

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA EKONOMICKÁ

Diplomová práce

Zdravotnictví a jeho postavení ve veřejném sektoru

Health service and its position in the public sector

Bc. Lenka Brožová

Plzeň 2015

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta ekonomická

Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lenka BROŽOVÁ**
Osobní číslo: **K12N0016P**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Podniková ekonomika a management**
Název tématu: **Zdravotnictví a jeho postavení ve veřejném sektoru**
Zadávající katedra: **Katedra financí a účetnictví**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

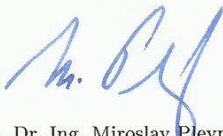
1. Vymezte historii a popis zdravotnictví v ČR.
2. Charakterizujte zdravotnictví ve vybraných zemích.
3. Proveďte komparaci zdravotnictví v ČR a vybraných zemích.
4. Na základě zjištěných skutečností zhodnoťte řešenou problematiku.

Rozsah grafických prací: **neuveden**
Rozsah pracovní zprávy: **60 - 80 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:

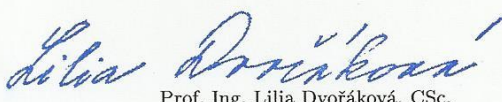
- **JANEČKOVÁ, Hana; HNILICOVÁ, Helena.** *Úvod do veřejného zdravotnictví.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9
- **GLADKIJ, Ivan.** *Management ve zdravotnictví.* Brno: Computer Press, 2005. ISBN 80-7226-996-8
- **PEKOVÁ, Jitka; PILNÝ, Jaroslav; JETMAR, Marek.** *Veřejný sektor - řízení a financování.* Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-936-4
- **REKTOŘÍK, Jaroslav.** *Ekonomika a řízení veřejného sektoru.* Praha: Ekopress, 2007. ISBN 978-80-86929-29-3

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Jitka Zborková**
Katedra financí a účetnictví

Datum zadání diplomové práce: **25. října 2013**
Termín odevzdání diplomové práce: **25. dubna 2014**


Doc. Dr. Ing. Miroslav Plevný
děkan




Prof. Ing. Lilia Dvořáková, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 25. října 2013

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma

„Zdravotnictví a jeho postavení ve veřejném sektoru“

vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

V Plzni, dne

.....

podpis autora

Poděkování

Děkuji paní Ing. Jitce Zborkové za pomoc, její ochotu, podporu, cenné rady a odborné vedení při zpracování této diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	8
1 Cíle a metodika	9
2 Historie zdravotnictví	11
2.1 Pohled na vývoj zdravotnictví v Československé a České republice	11
3 Problematika zdravotnictví a zdravotnické systémy	15
3.1 Základní pojmy	15
3.2 Zdravotnické systémy	17
3.2.1 Bismarckovský model zdravotnictví	17
3.2.2 Liberální model zdravotnictví (tržní zdravotnictví)	18
3.2.3 Beveridgův model	18
3.2.4 Semaškův model	19
4 Současný stav českého zdravotnictví	20
4.1 Orgány zdravotnictví v ČR	20
4.2 Druhy zdravotní péče	22
4.2.1 Primární péče	22
4.2.2 Sekundární péče	23
4.2.3 Terciární péče	23
4.3 Financování zdravotnictví v České republice	23
4.3.1 Financování zdravotnických zařízení a zdravotnických služeb v ČR	24
4.3.2 Formy financování zdravotnických služeb	25
4.3.3 Zdroje financování	26
5 Zdravotnictví v USA	32
5.1 Zdravotní péče	32
5.1.1 Druhy zdravotní péče	32

5.1.2	Financování zdravotní péče	33
5.1.3	Programy zdravotní péče	34
5.2	Reforma zdravotnictví v USA: the Obama Administration	39
5.3	Zdravotnictví v USA a ochrana práva na zdraví	40
5.4	Fungování zdravotnického systému v USA v mezinárodním pohledu.....	41
6	Zdravotnictví ve Švédsku	44
6.1	Vznik a základní struktura zdravotnictví	44
6.1.1	Struktura zdravotního systému	45
6.2	Druhy zdravotní péče	47
6.3	Financování zdravotní péče	48
6.4	Zdravotní péče a mezinárodní srovnání	49
6.5	Reforma zdravotnictví ve Švédsku	51
7	Srovnání zdravotnických systémů	53
7.1	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj	53
7.1.1	Členské státy OECD.....	54
7.2	Indikátory mezinárodního srovnávání	54
7.2.1	Zdroje ve zdravotnictví.....	54
7.2.2	Zdravotnické vybavení	62
7.2.3	Využití zdravotní péče.....	65
7.2.4	Zdravotní stav obyvatelstva	66
7.2.5	Finanční hledisko	71
8	Zhodnocení zdravotnických systémů	75
9	Závěr	79
	Seznam tabulek.....	81
	Seznam obrázků	82
	Seznam použitých zkratk	83

Seznam použité literatury	84
Seznam použitých internetových adres	84
Seznam příloh	90

ÚVOD

Zdraví je považováno za nejdůležitější potřebu každého člověka na zemi. **Zdravotnictví** jako celek je velmi složitý systém a je potřeba se seznámit s jednotlivými oblastmi. Fungování a vzájemná propojenost je složitý mechanismus a vyžaduje náročnou organizaci.

Nejdůležitějším pojmem ve zdravotnictví je **zdravotnický systém**. Existují čtyři druhy zdravotnických systémů, které jsou zastoupené různými vyspělými státy.

„Zdravotnickým systémem je označována ta část společenského systému, která sestává z opatření, institucí, organizací a činností, které usilují o léčení nemocí, o jejich prevenci a o posilování zdraví společnosti.“ [5]

Kvalita života v každé zemi je vysoce spojena se zajištěním zdraví a je v každé zemi rozdílná. Ať už se jedná o životní prostředí, vzdělání či bohatství, všechny tyto prvky souvisí a ovlivňují zdraví všech lidí. **Kvalita** zdravotní péče odráží, jak úroveň zdravotnických služeb odpovídá poznatkům výzkumu a možnostem technologie. Zároveň závisí na ekonomické situaci země, technologické a materiální vybavenosti zdravotnických zařízení a na úrovni medicínského vzdělání a profesionálním dohledem nad výkonem lékaře. Projevuje se na ukazatelích zdravotního stavu populace a na spokojenosti pacientů.

Porovnání zdravotnických systémů je podloženo různými **ukazateli**. Mezi tyto ukazatele patří např.: počet lékařů, vybavenost nákladnou technologií, počet lůžek, průměrná délka hospitalizace či struktura výdajů na zdravotní péči.

Zdravotnické systémy nejsou fixní, podléhají stálým změnám. Žádný stát není se svým systémem zdravotní péče zcela spokojen. Všechny tíží stále rostoucí finanční nároky související s prudkým rozvojem technologií v medicíně. Ekonomicky vyspělé země se snaží systém zdravotní péče zlepšit novými reformami, které jsou ovlivňovány většinou krátkodobými politickými zájmy.

1 Cíle a metodika

Cíle této diplomové práce jsou **charakteristika** zdravotnických systémů ve třech vybraných zemích, kterými jsou **Česká republika, Spojené státy americké a Švédsko**, tak jak fungují v současné době, **srovnání** těchto zdravotnických systémů pomocí vybraných ukazatelů kvality a efektivity a následné **zhodnocení** problematiky zdravotnických systémů.

Diplomová práce je rozdělena na čtyři hlavní části. V první části je popsán zdravotnický systém v České republice. V úvodu práce je stručně charakterizovaná historie zdravotnictví v naší republice. Dalším důležitým bodem je vymezení základních pojmů a druhů zdravotnických systémů ve světě. Poslední částí je popis současného stavu zdravotnictví v České republice, jeho orgány, druhy zdravotní péče a financování zdravotní péče, které je dle názoru autorky nejdůležitější.

Druhá a třetí část popisuje zdravotnické systémy ve Spojených státech amerických a ve Švédsku. Spojené státy americké byly vybrány z důvodu jedinečnosti tohoto zdravotnického systému ve světě. I přesto, že jsou Spojené státy americké jednou z nejnákladnějších zemí světa, jejich zdravotnický systém není bez chyb. Největším problémem je zřejmě existence pouze soukromého zdravotního pojištění, které není dostupné pro všechny občany z důvodu vysokých nákladů. Zástupcem dalšího zdravotnického systému bylo zvoleno Švédsko, převážně díky vysoké kvalitě zdravotní péče. V této části práce jsou vysvětlena základní nastavení pojištění, ať už veřejného či soukromého, způsoby financování, druhy a poskytování zdravotní péče i aktuální reformy ve zdravotnictví. Neméně zajímavá je i část mezinárodního srovnání obou zdravotnických systémů.

Další část práce se zabývá komparací těchto tří různých zdravotnických systémů. Srovnání je podloženo faktory kvality zdravotní péče v jednotlivých státech. Jedná se o faktory finanční, ale také o indikátory kvality. Poslední částí práce je zhodnocení charakterizovaných zdravotnických systémů.

Pro splnění stanovených cílů byla použita metoda popisu a analýzy jednotlivých systémů ve jmenovaných zemích. Dále byla použita analýza dat, analýza grafů a komparace. Nejdůležitějším zdrojem pro získání dat ke srovnání byly statistiky Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj.

Toto téma diplomové práce bylo zvoleno převážně z důvodu seznámení se s tímto sektorem. Zdravotnictví jako celek bylo pro vždy zajímavé, ať už u nás v České republice nebo v zahraničí. Zdravotnictví jako sektor je důležitý nejen pro všechny státy, ale převážně pro každého občana, neboť kvalita zdravotní péče ovlivní každého z nás, ať už dříve či později.

2 Historie zdravotnictví

Zdravotnictví jako celek má za sebou dlouhý vývoj. K největšímu průlomům dochází ve vyspělých zemích již v 18. a 19. století. Vznikly dva proudy – Hygiena a epidemiologie a Sociální lékařství. Medicína se v té době především zabývala bojem s epidemiemi infekčních onemocnění a hledala prevenci. V té samé době začal vznikat nový medicínský obor, který se zabýval vztahem mezi zdravím a životními podmínkami. Lékaři si začali uvědomovat, jak důležitý je tento vztah. Výhodou byl přímý vztah mezi pacientem a lékařem. Stát se stal důležitou součástí veřejného zdravotnictví, tím, že si vyhradil vrchní dozor nad léčebnými ústavami i orgány zdravotní služby.

2.1 Pohled na vývoj zdravotnictví v Československé a České republice

Za zakladatele a průkopníka českého sociálního lékařství je považován František Procházka (1864 – 1934), který se zabýval problematikou rozvíjejícího se sociálního a nemocenského pojištění. [2, s. 22]

Po první světové válce byl v Československu na prvním místě právě rozvoj sociálního lékařství. Toto lékařství v sobě zahrnovalo sociální hygienu, epidemiologii, statistiku, demografii a sociologii. [2, s. 23] Československo bylo poznamenáno vlivem první světové války. Rostla kojenecká úmrtnost a mnoho lidí se nakazilo nemocemi, jako jsou spalničky či tuberkulóza. Ve stejnou dobu vznikl Ústav sociálního lékařství na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně.

Československá republika převzala systém nemocenského a sociálního pojištění, který byl zaveden v Rakousku – Uhersku v roce 1888, jedná se o tzv. Bismarkovský model.

Již zmíněný systém nemocenského a úrazového pojištění byl neúplný. Pojištěna byla asi jen polovina obyvatelstva. Jednalo se o živnostníky, zaměstnance v továrnách, dolech a železnicích. Obyvatelé, kteří pracovali v oboru zemědělství a lesnictví, pojištění nebyli. Pojištění se týkalo i rodinných příslušníků.

Zdravotní systém byl založen na principu povinného zdravotního pojištění. Existovalo asi tři sta zdravotních pojišťoven. Pojištění hradilo základní zdravotní péči poskytovanou praktickými lékaři a veřejnými nemocnicemi.

Dne 5. listopadu 1925 byl otevřen Státní zdravotní ústav, který se stal významnou součástí státní zdravotnické správy i důležitým vědeckým a vzdělávacím centrem. V zákonu č. 218/1925 Sb., o zřízení, působnosti a organizaci Státního zdravotního ústavu Republiky československé, se uvádí, že: *„úkolem ústavu jest vykonávati pro státní zdravotní správu odborně-vědecké práce a zkoumání, kterých jest třeba k účinným zdravotním opatřením, podporovati výchovu v preventivní medicíně, jakož i pečovati o praktickou odbornou výchovu zdravotnického personálu.“* [8]

Během druhé světové války byly navrženy reformy zdravotnictví. Po skončení druhé světové války byl sestaven *Návrh na novou úpravu veřejného zdravotnictví a školení zdravotnického personálu*, který měl za úkol vyřešit problém s dostupností péče o zdraví i problém stabilizace lékařského personálu. [2, s. 120]

Důležitou roli hrály odborové organizace. Veškeré zdravotnické zařízení bylo zestátněno. *„Povinná opatření, týkající se oblasti hygieny a epidemiologie, preventivních prohlídek i očkování, která se stala součástí léčebně preventivní péče, přispěla k výrazným úspěchům československého zdravotnictví. Stali jsme se jednou z prvních zemí, kde došlo již v šedesátých letech k vymýcení dětské obrny.“* [2, s. 121]

Od února 1949 byl Státní zdravotní ústav přejmenován na Státní zdravotnický ústav (SZÚ), jelikož proběhla novela zákona č. 218/1925 Sb. O tři roky později byl ovšem Státní zdravotnický ústav zrušen a vznikly tři jednotlivé organizace – Státní ústav pro kontrolu léčiv, Ústav hygieny a Ústav epidemiologie a mikrobiologie.

Koncem osmdesátých let se tehdejší systém sociálního lékařství a organizace zdravotnictví začal zdát nevhodný a odborníci začali poukazovat na změny celého systému zdravotnictví. Nebylo dost finančních prostředků, technologie byla zastaralá a chyběly zde moderní léky. Lékaři tím pádem nemohli praktikovat moderní postupy, jako tomu bylo v jiných zemích.

Model zdravotnictví do roku 1990 v Československé republice by se tedy dal charakterizovat existencí: [6, s. 149]

- direktivního řízení státem,
- centrálním plánováním a financováním zdravotnických služeb,
- jednotnou soustavou zdravotnických zařízení (Ústavů národního zdraví) na jednotlivých územně správních stupních,

- výrazně omezené možnosti svobodné volby lékaře,
- formálně bezplatným přístupem občanů ke službám.

Zlomovým rokem ve zdravotnictví, byl rok 1989. Došlo k zavedení nového označení „Veřejné zdravotnictví“. V tomto roce byla zahájena reforma zdravotnictví, která měla za úkol liberalizaci celé zdravotnické soustavy, znovuzavedení systému veřejného zdravotního pojištění a odstátnění zdravotnických zařízení. [2, s. 122]

Tato transformace zdravotnictví směřovala: [6, s. 149]

- k demokratizaci, humanizaci a zvýšení kvality poskytované péče,
- k nalezení potřebných finančních zdrojů a způsobů jejich efektivního využívání,
- k pozvednutí odborné prestiže zdravotnických pracovníků.

V roce 1991 byl přijat zákon související s veřejným zdravotním pojištěním. Právě tento zákon odstartoval veřejné zdravotní pojištění. Jedná se o zákon č. 550/1991 Sb. Dalším důležitým zákonem byl zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně. Tato pojišťovna vznikla v roce 1992. Tímto krokem se snížil vliv státu a státního rozpočtu.

Důležitou roli ve zdravotnictví sehrála i privatizace zdravotnických zařízení. Vznikla zdravotnická zařízení, která byla právně samostatná, a jejich počet se každým rokem zvyšoval.

V průběhu let 1992 – 1994 zanikly krajské i okresní ústavy národního zdraví. Reforma měla velký přínos i pro občany. Lidé se mohli svobodně rozhodovat, kterou zdravotní pojišťovnu si zvolí. Poskytovaná péče se stala kvalitnější. Zlepšila se úroveň technologického vybavení i dostupnosti léků. Všechna tato zlepšení měla pozitivní vztah i na celkový zdravotní stav všech občanů.

Od roku 1993 začal být celý systém financován převážně z dávek pojistného na zdravotní pojištění. Zdravotnictví se rychle stalo značně nákladným. Zvyšovaly se výdaje na zdravotnictví a bylo nutno zvážit další reformu systému. „Zdravotní péče byla od té doby financována jednak zdravotními pojišťovnami z vybraného pojistného, jednak z veřejných rozpočtů.“ [6, s. 150] Pouze vybrané činnosti byly financovány z veřejného rozpočtu, např. výzkum, výuka lékařů nebo investice do zdravotnictví.

V tabulce a grafu uvedených níže jsou vidět celkové výdaje na zdravotnictví v jednotlivých letech. Celkové výdaje zahrnují veřejné výdaje (státní rozpočty a výdaje

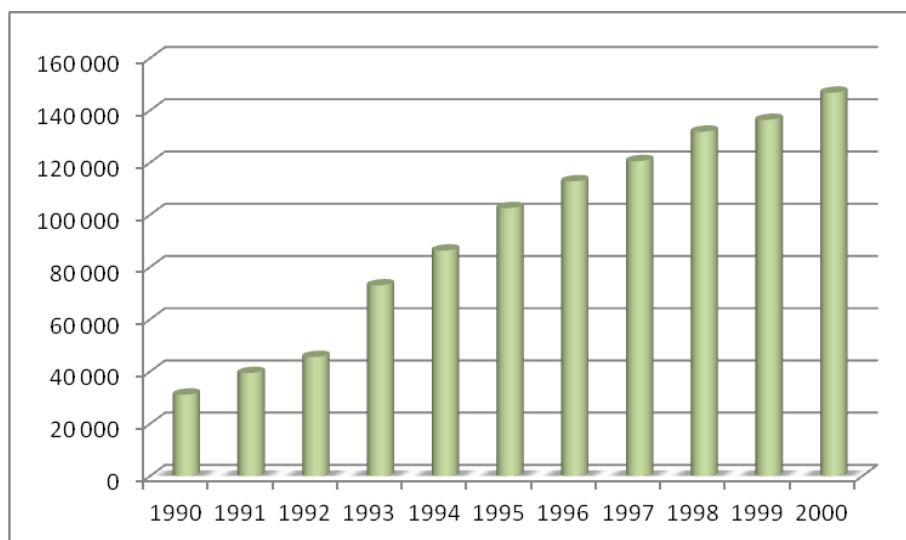
zdravotních pojišťoven) i soukromé výdaje. Jak je vidět, výdaje každým rokem rostly, jelikož, dle názoru autorky, docházelo k velkému plýtvání a neefektivnímu využívání finančních prostředků. Informace o výdajích jsou převzaty z Českého statistického úřadu.

Tab. č. 1: Výdaje na zdravotnictví v letech 1990 - 2000

Rok	Výdaje celkem (v mil. Kč)	Podíl výdajů na HDP (v %)
1990	31.250	5,39
1991	39.520	5,27
1992	45.652	5,39
1993	73.062	7,29
1994	86.418	7,31
1995	102.664	6,69
1996	112.939	6,41
1997	120.655	6,40
1998	131.929	6,34
1999	136.440	6,35
2000	146.835	6,47

Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů ČSÚ, 2015

Obr. č. 1: Výdaje na zdravotnictví v letech 1990 – 2000 v mil. Kč



Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů ČSÚ, 2015

Dle názoru autorky, byly výsledky reformy zdravotnictví pozitivní i negativní zároveň. Úspěchy dosáhla reforma ve zvýšení kvality zdravotní péče, lepší technologické vybavenosti a lepší přístupnosti pro všechny občany. Velkým neúspěchem bylo ovšem špatné využívání finančních prostředků a velký růste výdajů na zdravotnictví. Tento problém se bohužel přenesl až do dnešní doby.

