup>. K velkému nárůstu úhrnné plodnosti žen došlo po skončení války, až na 3,25 dítěte na jednu ženu v roce 1946. Příčinou byla skutečnost, že na rozdíl od první světové války nebyli tentokrát čeští

---

<sup>78</sup> ČSÚ, *Demografický obraz zemí Koruny české za první světové války v publikaci ČSÚ* [online]. 2004 [cit. 2018-10-29]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/demograficky\\_obraz\\_zemi\\_koruny\\_ceske\\_za\\_prvni\\_svetove\\_valky\\_v\\_publicaci\\_cs\\_u](https://www.czso.cz/csu/czso/demograficky_obraz_zemi_koruny_ceske_za_prvni_svetove_valky_v_publicaci_cs_u)

<sup>79</sup> RYCHTAŘÍKOVÁ, Jitka – VAŇO, Boris; *Plodnost v České republice a ve Slovenské republice: staré a nové odlišnosti*, [online]. 2009 [cit. 2018-10-29]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/5173470-Plodnost-v-ceske-republice-a-ve-slovenske-republice-stare-a-nove-odlisnosti.html>, S.89

<sup>80</sup> dtto, S. 89

muži povolávání do armády. Založení rodiny byla naopak možnost, jak se pokusit vyhnout tzv. totálnímu nasazení na nucené práce do Německa. Od roku 1946 začala úhrnná plodnost klesat.

K poklesu mimo jiné přispěl rok 1957, kdy byly legalizovány interrupce. Během 4 let klesla úhrnná plodnost o 0,4 dítěte na jednu ženu<sup>81</sup>. Pokles plodnosti trval až do roku 1970, kdy začala úhrnná plodnost stoupat, a to převážně díky propopulační politice v tehdejší Československu. Reprodukční chování je touto politikou ovlivněno nejen přímo, jedná se také o nepřímá opatření – např. sociálního, ekonomického a právního charakteru<sup>82</sup>.

V Československu bylo přijata velké množství opatření v rámci propopulační politiky. Jednalo se převážně o: porodné, placenou mateřskou a rodičovskou dovolenou, daňové úlevy pro rodiče a osoby pečující o děti, příspěvky na bydlení pro rodiny s dětmi aj.<sup>83</sup>. Na přelomu 60. a 70. let se zdála být politika úspěšná, ovšem od roku 1974, kdy úhrnná plodnost dosáhla úrovně 2,43 dítěte na jednu ženu, začala plodnost opět klesat. V rámci propopulačních opatření je obvyklé, že efekt je pouze krátkodobý. Existuje několik návrhů, jak dosáhnout dlouhodobého efektu. S jedním řešením přišel v roce 1987 Demeny, který navrhl, že určité procento platu potomka by se odvádělo na důchodový účet jejich rodičů, což by motivovalo rodiče ke zvýšení počtu svých dětí a také k jejich lepší výchově a vzdělání. Podstata průběžného systému by zůstala zachována<sup>84</sup>.

S druhým, již poněkud zastaralým názorem, přišel Alessandro Cigno v roce 1989. Navrhoval, že populační politiku lze podpořit zvýšením daní vdaným ženám, a naopak snížením daní ženatým mužům. Tvrdil, že ženy by přestaly pracovat, přičemž substitutem práce by se stalo rození a vychovávání dětí<sup>85</sup>. Tento názor již je pravděpodobně v dnešní době nereálný.

---

<sup>81</sup> Radka Dudová, Interrupce v socialistickém Československu z foucaultovské perspektivy [online]. 2009 [cit. 2018-10-30]. Dostupné z: [https://www.genderonline.cz/uploads/a77283b65d2e3a466e00fef691c4b9182bcf7a18\\_interrupce-v-socialistickem-ceskoslovensku.pdf](https://www.genderonline.cz/uploads/a77283b65d2e3a466e00fef691c4b9182bcf7a18_interrupce-v-socialistickem-ceskoslovensku.pdf), S. 25

<sup>82</sup> Centrum pro ekonomiku a politiku, *Propopulační politika - ano či ne* [online]. 2002 [cit. 2018-10-30]. Dostupné z: [http://www.vzdelavaci-institut.info/?q=system/files/Propopulacni\\_politika.pdf](http://www.vzdelavaci-institut.info/?q=system/files/Propopulacni_politika.pdf), S. 15

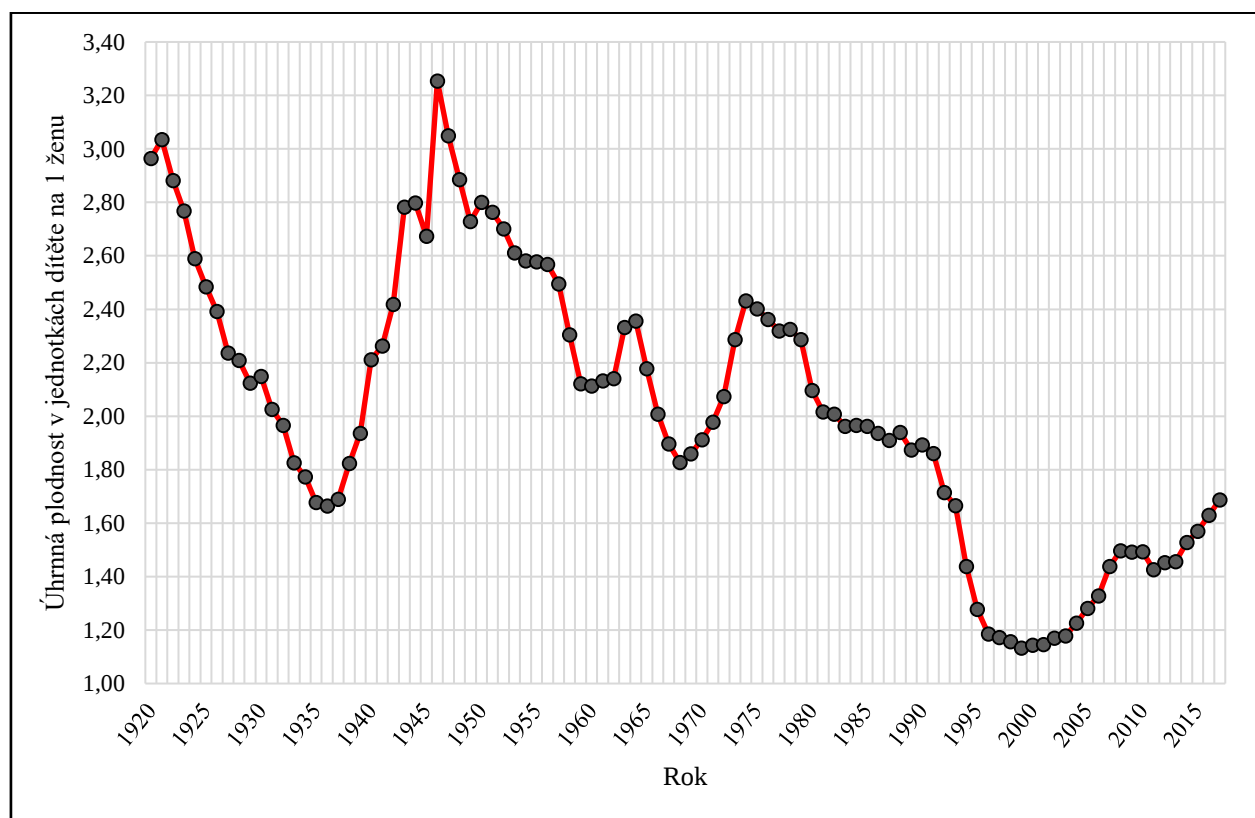
<sup>83</sup> LUX, Martin a kol., *Moderní nástroje sociálního bydlení pro mladé rodiny jako nepřímá podpora růstu porodnosti*. 1. vydání. V Praze vydal: Sociologický ústav AV ČR, 2010. ISBN 978-80-7330-177-4, S. 18.

<sup>84</sup> Centrum pro ekonomiku a politiku, *Propopulační politika - ano či ne* [online]. 2002 [cit. 2018-10-30]. Dostupné z: [http://www.vzdelavaci-institut.info/?q=system/files/Propopulacni\\_politika.pdf](http://www.vzdelavaci-institut.info/?q=system/files/Propopulacni_politika.pdf), S. 44

<sup>85</sup> dtto, S. 44–45

V roce 1990 po změně politického režimu v Československu došlo během několika let k prudkému poklesu úhrnné plodnosti. V roce 1994 se její hodnota dostala pod 1,5 dítěte na jednu ženu. Nejnižší úhrnná plodnost byla zaznamenána v roce 1999, kdy hodnota činila 1,13 dítěte na jednu ženu. V dalších letech úhrnná plodnost téměř každý rok stoupá, v roce 2017 dosáhla hodnoty 1,69 dítěte na jednu ženu, což znamená důležité zvýšení hodnot. Celý výše popsany vývoj je zobrazen v grafu 2.

**Graf 2: Úhrnná plodnost žen v ČR v letech 1920–2017 (v počtech dětí na jednu ženu)**



Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

Ve srovnání s ostatními státy Evropy je úhrnná plodnost v České republice přibližně průměrná. Nejvyšší plodnost v rámci EU mají severské státy spolu s Francií a Velkou Británií, ovšem žádný z nich také nedosahuje hodnoty prosté reprodukce. Zeměmi s nejvyšší plodností v rámci EU jsou Švédsko, Irsko a Francie s hodnotou 1,9 dítěte na jednu ženu. Naopak nejnižší plodnost v rámci EU má Itálie a Španělsko – 1,3 dítěte na jednu ženu. V rámci OECD má nejvyšší

plodnost Izrael – neuvěřitelných 3,1 dítěte na jednu ženu. Naopak nejnižší Jižní Korea, pouze 1,2 dítěte na jednu ženu<sup>86</sup>. Všechny údaje jsou z roku 2016.

### 3.1.2 Střední délka života při narození

Střední délka života nebo také naděje dožití při narození je demografický ukazatel, který udává kolik let života v průměru prožije právě narozený jedinec, pokud by úmrtnost byla stejná po celou dobu jeho života jako v roce, pro který byl ukazatel počítán<sup>87</sup>. V minulosti byla naděje dožití při narození nižší než v prvním roce života, díky vysoké kojenecké úmrtnosti.

