

Univerzita Karlova
Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Demografie
Studijní obor: Demografie se sociální geografii



Kateřina Martínková

**Zdravotní systémy ve vybraných zemích Evropy a jejich dopady na demografický
vývoj**

Health systems in selected European countries and their impact on population
development

Bakalářská práce

Vedoucí práce: RNDr. Luděk Šídlo, Ph.D.

Praha, 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze dne 10. 5. 2019

Podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala svému školiteli RNDr. Luďkovi Šídlovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při psaní této práce.

Zdravotní systémy ve vybraných zemích Evropy a jejich dopady na demografický vývoj

Abstrakt

Hlavním cílem práce je charakterizovat současnou podobu zdravotních systémů v šesti vybraných zemích (Německo, Francie, Česko, Švédsko, Španělsko a Maďarsko) a následně tyto státy navzájem porovnat z hlediska ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva a z pohledu kvality a efektivity fungování zdravotnictví. Náplň analytické části práce vychází z dat OECD (případně Eurostatu) a je zaměřena na komparaci demografických ukazatelů, výskytu rizikových faktorů ve společnosti, kvality a dostupnosti zdravotní péče se zvláštním důrazem na dlouhodobou péči a finanční náročnosti zdravotního systému. Výsledky analýzy poukazují především na výkonnost švédského zdravotního systému, který zaznamenal z vybraných zemí nejlepší hodnoty zkoumaných ukazatelů. Švédské zdravotnictví čelí i problémům, a to převážně v důsledku značných regionálních rozdílů. Naopak nejhorší výsledky lze pozorovat u Maďarska, na které mají vliv velmi nízké výdaje směřující do oblasti zdravotnictví, a s tím spojené nedostatečné zajištění kvalitní péče pro všechny občany.

Klíčová slova: zdravotní péče, zdravotní systémy, zdravotní stav obyvatel, Evropa

Health systems in selected European countries and their impact on population development

Abstract

The main objective of this thesis is the characterization of the current state of healthcare systems in six European countries (Germany, France, Czechia, Sweden, Spain and Hungary) and further the comparison these countries in terms of health indicators of the population and the quality and effectiveness of their health care systems. The analytical part of the thesis is based on data from OECD (or Eurostat) and is focused on the comparison of demographic indicators, occurrence of risk factors in society, quality and availability of health care with a special emphasis on long-term care and expenditure on health. The results of the analysis mainly points to the efficiency of the Swedish healthcare system, which ranked highest, from selected countries, on all indicators used to rank different aspects of a healthcare system. Sweden is also facing some challenges, because of significant regional disparities. Conversely, the worst results were recorded in Hungary, which is affected by very low health-related expenditure and this results in a poor quality of health care.

Keywords: healthcare, healthcare systems, health status, Europe

Obsah

Seznam obrázků	6
Seznam zkratk	7
1 Úvod	8
2 Rešerše literatury	10
3 Metody výzkumu	12
3.1 Zdroje dat	14
4 Systém zdravotní péče	15
4.1 Financování zdravotní péče.....	16
4.2 Úhrady poskytovatelům v systému zdravotní péče.....	17
5 Zdravotní systémy	18
5.1 Obecná typologie zdravotních systémů.....	18
5.2 Klasifikace zdravotních systémů podle OECD.....	19
6 Charakteristika současných zdravotních systémů ve vybraných zemích	21
6.1 Zdravotní systém Německa.....	21
6.2 Zdravotní systém Francie.....	23
6.3 Zdravotní systém Česka	25
6.4 Zdravotní systém Švédska.....	27
6.5 Zdravotní systém Španělska.....	29
6.6 Zdravotní systém Maďarska.....	31
7 Analýza ukazatelů jednotlivých zemí	34
7.1 Zdravotní stav obyvatelstva	34
7.2 Rizikové faktory.....	37
7.3 Kvalita a efektivita zdravotní péče.....	41
7.4 Výdaje na zdravotnictví	43
7.5 Dostupnost zdravotní péče	45
7.6 Výdaje na dlouhodobou péči.....	47
7.7 Shrnutí.....	49
8 Závěr	52
Seznam použité literatury a datových zdrojů.....	56

Seznam obrázků

Obr. 1 – Rozdělení zemí podle typu zdravotního systému	20
Obr. 2 – Naděje dožití při narození ve vybraných zemích v roce 2016	35
Obr. 3 – Hlavní příčiny úmrtí ve vybraných zemích v roce 2015	36
Obr. 4 – Standardizovaná míra úmrtnosti na ischemickou chorobu srdeční ve vybraných zemích v roce 2015	37
Obr. 5 – Podíl dospělých obyvatel, kteří denně kouří, ve vybraných zemích v letech 2006 a 2016	38
Obr. 6 – Spotřeba alkoholu na dospělého obyvatele ve vybraných zemích v letech 2006 a 2016	39
Obr. 7 – Míra obezity mezi dospělými ve vybraných zemích v letech 2000, 2008 a 2014	41
Obr. 8 – Míra standardizované léčitelné úmrtnosti ve vybraných zemích v roce 2015	42
Obr. 9 – Míra standardizované úmrtnosti, které lze předcházet, ve vybraných zemích v roce 2015	43
Obr. 10 – Celkové výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele ve vybraných zemích v roce 2017	44
Obr. 11 – Podíl přímých výdajů domácností na zdravotní péči ve vybraných zemích v roce 2016	45
Obr. 12 – Počet lékařů na tisíc obyvatel ve vybraných zemích v roce 2000 a 2016	46
Obr. 13 – Počet sester na tisíc obyvatel ve vybraných zemích v roce 2000 a 2016	47
Obr. 14 – Podíl HDP, který vybrané země vynaložili na dlouhodobou péči v roce 2016	48
Obr. 15 – Podíl obyvatel starších 65 a 80 let ve vybraných zemích v roce 2018 a 2050	49

Seznam zkratek

BMI	Body mass index – Index tělesné hmotnosti
DRG	Diagnosis related group
EU	European Union – Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSN	Organizace spojených národů
USA	United States of America – Spojené státy americké
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

Kapitola 1

Úvod

Evropské země jsou z pohledu zdravotního stavu velmi diferenciované. Především skandinávské země jsou známé dobrým zdravotním stavem svých obyvatel, naopak země východní části Evropy mají tyto hodnoty podprůměrné. Tyto charakteristiky může zobrazovat několik ukazatelů, ale na jejich výslednou hodnotu má vliv i řada jiných faktorů. Může to být ekonomická situace státu, environmentální prostředí, ve kterém obyvatelé žijí nebo typ zdravotního systému (ČSÚ, 2007). Mezi evropskými státy je rozšířena řada zdravotních systémů, které disponují jiným způsobem řízení a správy zdravotnictví, pokrytí obyvatelstva zdravotní péčí či rozdílným způsobem financování, které může vést také k různé finanční zátěži samotných obyvatel při poskytování zdravotní péče.

Srovnávání zdravotních systémů se v posledních letech velmi rozšířilo, a to především ve vyspělých zemích světa. Tyto státy čím dál častěji čelí podobným situacím a problémům v oblasti zdravotnictví, a díky komparaci si mohou pomáhat při jejich řešeních. Jednotlivé státy si mohou lépe předávat zkušenosti a zvyšovat tak úspěšnost při nalézání nejvhodnějších mechanismů pro řešení dané situace. Díky mezinárodnímu srovnávání je možné odhalovat nerovnosti ve zdraví a nalézat jejich příčiny. Klade se důraz především na hodnoty rovnosti, solidarity, spravedlnosti (Janečková a Hnilicová, 2009).

Nejčastěji dochází ke srovnání v pohledu na ekonomické indikátory zdravotního stavu či hodnocení kvality a dostupnosti zdravotní péče v dané zemi. Právě tyto oblasti budou jedním z předmětů analýzy této práce.

Klasifikace zdravotních systémů může být různá. Vždy je závislá na hlavních faktorech, na základě kterých příslušné státy rozdělují. Nejčastěji jsou zdravotní systémy rozdělovány na tři základní modely podle způsobu hrazení poskytnuté zdravotní péče. Prvním typem je liberální model, ve kterém stát nezaručuje zdravotní péči všem obyvatelům, ale každý je nucen si zařídit vlastní soukromé pojištění. Typickým příkladem tohoto systému je USA. Druhým typem je model založený na veřejném zdravotním pojištění. Zde mají všichni občané zajištěný přístup ke zdravotní péči prostřednictvím veřejného pojištění, které je každý občan povinen platit. Příkladem tohoto typu je Německo. Posledním typem je systém národní služby, ve kterém je zdravotnictví hrazeno především z daní a je velmi silně ovlivněno státem. Tento systém používá například Spojené království (Blecha, 2010).

Právě tyto tři zmíněné země jsou nejčastějším předmětem analýzy zdravotních systémů v závěrečných pracích. Předkládaná bakalářská práce je proto založena na jiné typologii zdravotnických systémů. Vychází z klasifikace OECD (2010), která rozděluje státy OECD podle zdravotních systémů na šest skupin. Z každé této skupiny byla vybrána jedna evropská země, a to konkrétně Německo, Francie, Česko, Švédsko, Španělsko a Maďarsko. Na tyto státy se práce především zaměřuje.

Základním cílem této práce je proto charakterizovat a porovnat současnou podobu zdravotních systémů v těchto vybraných zemích se zaměřením na otázku, jak se může rozdílná organizace, financování a poskytování zdravotnických služeb odrážet v demografickém vývoji a zdravotním stavu obyvatelstva. Vedlejším cílem je poté snaha vyhodnotit určité silné či slabé stránky zdravotních systémů v jednotlivých zemích, tj. určit vhodnější přístupy ke zdravotní péči nebo naopak nalézt oblasti k možnému zlepšení.

Pro charakterizování současného stavu zdravotních systémů v jednotlivých zemích bude sloužit rešerše dostupné literatury. Základem bude především kniha doktorky Yvonne van Kemenade (2018), která se zabývá velmi podrobnou charakteristikou zdravotnictví v jedenácti evropských zemích. Dále to budou také publikace z produkce OECD. Analytická část práce je zaměřena na srovnání zdravotních systémů vybraných zemí pomocí ukazatelů z šesti oblastí. Těmito oblastmi je zdravotní stav obyvatel, výskyt rizikových faktorů, kvalita a dostupnost zdravotní péče, výdaje na zdravotnictví a poslední oblast zaměřující se na dlouhodobou péči.

Kapitola 2

Rešerše literatury

Fungováním zdravotnictví a zdravotní péče se zabývala řada českých i zahraničních autorů. Pro obecný pohled na tuto oblast byly v práci využity především tři publikace. První z nich je kniha *Úvod do veřejného zdravotnictví* od Hany Janečkové a Heleny Hnilicové (2009). Tato kniha se zabývá zdravotnictvím jakožto multidisciplinárním oborem, zaměřuje se na hodnotu zdraví a na zdravotnictví z pohledu společenského systému. Právě posledně zmiňované téma bylo základem obecných východisek této práce. Klíčové informace pro tuto práci byly v oblasti fungování zdravotních systémů, jeho financování a systému úhrad. Část knihy (Janečková a Hnilicová, 2009) je věnovaná českému zdravotnictví a základní informace z této kapitoly byly využity také při charakteristice zdravotního systému v Česku.

Druhou publikací je kniha *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví* (Gladkij a Strnad, 2002), která se zaměřuje na zdravotní politiku, metody měření zdravotního stavu obyvatel a na ekonomickou problematiku zdravotnictví. Závěrečná část knihy je věnována českému zdravotnictví, a to především z pohledu jeho vývoje. Současná situace je zde zmíněna spíše okrajově a kvůli staršímu roku vydání této knihy jsou zde často neaktuální informace. Od autorů Gladkije a Strnada (2002) byla převzata obecná typologie zdravotních systémů.

Třetí knihou je dílo od Miroslava Bartáka s názvem *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Tato publikace přináší pohled na fungování zdravotních systémů jak v rovině obecné, tak také na úrovni jednotlivých států. Barták (2012) jako jeden z mála českých autorů popisuje zdravotní systémy v mnoha zemích světa. V práci tedy byly využity informace potřebné k charakteristice šesti vybraných zemí. Je nutno dodat, že popis zdravotních systémů v této knize předkládá pouze základní informace o fungování zdravotnictví v jednotlivých státech.

Pro charakterizování fungování zdravotních systémů v jednotlivých zemích byla jednou ze základních publikací také kniha *Healthcare in Europe 2018: the finance and reimbursement systems of 11 European countries* (Kemenade, 2018). Toto dílo předkládá velmi podrobné informace o financování zdravotnictví, pokrytí obyvatelstva zdravotním pojištěním, primární i nemocniční péči či o výdajích na zdravotnictví, a to vždy pro každou z jedenácti zemí zvlášť. V této knize jsou ale zahrnuty pouze čtyři ze států vybraných pro tuto práci. Pro Česko a Maďarsko byly tedy čerpány informace z jiných zdrojů.

Základem této práce byly ale především publikace Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Nejdříve byla využita publikace (OECD, 2010) zabývající se obecným fungováním zdravotních systémů v zemích OECD, podle které byly vybrány státy, na které se práce zaměřuje.

V roce 2017 vydala OECD sérii publikací s názvem *Country Health Profile*. Tato publikace byla vytvořena pro každou členskou zemi Evropské unie (EU) a OECD na ní spolupracovalo s řadou evropských institucí. Jedná se o stručné charakteristiky zdravotního stavu obyvatelstva, klíčových rizikových faktorů a o hodnocení výkonnosti zdravotních systémů v jednotlivých zemích. Informace z těchto publikací byly využity jak při popisu fungování zdravotních systémů, tak také při analýze vybraných ukazatelů.

Pro analýzu ukazatelů bylo základním zdrojem informací dílo *Health at glance: Europe* (2018a), také z produkce OECD, na jehož základě byly zvoleny oblasti analýzy. Tato publikace je velmi komplexním zdrojem informací pro hodnocení zdravotnictví v zemích Evropy. Obsahuje nejen hodnocení jednotlivých oblastí zdravotnictví, ale také jsou v rámci něho k dispozici samotná data, metodika či definice použitých ukazatelů.

Tato publikace (2018a) se zabývá řadou aspektů fungování zdravotnictví, jedna část je například zaměřena na výdaje na zdravotnictví. Z uvedených dat lze vysledovat, že nejvyšší výdaje na zdravotnictví vynakládají ekonomicky nejvyspělejší státy. Proto mě při analýze zajímalo, zda tyto státy, které mají nejvyšší výdaje na zdravotnictví, zaznamenávají také dobrý zdravotní stav svého obyvatelstva. V části věnující se rizikovým faktorům se lze dozvědět, že velké množství nemocí je ovlivněno výskytem rizikových faktorů u pacienta. Úmrtnost, které lze předejít je založena na nemocech, které přímo souvisí s kouřením, konzumací alkoholu či jinými rizikovými faktory. V této práci jsem se snažila zjistit, zda bude vyšší výskyt rizikových faktorů korespondovat také s vyšší intenzitou úmrtnosti, které lze předejít. V neposlední řadě se tato publikace zabývá problematikou dlouhodobé péče, která bude hrát čím dál důležitější roli u všech vybraných zemí, jelikož zde bude docházet ke stárnutí populace, a tím bude tato oblast velmi využívána. V současné době se podle dat OECD (2018a) velmi liší výdaje jednotlivých zemí na tuto oblast. Proto mě zajímalo, zda je vynakládají vyšších finančních částek na dlouhodobou péči důsledkem vyššího zastoupení seniorského obyvatelstva nebo nikoliv.

Co se týká českých vysokoškolských klasifikačních prací, těch se příliš mnoho srovnáváním zdravotních systémů nezabývalo. Ty, které jsem měla k dispozici, se zabývaly především komparací tří obecných typů zdravotních systémů, příkladem může být práce Vratislava Blechy (2010) Zdravotní systém v ČR a ostatních zemích. Proto byla v této práci zvolena odlišná typologie a také jiné zkoumané státy.

Na základě prostudované literatury byly tedy zformulovány tři výzkumné otázky, na které by měly výsledky práce odpovědět:

- Existuje vztah mezi množstvím výdajů na zdravotnictví a zdravotním stavem obyvatelstva?
- Mají státy s vyšší intenzitou úmrtnosti, které se dá předcházet, také vyšší výskyt rizikového chování napříč obyvateli?
- Mají státy s vyšším podílem postproduktivního obyvatelstva také vyšší podíl výdajů na dlouhodobou péči?

Kapitola 3

Metody výzkumu

Na základě prvotní rešerše literatury byly vybrány země, kterými se práce dále zabývala. Tyto země byly zvoleny podle publikace OECD (2010), která rozděluje státy do šesti skupin podle rozdílné organizace zdravotního systému. Z každé skupiny byl vybrán vždy jeden zástupce, tak aby byly zastoupeny různé evropské regiony.

Poté byly za pomoci relevantní literatury charakterizovány zdravotní systémy v jednotlivých zemích. Práce se zaměřuje především na popis organizace a řízení zdravotní péče, způsob financování zdravotnictví a charakteristiku poskytovatelů zdravotních služeb (o jaké subjekty se jedná či jak jsou odměňovány). Dále byly ještě nastíněny určité současné či možné budoucí problémy jednotlivých zemí v oblasti zdravotnictví.

Vybrané země byly mezi sebou následně srovnávané, a to na základě několika ukazatelů. Tyto ukazatele byly zvoleny tak, aby zachytily různé aspekty zdravotnictví, a to jak kvalitu a dostupnost zdravotní péče, tak i finanční náročnost systému, výskyt rizikových faktorů či zdravotní stav samotných obyvatel. Závěr hlavní části práce je věnovaný dlouhodobé péči, jelikož se tato oblast stává čím dál více důležitější. To především proto, že přibývá starších obyvatel, u kterých je zapotřebí pro běžný život cizí pomoc.

Jednotlivá data za ukazatele byla získána z databáze OECD. Pro charakterizování zdravotního stavu byla využita *naděje dožití při narození*, kterou OECD (2018b) charakterizuje jako průměrný počet let, který může právě narozená osoba očekávat, za předpokladu, že věkově specifická úmrtnost zůstane konstantní. Dále byla využita *věkově standardizovaná úmrtnost na 100 tisíc obyvatel podle hlavních příčin úmrtí*, která je založena na počtu úmrtí v dané zemi v daný rok děleném počtem obyvatel a aplikovaném na standartní populaci stanovenou Eurostatem v roce 2012. Dalším ukazatelem byla *věkově standardizovaná úmrtnost na ischemickou srdeční chorobu na 100 tisíc obyvatel*, která byla založena na stejném principu jako předešlý ukazatel (OECD, 2018a). Tento údaj byl zvolen především proto, že právě ischemická choroba srdeční je ve většině zemí nejčastější příčinou úmrtí.

Pro srovnání výskytu rizikových faktorů byly vybrány tři ukazatele. Prvním byl *podíl denně kouřícího obyvatelstva*, který udává procento populace starší 15 let, které se hlásí k dennímu kouření. Dalším ukazatelem byla *celková spotřeba alkoholu*, která udává roční průměr prodeje čistého alkoholu v litrech na osobu starší 15 let (OECD, 2018b). Třetím ukazatelem byl *podíl*

obyvatel, kteří trpí obezitou. Obezita je definovaná jako „nadměrná váha představující zdravotní rizika kvůli vysokému podílu tělesného tuku“ (OECD, 2018a, s. 126). Měření obezity je založené na BMI¹, které je vypočítáno jako podíl váhy a výšky člověka. Je ustanoveno, že obézním se nazývá dospělý člověk, který má hodnotu BMI vyšší nebo rovnu 30 (OECD, 2018a). V této práci byl použit ukazatel tzv. self-reported obezity vypočítané z údajů o výšce a váze, které poskytli samotní obyvatelé bez jakéhokoli lékařského vyšetření v rámci zdravotnického průzkumu. Tato získaná data mohou být ve srovnání s údaji naměřenými naměřené při lékařském vyšetření lehce podhodnoceny. Tato kvalitnější data jsou však hůře dostupná.

Kvalita a efektivita zdravotní péče byla v práci měřena pomocí dvou ukazatelů odvrátitelné úmrtnosti, a to léčitelné úmrtnosti (amenable mortality) a úmrtnosti, které lze předejít (preventable mortality). *Léčitelná úmrtnost* je definovaná jako míra úmrtnosti na nemoci, „kterým by se dalo předcházet zajištěním optimální kvality zdravotní péče“ (Eurostat, 2018, s. 1). Koncept *úmrtnosti, které se dá předejít*, je založen na míře úmrtnosti na nemoci, „kterým by se dalo vyhnout pomocí zásahů do veřejného zdraví se zaměřením na širší determinanty, jako jsou faktory chování a životního stylu, socioekonomický status a faktory životního prostředí“ (Eurostat, 2018, s. 1).

Další část analýzy se zabývala finanční náročností zdravotnictví v jednotlivých zemích. Nejdříve se zaměřením na výdaje státu prostřednictvím *množství vydaných peněz na zdravotnictví na obyvatele (v eurech)*. Výdaje na zdravotnictví se týkají konečné spotřeby zdravotnických výrobků a služeb, tj. veškeré výdaje na zdravotnické služby a zboží, na programy veřejného zdraví, prevenci nebo na správu zdravotnictví (OECD, 2018a). Následně byly analyzovány *přímé výdaje domácností*, které jsou definovány jako „veškeré výdaje, které nese přímo pacient, jelikož příslušné zdravotnické služby či výrobky nejsou plně hrazeny veřejným ani soukromým pojištěním“ (OECD, 2018a, s. 172).

Při porovnání dostupnosti zdravotní péče mezi státy byly použity dva ukazatele. Prvním byl *počet lékařů, kteří aktivně vykonávají lékařskou praxi na tisíc obyvatel*. Druhým pak počet *zdravotních sester, které aktivně vykonávají lékařskou praxi na tisíc obyvatel*.

Závěrečná část byla zaměřena na dlouhodobou péči, která byla analyzována pomocí *výdajů na dlouhodobou péči* zobrazených jako procento hodnoty HDP. OECD definuje dlouhodobou péči jako „soubor služeb pro osoby se sníženým stupněm soběstačnosti (jak fyzické, tak mentální) a pro osoby dlouhodobě závislé na pomoci při základních a/nebo instrumentálních činnostech“ (OECD, 2018a, s. 204). K lepšímu znázornění nutnosti této péče byl využit také ukazatel udávající *podíl osob ve věku 65+ a 80+ v roce 2016* a jeho projektovaná hodnota v roce 2050. Hodnota pro rok 2050 byla brána ze střední varianty projekce Eurostatu z roku 2015.

¹ Body mass index: index tělesné hmotnosti

3.1. Zdroje dat

Primárním zdrojem dat pro tuto práci byla Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), která v rámci své publikace *Health at glance: Europe* (OECD, 2018a) poskytuje jednotlivá data za všechny evropské země. Řada těchto dat je OECD přebírána z databáze Eurostatu, týká se to ukazatele naděje dožití při narození, míry úmrtnosti podle hlavních příčin úmrtí, míry úmrtnosti na ischemickou chorobu srdeční a ukazatelů odvrátitelné úmrtnosti. Eurostat získává tato data převážně z národních statistik, jelikož členské státy EU mají povinnost určitá data evropským institucím poskytovat. Přímo z Eurostatu byla získána pouze data za věkovou strukturu obyvatel, konkrétně tedy za věkovou skupinu 65+ a 80+ (a jejich projekce), jelikož ta nebyla v publikaci OECD (2018a) zveřejněna v potřebném rozsahu.