3 Problematika zdravotnictví a zdravotnické systémy

3.1 Základní pojmy

Dříve, než bude rozebrána problematika zdravotnictví a zdravotnických systémů, je ovšem nutné seznámit se s některými základními pojmy, které jsou ve zdravotnictví běžné. Mezi nejdůležitější pojmy patří např. zdraví, zdravotnické služby, zdravotnictví, zdravotní politika, zdravotní péče atd.

Zdraví je považováno za základní lidskou hodnotu. Existuje mnoho definicí zdraví. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“. Zdraví je současně zdrojem i cílem fungování lidské společnosti. Zdraví je ovlivňováno faktory nezdravotnickými i zdravotnickými. Přírodní faktory a sociální prostředí jsou považovány za nezdravotnické faktory. Mezi zdravotnické faktory patří kvalita a dostupnost zdravotní péče. Právo na zdraví se může definovat jako garantovaný přístup ke zdravotnickým službám.

Zdravotnictví je chápáno jako soustava zařízení a pracovníků, jejichž cílem je poskytování odborných zdravotnických služeb. Zdravotnictví spojuje tyto prvky:

- zdravotnické služby,
- zdravotnická výroba,
- zdravotnický odbyt,
- věd a výzkum ve zdravotnictví.

Zdravotnické služby jsou aktivity, které jsou podnikány s cílem ochraňovat zdraví lidí, omezovat negativní důsledky činností, které mají vliv na zdraví a naučit lidi zdravému způsobu života. Zdravotnické služby se člení na: [6, s. 140]

- a) zařízení hygienické služby,
- b) zařízení léčebně – preventivní péče,
- c) zařízení pro výchovu a výuku a pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků,
- d) vědeckovýzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví.

Zdravotní péče je soubor všech ekonomických, kulturních a sociálních aktivit společnosti, které ovlivňují zdraví obyvatel.

Zdravotní politika by měla být součástí hospodářské a sociální politiky každého státu. Zdravotní politiku můžeme definovat jako cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva.

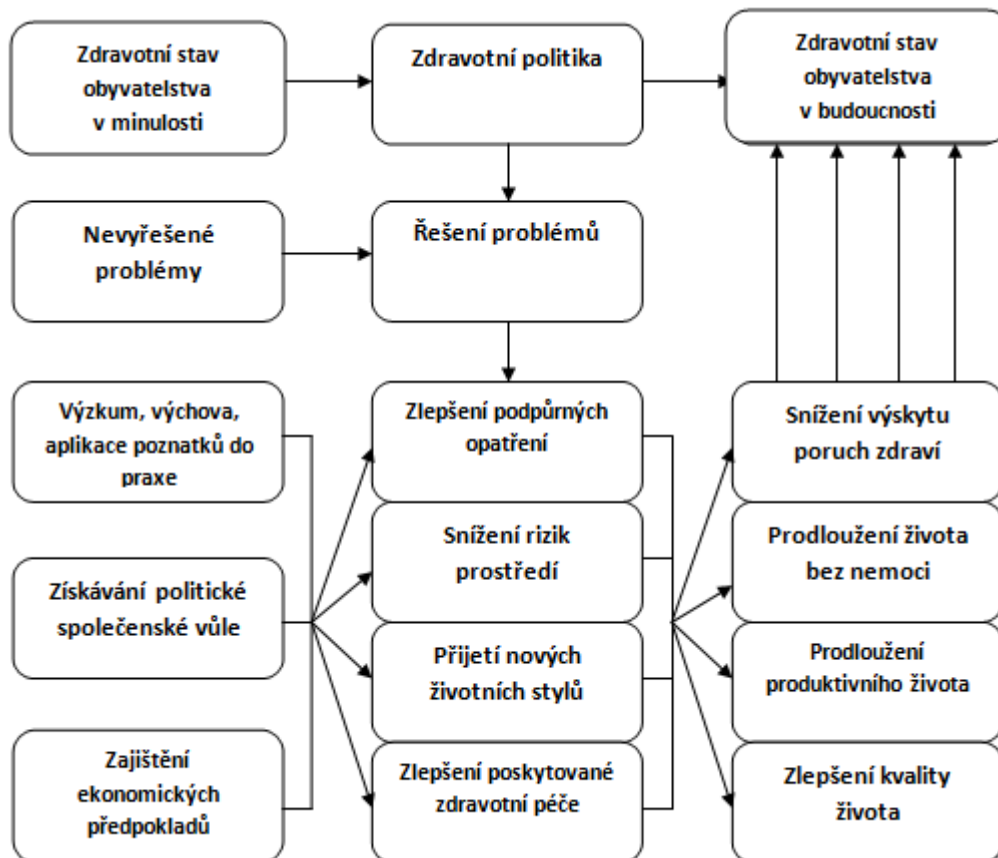
Zdravotní politika je v každé zemi jiná, neboť souvisí se zdravotním stavem obyvatelů země a s ekonomickou situací dané země. Etika, medicína a ekonomika jsou stavebními kameny každé zdravotní politiky.

Cíle zdravotní politiky jsou ve většině zemí stejné:

- zlepšení zdravotního stavu obyvatelů země,
- efektivní alokace finančních zdrojů,
- dostupnost zdravotních služeb všem občanům.

Na uvedeném obrázku je popsána úloha a význam zdravotní politiky dle Gladkije.

Obr. č. 2: Úloha a význam zdravotní politiky



Zdroj: Gladkij, 2005, s.12

3.2 Zdravotnické systémy

Zdravotnický systém je souhrn úsilí, závazků, institucí, ekonomických a personálních zdrojů, které jsou věnovány problémům spjatých se zdravotním stavem obyvatelstva. Zdravotnický systém je složitý a otevřený systém. Používají se různé ukazatele určené k porovnání zdravotnických systémů jednotlivých států, např. struktura specializací, počet lékařů, struktura a počet zdravotnických zařízení, struktura primární, sekundární a terciární péče, návštěvnost lékařů, struktura výdajů na zdravotnictví atd.

Existují 4 základní modely zdravotnických systémů: [5]

- Bismarckovský model zdravotnictví,
- Liberální model zdravotnictví (tržní zdravotnictví),
- Beveridgeův model,
- Semaškův model.

Princip všech zdravotnických systémů by měl být stejný. Financování zdravotní péče by mělo vycházet z tradičního principu sociální ekvity, což je spravedlnost a rovnost. Každý občan by měl mít právo rozvíjet se a udržovat své zdraví. Měl by existovat stejný přístup k léčbě pro pacienty všech sociálních skupin bez ohledu na jejich postavení.

3.2.1 Bismarckovský model zdravotnictví

Tento systém je založený na veřejném zdravotním pojištění. Mezi první státy, které tento model začaly používat, se řadí Německo, Francie, Rakousko, Nizozemsko, Švýcarsko či Belgie. V České republice a na Slovensku byl Bismarckovský model zaveden až v 90. letech minulého století.

Bismarckovský model je nejstarší zdravotnický systém, jehož základ tvoří solidarita. Zakladatelem je Otto von Bismarck. V tomto modelu je zdravotní pojištění součástí komplexního sociálního zabezpečení, které je povinné pro všechny občany příslušných států. Do komplexního sociálního zabezpečení spadá kromě zdravotního pojištění také nemocenské, úrazové a důchodové pojištění.

Zaměstnavatelé i zaměstnanci mají povinnost platit sociální a zdravotní pojištění jako určité procento z příjmu. Ambulantní zdravotnické služby jsou vykonávány soukromými lékaři na základě smluv se zdravotními pojišťovnami. Nemocnice jsou

převážně veřejné nebo soukromé na neziskovém principu. Rozsah zdravotní péče je podobný ve všech státech používající tento model zdravotnictví, ovšem mohou existovat menší rozdíly mezi jednotlivými státy.

Za hlavní výhody tohoto modelu mohou být považovány: [5]

- dostupnost zdravotní péče pro všechny, rovný přístup,
- vysoká kvalita péče,
- dobrovolná volba poskytovatelů zdravotní péče,
- spokojenost pacientů,
- povinnost zdravotních pojišťoven občana pojistit, za všech podmínek.

Mezi nevýhody modelu patří: [5]

- vysoká cena péče,
- složité vztahy mezi pacientem a pojišťovnou,
- vysoké administrativní náklady.

3.2.2 Liberální model zdravotnictví (tržní zdravotnictví)

Základem tržního zdravotnictví je individuální odpovědnost občanů. Formou státních zdravotnických programů je garantována péče pro některé sociální skupiny. Mezi tyto skupiny patří důchodci nad 65 let a chudí lidé, tj. ti, kteří jsou pod hranicí životního minima. Povinné zdravotní pojištění zde neexistuje. Tržní zdravotnictví je zavedeno např. v USA.

Tržní zdravotnictví má mnoho výhod i nevýhod. Vysoká kvalita péče, úspora peněz pro vědu a výzkum, rychlé uplatnění nových technologií a vysoké platy lékařů jsou nejvýznamnějšími přednostmi tohoto modelu. Mezi nedostatky patří například nedostatečná dostupnost zdravotní péče, vysoké náklady na zdravotní péči, vysoké administrativní náklady nebo poskytování nadbytečné péče lidem se sjednaným pojištěním.

3.2.3 Beveridgeův model

Beveridgeův model vznikl po druhé světové válce. V Beveridgeově systému je zajištěna zdravotní péče pro všechny občany. Zdravotní péče je financována z daní, tj. prostřednictvím státního rozpočtu. Stát v tomto modelu hraje centrální roli.

Nemocnice jsou součástí národní zdravotní služby. Existují i soukromé ordinace (např. zubní ordinace či ordinace praktických lékařů), ovšem jen omezeně. Soukromé ordinace tvoří v Beveridgeově modelu 15 – 20 % zdravotní péče. V současné době dochází k trendu decentralizace rozhodování na regiony.

Rozsah zdravotnických služeb je dobrý, stejně tak dostupnost. Náklady na zdravotní péči nejsou nijak markantní. Mezi nevýhody patří dlouhé čekací doby na zákroky, které nejsou akutní nebo malá motivace občanů k péči o zdraví.

Beveridgeův model se používá například ve Velké Británii, Kanadě, Austrálii, Švédsku, Norsku, Finsku, Dánsku, Řecku a Itálii.

3.2.4 Semaškův model

Semaškův model byl zaveden v bývalém SSSR, v současné době je praktikován na Kubě. Semaškův model, stejně jako Beveridgeův, je založen na financování z příjmů státu prostřednictvím státního rozpočtu. Rozdíl mezi Semaškovým a Beveridgeovým modelem je ten, že v Semaškově modelu jsou všechna zdravotnická zařízení majetkem státu.

Velkou výhodou je garance dostupnosti veškeré potřebné zdravotní péče státem a rovnost v přístupu k péči. V tomto centralizovaném modelu se klade důraz na úspornost. Náklady jsou nízké. Omezenost svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení je považována za nedostatek tohoto modelu zdravotnictví.

Stručné porovnání zdravotnických modelů

V tabulce jsou shrnuty základní rozdíly mezi uvedenými zdravotnickými systémy.

Tab. č. 2: Rozdíly mezi zdravotnickými systémy

Model	Způsob financování	Právo na zdraví	Náklady
Bismarckův	Pojištění % ze mzdy, VZP	Právo mají všichni, rovný přístup	Vysoké
Tržní zdravotnictví	Přímý, soukromé pojištění	Právo má ten, kdo je schopen zaplatit	Vysoké
Beveridgeův	Daně, státní rozpočet	Právo mají všichni, rovný přístup	Přiměřené
Semaškův	Daně, státní rozpočet	Právo mají všichni, rovný přístup	Nízké

Zdroje: vlastní zpracování, 2015

4 Současný stav českého zdravotnictví

„Současný model zdravotní péče v České republice je model národního zdravotního pojištění, založený na zákonné povinnosti každého občana platit zdravotní pojištění jako definovaný podíl ze svého příjmu.“ [2, s. 125] Jedná se o jeden z nejsolidárnějších zdravotních systémů na světě. Zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany. Za ekonomicky neaktivní občany platí zdravotní pojištění stát.

Zdravotnická zařízení poskytují zdravotní péči bezplatně díky uzavřeným smlouvám se zdravotními pojišťovnami. Ze státního rozpočtu je financována část zdravotní péče v České republice. Jedná se např. o vakcinační programy.

V systému zdravotní péče funguje i zcela soukromý sektor, ovšem stále v malém rozsahu. Zde si pacienti hradí zdravotní péči sami, jelikož na některé zákroky se zdravotní pojištění nevztahuje. Jedná se například o zubní péči, laserové oční operace nebo zákroky plastické chirurgie.

4.1 Orgány zdravotnictví v ČR

Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení jsou nejdůležitějšími orgány v oblasti zdravotnictví a zdravotní péče v současné době.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky je ústředním orgánem státní správy na úseku zdravotní péče a ochrany veřejného zdraví. Ministerstvo se řídí zákonem č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky. Dle zmíněného zákona je ministerstvo zdravotnictví ústředním orgánem státní správy pro: [7]

- zdravotní péči a ochranu zdraví,
- zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost,
- vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdrojů,
- zdravotní pojištění,
- zdravotnický informační systém.

Ministerstvo má za úkol přímo řídit některá zdravotnická zařízení. Současným ministrem zdravotnictví v České republice je MUDr. Svatopluk Němeček, MBA. [45]

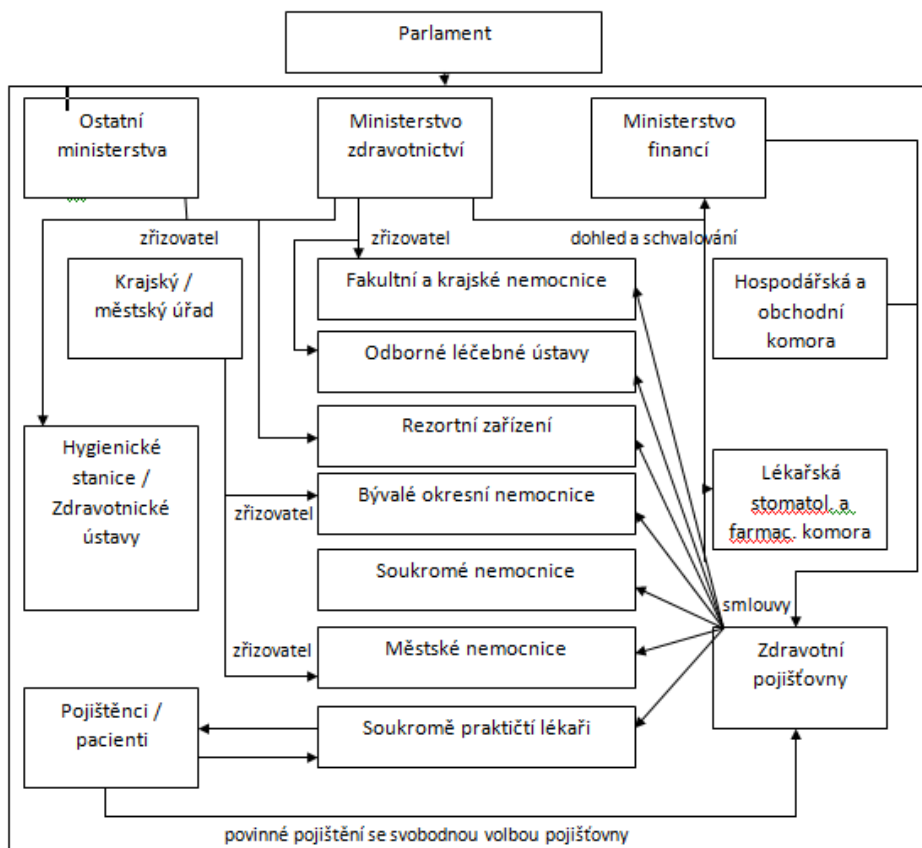
Podrobnější informace o zdravotních pojišťovnách budou rozebrány v kapitole 3.3.3 Zdroje financování.

Většina zdravotnických institucí a zařízení funguje v režimu veřejných zdravotnických služeb. Dle Gladkije je typologie zdravotnických zařízení následující: [1, s. 46]

- ambulantní a lůžkové instituce,
- preventivní, kurativní a rehabilitační instituce,
- instituce vzniklé na bázi medicínských oborů,
- instituce pro akutní a chronickou léčbu,
- instituce pro primární, sekundární a terciární léčbu.

Na níže uvedeném obrázku je možno vidět soustavu zdravotnických zařízení a jejich vlastníků.

Obr. č. 3: Organizace zdravotnického systému v České republice



Zdroj: Gladkij, 2005, s. 55

4.2 Druhy zdravotní péče

Jak již bylo zmíněno, zdravotnické instituce mohou být rozděleny dle zdravotní péče, což je považováno za účelné. V České republice existují tři druhy zdravotní péče, a to: primární, sekundární a terciární.

4.2.1 Primární péče

Primární péči by měl mít zajištěnou každý občan. Tato péče poskytuje opatření ke zlepšení zdraví v jednotlivých komunitách. Je poskytována na lokální úrovni a zdravotnický odbor krajského úřadu je zodpovědný tuto péči zajistit pro občany žijící v dané oblasti.

V České republice poskytují primární péči 4 druhy lékařů:

- praktický lékař pro dospělé,
- praktický lékař pro děti a dorost,
- stomatolog,
- gynekolog.

Každý občan se může svobodně rozhodnout pro svého praktického lékaře a stejně tak může stávajícího lékaře změnit, při dodržení určitých podmínek. U každého lékaře poskytujícího primární péči má občan právo na pravidelné preventivní prohlídky. U praktických lékařů jednou za dva roky, u zubního lékaře dvakrát do roka a u gynekologa jednou za rok.

Lékaři poskytující primární péči by, v případě potřeby, měli docházet i za pacientem domů, měli by znát rodinné zázemí a blízké okolí pacienta v souvislosti pomoci při analýze nemoci.

Většina primárních lékařů v České republice jsou soukromí lékaři, ovšem jejich zdravotní péče je hrazena z veřejných zdrojů. Vstup nového lékaře do této péče řídí Česká lékařská (nebo stomatologická) komora. Lékař musí mít registraci u příslušného zdravotního úřadu a smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

Praktičtí lékaři pro dospělé a děti jsou hrazeni smíšeným způsobem – platba za registrovanou osobu a platba za některé výkony. Gynekologové a zubní lékaři jsou placeni za výkon. [1, s. 50]

4.2.2 Sekundární péče

Sekundární péče je provázaná s primární péčí v tom směru, že pacient přichází k ambulantnímu specialistovi na základě doporučení od praktického lékaře. Sekundární péče zahrnuje specializovanou ambulantní a odbornou nemocniční péči. Ambulantní sekundární péče je hrazena platbou za výkon, lůžková péče výkonovým systémem s paušály.

Lékaři sekundární péče ordinují převážně v soukromých ordinacích nebo v ambulancích nemocnic. I v tomto segmentu lékařů si může každý občan zvolit, kterého lékaře navštíví. Může se tak stát i bez doporučení od praktického lékaře, ovšem v tom případě, bývá čekací doba na vyšetření podstatně delší.

4.2.3 Terciární péče

Do této péče spadají zdravotní služby, které jsou vysoce specializované a komplexní, bohužel díky tomu i velice nákladné. Pacient dostane doporučení od lékaře sekundární péče, jelikož složitější diagnostika není dostupná či není hrazena z veřejných zdrojů sekundární péče. V České republice je terciární péče poskytována také ve výzkumných ústavech (např. IKEM). Terciární péče je založena na vysoké odborné náročnosti diagnostických a léčebných výkonů, která využívá velmi vyspělou techniku.