Po první světové válce nedosahovala naděje dožití ani 50 let, a to jak u mužů i žen. Ke zvýšení hodnot ukazatele pravděpodobně přispěla mnohá reformní opatření, která byla zavedena za První republiky. Až do roku 1937 naděje dožití víceméně stoupala, až na hodnotu 56,7 roku u mužů a 60,6 u žen. Data z období druhé světové války (za roky 1938–1944) chybí. S koncem války v roce 1945 přišel velký propad ve střední délce života, rapidní pokles hodnot je více patrný u mužů. K tomuto snížení střední délky života došlo pravděpodobně v důsledku války, kdy nebyla například dostupná kvalitní zdravotní péče. U mužů ukazatel dosahoval hodnoty 51,0 roku a u žen 59,0 roku.

V roce 1946 už došlo ke zlepšení situace na 58,3 roku u mužů a na 63,3 roku u žen. Zhruba do roku 1960 délka života rostla a pak dalších zhruba 30 let u mužů stagnovala a u žen rostla jen poměrně málo. Od roku 1967 dochází k mírnému poklesu trvajícím přibližně 3 roky, pravděpodobně se jedná o epidemii chřipky, díky které se zvýšila úmrtnost, v důsledku čehož se snížila naděje dožití<sup>88</sup>. Během 70. a 80. let je však růst, zejména u mužů, nepatrný. Výraznější růst pozorujeme teprve od počátku 90. let. V roce 2017 naděje dožití při narození činila 76 let pro muže a 81,9 pro ženy. V celém sledovaném období je naděje dožití při narození vyšší pro ženy než pro muže. Výše popsaný vývoj je patrný z grafu 3.

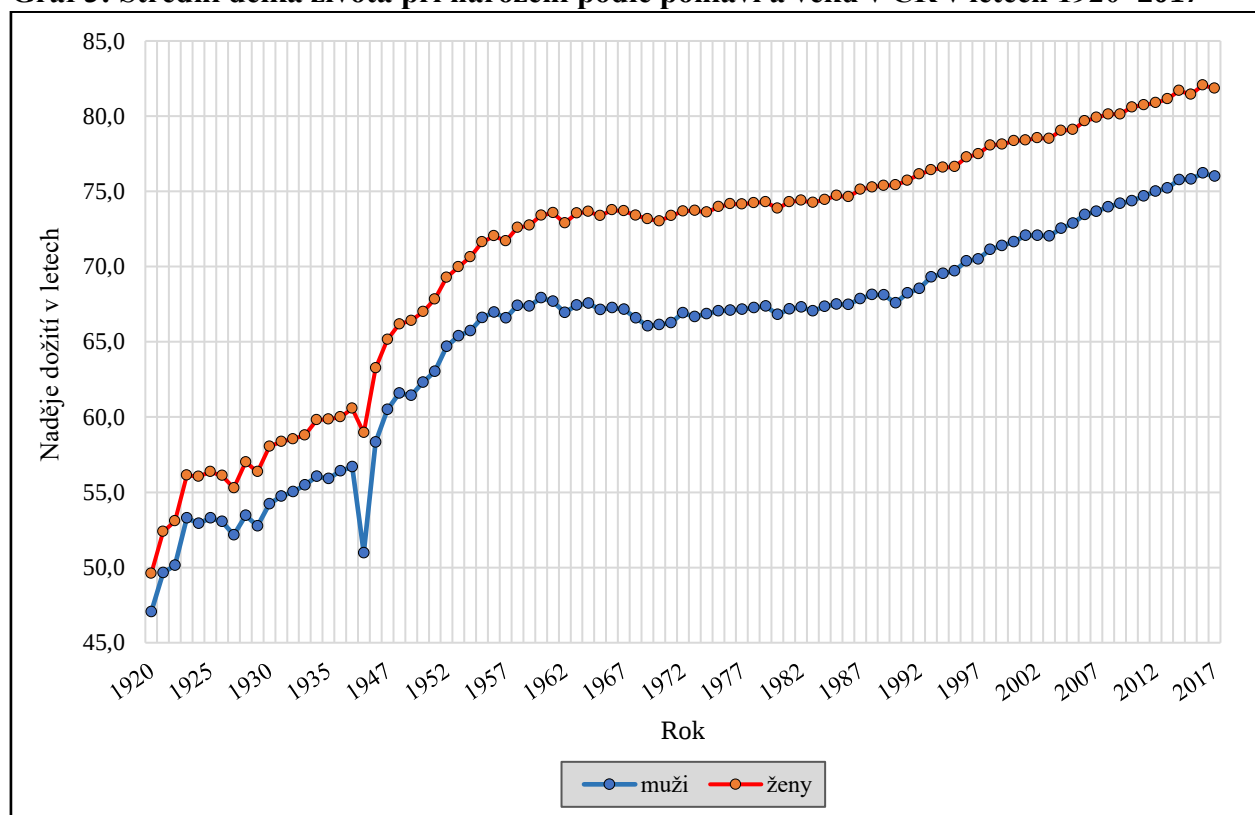
---

<sup>86</sup> OECD, *Fertility rates* [online]. 2016 [cit. 2018-11-03]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm>

<sup>87</sup> Statistika & My, *Naděje dožití a průměrný věk* [online]. 2015 [cit. 2018-10-30]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/nadeje-dozeni-a-prumerny-vek/>

<sup>88</sup> SZÚ, *Chřipkové pandemie 1918 a 1968*. [online]. 2018 [cit. 2018-10-30]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/rok-2018-kulata-vyroci-jsou-letos-i-u-chripky>

**Graf 3: Střední délka života při narození podle pohlaví a věku v ČR v letech 1920–2017**



Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

V rámci OECD zaujímá Česká republika spíše spodní příčky v rámci naděje dožití při narození. Nejvyšší naděje dožití je ve Švýcarsku – 81,7 roku pro muže a 85,6 pro ženy, podobné hodnoty má i Itálie. Japonské ženy se dožívají neuvěřitelných 87,1 roku, ovšem muži pouze 81,0 roku. Ale v rámci OECD to není největší rozdíl v rámci pohlaví. Rusko, země s nejnižší nadějí dožití v OECD, uvádí pro rok 2016 pro muže pouhých 66,5 roku, což je v porovnání s ČR hodnota srovnatelná s rokem 1980, ale pro ženy o téměř 11 let delší, 77,1 roku, což odpovídá hodnotě ČR z roku 1996<sup>89</sup>.

### 3.2 Výdaje na zdravotní péči podle věku

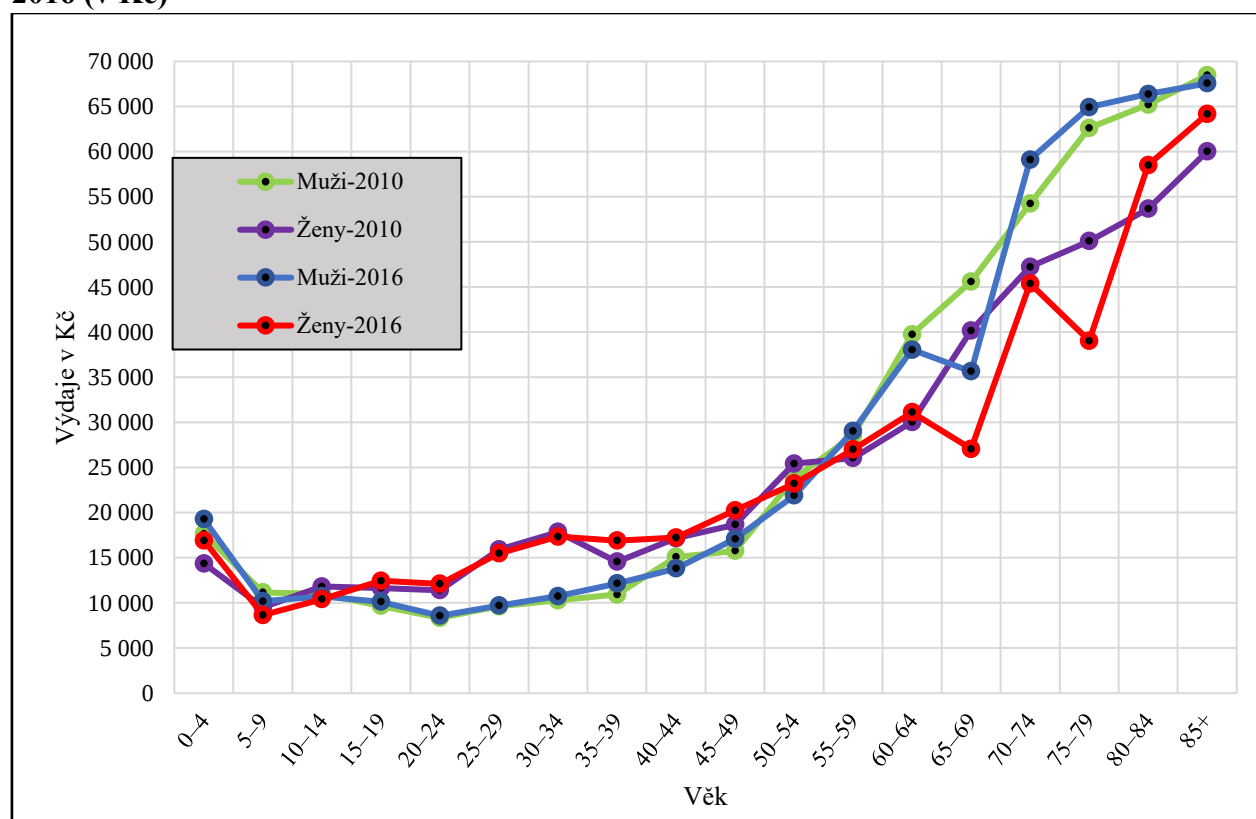
Zdravotní péče je specifická tím, že struktura poskytovaných služeb se mění podle věku pacientů. Je jasné, že novorozenci potřebují jiné služby než lidé v důchodovém věku. Na každou

<sup>89</sup> OECD, *Life expectancy at birth* [online]. 2016 [cit. 2018-11-03]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>

poskytovanou službu je třeba vynaložit jiné množství finančních prostředků. S měnící se věkovou strukturou obyvatelstva se dá očekávat i změna struktury výdajů na zdravotní péči. Struktura poskytované péče je odlišná také pro muže i pro ženy, přitom výše pojistného závisí pouze na výši příjmů. Lze tedy očekávat, že pojistné osob s nejvyšší potřebou lékařské péče, tedy seniorů, které platí stát, bude nižší než pojistné zaměstnaných osob v produktivním věku.

V grafech 4 a 5 jsou zobrazeny výdaje na zdravotní péči podle věkových skupin a pohlaví. Věkové skupiny jsou v pětiletých intervalech. Graf 4 zobrazuje výdaje v korunách na 1 pojištěnce v letech 2010 a 2016, hodnoty jsou tedy očištěny od vlivu počtu obyvatel. Naopak v grafu 5 jsou zobrazeny výdaje na jednotlivé věkové skupiny absolutně v milionech korun, je zde tedy patrný vliv věkové struktury populace.