Také OECD spolupracuje s národními institucemi, které jim poskytují statistická data o obyvatelích dané země. Dále kromě dat z evropských institucí využívá také statistiky Organizace spojených národů (OSN) nebo Světové zdravotnické organizace (WHO). Proto i většina ostatních použitých dat v této práci byla OECD získána ve spolupráci s jinými institucemi. Za zmínku stojí data za denní kuřáky, která byla organizací získána z národních výběrových šetření. Při tomto typu dat může nastat problém se srovnatelností kvůli nedostatečnému určení standardizovaných metod při měření počtu kouřících občanů (OECD, 2018b). Údaje o konzumaci alkoholu u většiny vybraných států poskytl jejich národní statistický úřad, pouze s výjimkou Německa a Španělska, u kterých byla data doplněna z WHO. Ostatní data vznikla spoluprací OECD, Eurostatu, národních statistických úřadů či jiných národních institucí (OECD, 2018b). Všechna data byla zvolena k poslednímu dostupnému roku.

Kvalita dat získaných z OECD je tedy velmi dobrá, a to především co se týká zemí, které byly v práci analyzovány. Jedná se o státy, které jsou statisticky vyspělé a mohou tak nadnárodním institucím poskytovat kvalitní data. U jiných zemí patřících do OECD to nemusí vždy platit. Největším problémem, který může u tohoto typu dat vzniknout, je chyba při přebírání údajů z jiných institucí.

Kapitola 4

System zdravotní péče

Obecně je obtížné vymezit jakýkoli společenský systém, a to platí také u systému péče o zdraví. Ten se postupně vytváří z historických událostí, tradic a zkušeností dané země, a tudíž v něm najdeme u většiny zemí výrazné odlišnosti. Jednou z možných odlišností je správa a řízení tohoto systému, která vytváří základní prostředí pro fungování zdravotnictví. Nastavuje národní zdravotní politiku a strategii, podle kterých se bude oblast zdraví v následujících letech ubírat. Definice zdravotní politiky lze najít celou řadu, ale obecně ji lze brát jako „politiku, která je zaměřena na osobní, environmentální a socioekonomické účinky na zdraví a poskytování zdravotní péče“ (Gladkij a Strnad, 2002, s. 7). Měla by zajišťovat spravedlnost v poskytování péče, maximální efektivitu, ale také představovat mechanismy, které implementují tuto politiku do praktického fungování včetně financování, lidských zdrojů, technologií či infrastruktury (Barták, 2012).

V otázkách zdravotní péče má v mnoha vyspělých zemích značnou úlohu stát. Jeho úlohou je především zajištění přístupu všech obyvatel k základní kvalifikované zdravotní péči, efektivní využívání prostředků či sladování zájmů všech aktérů zdravotní péče. Těchto účastníků je celá řada, kromě státu a jeho zdravotních institucí jsou to poté soukromé organizace, zdravotní pojišťovny, zaměstnavatelé a zaměstnanci a v neposlední řadě také samotní pacienti.

Na zdravotní stav obyvatelstva nemá vliv pouze stát a jeho zdravotní politika, ale zásadní roli zde hrají samotní občané, a to především v péči o své zdraví. Existuje řada faktorů, kterými mohou obyvatelé ovlivňovat svůj zdravotní stav, a to jak v oblasti péče o životní prostředí, dodržováním pravidel v práci či dopravě, tak i respektováním lékařských doporučení (Gladkij a Strnad, 2002). Nejvýznamnějším faktorem je rizikové chování, které přispívá ke zhoršení zdraví obyvatel a k jejich větší náchylnosti k určitým nemocem. Při analýzách a srovnávání stavu zdravotnictví v jednotlivých zemích se klade důraz především na tři rizikové faktory (či rizikové chování člověka): užívání alkoholu u mladistvých i dospělých, kouření a obezita či nadváha (zaměřeno především na děti a dospívající).

4.1. Financování zdravotní péče

Jednou ze základních otázek při diferenciaci zdravotní péče je právě její financování. Pod tímto pojmem se rozumí, jednak z jakých zdrojů jsou finance čerpány a jednak jsou alokovány a využívány. Barták (2012) ve svém díle rozděluje financování podle schématu Světové zdravotnické organizace. To je založeno na rozdílném přístupu ke čtyřem funkcím financování: výběr prostředků, řízení rizika, nakupování péče o zdraví a poskytování zdravotních služeb. Podle způsobu organizace těchto kritérií představuje několik modelů financování zdravotnictví. V praxi ale neexistuje jeden jediný způsob financování pro konkrétní stát, vždy je to určitá kombinace a doplňování jednotlivých typů.

Prvním ze způsobů je financování z *veřejného zdravotního pojištění*. Prostředky jsou zde vybírány prostřednictvím pojistného, které je pro většinu občanů povinné. Tyto příspěvky jsou placeny jak zaměstnanci a zaměstnavateli, tak také státem v zákonem určených případech. To se týká především ekonomicky neaktivních osob, tedy důchodců, dětí, studentů atd. Pojistné je odváděno do fondu zdravotních pojišťoven, ze kterého je posléze lékařům a nemocnicím proplacena poskytovaná péče. Placená částka je vypočítaná v závislosti na příjmu osoby. Co se týká řízení rizika, které slouží k ochraně osob před katastrofickými výdaji na zdravotní péči, je v systému veřejného zdravotnictví uplatňován princip solidarity. Dochází tedy k přerozdělování prostředků mezi jednotlivé skupiny pojištěnců a zdravotních pojišťoven. Stát je zde garantem zdravotní péče a efektivního využívání zdrojů (Barták, 2012).

Dalším způsobem je financování zdravotních služeb ze *soukromého pojištění*. Zde platí občané pojistné přímo své zdravotní pojišťovně na základě určité výměry. Ta je založena na posouzení zdravotních rizik, tedy přihlédnutí ke zdravotnímu stavu a naději dožití pacienta. Zde může nastat situace, že je pojišťovnou vypočítané pojistné příliš vysoké a uživatel na ně nemá dostatečné finanční prostředky. Za určitých podmínek na pojištění přispívá také zaměstnavatel, a to ve formě pracovních bonusů či benefitů. Občané zde mají často omezenou volbu poskytovatele zdravotních služeb. Vždy záleží na tom, s kolika poskytovateli má pojišťovna uzavřenou smlouvu. V systému soukromého pojištění dochází často k omezení svobodné volby při nákupu zdravotní péče tzv. gatekeepingem, to je „systém, v rámci kterého musí pacient nejdříve kontaktovat svého praktického (rodinného) lékaře, který ho dále doporučuje pro další typy péče“ (Barták, 2012, s. 49). Zdravotnické služby zajišťují různí poskytovatelé, kteří si navzájem konkurují jak rozdílnou cenou, tak také jiným rozsahem či kvalitou péče.

Nejstarším způsobem financování je *systém přímých úhrad*. Zde pacienti platí za zdravotní výkony přímo poskytovateli služby. V jeho čisté podobě jsou často zajištěny pouze základní služby, jelikož složitější výkony (například operace) by pro pacienta znamenaly obrovské výdaje. Tento systém využívají země v rozvojových oblastech světa, převážně na africkém kontinentu.

V posledním modelu jsou finance čerpány z *daňových výnosů*. Prostředky na zdravotnictví jsou tedy součástí výběru všeobecných nebo specifických daní. Služby často poskytuje přímo stát, nebo jeho speciální instituce.

4.2. Úhrady poskytovatelům v systému zdravotní péče

Jedna z funkcí financování jsou úhrady poskytovatelům zdravotní péče. Tím je myšlen způsob, kterým je péče hrazena. Metod úhrady je celá řada a hrají ve zdravotnictví zásadní úlohu, jelikož přispívají k naplnění cílů zdravotní politiky. Způsob úhrady se také liší podle typu zdravotní péče.

Ambulantní služby jsou propláceny prostřednictvím kapitačních plateb, tedy určitým paušálním příspěvkem za každého registrovaného pacienta (označováno také jako per capita), nebo úhradou za provedené výkony (popřípadě kombinací obou těchto typů). Akutní, plánovaná nebo dlouhodobá péče je hrazena jednak formou rozpočtu, který je nastaven podle historických výdajů, nebo platbou za diagnózu (tzv. DRG²), což znamená, že „je každý pacient po přijetí zařazen do příslušné diagnostické skupiny, k níž je přiřazena cena péče“ (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 130). Dalšími způsoby je pak platba za nakoupené plánované výkony či platba za tzv. lůžkoden (počet dnů, kdy je lůžko obsazeno). V nemocnicích jsou zdravotní služby propláceny převážně kombinací již uvedených způsobů. Jedná se nejčastěji o formy rozpočtu, platby za výkon a systém DRG.

V současné době je ve většině vyspělých zemí zdravotní péče na velmi dobré úrovni, a to zásluhou jak technologického, tak lékařského pokroku. S tím souvisí i vyšší náklady směřující do oblasti zdravotnictví. Na tyto náklady již nestačí finance z daní nebo veřejného pojištění, a je nutné zvýšení spoluúčasti pacientů na platbě zdravotních služeb. Pacienti se takto podílí na financování prostřednictvím doplatků za určité stomatologické výkony, za materiály nebo léky, které pojišťovny zcela neproplácí. Dalším způsobem spoluúčasti je v českém prostředí v minulosti často diskutované téma regulačních poplatků za návštěvu u lékaře, při kterém bylo provedeno klinické vyšetření nebo za vydání léku na předpis. Nadstandardní péče, tedy vyšší komfort při poskytování zdravotní péče, nebo jiná péče, která nesouvisí s tou zdravotní (př. estetická chirurgie), je také plně hrazena pacienty (Janečková a Hnilicová, 2009).

² DRG= Diagnosis related group (Barták, 2012)

Kapitola 5

Zdravotní systémy

Zdraví je významnou hodnotou každého člověka už od dob minulých. Lidé již dlouhá léta vědí, že své zdraví neovlivní pouze oni sami, ale závisí na jejich sociálním postavení, dostupnosti zdrojů nebo postoji širší společnosti ke zdraví a nemocem. Proto začaly vznikat zdravotní systémy, které se snaží řešit vztahy mezi možnostmi dnešní medicíny a financováním, které především kladou důraz na dostupnost péče pro všechny občany (Janečková a Hnilicová, 2009). Zdravotní stav obyvatel závisí na postoji politiků, kteří vývoj zdravotních systémů a jejich reformem výrazně ovlivňují. Pozitivní vývoj v oblasti zdravotnictví a zlepšování ukazatelů zdravotního stavu značí také ekonomický a sociální rozvoj společnosti.

5.1. Obecná typologie zdravotních systémů

Od druhé světové války začal vznikat ucelený a organizovaný systém zdravotnictví. V této době započal medicínský rozvoj, vědecko-technický pokrok i změny v socioekonomickém prostředí, a právě tyto vlivy vedly ke vzniku zdravotnických makrosystémů. Základem každého typu zdravotního systému jsou čtyři odlišně definované činitele, a to zdravotní politika, způsob financování, vztah všech účastníků poskytujících zdravotní péči a míra účasti státu na zdravotnických zařízeních. Podle Gladkije a Strnada (2002) lze obecně rozdělit zdravotnické systémy současné doby na tři institucionální modely.

První označují jako *smíšený zdravotnický systém* založený na liberalistické koncepci zdravotnictví. V něm je zdravotní péče hrazena přímými platbami nebo ze soukromého pojištění a je zde vcelku malá role státu. Tato charakteristika vede k vyšší nákladnosti péče pro pacienty, což může způsobit nižší dostupnost kvalitní péče pro sociálně slabší občany. Na druhou stranu je zde velká nabídka kvalitních zdravotních služeb se špičkovými medicínskými technologiemi. Objevuje se zde ale častá kritika preventivní péče a nedostatečná návaznost následné specializované péče. Tento typ je dnes charakteristický především pro USA, Austrálii či Švýcarsko (Gladkij a Strnad, 2002).

Dalším modelem je systém založený na *povinném zdravotním pojištění*. Tento typ má vlastnosti popsané již v části věnované financování prostřednictvím povinného zdravotního

pojištění. Stát zde hraje významnou, ale nepřímou roli. Tento systém se vyznačuje vysokou dostupností základní péče s pestrou nabídkou služeb, ale bez extrémně vysokých nákladů na jejich využití. Systém vykazuje vysokou podporu primární péče a oproti liberálnímu modelu také dostatečnou návaznost péče. Problémem může být značné využívání prostředků na činnost samotné pojišťovny a při finančních problémech zásadní dopad na klienty (Gladkij a Strnad, 2002). Tento systém se vyskytuje nejčastěji v Evropě, a to konkrétně v Německu, Rakousku, Francii, Česku apod.

Posledním typem je systém *národní služby*, ve kterém má stát zásadní význam, jelikož se přímo podílí na nakupování zdravotní péče pro občany. Zdravotní služby jsou financovány z daní obyvatelstva. Stát garantuje všem obyvatelům zajištění zdravotní péče. Tento systém obecně zaručuje dostatečnou dostupnost kvalitní péče s dobrou návazností a nabídkou služeb. Náklady pacienta na péči jsou sice přiměřené, ale za to musejí obyvatelé často čelit dlouhým čekacím dobám na některé neurogenní výkony. Dále Gladkij a Strnad (2002) uvádí, že tento systém nepodněcuje motivaci obyvatel k péči o své zdraví a také přispívá k nekonkurenčnímu klimatu mezi vlastníky zdravotních zařízení, jelikož ta převážně vlastní stát. Při ekonomické recesi je zdravotnictví v systému národní služby náchylnější na problémy s nedostatkem financí. Tento model je typický především pro Spojené království, pro některé jihoevropské země (Itálie, Řecko, Španělsko), skandinávské země (Dánsko, Norsko) a dále také pro Kanadu či Nový Zéland.

Přestože všechny evropské země nesou znaky jednoho z uvedených typů zdravotního systému, tak každý je vždy unikátním. Vznikly z určitého specifického historického, společenského i ekonomického prostředí. Nedá se tedy mluvit o univerzálních modelech zdravotních systémů (Gladkij a Strnad, 2002).

5.2. Klasifikace zdravotních systémů podle OECD

V této práci bylo pro výběr zkoumaných zemí využito rozdělení zdravotních systémů OECD (2010), které dělí státy do šesti rozdílných skupin. Zjednodušené schéma tohoto dělení lze vidět na obrázku 1. Pro vytvoření těchto skupin vycházeli autoři z průzkumu Paris a kol. (2010), kteří se zabývali institucionálními charakteristikami 29 zdravotnických systémů. Jejich analýza využívala 20 proměnných, které se týkají závislosti systému na tržních mechanismech, způsobu pokrytí obyvatelstva a řídicích mechanismech. Vyšlo jim tedy šest shluků zemí, které mají tyto charakteristiky podobné. V jiných charakteristikách (např. ekonomické vyspělosti) jsou ale státy v rámci skupiny často velmi rozdílné.

V první úrovni byly státy rozděleny na dvě skupiny, a to podle vztahu k tržním mechanismům. První skupina využívá tyto mechanismy, a tudíž je jejich poskytování služeb závislé na vztahu nabídky a poptávky. U druhé skupiny je naopak k poskytování služeb využíván veřejný sektor a tato oblast zajišťuje také pojištění (OECD, 2010).

Státy využívající tržní mechanismy se dále dělí na tři skupiny. Do první patří země, které využívají tyto mechanismy také v oblasti regulace pojištění, občané zde mají zajištěné pojištění pro základní pokrytí jejich zdravotní péče soukromým sektorem a mají svobodnou a širokou možnost volby při výběru poskytovatele zdravotních služeb. Do této skupiny lze zařadit Německo, Nizozemsko, Slovensko a Švýcarsko (OECD, 2010).

Druhým souborem jsou země, které občanům nabízejí veřejné pojištění pro pokrytí jejich základních služeb. Pro pokrytí doplňkových služeb, které nejsou součástí základního balíčku, mohou občané využívat volitelné soukromé pojištění. V těchto zemích také funguje určitá forma gatekeepingu. Představiteli jsou Austrálie, Belgie, Francie a Kanada (OECD, 2010).

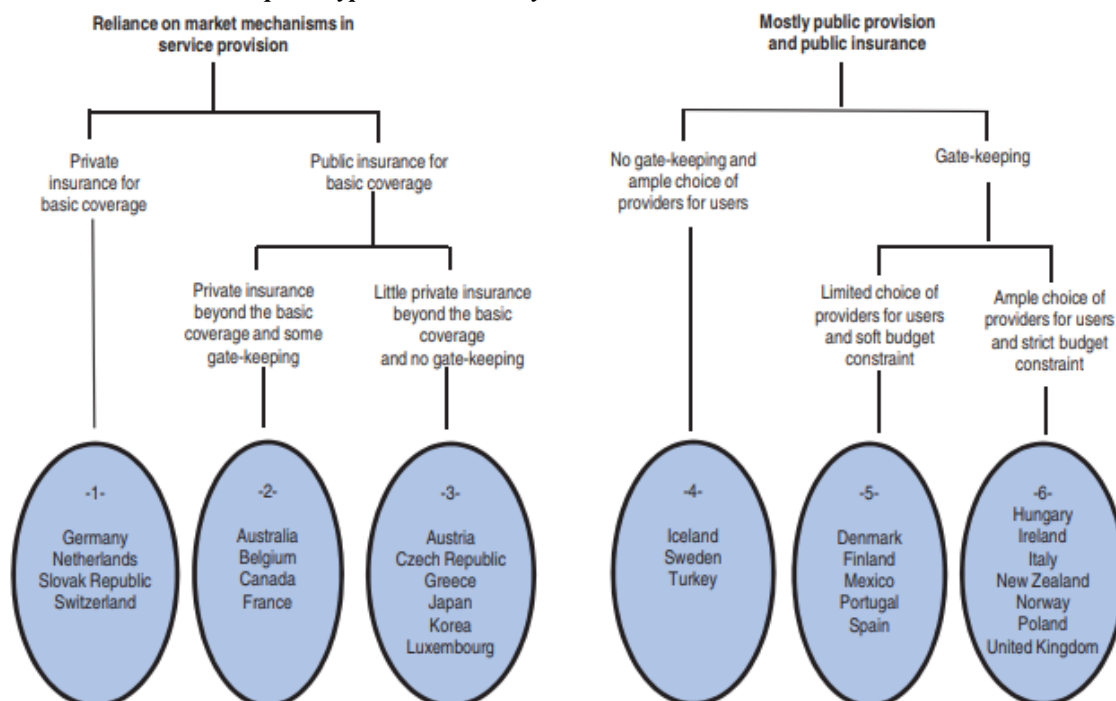
Země patřící do třetího typu klasifikace zdravotních systémů obdobně jako předchozí skupiny využívají tržních mechanismů pro poskytování zdravotních služeb. S druhým souborem mají společné veřejné pojištění, které státy poskytují svým občanům k pokrytí jejich základního balíčku zdravotních služeb. Je zde malý počet soukromých pojišťoven, které by zajišťovaly krytí služeb nad rámec základního balíčku. Není zde využívána žádná forma gatekeepingu. Takto funguje zdravotní systém v Česku, Rakousku, Řecku, Japonsku, Koreji a Lucembursku.

Čtvrtou skupinu charakterizují autoři klasifikace (OECD, 2010) již zmíněným veřejným poskytováním zdravotnických služeb a veřejným pojištěním. Při výběru poskytovatele si mohou občané svobodně zvolit z celé řady nabídek, k čemu také přispívá neexistence gatekeepingu. Do této skupiny lze zařadit Švédsko, Island a Turecko.

Poslední dvě skupiny se od té předchozí liší právě využitím určité formy gatekeepingu. Občané zemí patřících do páté kategorie mají ale pouze omezený výběr poskytovatele, i když jsou tyto poskytovatelé také zajišťováni veřejným sektorem (obdobně jako oblast pojištění). Tyto charakteristiky jsou typické pro Španělsko, Portugalsko, Dánsko, Finsko a Mexiko.

Šestá skupina má naopak pro své občany velmi bohatou možnost výběru v oblasti poskytování služeb. Oproti páté kategorii jsou v příslušných zemích velmi striktní omezení při zasahování do rozpočtu. Jedná se o Maďarsko, Irsko, Itálii, Nový Zéland, Norsko, Polsko a Spojené království.

Obr. 1 – Rozdělení zemí podle typu zdravotního systému



Zdroj: OECD (2010)

Kapitola 6

Charakteristika současných zdravotních systémů ve vybraných zemích

Tato kapitola přináší popis fungování, organizace a financování zdravotnictví v Německu, Francii, Česku, Švédsku, Španělsku a Maďarsku, jakožto vybraných zástupců výše uvedených typů zdravotnických systémů. Výběr jednotlivých zemí pro daný typ byl ovlivněn jednak snahou získat výrazného zástupce dané kategorie, jednak dostupností dat, která budou pro další analýzu zapotřebí. V jednotlivých popisech je zmiňována základní charakteristika v oblasti výdajů, zdravotního personálu a dlouhodobé péče, stejně jako některé současné problémy vybraných zemí v oblasti zdravotnictví.

6.1. Zdravotní systém Německa

V Německu vznikl v roce 1883 první zdravotnický systém, který byl založený na zdravotním pojištění. Bismarckovský model dříve pojišťoval německé dělníky při úrazu, ale postupně se rozšiřoval, až vytvořil celý sociální systém. Tento typ sociálního pojištění je základem systému, který funguje v Německu dodnes (Blecha, 2010). Toto pojištění je povinné (až na výjimky) pro všechny občany. Existuje zde přibližně 154 veřejných pojišťoven a 41 soukromých pojišťoven. Občané si dnes mohou svobodně vybrat, kterou pojišťovnu budou využívat i přesto, že zde byly dříve rozděleny podle místa a profese (Barták 2012).

Financování zdravotnictví má v Německu dva hlavní zdroje, a to veřejné a soukromé zdravotní pojištění. Zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany a cizince s trvalým pobytem a je zajišťováno neziskovými a nevládními pojišťovnami. Veřejné zdravotní pojištění pokrývá 85 % obyvatel a je povinné pro občany, jejichž příjem nedosahuje určité výše. Příspěvek do nemocničního fondu veřejného pojištění je nastaven jako procento hrubé mzdy. Pro občany, kteří vydělávají méně než 57 600 eur (2017) hrubého ročně, je povinné krytí formou veřejného pojištění. Ti, kteří vydělávají nad touto hranicí, mohou zůstat u veřejného pojištění jako tzv. dobrovolní členové nebo mohou přestoupit k soukromým zdravotním pojišťovnám. Když dáme dohromady všechny obyvatele, kteří si mohou vybrat mezi soukromým a veřejným pojištěním

(lidé s příjmem nad zmíněnou hranicí a samostatně výdělečně činné), zvolilo si z této skupiny 75 % lidí právě soukromé pojištění (Kemenade, 2018).