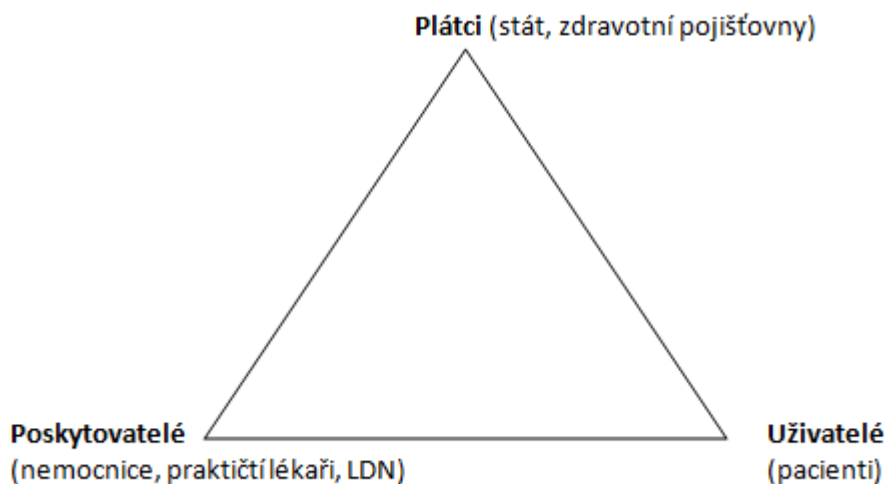
4.3 Financování zdravotnictví v České republice

Zvýšení prostředků do zdravotnictví, zvýšení podílu výdajů na zdravotnictví na HDP a zvýšení cen vedlo ke zvýšenému sledování zdravotnických služeb. Hlavním cílem zdravotnictví je zlepšení zdravotního stavu obyvatel a dostupnost zdravotní péče. Důležitým krokem je efektivní rozdělování a využívání finančních prostředků. Financování zdravotnictví v České republice funguje na principu solidarity, což znamená, že zdravotní péče je dostupná pro všechny občany ve stejné kvalitě.

V soustavě financování jsou důležité 3 subjekty. Jedná se o:

- uživatele zdravotní péče,
- poskytovatele zdravotní péče,
- plátce zdravotní péče.

Obr. č. 4: Subjekty financování zdravotnických služeb



Zdroj: Hnilicová, 2009, s. 128

4.3.1 Financování zdravotnických zařízení a zdravotnických služeb v ČR

Plátcí potřebují poskytovatele péče, tedy profesionály, kteří mají příslušné dovednosti k léčení pacientů, materiální zdroje potřebné k léčbě, dostatečné finanční zdroje, aby péči mohli zaplatit, a určitý zisk, ze kterého pokryjí své potřeby a provoz pojišťoven. [2, s. 128]

Nemocnice a lékaři dostávají odměnu za svoji práci. Existuje několik základních způsobů podle druhů zdravotnických zařízení. Je rozdíl, zda se jedná o ambulantní zdravotní péči nebo akutní lůžkovou péči (tedy nemocnice).

Ambulantní zdravotní péče se dělí: [4]

- ✓ praktičtí lékaři pro dospělé a pro děti a dorost,
- ✓ ambulantní specialisté,
- ✓ komplementy – laboratoře a RTG,
- ✓ stomatologická péče,
- ✓ fyzioterapie v ambulantních zdravotnických zařízeních + domácí péče,
- ✓ zdravotnická záchranná služba,
- ✓ doprava.

V těchto službách se uplatňuje kapitace, proplácení za provedené výkony a kombinace obou jako základní formy proplácení zdravotní péče.

Kapitace je způsob paušálního příspěvku na každého zaregistrovaného pacienta, obvykle propláceno za každý měsíc. To znamená, že každý lékař dostane paušální částku za každého svého pacienta, kterého léčí a je u dotyčného lékaře zaregistrován. Výkonový způsob úhrady nalezneme spíše u ambulantních specialistů a v domácí péči. Lékaři a sestry vykazují provedené výkony zdravotním pojišťovnám. Kombinace obou způsobů jsou například u praktických lékařů. U těchto lékařů jsou asi 2/3 péče hrazeny kapitací a v 1/3 jsou propláceny výkony.

Akutní lůžkovou zdravotní péči může pojišťovna hradit těmito způsoby: [2, s. 129]

- ve formě rozpočtu,
- platbou za diagnózu (DRG),
- platbou za nakoupené plánované výkony,
- platbou za lůžkoden.

Pacient se může podílet na hrazení péče formou doplatků (např. u zubního lékaře za výkony, které se nezahrnují do základního pojištění), regulačními poplatky nebo platbami za nehrazenou a nadstandardní péči (např. za péči na soukromých klinikách).

4.3.2 Formy financování zdravotnických služeb

Způsob financování je ve vyspělých zemích odlišný. Jednotlivé způsoby se od sebe liší především podílem zdrojů pocházejících z veřejného sektoru, velikostí přímých plateb za služby, existencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem.

Formy financování zdravotnických služeb se mohou třídit následujícím způsobem: [6, s. 148]

1) Nepřímé financování:

- a) prostřednictvím veřejných rozpočtů (státních a místních),
- b) povinné veřejné pojištění
- c) dobrovolné smluvní pojištění,
- d) zaměstnanecké pojištění,
- e) dobročinnost, charita, zahraniční pomoc.

2) Přímé financování:

- a) přímé platby od příjemců služeb.

V České republice převládá forma nepřímého financování – zejména povinné veřejné zdravotní pojištění.

4.3.3 Zdroje financování

V České republice existují 3 hlavní zdroje financování zdravotní péče. Jedná se o veřejné zdravotní pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven, veřejné rozpočty a přímé výdaje domácností.

Dle těchto zdrojů se financování liší na veřejné a soukromé. Veřejné financování je zastoupeno ve větší míře. Jedná se asi o 86 % celkových výdajů na zdravotnictví. Zbýlých 14 % výdajů tvoří soukromé platby.

Veřejné zdravotní pojištění

Nejdůležitějšími zákony, které upravují veřejné zdravotní pojištění, jsou Listina základních práv a svobod a zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

Povinné zdravotní pojištění vzniká v ČR ze zákona, pokud: [2, s. 132]

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

V případě zaměstnaneckého poměru odvádí zaměstnavatel na zdravotní pojištění 13,5 % z vyměřovacího základu, z toho 1/3 hradí zaměstnanec a 2/3 zaměstnavatel. Bližší rozdělení je uvedeno v následující tabulce, ve které je uvedeno i sociální pojištění, pod které spadá nemocenské pojištění, důchodové pojištění a státní politika zaměstnanosti.

Tab. č. 3: Přehled sazeb pojištění

Druh pojištění	Zaměstnavatel	Zaměstnanec
<i>Pojistné na sociální zabezpečení</i>		
Nemocenské pojištění	2,3 %	0 %
Důchodové pojištění	21,5 %	6,5 %
Státní pol. zaměstnanosti	1,2 %	0 %
Celkem	25 %	6,5 %
<i>Pojistné na zdravotní pojištění</i>		
Celkem	9 %	4,5 %

Zdroj: vlastní zpracování, 2015

OSVČ odvádí na pojistném na sociální zabezpečení 29,2 % z vyměřovacího základu. Sazba zdravotního pojištění pro OSVČ činí 13,5 % z vyměřovacího základu. V roce 2015 došlo ke změně minimální měsíční zálohy. V roce 2014 činila měsíční záloha 1.752 Kč. V letošním roce je minimální měsíční záloha 1.797 Kč. [38]

Zdravotní pojištění v České republice není součástí žádného jiného sociálního pojištění, je postavené pouze na základě smluvní dohody mezi občanem ČR a jím zvolenou zdravotní pojišťovnou.

Zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění

Na území České republiky jsou poskytovány zdravotní služby převážně na základě povinného veřejného zdravotního pojištění. Dle ministerstva zdravotnictví se jedná o tyto služby: [53]

1. zdravotní péči preventivní, dispenzární, diagnostickou, léčebnou, léčebně rehabilitační, lázeňskou léčebně rehabilitační, posudkovou, ošetrovatelskou, paliativní (péče o umírající, která má zajistit léčbu a péči adekvátní stavu, která je nezatíží a umožní jim žít kvalitně a důstojně až do konce života) a zdravotní péči o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách,
2. poskytování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,
3. přepravu pojištěnců a náhradu cestovních nákladů,

4. odběr krve a odběr tkání, buněk a orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření),
5. přepravu žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
6. přepravu zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
7. přepravu odebraných tkání, buněk a orgánů,
8. prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu včetně přepravy,
9. pobyt průvodce pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče,
10. zdravotní péči související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem; tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušný poskytovatel.

Hrazené zdravotní služby jsou poskytnuty pojištěnci v zařízení poskytovatelů zdravotních služeb. Důležitá je v tomto i smlouva se zdravotní pojišťovnou, aby mohla být zdravotní služba hrazena. Výjimkou jsou lékárny, jelikož občan může využít kterékoliv lékárny bez ohledu na existenci smluvního vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně pojištěnce. V době, kdy je občan hospitalizován v nemocnici, nehradí žádné zdravotní prostředky ani léčiva, protože ty jsou po dobu hospitalizace hrazeny plně zdravotní pojišťovnou.

Soukromé zdravotní pojištění

Soukromé zdravotní pojištění závisí na dobrovolném rozhodnutí občana. Toto pojištění je určeno ke krytí zdravotní péče přesahující rámec péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Je schopno lépe reagovat na nečekané zdravotní komplikace či úrazy. Řeší především finanční stránku občana. Smyslem soukromého zdravotního pojištění je ochrana pojištěného před ztrátou důsledkem úrazů či nemocí.

Soukromé zdravotní pojištění nezáleží na velikosti příjmu pojištěnce, ale je stanoveno nejvyšší částkou jako výsledek smluvního vztahu. Vzhledem k současné situaci na trhu si ale soukromé pojištění sjednávají spíše lidé s vysokými příjmy či podnikatelé.

Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny začaly vznikat po roce 1992, kdy proběhla reforma zdravotnictví a kdy byl zaveden nový systém financování zdravotní péče. V této době přechází tedy hrazení zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění na zdravotní pojišťovny a stát pouze dohlíží na úkony zdravotních pojišťoven.

Všeobecná zdravotní pojišťovna je největší zdravotní pojišťovnou v České republice. Existuje od roku 1992 a dlouhodobě patří k základům systému zdravotnictví v ČR. [29] Jak již bylo zmíněno, všeobecná zdravotní pojišťovna se řídí zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR provádí veřejné zdravotní pojištění v souladu s platnými právními předpisy. Je právnickou osobou a nese odpovědnost z vyplývajících vztahů. Zároveň vede registr pojištěnců veřejného zdravotního pojištění a je správcem zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění. [29]

Ústředí, regionální pobočky a klientská pracoviště tvoří její organizační strukturu. V čele VZP ČR stojí ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, kterého jmenuje a odvolává správní rada VZP ČR. Správní rada, dozorčí rada, výbor pro audit a rozhodčí orgán jsou orgány Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky.

Všeobecná zdravotní pojišťovna má asi 6 miliónů klientů. Je členem Evropské sítě boje proti podvodům a korupci ve zdravotnictví (EHFCN) a Mezinárodní asociace vzájemných pojišťoven (AIM). [29]

Od roku 1994 se počet zdravotních pojišťoven výrazně ztenčil. Koncem 20. století existovalo téměř 30 zdravotních pojišťoven. V současné době existuje 7 zdravotních pojišťoven. Přehled pojišťoven je uveden v tabulce níže. [57] Pojišťovny používají mimo názvu k označení i číselný kód.

Tab. č. 4: **Přehled zdravotních pojišťoven v České republice**

Číselný kód	Název pojišťovny	Zkratka
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	VZP ČR
201	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	VoZP ČR
205	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	ČPZP
207	Oborová zdr. pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	OZP
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	ZPŠ
211	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	ZPMV ČR
213	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	RBP

Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů MZČR, 2015

Veřejné rozpočty

Veřejné rozpočty se dělí na státní a místní, které mají na starosti kraje.

Stát hradí zdravotní pojištění ze státního rozpočtu těmito lidem:

- lidé v invalidním důchodu,
- lidé ve starobním důchodu,
- děti a studenti,
- osoby bezmocné a osoby o ně pečující,
- osoby ve výkonu trestu,
- osoby se zdravotním postižením,
- osoby na rodičovské dovolené,
- osoby nezaměstnané, atd..

Kromě toho, že veřejné rozpočty jsou jedním ze zdrojů financování zdravotnictví, je jejich úkolem získat prostředky na vědu a výzkum ve zdravotnictví nebo vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Přímé platby domácností

Jedná se jen o malý okruh úkonů, za které si občané připlácí. Jde např. o zákroky plastických chirurgů, některé platby u zubních lékařů či přerušené těhotenství. Mezi přímé platby od občanů se řadí i doplatky za léky, výdaje za nadstandardní péči (např. nadstandardní pokoj v nemocnici), platby za různá potvrzení či regulační poplatky. [3, s. 267]

Regulační poplatky

Regulační poplatky ve zdravotnictví byly zavedeny od ledna 2008. Jejich úkolem bylo zamezit plýtvání a zneužívání zdravotních služeb. Povinnost hradit regulační poplatky mají všichni účastníci veřejného zdravotního pojištění (nebo jejich zákonní zástupci).

Ještě v minulém roce existovaly 3 základní typy regulačních poplatků, a to: [50]

1. 30 Kč za návštěvu u lékaře,
2. 30 Kč za výdej léků na předpis,
3. 90 Kč za návštěvu pohotovosti.

Od 1. ledna 2015 začal platit zákon č. 256/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. Tato novela zákona ruší 30-ti korunové regulační poplatky za návštěvu u lékaře a 30-ti korunový regulační poplatek za recept.

Nyní je pojištěnec, anebo za něj zákonný zástupce, povinen hradit pouze regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití pohotovosti.

Výše regulačního poplatku je stanovena na 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubního lékařství v pracovní dny v době od 17 do 7 hodin a v sobotu, neděli a ve svátek, není-li tato doba pravidelnou ordinační dobou poskytovatele zajišťujícího pohotovostní službu. Tento regulační poplatek se neplatí, pokud dojde k následnému přijetí pojištěnce do lůžkové péče. [58]

5 Zdravotnictví v USA

Spojené státy americké patří mezi malé množství vysoce vyspělých zemí, které ovšem nemají zaveden systém všeobecného zdravotního pojištění. Současný zdravotní systém v USA je zapříčiněn mnoha faktory, jako jsou např. kulturní tradice, ekonomická situace, sociální faktory nebo vládní a politické uspořádání. Systém zdravotnictví v USA je složen ze soukromého pojištění, veřejného pojištění, ale i obyvatel, kteří nejsou pojištěni vůbec či jen v malé míře. Podle posledních průzkumů OECD se počet nepojištěných občanů USA pohybuje kolem 50 miliónů. Systém jako takový není řízen jedinou filozofií. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, zdravotnický systém v USA patří do tzv. tržního systému, což znamená, že zdravotní péče není garantována státem. Podíl HDP na zdravotnictví se pohybuje kolem 18 %. [23]

5.1 Zdravotní péče

Zdravotní péče ve Spojených státech amerických je v soukromém i veřejném sektoru považována za vysoce kvalitní, i když systém zdravotnictví není bezproblémový. Zdravotní systém je specializovaný na neobvyklá onemocnění a přiklání se spíše k terciární zdravotní péči. Jen díky tomu, jak je zdravotní péče v USA nastavena, se odhaduje počet úmrtí na 101 tisíc lidí ročně. Tato krize přetrvává navzdory právům ochrany zdraví, rekordní úrovni výdajů na zdravotní péči a opakovaných reformách zdravotnictví. Krize zdravotní péče v USA postihuje především znevýhodněné skupiny lidí a komunity, jako jsou lidé, kteří žijí v chudobě, Afroameričany a přistěhovalce. Dá se říci, že sociální faktory, jako je rasa obyvatel, příjmy a životní prostředí mohou výrazně ovlivnit zdraví občanů a jejich přístup ke kvalitní péči. Ovšem překážky přístupu k péči, jako jsou vysoké náklady a nedostatek poskytovatelů primární péče, má vliv na všechny občany, včetně těch lidí, kterým hradí pojištění zaměstnavatel. [19]

5.1.1 Druhy zdravotní péče

Ve Spojených státech amerických se stejně jako u nás dělí zdravotní péče na 3 základní stupně:

1. Primární zdravotní péče – do této kategorie spadá ošetření běžných nemocí, jako např. chřipka či běžné očkování. Většina lékařů pracuje ve svých soukromých

ordinacích, ale mají i uzavřené smlouvy s nemocnicemi, kam posílají své pacienty, pokud je to potřeba.

2. Sekundární zdravotní péče – zde jsou zastoupeny zranění a nemoci, které potřebují větší odbornost při ošetření, a pacient může po ošetření zůstat v nemocnici na lůžku. Takovýmto případem je například operace slepého střeva.
3. Terciární zdravotní péče – zde se jedná převážně o dlouhodobé léčení nemocí či vrozené genetické vady. Příkladem dlouhodobého léčení je rakovina.

5.1.2 Financování zdravotní péče

Jak již bylo řečeno, USA je na prvním místě ohledně výdajů na zdravotnictví. Finanční prostředky na zdravotnictví jsou hrazeny z veřejných rozpočtů, soukromého pojištění nebo individuálních plateb občanů.

Veřejné rozpočty

I přesto, že v Americe stále převládá soukromé pojištění, mnoho občanů má zdravotní pojištění hrazeno z veřejných rozpočtů. Jedná se o financování pomocí veřejných programů Medicare a Medicaid a ostatních, které budou podrobněji rozebrány v další kapitole. Spadají sem ovšem i obyvatelé, kteří pojištění vůbec nejsou nebo si pojištění dovolit nemohou.

Soukromé pojištění

Existují dva druhy soukromého pojištění. Jedná se o soukromé pojištění individuální nebo soukromé pojištění poskytnuté zaměstnavatelem. V individuálním zdravotním pojištění se jedná o hrazení zdravotní péče z předem skládaných měsíčních poplatků, které klient pravidelně odvádí zdravotní pojišťovně v průběhu celého roku. Zdravotní pojištění poskytované zaměstnavatelem znamená to, že se zaměstnavatel plně nebo z části podílí na soukromém pojištění zaměstnance, ze kterého je v případě potřeby hrazena zdravotní péče.

Přímé platby od pacientů

V praxi to vypadá tak, že pacient je ošetřen a je mu hned po ošetření vystaven doklad, který musí do určitého data splatnosti zaplatit. Částky za takto provedené zdravotní ošetření jsou velmi vysoké, proto se běžně stává, že se lidé dostanou do finančních potíží, právě díky zdravotnímu ošetření.

Hrazení zdravotní péče lékařům a zdravotnickým zařízením

Nejčastějším způsobem, jak jsou odměňováni ambulantní lékaři za vykonanou zdravotní péči, jsou platby za výkony. Lékaři mají podepsané kontrakty s několika nemocnicemi, proto nepracují jen ve svých soukromých ordinacích.