**Graf 4: Výdaje zdravotních pojišťoven v ČR na 1 pojištěnce podle věku a pohlaví, 2010 a 2016 (v Kč)**

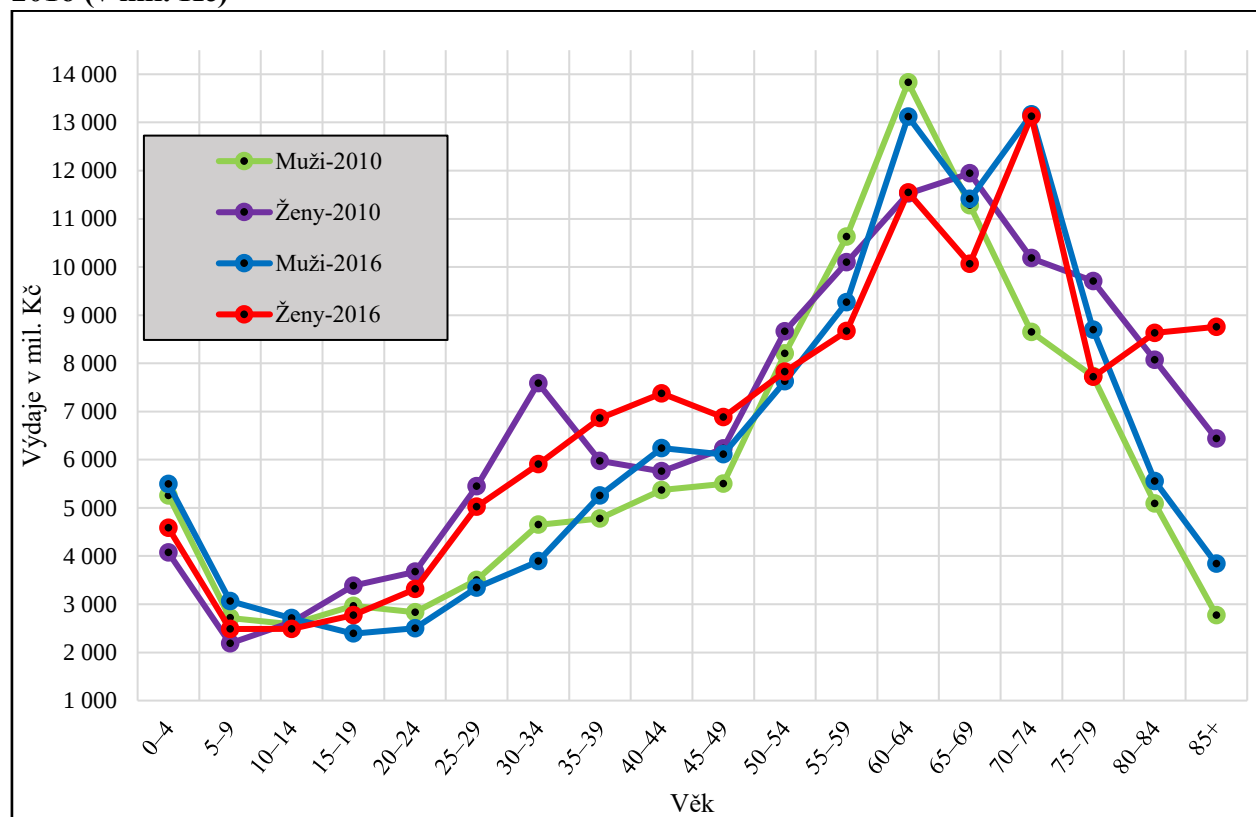


Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

Jak již bylo zmíněno, graf 4 zobrazuje výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce v letech 2010 a 2016, novější data nejsou dostupná. Z grafu 4 je patrné, že výdaje na věkovou skupinu 0–4 roky jsou srovnatelné s výdaji na skupinu 45–49 let. Věková skupina 0–4 roky je

z předproduktivní generace nejnákladnější. Za předproduktivní generaci se považují osoby ve věkovém rozmezí 0–14 let, tedy osoby závislé<sup>90</sup>. Od věku 45–49 let výdaje stoupají. Nejvyšší náklady jsou dle očekávání na nejstarší skupiny obyvatel, tedy čím je osoba starší, tím je péče o její zdraví nákladnější. Dále je z grafu 4 patrné, že v nižší věkových skupinách jsou větší výdaje na ženy, ovšem v poproduktivním věku (osoby 65+<sup>91</sup>) je nákladnější zdraví mužů, hodnoty pravděpodobně souvisejí s nižší nadějí dožití mužů (viz Graf 3).

**Graf 5: Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle věku a pohlaví, 2010 a 2016 (v mil. Kč)**



Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

V grafu 5 je promítnut vliv počtu obyvatel v jednotlivých věkových skupinách na výdaje na zdravotní péči. Celkově díky zvýšení počtu obyvatel a změnám ve věkovém složení jsou výdaje

<sup>90</sup> ČSÚ, *Věková struktura obyvatel podle dat sčítání lidu*. [online]. 2014 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551781/170217-14.pdf>, S. 1

<sup>91</sup> dtto, S. 1

na zdravotní péči v roce 2016 vyšší než v roce 2010, a to o 6 mld. Kč<sup>92</sup>. Výše výdajů v roce 2016 činila 237,7 mld. Kč<sup>93</sup>. Stejně jako v grafu 4, i zde jsou výdaje na předproduktivní generaci nejvyšší ve věku 0–4 roky, nejspíše proto, že každý novorozenec je po porodu hospitalizován<sup>94</sup>. U mužů je vývoj mezi lety 2010–2016 podobný, ovšem u žen se vyskytují určité změny. Výdaje ve skupině 30–34 let se u žen v roce 2016 oproti roku 2010 snížily o 22 %, což se přičítá nižšímu počtu žen, a tedy nižšímu počtu porodů v této věkové skupině<sup>95</sup>.

Další výrazný nárůst u žen se objevuje ve věku 85+, hlavně díky nárůstu počtu obyvatel v této věkové skupině. Obecně se ve věku 85+ objevuje vyšší míra nemocnosti, což znamená, že se očekává další zvýšení nákladů. Ve věku 85+ tvoří ženy 70 % populace ČR této věkové skupiny<sup>96</sup>, díky čemuž jsou výdaje na ženy ve starších věkových skupinách vyšší. U mužů byl největší nárůst zaznamenán ve věku 70–74 let, a to o neuvěřitelných 52 %, hlavně díky zvýšení počtu osob v této věkové skupině<sup>97</sup>. Z grafu 5 je patrné, že v pozdějších věcích se vydává více peněžních prostředků na ženy, protože se dožívají vyššího věku a věkové skupiny žen jsou tedy početnější. Nejvíce peněžních prostředků zdravotní pojišťovny vydaly v roce 2016 na nemoci oběhové soustavy, i když oproti roku 2010 došlo k poklesu o 1 362 mil. Kč na 25 396 mil. Kč. Tyto nemoci více postihují muže. Jako další v pořadí se nejvíce vydávají peněžní prostředky na léčbu novotvarů, kde naopak v roce 2016 oproti roku 2010 došlo k rapidnímu zvýšení o 4 401 mil. Kč na 23 618 mil. Kč, přičemž novotvary se objevují přibližně u stejného počtu mužů i žen<sup>98</sup>.

Klesající úhrnná plodnost a zvyšující se naděje dožití způsobují jev zvaný stárnutí populace. Jedním ze závažných, i když méně diskutovaných důsledků stárnutí obyvatelstva je problematika

---

<sup>92</sup> ČSÚ, *Specifické výsledky o výdajích na zdravotní péči* [online]. 2018 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61629742/26000518k3.pdf/5bbd407c-cf15-4b9e-aae3-275b8bca3caf?version=1.0>, S. 27

<sup>93</sup> dtto, S. 22

<sup>94</sup> dtto, S. 29

<sup>95</sup> dtto, S. 28

<sup>96</sup> ČSÚ, *Specifické výsledky o výdajích na zdravotní péči* [online]. 2017 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/46013402/26000517k3.pdf/336a6bba-ad7c-4860-a40f-6c0731e34aef?version=1.0>, S. 23

<sup>97</sup> ČSÚ, *Specifické výsledky o výdajích na zdravotní péči* [online]. 2018 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61629742/26000518k3.pdf/5bbd407c-cf15-4b9e-aae3-275b8bca3caf?version=1.0>, S. 27

<sup>98</sup> dtto, S. 27

financování zdravotní péče. Zvyšování podílu seniorů znamená zvyšování výdajů na zdravotní péči a současně snížení příjmů zdravotních pojišťoven, neboť pojistné, které platí za seniory stát, je výrazně nižší než průměrné pojistné, které odvádí zaměstnané osoby. Platba státu za státní pojištěnce v roce 2018 činí 969,- Kč za měsíc<sup>99</sup>, přičemž průměrný odvod za zaměstnance činí 3902,- Kč za měsíc<sup>100</sup>. Budoucí vývoj příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven lze odhadnout na základě projekce obyvatelstva. Následuje projekce úhrnné plodnosti, naděje dožití, věkového složení a migrace, která má na složení populace také velký vliv.

### 3.3 Projekce budoucího vývoje do roku 2100

V roce 2013 byla Českým statistickým úřadem vytvořena projekce vývoje obyvatelstva ČR do roku 2100. Projekce se vytváří obvykle ve třech variantách. Nejpravděpodobnější a nejreálnější je střední varianta. Nízká varianta oproti ostatním předpokládá zpomalení vývoje, počítá s nízkou plodností, nižší nadějí dožití a s nižší migrací. Naopak vysoká varianta počítá s nejvyšší plodností, nadějí dožití a s nejvyšší migrací.

Projekce má za cíl nastínit směr budoucího populačního vývoje a upozornit na změny ve věkovém složení, které budou velmi výrazné. Projekce samozřejmě nemůže předpokládat neočekávané události jako ekonomické krize, epidemie chorob či změny v sociálním systému, které mohou mít vliv na plodnost a úmrtnost. Projekce má těsný vztah ke vstupním parametrům, proto je nutné v případě interpretace výsledků k nim přihlédnout<sup>101</sup>. Následná projekce příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven vychází právě ze střední varianty této projekce, jejíž scénáře jsou zobrazeny v tabulce 2.