Studenty, důchodce a nezaměstnané pokrývá veřejné zdravotní pojištění. Soukromé pojištění je atraktivní především pro mladé osoby s vyšším příjmem a umožňuje využívání vyššího rozsahu služeb. Toto pojištění může také sloužit jako doplňkové krytí pro občany s veřejným pojištěním, nejčastěji je využíváno pro stomatologickou péči. Soukromé pojištění tedy pokrývá 11 % německé populace. Zbývá 4 % obyvatel jsou pokryta vládními programy pro specifická odvětví, to platí například pro armádní pracovníky (Kemenade, 2018). Existuje zde i možnost spolupojištění, které se týká převážně domácností, ve kterých je jedna z dospělých osob nevýdělečně činná a je tedy pojištěna společně s osobou, která vydělává (Barták 2012).

Každý pojištěnec platí rizikový příspěvek, který je vypočítán při podepisování smlouvy. Výše příspěvku se odvíjí od řady charakteristik, a proto může být u každého člověka odlišný. Příkladem údajů, na které bere pojišťovna ohled, může být věk, pohlaví či zdravotní riziko. „Zajímavostí německého systému soukromého zdravotního pojištění je skutečnost, že s ohledem na všeobecnou delší dobu dožití žen a odlišné hodnocení jejich rizikovosti platí ženy zpravidla vyšší příspěvky na zdravotní pojištění než muži. S ohledem na německý antidiskriminační zákon je však rozdílné zacházení v oblasti příspěvků na pojištění žen a mužů pokládáno za přípustné pouze tehdy, pokud privátní pojišťovny prokážou odlišnost nákladů u jednotlivých pohlaví“ (Pražmová, 2014, s. 29). Vláda reguluje výši tohoto příspěvku, aby nedošlo k jeho velkému nárůstu při stárnutí klienta (Kemenade, 2018). Také platby poskytovatelům služeb jsou pro klienty soukromých pojišťoven vyšší než u smluvních poskytovatelů těch veřejných.

Do fungování soukromých pojišťoven zasahuje stát pouze nastavením základního balíčku. Ale podoba finálního balíčku služeb pro klienta je stanovena individuální smlouvou, jen zřídka se jedná pouze o základní balíček. Stát ale požaduje minimální rozsah pokryté péče, který obsahuje základní ambulantní a lůžkovou péči.

Výše příspěvku na sociální pojištění je určována federální vládou a je jednotná pro všechny zdravotnické fondy. Aby lékaři dostali úhrady za pacienty s veřejným pojištěním, musejí mít s veřejnou pojišťovnou podepsanou smlouvu. Pacienti si mohou svobodně vybrat, ke kterému lékaři či specialistovi chtějí jít na konzultaci. Praktičtí lékaři zde nemají dominantní úlohu a neexistuje zde žádná forma gatekeepingu. Tím, že občané nemají pro návštěvu lékaře žádné omezení, jsou jejich kontroly a konzultace velmi frekventované. V průměru každý občan navštíví lékaře 10x ročně, což je častěji než ve většině zemí EU. Míra hospitalizace je dokonce třetí nejvyšší z celé EU a dosahuje hodnoty 255 hospitalizací na 1000 obyvatel (OECD, 2017c). V minulosti se německá vláda snažila o posílení významu praktických lékařů zavedením poplatku za počáteční konzultaci u lékařů bez doporučení. Tento pokus ale nebyl úspěšný (Böhm, 2012). Při výběru nemocnic mají pacienti bezplatnou možnost volby.

Odměňování poskytovatelů služeb je regulováno státem ve formě tarifů či systému DRG pro nemocnice. Nutno ale podotknout, že lékaři pod soukromým pojištěním si mohou své příjmy do jisté míry ovlivňovat, na rozdíl od lékařů veřejného pojištění (Böhm, 2012).

Německo má velmi vysoké výdaje na zdravotnictví, s částkou 4 160 eur na obyvatele mu patří druhé místo v EU. Výdaje na zdravotnictví tvoří 11,3 % hodnoty HDP, což je největší podíl ze všech zemí EU. Většina výdajů je získávána z veřejných zdrojů (84,5 %), a to je také nejvíce

z EU. Oproti tomu přímé výdaje domácností tvoří pouze 12,4 %, a to je naopak méně než průměr EU (tab. 1).

V roce 2017 se veřejné pojištění na financování podílelo 58 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Vybrané příspěvky jsou spolu s některými daňovými dotacemi sloučeny do centrálního zdravotního fondu a následně přerozděleny na jednotlivé nemocenské fondy podle schématu rizik. Tyto finance jsou určeny na ambulantní péči za využití globálního rozpočtu. Jednotliví lékaři jsou placeni za výkon a lůžková péče je hrazena pomocí systému DRG (OECD, 2017c).

V Německu je velmi rozsáhlá lůžková péče. Jak uvádí statistika OECD (2017c), tak připadá na tisíc obyvatel 8,1 lůžka, což je nejvíce v porovnání s ostatními zeměmi EU (tab. 2). V posledních letech zde docházelo ke snížení lůžkové kapacity, ostatně stejně jako v jiných evropských zemích, ale Německo disponuje jedním z nejnižších úbytků.

Podobnou situaci lze pozorovat i v případě lékařů a sester. Německo zaznamenává vysoké počty těchto pracovníků (tab. 2) a vykazují i stálý růst, a to především lékaři v nemocnicích. Tento růst lze v Německu sledovat od roku 2004, kdy byl v nemocnicích zaveden DRG systém financování. Počty lékařů v nemocnicích se poté do roku 2015 zvýšily o 30 %, tedy ze 125 000 na 163 000 lékařů. Jelikož má Německo vysoké počty jak lékařů, tak lůžek, poměr lékař – lůžko je v porovnání s EU nízký a poměr zdravotních sester na lůžko je jeden vůbec z nejnižších v EU (OECD, 2017c).

6.2. Zdravotní systém Francie

Zdravotní systém ve Francii se vyvinul z bismarckovského systému sociálního pojištění, které bylo postupně zaváděno pro některé profesní skupiny. Nejdříve kryl zaměstnance v oboru průmyslu a obchodu, státní zaměstnance, poté se přidali i studenti, vojáci, zemědělci atd., vyvrcholení nastalo v roce 1978, kdy bylo zavedeno volitelné zdravotní pojištění pro všechny obyvatele. V roce 2000 Francie upustila od zdravotního pojištění založeného na profesních skupinách a přešla na systém univerzálního zdravotního krytí. To bylo založené na nabídce základního zdravotního pojištění pro všechny obyvatele Francie, tak aby každý mohl mít přístup ke zdravotní péči. V tomto systému jsou lidé s nízkým příjmem osvobozeni od placení příspěvku a mají volný přístup k nemocniční a ambulantní péči (Kemenade, 2018).

Dnešní podoba zdravotnictví ve Francii má formu smíšeného veřejno-soukromého modelu, který kombinuje systém sociálního zdravotního pojištění a národní zdravotní služby. Sociální zabezpečení ve Francii tvoří komplexní systém, takže sektory sociální a zdravotní péče nejsou oddělené. Příspěvky na obě tyto oblasti jsou vybírány společně a následně přerozdělovány (Pražmová, 2014).

V roce 2004 byl ve Francii zaveden semi-gatekeeping systém, který poskytuje silné finanční pobídky k tomu, aby pacienti nejdříve navštívili svého praktického lékaře, a až následně na jeho doporučení vyhledali specialistu (Böhm, 2012). Toto opatření má také přispívat k řešení nedostatečné koordinace a kontinuity zdravotní péče. Má za cíl zajistit multidisciplinární péči, a to především pacientům s chronickým onemocněním. Dále také napomáhá ke zlepšení spolupráce mezi jednotlivými nemocnicemi (OECD, 2017b).

Celá francouzská populace je povinna platit zdravotní pojištění a pojišťovny zde zastávají roli neziskových agentur. „V současné době je 95 % obyvatel kryto třemi hlavními schémata pojištění. Do první skupiny patří pracovníci v oblasti průmyslu a obchodu, druhou skupinou jsou pracovníci v zemědělství a třetí samostatně výdělečné osoby a jiní pracovníci mimo zemědělství“ (Kemenade, 2018, s. 57). Výše zdravotního pojištění je od roku 2001 nastavena na 5,25 % z celkového ročního příjmu osoby.

Prakticky celá francouzská populace je pokryta právě veřejným pojištěním, ale na samotné financování mají velký podíl také výnosy z dobrovolného soukromého pojištění. Toto pojištění je využíváno především k úhradě určitých spolulátek, nadstandardní péče či lepších léčiv (Barták 2012). V posledních letech také roste význam daňových příjmů v oblasti financování.

Balíček služeb, který zahrnuje veřejné zdravotní pojištění, je ve Francii vcelku obsáhlý. Zahrnuje nemocniční péči, služby poskytované jak veřejnými, tak soukromými zařízeními, ambulantní péči poskytovanou praktickými lékaři, specialisty, zubaři či předepsané služby jinými lékaři. Ovšem ne všechny tyto služby jsou plně hrazeny z veřejných zdrojů, proto si také řada pacientů zařídila doplňkové pojištění, jelikož bez tohoto připojištění jsou pacienti povinni hradit si zbývající částku sami (OECD, 2017b).

Jak bylo zmíněno, kromě veřejného pojištění existuje ve Francii i to dobrovolné, ze kterého profituje okolo 87 % populace. Od roku 2015 je toto pojištění povinné pro soukromé zaměstnance, kterým přispívá jejich zaměstnavatel minimálně 50 % (Kemenade, 2018). Toto pojištění zajišťuje lepší krytí zdravotnického zboží a služeb, které nejsou obsaženy v balíčku veřejného pojištění. Jedná se především o oblast očního lékařství a zubní péče. Díky tomuto pojištění se výdaje samotných domácností velmi snížily. Zde ale může nastat problém u lidí, kteří si toto pojištění nemohou dovolit. U nich jsou pak přímé výdaje na zdravotnictví vcelku vysoké, a to především na již zmíněnou stomatologickou a oční péči (OECD, 2017b).

Počet lékařů na obyvatele je ve Francii o něco nižší než průměr zemí EU (tab. 2). Počet zdravotních sester v poslední době vzrostl a v roce 2015 dosáhl hodnoty 10,2 sester na obyvatele, což je lehce nad průměrem EU (tab. 2).

Počet lékařů se ve Francii od roku 2006 snižuje, což může být v budoucnu značným problémem. V důsledku stárnutí populace a odchodů starších lékařů do důchodu bude potřeba více absolventů lékařských fakult, a také větší kapacita zdravotních pracovníků v oblasti dlouhodobé péče. Tímto se Francie již začala zabývat a zvýšila počty přijímaných studentů na medicínské obory, což by se mělo promítnout především v dlouhodobém měřítku (Barták, 2012).

Existují však velké rozdíly v hustotě zdravotních pracovníků napříč francouzskými regiony, a to platí především pro specializované lékaře. Proto ministerstvo zdravotnictví zahájilo podporu nábory a udržení zdravotních pracovníků v oblastech, kde jsou jejich služby nedostatečné. Jedná se především o venkovské oblasti a socioekonomicky znevýhodněné městské části, které jsou pro lékaře méně atraktivní a ve kterých mají horší pracovní podmínky (OECD, 2016b). Mladým lékařům tak v těchto oblastech vláda usnadňuje zakládání praxe, dále jsou zde zakládány multidisciplinární zdravotnické domy, které umožňují přenesení některých kompetencí lékařů na jiné poskytovatele zdravotní péče, a tím se snižuje tlak kladený na lékaře při vysokém počtu spádových pacientů. Mladí lékaři mohou být také finančně podporováni již při studiu, za

předpokladu, že po absolvování univerzity půjdou pracovat právě do oblasti, kde jsou jejich služby nejvíce potřeba (OECD, 2017b).

Výdaje na zdravotnictví tvoří ve Francii 11,5 % HDP, kdy je nejvýznamnějším zdrojem jejich financování veřejné pojištění, z kterého je hrazeno 74 % těchto výdajů. Soukromé pojištění dotuje přibližně 12 % výdajů, stát přispívá 4 % a na přímé platby domácností zbývá necelých 10 %, což je nejméně ze všech zemí EU (tab. 1). Podíl celkových výdajů z hodnoty HDP je po Německu druhým nejvyšším v EU a odpovídá částce 3 572 eur na obyvatele (OECD, 2017b).

Většina zdravotnických zařízení jsou soukromého charakteru, pouze s výjimkou nemocnic, které jsou ze 64,5 % vlastněné státem. Také přístup na trh a odměňování zdravotních pracovníků v nemocnicích je řízeno státem (Böhm, 2012). Dlouhodobě má Francie velký počet nemocničních lůžek, a i přes jejich velký pokles od roku 2000 zůstávají stále na vyšší úrovni než v jiných evropských zemích. Na tisíc obyvatel připadá 6,1 lůžka, což je podobné průměru EU (tab. 2). Tento pokles byl nejzřetelnější u lůžek dlouhodobé péče, jelikož se tento druh služby přesouvá spíše do pečovatelských domů (OECD, 2017b).

Právě v této oblasti lze nalézt jeden z hlavních úkolů, kterým se bude muset francouzské zdravotnictví dále zabývat. Bude muset zajistit pokračování v transformaci ze zdravotnictví zaměřeného především na akutní nemocniční péči na systém, který bude dostatečně reagovat na stárnoucí populaci a tím rostoucí využívání dlouhodobé péče (OECD, 2017b).

6.3. Zdravotní systém Česka

V Česku již dlouhá léta funguje systém národního zdravotního pojištění. Platba pojištění je povinná pro všechny občany. Na základě pravidel, která jsou určena zákonem, může však stát některým skupinám obyvatel na pojištění přispívat či ho úplně hradit. U nás je v oblasti zdravotnictví zachována významná role státu, která je ukotvena v Ústavě ČR a v Listině základních práv a svobod. „Stát má povinnost vytvořit takové podmínky, které umožní zajistit každému občanu kvalitní zdravotní péči srovnatelně dostupnou z hlediska místa, času i ekonomické náročnosti, chránit a podporovat zdraví občanů“ (Janečková a Hnilicová, 2009, s. 127).

Příspěvky občanů na veřejné zdravotní pojištění jsou stanoveny procentem z příjmu. Tento podíl je určen zákonem a činí 13,5 %. V současné době v Česku působí sedm zdravotních pojišťoven, které poskytují občanům veřejné pojištění. Největší z nich je Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, která pokrývá necelých 60 % obyvatel (Pražmová, 2014).

Český zdravotní systém zaručuje pro obyvatele všeobecné krytí, a stát se tím stává velmi důležitým subjektem v oblasti financování. Jak již bylo zmíněno, stát zajišťuje několika skupinám zdravotní pojištění, jedná se především o ekonomicky neaktivní, děti, studenty, důchodce, osoby na rodičovské dovolené ap. Částka, kterou platí stát za tyto osoby neodpovídá reálným nákladům na jejich zdravotní péči³ (OECD, 2017a). Na jejich pojištění tedy přispívá, jak stát, tak také ostatní plátcí pojištění. Tyto příspěvky jsou dále v rámci principu solidarity přerozdělovány (Pražmová, 2014). Toto prakticky úplné pokrytí se odráží na nízkém procentu lidí, kteří v průzkumu EHS

³ Úhrada za státní pojištěnce je od roku 2018 ve výši 969 Kč (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017).

zmiňovali nesplněnou potřebu lékařského vyšetření z důvodu vysokých nákladů, cestovní vzdálenosti nebo dlouhé čekací doby. Počet lidí hlásící se k tomuto problému byl jeden z nejnižších mezi zeměmi EU.

Náklady na zdravotní péči v Česku rostou, a to především kvůli rozšiřování nových výkonnějších, ale i nákladnějších léčebných metod. Jelikož jsou Češi zvyklí, že jsou jejich výdaje na zdravotní péči minimální, tak ji také častěji využívají. I přes to jsou v Česku výdaje na zdravotnictví o třetinu nižší, než je průměr EU, což odpovídá 7,1 % HDP (tab. 1). Výdaje jsou zde financovány z velké části z veřejných zdrojů (82,4 %), což je jeden z nejvyšších podílů z celé Evropské unie. Soukromé pojištění zde naopak tvoří relativně malou roli, kdy financovalo pouze 2,6 % celkových výdajů. Zbylou část platí pacienti přímo (15 %). Tento podíl přímých plateb je v evropském porovnání vcelku nízký a tvoří ho především spoluúčast na nákupu léků (OECD, 2017a).

Základní balíček, který je poskytován veřejnými pojišťovnami, je v Česku velmi obsáhlý. Když přihlídneme k neexistenci omezení v podobě gatekeepingu a velmi nízkým přímým platbám samotných pacientů, je české zdravotnictví pro občany velmi dobře dostupné (OECD, 2017a). Jelikož má v Česku krytí veřejným pojištěním velký rozsah, soukromé pojištění zde prakticky neexistuje.

Česko má velmi hustou nemocniční síť s velkým počtem lůžek, který patří k jednomu z nejvyšších v EU. V roce 2013 zde existovalo 188 nemocnic (ÚZIS, 2014), které poskytovaly 6,9 lůžka na tisíc obyvatel (tab. 2). Takový počet lůžek není běžně v českém zdravotnictví využíván. Průměrná délka pobytu je zde také vyšší než v jiných zemích EU (9,4 dne). Tyto údaje ukazují především na nutnost posílit primární a specializovanou ambulantní péči a předcházet tak hospitalizacím u případů, u kterých to není nezbytně nutné (OECD, 2016a). Kromě nadměrné kapacity je zde problém i s kvalitou některých zdravotních zařízení, jedná se především o psychiatrické léčebny, zařízení dlouhodobé péče či některé menší nemocnice ve venkovských oblastech. V těchto zařízeních je potřebná značná modernizace, rozvoj lidských zdrojů, ale také zajištění kvalitnějšího zpracování údajů (OECD, 2017a).

Počty lékařů se v Česku pohybují okolo průměru EU, tudíž se může jevit, že je zde lékařů dostatek. Existují zde ale tři problémy. Prvním je fakt, že velká část lékařů je starších 60 let. V roce 2016 ordinovalo okolo 30 % praktických lékařů a 40 % pediatriů, kteří dosahovali věku 60 a více let. Tito lékaři budou v blízké době odcházet do důchodu a může tak nastat problém s nedostatečnou kapacitou těchto zdravotních pracovníků. Druhým problémem je skutečnost, že se většina vystudovaných lékařů koncentruje do větších městských zdravotních zařízení, což vede k nedostatku a také nižší kvalitě zdravotního personálu ve venkovských oblastech. A v neposlední řadě zde dochází k silnému odlivu absolventů lékařských fakult do zahraničí z důvodu lepších finančních i technických podmínek (OECD, 2017a).

Správa a řízení zdravotnictví v Česku by mohlo být daleko efektivnější. Jsou zde rezervy v rychlosti přijímání reforem či v aktivnějším postoji při řešení problémů, jako jsou nízké příjmy zdravotních pracovníků, stárnutí obyvatelstva a s tím související vyšší výdaje na zdravotní péči či nedostatek pracovních sil. Ministerstvo zdravotnictví má sice vůdčí roli, ale na řízení systému se podílí několik dalších subjektů, jako jsou kraje, lékařská komora či jiné nezávislé orgány, které

nejsou vždy dobře koordinované. V Česku se také velmi dbá na volbu a svobodný přístup ke zdravotní péči, což často ztěžuje přijímání zásadních změn (OECD, 2017a).

Český zdravotní systém také vyžaduje pouze minimální vykazování údajů o kvalitě zdravotní péče u jednotlivých poskytovatelů. Obecně zde chybí kvalitní údaje o jednotlivých poskytovatelích, jejich nákladech a výdajích. Rozvoj a sdílení ukazatelů by jistě pomohlo zlepšit výkonnost systému. Tyto nedostatečné údaje ztěžují zdravotním pojišťovnám nákup zdravotní péče, jelikož nemají dostatečné informace o kvalitě jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb. V českém zdravotnictví také neexistuje žádná forma gatekeepingu, tudíž mají pacienti možnost navštívit odborníka i bez předchozí konzultace u svého praktického lékaře. Při zmíněném nedostatku informací o kvalitě jednotlivých lékařů je i pro pacienty obtížnější najít vhodného lékaře (OECD, 2017a).

Problémy má Česko i v oblasti dlouhodobé péče, která zde není dobře koordinovaná, jelikož je rozdělena mezi sektory zdravotní a sociální péče. K růstu neefektivního využívání dlouhodobé péče přispělo zrušení poplatků za poskytování zdravotní péče v roce 2013. Tyto poplatky ale zůstaly v oblasti sociální péče. To u pacientů vede k preferenci setrvání v nemocniční péči delší dobu, než je nezbytně nutné. Tato péče je v nemocnicích často nákladnější než ve specializovaných zařízeních pro starší nebo dlouhodobě nemocné pacienty. Vzhledem k rychle stárnoucí populaci je potřeba tento problém řešit, jinak bude dlouhodobá péče pro zdravotní systém velmi nákladná (OECD, 2017a).

6.4. Zdravotní systém Švédska

Zdravotní systém ve Švédsku je decentralizovaný. Zdravotnictví je rozděleno na tři správní úrovně, a to na národní, regionální a municipální. Obce (municipality) mají kompetence v oblasti zdravotně-sociální péče (Barták, 2012), tudíž jsou odpovědní za zajištění péče a bydlení pro starší osoby a osoby s tělesným postižením. Za financování, nákup a poskytování zdravotních služeb je odpovědní 21 regionů. Ty také určují výši daní, které jsou základem zdrojů při financování. Tyto prostředky jsou shromažďovány na národní úrovni a dále přerozdělovány podle vyrovnávacího schématu, tak aby bylo zajištěno poskytování přibližně stejných služeb v celé zemi. Stát do systému zasahuje pouze regulacemi a spíše plní funkci kontrolora správného fungování, popřípadě poskytuje granty, dotace a příspěvky na konkrétní zdravotní programy (Barták, 2012).

Financování ve Švédsku je zajištěno vybíráním povinných daní. Jedná se především o daň z příjmu, u které mají regiony možnost nastavit její proporční částku. Rozpočet regionů je ze 68 % tvořen právě těmito daněmi (Kemenade, 2018). Doplňkovými zdroji jsou již zmíněné státní dotace a poplatky při návštěvách lékaře.

Ve Švédsku existuje i soukromé pojištění, které se ale na výdajích podílí pouze 1 % (Kemenade, 2018). I přesto, že má toto pojištění pouze doplňkovou formu, roste v posledních letech velmi rychle. Podle odhadů OECD (2017g) využívá nějaký druh soukromého pojištění zhruba šest procent švédských občanů. Tento typ pojištění umožňuje klientům rychlejší přístup k ambulantní péči, volitelným chirurgickým zákrokům, zahrnuje zdravotní prohlídky aj. Rostoucí význam tohoto pojištění vede k obavám o rovnost a spravedlnost přístupu ke zdravotnickým

službám, na kterých si Švédsko velmi zakládá. Toto dodatečné pokrytí si totiž může dovolit pouze skupina obyvatel s vyššími příjmy.