Nemocnice jsou financovány za poskytnutou zdravotní péči jak ze stran soukromých pojišťoven, tak z veřejných rozpočtů, tak z přímých plateb od pacientů. Metody úhrad nákladů jsou různé: retrospektivní úhrada nákladů, platby za služby, prospektivní platby za diagnosticky příbuzné skupiny případů atd. Díky snaze o snížení nákladů na zdravotní péči, vznikly organizace řízené péče, které budou popsány dále.

5.1.3 Programy zdravotní péče

V následující kapitole jsou více rozebrány programy zdravotní péče, které se vyskytují ve spojených státech. Jedná se o programy veřejného sektoru, soukromého sektoru a ostatní programy. Na zdravotních programech se přímo podílí federální či státní vláda.

Zdravotní programy ve veřejném sektoru

Ve veřejném sektoru jsou dominantní dva zdravotní programy, a to: Medicare a Medicaid. Oba tyto programy byly vytvořeny v roce 1965 pod taktovkou předsednictví Lyndon Johnson a řízeny federálním oddělením Health and Human Services (HHS). Medicare je veřejný zdravotní program, který slouží především Američanům ve věku nad 65 let, zatímco Medicaid je spojení federálního a státního programu určeného především k financování zdravotní péče pro chudé občany. Dohromady se oba programy starají přibližně o 87 miliónů Američanů. [21]

Medicare

V posledních letech bylo zaznamenáno přibližně 42 miliónů občanů, kteří spadají do programu Medicare. Celkové náklady na program činí kolem 530 miliard dolarů. Tyto náklady jsou hrazeny daní ze mzdy, veřejných příjmů a příspěvků na sociální zabezpečení. Většina obyvatel, která spadá do Medicare platí program prostřednictvím daní ze mzdy během jejich aktivních pracovních let, což je následně opravňuje program využívat, když dosáhnou věkové hranice 65 let. Jedná se o tzv. Medicare A. Když občan dosáhne 65 let, může si pořídit navíc Medicare části B, tzv. přípojištění. Tato část

je ovšem hrazena měsíční částkou ve výši kolem 100 dolarů. Existuje i Medicap C a D, což je politika, která se zabývá zdravotní péčí, která se Medicare A a B netýká. Medicare C byl přidán do programu v roce 1997, původně zavedený jako Medicare +. Jeho prostřednictvím je možné čerpat i ze soukromého pojištění. Medicare D začal fungovat v roce 2003 a zabývá se krytím nákladů na léky.

Program Medicare vlastní dva hlavní účty, které spravují finanční prostředky. První účet se nazývá „*the Hospital Insurance Trust Fund*“, ze kterého je placena část A a „*the Supplementary Medical Insurance Trust Fund*“ zabezpečující část B a poměrnou část části D.

Zákon, který začal platit v roce 2010 a zabývá se cenově dostupnou zdravotní péčí, tzv. *The Affordable Care Act (ACA)*, má za úkol zlepšit dlouhodobou finanční situaci ve zdravotnictví tím, že odstraní neefektivní zacházení s programy a zajistí, aby sazby plateb ve zdravotnictví rostly velmi pomalu. [21]

Medicaid

Program Medicaid je určen především k zabezpečení zdravotní péče osobám s nízkými příjmy a s nedostatkem prostředků. Od roku 2010, kdy začal platit zákon „ACA“, se do této kategorie zahrnují všichni Američani mladší 65 let, kteří jsou na hranici chudoby. V roce 2009 činily náklady přes 366 biliónů dolarů, rozděleny mezi federální platby, které činily 243 biliónů dolarů a státní platby čítající 123 biliónů dolarů.

Existují velké rozdíly v tom, kdo má nárok na program Medicaid, na jaké zdravotní služby se vztahuje, jaké množství lékařů a nemocnic bude hrazeno z programu, jelikož Medicaid si řídí jednotlivé státy samostatně.

Obyvatelé, kteří spadají do programu Medicaid mají přístup k velkému množství zdravotnických služeb a mají nárok na zdravotní služby prostřednictvím stejných veřejných a soukromých nemocnic, které slouží široké veřejnosti. Bohužel dochází k tomu, že jsou pacienti většinou přesunuti do veřejných zařízení, jelikož výše plateb za poskytnutí péče je velmi nízká a většina nemocnic není ochotná služby poskytnout. [21]

Veterans Health Administration (VHA) a ostatní federální zdravotní programy

I přesto, že Medicare a Medicaid jsou dva hlavní programy ve veřejném sektoru, existují i jiné programy. Jedním takovým je program Tricare, což je program řízený americkým ministerstvem obrany, která poskytuje tento program pro americké vojáky z povolání a jejich rodiny. Veterans Health Administration (VHA) probíhá centrálně a všechny nemocnice dohlížejí na vojáky z povolání a jejich rodiny. Dle průzkumů zaměřených na spotřebitele zdravotní péče v USA je s tímto programem spokojeno 85% obyvatelstva.

Nicméně v roce 1990 musel program projít rozsáhlou reformou, poté co utrpěl špatnou pověstí a nyní je předváděn jako zářný příklad úspěšné reformy ve špatném zdravotním systému.

Mezi hlavní body reformy patřilo např.: [21]

- zlepšení dříve složité struktury,
- posílení primární péče a zvýšení finančních prostředků právě na primární péči,
- rozšíření programu na všechny veterány a jejich rodiny a ne jen pouze na rodiny s nízkými příjmy (i když později se tento bod opět zrušil, díky velké poptávce),
- nižší náklady na léky,
- zavedení systému elektronických zdravotních záznamů, která obsahují všechny zásadní informace o pacientovi, pomohlo to převážně lékařům k rychlejšímu zjištění o stavu pacienta, aby se zabránilo opakovanému vyšetřování a testování pacienta, které bylo předtím nutno pravidelně opakovat díky nedostatečné evidenci o stavu pacienta.

Jako další může být jmenován program The Indian Health Service (IHS). Tento program je často kritizován kvůli nízkým finančním prostředkům a špatným službám, a proto stále potřebuje reformu. The Federal Employees Health Benefits Program (FEHBP) působí pro vládní úředníky a je velmi uznávaný. [21]

Zdravotní programy pro komunity

Tato zdravotnická střediska jsou založená jako nezisková zařízení, která poskytují kvalitní a cenově dostupnou komplexní primární a preventivní péči pro pacienty, kteří

nejsou pojištěni. V roce 2009 bylo v těchto centrech ošetřeno asi 19 miliónů obyvatel. Tyto služby jsou velice důležité a nejen pro občany bez pojištění, ale i pro samotnou Ameriku, jelikož bylo zjištěno, že tato střediska ušetří rozpočtu Ameriky přibližně 24 miliónů dolarů ročně. I prezident Barack Obama projevil uznání těmto centrům a v rámci reformy zdravotnictví se zaměřil na zvýšení počtu těchto center. Dokonce byla vyčleněna částka 2 milióny dolarů na investice do těchto zdravotnických středisek z programu „*the American Recovery and Reinvestment Act (2009)*“. [21]

Zdravotní programy v soukromém sektoru

Poslední výsledky z roku 2012 ukazují, že 52 % populace ve Spojených státech amerických je pojištěno prostřednictvím soukromého pojištění a 48 % obyvatel je pojištěno na základě veřejného pojištění. Z tohoto výsledku plyne, že v Americe stále převládá soukromé pojištění. Je ovšem zřejmé, že soukromé pojištění oproti pojištění veřejnému stále více klesá. V roce 2000 se soukromé pojištění pohybovalo kolem 72 %.

Většina soukromně pojištěných občanů jsou pojištěni jako skupina zaměstnanců určitých podniků prostřednictvím svého zaměstnavatele. Tyto podniky zajišťují zdravotní pojištění pro své zaměstnance a jejich rodiny. Soukromé pojištění v Americe poskytuje přibližně tisíc pojišťoven po celé zemi. Pojišťovací plány, které pojišťovny nabízejí, jsou pro běžného občana ovšem velmi složité. Pro tento případ existují společnosti, které se zabývají poradenskou a konzultační činností v otázkách zdravotního pojištění, bohužel ani tyto služby nejsou zdarma a občan si za radu ohledně zdravotního pojištění musí připlatit.

Ve Spojených státech amerických existují tři hlavní pojišťovací modely: [21]

1. **Health Maintenance Organizations (HMOs)** – jedná se o jeden z typů soukromého pojištění, které prostřednictvím vlastních nemocnic a lékařů zastává funkci poskytovatele zdravotnických služeb. Zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny se sdružují do HMOs, což je organizační řízená péče, která představuje integraci zdravotnických služeb při zachování jejich soukromého charakteru. HMOs poskytují zdravotní péči jen těm občanům, kteří se u nich zaváží smlouvou a zaváží se, že budou čerpat zdravotní péči pouze od poskytovatelů péče HMOs. Výhodou je nižší sazba pojistného než mají jiné

zdravotní pojišťovny. Cílem HMOs je úspora nákladů, tím, že podporují prevenci a mají účelnější administrativu. Každý HMO program poskytne klientovi seznam všech lékařů a nemocnic, které jsou součástí jejich plánu, a pouze tam bude pacientovi poskytnuta zdravotní péči v rámci pojištění. Existuje několik typů HMOs – skupinový model (v ambulantní sféře), network model (skupina lékařů), síťový model (specialisté), zaměstnanecký model (programy pro podniky) a medicare HMO (pro klienty starší 65 let). V roce 2010 bylo v tomto modelu evidováno asi 66 miliónů obyvatel.

2. **Preferred Provider Organizations (PPOs)** – i v tomto programu mají občané možnost volby pouze z omezeného počtu lékařů a nemocnic. Když si pacient vybere některého z těchto lékařů, jeho náklady na zdravotní péči jsou nulové. Každý pojištěnec dostane kartu, kterou se prokazuje u lékaře. PPOs jsou vlastně sítě lékařů a nemocnic, které přistoupily k léčbě účastníků v těchto programech založených na předem sjednaných smluv. Cílem je snížení poplatků. V tomto programu je evidováno asi 53 miliónů občanů.
3. **Point of Service (POS)** – zde pojišťovny proplácí účty spojené s léčbou. Při využívání tohoto programu platí klient pouze část účtů za zdravotní péči. Pacient musí nejdříve vypsát speciální formulář a poslat ho na svoji pojišťovnu. Nejdůležitější v tomto pojištění je to, aby si pacient schoval svoje účty za zdravotní péči, protože jen díky těmto účtům mu pak mohou být náklady za zdravotní péči proplaceny.

Zdravotní pojištění poskytované zaměstnavateli

Zdravotní pojištění, které poskytují zaměstnavatelé, mělo boom po druhé světové válce, jelikož se zaměstnavatelé snažili přilákat zaměstnance do svých podniků. Zaměstnanci se podílejí na hrazení zdravotního pojištění tím, že je jim část stržena z platu. Někteří zaměstnavatelé nechtějí po zaměstnancích, aby se podíleli na hrazení zdravotního pojištění, na druhou stranu, existují i takoví zaměstnavatelé, kteří po zaměstnanci chtějí, aby se podílel i polovinou nebo více. Tato forma je stále dominantní nástrojem, jehož prostřednictvím má většina Američanů zdravotní pojištění. V roce 2010 se jednalo zhruba o 55,3 % Američanů, kteří jsou pojištěni prostřednictvím svých zaměstnavatelů.

[21]

Občané bez zdravotního pojištění

V současné době se počet obyvatel, kteří nevlastní zdravotní pojištění, pohybuje kolem 50 milionů. Mezi tyto občany patří lidé, kteří si prostě nemohou dovolit zdravotní pojištění, jelikož potřebují peníze na věci, které jsou pro ně více zásadní, jako např. jídlo, bydlení, doprava a další nezbytné věci. Ovšem neznamená to, že když člověk není pojištěný, že se mu nedostane zdravotní péče. Každá nemocnice ve Spojených státech, která přijímá pacienty z programů Medicare či Medicaid je ze zákona povinna poskytnout lékařskou péči a stabilizovat každého pacienta, který má určitý zdravotní problém a není schopen zaplatit účet. Nemocnice dostávají na tyto situace podíl od federální vlády. Nicméně existuje mnoho lidí, které toho zneužívají. Nechají svoji nemoc dojít až do vysoké stádia a pak teprve jdou do nemocnic na ošetření. Právě díky těmto situacím jsou náklady na zdravotnictví v USA tak vysoké. [21]

5.2 Reforma zdravotnictví v USA: the Obama Administration

Když prezident Obama nastupoval v roce 2008 do prezidentského křesla, jedním z jeho slibů byla právě reforma zdravotnictví, jelikož náklady na zdravotní péči se v posledních deseti letech až zdvojnásobily pro běžnou americkou rodinu. Původní Obamův reformní plán předpokládá změnu pojištění v tom, kdy by si lidé mohli vybrat mezi vládním schématem pojištění nebo soukromým pojištěním. V praxi to bude znamenat, že vláda bude dohlížet na trh s pojištěním. Obama také rozšířil vládní finanční prostředky na program Medicaid a poskytl dotace pro ty, kteří do programu nespádají a bohužel si nemohou dovolit soukromé pojištění. Zákon pod názvem „Patient Protection and Affordable Act“ začal působit v roce 2010.

Hlavními body reformy zdravotnictví jsou: [21]

- Reforma bude stát 1,1 trilionu dolarů v průběhu příštích 10 let, ovšem v okamžiku zavedení sníží deficit o 143 miliard dolarů, tyto náklady budou kompenzovány zavedením vyšších daní ze mzdy, vyšších poplatků za léky na předpis a nižšími platbami nemocnicím.
- Reforma přinese finanční pokrytí pro 32 milionů nepojištěných Američanů v současné době tím, že se rozšíří program Medicaid. Tímto opatřením by se měl do roku 2019 zvýšit počet pojištěných osob v Americe na 94 %.

- Mladí lidé mohou být pojištěni prostřednictvím svých rodičů, dokud nedosáhnou 26. roku. Před zavedením bylo toto možné jen do 19 let, nebo pokud dotyčné osoby nedokončili vysokou školu.
- Pojišťovny nesmí utrácet více než 15 – 20 % svých finančních prostředků na správu, marketing nebo zisky a zbytek se musí použít na pojistná plnění a zlepšení kvality zdravotní péče.
- Osoby s nízkými příjmy si budou moci zažádat o dotaci, aby si mohli dovolit zdravotní pojištění. Stejně tak budou moci učinit i malé a střední podniky, aby bylo zajištěno, že zaměstnavatelé, budou moci poskytnout pojištění pro své zaměstnance. Naopak zaměstnavatelům, kteří mají 50 či více zaměstnanců, bude hrozit pokuta, pokud svým zaměstnancům pojištění neposkytnou.
- Od roku 2014 platí, že pokud se na ně nevztahuje program Medicare nebo Medicaid, musí být pojištěni nebo dostanou pokutu ve výši 695 dolarů ročně či 2,5 % z jejich příjmu.
- Zákon má za cíl zefektivnit americký systém zdravotnictví a snížit náklady tím, že bude podporovat preventivní péči a elektronické dokumenty.

Tento zákon by měl být zaveden v plné míře až v lednu 2020. I přesto, že reforma zdravotnictví v USA byla potřebná, má své nevýhody. Mezi první nevýhodu patří, že i když se rozšíří finanční pokrytí, nebude dosahovat takových výsledků jako v jiných vyspělých zemích. Dalším problémem je, že se nedosáhne kontroly vynaložených nákladů, čehož se obává i Theodore Marmor, ekonom na univerzitě v Yalu. [21]

5.3 Zdravotnictví v USA a ochrana práva na zdraví

System zdravotnictví ve Spojených státech způsobil krizi v oblasti lidských práv. Tento systém připravuje velký počet lidí o zdravotní péči, kterou potřebují. Největší problém je v tom, že 50 miliónů občanů nemá zdravotní pojištění. Tato krize přetrvává navzdory ochrany práv na zdraví a opakovaných reforem zdravotnictví. [19]

Zdravotní výsledky USA: [19]

- vyšší míra dětské úmrtnosti než v jiných vyspělých zemí,
- nejvyšší míra úmrtnosti matek,

- každý rok zemře asi 45 tisíc lidí, jen proto, že nemají zdravotní pojištění.

Bariéry působící na zdravotní péči: [19]

- 50 miliónů občanů nemá zdravotní pojištění, více než polovina jsou Afroameričané,
- téměř 25 miliónů lidí, kteří jsou pojištěni, se musí vzdát péče kvůli vysoké spoluúčasti na zdravotní péči,
- 700 tisíc rodin zkrachují každý rok jen proto, že se snaží zaplatit za svou zdravotní péči, i přesto, že $\frac{3}{4}$ z nich jsou pojištěni,
- v USA je méně lékařů a zdravotních sester než v ostatních vyspělých státech,
- nemocnice a lékaři se nacházejí převážně v bohatších oblastech a tam, kde jsou nemocnice nejvíce potřeba, jsou obvykle zavřené,
- během příštích 15 let bude nedostatek lékařů primární péče až na počtu 44 tisíc.

Rozdíly v přístupu ke zdravotní péči: [19]

- kvalita péče u Afroameričanů je nižší, hlavně při léčbě rakoviny, infarktu nebo zápalu plic,
- zatímco přistěhovalci jsou zdravější než průměrný občan, když se přistěhují do Spojených států, jejich zdravotní stav se zhoršuje, pokud zůstanou déle v zemi,
- ženy se častěji vzdávají potřebné zdravotní péče v důsledku nákladů spojených se zdravotní péčí.

5.4 Fungování zdravotnického systému v USA v mezinárodním pohledu

Průzkum, jak si stojí dané státy ve zdravotnictví, provedla v roce 2014 soukromá nadace s názvem The Commonwealth Fund, která si klade za cíl podporu vysoké výkonnosti systému zdravotní péče, lepší přístup zdravotní péče, lepší kvalitu a větší efektivitu, zejména o občany nejvíce zranitelné, včetně osob s nízkými příjmy, nepojištěné občany, malé děti a seniory.

Nadace podporuje nezávislý výzkum v otázkách zdravotní péče a poskytuje granty pro zlepšení praxe a zdravotní politiky. Mezinárodní program je navržen tak, aby podněcoval inovativní politiku a zlepšení ve Spojených státech a jiných průmyslově vyspělých zemí. [30]

Zdravotnický systém ve Spojených státech je stále nejdražší na světě a USA zaostává ve srovnání s jinými vyspělými zeměmi. Mezi 11 státy, na kterých se provedl průzkum, se USA umístila na posledním místě, stejně jako v letech 2010, 2007, 2006 a 2004. Mezi srovnávanými státy byla Austrálie, Kanada, Francie, Německo, Nizozemí, Nový Zéland, Norsko, Švédsko, Švýcarsko, Velká Británie a USA. V loňském roce se v průzkumu na prvním místě umístila Velká Británie a na druhém místě Švýcarsko. [39]

Mezi hlavní kritéria porovnání patřilo – kvalita efektivnosti péče, kvalita bezpečnosti péče, kvalita koordinace péče, kvalita péče o pacienty, přístup k nákladům, přístup k preventivní péči, účinnost zdravotní péče, spravedlnost v přístupu ke zdravotní péči, zdraví občanů a výdaje na zdravotnictví.

Spojené státy se umístily na posledním místě v otázkách přístupu k nákladům, účinnosti zdravotní péče, spravedlnosti v přístupu ke zdravotní péči, zdraví občanů a celkových výdajích na zdravotnictví. Díky tomuto hodnocení se dostaly až na poslední místo v celkovém hodnocení. Ovšem i v ostatních bodech si USA nevedlo moc dobře. [39] Celková tabulka hodnocení států je uvedena v příloze A.