---

<sup>99</sup> MZ ČR, *Rok 2018 ve zdravotnictví: Vyšší platby za státní pojištěnce, zavedení domácí paliativní péče a nižší limity na léky pro sociálně zranitelné* [online]. 2017 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/rok-2018-ve-zdravotnictvivyssi-platby-za-statni-pojistencezavedeni-domaci-pa\\_14545\\_3692\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/rok-2018-ve-zdravotnictvivyssi-platby-za-statni-pojistencezavedeni-domaci-pa_14545_3692_1.html)

<sup>100</sup> Vlastní výpočet

<sup>101</sup> ČSÚ, *Projekce obyvatelstva České republiky* [online]. 2013 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20567167/402013u.pdf/3cdc1b6f-9334-429e-99e6-f72b4047bee3?version=1.0>, S. 1

**Tabulka 2: Varianty úhrnné plodnosti, naděje dožití a salda migrace do roku 2100**

| Rok   | Úhrnná plodnost |         |        | Naděje dožití pro muže a ženy |      |         |      |        |      | Saldo migrace |         |        |
|-------|-----------------|---------|--------|-------------------------------|------|---------|------|--------|------|---------------|---------|--------|
|       |                 |         |        | nízká                         |      | střední |      | vysoká |      |               |         |        |
|       | nízká           | střední | vysoká | muži                          | ženy | muži    | ženy | muži   | muži | nízká         | střední | vysoká |
| 2012* | 1,45            | 1,45    | 1,45   | 75,0                          | 80,9 | 75,0    | 80,9 | 75,0   | 80,9 | 10 293        | 10 293  | 10 293 |
| 2015  | 1,45            | 1,45    | 1,45   | 75,6                          | 81,4 | 75,8    | 81,6 | 75,9   | 81,8 | -996          | 8 934   | 18 864 |
| 2030  | 1,45            | 1,50    | 1,52   | 78,2                          | 83,8 | 79,5    | 85,1 | 80,6   | 86,1 | 2 226         | 11 659  | 21 110 |
| 2050  | 1,45            | 1,56    | 1,61   | 81,1                          | 86,2 | 83,0    | 88,0 | 84,6   | 89,3 | 5 571         | 14 384  | 23 291 |
| 2100  | 1,45            | 1,56    | 1,61   | 84,2                          | 88,8 | 86,6    | 91,1 | 88,4   | 92,9 | 10 350        | 17 671  | 25 400 |

Zdroj: data ČSÚ // \*reálná data

Co se týče naděje dožití, údaje ve střední variantě pro rok 2030 nejsou příliš vzdálené například od současných japonských hodnot. Díky pokroku v moderní medicíně je pravděpodobné, že naděje dožití se bude po celé období projekce zvyšovat. Pokud by počet obyvatel závisel pouze na plodnosti, docházelo by k úbytku obyvatel v zemi, ale část obyvatelstva přibývá i díky migraci. Saldo migrace udává rozdíl mezi přistěhovalými a vystěhovalými. Pokud je hodnota kladná, přináší migrace přírůstek obyvatelstva a stát se tak dá považovat za migračně atraktivní. Kromě roku 2015 v nízké variantě, jsou všechny hodnoty kladné a migrantů by mělo dle prognózy rok od roku přibývat, ovšem jejich počet k udržení současného počtu obyvatel nestačí. Dle projekce věkového složení obyvatelstva (střední varianta) do roku 2100 by obyvatel mělo ubývat, tedy pravděpodobně dojde k výraznému snížení počtu obyvatel na pouhých 7 712 096 obyvatel<sup>102</sup>, oproti současným 10 625 449 obyvatel<sup>103</sup>, ovšem i vysoká varianta počítá se snižováním počtu obyvatel<sup>104</sup>. Důležité je, že žádná varianta nepředpokládá zajištění prosté reprodukce obyvatelstva.

### 3.4 Vliv stárnutí obyvatelstva na výši zdravotních výdajů

Jak již bylo zmíněno výše, stárnutí obyvatelstva má na zdravotní výdaje velký vliv, protože se mění struktura obyvatel, což je zřejmé z grafu 6, který zobrazuje pomocí věkové pyramidy

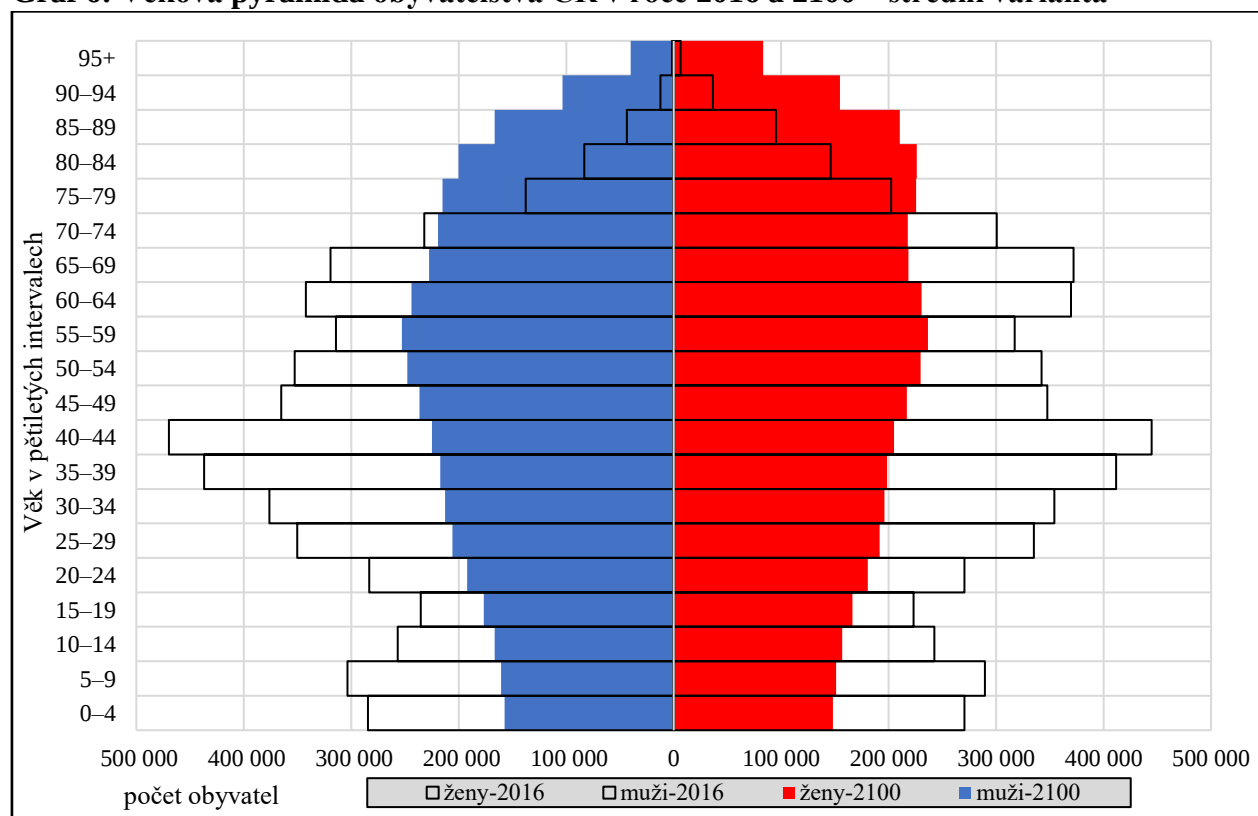
<sup>102</sup> ČSÚ, *Věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin, muži a ženy (k 1.1.)* [online]. 2013 [cit. 2018-11-03]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20567167/40201305.pdf/bad52ebe-8bb7-4551-a25e-50ba7ba7cdea?version=1.0>

<sup>103</sup> ČSÚ, *Obyvatelstvo* [online]. 2018 [cit. 2018-11-03]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo\\_lide](https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide)

<sup>104</sup> ČSÚ, *Projekce obyvatelstva České republiky* [online]. 2013 [cit. 2018-11-03]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20567167/402013u.pdf/3cdc1b6f-9334-429e-99e6-f72b4047bee3?version=1.0>, S. 4

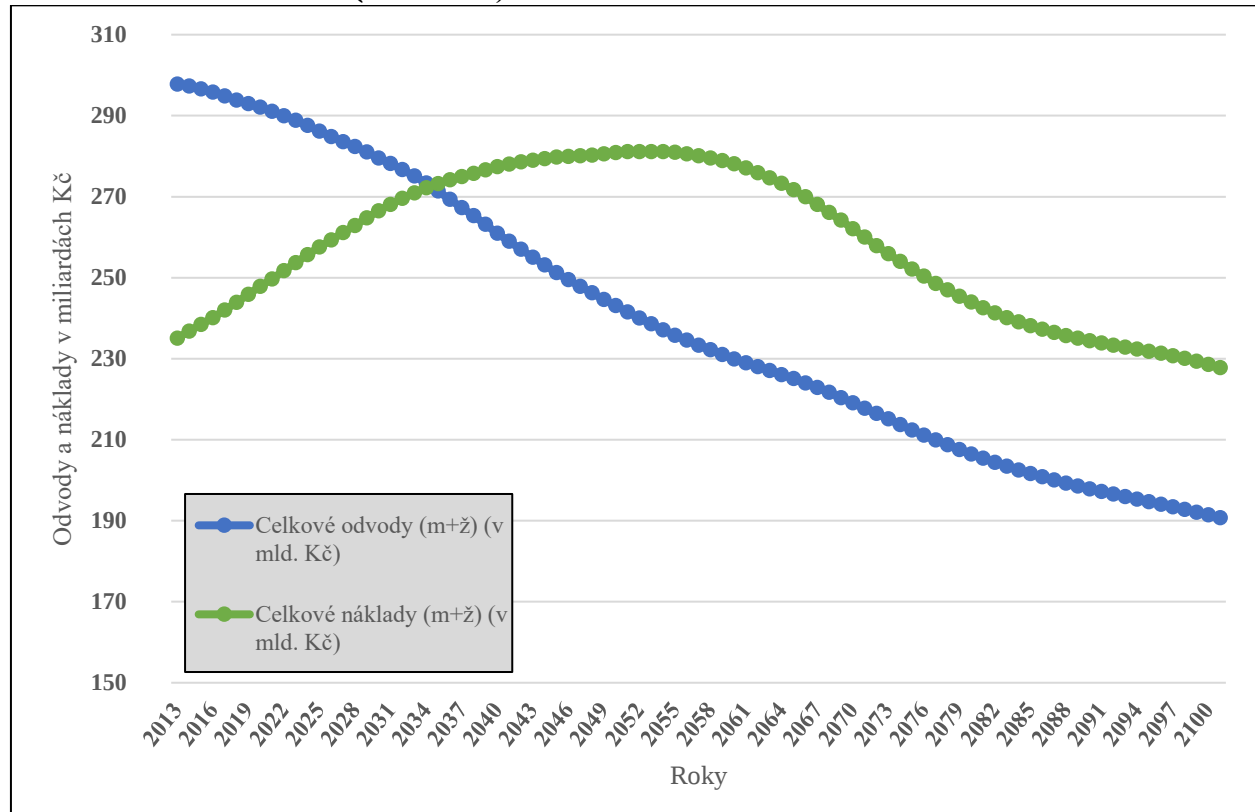
střední variantu věkové struktury populace ČR podle pětiletých věkových skupin v roce 2100 v porovnání se současnou pětiletou věkovou strukturou z roku 2016. Budoucí věková struktura byla vytvořena na základě střední varianty uvedené projekce. V roce 2100 nejpočetnější věkovou skupinou bude 55–59 let u mužů i u žen. V roce 2016 tvořili nejpočetnější skupinu obyvatelé ve věku 40–44 let. Obyvatel ve věkovém intervalu 85–89 let bude v roce 2100 více než osob ve věku 0–4 roky, což jasně značí stárnutí obyvatelstva. V rámci plateb pojistného jsou obvykle osoby předproduktivní a poproduktivní generace státními pojištěnci. Nejlepší porovnání představuje index hospodářského zatížení, který říká, kolik osob včetně sebe musí teoreticky jedna osoba v produktivním věku „uživit“. Samozřejmě za ideálního předpokladu, že všichni obyvatelé v produktivním věku pracují a z předproduktivní a poproduktivní generace nepracuje nikdo. V roce 2013 činila hodnota tohoto indexu 1,46, přičemž do roku 2100 tento index naroste na 1,81.