Co se týká celkových výdajů na zdravotnictví, tak má Švédsko třetí nejvyšší podíl těchto výdajů na HDP v Evropské unii. Ročně vynaloží téměř 11 % HDP na zdraví obyvatel (tab. 1). Na jednoho obyvatele pak v průměru připadá částka 4 019 eur za rok, a tím se Švédsko řadí na pátou příčku v EU. Velká část celkových výdajů pochází z veřejných zdrojů a to konkrétně 84 % (tab. 1). Většinu zbylých výdajů tvoří přímé platby domácností, jelikož dobrovolné soukromé pojištění je ve Švédsku zastoupeno pouze minoritně a tvoří tak již zmíněné 1 % výdajů.

Ve Švédsku mají zdravotní zařízení jak soukromý, tak veřejný charakter, ale oba druhy jsou hrazeny z veřejných zdrojů. Probíhá zde tedy konkurenční boj mezi těmito dvěma typy zařízení, ale vzhledem k tomu, že cenu za jejich služby nastavuje vláda, nemohou pacienty cenou služeb ovlivňovat. Dále v zemi existuje sedm veřejných univerzitních nemocnic, ve kterých se provádí vysoce specializované zákroky za využití nejmodernějších technologií. Na regionální úrovni pak existuje 70 veřejných nemocnic, které se zaměřují na akutní péči po 24 hodin denně. Kromě těchto veřejných nemocnic je ve Švédsku také šest soukromých (OECD, 2017g).

Ve Švédsku neexistuje žádná forma gatekeepingu, takže si pacienti mohou svobodně zvolit lékaře a přímo kontaktovat specialisty. Pro zajištění efektivního fungování systému a posílení pozice pacienta jsou ve švédské legislativě zakotveny maximální časové lhůty, které by se měly dodržovat při poskytování zdravotní péče. Pacient by měl mít každý den šanci kontaktovat některého ze zástupců zdravotního systému, do sedmi dnů by měl mít možnost navštívit praktického lékaře, do 90 dnů by měl mít zajištěnou konzultaci se specialistou a do 90 dnů od diagnostiky by mu měla být poskytnuta adekvátní léčba (OECD, 2017g).

Obecně jsou zde díky decentralizovanému systému značné regionální rozdíly. Vláda se však snaží je omezovat pomocí státního systému přerozdělování, který finančně víc podporuje zaostalejší a venkovské oblasti (OECD, 2017g).

Zdravotních pracovníků je ve Švédsku dostatečné množství, jak praktických lékařů, tak i specialistů a sester. Na 1000 obyvatel připadá 4,3 lékařů a 11,1 sester, a to jsou napříč Evropskou unií nadprůměrná čísla (tab. 2).

Problém je ale v územním rozdělení lékařů. Například severní regiony Švédska mají velký problém s dostupností praktických lékařů. Jelikož se jedná především o venkovské oblasti, které nejsou pro lékaře tolik atraktivní. K nerovnosti přispěla i reforma, která umožňuje svobodnou volbu oblasti při zřizování lékařské praxe, a z toho důvodu se praktičtí lékaři soustřeďují ještě více do městských oblastí (OECD 2017g). Pacienti pak nemají ve své blízkosti praktického lékaře a častěji vyhledávají odbornou a nemocniční péči. Tím rostou jak personální náklady, tak i náklady na zdravotní péči. Ve Švédsku je oproti ostatním zemím EU mnohem více pacientů, kteří zmiňují, že museli vyhledat nemocniční péči, protože lékař primární péče nebyl k dispozici (OECD 2017g).

Ve Švédsku bylo zřízeno národní call centrum a webové stránky, na kterých pracují zdravotní sestry a poskytují primární konzultaci namísto toho, aby pacienti chodili přímo k praktickému lékaři. To umožňuje zamezit nadbytečným návštěvám a tím zmírnit zatížení praktických lékařů, kterých není ve Švédsku přebytek.

V této oblasti Švédsko naráží ještě na jeden problém, a to v souvislosti s vysokým počtem příchozích lékařů ze zahraničí. Okolo 27 % lékařů pracujících ve Švédsku bylo vyškolené mimo tuto zemi, ačkoli 15 % z tohoto počtu byli Švédi, kteří studovali v zahraničí (OECD, 2017g). Kvůli tomu by zde měla probíhat diskuze, zda je vzdělávací systém ve Švédsku nastaven správně.

Opačnou situaci můžeme nalézt v oblasti lůžek. Nemocničních lůžek akutní péče je ve Švédsku vůbec nejméně ze všech zemí EU. Případá zde pouze 2,3 lůžka na 1000 obyvatel, oproti průměru EU (tab. 2). S tím související délka hospitalizace je také velmi nízká. V průměru je pacient ve Švédsku propuštěn po 5,9 dne.

Podobně jako ostatní země musí Švédsko reagovat na zvyšující se potřeby zdravotní a dlouhodobé péče v důsledku stárnutí populace. Míra závislosti starých lidí (65+/15-64) je nyní jedna z nejvyšších v EU, ale díky vyšší plodnosti a kladnému migračnímu saldu by v následujících letech neměla stoupat tak strmě jako v jiných zemích EU (OECD, 2017g).

I proto Švédsko stále klade velký důraz na dlouhodobou péči. O tom svědčí i vyšší výdaje a větší množství pracovníků v této oblasti než v jiných zemích. Je zde také jedna z nejvyšších koncentrací lůžek v zařízeních dlouhodobé péče, a díky tomu je vyvíjen menší tlak na rodiny, které mají mezi svými členy starší dlouhodobě nemocné pacienty (OECD, 2016c). Nejedná se ale pouze o speciální zařízení zaměřená na dlouhodobou péči, Švédsko také klade důraz na poskytování péče ve vlastních domovech pacientů, která je u seniorů nejžádanější. Švédská vláda si je také vědoma toho, že tento sektor bude i v budoucnu velmi důležitý, a proto ho stále podporuje. Švédsko má totiž jeden z nejvyšších podílů starších lidí ze zemí EU, kdy obyvatelé starší 65 let tvoří téměř 20 %. Tomu ale odpovídají i vysoké výdaje na tyto obyvatele, jelikož švédské zdravotnictví vydá na seniory 3,2 % HDP (průměr zemí EU je 1,6 %). V současné době stojí před výzvou nalézt vhodné ukazatele kvality dlouhodobé péče, tak aby se mohla tato oblast nadále zlepšovat.

6.5. Zdravotní systém Španělska

Španělské zdravotnictví je založené na národním zdravotním systému, který je financován z obecných daní. Obdobně jako u Švédska, tak i zde je systém zdravotnictví decentralizován. Decentralizace je založena na přenesení pravomocí a odpovědnosti na 17 regionálních vlád, které mohou vydávat vlastní zákony disponující stejným právním postavením jako právní předpisy státu (Kemenade, 2018). Ministerstvo zdravotnictví, sociálních služeb a rovnosti má v kompetenci národní strategii a monitorování výkonnosti zdravotního systému. Na regionální vlády je tedy přenesena řada pravomocí. Zajišťují regionální zdravotní službu a jsou tedy správním a řídicím orgánem, který je zodpovědný za zdravotní střediska, zařízení a služby v dané oblasti. Tato decentralizace umožňuje přiblížit péči občanům, a zajistit tak větší rovnost, kvalitu a účast občanů v systému zdravotní péče (Kemenade, 2018).

Tyto regiony jsou ještě rozděleny na jednotlivé zdravotnické oblasti a zóny, které jsou základními strukturálními jednotkami španělského systému. Každá oblast je zodpovědná za správu zdravotních zařízení a poskytování zdravotní péče. Tyto oblasti mají zpravidla okolo 200–250 tis. obyvatel a zaměřují se na poskytování primární a specializované péče. Zdravotní zóny jsou nejmenšími jednotkami a jsou tvořeny jedním týmem zajišťující primární péči. V těchto

zónách mají praktičtí lékaři funkci gatekeeperů, takže mají pacienti omezenou volbu specializované a nemocniční péče a mohou ji využívat jen na doporučení svého praktického lékaře (Barták, 2012).

Ve Španělsku naprostou většinu obyvatelstva pokrývá národní zdravotní pojištění (99,1 %, rok 2014). Podobně jako tomu bylo v Německu, tak i zde si státní zaměstnanci mohou vybrat, zda budou využívat soukromé pojištění nebo zůstanou u národního. Když ke zmíněnému podílu přidáme také státní zaměstnance s národním pojištěním, bude výsledné číslo představovat 99,9 % veškerého španělského obyvatelstva (OECD, 2017f).

Ve Španělsku se velmi výrazně projevila hospodářská krize, a tím musely být výdaje na zdravotnictví značně zredukovány. V posledních letech se částka na zdravotnictví opět zvyšuje, ale stále nedosahuje ani průměrných výdajů v Evropské unii. V roce 2017 vydalo Španělsko 2 446 eur na obyvatele, což odpovídá 8,8 % HDP (tab. 1).

Financování zdravotní péče ve Španělsku je z 63 % zajišťováno daněmi, dále z 8 % sociálním zabezpečením, 5,2 % soukromým pojištěním a 23,8 % platí samotní občané přímo (tab. 1). Ve zdravotním systému má zásadní roli stát, který stanovuje daňovou sazbu, je hlavním poskytovatelem služeb a vlastní dvě třetiny nemocničních lůžek. Přístup na trh a odměny poskytovatelům služeb jsou také v kompetenci státu. Pacienti si mohou vybrat svého praktického lékaře v dané oblasti bez omezení a objednání ke specialistovi by mělo probíhat na základě jejich doporučení. V praxi to tak ale často nebývá a občané chodí přímo do nemocnice (Böhm, 2012).

Zdravotnictví je tedy financováno daněmi, které jsou následně rozděleny mezi jednotlivé regiony. Základem rozpočtu jsou daně z přidané hodnoty a daně z příjmu. Regionální vláda může zvýšit příspěvek občanů na daně, který však nesmí převýšit maximální hodnotu stanovenou státem (Kemenade, 2018).

Soukromé pojištění má ve Španělsku pouze doplňkový charakter a zajišťuje služby, které nejsou zahrnuty v základním balíčku národních pojišťoven. Toto pojištění má zřízeno zhruba 22 % obyvatel, a to především bohatší vrstva bydlící ve větších městech (Madrid, Barcelona).

V důsledku hospodářské krize proběhly v roce 2009 ve Španělsku značné reformy s cílem snížit veřejné výdaje. Zredukoval se tedy rozsah služeb a léků, které byly placeny z veřejných zdrojů. Tyto reformy zvýšily finanční zátěž domácností, které v roce 2015 financovaly téměř 24 % z celkových výdajů na zdravotnictví, což je oproti průměru EU výrazně větší podíl (tab. 1). Dalším opatřením bylo také snižování počtů zdravotních pracovníků a jejich platů. (OECD, 2017f).

Snížení veřejného krytí některých zdravotních služeb a léků bylo hlavním důvodem zvýšení finančních výdajů samotných občanů. Tyto výdaje se týkají především spoluúčasti na předepsaných lécích a zubní a oční péči. Zvýšilo se také doplňkové zdravotní pojištění, které zajišťuje 5 % celkových výdajů. Lidé si ho volí díky nabídce rychlejšího přístupu k péči, většímu výběru služeb a lepšímu vybavení (OECD, 2017f).

Jak již bylo zmíněno, je Španělsko rozděleno do několika regionů. Ty se od sebe značně liší, a to například množstvím výdajů na zdravotnictví či dostupností zdravotní péče (počtem zdravotních pracovníků či délkou čekací lhůty na operace). Španělská vláda přijala některá opatření k vyřešení tohoto problému. Prodloužila pracovní dobu chirurgů s příslušným navýšením částky za výkon, zvýšila nákupy potřebných zařízení ale tyto zásahy nestačily k uspokojení stále

zvyšující se poptávky v některých regionech. Tato opatření naopak spíše zvýšila poptávku po těchto služebnách (OECD, 2017f). Dlouhé čekací doby mohou vyvolávat následný horší zdravotní stav a jak již bylo zmíněno, jedním z hlavních úkolů každého zdravotního systému by mělo být zajištění včasného přístupu k nezbytné léčbě.

To se rázem projevuje i na kvalitě poskytovaných služeb v jednotlivých oblastech. I samotní občané výrazně vnímají tyto rozdíly, pouze 38 % obyvatel se domnívá, že nabízené zdravotnické služby jsou stejné ve všech regionech (OECD, 2017f).

Ve Španělsku je velmi rozvinutá primární péče, která je zcela financována veřejnými zdroji. Existují zde tzv. Centra primární zdravotní péče, ve kterých poskytují služby jak praktičtí lékaři a pediatři, tak také sociální pracovníci, případně fyzioterapeuti či zubní lékaři. Tito zdravotní pracovníci mezi sebou spolupracují a tím přispívají k lepší efektivitě práce. Hlavním cílem těchto center by měla být lepší koordinace péče mezi zdravotním a sociálním sektorem, a to i kvůli výraznému stárnutí obyvatelstva (OECD 2017f).

Španělsko má problém s nedostatkem zdravotních sester, na tisíc obyvatel připadá 5,5 sester, což je i v porovnání s EU velmi málo (tab. 2). Jedním z důvodů toho problému může být malý počet absolventů zdravotnických škol zaměřených na ošetrovatelství. Počty vystudovaných jsou jedny z nejnižších, obdobně jako v ČR. Velký vliv na tento stav má také značný počet zdravotních sester odcházejících do zahraničí. V roce 2014 tak pracovalo více než 9 200 španělských zdravotních sester mimo svou zemi (OECD, 2017d).

Naopak lékařů je zde dostatek a převyšují i jejich průměrný počet v EU (tab. 2), a to také díky podpoře studia lékařských fakult (OECD 2017f). Bez těchto opatření by mohla nastat podobná situace jako u zdravotních sester.

Také ve Španělsku bude stárnutí populace představovat velkou zátěž pro zdravotní služby a především pro dlouhodobou péči. Proto bude nutné zvrátit současný kritický podstav španělských zdravotních pracovníků. Bude zajistit výrazný růst jejich počtu, tak aby mohla být pokryta veškerá poptávka po zdravotní péči. Pro Španělsko bude zásadním úkolem rozšířit, počet míst pro vyškolení sester, zavést opatření k udržení těchto pracovníků v jejich zemi pomocí bezpečných a atraktivních mzdových a pracovních podmínek a možnosti určitého profesního rozvoje. U lékařů bude potřeba podporovat příchod mladých absolventů na místa praktických lékařů (OECD, 2017d).

6.6. Zdravotní systém Maďarska

Maďarský zdravotní systém je naopak velmi centralizovaný s dominantní rolí vlády, která určuje strategické směřování, kontroluje shromažďování příspěvků, určuje balíček dávek či stanovuje rozpočet. K této centralizaci docházelo od roku 2012, především kvůli dřívější nadměrné byrokracii a regionální nerovnosti (OECD, 2017e).

Funguje zde systém veřejného zdravotního pojištění, a to pouze s jednou zdravotní pojišťovnou. Tuto instanci spravuje Národní fond správy zdravotního pojištění, který je pod přímou kontrolou vlády, tudíž má pravomoc pouze v oblasti smluvních vztahů při nákupu péče. Samotná vláda stanovuje mimo jiné také rozsah hrazených služeb, podmínky pro poskytování péče, rozpočet i alokaci finančních prostředků (Barták, 2012).

Regionální veřejná správa je odpovědná za provoz nemocnic a jiných zdravotních zařízení, spolu se zajištěním dostupnosti péče. Soukromá zařízení poskytují především primární péči, zajišťují prodej léčiv a přesouvají se také do sektoru ambulantní péče specialistů (Barták, 2012).

Maďarský zdravotní systém vydá ročně 1 427 eur na obyvatele, což odpovídá 7,2 % HDP. Toto množství odpovídá pouze polovině průměru zemí EU (tab. 1). Pomalý růst výdajů je v posledních letech dán především zpřísněním kontroly veřejných výdajů (OECD, 2017e). Pouze třetina celkových výdajů pochází z veřejných zdrojů, tedy velká část připadá na samotné domácnosti, které se poté častěji dostávají do krizové finanční situace. To potvrzuje fakt, že v roce 2015 nemělo cca 5 % občanů jasné zdravotní pojištění, a to především z důvodu neplacení zdravotního pojištění. Těmto lidem by tedy neměla být poskytnuta ani základní péče (OECD, 2017e).

Z výše uvedených dat lze vidět, že maďarský systém vydává poměrně malé částky na zdravotní péči. To je také jeden z důvodů současného špatného fungování jejich zdravotního systému. Vláda nastavuje rozpočet, který nelze dodržet, a nemocnice se tím často dostávají do problémů s placením svým dodavatelům (OECD, 2017e).

Způsob úhrady za poskytování péče se v Maďarsku s odlišnými obory mění. Praktičtí lékaři jsou odměňováni systémem kapitačních plateb, které jsou nastaveny podle příslušných charakteristik pacienta (např. věk) i lékaře (věk, úroveň vzdělání, délka praxe nebo počet pacientů). Ambulantní specialisté jsou poté odměňováni formou platby za výkon a nemocnice pomocí systému DRG s výjimkou chronicky nemocných pacientů, jejichž péče je hrazena dle počtu ověřovacích dnů. Praktický lékař má úlohu tzv. gatekeepera, tudíž by pacient neměl být přijat specialistou bez doporučení, ale v maďarském systému existuje řada výjimek, u kterých tento systém nefunguje (např. v oblasti dermatologie, gynekologie nebo urologie) (Böhm et al. 2012).

Zdravotnické služby jsou v Maďarsku zajišťovány především soukromými poskytovateli. Soukromí majitelé provozují také většinu lékáren. Nejvýznamnějšími poskytovateli lůžkové péče jsou nemocnice, ty jsou z 97 % provozovány státem, také proto se u nich nejčastěji projevují problémy s financováním. Naopak zajištění ambulantní péče nemá dominantního poskytovatele, je zde uplatňován smíšený model, jak soukromých, tak státních subjektů (Böhm et al. 2012).

Velká část poskytované zdravotní péče v Maďarsku je koncentrována právě do nemocnic. Podobně jako v Německu, je zde počet nemocničních lůžek velmi vysoký, na tisíc obyvatel zde připadá sedm lůžek (tab. 2). Tato lůžka jsou také značně využívána, pacient v maďarské nemocnici stráví v průměru 9,5 dne. To je nejdéle ze všech zemí EU (OECD, 2017e).

Naopak počet lékařů je v maďarském zdravotnictví vcelku nízký. Na tisíc obyvatel připadá 3,2 lékařů. U zdravotních sester je toto číslo oproti průměru EU ještě nižší, a to 6,4 sester na tisíc obyvatel. Při srovnání těchto čísel s evropským průměrem (tab. 2) lze vidět, že Maďarsko má opravdový nedostatek zdravotních pracovníků. Mimoto jen malá část lékařů (12 %) pracuje v oblasti praktického lékařství. Převážně zde ordinující specialisti, což může být jednou z příčin nižší efektivity zdravotnictví a větší úmrtnost na příčiny, kterým se dá předcházet včasnou a kvalitní péčí. Také to způsobuje zbytečné využívání odborné péče, která je nákladnější než ta primární (OECD, 2017e).

Při pohledu na věkovou strukturu praktických lékařů lze zaregistrovat problém, který bude maďarskému zdravotnictví hrozit v příštích letech. Téměř polovina praktických lékařů je starších 60 let a 40letých maďarských praktických lékařů nalezneme pouze 10 % (OECD, 2017e). Při demografickém stárnutí, které v této zemi nastává, lze očekávat výrazné odcházení lékařů do důchodu a tím ještě výraznější oslabení primární péče.

K příčinám těchto problémů lze přičítat také přistoupení Maďarska k EU v roce 2004. Vstup umožnil snadnější odchod lékařů do zahraničí, kde získali lepší podmínky. Lékaři, kteří zůstali v Maďarsku, čím dál častěji přecházeli do soukromého sektoru, který zažíval výrazný rozvoj, jelikož byl pro lékaře v mnoha ohledech výhodnější (OECD, 2017e).

Tab. 1 – Výdaje na zdravotnictví a zdroje financování ve vybraných zemích v roce 2017

	Německo	Francie	Česko	EU	Švédsko	Španělsko	Maďarsko
Výdaje na obyvatele	4 160	3 572	1 873	2 773	4 019	2 446	1 473
Podíl HDP (%)	11,3	11,5	7,1	9,6	10,9	8,8	7,2
Veřejné zdroje (%)	84,5	78	82,4	79	84	71	67
Soukromé pojištění (%)	3,1	12,2	2,6	2,8	0,8	5,2	3,3
Přímé platby (%)	12,4	9,8	15,0	18,2	15,2	23,8	29,7

Zdroj dat: OECD (2018a)

Tab. 2 – Souhrnná tabulka počtu lékařů, sester a lůžek na tisíc obyvatel ve vybraných zemích v roce 2017

	Německo	Francie	Česko	EU	Švédsko	Španělsko	Maďarsko
Počet doktorů na tis. obyv.	4,2	3,5	3,7	3,6	4,3	3,8	3,2
Počet sester na tis. obyv.	12,9	10,2	8,1	8,4	11,1	5,5	6,4
Počet lůžek na tis. obyv.	8,1	6,1	6,9	5,1	2,3	3,0	7,0

Zdroj dat: OECD (2018a)

Kapitola 7

Analýza ukazatelů jednotlivých zemí

Tato kapitola se zabývá porovnáním demografických ukazatelů a ukazatelů zdravotní péče mezi vybranými státy. Pro srovnávání zdravotních systémů bylo vybráno šest oblastí, za které byly zvoleny jednotlivé ukazatele, tak aby co nejlépe zobrazily odlišnosti v demografickém vývoji a zdravotním stavu obyvatelstva mezi jednotlivými státy.

7.1. Zdravotní stav obyvatelstva

První oblast popisuje zdravotní stav obyvatelstva, a to se zaměřením na naději dožití a hlavní příčiny úmrtí. V posledních dekádách naděje dožití v evropských zemích rostla, ale od roku 2010 se tento růst převážně v západoevropských zemích zpomalil. Jedním z důvodů je zpomalení poklesu úmrtnosti na kardiovaskulární nemoci. Vliv mělo i zvýšení počtu úmrtí v roce 2015 mezi osobami staršími 75 let. To bylo dáno zvýšeným počtem onemocnění chřipkou a pneumonií (OECD, 2018a).

Španělsko disponuje nejvyšší nadějí dožití nejen z vybraných zemí, ale také ze všech zemí Evropské unie. V roce 2016 zde dosáhl tento ukazatel v průměru za obě pohlaví hodnoty 83,5 let, a to především díky stabilnímu a silnému růstu v posledních letech, který byl právě ve Španělsku nejrychlejší. Od roku 2000 se zde naděje dožití zvýšila o více než 4 roky. Nárůst o téměř čtyři roky lze sledovat už jen u Česka nebo Maďarska, ale tyto země měly horší výchozí situaci, tudíž v současné době vykazují stále spíše podprůměrné hodnoty ve srovnání s ostatními zeměmi či zeměmi EU (viz obr. 2).

U všech zemí lze pozorovat růst v hodnotách naděje dožití, i když s rozdílnou intenzitou. Tento růst je u všech zemí dán především rostoucím trendem délky života u osob starších 65 let, a to díky snižování úmrtnosti na kardiovaskulární choroby (OECD, 2018a). V poslední době pokrok v léčbě nemocí oběhové soustavy již není tak výrazný, a proto se v řadě zemí růst naděje dožití zpomaluje.