Velkým rozdílem mezi USA a ostatními státy je absence všeobecného zdravotního pojištění. Ostatní státy zajišťují péči prostřednictvím univerzálních systémů zdravotnictví a prostřednictvím lepších vazeb mezi pacienty a jejich lékaři. Výhodou pro ostatní státy je fakt, že již používají kvalitní informační technologii ve zdravotnictví a elektronickou dokumentaci o stavu pacientů. USA na tento způsob teprve najíždí. Právě toto zlepšení v oblasti zdravotních informačních technologií by mělo posílit schopnost lékařů určit, monitorovat a koordinovat péči o své pacienty, zejména o ty s chronickými chorobami. Pacienti v USA mají rychlý a kvalitní přístup ke specializované zdravotní péči, ovšem zaostávají v otázkách primární péče.

Mnoho amerických nemocnic a zdravotnických zařízení jsou připraveny ke zlepšení procesu zdravotní péče, jak v dosažení lepší bezpečnosti, tak kvality zdravotní péče. Spojené státy by se měly dozvědět více z inovací v jiných zemích, včetně informování veřejnosti o kvalitě dat, platebních systémů, které odměňují kvalitní péči anebo

o týmovém přístupu k řešení chronických onemocnění. Na základě zlepšení technologie a přijetí reformy zdravotnictví mají Spojené státy možnost zlepšit koordinaci a spravedlnost ve zdravotním systému během příštích let. [39]

6 Zdravotnictví ve Švédsku

Jak již bylo zmíněno v teoretické části, Švédsko má zdravotnictví postaveno na základech Beveridgeova modelu zdravotnického systému, stejně jako v ostatních severských zemích či ve Velké Británii. Zdravotní péče je financována prostřednictvím státu a je dostupná pro všechny občany. Ve Švédsku závisí financování a poskytování zdravotní péče na krajské a obecní úrovni. Obhájci tohoto zdravotního systému tvrdí, že vedení a řízení systému v bližší vzdálenosti od uživatelů, vytváří větší vnímavost a odpovědnost, čímž stoupá kvalita služeb a ochota platit za kvalitní zdravotnictví.

Rozdíl mezi Švédskem a ostatními severskými státy i Velkou Británií je ten, že Švédsko v posledních letech více rozšířilo působení soukromých nemocnic, i když tyto nemocnice zůstávají financovány státem a přístupné všem obyvatelům.

Hlavní rysy švédského systému zdravotnictví: [20]

- ✓ zdravotní péče je veřejná, financována státem,
- ✓ zdravotní péče je vysoce kvalitní a nákladově efektivní,
- ✓ odpovědnost za financování a poskytování spadá do krajské a obecní úrovně.

Švédsko se řídí třemi principy, které jsou pro zdravotnictví důležité. Prvním z nich je princip lidské důstojnosti. Tento princip znamená, že všichni občané mají nárok na stejnou zdravotní péči bez ohledu na to, odkud pocházejí. Druhým principem je princip potřeby a solidarity, který znamená, že přednost na zdravotní péči má ten, kdo jí nejvíce potřebuje. Třetí princip je princip nákladové efektivity, což znamená, že vždycky, když se rozhoduje mezi různými volbami zdravotní péče, měla by pokaždé existovat vazba mezi náklady na péči a její efektivitou tak, aby bylo zřejmé zlepšení zdraví pacienta a pozitivní dopad na kvalitu jeho života. [20]

6.1 Vznik a základní struktura zdravotnictví

Švédsko jako první stát založil široký přístup ke zdravotní péči. Převážně se tak stalo po roce 1946, kdy Hanssonova vláda zřídila systém, ve kterém byli všichni pracující Švédové pojištěni, s názvem „National Health Insurance Act“. Ovšem stále nebyli pojištěni všichni a náklady na zdravotní péči byly vysoké pro některé občany, proto

vznikly v roce 1969 další reformy zdravotnictví. V rámci reformy došlo ke změně v roce 1970 v tom, že kraje a obce měly na starost poskytování primární péče pro své občany. V tomto roce platili pacienti za návštěvu lékaře v nemocnici 7 SEK.

6.1.1 Struktura zdravotního systému

Zdravotní systém ve Švédsku je řízen na třech základních úrovních. Jedná se o úroveň národní, okresní a samosprávné územní celky.

Národní úroveň

V národní úrovni je nejdůležitější Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí, které dohlíží na národní normy a ujišťuje se, že všichni pracují v souladu se zákonem. Vedle Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí existuje ještě několik národních agentur, které pracují společně s ministerstvem. Tyto agentury pomáhají udržovat národní standardy, které jsou důležité pro místní rovnováhu ve švédském systému zdravotnictví.

Národními agenturami, které pomáhají ministerstvu, jsou: [20]

- *Národní rada pro zdraví a dobré životní podmínky (Socialstyrelsen)* – tato agentura funguje jako dohled nad okresy. Má funkci poradní a dozorčí. Hlavním úkolem je dohlížet, aby vše fungovalo podle zákonů a cílů nastavených vládou. Také publikuje statistické údaje o zdravotní a sociální péči. Některé funkce této agentury byly převedeny do nového úřadu vytvořeného v červnu 2013 s názvem „Inspektorát zdravotní a sociální péče“.
- *Rada pro lékařskou odpovědnost (HSAN)* – jejím úkolem je vyšetřování stížností týkajících se zdravotní péče nebo léčby pacientů a případné porušení norem zdravotnických pracovníků. Národní rada pro zdraví a dobré životní podmínky pak může zrušit certifikaci daných zdravotnických pracovníků na základě posouzení této rady.
- *Švédská rada pro uplatňování technologie ve zdravotnictví (SBU)* – tato rada provádí recenze vědeckých údajů a poskytuje informace, jak se správně rozhodovat. Jejím cílem je identifikace nejlepších metod léčby pro pacienty a co nejefektivnější využití zdrojů.
- *Agentura pro výrobu léčiv (MPA)* – tato agentura je vnitrostátní orgán zodpovědný za regulaci a sledování vývoje, výroby a prodeje léků a dalších

zdravotnických výrobků. MPA také schvaluje zdravotnické výrobky, zajišťuje přístup k bezpečným a účinným výrobkům vysoké kvality a má také za úkol zajistit, aby výrobky byly použity racionálně a nákladově efektivním způsobem. MPA je financována prostřednictvím smluvních poplatků.

- *Švédská agentura pro analýzy zdravotních a pečovatelských služeb* – činností této agentury je zpracovávat zprávy o kvalitě a efektivitě činností ve veřejném i soukromém sektoru zdravotnictví. Dále také hodnotí dopady vládních reforem.
- *Švédská agentura pro sociální pojištění* – jejím úkolem je správa sociálního pojištění a zajištění, že každý, kdo má nárok, dostane dávky a příspěvky.
- *Národní institut pro veřejné zdraví (FHI)* – veřejné zdraví a pojištění je otázkou především krajů a obcí, ale přesto existuje tento institut, aby je podporoval a pomáhal jim, především v otázkách skupin lidí, které jsou nejvíce ohroženy na zdraví.

Společně s Ministerstvem zdravotnictví a sociálních věcí vymezují tyto agentury jasný národní rámec pro zdravotnictví ve Švédsku a nastavují základní jednotné standardy, které musí platit po celé zemi, aby byl zajištěn strategický přehled.

Krajská a obecní úroveň

V této úrovni existuje 21 krajů a 290 obcí, které mají na starosti každodenní řízení systému zdravotnictví a jeho financování. Nemocnice a kliniky byly v minulosti ve vlastnictví státu a většina jich stále je, i přesto, že se prohlubuje trend soukromých nemocnic. Zatímco krajské úřady mají tendenci řídit zdravotní služby, menší obce mají tendenci řešit sociální péči. V roce 1992 vznikl zákon „*The 1992 Local Government Act*“, který říká, že obce jsou odpovědné za záležitosti týkající se obyvatel obce a jejich nejbližšímu okolí. Zdravotní péče a její organizace se odráží i v komunálních volbách, které se konají vždy v září jednou za 4 roky. Poslední takové volby proběhly 14. září 2014. Zdravotní péče bývá jeden z hlavních důvodů, proč vůbec Švédové chodí k volbám. Proto je účast ve švédských komunálních volbách poměrně vysoká.

Krajské úřady mají za úkol také regulovat trh s poskytovateli zdravotní péče a dochází k tomu pomocí smluv, protože každý, kdo poskytuje zdravotní péči, musí mít smlouvy s krajskými úřady. Ve Švédsku existuje přibližně 79 nemocnic a více než 1 200 zdravotnických center. Většina lékařů jsou zaměstnanci těchto zdravotnických

zařízení. Z tohoto důvodu si obvodní lékaři nekonkurují a jsou málo finančně zainteresováni na poskytování vysoce kvalitních služeb nebo na rozšíření objemu svých výkonů. Privátní lékaři jsou však placeni na základě odvedené práce a tudíž jsou finančně zainteresováni na zvyšování objemu své práce.

V rámci obecní úrovně je spíše postaráno o staré občany, postižené a dlouhodobě nemocné. Jedná se o krytí financování a přístupnosti pro tyto občany. V této úrovni pracuje asi 250 000 zaměstnanců.

6.2 Druhy zdravotní péče

Ve Švédsku existují dva hlavní druhy zdravotní péče. Jedná se o primární (základní) péči a sekundární (nemocniční) péči.

1. *Primární zdravotní péče* – součástí primární péče je základní zdravotní péče, která nepotřebuje hospitalizaci, a preventivní péče. Všichni lékaři v tomto druhu zdravotní péče jsou praktickými lékaři. Pacient si může zvolit poskytovatele primární zdravotní péče, ale pouze ve svém okrese. Na zdravotní péči v jiném okrese potřebuje doporučení od svého lékaře. Kromě praktických lékařů se v tomto odvětví objevují zdravotní sestry, gynekologové, fyzioterapeutové či porodní asistentky. Do primární péče patří i základní očkování. Primární péče je poskytována převážně na veřejné úrovni, ovšem existují i ordinace soukromé, jedná se zhruba o ¼ ordinací. I přesto, že je primární péče na docela dobré úrovni, je ve Švédsku nedostatek praktických lékařů.
2. *Sekundární zdravotní péče* – zde se jedná spíše o nemocniční péči, jelikož sekundární péče zahrnuje pobyt v nemocnicích. Ve Švédsku existují tři druhy nemocnic, a to: oblastní, regionální a centrální nemocnice. V oblastních nemocnicích se nachází většinou interna a chirurgie. V každé provincii se nachází centrální nemocnice, kde je možnost léčit téměř všechny choroby. Regionální nemocnice poskytují již vysoce specializovanou zdravotní péči. Veřejné nemocnice jsou lépe vybavené a nabízejí více specializovaná pracoviště. Soukromé nemocnice se soustředí na zdravotní služby, které vyžadují menší investice.

Seznam regionálních nemocnic:

- Karolinska University Hospital, Stockholm,
- Uppsala University Hospital, Uppsala,
- Norrland's University Hospital, Umea,
- Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg,
- Örebro University Hospital, Örebro,
- Skane University Hospital, Malmö and Lund,
- Linköping University Hospital, Linköping.

Vcelku lze konstatovat, že primární a sekundární péče nejsou dobře integrovány. Absence systému rodinných lékařů vede k velkému počtu posílání lidí do nemocnic. Místní a regionální instituce mají snahu přesouvat odpovědnosti u některých typů poskytovaných služeb z jedné na druhou.

6.3 Financování zdravotní péče

Financování zdravotnictví ve Švédsku je spíše lokalizováno na kraje a obce formou lokálních daní. Více než 70 % výdajů na zdravotnictví pochází z krajů a obcí. Zbytek, tedy více než 25 % výdajů je financováno ze státních grantů, dotací a poplatků. Toto rozdělení je důležité a to hned ze dvou důvodů. První z nich je vlastní kapitál krajů a obcí. A to z toho důvodu, že by vznikaly velké rozdíly v regionálním bohatství a v určitých krajích by vznikaly nadměrné služby. Granty tedy fungují jako „vyrovnávací platby“, což umožňuje širokou místní autonomii a zároveň zajištění míry přerozdělení směrem k chudším oblastem. Druhým důvodem je zajištění, aby vláda nepřišla zcela o kontrolu nad politikou zdravotnictví a aby se udržely národní normy, jelikož pouze tím, že budou lokality stále mírně závislé na národní vládě, se docílilo jisté kontroly.

Jednou z výhod výběru daní na úrovni krajů a obcí je to, že většina daní se vyčlení pro zdravotnictví. Je to proto, že na výdajích na zdravotnictví se podílí zhruba 90 % švédských krajských úřadů, takže fungují spíše jako zdravotní úřady a místní daně nemají daleko k názvu „zdravotní daně“. Další výhodou je to, že místní obyvatelé jasně

vědí, že daně budou použity právě pro daný kraj. Dle mého názoru, je to dobrý krok, protože občané mají větší víru a tedy i motivaci platit víc, když vědí, že se vybrané daně vrátí jinou formou právě jim. [20]

V únoru 2012 proběhl ve Švédsku průzkum ohledně zdravotnictví a jeho financování. Otázky byly kladeny přímo občanům. Bylo zjištěno, že 81 % Švédů odpovědělo kladně na otázku „*Byl byste ochoten zaplatit o 10 SEK na daních více (za měsíc), pokud byste věděl, že tyto peníze půjdou do lékařského výzkumu na zlepšení zdraví?*“ Většina občanů (77 %) mělo pocit, že je velmi důležité, aby si Švédsko udrželo mezinárodní náskok v lékařském výzkumu a 92 % se domnívá, že vláda bude muset více investovat do lékařského výzkumu, pokud by si chtělo Švédsko udržet takto dobře fungující zdravotní péči. Tyto výsledky ukazují, že drtivá většina Švédů, by nebyla proti zvyšování daní, v případě, že si budou vědomy, že peníze budou investovány do zdravotní péče. [20]

6.4 Zdravotní péče a mezinárodní srovnání

Švédský systém zdravotnictví byl vyhlášen jako výborný již v několika anketách se zdravotnickou tematikou. V roce 2012 se pořadím zdravotnických systémů zabývala společnost s názvem „*Health Consumer Powerhouse*“ (HCP), která nabízí kontroly skutečného stavu zdravotnictví a upozorňuje na slabé a silné aspekty zdravotní péče. V tomto hodnocení se Švédsko umístilo na krásném 6. místě z 34 evropských zemí. Švédsko má zavedený výborný individuální přístup k lékařské dokumentaci pacientů. Dalším bodem, kde Švédsko vyniká, je oblast lékáren a služeb, které lékárny poskytují. Švédský systém zabývající se lékařskými předpisy je považován za výborný. Jedná se o to, že většina vydaných receptů od lékařů, jsou odesílány do centrální e-mailové schránky a pacient poté může jít do jakékoli lékárny, kde je recept nalezen ve schránce a vydán pacientovi. Tento systém funguje od roku 2005 a představuje veřejně dostupné a snadno použitelné komplexní soubory dat o všech registrovaných a nabízených lécích. Švédsko je jedna z prvních zemí, která tento systém používá. [20]

Zdravotnický systém ve Švédsku není ale zcela bez chyb. Jako jeden z hlavních problémů švédského zdravotnického systému mohou být uvedeny čekací doby. Ve Švédsku se čeká i více než 4 týdny na schůzky se specializovanými lékaři a více než

čtyři měsíce na plánovanou operaci. V roce 2012 uvedl Dr. Arne Björnberg, bývalý ředitel fakultní nemocnice v severním Švédsku a provozní ředitel Health Consumer Powerhouse se sídlem ve Stockholmu, že se zdá obtížné napravit, i přes státní úsilí, zkrátit čekací doby. Skóre švédského zdravotnického systému, je tak taženo dolů, díky zřejmě nikdy nekončícímu příběhu přístupu k čekacím lhůtám. Švédsko by jinak bylo se svým zdravotnickým systémem na vrcholu. Björnberg také vyjádřil svůj názor, že Bismarckovské systémy zdravotnictví v průměru dosahují lepších výsledků než národy s variantami obecného zdanění na základě Beveridgeova systému. I přes mnoho silných stránek švédského systému zdravotní péče, existují tvrzení, že systém zdravotního pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven, by zlepšil přístup ke zdravotní péči a čekacím lhůtám. Je také potřeba uvést, že v letech 1946 až 1969, bylo ve Švédsku zavedeno zdravotní pojištění na základě zdravotních pojišťoven.

Mezinárodní srovnání

Švédsko bylo součástí průzkumu nadace The Commonwealth Fund, která v roce 2014 provedla analýzu 11 států v otázkách zdravotní péče, stejně jako Spojené státy americké. Oproti Spojeným státům si Švédsko nevedlo nijak špatně. Jak je možné vidět z tabulky výsledků analýzy (příloha A), Švédsko se celkově umístilo na 3. místě z 11 možných. Na výbornou se Švédsko umístilo v bodech přístup k nákladům, účinnost zdravotní péče, spravedlnost v přístupu ke zdravotní péči a zdraví občanů. Co se týče celkových výdajů na zdravotní péči, není na tom Švédsko také nijak špatně. Skončilo na 4. místě. [39] Tyto skutečnosti jen dokazují, že Švédsko má dobrý zdravotnický systém a snaží se poskytovat svým občanům, co nejlepší zdravotní péči. Ovšem najdou se i okolnosti, na které by se mělo Švédsko dle výzkumu zaměřit a zlepšit je. V otázce kvality koordinace péče skončilo Švédsko na posledním místě. Ani kvalita efektivnosti péče a kvalita bezpečnosti péče neskončila na dobrém umístění. Tyto dvě položky se nacházejí na předposledním místě. Uvedené výsledky by mohly Švédsku poskytnout informace, ve kterých oblastech, by mohli zdravotníci ještě více zlepšit. V této analýze ovšem Švédsko jednoznačně předčilo Spojené státy.

Další ukazatele kvality budou blíže rozebrány v kapitole Srovnání zdravotnických systémů.

6.5 Reforma zdravotnictví ve Švédsku

Reforma zdravotnictví ve Švédsku je zaměřena na stimulování soutěže mezi poskytovateli, vytvářením vnitřního trhu. Od roku 1990 je patrné rozšíření možnosti výběru pro spotřebitele v rámci švédského systému veřejného zdravotnictví.

Švédové mají právo zvolit si jakoukoli nemocnici, kde budou léčeni, včetně těch, které jsou v jiných krajích. Ze studie z roku 2007 bylo však zjištěno, že relativně málo pacientů se rozhodlo pro léčbu v nemocnicích v jiných krajích, pouze 5 – 8 % pacientů a ne všichni jsou příkladem „cestování“ do jiné nemocnice, neboť většina z těchto uvedených pacientů byli nuceni hledat specializovanou zdravotní péči v jiných krajích. Proto byl učiněn závěr, že svobodná volba pacienta pro výběr, je stále poměrně omezena. Jako důvody byly uvedeny – vysoká stávající spokojenost s místními poskytovateli, neochota či neschopnost (ať už fyzická nebo finanční), cestování, nedostatek informací o právu na výběr nebo nedostatek dostupných informací o rozdílech mezi poskytovateli. Asi největším problémem bylo povědomí o právu na výběr poskytovatele. Ve studii z roku 2012 bylo navrženo, že čekací doby na léčbu v různých oblastech, by mohly ovlivnit volbu pacienta. [20]

Poznatky o procesu reformy, její výhody a problémy trhu ve Švédsku, a také vztah trhu a místního modelu řízení byly shrnuty do důležitých bodů. [20]

- Vnitřní trh přinesl nové způsoby myšlení o službách poskytovaných v nemocnicích.
- Vnitřní trh a svobodná volba pacienta přispěly k institucionální změně tím, že pacient potřebuje zdravotní péči a poskytovatelé zdravotní péče budou více naladěny na obavy pacientů.
- Reforma naznačila radikální snížení paternalismu při plánování a poskytování zdravotnických služeb.
- Svobodná volba pacientů výrazně pomohla k produkci zdravotnických služeb.
- Reforma dala impuls k větší odpovědnosti nemocnic a dalších poskytovatelů zdravotní péče. Co se týče kvality zdravotní péče i výdajů na zdravotnictví.
- Vnitřní trh a decentralizace zdravotní péče oslabil schopnost švédské lékařské asociace (SMA), diktovat zdravotní politiku. Švédská lékařská asociace nebyla

dobře organizovaná na krajské nemocniční úrovni. Její vliv na zdravotní politiku začal klesat s postupným zaváděním decentralizovaného systému zdravotnictví.