**Graf 6: Věková pyramida obyvatelstva ČR v roce 2016 a 2100 – střední varianta**



Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

**Graf 7: Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči a odvody na zdravotní pojištění v ČR v letech 2013–2101 (v mld. Kč)**



Zdroj: data ČSÚ a ISPV, vlastní zpracování

Pro projekci nákladů a příjmů zdravotních pojišťoven byla použita projekce věkové struktury populace ČR v pětiletých intervalech (střední varianta) a údaje o míře zaměstnanosti z Českého statistického úřadu<sup>105</sup>. Dále byla použita výše průměrných příjmů z roku 2016, která byla vypočítána váženým průměrem z dat Informačního systému o průměrném výděлку<sup>106</sup> a údaje o výši výdajů zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce z roku 2016, které byly představeny v grafu 5. Předpokládá se pro jednoduchost, že všechny zaměstnané osoby platí pojistné odpovídající průměrnému příjmu v jejich věkové kategorii, zatímco za všechny osoby, které nejsou zaměstnané, platí pojistné stát. Je uvažována platba za státní pojištěnce opět z roku 2016, tedy ve výši 870,- Kč a odvod 13,5 % ze mzdy.

<sup>105</sup> ČSÚ, *Zaměstnanost a nezaměstnanost podle výsledků VŠPS – roční průměry – rok 2016 (509/1 Míra zaměstnanosti muži/ženy)* [online]. 2017 [cit. 2018-11-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zamestnanost-a-nezamestnanost-podle-vysledku-vsps-rocni-prumery-rok-2016>

<sup>106</sup> ISPV, *Mzdová sféra ČR – rok 2016 a Platová sféra ČR – rok 2016* [online]. 2018 [cit. 2018-11-23]. Dostupné z: <https://ispv.cz/cz/Vysledky-setreni/Archiv/2016.aspx#10745>

Projekce tedy vychází ze zjednodušeného předpokladu, že po celé období zůstanou příjmy obyvatelstva i náklady na zdravotní péči na úrovni roku 2016. Dále předpokládá zachování měr zaměstnanosti na úrovni uvedeného roku, což není zcela realistické vzhledem k pokračujícímu zvyšování důchodového věku. Projekce nepočítá se zvyšující se mírou zaměstnanosti vyšších věkových skupin, která je v současné době nízká, ani se zvyšujícím se věkem odchodu do důchodu. Pokud by se tyto hodnoty zvyšovaly, zvyšovaly by se i odvody na zdravotní pojištění. Hodnoty měr zaměstnanosti a měsíčního příjmu použité pro projekci jsou uvedeny v tabulce 3.

**Tabulka 3: Použitá míra zaměstnanosti a měsíční příjem věkových skupin pro projekci odvodů a nákladů zdravotních pojišťoven (z roku 2016)**

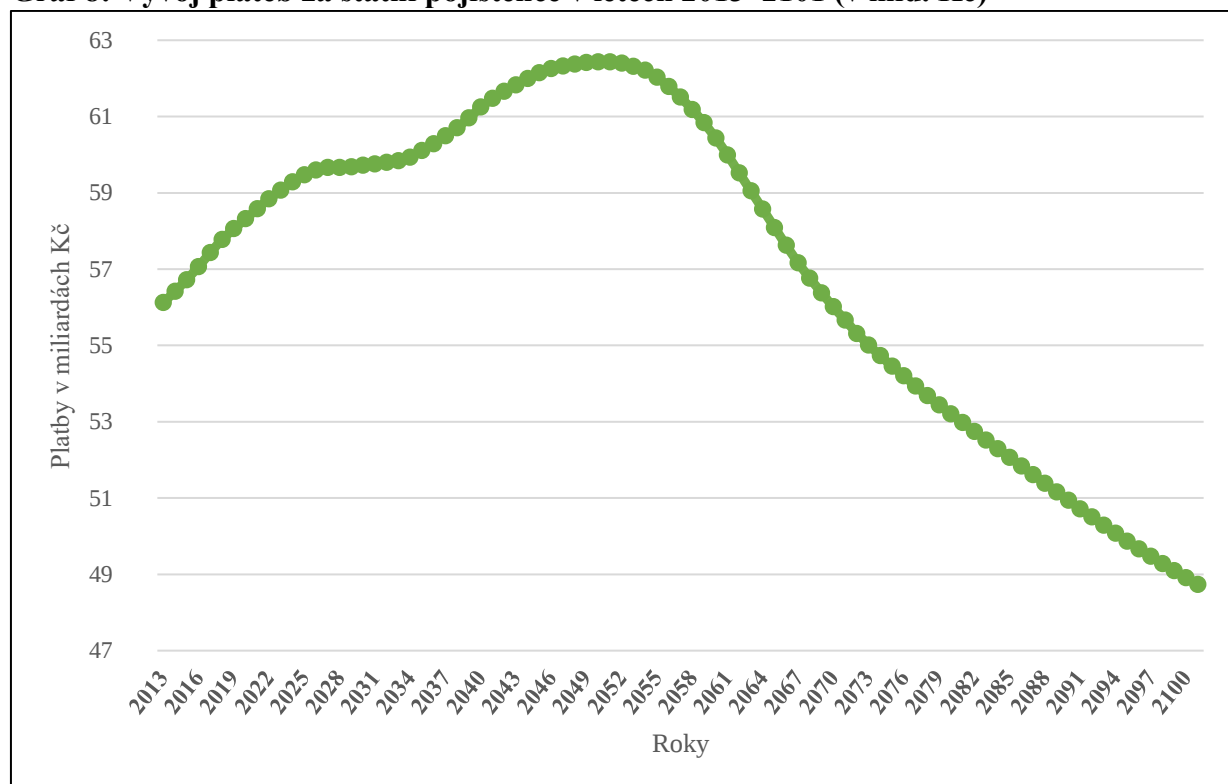
| Věk   | Míra zaměstnanosti |      | Průměrný měsíční příjem |        | Věk   | Míra zaměstnanosti |      | Průměrný měsíční příjem |        |
|-------|--------------------|------|-------------------------|--------|-------|--------------------|------|-------------------------|--------|
|       | muži               | ženy | muži                    | ženy   |       | muži               | ženy | muži                    | ženy   |
| 0-4   | 0,00               | 0,00 | 0                       | 0      | 55-59 | 0,85               | 0,77 | 31 821                  | 25 468 |
| 5-9   | 0,00               | 0,00 | 0                       | 0      | 60-64 | 0,52               | 0,26 | 31 159                  | 27 621 |
| 10-14 | 0,00               | 0,00 | 0                       | 0      | 65-69 | 0,09               | 0,05 | 31 159                  | 27 621 |
| 15-19 | 0,05               | 0,04 | 19 187                  | 17 206 | 70-74 | 0,00               | 0,00 | 0                       | 0      |
| 20-24 | 0,57               | 0,38 | 25 363                  | 22 710 | 75-79 | 0,00               | 0,00 | 0                       | 0      |
| 25-29 | 0,88               | 0,64 | 25 363                  | 22 710 | 80-84 | 0,00               | 0,00 | 0                       | 0      |
| 30-34 | 0,94               | 0,65 | 33 661                  | 26 161 | 85-89 | 0,00               | 0,00 | 0                       | 0      |
| 35-39 | 0,95               | 0,76 | 33 661                  | 26 161 | 90-94 | 0,00               | 0,00 | 0                       | 0      |
| 40-44 | 0,95               | 0,86 | 35 269                  | 25 437 | 95-99 | 0,00               | 0,00 | 0                       | 0      |
| 45-49 | 0,93               | 0,90 | 35 269                  | 25 437 | 100+  | 0,00               | 0,00 | 0                       | 0      |
| 50-54 | 0,91               | 0,87 | 31 821                  | 25 468 |       |                    |      |                         |        |

Zdroj: data ČSÚ a ISPV, vlastní zpracování

V grafu 7 jsou zobrazeny výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči a odvody na zdravotní pojištění v České republice v letech 2013–2101 v miliardách Kč. Ovšem je pravděpodobné, že výdaje na 1 pojištěnce budou stoupat hlavně díky vývoji moderních medicínských technologií, ale projekce výdajů není dostupná, proto je použita stejná výše výdajů jako v roce 2016. Výše odvodů pokryje náklady zdravotní pojišťoven zhruba do poloviny třicátých let. Od tohoto roku budou náklady až do konce období projekce každoročně vyšší. V roce 2016 celková výše odvodů činila 295,81 mld. Kč a celková výše nákladů zdravotních pojišťoven činila 240,13 mld. Kč, ovšem do roku 2101 by se celkové výdaje měly snížit na 227,77 mld. Kč díky snižování počtu obyvatel, odvody (tedy příjmy zdravotních pojišťoven) budou činit pouze 190,70 mld. Kč, což na pokrytí nákladů nebude stačit.