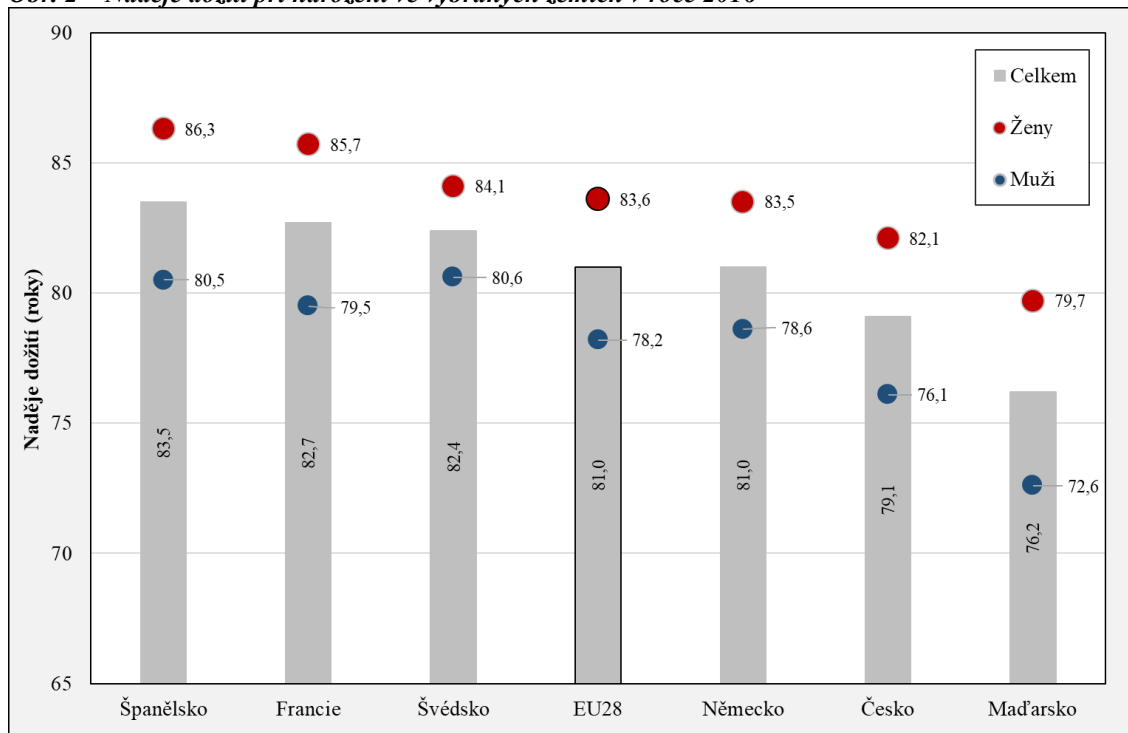
V této souvislosti je vhodné zmínit úroveň délky života v Německu, která je totožná s průměrem zemí EU (viz obr. 2). V Německu došlo současně se snižováním kardiovaskulárních

nemoci také k nárůstu novotvarů, a to způsobilo pomalejší růst naděje dožití než u ostatních států (OECD, 2017c).

Rozdíly mezi jednotlivými státy lze sledovat i z hlediska mužské nadúmrtnosti, tedy rozdílu naděje dožití mezi pohlavími. Výrazně nejmenší rozdíl je u švédských žen a mužů, kdy muži umírají v průměru pouze o 3,5 roku dříve. To může být dáno tím, že již v historii zde byly menší rozdíly mezi pohlavími a v průběhu let nedocházelo k velkým výkyvům těchto hodnot (Bozděch, 2010). Dále zde má vliv také švédská politika, která se výrazně zaměřuje na snižování rozdílů ve společnosti, a navíc je zde silně zakořeněný princip solidarity a přerozdělování, který může tyto rozdíly zmírňovat.

Nejvýraznější mužská nadúmrtnost ze sledovaných států je v Maďarsku, a to především kvůli vyššímu výskytu rizikových faktorů mezi obyvateli (OECD, 2018a). Maďarští muži více kouří, konzumují častěji alkohol a žijí nezdravým způsobem života častěji než ženy, což vede ke zvyšování úmrtnosti na některé příčiny úmrtí (více podkapitola rizikové faktory).

Obr. 2 – Naděje dožití při narození ve vybraných zemích v roce 2016



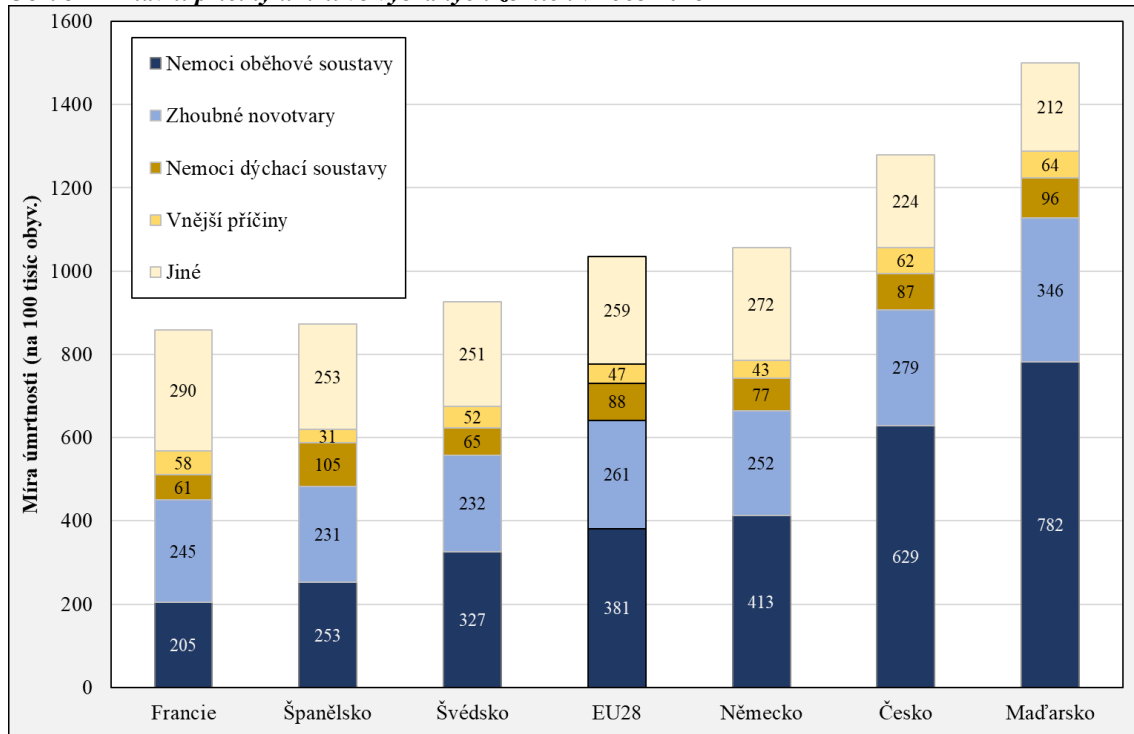
Zdroj dat: OECD (2018a)

Hlavními příčinami úmrtí v Evropě jsou nemoci oběhové soustavy a zhoubné novotvary (obr. 3). To stejné platí také pro vybrané státy, pouze s výjimkou Francie, která má nejvyšší úmrtnost na v pořadí druhou zmiňovanou příčinu. Na novotvary umírají ve francouzské společnosti především muži, a to kvůli vysokému počtu onemocnění rakovinou plic v důsledku vyššího kouření.

Na tomto grafu (obr. 3) lze vidět také úroveň celkové úmrtnosti v jednotlivých zemích, která je velmi rozdílná. Nejlepší úmrtnostní poměry jsou ve Francii a Španělsku, a to platí i v celounijním pohledu. Tato dobrá úroveň (859 resp. 873 na 100 tisíc obyvatel) je dána především nízkou úrovní úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy (OECD, 2018a). Naopak nejvyšší úmrtnost, dosahující 1500 úmrtí na 100 tisíc obyvatel, lze pozorovat u Maďarska. To lze

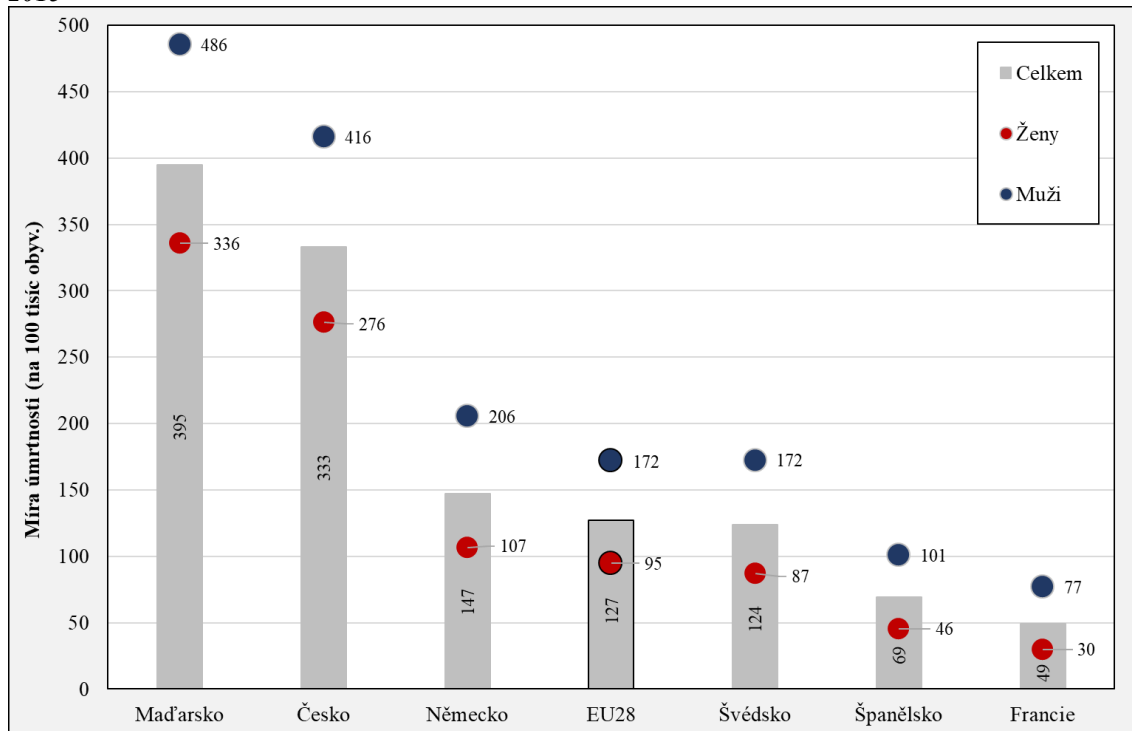
přičítat jak vysokým hodnotám úmrtnosti na oběhovou soustavu, tak také úmrtnosti na rakovinu plic, která je v Maďarsku třetí nejvyšší ze všech zemí EU. To je opět dáno vyšší prevalencí kuřáctví, ale také obezity, která vede k vyššímu riziku onemocnění kardiovaskulárními nemocemi. V Maďarsku je vyšší úmrtnost i na jiné druhy novotvarů, například na rakovinu prsu, děložního čípku či tlustého střeva. Vzhledem k tomu, že jsou tyto druhy zhoubných novotvarů při včasné odhalení dobře léčitelné, signalizuje vysoká úmrtnost na tato onemocnění horší kvalitu diagnostiky a poskytované péče (OECD, 2017e).

Obr. 3 – Hlavní příčiny úmrtí ve vybraných zemích v roce 2015



Zdroj dat: OECD (2018a)

Celková úmrtnost není ani v Česku na nejlepší úrovni (1280 úmrtí na 100 tisíc obyv.). V naší zemi lidé umírají nejčastěji na ischemickou chorobu srdeční, cévní mozkovou příhodu a jiné srdeční choroby. Právě úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční máme spolu s Maďarskem oproti ostatním státům velmi vysokou (obr. 4), a to má velký vliv na naši úroveň celkové úmrtnosti. Vznik tohoto onemocnění je dán především špatnou životosprávou a nízkou fyzickou aktivitou. Švédsko a Německo se v tomto ohledu (i v pohledu na celkovou úmrtnost) pohybují okolo průměru EU.

Obr. 4 – Standardizovaná míra úmrtnosti na ischemickou chorobu srdeční ve vybraných zemích v roce 2015

Zdroj dat: OECD (2018a)

7.2. Rizikové faktory

Druhá oblast zahrnuje analýzu výskytu rizikových faktorů napříč populacemi v jednotlivých zemích. Důraz je kladen především na kouření, konzumaci alkoholu a nezdravý životní styl způsobující nadváhu a obezitu. Spotřeba tabáku je největším zdravotním rizikem, kterému lze předcházet, a také nejvýznamnější příčinou předčasného úmrtí v EU. Téměř polovina kuřáků umře předčasně a v průměru tato osoba zemře o 14 let dříve než nekuřák (OECD, 2018a). Kouření je také nejvýznamnější rizikový faktor pro minimálně dvě z hlavních příčin úmrtnosti, a to pro nemoci oběhové soustavy a novotvary. Dále je také velmi důležitým faktorem pro respirační onemocnění a třetí nejčastější příčinou úmrtí (obr. 3). Podíl lidí, kteří kouří, se ve všech zemích snížil, to platí také o Evropské unii jako celku, ale stále zde více než pětina lidí denně kouří (obr. 5).

Největší pokles kuřáků v populaci zaznamenalo mezi roky 2006 a 2016 Německo a Švédsko (o 4,4 resp. 4,3 procentních bodů). Nutno dodat, že Švédsko mělo nejnižší podíl kuřáků v populaci již v roce 2006 a tímto dalším rychlým poklesem si tuto pozici upevnilo. Ve Švédsku v roce 2016 denně kouřilo necelých 11 % dospělých osob (obr. 5). Tato nízká hodnota je výsledkem dlouhodobé komplexní politiky kontroly tabáku v této zemi (OECD, 2017g).

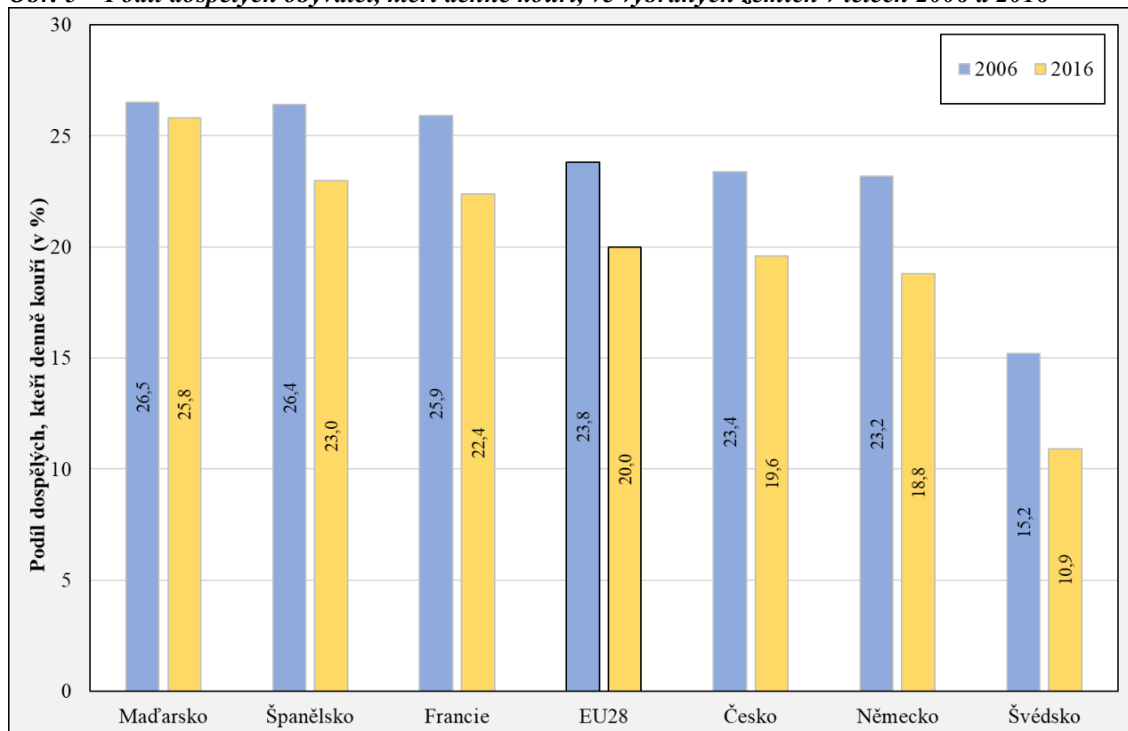
Na druhé straně žebříčku zemí EU se nachází Maďarsko, kde v roce 2016 kouřilo téměř 26 % dospělých osob, což je třetí nejvyšší podíl ze všech zemí EU. Jak lze vidět na čtvrtém grafu (obr. 5), ani zlepšení z roku 2006 zde nebylo moc výrazné, podíl kuřáků se zde snížil pouze o 0,7 p.b. Maďarsko by tedy mělo zvážit přijetí některých opatření, která v ostatních zemích přispěla ke zlepšení této situace. Například zavést komplexnější a důraznější politiku kontroly

prodeje tabáku, jelikož obecně platí, že země, které mají tuto politiku striktnější, vykazují i nižší podíly kuřáků v populaci. Jedním z neúčinnějších opatření k omezení kouření je dále také zavádění vyšší spotřební daně na tabákové výrobky je (OECD, 2018a).

V roce 2006 byla míra kuřáctví vysoká také ve Španělsku (podobná úroveň jako v Maďarsku), ale v následujícím období zde došlo k celkem výraznému poklesu. V roce 2016 zde tedy užívalo tabákové výrobky „pouze“ 23 % dospělých obyvatel. Tento pokles byl dán přijetím zákona, který kontroluje prodej tabákových výrobků (OECD, 2017f). I přes to je podíl kuřáků v populaci ve srovnání s ostatními státy EU velmi vysoký.

Francie a Česko mají tyto hodnoty průměrné, a proto je zde také prostor k určitému zlepšení. Francie si toho je vědoma a v roce 2014 stanovila národní program, který bojuje proti závislosti na tabáku se zaměřením na mladé lidi. Tento program zahrnuje například finanční podporu na přípravky pro odvykání kouření nebo rozšíření kompetence pro předepisování odvykací na více zdravotních pracovníků (OECD, 2017b).

Obr. 5 – Podíl dospělých obyvatel, kteří denně kouří, ve vybraných zemích v letech 2006 a 2016



Zdroj dat: OECD (2018a)

Dalším rizikovým faktorem je alkohol, který může být příčinou celé řady úmrtí. Přílišná konzumace alkoholu je spojena se zvyšujícím se rizikem srdečních onemocnění, cévní mozkové příhody, cirhózy jater nebo některých druhů novotvarů. Alkohol také přispívá k úmrtí nebo k trvalým zdravotním následkům v důsledku dopravních nehod, násilí, vražd či sebevražd, a to zejména u mladých lidí (OECD, 2018a).

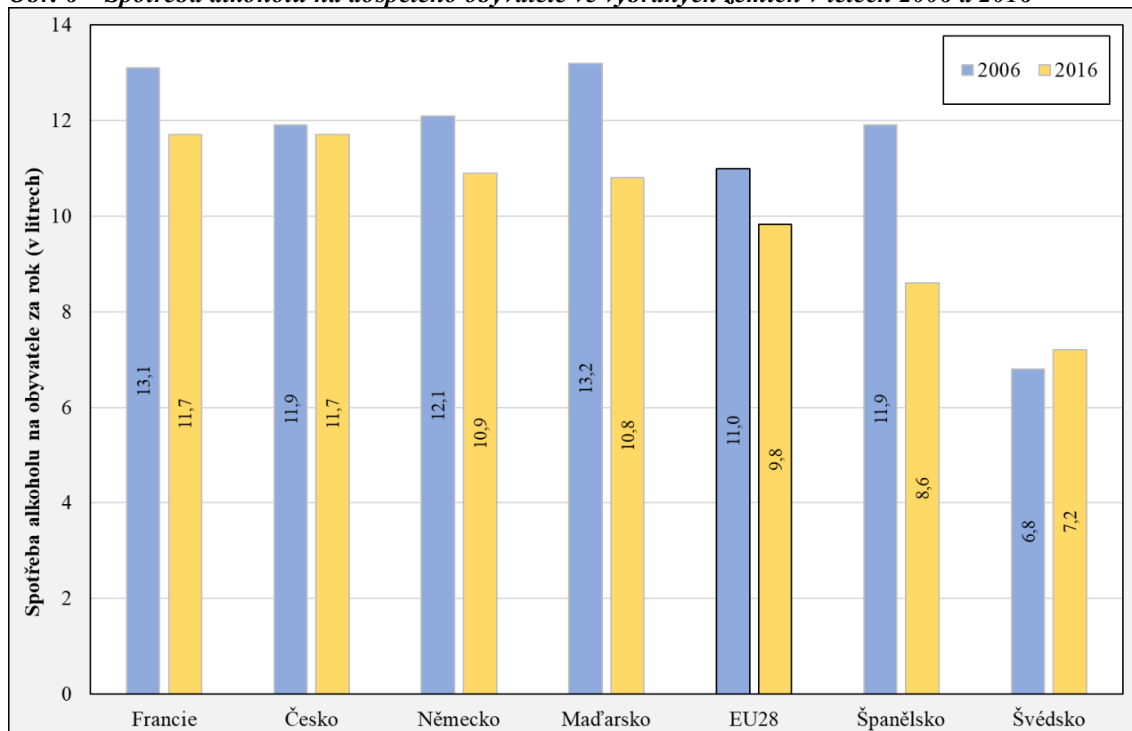
Jak lze vidět na následném grafu (obr. 6), je konzumace alkoholu nejvyšší u francouzských dospělých obyvatel. Ve Francii je právě alkohol největším problémem veřejného zdraví, i přesto že v posledních letech zaznamenal mírný pokles (o 1,7 p.b.). Francie se však s 11,7 litry alkoholu na dospělé osobu řadí stále na druhé místo v Evropské unii. Tyto vysoké hodnoty jsou dané především životním stylem Francouzů a velkou oblibou konzumace vína. V posledních letech

však byla ve Francii zaváděna opatření pro snížení konzumace alkoholu, a to například v podobě přísnějších pravidel pro propagování alkoholických nápojů v reklamách celé řady médií. Ve srovnání s ostatními státy má Francie stále vcelku nízkou spotřební daň na alkohol, a to zejména právě u vína (OECD, 2017b).

Česko bylo v roce 2016 v konzumaci alkoholu na stejné úrovni jako Francie. Rozdíl je ale v tom, že u nás nedošlo prakticky k žádnému pokroku a objem alkoholu v populaci zůstal téměř na stejné úrovni. To poukazuje na značné výzvy pro české veřejné zdravotnictví a nutnost zavedení určitých opatření. V řadě zemí byly například zavedeny přísnější omezení prodeje alkoholu pro mladistvé, minimální ceny pro prodej levného alkoholu či nařízení o omezení reklamy na alkoholické výrobky v různých formách medií (OECD, 2018a).