- Decentralizovaný systém umožnil politikům experimentovat a vyhnout se problémům v dalších oblastech tím, že změni svou politiku v souladu s problémem, se kterým se potýkají.
- Celkově reforma přispěla v posunu k lepšímu v chování mezi manažery a odborníky nemocnic, jejichž úsilí je klíčové pro udržení zlepšení efektivity a účelnosti. A právě v těchto otázkách Švédsko pokulhává. Všichni poskytovatelé uznaly nutnost snižovat náklady a přilákat spokojené pacienty.
- Švédsko je velmi odolné na reformy v důsledku silného tradičního cítění. Reforma se ze začátku (hned po implementaci) neujala, ovšem později byla oživena.

7 Srovnání zdravotnických systémů

V této kapitole je hlavním cílem srovnání 3 popsaných zdravotnických systémů. Jedná se o Bismarckovský (Česká republika), tržní (USA) a Beveridgeův (Švédsko). Semaškův model byl vynechán, jelikož rozdíly mezi Semaškovým a Beveridgeovým modelem jsou minimální. Rozdíly vycházejí pouze z toho, že v Semaškově modelu nejsou vůbec zastoupeny soukromé nemocnice či ordinace, ovšem platby za zdravotní péči jsou založeny na stejném principu.

Srovnání jednotlivých zdravotnických systémů je založeno na různých indikátorech kvality zdravotní péče, i přesto, že srovnávat kvalitu jednotlivých zdravotnických systémů je obtížné. Hlavním cílem každého systému je zlepšení zdraví obyvatelstva. Problémem je určit vliv zdravotnictví na zdraví obyvatel, jelikož zdraví občanů je ovlivněno nejen systémem zdravotní péče, ale také životním prostředím, životním stylem či bohatstvím.

Přesto je možno zdravotnické systémy srovnat pomocí některých ukazatelů. Ukazatele, podle kterých budou hodnoceny zdravotnické systémy, jsou rozděleny do skupin dle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Mezi tyto skupiny patří: zdroje ve zdravotnictví, zdravotnické vybavení, využití zdravotní péče a zdravotní stav obyvatelstva.

Jako první a nejdůležitější indikátory budou popisovány zdroje ve zdravotnictví, ať už se jedná o lidské zdroje či finanční zdroje. V otázkách lidských zdrojů je nejdůležitější počet kvalifikovaných doktorů a sester v jednotlivých zemích. Nejčastějším finančním ukazatelem při mezinárodním srovnání je podíl výdajů na zdravotnictví na HDP. Ovšem i tento ukazatel není zcela přesný. Ukazatel sám o sobě je závislý na faktoru, který je v jednotlivých zemích různý. Jedná se o cenové hladiny, které mohou ukazatel ovlivnit.

7.1 Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj byla založena v roce 1961. Centrála této organizace se nachází v Paříži ve Francii. Organizace má v současné době 34 členů, tedy 34 států. Rozpočet organizace se pohybuje kolem 357 milionů eur. Generální

tajemník organizace je Angel Gurría. Organizace vydává i mnoho publikací. Vydává se přibližně 250 nových publikací za rok.

Posláním Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj je podpora politiky, která zlepší hospodářskou spolupráci a sociální blahobyt lidí na celém světě. OECD poskytuje fórum, ve kterém mohou vlády spolupracovat a vyměňovat si zkušenosti a hledat řešení společných problémů. Organizace pracuje s vládami, aby pochopili, co pohání hospodářské, sociální a environmentální změny. Měří produktivitu a globální toky obchodu a investic. Analyzuje a porovnává data budoucích trendů.

OECD využívá své bohaté informace o široké škále témat, která pomáhají vládám podporovat prosperitu a boj proti chudobě prostřednictvím hospodářského růstu a finanční stability. Činnost OECD je založena na sledování událostí v členských zemích i mimo OECD a provádí pravidelnou projekci krátkodobého a střednědobého ekonomického vývoje. Sekretariát OECD shromažďuje a analyzuje data. Výbory poté projednávají politiku týkající se těchto dat. Rada rozhodne a poté vlády realizují doporučení. [9]

7.1.1 Členské státy OECD

V počátcích měla organizace 20 členských států. V současné době je členem organizace 34 států. Patří mezi ně mnoho nejvyspělejších zemí světa. „*Společným cílem těchto států je budování silnějšího, čistšího a spravedlivějšího světa.*“ [9]

Aktuálními členskými státy jsou: Austrálie, Rakousko, Belgie, Kanada, Chile, Česká republika, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Německo, Řecko, Maďarsko, Island, Irsko, Izrael, Itálie, Japonsko, Korea, Lucembursko, Mexiko, Nizozemsko, Nový Zéland, Norsko, Polsko, Portugalsko, Slovenská republika, Slovinsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Turecko, Velká Británie a Spojené státy americké. [9]

7.2 Indikátory mezinárodního srovnávání

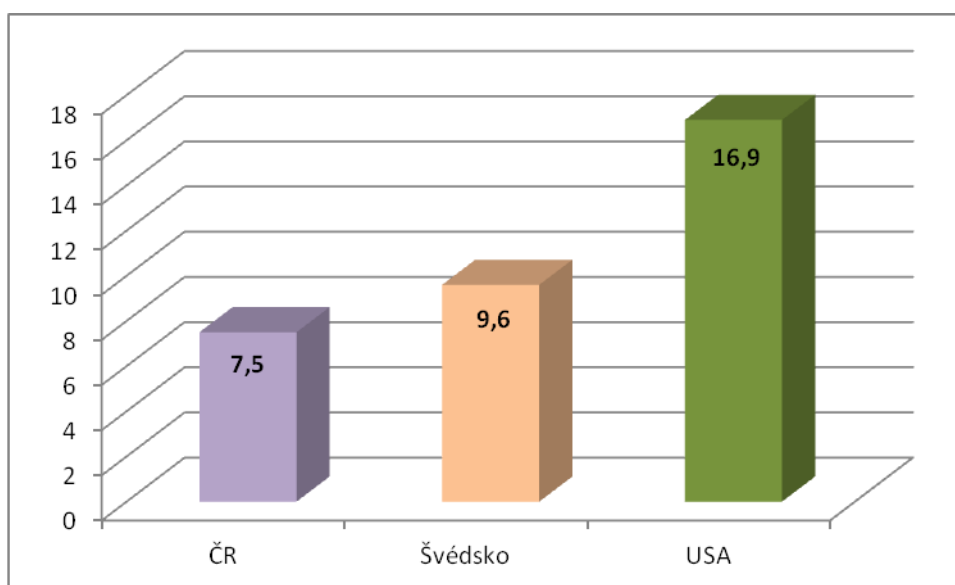
7.2.1 Zdroje ve zdravotnictví

Zdroje ve zdravotnictví zahrnují ukazatele finančních zdrojů a ukazatele lidských zdrojů. Jedná se o výdaje ve zdravotnictví, výdaje na léky, počet doktorů a počet sester v jednotlivých státech.

Výdaje na zdravotnictví

Tento ukazatel je definován jako konečná spotřeba zdravotnických výrobků a služeb plus kapitálové investice do infrastruktury zdravotní péče. Ukazatel zahrnuje výdaje ze strany veřejné i soukromé (včetně plateb domácností) na léčebné a rehabilitační služby, na dlouhodobou péči, stejně jako na zdravotnické zboží, jako jsou léčiva. Výdaje na zdravotnictví také pokrývají programy v oblasti veřejného zdraví a prevence a administrativu. Tento ukazatel je prezentován jako celkové výdaje a měří se v procentech hrubého domácího produktu. [23]

Obr. č. 5: Výdaje na zdravotnictví z HDP (v %)

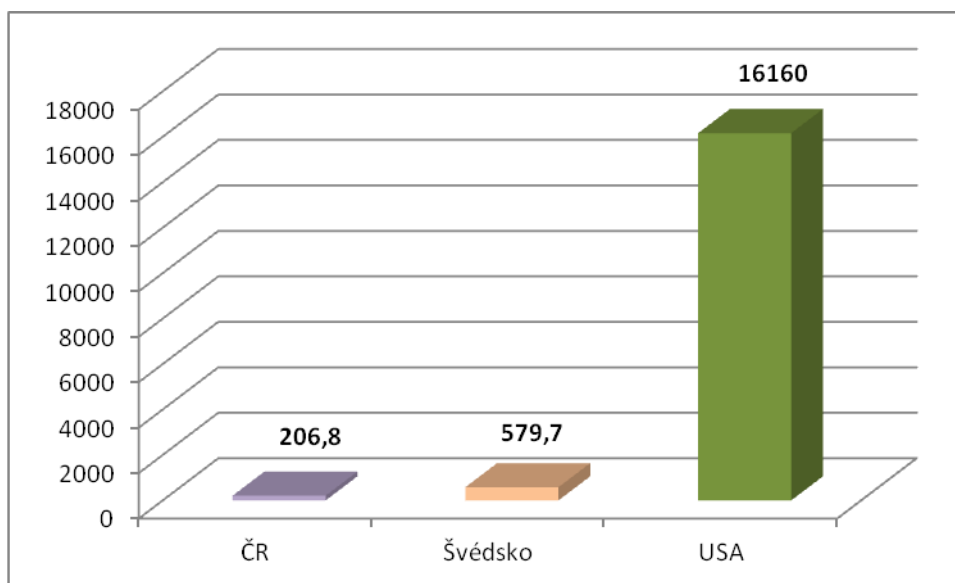


Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů OECD, 2015

Z uvedeného grafu je patrné, že největší výdaje na zdravotnictví jsou v USA. Pro jasnou představu, v níže znázorněném grafu jsou vidět hodnoty hrubého domácího produktu v jednotlivých státech.

Hrubý domácí produkt je standardní měřítko hodnoty finálních výrobků a služeb vyprodukovaných v zemi během období mínus hodnoty dovozu. V grafu jsou uvedeny hodnoty v mld. dolarů. [17]

Obr. č. 6: Hrubý domácí produkt (v mld. dolarů)



Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů Světové banky, 2015

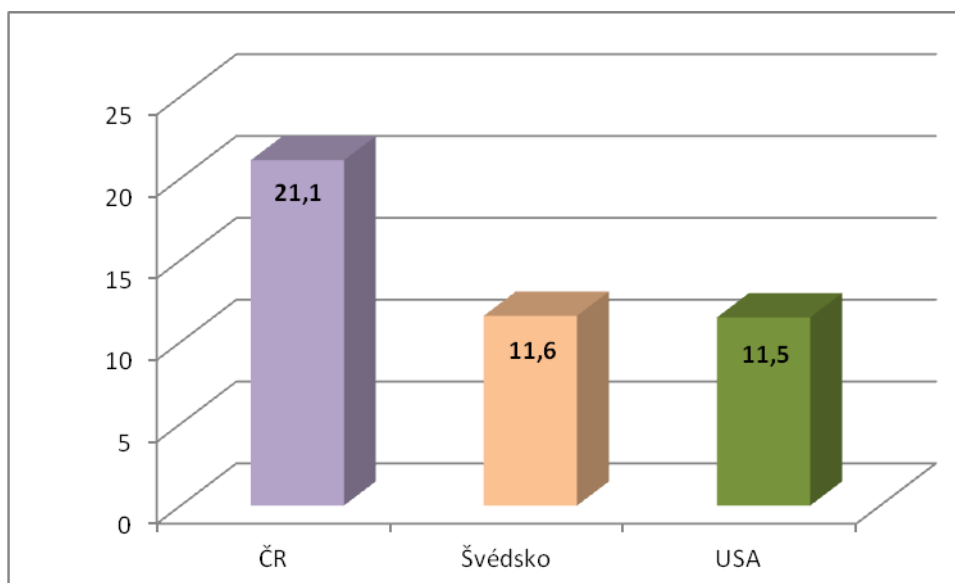
Hrubý domácí produkt Spojených států je zhruba 162x větší než hrubý domácí produkt u nás. Pro lepší představu: výdaje na zdravotnictví činily v roce 2012 v ČR asi 15,51 miliard dolarů, což je v přepočtu téměř 388 miliard českých korun. Oproti tomu USA utratilo za zdravotnictví v přepočtu na české koruny přibližně 68 biliónů. Z výsledků je patrné, že ve velikosti výdajů na zdravotnictví USA prohrává na plné čáře. Dle názoru autorky je velikost výdajů na zdravotnictví ve Spojených státech způsobeno z velké části velkými investicemi do zdravotnického zařízení a nových technologií.

Výdaje na léky

Farmaceutické výdaje jsou definovány jako výdaje za léky. V některých zemích údaje zahrnují i další zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby (přibližně se to pohybuje kolem 5 % z výdajů). Léky spotřebované v nemocnicích jsou vyloučeny. Tento ukazatel je měřen v % z celkových výdajů na zdravotnictví. [48]

Výsledky tohoto ukazatele dokazují, že obyvatelé České republiky utratí přes jednu pětinu výdajů na zdravotnictví jen na lécích. Česká republika má největší výdaje za léky ze všech třech vybraných zemí.

Obr. č. 7: Výdaje na léky z celkových výdajů na zdravotnictví (v %)



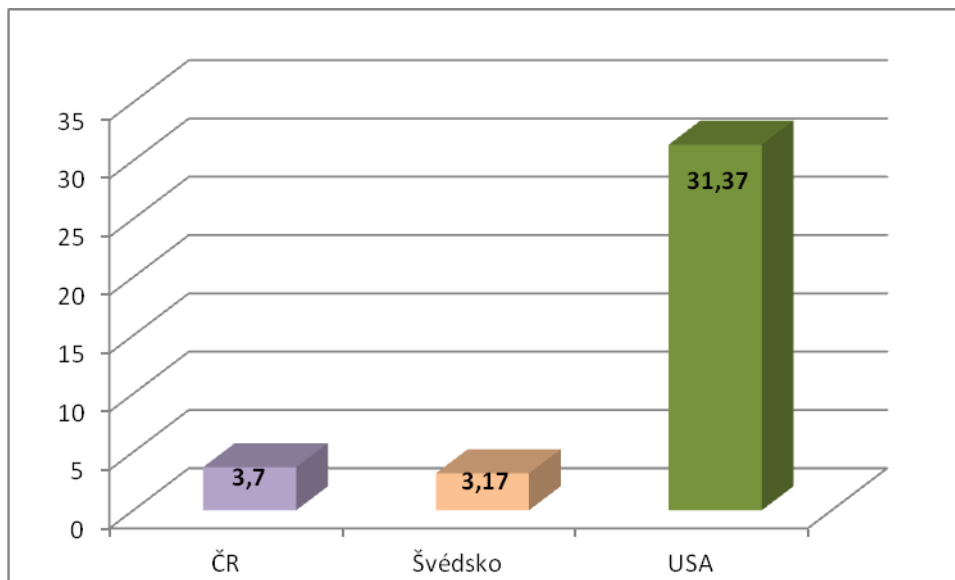
Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů OECD, 2015

Pro lepší představu je uvedeno pár číselných údajů o České republice v otázce výdajů za léky. Celkové tržby za léčiva a zdravotnické prostředky u všech poskytovatelů lékárenské péče dosáhly v roce 2012 téměř 76 mld. Kč a každým rokem se zvyšují. Z toho tržby jen za léky činily celkem 67 mld. Kč. Do této částky spadají tržby od zdravotních pojišťoven, které činily 36 mld. Kč, dále doplatky pacientů za recepty ve výši 10 mld. Kč, volný prodej léčiv v celkové výši 8 mld. Kč a ostatní. V roce 2012 přijaly lékárny dohromady skoro 70 milionů lékařských receptů. Dle souhrnných informací připadá na jeden recept v průměru léčiva v hodnotě 648 Kč, přitom hodnota léků na jeden recept v lékárně je v průměru 589 Kč. Doplatek pacienta na jeden recept je v průměru cca 136 Kč. Na jednoho obyvatele České republiky připadá průměrná úhrada v lékárně 921 Kč za doplatky na recept a 748 Kč za volně prodejné léky. Na jednu lékárnu připadá v průměru cca 3 844 obyvatel. [31]

Lékaři

Ukazatel počet lékařů je podle OECD definován jako „praktičtí“ lékaři, kteří poskytují přímou (preventivní) péči pro pacienty. Praktičtí lékaři mají odpovědnost za zajištění průběžné péče pro jednotlivce, rodiny, děti a dorost. Dále do této skupiny spadají porodníci, gynekologové, psychiatři či chirurgové. Tento ukazatel měří počet lékařů na 1 000 obyvatel. [14]

Obr. č. 8: Počet lékařů (na 1 000 obyvatel)



Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů OECD, 2015

Jak je možné vidět v grafu, Švédsko má nejméně kvalifikovaných lékařů na 100 000 obyvatel ze všech. Na každého lékaře ve Švédsku připadá přibližně 320 pacientů. Mnoho doktorů ve Švédsku jsou z jiné země EU. Tento samotný fakt dokazuje, že je ve Švédsku málo lékařů. Ve Švédsku existuje celkem 6 různých fakult, kde mohou studenti studovat obor lékařství. Počet studentů na tomto oboru je zjevně příliš nízký, jelikož studie z posledních let ukazují, že 61 % švédských lékařů studovalo v zahraničí. Existují 3 stádia výuky lékařství ve Švédsku. První fází je training program, který trvá 6 až 9 měsíců. Na konci této fáze získá uchazeč certifikát. Další fází jsou lékaři „Junioři“, kteří musí projít různými odděleními. Tráví tři měsíce v chirurgii, dva měsíce v ortopedii, dva týdny v anestezii, týden v pediatrii, tři měsíce v psychiatrii, šest měsíců ve všeobecném lékařství a čtyři týdny ve volitelném oboru. Zdravotní péči provádějí buď samotně (lehké zákroky) nebo s pomocí kvalifikovaného lékaře. Poté se mohou mladší lékaři zúčastnit dalšího vzdělávání na pozici „specialisty“. [55]

Platy se pohybují v následné výši (za měsíc):

- Trainee doctors - 2.800 eur (77.098 Kč)
- Junior doctors - 3.500 eur (96.373 Kč)
- Specialisté - 5.200 eur (143.182 Kč)