Graf 8 představuje vývoj plateb za státní pojištění v letech 2013–2101 za předpokladu stejné výše plateb za státní pojištění jako v roce 2016. Pro vytvoření tohoto vývoje byla použita opět střední varianta věkové projekce z Českého statistického úřadu. Z grafu 8 je patrný nárůst státních pojištěnců do roku 2050 až na částku 62,43 mld. Kč, poté výše plateb klesá kvůli snižování počtu obyvatel. Za předpokladu zvyšování plateb, které bylo schváleno vládou v roce 2017, by se platby měly v roce 2020 zvýšit na 1067,- Kč za pojištěnce<sup>107</sup>. Toto zvýšení by v roce 2021 znamenalo navýšení příjmu zdravotních pojišťoven o 13,27 mld. Kč, oproti výši plateb z roku 2016 870,- Kč a odvody by pokryly náklady do roku 2039. Vzhledem k tomu, že státních pojištěnců bude stále přibývat je pravděpodobné, že se platby budou i nadále zvyšovat, aby se pokryly náklady zdravotních pojišťoven.

**Graf 8: Vývoj plateb za státní pojištění v letech 2013–2101 (v mld. Kč)**



Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

<sup>107</sup> Statnisprava.cz, *Vláda schválila navyšování pojistného za státní zaměstnance* [online]. 2017 [cit. 2018-11-23]. Dostupné z: [https://www.statnisprava.cz/rstsp/clanky.nsf/i/vlada\\_schvalila\\_navysovani\\_pojistneho\\_za\\_statni\\_zamestnance\\_17013011\\_67696651](https://www.statnisprava.cz/rstsp/clanky.nsf/i/vlada_schvalila_navysovani_pojistneho_za_statni_zamestnance_17013011_67696651)

Nelze odhadnout, jak se bude vyvíjet zdravotní stav obyvatelstva, proto jen těžko lze posoudit výši nákladů. Při výpočtu projekce byla použita řada zjednodušujících předpokladů. Ve skutečnosti lze samozřejmě očekávat růst nákladů na zdravotní péči, ale i růst příjmů obyvatelstva. Pokud bude index růstu nákladů na zdravotní péči zhruba stejný jako index růstu příjmů, měl by se zachovat poměr mezi odvody pojistného a výší nákladů na zdravotní péči. Vzhledem k dalšímu růstu důchodového věku lze očekávat růst měr zaměstnanosti, a tedy i růst výše vybraného pojistného. Růst délky života může znamenat i zlepšování zdravotního stavu populace, je tedy možné, že náklady na zdravotní péči budou v některých věkových skupinách klesat a přesouvat se do vyššího věku. Základní trendy však zřejmě zůstanou zachovány. V nejbližších letech lze očekávat pokles úhrnu vybraného pojistného a současně růst nákladů na zdravotní péči.

Ovšem pokud přihlédneme k aspektům jako je zvýšení počtu státních pojištěnců a pokrok v moderní medicíně, docházíme k výsledku, že vyšší budou výdaje státu, potenciálně i pacientů, protože se dá očekávat zvýšení sazeb pojistného. Dalším způsobem odhadnutí výše výdajů je využití regresní přímky, přičemž projekce je přesnější. Tímto způsobem dojdeme k nárůstu výdajů do roku 2030 o 85 %<sup>108</sup>. Díky takto rapidnímu zvýšení výdajů je třeba provést nějaké změny ve zdravotním systému. Některá řešení budou představena v další kapitole.

---

<sup>108</sup> ČSÚ, Ladislav Průša. *Důsledky změn věkové struktury obyvatelstva na vývoj nákladů na poskytování zdravotní péče* [online]. 2017 [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/46203820/Pr%C5%AF%C5%A1a.pdf/dae66cdf-ea8b-4d4b-8644-fef6663186ae?version=1.0>, S. 38

## 4 Návrhy řešení

Na pokračující stárnutí populace je třeba včas reagovat, protože s sebou přináší mnoho problémů nejen na poli zdravotní politiky, ale také například v oblasti důchodového systému. Ovšem žádná odborná studie, která by komplexně zkoumala problematiku vlivu stárnutí obyvatelstva na zdravotní systém, neexistuje a o problematice se diskutuje pouze okrajově. Lze očekávat zvyšování sazeb pojistného, ovšem i přesto je možné, že se bude vytvářet schodek, který se bude rok od roku zvyšovat. Zejména z těchto důvodů je třeba přijmout určitá legislativní opatření, díky kterým by zdravotní pojišťovny dosáhly vyrovnaného rozpočtu. Převážně by se měly zvýšit platby pojistného na zdravotní pojištění za státní pojištěnce. Dále by bylo vhodné najít další zdroje financování zdravotní péče a také by se měla zvýšit spoluúčast pacientů při financování poskytované zdravotní péče<sup>109</sup>.

Všechna výše zmíněná opatření jsou velmi citlivá, hlavně proto, že obyvatelé velmi špatně přijímají zvyšování svých výdajů. Zvýšení sazeb pojistného i plateb za státní pojištěnce, je však nejlepším řešením, díky kterému by se nejspíše podařilo profinancovat náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči ze systému zdravotního pojištění a nemuselo by docházet ke schodku státního rozpočtu<sup>110</sup>. Pokud by se výše pojistného zvýšila o jeden procentní bod na 14,5 %, příjmy zdravotních pojišťoven by se do roku 2021 zvýšily o 17,17 mld. Kč na 307, 51 mld. Kč, při zachování stejné míry zaměstnanosti, stejné výše průměrných platů a mezd a plateb za státní pojištěnce jako byly použity při tvorbě grafu 7. Ovšem i přes toto navýšení by rozpočet byl vyrovnaný pouze do roku 2039 a musely by se například zvýšit i platby za státní pojištěnce. Pokud tedy bude zvýšena i platba za státní pojištěnce na schválenou výši 1067,- Kč, dojde ke zvýšení příjmů zdravotních pojišťoven na 320,78 mld. Kč a náklady by byly pokryty až do roku 2044.

Další možností je zvýšení spoluúčasti pacientů například opětovným zavedením regulačních poplatků nebo snížením počtu úkonů, které jsou propláceny. Tím by se ovšem zvýšily sociální rozdíly napříč společnostmi a byl by porušen princip solidarity. Nejradikálnější, ovšem poměrně dobře účinné řešení bylo inspirováno švýcarským zdravotním systémem. Stát zde přispívá

---

<sup>109</sup> ČSÚ, Ladislav Průša. *Důsledky změn věkové struktury obyvatelstva na vývoj nákladů na poskytování zdravotní péče* [online]. 2017 [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/46203820/Pr%C5%AF%C5%A1a.pdf/dae66cdf-ea8b-4d4b-8644-fef6663186ae?version=1.0>, S. 43–44

<sup>110</sup> dtto, S. 44

částí peněžních prostředků vybraných na daních z přidané hodnoty právě na zdravotní systém. Toto opatření by však vyžadovalo reformu daňového systému a samozřejmě také systému zdravotního a sociálního pojištění<sup>111</sup>.

Dle mého názoru je také důležitá prevence. Pokud budou lidé svým nemocím předcházet, nebude poté nutné řešit a financovat takové množství následků. Zdraví populace je důležité a mělo by se ochraňovat, proto je třeba více dbát na prevenci, která by měla být povinná pro každého, a na zdravý životní styl. Je třeba usilovat o snížení výskytu obezity, kouření, alkoholismu a podobných negativních jevů moderní doby. Lidé by měly být motivováni ke zdravému životu. Zdravotní pojišťovny spouští různé programy pro podporu sportu apod., ale dle mého názoru jsou příspěvky poměrně nízké, například VZP nabízí 500,- Kč/rok<sup>112</sup>.

Možností je také dotování kvalitních a zdravých potravin. Lidé by měly do svého jídelníčku přidat více zeleniny, a naopak omezit polynenasycené tuky. Tyto zoxidované tuky podporují rozvoj zánětu, díky škodlivým volným radikálům, proto je vhodné skladovat je ve tmě. Povědomí společnosti by se mělo rozšířit o znalosti ohledně zdravého životního stylu. Lidé by měly častěji docházet na diagnostické testy, aby se případné nemoci mohly léčit v jejich časných stádiích, kdy není na léčbu nutné vynaložit takové množství výdajů.

Jak již bylo zmíněno výše, nejvíce výdajů se vynakládá na nemoci oběhové soustavy, kterým lze pohybem předcházet. Lidé ve vyšším věku by měly mít dostatek zdravých potravin a vhodných pohybových aktivit. Mezi seniory je nízká informovanost z hlediska potřeby každodenního pohybu, zdravé stravy a životního stylu, kam patří omezení kouření a alkoholu<sup>113</sup>. Zdravá populace je velmi důležitá, pouze zdraví lidé mohou pracovat a zvyšovat tak prosperitu své země.

---

<sup>111</sup> ČSÚ, Ladislav Průša. *Důsledky změn věkové struktury obyvatelstva na vývoj nákladů na poskytování zdravotní péče* [online]. 2017 [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/46203820/Pr%C5%AF%C5%A1a.pdf/dae66cdf-ea8b-4d4b-8644-fef6663186ae?version=1.0>, S. 45

<sup>112</sup> VZP, *Pohyb, snížení nadváhy* [online]. 2018 [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky/dospeli/pohyb-snizeni-nadvahy>

<sup>113</sup> Klinika zdraví, *Srdeční choroby – metla Čechů. Jak jim předcházet?* [online]. 2015 [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: <http://www.klinikazdravi.cz/Novinky/Srdecni-choroby-metla-Cechu-Jak-jim-predchazet-372783>

Co se týče současného systému financování zdravotní péče je dle mého názoru nastaven dobře. Současná demografická struktura přispívá k úspěšnému profinancování nákladů zdravotních pojišťoven. Ovšem graf 7 jasně vypovídá o neudržitelnosti současného systému do budoucna. Ale změna financování zdravotního systému není dle mého názoru řešením. V případě komerčního zdravotního pojištění by pravděpodobně mnoho obyvatel nebylo pojištěno, vzhledem k vysokému počtu státních pojištěnců. Dále by bylo možné očekávat zhoršení finanční situace obyvatelstva a pravděpodobně i zdravotního stavu. Lidé by nechodili tak často k lékaři a mnohá onemocnění přecházeli.

Do budoucna by tedy bylo třeba přijmout některá opatření, aby zdravotní péče stále zůstávala kvalitní a zdraví populace bylo na vysoké úrovni, i přes stárnutí obyvatel. Částečné řešení by mohlo být ve zvýšení plodnosti obyvatelstva, aby se zvýšilo zastoupení produktivní generace a snížil se tak podíl státních pojištěnců. Dále bude nejspíše nutné zvýšit výši pojistného a plateb za státní pojištěnce. Samozřejmě je možné, že se zvyšující se nadějí dožití se bude také zlepšovat zdravotní stav populace a nebude tedy nutné vynakládat takové množství finančních prostředků na zdravotní péči, ať už vyšších věkových skupin nebo populace celkově.