Největší pokles v konzumaci alkoholu z vybraných zemí zaznamenalo Španělsko, a to o 3,3 p.b. V roce 2016 tak dospělá osoba v průměru zkonsumovala 8,6 litru alkoholu a Španělsko se tak zařadilo mezi jedny z nejnižších konzumentů v EU. Obdobně jako u kouření, tak také ve spotřebě alkoholu vykazuje nejnižší hodnoty Švédsko. To ale jako jediné nezaznamenalo mezi lety 2006–2016 v konzumaci alkoholu pokles. Ve Švédsku byla zavedena řada zákonů, které zde mají dlouhodobou tradici, jako je například kontrola prodeje alkoholu statním monopolem, kdy mají občané pouze omezený přístup k nákupu alkoholických nápojů. Rovněž je zde nastavena vyšší věková hranice k legální konzumaci alkoholu než v jiných zemích, a to na 20 let (OECD, 2017g). I přes tyto skutečnosti zůstává právě tato oblast pro švédské politiky výzvou k nalezení efektivního opatření, které by ještě snížilo pravidelné konzumování alkoholu mezi dospělými.

Obr. 6 – Spotřeba alkoholu na dospělého obyvatele ve vybraných zemích v letech 2006 a 2016



Zdroj dat: OECD (2018a)

Obezita je dalším známým rizikovým faktorem, který může zapříčinit zdravotní problémy, jako je hypertenze, vysoká hladina cholesterolu v krvi, diabetes, kardiovaskulárních onemocnění nebo některé formy novotvarů. Obezita je také spojena s vyšším rizikem chronického

onemocnění, jehož léčba často způsobuje jak vyšší přímé náklady na zdravotní péči, tak také růst sekundárních nákladů v důsledku nižší zaměstnanosti a produktivity práce pacienta (OECD, 2018a).

Na následujícím grafu (obr. 7) je zobrazena míra „self- reported“⁴ obezity mezi dospělými, která je obecně nižší než ta, která je měřena přímo z váhy a výšky člověka. Lidé svou váhu často podhodnocují, a tak dochází ke zkreslení výsledků. Ke „skutečné“ obezitě je ale obtížné u všech zemí najít relevantní data.

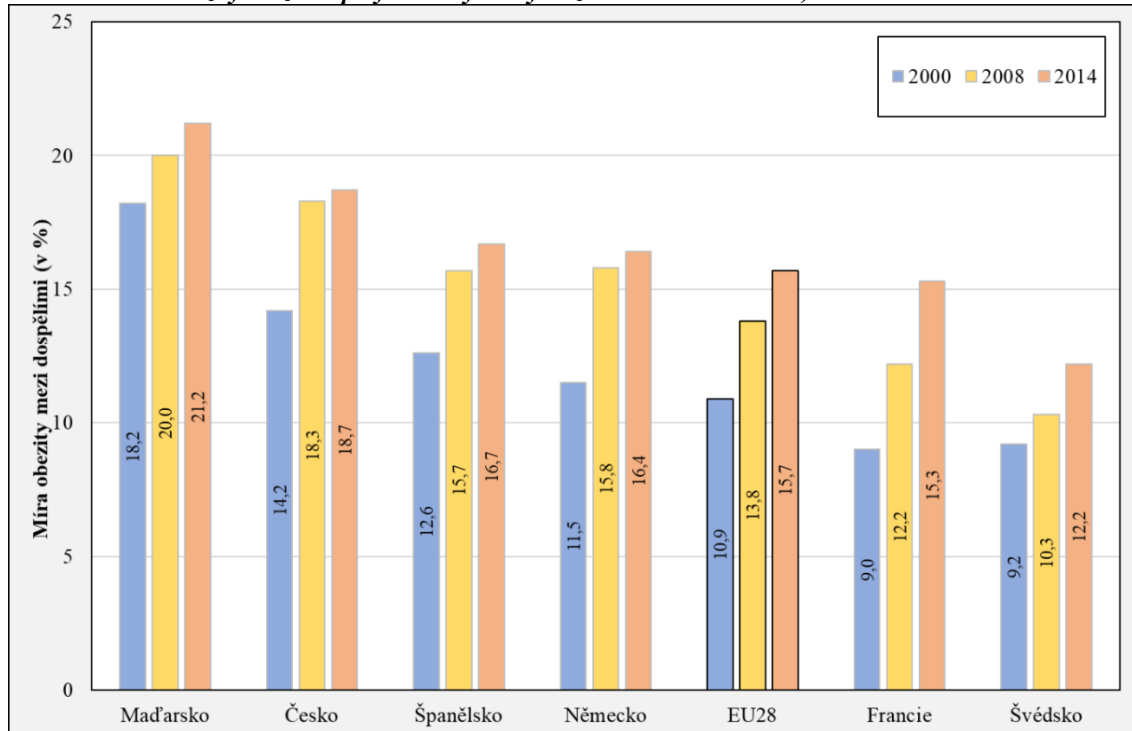
Jak je ale z grafu (obr. 7) vidět, došlo za poslední dekády ve všech zemích k nárůstu počtu osob s obezitou. Největší nárůst byl zaznamenán ve Francii, a právě proto se zde tato oblast stává významným tématem při sestavování nových reforem zdravotní politiky. V roce 2000 měla Francie ještě velmi malý podíl obyvatel s obezitou (9 %), ale v následujících letech prošel tento ukazatel velkou změnou. Příčinou tohoto nárůstu je velmi nízká fyzická aktivita napříč obyvateli, která je nižší než ve většině zemí EU (OECD, 2017b).

Velký nárůst obezity byl mezi lety 2000–2008 v Německu, ale jak lze vidět na grafu (obr. 7), v následujícím období se tento trend zpomalil. Je to dáno především politikou zaměřenou na prevenci a podporu zdravějšího stravování mezi občany. V Německu byl zaveden akční plán na podporu zdravé výživy a tělesné aktivity, jehož cílem je dosažení trvalého zlepšení stravovacích návyků a zvýšení fyzické aktivity. Německé ministerstvo zdravotnictví také stanovilo jako jednu z priorit financování výzkumu v oblasti dětské obezity (OECD, 2017c). Lze vidět, že tato opatření byla úspěšná a měla by i nadále zpomalovat růst obezity v populaci, jelikož přijaté strategie mají dlouhodobý charakter.

Obdobně jako u předchozích ukazatelů, tak také v podílu osob s obezitou vykazuje nejlepší hodnoty Švédsko a naopak nejhorší Maďarsko. U Maďarska je zajímavý fakt, že v oblasti fyzické aktivity dospělých i dospívajících má výsledky lepší než jiné státy EU. Jak uvádí OECD (2017e), dvě třetiny dospělých prohlásilo, že provádějí fyzickou aktivitu alespoň jednou týdně. I přes to by mělo Maďarsko zavést jistá opatření ke snížení, podílu lidí s obezitou. Jedním z možných kroků ke zlepšení této situace je zvýšit informovanost občanů ohledně zdravějšího způsobu stravování. V jiných zemích bylo například zavedeno viditelnější označování zdravých potravin nebo omezena či úplně zakázána reklama na nezdravé potraviny, která je zaměřená především na děti (OECD, 2018a).

⁴ „self- reported“ obezita - označení obezity podle subjektivního pocitu člověka

Obr. 7 – Míra obezity mezi dospělými ve vybraných zemích v letech 2000, 2008 a 2014



Zdroj dat: OECD (2018a)

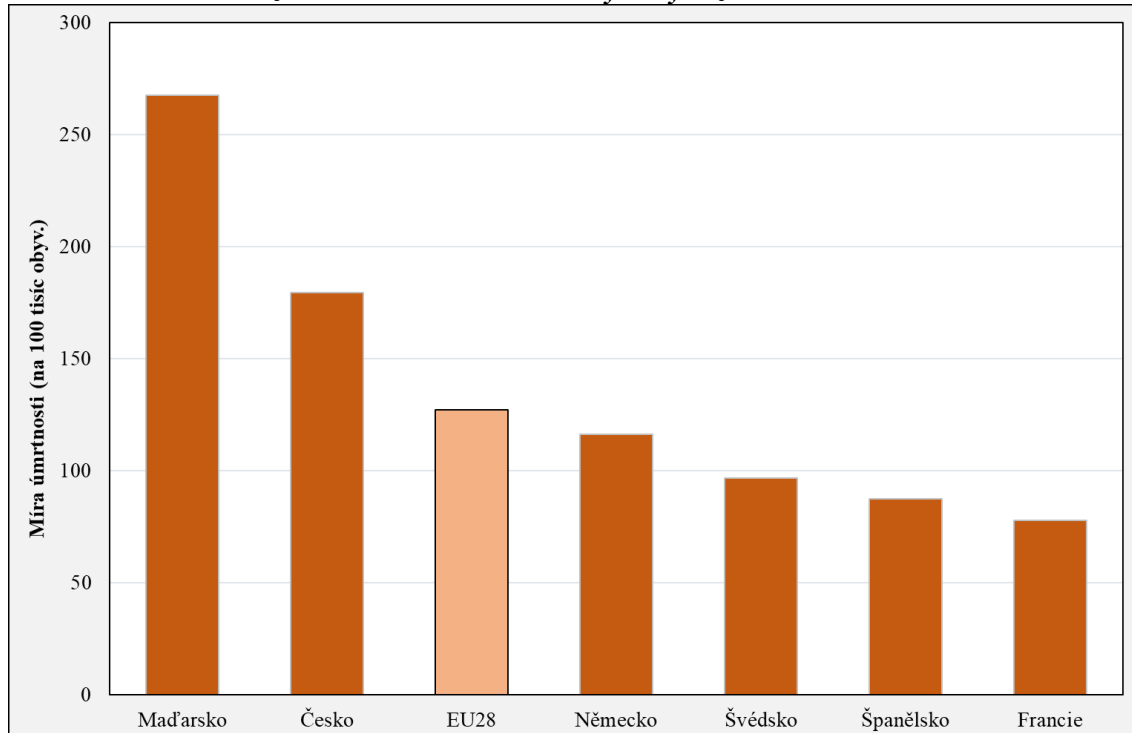
7.3. Kvalita a efektivita zdravotní péče

Tato část se zaměřuje na hodnocení efektivnosti systému veřejného zdravotnictví. K tomu se nejčastěji používá ukazatel tzv. odvrátitelné úmrtnosti, který určuje míru vlivu zdravotního systému na zdraví populace (Bedřichová, 2016). Tento ukazatel lze rozdělit na dvě podskupiny, a to na léčitelnou úmrtnost a na úmrtnost, které se dá předejít.

Na léčitelnou úmrtnost má vliv především kvalita sekundární prevence, tedy včasné určení diagnózy a kvalita následné léčby. Řadí se sem úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční, na cévní nemoci mozku (tzv. cerebrovaskulární onemocnění) nebo na některé druhy novotvarů (např. zhoubný novotvar prsu nebo tlustého střeva). Zvýšení úmrtnosti na tato onemocnění může signalizovat horší kvalitu léčebných procesů (Bedřichová, 2016).

Tento ukazatel je zobrazen na obrázku 8, kde lze vidět, že nejlepších výsledků dosahuje Francie a Španělsko. Tyto dvě země dosahují nejnižší úmrtnosti na léčitelné nemoci v rámci ostatních zemí Evropské unie. To je dáno velmi nízkou úmrtností na ischemickou chorobu srdeční a cévní mozkovou příhodu. Tento ukazatel tedy značí, že Francie i Španělsko disponují velmi dobrým výkonem zdravotního systému při léčbě akutních nemocí.

Naopak Maďarsko má pátou nejvyšší úmrtností na tyto nemoci. V posledních letech sice zaznamenalo zlepšení, a to díky zvedení screeningových programů, díky kterým došlo k včasné diagnóze některých druhů novotvarů. Ale stále je především ischemická choroba srdeční, která tvoří 40 % úmrtí ze všech léčitelných chorob, příčinou horších hodnot tohoto ukazatele (OECD, 2017e). Tyto charakteristiky tedy poukazují na nedostatky v poskytování včasné a kvalitní zdravotní péče.

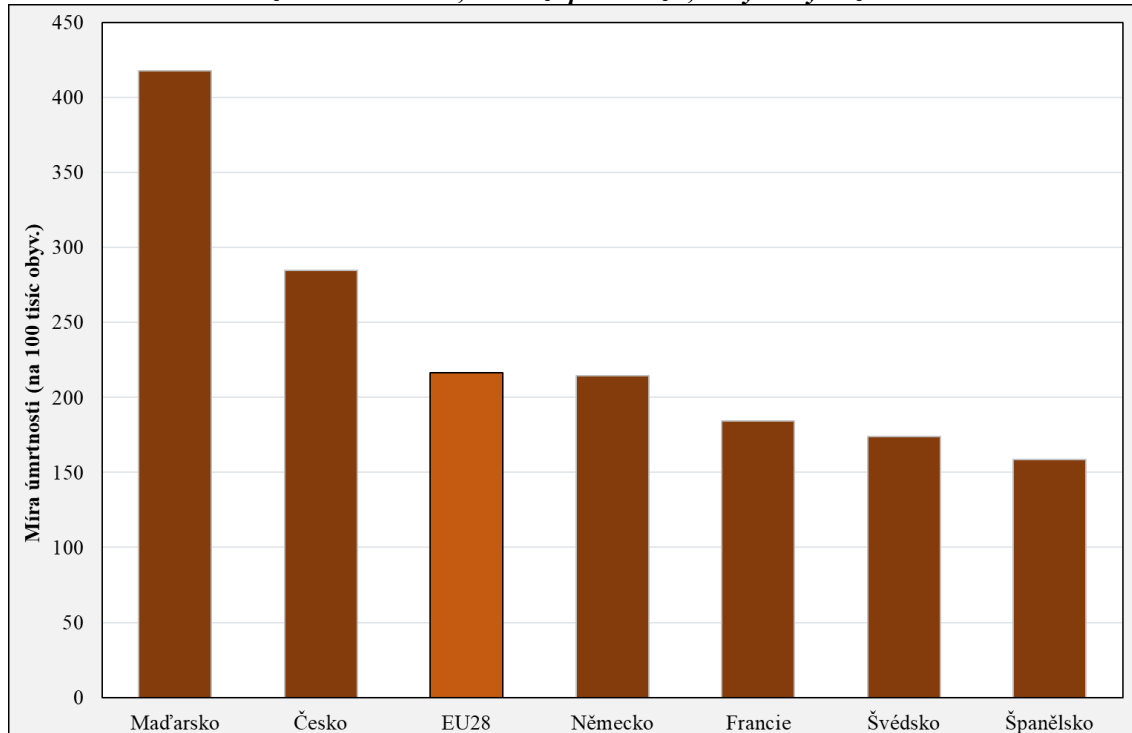
Obr. 8 – Míra standardizované léčitelné úmrtnosti ve vybraných zemích v roce 2015

Zdroj dat: OECD (2018a)

Díky primární prevenci lze omezit úmrtnost na nemoci, které jsou způsobeny rizikovým chováním člověka. Úmrtnost na příčiny nemocí způsobené užíváním drog, kořením či konzumací alkoholu se označuje jako úmrtnost, které lze předejít (Bedřichova 2016). Tento ukazatel je zobrazen na obrázku č. 9. Nejnižší hodnoty tohoto ukazatele lze vidět ve Španělsku, a to díky řadě zákonů a reforem, které byly v posledních letech španělskou vládou přijaty. Byl například přijat zákon, který omezil reklamu na tabákové výrobky a zakázal kouření ve veřejných prostorech. Jak ale bylo zmíněno již výše (obr. 5), tak podíl kuřáků ve španělské populaci je stále vysoký. Podařilo se ale značné snížení v konzumaci alkoholu, které vedlo ke zlepšení intenzity úmrtnosti na chronická jaterní onemocnění a jaterní cirhózy. Ve Španělsku byly také přijaty opatření ke snížení úmrtnosti v souvislosti s dopravními nehodami nebo zavedeny zákony týkající se potravinové bezpečnosti a výživy dětí (OECD, 2017f). Všechny tyto faktory jsou důvodem třetí nejnižší úmrtnosti na nemoci, kterým se dá předejít, mezi státy EU.

I přes vcelku vysoký výskyt rizikových faktorů, je ve Francii poměrně nízká úmrtnost, které lze předejít. To je dáno také řadou zákonů, které zde byly přijaty (snížení maximální povolené hladiny alkoholu v krvi řidičů, omezení rychlosti na silnicích mimo obec...).

Z těchto zemí by si mohlo vzít příklad Maďarsko, ve kterém právě tyto klíčové novely v oblasti veřejného zdraví neexistují. Některá zásadní opatření by mohla tuto úmrtnost snížit, podobně jako tomu bylo v jiných zemích EU. Česko také zaostává v trendu poklesu úmrtnosti, které se dá předejít. Oproti jiným zemím vykazuje Česko vyšší úmrtnost na diabetes nebo jaterní onemocnění, a proto by se zde měly začít realizovat programy na podporu zdraví a řešení rizikového chování (OECD, 2017a).

Obr. 9 – Míra standardizované úmrtnosti, které lze předcházet, ve vybraných zemích v roce 2015

Zdroj dat: OECD (2018a)

7.4. Výdaje na zdravotnictví

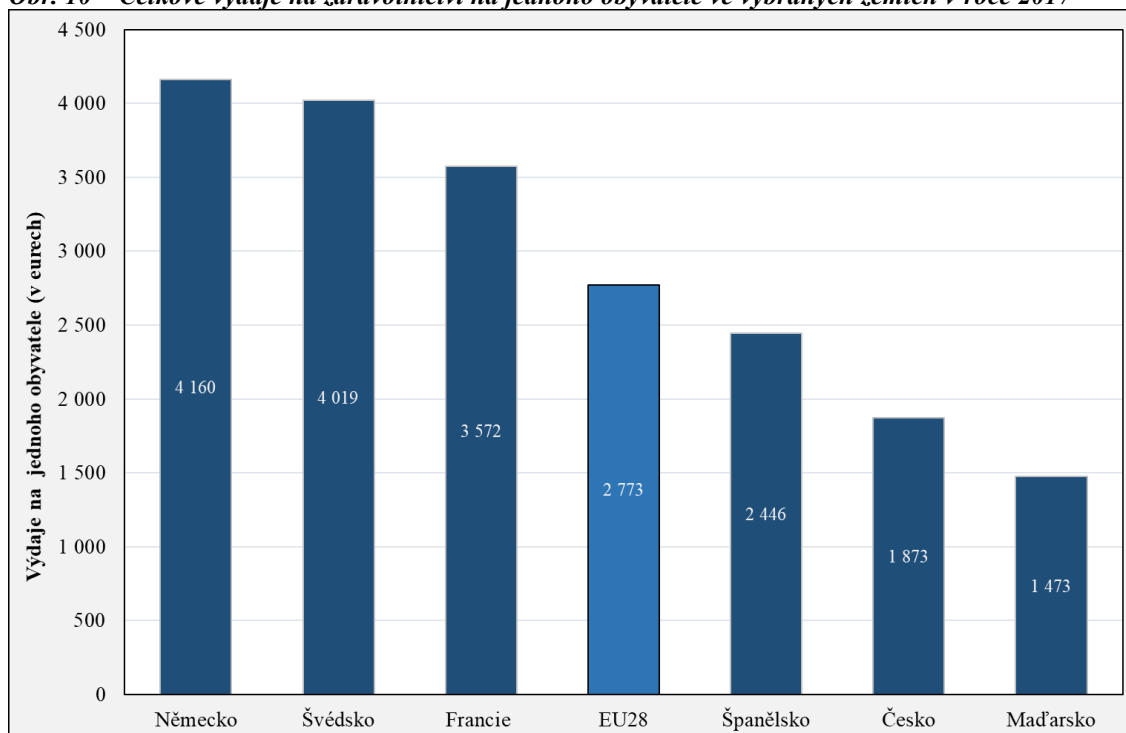
Tato podkapitola se věnuje výdajům, které jednotlivé státy či samotní občané vynaloží na zdravotní péči. Zaměřuje se na analýzu celkových výdajů na obyvatele v jednotlivých zemích, ale také na analýzu výdajů, které musí zaplatit samotní pacienti, a to především proto, že tyto výdaje mohou značně ovlivnit jejich ekonomické postavení. Obecně platí, že země, které mají vysoký podíl výdajů, které musejí hradit samotné domácnosti, mají také vysoký podíl obyvatelstva, zejména mezi nízkopříjmovými sociálními skupinami, které se dostalo do kritických situací v důsledku přílišné nákladnosti zdravotní péče v těchto zemích (OECD, 2018a).

Množství peněz, které stát vynaloží na zdravotnictví je silně ovlivněno řadou socioekonomických faktorů. Velká diference v těchto faktorech vede také k velmi rozdílné úrovni výdajů na zdraví občanů v evropských zemích.

Na základě následujícího grafu (obr. 10) lze označit maďarský zdravotní systém jako nedostatečně financovaný, jelikož vynakládá pouze necelých 1 500 eur na obyvatele a tato hodnota je jedna z nejnižších v EU. V systému jsou také pouze dvě třetiny výdajů financovány z veřejných zdrojů, a tudíž je na samotné pacienty kladena velká finanční zátěž. Téměř 30 % výdajů (obr. 11) na zdravotní péči jsou nuceny vynakládat domácnosti, což je dvakrát více než průměr EU. Občané se tak častěji dostávají do finančních problémů, tím je ohrožen jejich zdravotní stav a prohlubují se zde i socioekonomické nerovnosti (OECD, 2018a). Tyto výdaje jdou především na farmaceutické prostředky, které jsou poskytovány v převážně soukromých zařízeních.

V Česku jsou výdaje na obyvatele také vcelku nízké, pohybují se pouze na třetině průměrných evropských výdajů, kdy dosahují hodnoty 1 870 eur (obr. 10). Oproti Maďarsku zde tvoří veřejné výdaje významnou část a pouze malé procento zůstává na samotné pacienty. Přímé výdaje domácností tvoří 15 % (obr. 11), a tím mají čeští občané zajištěnou vcelku vysokou úroveň finanční ochrany. V letech 2008–2013 zde byl pokus o zavedení poplatku při návštěvě lékaře, ale ten se setkal s velkým nesouhlasem a byl po několika letech zrušen. V současné době tvoří přímé výdaje občanů především spoluúčast na nákupu léčiv (OECD, 2017a).