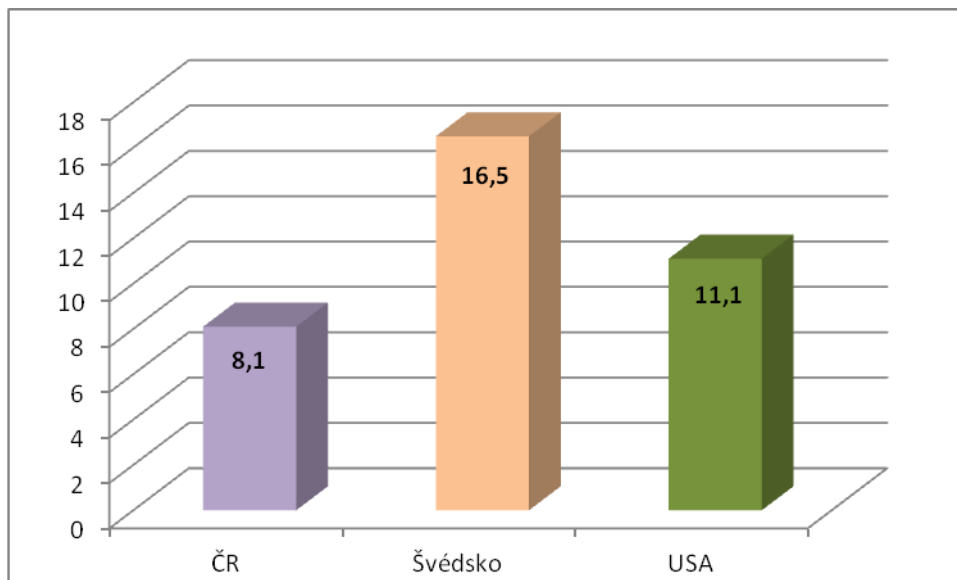
Co se týče USA, v posledních letech došlo k mírnému nárůstu platů praktických lékařů, tedy lékařů poskytující primární péči. Průměrný plat lékaře se pohybuje od 19.917 dolarů (497.917 Kč) až do 21.500 dolarů (537.500 Kč) za měsíc. Některé oblasti v zemi platí více, aby přilákali lékaře. Lékaři ve venkovských oblastech mají ve skutečnosti tendenci vydělávat více. Společnost Medscape udělala průzkum ohledně lékařů ve Spojených státech. Zatímco dermatologové byli z 65 % spokojeni se svým ohodnocením za měsíc (25.667 dolarů = 641.675 Kč), plastičtí chirurgové byli spokojeni jen z 37 % (26.750 dolarů = 668.750 Kč). Závěrem průzkumu bylo zjištění, že většina lékařů ve Spojených státech si vybralo tento obor jen díky platovému ohodnocení. Dle názoru autorky je toto jeden z hlavních důvodů, proč je ve Spojených státech dostatek doktorů. [26]

V České republice je nejvíce zastoupena část praktických lékařů pro dospělé. Počet registrovaných pacientů na jednoho praktického lékaře pro dospělé se pohybuje kolem 1 600 pacientů. Počet návštěv na jednoho registrovaného pacienta je na hodnotě 4,5. Postupně „stárnoucí“ věková struktura praktických lékařů pro dospělé signalizuje problém pro budoucí zajištění primární péče. Ke konci roku 2012 tvořili praktičtí lékaři pro dospělé ve věku 55 a více let více než polovinu. V roce 2012 bylo provedeno celkem přes 135 milionů vyšetření. Největší zastoupení měli právě praktičtí lékaři pro dospělé, a to přes 37 milionů vyšetření. Na konci roku 2012 bylo v ČR evidováno kolem 4 100 lékařů pro děti a dorost. V ČR připadá průměrně 10,5 praktických lékařů na 10 000 registrovaných dětí a dorostu do 18 let. Na jednoho registrovaného pacienta připadlo v průměru 6 ošetření ročně. Gynekologové v roce 2012 registrovali celkem 4 174 421 pacientek. Průměrný plat lékaře v České republice se pohybuje kolem 60 tisíc českých korun. [49] Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček chce udržet hlavně mladé doktory v České republice tím, že slíbil nárůst platů o 3,5 % pro všechny zdravotníky. Spousta lékařů v České republice odchází do ciziny. Celkový počet odchodů ještě navyšují mladí doktoři, kteří odchází ihned po promoci a v ČR vůbec nenastoupí. V roce 2013 jich bylo 193. Hlavním důvodem odchodu lékařů do ciziny jsou lepší finanční, ale i pracovní podmínky. Propad zčásti vyrovnávají cizinci, v ČR jich pracuje kolem 3 tisíc. [40]

Zdravotní sestry

Tento ukazatel je definován jako celkový počet zdravotních sester ve zdravotnictví v daném státě. Měří se na 1 000 obyvatel. [42]

Obr. č. 9: Počet zdravotních sester (na 1 000 obyvatel)



Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů OECD, 2015

Dle výsledků tohoto ukazatele má Česká republika nižší počet zdravotních sester ze všech třech států. Zdravotních sester je v České republice opravdu málo. Spousta sester odchází za lepšími podmínkami do zahraničí. Průměrný plat zdravotní sestry v ČR se pohybuje kolem 23.647 Kč. [49]

Česká asociace sester (ČAS)

I přesto, že v České republice je nouze o kvalifikované zdravotní sestry, vznikla Česká asociace sester. Tato organizace je odborná, stavovská dobrovolná, nezisková, nepolitická organizace s právní subjektivitou. Je to největší odborná profesní organizace sester. „Je otevřena pro všechny sestry a ostatní nelékaře působící v resortu zdravotnictví, sociální péče, školství a ve všech oblastech soukromého, nebo jiného podnikání bez ohledu na národnost nebo náboženské vyznání s působností po celé České republice.“ [46]

Nejvyšším orgánem ČAS je Fórum delegátů. Toto fórum volí devítičlenné prezidium a revizní komisi. Sídlo organizace se nachází v Praze.

Cíle České asociace sester: [46]

- Podporovat aktivity zaměřených na realizaci národních a mezinárodních programů, jejichž cílem bude příprava sester, porodních asistentek a dalších nelékařských zdravotnických oborů na výkon povolání.
- Spolupracovat na změnách systému zdravotnických služeb v ČR.
- Spolupracovat s orgány státní správy a ostatních profesních i odborových organizací na podpoře volného pohybu pracovních sil v rámci EU i mimo ni.
- Vytvářet účinné nástroje k zajištění bezpečně a kvalitně poskytovaných ošetrovatelských služeb v souladu s potřebami osob, skupin i komunit.
- Podporovat aktivity vedoucí ke zvyšování uznání nelékařských profesí ve společnosti.
- Zastupovat poskytovatele ošetrovatelských služeb v domácí péči a vytvářet účinné nástroje na prosazování jejich práv.

Tato asociace organizuje tiskové konference, kterými se snaží upozornit společnost na problémy, které zdravotní sestry trápí. Také spolupracuje se zahraničními sesterskými profesními organizacemi, s Lékařskou komorou, Stomatologickou komorou, Lékárnickou komorou, s Ministerstvem zdravotnictví a Parlamentem ČR. Členem této organizace se může stát každá zdravotní sestra, porodní asistentka, laborant, který vykonává nebo vykonával své povolání dle platných předpisů.

Spojené státy americké jsou na tom s počtem zdravotních sester poněkud lépe než Česká republika. Dle názoru autorky je to zapříčiněno hlavně platovými podmínkami a z větší části jedinečnými možnostmi, jak obohatit kariéru zdravotní sestry, které USA nabízí. Zdravotní sestry ve Spojených státech se mohou naučit nové přístupy v klinické praxi, doladit své dovednosti, pracovat s novými technologiemi a učit se od profesionálů v čele pokroku v medicíně. Ve Spojených státech pracuje na pozici zdravotních sester spousta občanů z jiných států. Zdravotní sestry mají šanci pracovat v nejlepších nemocnicích ve Spojených státech. [44]

Největším počtem zdravotních sester na 1 000 obyvatel disponuje z těchto tří států Švédsko. Ve Švédsku je možné studovat na zdravotní sestru na mnoho univerzitách. Nejprve musí studentky, popřípadě studenti, projít bakalářským studiem a poté postupují

na vyšší speciální trénink. Zdravotní sestra si poté musí vybrat příslušný obor, ve kterém zůstane. Jedná se například o obor zdravotní sestry v anesteziologii, zdravotní sestry v pediatrii či porodní asistentky. Porodní asistentky nejsou v České republice běžné. Takováto porodní asistentka má velké kompetence. Může předepisovat antikoncepci, provádět ultrazvuk a vyhodnocuje ultrazvuk. Průměrný plat zdravotních sester ve Švédsku je 46.000 dolarů za rok, což je v přepočtu asi 95.000 korun za měsíc. Z toho vyplývá, že zdravotní sestra ve Švédsku má asi 4násobný plat oproti zdravotní sestře v České republice. [43]

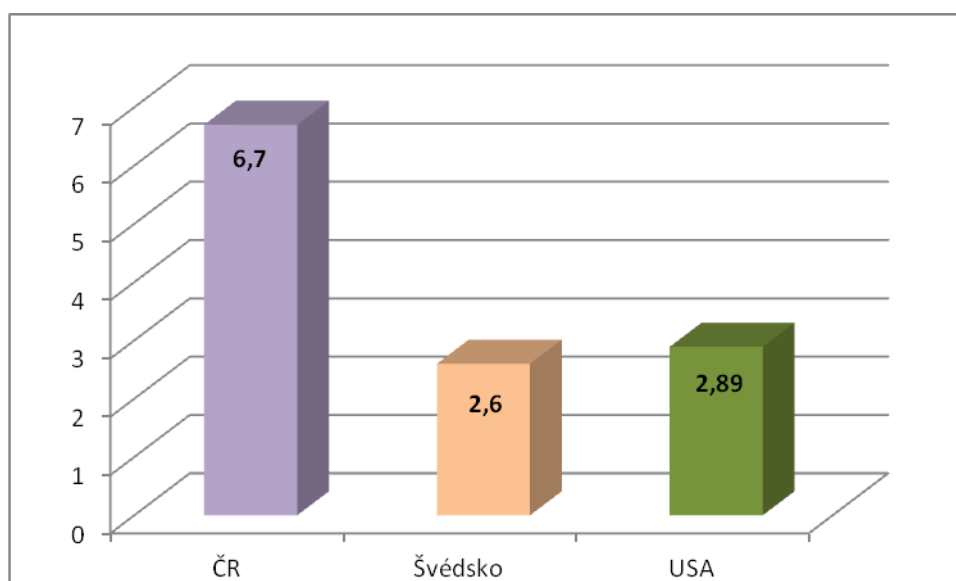
7.2.2 Zdravotnické vybavení

Indikátory zdravotnického vybavení uvedené dle OECD prezentují dostupnost nemocničních lůžek a počet zdravotnického zařízení, jako jsou například přístroje potřebné pro magnetickou rezonanci.

Nemocniční lůžka

Tento ukazatel je měřítkem dostupných zdrojů pro poskytování služeb hospitalizovaným pacientům v nemocnicích, pokud jde o počet lůžek, která jsou k dispozici pro použití. Do celkového počtu nemocničních lůžek spadá počet lůžek pro akutní péči, psychiatrickou péči, dlouhodobou péči a další lůžka v nemocnicích. Indikátor se měří v počtu lůžek na 1 000 obyvatel. [24]

Obr. č. 10: Počet nemocničních lůžek (na 1 000 obyvatel)



Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů OECD, 2015

Z hodnocených států má Česká republika nejvíce nemocničních lůžek na 1 000 obyvatel. V roce 2013 bylo v České republice evidováno 188 nemocnic s celkovým počtem kolem 57 tisíc lůžek. Orientačně se dá říci, že každá nemocnice disponuje 303 lůžky. Trendem posledních let je ovšem snižování počtu nemocničních lůžek. Oproti roku 2012 došlo ke snížení o více než 2 000 lůžek. Průměrná ošetrovací doba na jednoho pacienta činila 6,6 dne. Počet lůžek sice klesnul, oproti tomu využití lůžek v nemocnicích vzrostl. V roce 2012 byla lůžka v nemocnicích celkem využívána ze 73,8 %, v roce 2013 o 0,8 % více. [41]

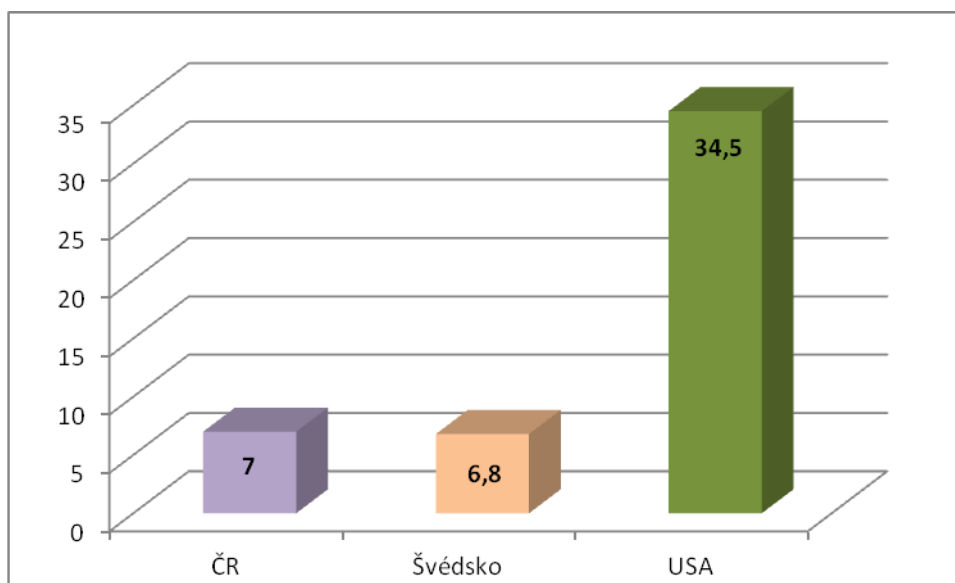
Ve Spojených státech je každý rok prováděn průzkum nemocnic. Tento průzkum provádí „*American Hospital Association*“. Dle tohoto průzkumu se ve Spojených státech v roce 2013 nacházelo 5 686 nemocnic s 914 513 lůžky. V přepočtu se jedná o počet 160 lůžek na jednu nemocnici, což je téměř o polovinu méně než v České republice.

Počet lůžek ve Švédsku každým rokem klesá. Mezi roky 1990 a 2005 se počet lůžek snížil téměř o 50 %. Podobné změny v počtu nemocničních lůžek proběhly i v ostatních severských zemích, ale ve Švédsku jsou největší. Švédsko má daleko nižší počet lůžek ve srovnání s průměrem v Evropské unii. [51]

Přístroje pro magnetickou rezonanci

Přístrojů používaných ve zdravotnictví je velké množství. Pro toto porovnání byly vybrány přístroje pro magnetickou rezonanci (MR). Magnetická rezonance je metoda, která zobrazí vnitřní strukturu těla pomocí magnetického a elektromagnetického pole. Elektromagnetické záření zpracovává speciální počítač a vytváří speciální obrazy lidského těla. Na rozdíl od běžného rentgenu a CT, magnetická rezonance nevystavuje pacienty ionizujícímu záření. Tento ukazatel zobrazuje počet zařízení na 1 000 000 obyvatel. [37]

Obr. č. 11: Počet přístrojů pro MR (na 1 000 000 obyvatel)



Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů OECD, 2015

Vysvětlení tohoto ukazatele spočívá v tom, že čím kvalitnější zdravotnictví, tím vyšší počet určitých drahých přístrojů, popř. vyšší počet vyšetření na těchto přístrojích. Ukazatel je ovšem velmi zjednodušený a nedokáže obsáhnout komplexnost celého zdravotního systému.

Údaje pro Švédsko nejsou v posledních letech známé. Poslední údaj (tedy 6,8) je z roku 1995. V tomto směru tedy Švédsko ve vybavenosti těchto přístrojů nelze moc hodnotit.

Činnost zdravotnických zařízení v oboru radiologie a zobrazovacích metod je do jisté míry závislá na přístrojovém vybavení. Na jeden přístroj pro magnetickou rezonanci, kterých je nyní v ČR celkem evidováno 71 (o deset více než v minulých letech), připadá 148 tisíc obyvatel. [11]

Spojené státy dominují v tomto ukazateli, a to v celém světě. Z tohoto čísla jasně plyne, že Spojené státy, co do vybavenosti jsou na výborné pozici. Smutným faktem je to, že spousta Američanů nemá finanční prostředky na toto vyšetření, proto je počet vyšetření nízký. Hodnoty jsou uvedeny v následující tabulce. [36]

Tab. č. 5: Počet vyšetření na přístroji pro MR

Stát	Počet vyšetření (na 1 000 000 obyvatel)
Česká republika	0,105
Spojené státy americké	0,43

Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů OECD, 2015

Z hodnot v tabulce je patrné, že i když je ve Spojených státech téměř pětinasobek přístrojů pro magnetickou rezonanci oproti České republice, počet vyšetření je pouze zhruba trojnásobný. Dle názoru autorky může být tento fakt způsoben buď finanční nedostupností v USA, nebo lepším využitím přístrojů v České republice.

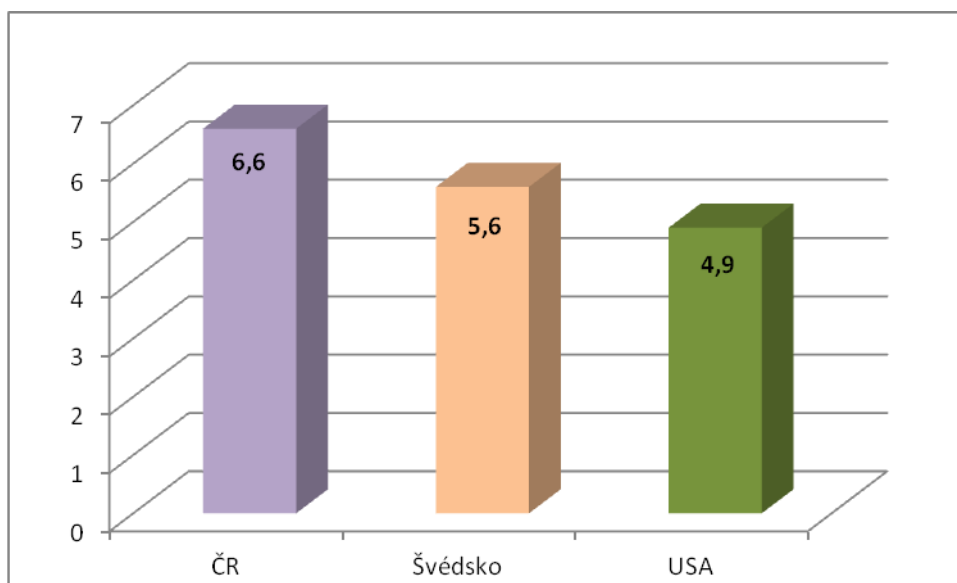
7.2.3 Využití zdravotní péče

Z pohledu využití zdravotní péče byl vybrán jeden z hlavních ukazatelů. Jedná se o průměrnou dobu strávenou v nemocnici při léčení nemocí a chorob.

Průměrná délka pobytu v nemocnici

Průměrná délka pobytu v nemocnicích se často používá jako indikátor účinnosti. Tento ukazatel označuje průměrný počet dní, které tráví pacienti v nemocnici. Obvykle se tento ukazatel počítá jako poměr celkového počtu dní všech hospitalizovaných pacientů a počtu hospitalizací. Indikátor zahrnuje všechny případy akutní péče a porody. [32]

Obr. č. 12: Průměrná délka pobytu v nemocnici (ve dnech)



Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů OECD, 2015

Kratší průměrná délka pobytu v nemocnici ještě neznamená lepší nebo horší efektivnost zdravotnické péče, ale lze jej použít při současném zvážení výstupů zdravotnických systémů. Rozdíly mezi porovnávanými zeměmi nejsou nijak markantní, ovšem Česká republika se umístila na „posledním“ místě.