Také je možné předpokládat zvyšování věku odchodu do důchodu, tedy zvyšování zaměstnanosti vyšších věkových skupin, čímž se zvýší odvody na zdravotní pojištění a sníží platby za státní pojištěnce. Jak již bylo zmíněno, nelze odhadnout vývoj zdravotního stavu populace či ekonomického cyklu. Stejně tak věková struktura je pouze odhadem na základě předpokládaného vývoje plodnosti, úmrtnosti a migrace. Tyto hodnoty mohou být za několik let úplně jiné, proto jsou předchozí výpočty pouze odhady a v současné době nelze říct, jak přesné jsou.

## Závěr

Jako cíl práce jsem si v úvodu stanovila zanalyzovat vliv stárnutí obyvatelstva na financování zdravotního systému v České republice a na základě projekce příjmů a nákladů zdravotních pojišťoven dokázat udržitelnost či neudržitelnost současného nastavení zdravotního systému v ČR.

Otázka udržitelnosti současně nastaveného zdravotního systému je spekulativní, ovšem pokud budeme uvažovat současný předpoklad demografického vývoje spolu se současnou mírou zaměstnanosti a současnou výší výdajů zdravotních pojišťoven, je toto nastavení zdravotního systému neudržitelné. Díky nízké porodnosti, a naopak vysoké naději dožití se změní struktura populace České republiky. Věkové skupiny nad 75 let budou početnější než v současné době, díky již zmiňované vyšší naději dožití. Index hospodářského zatížení se zvýší ze současných 1,46 na 1,81. Naopak předproduktivní a produktivní generace budou zastoupeny nižším počtem obyvatel, čemuž přispěje porodnost dlouhodobě pod hranici čisté reprodukce. Celkově by počet obyvatel v roce 2100 měl být nižší téměř o 3 miliony obyvatel.

Udržitelnosti současného systému nepřispívá ani zvyšování počtu státních pojištěnců. Stát za státní pojištěnce platí jednotné platby, jejichž výše je několikrát nižší, než je průměrný odvod pojistného za zaměstnané osoby. Díky tomu jsou příjmy zdravotních pojišťoven nižší. V současné době je rozpočet zdravotních pojišťoven vyrovnaný, ovšem dle projekce pouze do roku 2034. Od roku 2034 až do roku 2101 budou příjmy nižší než náklady. Je to přikládáno měnící se struktuře nákladů. Zdravotní pojišťovny vynakládají nejvíce peněžních prostředků za starší osoby. Platí, že čím je osoba starší, tím je na její zdraví vynakládáno více peněžních prostředků. Jak již bylo zmíněno věkové skupiny nad 75 let budou početněji zastoupeny. Naopak produktivní generace bude zastoupena méně, než je tomu doposud. Struktura nákladů se bude měnit hlavně díky nižším příjmům za produktivní obyvatele a vyšším nákladům za početnější poproduktivní generaci. Rozpočet zdravotních pojišťoven se takto dostane do schodku.

Udržitelnost nastaveného systému by se zvýšila v případě růstu mezd či zvyšování věku odchodu do důchodu, a tedy vyšší zaměstnanosti starších osob, která je v současné době nízká. V případě růstu mezd by se jednalo o zvýšení odvodů za zaměstnance, a tedy o přímé zvýšení příjmů zdravotních pojišťoven. Pokud by obyvatelé byli zaměstnáni i ve vyšším věku, odváděli by

pojistné a nebyli by státními pojištěnci, jako je tomu v současné době. Příjmy do rozpočtu zdravotních pojišťoven by se zvýšily, čímž by se zvýšila i udržitelnost.

Dalším možným řešením je navýšení pojistného a plateb za státní pojištěnce, díky čemuž by bylo možné lepší profinancování nákladů zdravotních pojišťoven. Dobrým řešením by bylo navýšení mezd a současně i odvodu pojistného například na 14,5 % a dále také plateb za státní pojištěnce. Příjmy by se takto zvýšily ve všech oblastech. Díky růstu platů a mezd by bylo navýšení odvodu pojistného společností lépe přijímáno. Samozřejmě je možné, že zdravotní stav populace se bude se zvyšující se úrovní zdravotní péče zlepšovat, čímž by se snížily náklady zdravotních pojišťoven, ale na to nelze spoléhat.

Zdravotní stav populace by se měl udržovat na co nejvyšší úrovni a onemocněním by se mělo předcházet. Z tohoto důvodu je velmi důležitá prevence, která by měla být povinná. Dále by se mělo usilovat o vymýcení civilizačních chorob. Kouření, alkoholismus a obezita výrazně snižují naději dožití a způsobují mnoho chorob, včetně nemocí oběhové soustavy. Na léčbu nemocí oběhové soustavy v současné době vynakládají zdravotní pojišťovny nejvíce finančních prostředků. Nemocím oběhové soustavy lze poměrně dobře předcházet pravidelným pohybem a zdravým životním stylem, který by měl být více podporován například vyššími příspěvky nebo dotacemi. Ovšem výsledky jsou v tomto případě patrné až v delším časovém horizontu, stejně jako v případě zvýšení plodnosti. Pokud by se zvýšila plodnost, výsledky by byly patrné, až by se nově narozené osoby dostali do produktivního věku a odváděli pojistné.

Dále je také možné zvýšit spoluúcast pacientů, která je v současné době nízká. Mohlo by se jednat o znovuzavedení regulačních poplatků, které byly v roce 2015 zrušeny. Také by bylo možné snížit počet úkonů, které jsou zdravotními pojišťovnami propláceny, ovšem tím by se zvýšily sociální rozdíly napříč společnostmi. Ke stejnému problému by vedla i změna financování zdravotního systému. Dle mého názoru by se nemělo přecházet na systém komerčního zdravotního pojištění, protože je pravděpodobné, že by došlo ke zhoršení zdravotního stavu populace. Všechna možná další opatření jsou popsána v poslední kapitole.

Práci by bylo možné dále rozvíjet, například navržením komplexnější reformy zdravotního systému. Dále propočítáním nové struktury nákladů, za předpokladu jejich zvyšování, a příjmů, za předpokladu zvyšování platů, mezd a pojistného. Ale dle mého názoru byl cíl práce naplněn a byla prokázána neudržitelnost současného zdravotního systému v České republice. Byla zjištěna

budoucí struktura nákladů a příjmů a také vývoj počtu státních pojištěnců a plateb za tuto skupinu obyvatel odvedených, což byl cíl stanoven v úvodu práce.

## Seznam použité literatury

KAZIMOUR, Ivan. Historie českého zdravotnictví. 1. vydání. Vydal: Martin Koláček – E-knihy jedou, 2016. ISBN 978-80-7512-595-8 (pdf).

KREBS, Vojtěch, et al. Sociální politika. 6. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2015. ISBN 978-80-7478-921-2.

LUX, Martin a kol., *Moderní nástroje sociálního bydlení pro mladé rodiny jako nepřímá podpora růstu porodnosti*. 1. vydání. V Praze vydal: Sociologický ústav AV ČR, 2010. ISBN 978-80-7330-177-4.

NIKLÍČEK, Ladislav. Systém veřejného zdravotnictví a nemocenského pojištění za první Československé republiky. 1. vydání. Vydal: Lidová universita Akademie J.A. Komenského, 1994. ISBN 80-7048-019-X.

ŠATERA, Karel. Zdravotní pojištění a ekonomika. 1. vydání. Ve Zlíně vydala: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. ISBN 978-80-7318-971-6.

TRÖSTER, Petr. Právo sociálního zabezpečení. 7. přepracované a aktualizované vydání. V Praze vydalo: Nakladatelství C.H.Beck, 2018. ISBN 978-80-7400-692-0.

VURM, Vladimír. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. 1. vydání. V Praze vydal: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.

## **Seznam odborné literatury**

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*. 8. 12. 2011. ISSN 1211-1244

Zákon č. 270/2008 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*. 1. 8. 2008. ISSN 1211-1244

## Seznam elektronických zdrojů

MZ ČR, *Veřejné zdravotní pojištění* [online]. 2014 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/obsah/verejne-zdravotni-pojisteni\\_2617\\_22.html](http://www.mzcr.cz/obsah/verejne-zdravotni-pojisteni_2617_22.html)

WHO, *EUROPEAN HEALTH CARE REFORMS: ANALYSIS OF CURRENT STRATEGIES* [online]. 1996 [cit. 2018-09-27]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/111011/sumhecareform.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/111011/sumhecareform.pdf)

MPSV, *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online]. 2018 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_372\\_2011#f4438529](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_372_2011#f4438529)

ČLK Brno, *LÉKAŘSKÉ KOMORY V NĚMECKU A RAKOUSKU* [online]. 2000 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: <http://www.clkbrno.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=124>

ÚZIS, *Zdravotnictví ČR: Personální kapacity 2016* [online]. 2017 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-personalni-kapacity-2016>

ČSÚ, *Vývoj obyvatelstva České republiky – 2016* [online]. 2017 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-obyvatelstva-ceske-republiky-2016>

MZ ČR, *Zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění* [online]. 2014 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zdravotni-pece-hrazena-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni\\_2628\\_22.html](https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zdravotni-pece-hrazena-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni_2628_22.html)

ISPV, *Státních pojištěnců je téměř 6 milionů. Stát za ně v roce 2016 vydal více než 62 miliard korun* [online]. 2017 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/05/statnich-pojistencu-je-temer-6-milionu-stat-za-ne-vydal-vice-nez-62-miliard-korun/>

MZ ČR, *Zdravotní pojišťovny* [online]. 2014 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny\\_945\\_839\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html)

ISAGS, *Health Systems in South America: Challenges to the universality, integrality and equity* [online]. 2012 [cit. 2018-10-02]. Dostupné z: [http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/livro\\_sistema\\_saude\\_2012\\_eng-2.pdf](http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/livro_sistema_saude_2012_eng-2.pdf)

MPSV, *Nizozemsko – životní a pracovní podmínky* [online]. 2018 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/eures/podminky/nizozemsko/#o8>

Zorgverzekeringslijn, *Coming from abroad* [online]. 2018 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://www.zorgverzekeringslijn.nl/english/>

Government of the Netherlands, *Standard health insurance podmínky* [online]. 2018 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://www.government.nl/topics/health-insurance/standard-health-insurance>

Ch.ch, *Health insurance – Obtaining basic insurance, its costs and services* [online]. 2018 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://www.ch.ch/en/basic-health-insurance-services/>

MPSV, *Švýcarsko – životní a pracovní podmínky* [online]. 2018 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/eures/podminky/svycarsko/#o8>