Obr. 10 – Celkové výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele ve vybraných zemích v roce 2017



Zdroj dat: OECD (2018a)

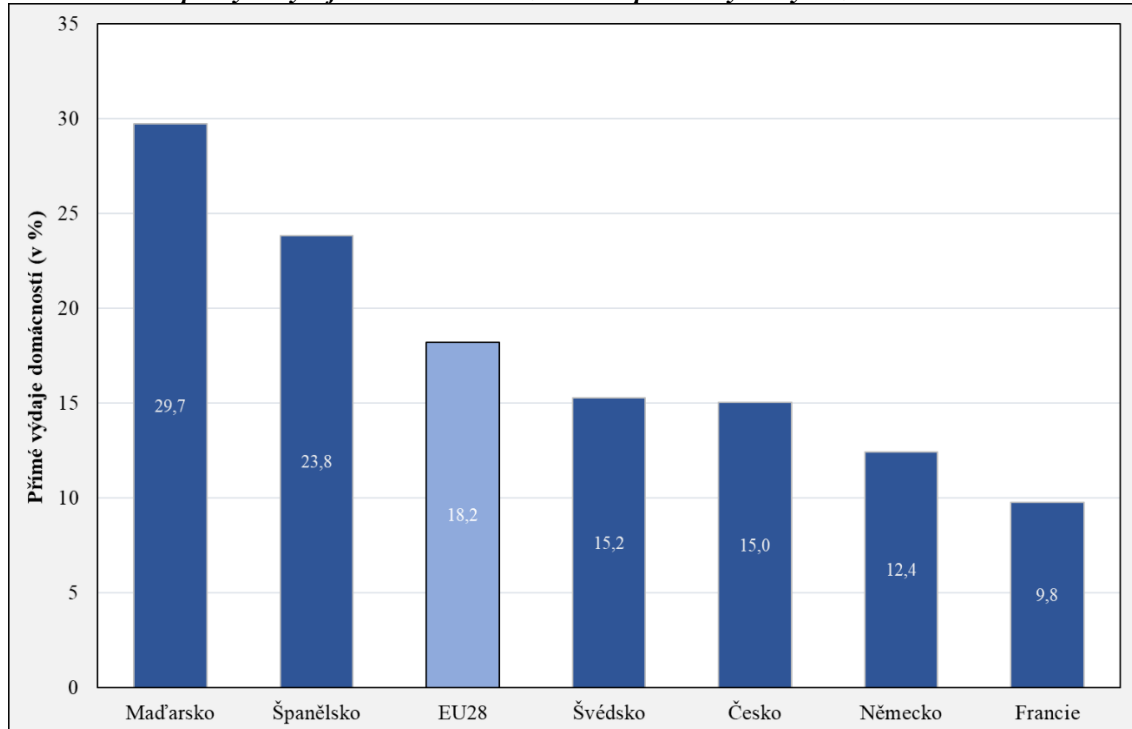
Naopak Německo investuje do zdravotnictví velký obnos peněz, a to konkrétně 4 160 eur na obyvatele (obr. 10). Po Lucembursku je to nejvyšší částka, kterou státy EU vydávají na zdraví obyvatel. Tyto náklady jsou financovány z velké části z veřejných výdajů (84,5 %), a tím se pro občany stává zdravotní péče cenově dostupná (OECD, 2017c). Němečtí občané platí mírně přes 14 % z celkových výdajů, což je jeden z nejnižších podílů v EU. Lidé v Německu jsou tedy chráněni před finančními problémy způsobenými nákladností zdravotní péče.

Jak vyplývá z předchozích kapitol, španělské obyvatelstvo disponuje vcelku dobrým zdravotním stavem, a to i přes nižší výdaje na zdravotní péči. Španělsko bylo v roce 2008 značně zasaženo hospodářskou krizí, a proto muselo výdaje na zdravotnictví silně zredukovat. V posledních letech tyto částky opět rostou, ale stále jsou nižší než průměrné výdaje v zemích EU (OECD, 2017f). Výdaje na zdravotnictví poklesly především kvůli snížení částky, která pocházela z veřejných zdrojů. Proto jsou i dnes přímé výdaje domácností ve Španělsku nadprůměrné (obr. 11).

Naopak nejnižší přímé výdaje občanů, a tím i největší finanční bezpečnost je ve Francii. Lidé si zde musejí platit pouze necelých 10 % výdajů na zdravotnictví, což je i z celounijního pohledu velmi nízký podíl. Tento fakt je dán především velkým rozšířením soukromého pojištění, které

občanům pokrývá služby nezahrnuté v základním balíčku, a tudíž nemusí vynakládat velké částky z „vlastní kapsy“. Problém může nastávat u občanů, kteří nemají peníze na zajištění doplňkového pojištění, čímž se zvyšuje pravděpodobnost, že se dostanou do krizových situací kvůli nutnosti zajistit si nákladnější zdravotní péči.

Obr. 11 – Podíl přímých výdajů domácností na zdravotní péči ve vybraných zemích v roce 2016



Zdroj dat: OECD (2018a)

7.5. Dostupnost zdravotní péče

Dostupnost zdravotní péče je jedním z klíčových cílů každého zdravotního systému. Omezení přístupu ke zdravotní péči pro obyvatele nebo pro určitou skupinu obyvatel vede k horšímu zdravotnímu stavu či k zvyšování nerovností v oblasti zdraví. Toto omezení může mít řadu důvodů. Jedním z nich je špatná finanční dostupnost, která souvisí především s vysokými přímými výdaji pacientů na zdravotní péči, které byly zmiňovány již v předešlé podkapitole. Dále to může být horší časová dostupnost, kdy jsou zdravotní zařízení nedostatečně rozmístěna a koncentrují se především do městských oblastí, takže včasná lékařská péče nemusí být poskytnuta všem pacientům (OECD, 2018a). Tato práce se zabývá především dostupností zdravotní služeb, a to konkrétně zdravotní pracovníků.

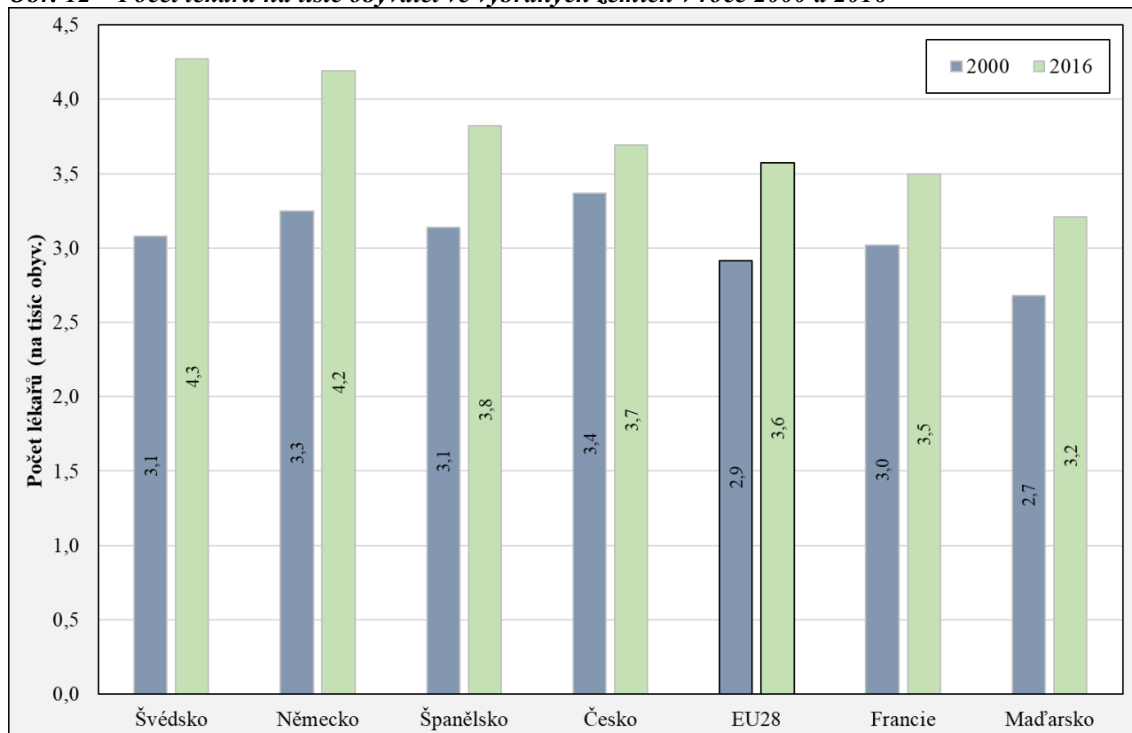
Zajištění dostupnosti zdravotní péče vyžaduje odpovídající počet lékařů s příslušným podílem všeobecných lékařů a specialistů. Ve většině zemí bude v blízké době docházet k silnému odchodu lékařů do důchodu, a proto již řada zemí zavedla opatření, která za ně mají zajistit náhradu a popřípadě zajistit i nárůst počtu lékařů. Na grafech zobrazující počty lékařů a sester na tisíc obyvatel (obr. 12 a 13) lze vidět, že od roku 2000 počet těchto zdravotních pracovníků vzrostl ve všech vybraných zemích. Největší nárůst byl zaznamenán ve Švédsku a Německu. U Německa

to bylo dáno především velkým nárůstem lékařů v nemocnicích po zavedení systému DRG, který zajistil lékařům lepší finanční podmínky (OECD, 2017c).

Za zmínku stojí také Francie, ve které připadá na tisíc obyvatel 3,5 lékaře. To je sice podobná hodnota jako průměr zemí EU, ale ve Francii jsou tito lékaři dostupní pro všechny skupiny obyvatel. Oproti ostatním zemím zde nejsou velké regionální rozdíly a je zde zachován i dostatečný počet praktických lékařů (OECD, 2017b). Právě nízký počet praktiků je ve většině ostatních zemí zásadní problém.

Mezi vybranými zeměmi nejsou v počtu lékařů zásadní rozdíly. Nejnižší hodnotu má Maďarsko (3,2 lékaře na tisíc obyvatel), která se příliš neliší od unijního průměru. Maďarsko navíc již přijalo určitá opatření jak ke zvýšení tohoto počtu, tak také k setrvání lékařů v jejich zemi, jelikož odchod lékařů do zahraničí byl v minulosti jedním z hlavních maďarských problémů v této oblasti. Tato opatření se již projevila na rostoucím počtu absolventů lékařských fakult, který by se měl i nadále zvyšovat a zajistit tak náhradu za lékaře, kteří odešli do důchodu nebo do zahraničí (OECD, 2017e).

Obr. 12 – Počet lékařů na tisíc obyvatel ve vybraných zemích v roce 2000 a 2016



Zdroj dat: OECD (2018a)

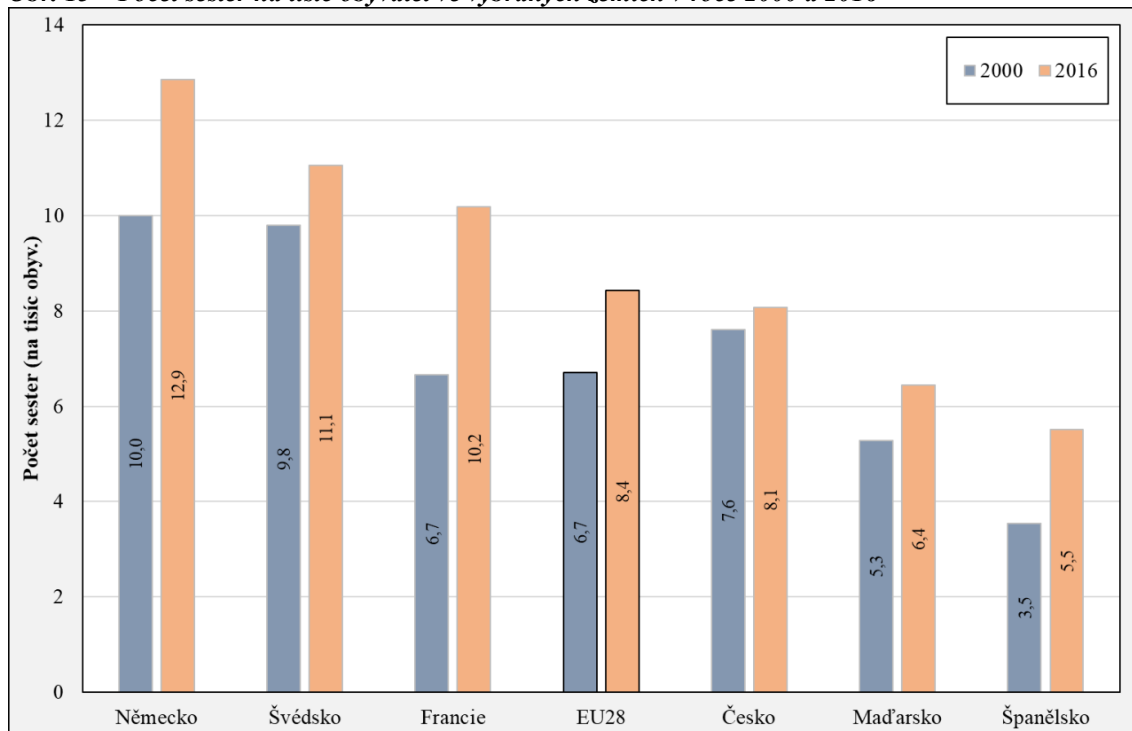
Počet sester ve všech vybraných zemích převyšuje počet lékařů, přičemž v některých zemích připadají na jednoho lékaře dvě až tři sestry. Sestry hrají klíčovou roli při poskytování zdravotní péče v nemocnicích, v zařízeních dlouhodobé péče, ale stále více také v oblasti primární péči.

Na rozdíl od lékařů, jsou počty sester v jednotlivých zemích vcelku rozdílné. Nejvyšší hodnoty má Německo, ve kterém připadá na tisíc obyvatel téměř 13 sester. Naopak ve Španělsku je tento ukazatel na hodnotě 5,5 sester na tisíc obyvatel. Tento nízký podíl je daný jednak nízkým počtem absolventů, kteří studují obory týkající se ošetrovatelství, ale také rostoucím počtem zdravotních asistentů, kteří přebírají některé kompetence sester, a tím snižují jejich počet (OECD, 2018a).

Jak bylo zmíněno, ve Francii je velmi dobře zajištěna dostupnost zdravotní péče. Na tom se podílí také zdravotní sestry, které v nedávné době zaznamenaly silný nárůst (obr. 13). Francouzská vláda rozšířila možnost vzdělávání v tomto oboru, a tím přispěla k růstu počtu těchto zdravotních pracovníků. Podporu vzdělávání sester zaváděly i jiné země v EU, aby se vyvarovaly problémů s nedostatečným počtem zdravotního personálu.

K výraznému nárůstu sester ani lékařů naopak nedošlo v Česku. To lze vidět na obrázku č. 12 a 13, kde mezi lety 2000 a 2016 byl zaznamenán pouze velmi malý růst. To může způsobit velké problémy z dlouhodobého hlediska, jelikož se bude zvyšovat podíl starších lidí, kterým bude potřeba zajistit zdravotní péči. Aby to mohl český systém zaručit, bude muset zvýšit také počty zdravotních pracovníků.

Obr. 13 – Počet sester na tisíc obyvatel ve vybraných zemích v roce 2000 a 2016



Zdroj dat: OECD (2018a)

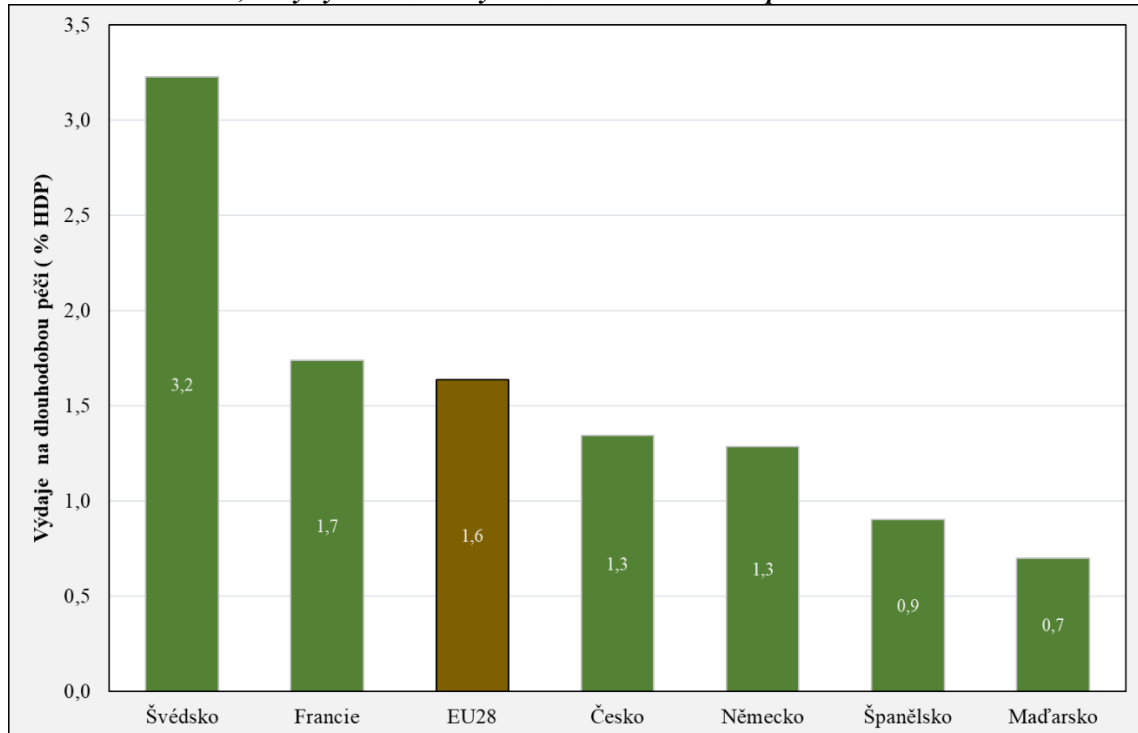
7.6. Výdaje na dlouhodobou péči

Jak již bylo několikrát zmiňováno, většina zemí se bude v blízké době potýkat s výrazným stárnutím obyvatelstva, což bude mít zásadní důsledky nejen pro oblast zdravotnictví. Budou růst především výdaje na dlouhodobou péči a na zdravotní péči chronicky nemocných, kterých bude také přibývat. Kromě stárnutí obyvatel se také bude snižovat podíl obyvatel v produktivním věku, kteří svými příspěvky zčásti financují zdravotní péči. To může v některých zemích způsobit zásadní problémy s dostatečným financováním zdravotní péče.

Do dlouhodobé péče v roce 2016 nejvíce investovalo Švédsko a Francie. Jejich výdaje tvořily přibližně tři, respektive dvě procenta HDP (obr. 14). A to i přes skutečnost, že právě tyto země mají nejnižší podíly obyvatel, kteří tuto péči nejvíce využívají, tedy obyvatelé starší 65 let (popřípadě 80 let), (obr. 15). Na tomto grafu (obr. 15) je také vidět projekce Eurostatu, která

především Švédsku (ale i Francii) predikovala pouze malý nárůst tohoto obyvatelstva. Je to dáno především vyšší úrovní plodnosti těchto dvou zemí a značnou atraktivitou pro migranty.

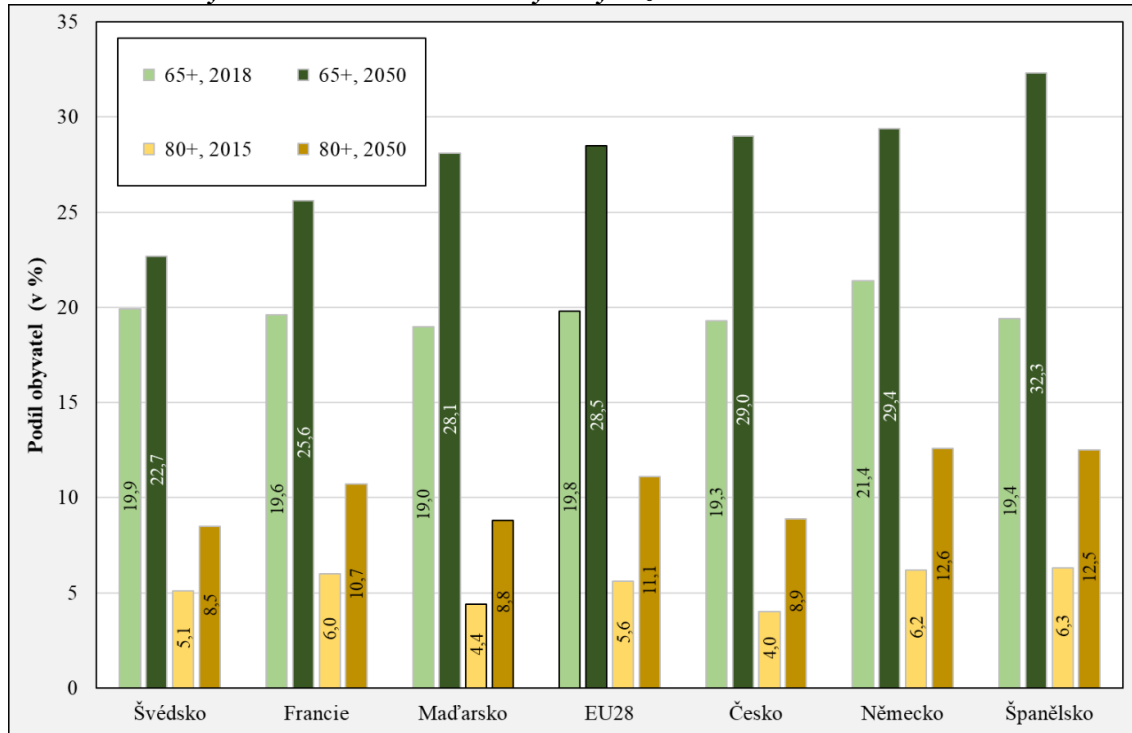
Obr. 14 – Podíl HDP, který vybrané země vynaložili na dlouhodobou péči v roce 2016



Zdroj dat: OECD (2018a)

Naopak zvýšení investic do dlouhodobé péče bude výzvou pro Španělsko, které na tuto oblast vynakládá z HDP pouze necelé jedno procento (obr. 14). Když se podíváme na další graf (obr. 15), lze zjistit, že ve Španělsku bude nárůst jak obyvatel 65+, tak 80+ ve srovnání s ostatními zeměmi nejvyšší. Příčinou tohoto velmi rychle rostoucího podílu starších obyvatel je především dlouhodobě velmi nízká úroveň plodnosti u španělských žen. To znamená, že bez zvýšení výdajů na dlouhodobou péči se může Španělsko dostat do velmi velkých problémů se zajištěním péče pro všechny obyvatele.

Jednu z nejstarších populací v Evropské unii bude mít také Německo a Česko, v roce 2050 bude v těchto zemích přes 29 % lidí starších 65+, tudíž i zde bude nutné výrazně zvýšit výdaje na zdravotnictví, a to především na již zmiňovanou dlouhodobou péči.

Obr. 15 – Podíl obyvatel starších 65 a 80 let ve vybraných zemích v roce 2018 a 2050

Zdroj dat: Eurostat (2019)

7.7. Shrnutí

Sledované státy vykazují v řadě analyzovaných ukazatelů rozdílné hodnoty, ale některé tyto země jsou si v jistých ohledech bližší, některé naopak vzdálenější. Tabulka č. 3 zobrazuje pořadí každého státu v jednotlivých ukazatelích. Země, ke které je přiřazeno číslo jedna, zaznamenala nejlepší hodnotu daného ukazatele, naopak stát s číslem šest si v tomto ukazateli stojí nejhůře. Poslední řádek tabulky následně zobrazuje průměrné pořadí, které zaznamenal stát s ohledem na všechny ukazatele. Toto průměrné pořadí umožňuje porovnat a nalézt vzájemně si podobné státy na základě hodnot všech ukazatelů.

Podle této tabulky (č. 3) lze tedy konstatovat, že nejvíce by si mělo být podobné Španělsko a Německo, které se v průměru umísťovaly okolo třetího místa. Když se však zaměříme na pořadí u jednotlivých ukazatelů, zjistíme, že tato podobnost se týká pouze průměrné hodnoty. Tam, kde zaznamenalo Španělsko dobré hodnoty, tak mělo Německo horší výsledky a naopak. Podle průměrného pořadí by si tak mělo být podobné i Německo a Francie, ale zde je situace podobná jako u předchozího příkladu, tedy až na přímé výdaje domácností, které mají oba tyto státy jedny z nejnižších, popřípadě také na míru obezity, která je v obou státech vcelku nízká.

Francie a Švédsko, které také vykazují podle průměrného pořadí určitou blízkost, si v řadě ukazatelů podobné jsou. V obou zemích nalezneme velmi dobrý zdravotní stav obyvatelstva, nízké hodnoty léčitelné úmrtnosti, dále také vyšší výdaje na zdravotnictví a dobrou dostupnost zdravotní péče (z hlediska počtu zdravotních pracovníků).

Pořadí států u jednotlivých ukazatelů, a to především u zdravotního stavu a intenzity odvrátitelné úmrtnosti, ukazuje podobnost Česka a Německa právě v těchto oblastech zdravotnictví. Oba tyto státy vykazují spíše horší hodnoty, ale nutno podotknout, že ve většině

případů je na tom Česko o něco hůře než náš západní soused. Průměrné pořadí nám tuto podobnost neukazuje, jelikož v ostatních případech jsou tyto dva státy výrazně rozdílné.

Česko lze přirovnat také k Maďarsku, jelikož se oba tyto státy velmi často umísťovaly na posledních dvou místech (Česko na pátém, Maďarsko na šestém místě). To lze také vidět u hodnoty průměrného pořadí, která ukazuje, že právě tyto dva státy zaznamenaly v analýze nejhorší výsledky. Špatné hodnoty vykazovaly především ve zdravotním stavu, výskytu rizikových faktorů a odvrátitelné úmrtnosti. S tím korespondují i nízké celkové výdaje na zdravotnictví.

V neposlední řadě lze v některých ohledech hledat podobnost také u Švédska a Španělska. Španělsko zaznamenalo velmi dobré výsledky co se týká zdravotního stavu a odvrátitelné úmrtnosti, podobně jako Švédsko. V ostatních ukazatelích ale za Švédskem výrazně zaostávalo, tudíž ve výsledném pořadí obsadilo horší příčku.

Tab. 3 – Pořadí států na základě sledovaných ukazatelů

	Německo	Francie	Česko	Švédsko	Španělsko	Maďarsko
Naděje dožití při narození	4	2	5	3	1	6
Míra úmrtnosti	4	1	5	3	2	6
Míra úmrtnosti na ICHS	4	1	5	3	2	6
Podíl kouřícího obyvatelstva	2	4	3	1	5	6
Spotřeba alkoholu	4	6	5	1	2	3
Míra obezity	3	2	5	1	4	6
Míra léčitelné úmrtnosti	4	1	5	3	2	6
Míra úmrtnosti, které se dá předejít	4	3	5	2	1	6
Výdaje na obyvatele*	1	3	5	2	4	6
Přímé výdaje domácností	2	1	3	4	5	6
Počet lékařů	2	5	4	1	3	6
Počet sester	1	3	4	2	6	5
Výdaje na dlouhodobou péči*	4	2	3	1	5	6
Podíl obyvatelstva 65+ v roce 2050	5	2	4	1	6	3
Ø pořadí	3,1	2,6	4,4	2,0	3,4	5,5

Poznámky: 1 = nejlepší hodnota, 6 = nejhorší hodnota

*1 = nejvyšší výdaje

Také podle klasifikace OECD (2010) by si měly být některé státy více podobné ve srovnání s ostatním. Na obr. 1 lze vidět, že největší podobnost by mělo vykazovat Česko a Francie, které by měly být společně podobné Německu a dále by mělo být podobné Španělsko Maďarsku a ty společně Švédsku. Tabulka č. 3 ale ukazuje, že tomu tak zcela není. Česko není ve většině ohledů podobné Francii, s výjimkou dostupnosti péče, popřípadě výdajů na dlouhodobou péči. Platila by podobnost spíše ve vztahu k Německu. Hodnoty ukazatelů Německa a Francie jsou si blízké pouze u přímých výdajů domácností, které jsou v obou těchto zemích nízké.

V druhé skupině zemí by Španělsko mělo být nejvíce podobné Maďarsku. To podle analýzy ukazatelů neplatí. Tyto dva státy jsou velmi rozdílné, pouze přímé výdaje domácností jsou v obou

státech velmi vysoké a výdaje na dlouhodobou péči naopak nízké. Jak již bylo zmíněno, Španělsko je v některých ohledech bližší spíše Švédsku. Maďarsko a Švédsko jsou pak nejvíce rozdílnými státy z celé analýzy. I přes to lze nalézt jeden pojící prvek těchto tří států, a tím jsou přímé výdaje domácností, které jsou oproti předchozí skupině v těchto zemích vyšší.

Kapitola 8

Závěr

Vybrané země mají podle OECD (2010) rozdílné zdravotní systémy. To se také projevuje na rozdílných hodnotách analyzovaných ukazatelů, ale ne ve všech případech se od sebe země diametrálně liší.

Především Německo a Česko si jsou v mnoha ohledech podobné. U většiny ukazatelů se pohybují okolo průměru EU, ale Česko má oproti Německu hodnoty častěji podprůměrné. Nejvýraznější rozdíl lze ale vidět u výdajů na zdravotnictví. Německo ročně vydává na zdravotní péči přes 4 000 eur, oproti tomu Česko pouze cca 1 800 eur. Lze tedy říci, že pouze vysoké výdaje na zdravotnictví nezajišťují nejlepší zdravotní stav obyvatelstva. I když tyto vyšší výdaje směřují v Německu často do oblasti prevence, což se také projevuje v již zmíněných vyšších hodnotách odvrátitelné úmrtnosti.

Právě tyto dvě země mají i vcelku podobné fungování a řízení zdravotního systému. V Česku i v Německu je zdravotnictví založeno na veřejném zdravotním pojištění, a proto je velká část výdajů na zdravotnictví hrazena právě z veřejného sektoru. Obě země patří v tomto ohledu na špici EU. Od toho se také odvíjí nízké přímé výdaje na zdravotní péči samotných obyvatel, a tím je i dobře zajištěna finanční ochrana občanů v těchto zemích. Rozdíl lze hledat především v soukromém sektoru, který hraje v Německu významnější roli než v Česku. V Česku soukromé pojištění téměř neexistuje, oproti tomu v Německu si dodatečné soukromé pojištění zajišťuje okolo 11 % obyvatel.

Oba tyto systémy mají své pozitivní i negativní stránky. Český zdravotní systém má hlavní výhodu v zajištění vcelku dobré zdravotní péče pro všechny občany, kteří na ni vynakládají pouze minimální náklady. S tím také koresponduje velmi široký a štedrý balíček základních služeb hrazených zdravotním pojištěním. Je zde ale velké množství zdravotních zařízení, která nejsou efektivně využívána, k čemuž napomáhá také neexistence gatekeepingu, který by mohl zajistit lepší koordinaci zdravotní péče. Německý systém má naopak výhodu ve svém vícezdrojovém financování, které nepřesahuje velkou zátěž ani pro jeden ze subjektů zajišťující financování. Tento systém je ale velmi nákladný a získané zdroje nejsou efektivně využívány. Navíc zde také neexistuje gatekeeping, tudíž pacienti často navštěvují nákladnou odbornou péči, i když to není nezbytně nutné.

Španělsko vykazuje v rámci analyzovaných ukazatelů velmi rozdílné hodnoty, v některých případech má jednu z nejlepších úrovní, v jiných si zas stojí hůře. Má jednu z nejnižších úmrtností v EU, a tím i jednu z nejvyšších hodnot naděje dožití při narození. Naopak výskyt rizikových faktorů je zde již vyšší, a to převážně co se týká kuřáctví. V důsledku hospodářské krize jsou zde stále vcelku nízké výdaje na zdravotnictví, ale to, jak lze vidět, nemusí značit horší zdravotní stav obyvatelstva. To může ukazovat především nízkou nákladovost fungování španělského zdravotního systému, jelikož je dosaženo dobré úrovně zdravotního stavu obyvatelstva i s nižšími výdaji na tuto oblast. Problém zde může mohou představovat především nadprůměrné přímé výdaji domácností, které mohou španělské občany dostat do tíživých situací v důsledku vysokých výdajů na zajištění zdravotní péče.

Francie je v některých ukazatelích, a to především v ukazatelích zdravotního stavu, velmi podobná Španělsku. Francie má ale oproti Španělsku horší hodnoty úmrtnosti, které se dá předejít, a to především kvůli vyšší konzumaci alkoholu. Zásadnější rozdíl je ale v oblasti výdajů. Francie vydává na zdravotnictví o tisíc eur na obyvatele více než Španělsko, ale především má nízké přímé výdaje domácností, které jsou s podílem necelých 10 % nejnižší ze všech vybraných zemí. Dalším významným rozdílem je oblast dlouhodobé péče, na kterou vydává Španělsko velmi malou část zdrojů. Tato oblast bude však pro Španělsko zásadní kvůli rychlému stárnutí obyvatelstva. Naopak Francie na tuto péči vydává vcelku velké množství peněz i přesto, že v budoucnu nebude podíl postproduktivního obyvatelstva tak výrazný.

Tyto dva státy mají ale velmi rozdílnou organizaci zdravotnictví. Španělský zdravotní systém je založený na národní zdravotní službě a financování jde především z obecných daní obyvatelstva. Systém je decentralizovaný se značnými pravomocemi regionů. Francie má zdravotnictví založené na kombinaci sociálního zdravotního pojištění a národní zdravotní služby. Je zde velmi výrazně rozšířeno soukromé pojištění, které si minimálně jako doplňkové krytí zvolilo přes 85 % francouzské populace. Podobným rysem těchto dvou systémů je existence určité formy gatekeepingu.

Španělský systém má kromě své nízké nákladnosti také výhodu ve velmi dobré primární péči, která je zjišťována zdravotními zařízeními. Naopak kvůli své decentralizaci čelí velkým regionálním rozdílům, a to především v dostupnosti zdravotní péče (dlouhé čekací doby, nedostatek zdravotních pracovníků). Další negativní stránkou jsou již zmíněné vysoké přímé výdaje obyvatelstva.

Zdravotní systém ve Francii je vícezdrojový a balíček základních zdravotních služeb je zde velmi obsáhlý, tudíž pro pacienty není zdravotní péče příliš nákladná. Dobrou úlohu zde hraje i gatekeeping, který zajišťuje velmi dobrou koordinaci a kontinuitu zdravotní péče. Tyto vlastnosti jsou hlavními pozitivy francouzského zdravotního systému. Naopak negativem může být výrazné rozšíření soukromého pojištění, které může působit jako nesolidární, a ne všichni francouzští občané tak mají rovný přístup ke stejné zdravotní péči.

Jedny z nejlepších hodnot téměř ve všech ohledech zaznamenalo Švédsko. Má velmi dobrou úroveň naděje dožití a jednu z nejnižších úmrtností. Výskyt všech rizikových faktorů je nejnižší právě ve Švédsku. Vykazuje také velmi dobrou kvalitu zdravotní péče, kterou ukazuje nízká odvrátitelná úmrtnost. Švédský zdravotní systém také disponuje velkým zastoupením zdravotních pracovníků i vysokými výdaji na oblast dlouhodobé péče, čímž chce předejít problémům, které

může způsobit stárnutí obyvatelstva. To vše se odráží ve vyšších výdajích Švédska na zdravotnictví. Přímé výdaje domácností jsou zde ale na podobné úrovni jako v Česku, tudíž stále o více než 5 % vyšší než u Francie. Švédsko by tedy mohlo zajistit lepší finanční ochranu obyvatelstva.

Švédský zdravotní systém je v řadě věcí podobný tomu španělskému. Systém je decentralizovaný a financování je také zajišťováno především z daní obyvatelstva. Tato decentralizace ale i ve Švédsku způsobuje značné regionální rozdíly, a to v podobě nedostatku lékařů (především praktických) v některých venkovských oblastech. Právě tento problém je jedním z hlavních nevýhod švédského systému. Na financování se zde podílí především veřejný sektor, a jelikož zde není příliš rozšířeno soukromé pojištění, hradí zbývající výdaje pacienti sami. Celkově ale tento systém vykazuje velmi dobré fungování i zajištění kvalitní a efektivní zdravotní péče, což se také odráží na velmi dobrém zdravotním stavu obyvatelstva.

Naopak nejhorší výsledky ukazatelů zaznamenalo Maďarsko, které má nejnižší naději dožití, nejvyšší úmrtnost i výskyt většiny rizikových faktorů. To se také odráží na horších hodnotách odvrátitelné úmrtnosti. Celkové výdaje Maďarska na zdravotnictví jsou nízké, ale naopak velká část výdajů připadá na samotné obyvatele. To je jeden z problémů Maďarska, jelikož si některé nízké příjmové rodiny nemohou dovolat zajištění zdravotní péče.

Maďarský systém je velmi centralizovaný a zásadní roli zde hraje vláda. Je založen na veřejném pojištění, které zajišťuje pouze jedna zdravotní pojišťovna. Oproti Švédsku, Česku a Německu zde hraje praktický lékař roli tzv. gatekeepera. Pouze jedna třetina výdajů je zajišťována veřejnými zdroji, a tím se také velmi zvyšuje zátěž samotných obyvatel. Právě nákladnost pro pacienty je spolu s nedostatkem lékařů jedním z hlavních problémů tohoto systému. Celkově ale maďarský zdravotní systém nákladný není, jelikož Maďarsko ročně vydá na zdravotnictví pouze okolo 1 500 eur na obyvatele. Tyto nízké výdaje ale korespondují s nízkou efektivitou a špatným zajištěním kvalitní zdravotní péče.

Na začátku práce byly zmíněny tři výzkumné otázky, na které měla následná analýza odpovědět. První otázkou bylo, zda *existuje vztah mezi množstvím výdajů na zdravotnictví a zdravotním stavem obyvatelstva?* Z ukazatele celkových výdajů na zdravotnictví na jednoho obyvatele ve vybraných zemích vyplývá, že ten zcela nekoresponduje s hodnotami naděje dožití či intenzitou úmrtnosti. Nejvyššími výdaji disponuje Německo, které má spíše průměrné hodnoty ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Naopak Španělsko má spíše nižší výdaje, ale zdravotní stav obyvatelstva je na vysoké úrovni. Ostatní státy by tuto otázku ale potvrdit mohly. Kladná odpověď na tuto otázku se tedy jasně nepotvrdila, vztah může existovat pouze v některých případech.

Druhá otázka zněla: *Mají státy s vyšší intenzitou úmrtnosti, které se dá předcházet, také vyšší výskyt rizikového chování napříč obyvateli?* Tuto úměru lze potvrdit u Česka a Maďarska, země s vyšším výskytem rizikových faktorů a vyšší intenzitou úmrtnosti, které se dá předcházet, a také u Švédska, které má tyto hodnoty opačné (nízký výskyt i nízkou intenzitu úmrtnosti). Německo to také vcelku potvrzuje, jelikož co se týká rizikových faktorů i úmrtnosti, které lze předejít, vykazuje průměrné hodnoty. Francie toto nepotvrzuje především kvůli vysoké konzumaci alkoholu. Druhé tvrzení vůbec nekoresponduje s charakteristikou Španělska, ve kterém je výskyt rizikových faktorů vcelku vysoký, ale zmíněný typ úmrtnosti má z vybraných zemí nejnižší. Na

tento rozpor má především vliv řada opatření, která byla ve Španělsku v posledních letech ke snížení této úmrtnosti přijata. Na tuto otázku lze tedy odpovědět kladně, pouze s výjimkou Španělska.

Poslední otázka měla objasnit, zda *mají státy s vyšším podílem postproduktivního obyvatelstva také vyšší podíl výdajů na dlouhodobou péči?* Jak vyplývá z obrázků 14 a 15, toto tvrzení se nepotvrdilo. Naopak lze vidět, že u států, které mají (i budou mít) nižší podíly obyvatelstva 65+ a 80 a více let, kterými je Švédsko a Francie, jsou tyto výdaje nejvyšší. Naopak Španělsko a Německo, které mají vysoké zastoupení obyvatelstva v této věkové skupině, mají jedny z nejnižších výdajů na dlouhodobou péči.

Rozdělení klasifikace OECD (2010) vcelku koresponduje s rozlišnými ukazateli zdravotního stavu, kvality zdravotní péče či jiných oblastí. Výsledky analýzy ale nepotvrdily vztahy a podobnosti jednotlivých zemí podle OECD (2010). Státy, které by si měly být podle této klasifikace blízké, nevykazovaly ve většině případů podobné hodnoty ukazatelů. Nedá se ovšem generalizovat a tvrdit, že ostatní země v jednotlivých skupinách zmíněné typologie budou mít stejné výsledky jako vybraní zástupci. Na zdravotnictví má vliv řada faktorů a zde byl analyzován pouze zlomek ukazatelů. S jistotou se dá říci, že zdravotní systém, jeho fungování, organizace a správa, má velký vliv na zdraví občanů dané země.

Seznam použité literatury a datových zdrojů

- ČSÚ, 2007. Vybrané oblasti udržitelného rozvoje v hl. m. Praze – 2006. Praha: ČSÚ.
[cit. 23.4.2019]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vybrane-oblasti-udrzitelneho-rozvoje-v-hl-m-praze-n-kg68hq8p8q>
- BARTÁK, Miroslav, 2012. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7357-984-5.
- BEDŘICHOVÁ, Eva, 2016. *Vývoj regionální diference odvrátitelné úmrtnosti v české republice*. Praha. Diplomová práce. Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy, Katedra demografie a geodemografie, Vedoucí diplomové práce: RNDr. Boris Burcin, Ph.D.
- BOZDĚCH, Lukáš, 2010. *Vývoj mužské nadúmrtnosti v zemích EU v období 1970-2005*. Praha. Bakalářská práce. Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy, Katedra demografie a geodemografie, Vedoucí diplomové práce: RNDr. Boris Burcin, Ph.D.
- BLECHA, Vratislav, 2010. *Zdravotní systém v ČR a ostatních zemích*. Praha. Bakalářská práce. Bankovní institut. Vedoucí bakalářské práce: Ing. Michaela Fleischmannová.
- BÖHM, K. et al., 2012. *Classifying OECD Healthcare Systems: A Deductive Approach*. Bremen: Staatlichkeit im Wandel. [cit. 29.3.2019]. ISSN 1861-1176. Dostupné z: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/64809/1/726547131.pdf>
- EUROSTAT, 2019. *Eurostat database: Population and social conditions*. Brussels. [cit. 20.4.2019]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- EUROSTAT, 2018. *Amenable and preventable deaths statistics*. [cit. 18.4.2019]. ISSN: 2443-8219. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics#Overview
- GLADKIJ, Ivan a Ladislav STRNAD, 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0500-8.
- JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ, 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-592-9.

- KEMENADE, Y. W. Van, 2018. *Healthcare in Europe 2018: the finance and reimbursement systems of 11 European countries*. Maarsse: Health Care Consultancy . ISBN 978-9082864205.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2017. Rok 2017 ve zdravotnictví: Vyšší platby za státní pojištění, zavedení domácí paliativní péče a nižší limity na léky pro sociálně zranitelné. Praha: MZČR. [cit. 22.4.2019]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/rok-2018-ve-zdravotnictvivyssi-platby-za-statni-pojistencezavedeni-domaci-pa_14545_3692_1.html
- OECD/EU, 2018a. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, Paris: OECD Publishing [3.4.2019]. ISBN: 9789264303355. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en;jsessionid=dXHPw4sR7WAnSTvSJR4C9DtI.ip-10-240-5-60
- OECD, 2018b. *Health Statistics 2018: Definitions, Sources and Methods*. Paris: OECD Publishing. [cit. 18.4.2019]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2018.pdf>
- OECD, 2017a. *Czech Republic: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing. [cit. 15.4.2019]. ISBN: 9789264283336. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/czech-republic-country-health-profile-2017_9789264283336-en
- OECD, 2017b. *France: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing. [cit. 2.4.2019]. ISBN: 9789264283374. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/france-country-health-profile-2017_9789264283374-en;jsessionid=8B0Vok85r2iR_aC_Xu6Ay2g6.ip-10-240-5-25
- OECD, 2017c. *Germany: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing. [cit. 29.3.2019]. ISBN: 9789264283398. Dostupné z: <http://www.oecd.org/publications/germany-country-health-profile-2017-9789264283398-en.htm>
- OECD, 2017d. *Health policy in Spain, OECD health policy overview*. [cit. 29.3.2019]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Spain-March-2017.pdf>
- OECD, 2017e. *Hungary: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing. [cit. 29.3.2019]. ISBN: 9789264283411. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hungary-country-health-profile-2017_9789264283411-en;jsessionid=I5TobvWkAskFpnYOm_5AVKHb.ip-10-240-5-83
- OECD, 2017f. *Spain: Country Health Profile 2017*, State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing. [cit. 29.3.2019]. ISBN: 9789264283565. Dostupné z: <https://www.oecd->

[ilibrary.org/social-issues-migration-health/spain-country-health-profile-2017_9789264283565-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/spain-country-health-profile-2017_9789264283565-en)

OECD, 2017g. *Sweden: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing. [cit. 1.4.2019]. ISBN: 9789264283572. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sweden-country-health-profile-2017_9789264283572-en

OECD, 2016a. *Health policy in Czech Republic, OECD health policy overview*. [cit. 15.4.2019]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-policy-in-your-country.htm>

OECD, 2016b. *Health policy in France, OECD health policy overview*. [cit. 2.4.2019]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/france/Health-Policy-in-France-January-2016.pdf>

OECD, 2016c. *Health policy in Sweden, OECD health policy overview*. [cit. 2.4.2019]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-Policy-in-Sweden-July-2016.pdf>

OECD, 2010. *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings (Summary)*. Paris: OECD Publishing. [3.4.2019]. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-systems/summary/english_9789264094901-summary?parentId=http%3A%2F%2Finstance.metastore.ingenta.com%2Fcontent%2Fpublication%2F9789264094901-en

PARIS, V., M. DEVAUX AND L. WEI, 2010. *Health Systems Institutional Characteristics: a Survey of 29 OECD Countries*. Paris: OECD Health Working Papers, No. 50. [cit. 3.4.2019]. ISSN: 18152015. Dostupné z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmfxfq9qbnr-en.pdf?expires=1554278813&id=id&accname=guest&checksum=D58D78906B5D83C2C8DE29DC22E1ED82>

PRAŽMOVÁ, Věra, 2014. *Dopady regulačních poplatků ve zdravotnictví na veřejné zdravotní pojištění*. České Budějovice. Disertační práce. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. Vedoucí disertační práce: prof. JUDr. Vilém Kahoun, Ph.D.

ÚZIS, 2014. *Aktuální informace: Nemocnice v České republice v roce 2013*. Praha: Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. [cit. 16.4.2019]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/rychle-informace/nemocnice-ceske-republice-roce-2013>