HSE, *Health Services in Ireland / Zdravotní péče v Irsku* [online]. 2015 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/727161-Health-services-in-ireland-zdravotni-pece-v-irsku.html>

MPSV, *Irsko – životní a pracovní podmínky* [online]. 2018 [cit. 2018-10-07]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/eures/podminky/irsko#k8>

Zdravotnictví a medicína, *Mor – černá smrt hrozí ještě dnes* [online]. 2008 [cit. 2018-10-18]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/mor-cerna-smrt-hrozi-jeste-dnes-346000>

Zdravotnictví a medicína, *Zdravotnická dokumentace* [online]. 2015 [cit. 2018-10-18]. Dostupné z: [https://zdravi.euro.cz/clanek/zdravotnicka-dokumentace-478114?seo\\_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz](https://zdravi.euro.cz/clanek/zdravotnicka-dokumentace-478114?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz)

ČSSZ, *80 let sociálního pojištění* [online]. 2004 [cit. 2018-10-18]. Dostupné z: [https://www.cssz.cz/stranky/konference-80let/brozura\\_c.pdf](https://www.cssz.cz/stranky/konference-80let/brozura_c.pdf)

Tribuna lékařů a zdravotníků, *Jak se vyvíjelo a jak funguje financování zdravotnictví*. [online]. 2010 [cit. 2018-10-24]. Dostupné z: <https://www.tribuna.cz/clanek/18074-jak-se-vyvijelo-a-jak-funguje-financovani-zdravotnictvi>

CERGE-EI, *Czech health care in economic transformation* [online]. 1994 [cit. 2018-10-17]. Dostupné z: <https://cerge-ei.cz/pdf/wp/Wp63.pdf>

MZ ČR, *Zákon č. 290/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony* [online]. 2017 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zakon-c290/2017-sb-kterym-se-meni-zakon-c48/1997-sb-o-verejnem-zdravotni\\_14255\\_2439\\_11.html](https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zakon-c290/2017-sb-kterym-se-meni-zakon-c48/1997-sb-o-verejnem-zdravotni_14255_2439_11.html)

VZP, *Další zdravotní pojišťovny* [online]. 2018 [cit. 2018-10-20]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/dalsi-zdravotni-pojistovny>

epravo.cz, *Zákon České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění* [online]. 1992 [cit. 2018-10-20]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/zakon-ceske-narodni-rady-o-pojistnem-na-vseobecne-zdravotni-pojisteni-12599.html>

Provoz lékařské praxe, *Smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami* [online]. 2018 [cit. 2018-10-08]. Dostupné z: <https://www.provoz-praxe.cz/onb/33/smluvni-vztahy-se-zdravotnimi-pojistovnami-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EljkAYWsMnw3S9tkPcn1YfWkukZUzLWmsA/>

ČSÚ, *Souhrnné výsledky zdravotnických účtů* [online]. 2018 [cit. 2018-10-08]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61629742/26000518k2.pdf/86aa04d7-f44f-4fb1-b9b5-94b407cb2a09?version=1.0>

ÚZIS, *Srovnání vybraných zdravotnických ukazatelů v EU a ČR* [online]. 2004 [cit. 2018-10-24]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/mimoradne-publikace/srovnani-vybranych-zdravotnickych-ukazatelu-eu-cr>

MZ ČR, *Zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění* [online]. 2014 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zdravotni-pecce-hrazena-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni\\_2628\\_22.html](https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zdravotni-pecce-hrazena-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni_2628_22.html)

ISPV, *Státních pojištěnců je téměř 6 milionů. Stát za ně v roce 2016 vydal více než 62 miliard korun* [online]. 2017 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/05/statnich-pojistencu-je-temer-6-milionu-stat-za-ne-vydal-vice-nez-62-miliard-korun/>

MZ ČR, *Zdravotní pojišťovny* [online]. 2014 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny\\_945\\_839\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html)

Moderní obec, *MODEL PŘEVODU ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ NA KRAJE* [online]. 2002 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <https://moderniobec.cz/model-prevodu-zdravotnickych-zarizeni-na-kraje/>

Zdraví a Zdravotnictví, *Rizika privatizace nemocnic* [online]. 2004 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5747&mode=thread&order=0>

Zdraví a Zdravotnictví, *Prerозdělování zdravotního pojištění* [online]. 2004 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5171>

VZP, *Prerозdělování pojistného* [online]. 2018 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerозdelovani-pojistneho>

ČSÚ, *Ukazatele plodnosti* [online]. 2006 [cit. 2018-10-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20536238/400806a2.pdf/57bc797e-c0f0-489e-a5b5-c1e83816c60a?version=1.0>

Mzdová praxe, *Schválený zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů* [online]. 2007 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <http://www.mzdovapraxe.cz/archiv/dokument/doc-d2646v3412-schvaleny-zakon-o-stabilizaci-verejnych-rozpoctu/>

VZP, *Regulační poplatky* [online]. 2018 [cit. 2018-10-23]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky>

Demografický informační portál, *Základní ukazatele* [online]. 2004 [cit. 2018-10-29]. Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_porodnostukazatele](http://www.demografie.info/?cz_porodnostukazatele)

ČSÚ, *Demografický obraz zemí Koruny české za první světové války v publikaci ČSÚ* [online]. 2004 [cit. 2018-10-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficky-obraz-zemi-koruny-ceske-za-prvni-svetove-valky-v-publikaci-csu>

RYCHTAŘÍKOVÁ, Jitka – VAŇO, Boris; *Plodnost v České republice a ve Slovenské republice: staré a nové odlišnosti*. Ročník XXXVIII, Demografická konference České demografické společnosti [online]. 2009 [cit. 2018-10-29]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/5173470-Plodnost-v-ceske-republice-a-ve-slovenske-republice-stare-a-nove-odlisnosti.html>

Centrum pro ekonomiku a politiku, Propopulační politika - ano či ne. Sborník textů - Jiřina Kocourková, Milan Kučera Marek Loužek, Ladislav Rabušic, č. 21 / 2002 [online]. 2002 [cit. 2018-10-30]. Dostupné z: [http://www.vzdelavaci-institut.info/?q=system/files/Propopulacni\\_politika.pdf](http://www.vzdelavaci-institut.info/?q=system/files/Propopulacni_politika.pdf)

DUDOVÁ, Radka, Interrupce v socialistickém Československu z foucaultovské perspektivy. Časopis Gender, rovné příležitosti, výzkum. Ročník 10, č. 1/2009 [online]. 2009 [cit. 2018-10-30]. Dostupné z: [https://www.genderonline.cz/uploads/a77283b65d2e3a466e00fef691c4b9182bcf7a18\\_interrupce-v-socialistickem-ceskoslovensku.pdf](https://www.genderonline.cz/uploads/a77283b65d2e3a466e00fef691c4b9182bcf7a18_interrupce-v-socialistickem-ceskoslovensku.pdf)

Statistika & My, Naděje dožití a průměrný věk. Autor: Tereza Košťáková. Vydání 03/2015 [online]. 2015 [cit. 2018-10-30]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/nadeje-doziti-a-prumerny-vek/>

SZÚ, *Chřipkové pandemie 1918 a 1968*. [online]. 2018 [cit. 2018-10-30]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/rok-2018-kulata-vyroci-jsou-letos-i-u-chripky>

ČSÚ, *Věková struktura obyvatel podle dat sčítání lidu*. [online]. 2014 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551781/170217-14.pdf>

ČSÚ, *Specifické výsledky o výdajích na zdravotní péči* [online]. 2018 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61629742/26000518k3.pdf/5bbd407c-cf15-4b9e-aae3-275b8bca3caf?version=1.0>

ČSÚ, *Specifické výsledky o výdajích na zdravotní péči* [online]. 2017 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/46013402/26000517k3.pdf/336a6bba-ad7c-4860-a40f-6c0731e34aef?version=1.0>

MZ ČR, *Rok 2018 ve zdravotnictví: Vyšší platby za státní pojištěnce, zavedení domácí paliativní péče a nižší limity na léky pro sociálně zranitelné* [online]. 2017 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/rok-2018-ve-zdravotnictvivysi-platby-za-statni-pojistenczavedeni-domaci-pa\\_14545\\_3692\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/rok-2018-ve-zdravotnictvivysi-platby-za-statni-pojistenczavedeni-domaci-pa_14545_3692_1.html)

ČSÚ, *Projekce obyvatelstva České republiky* [online]. 2013 [cit. 2018-11-02]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20567167/402013u.pdf/3cdc1b6f-9334-429e-99e6-f72b4047bee3?version=1.0>

ČSÚ, *Věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin, muži a ženy (k 1.1.)* [online]. 2013 [cit. 2018-11-03]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20567167/40201305.pdf/bad52ebe-8bb7-4551-a25e-50ba7ba7cdea?version=1.0>

ČSÚ, *Zaměstnanost a nezaměstnanost podle výsledků VŠPS – roční průměry – rok 2016 (509/1 Míra zaměstnanosti muži/ženy)* [online]. 2017 [cit. 2018-11-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zamestnanost-a-nezamestnanost-podle-vysledku-vsps-rocni-prumery-rok-2016>

ISPV, *Mzdová sféra ČR – rok 2016 a Platová sféra ČR – rok 2016* [online]. 2018 [cit. 2018-11-23]. Dostupné z: <https://ispv.cz/cz/Vysledky-setreni/Archiv/2016.aspx#10745>

ČSÚ, *Obyvatelstvo* [online]. 2018 [cit. 2018-11-03]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo\\_lide](https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_lide)

Statnisprava.cz, *Vláda schválila navyšování pojistného za státní zaměstnance* [online]. 2017 [cit. 2018-11-23]. Dostupné z: <https://www.statnisprava.cz/rstsp/clanky.nsf/i/vlada-schvalila-navysovani-pojistneho-za-statni-zamestnance-17013011-67696651>

ČSÚ, PRŮŠA, Ladislav. *Důsledky změn věkové struktury obyvatelstva na vývoj nákladů na poskytování zdravotní péče* [online]. 2017 [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/46203820/Pr%C5%AF%C5%A1a.pdf/dae66cdf-ea8b-4d4b-8644-fef6663186ae?version=1.0>

VZP, *Pohyb, snížení nadváhy* [online]. 2018 [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky/dospeli/pohyb-snizeni-nadvahy>

Klinika zdraví, *Srdeční choroby – metla Čechů. Jak jim předcházet?* [online]. 2015 [cit. 2018-11-04]. Dostupné z: <http://www.klinikazdravi.cz/Novinky/Srdecni-choroby-metla-Cechu-Jak-jim-predchazet-372783>