V nemocnicích ČR bylo za rok 2012 ukončeno téměř 2,2 milionu hospitalizací s průměrnou ošetrovací dobou 6,6 dne, tj. pouze o 3,5 tisíce více než v předchozím roce. Nejvíce hospitalizací proběhlo na interních odděleních s průměrnou ošetrovací dobou 6,6 dne. Dále jsou nejvíce obsazovaná chirurgická oddělení s průměrnou ošetrovací dobou 5,3 dne. V gynekologických a pediatrických oddělení činila průměrná délka pobytu v nemocnicích 3,8 dne. Nejvyššími průměrnými ošetrovacími dobami se kromě ústavní ošetrovatelské péče vyznačovala především oddělení dlouhodobé intenzivní péče a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče. [25]

Ve Švédsku došlo v posledních deseti letech ke změně pouze minimální. V uvedeném období došlo k poklesu pouze o 0,4 dne. Průměrná délka pobytu v nemocnici se ve Švédsku značně liší v určitých krajích. V jednom kraji se délka pobytu pohybuje kolem 3,9 dnů, jinde zase kolem 5,7 dnů. Vzhledem k tomu, že stále velká část zdravotní péče ve Švédsku je prováděna ambulantně, nepředpokládá se, že průměrná délka pobytu v nemocnici se bude zvyšovat. [51]

V USA vyšla sice průměrná délka pobytu v nemocnici nejnižší. Dle názoru autorky je to ovšem zapříčiněno jak nízkým počtem nemocničních lůžek, tak vysokými náklady za zdravotní péči.

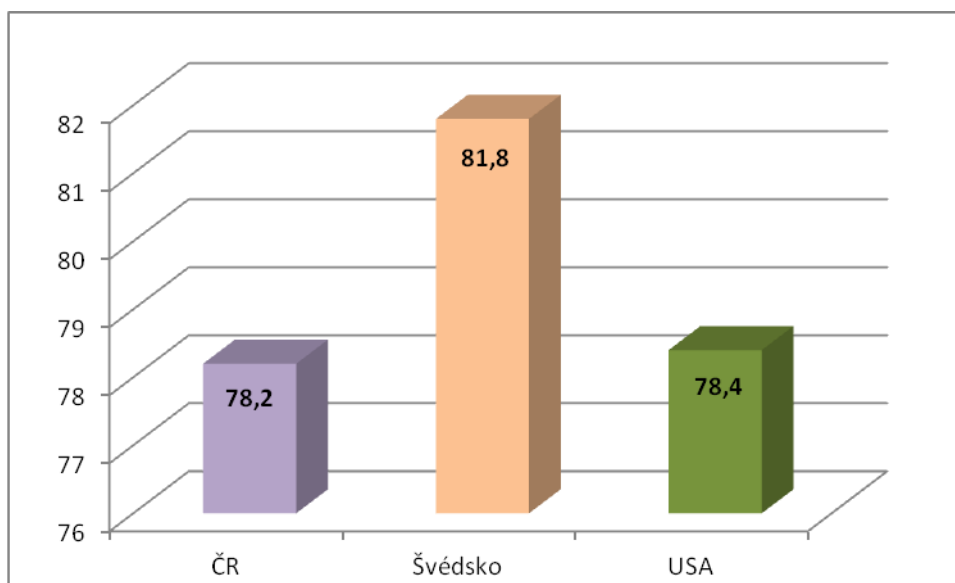
7.2.4 Zdravotní stav obyvatelstva

Zdravotní stav obyvatelstva zahrnuje střední délku života občanů, stejně jako jejich fyzické a duševní zdraví, které mohou být postiženy infekčními chorobami, chronickým onemocněním či úrazy.

Střední délka života při narození

Tento ukazatel je jedním z nejdůležitějších ukazatelů zdravotního stavu. Na zlepšení střední délky života se podílí mnoho faktorů, ať už rostoucí životní úroveň, zlepšení životního stylu a lepší vzdělání, stejně tak i lepší přístup ke kvalitním zdravotnickým službám. V tomto ukazateli jsou celkem muži i ženy a je měřen v letech. [33]

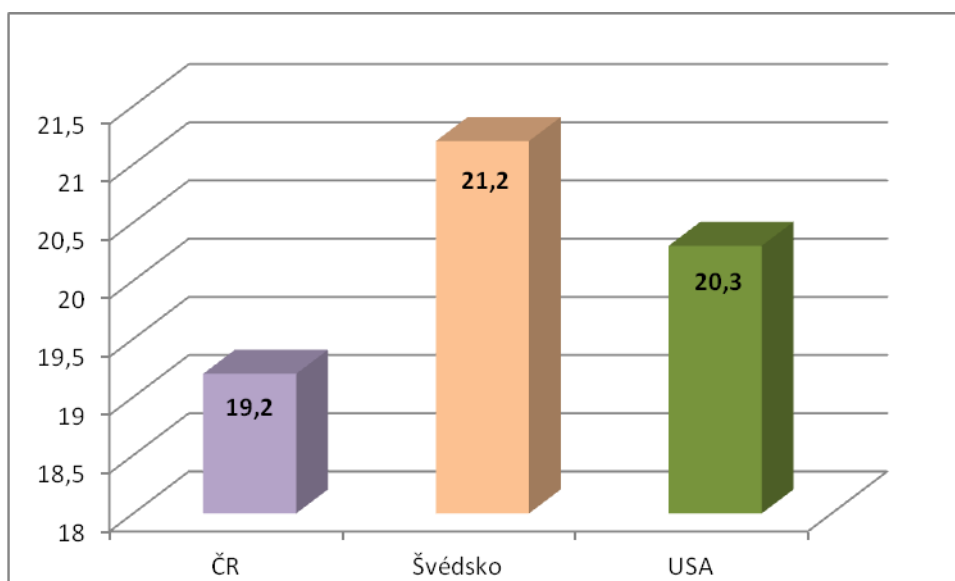
Obr. č. 13: Střední délka života (v letech)



Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů OECD, 2015

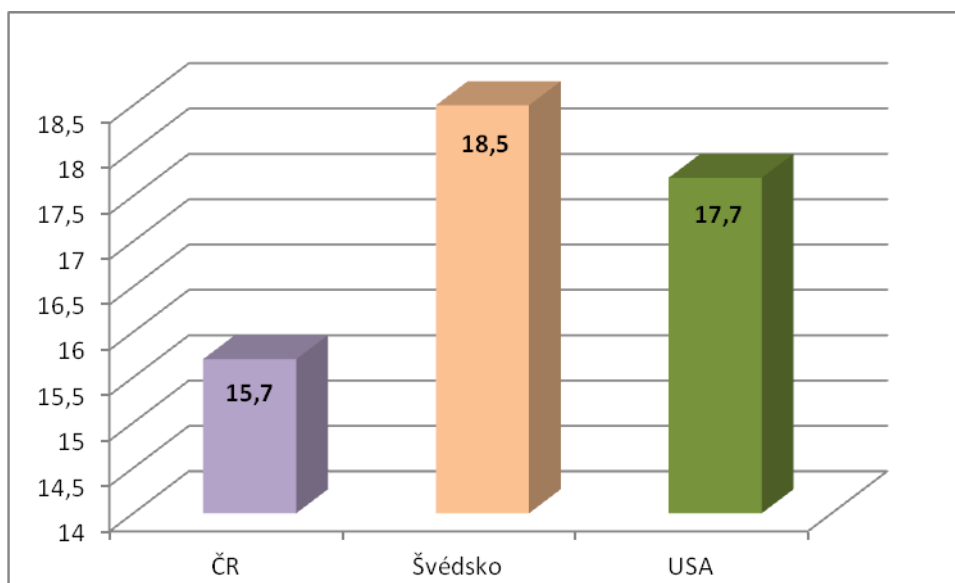
Vztah ukazatele střední délky života a kvality zdravotnictví je často zpochybňován z mnoha důvodů. Jelikož na střední délku života působí spousta jevů, které samotné zdravotnictví nemůže ovlivnit, použitelnější se jeví ukazatel střední délky života při dosažení 65 let, neboť po tomto roce je vliv ostatních příčin na úmrtí menší. Tento ukazatel měří, jak dlouho v průměru, může osoba v tomto věku očekávat, že bude žít. Ukazatel je prezentován podle pohlaví a měří se také v letech. [34]

Obr. č. 14: Střední délka života u žen ve věku 65 let



Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů OECD, 2015

Obr. č. 15: Střední délka života u mužů ve věku 65 let



Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů OECD, 2015

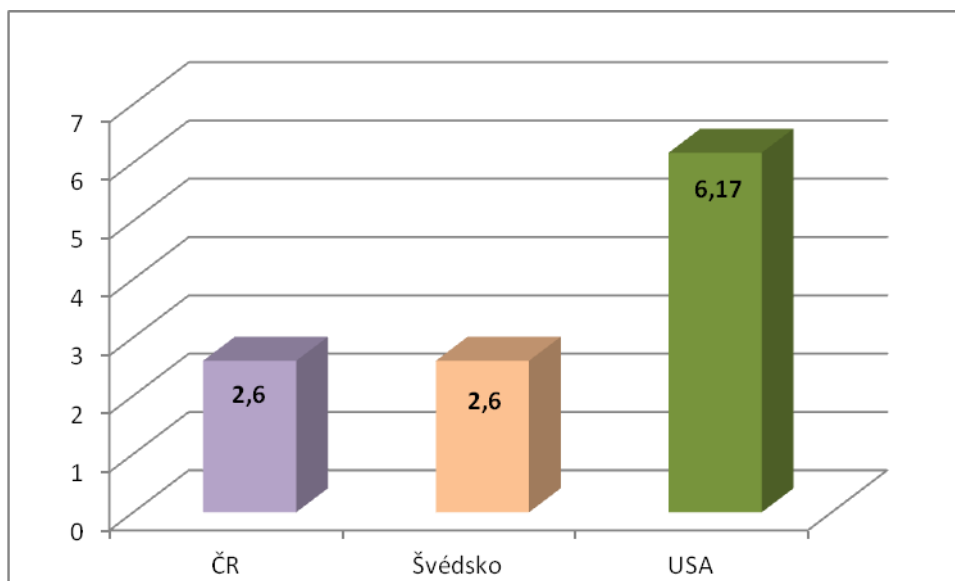
Ve všech třech ukazatelích je nejlepší Švédsko. Střední délka života ve Švédsku patří mezi nejvyšší na světě. Během posledním 30 let se průměrná délka života zvýšila o 5,5 roku a Švédsko má v současné době jednu z nejstarších populací na světě. Věk, kdy se občanům narodí první dítě se postupně zvyšoval od roku 1970, ovšem od roku 2004 je stabilní a činí 29 let pro matky a 31 let u otce. [51]

Česká republika a USA si stojí v těchto ukazatelích poměrně na stejné pozici. I v těchto zemích se střední délka života každým rokem zvyšuje. V roce 1960 byla průměrná délka života v USA 1,5 roku nad průměrem zemí OECD. I když tento fakt neznamená, že průměrná délka života ve Spojených státech klesá, bylo zjištěno, že průměrná délka života za posledních 45 let, vzrostla ve Spojených státech pouze o 8 let, což znamená, že nárůst průměrné délky života není tak rychlý jako v jiných zemích. [35]

V České republice se průměrná délka života výrazně liší v jednotlivých krajích. V Praze či v Jihomoravském kraji se mohou ženy dožít až 82 let, zatímco v Ústeckém, Moravskoslezském a Karlovarském kraji ani osmdesátky. V České republice se za posledních deset let prodloužil život u mužů zhruba o tři roky a u žen o dva – na 75 a 81 let. Může za to zlepšování životního stylu i moderní medicína a nové výzkumy. Podle statistik 44 % zemřelých tvořili v roce 2012 osoby nad 80 let. [13]

Kojenecká úmrtnost

Obr. č. 16: Kojenecká úmrtnost (na 1 000 živě narozených dětí)



Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů OECD, 2015

Kojenecká úmrtnost je definována jako počet úmrtí dětí do jednoho roku, vyjádřená na 1 000 živě narozených dětí. Některé mezinárodní rozdíly v dětské úmrtnosti je způsobeno jinými přístupy a počtem předčasně narozených dětí. Zrovna USA je stát, který eviduje mnohem vyšší podíl dětí s hmotností nižší než 0,5 kg, což vede k vyšší úmrtnosti. [27]

Česká republika a Švédsko se v současné době nachází na stejné hodnotě v tomto ukazateli. Oproti tomu USA je na tom podstatně hůře.

Ve Švédsku mají všechny těhotné ženy k dispozici pravidelné zdravotní prohlídky, psychologickou podporu a vzdělávání po celou dobu těhotenství a téměř všechny ženy jsou ve speciálních těhotenských programech. Zvláštní pozornost je věnována ženám, které jsou sociálně znevýhodněné – například ohrožené domácím násilím. Dětská úmrtnost ve Švédsku patří mezi nejnižší na světě. Každý rok se narodí zhruba 100 000 dětí a asi 75 % porodů je bez komplikací. U všech dětí se doporučuje, aby se podílely na všeobecném očkovacím programu, který je zdarma. Tento program zahrnuje očkování proti deseti nemocem. Děti jsou očkovány třikrát proti záškrtu, tetanu a černému kašli. Dále probíhá očkování proti žloutence typu B, dětské obrně, pneumokokovým infekcím, spalničkám, příušnicím a zarděnkám. U děvčat také probíhá

očkovaní proti rakovině děložního čípku. U dětí, u kterých je zjištěno vysoké riziko nákazy, je také nabízeno očkování proti tuberkulóze. [51]

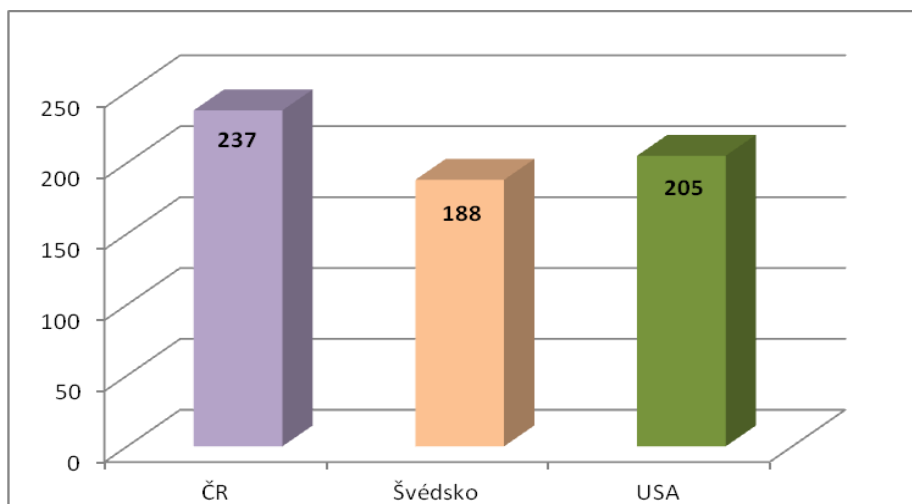
V České republice se v roce 2012 narodilo 108 tisíc dětí. Z tohoto počtu bylo 47,4% dětí prvorozených, 38,5 % druhorozených a 14,1 % dětí třetího a vyššího pořadí. V současné době je kojenecká úmrtnost velmi nízká. Ukazuje to na velmi dobrou kvalitu prenatální lékařské péče. Velmi úspěšná je například prevence některých vrozených vad u dětí. [54]

Spojené státy americké mají o hodně vyšší kojeneckou úmrtnost než ostatní vyspělé státy. Dítě narozené v USA má téměř třikrát vyšší pravděpodobnost, že zemře během svého prvního roku života, než například novorozenec ve Finsku či v Japonsku. V USA je evidováno velké množství předčasných porodů. K velkým rozdílům v kojenecké úmrtnosti dochází u znevýhodněných skupin. Bez obalu se dá říci, že děti narozené chudým matkám, mají daleko vyšší pravděpodobnost úmrtí v prvním roce života než děti narozené bohatším matkám. Chudé americké rodiny mají podstatně menší přístup ke kvalitní zdravotní péči než jejich bohaté protějšky. S jedním z možných řešení přichází „Obamova“ reforma, která obsahuje ustanovení, že po porodu bude k dětem do jejich domovů docházet zdravotní sestra, aby děti zkontrolovala. [28]

Počet úmrtí způsobené rakovinou

Tento ukazatel uvádí údaje o úmrtí na rakovinu. Existuje více než 100 různých typů rakoviny. Úmrtnost je založena na počtu úmrtí v zemi v jednom roce děleno velikostí odpovídající populace. Úmrtnost rakovinou se měří na 100 000 obyvatel. [12]

Obr. č. 17: Počet úmrtí na rakovinu (na 100 000 obyvatel)



Zdroj: vlastní zpracování na základě údajů OECD, 2015

Švédsko má nejnižší počet úmrtí na rakovinu z hodnocených států, i přesto, že rakovina je ve Švédsku druhou nejčastější příčinou úmrtí. U žen to odpovídá asi 23 % a u mužů zhruba 27 %. Nejčastějším typem rakoviny u žen byla v posledních deseti letech rakovina prsu, ovšem díky programům a procedurám, aby se této rakovině zabránilo, se úmrtnost na tento typ rakoviny výrazně snížila. Na druhou stranu nejčastějším typem rakoviny, způsobující úmrtí u žen je v současné době rakovina plic. U mužů je to rakovina prostaty. [51]

Nejčastějším typem rakoviny u mužů ve Spojených státech amerických je rakovina prostaty, na druhém místě se umístila rakovina plic a na třetím rakovina tlustého střeva. U žen je to rakovina prsu, rakovina plic a rakovina tlustého střeva. [52]

Počet úmrtí na rakovinu je bohužel v České republice největší, i přesto, že v posledním roce došlo k poklesu úmrtí na rakovinu o dvě procenta. Naproti tomu došlo ke zvýšení nových případů o půl procenta. Rakovina je více evidována u mužů než u žen. Mezi nejčastější diagnózy dlouhodobě patří rakovina tlustého střeva, plic, prsu u žen a prostaty u mužů. Na prvním místě je rakovina kůže, ta je však díky povaze onemocnění a včasné diagnóze spojena s poměrně nízkou úmrtností. Rakovina zůstává dlouhodobě druhou nejčastější příčinou v úmrtí v České republice po nemocech srdce a cév, a to u obou pohlaví. [56]

7.2.5 Finanční hledisko

Poslední hledisko, dle kterého budou popsány tři zdravotnické systémy a státy porovnávány, je finanční, tedy velikost poplatků a plateb za zdravotnické služby z pohledu samotného občana (zaměstnance).

Česká republika

V České republice byly v roce 2008 zavedeny regulační poplatky ve zdravotnictví. Od ledna 2015 byly ovšem některé zrušeny a nadále platí pouze regulační poplatek za pohotovost, který činí 90 Kč. Poplatek za jeden den v nemocnici, který Ústavní soud zrušil, zůstane nadále zrušený. Regulační poplatky, tedy nyní jen jeden poplatek, nejsou příjmem do systému zdravotního pojištění, jsou příjmem do konkrétního zdravotnického zařízení – ordinace, nemocnice. Regulační poplatky příliš neregulují spotřebu zdravotní péče – jsou příjmem nad rámec příjmů z veřejného zdravotního pojištění.

V České republice činí v současné době průměrná roční mzda 300.421 Kč, což dělá zhruba 25.035 Kč za měsíc. [16] Z průměrné měsíční mzdy v České republice odvede zaměstnanec na zdravotní pojištění 4,5 %, tedy 1.127 Kč. Když bude předpokládáno, že průměrný obyvatel České republiky nebude navštěvovat pohotovost každý měsíc, nebude občan platit žádné poplatky za zdravotní péči za měsíc.

Švédsko

Poplatky za zdravotní péči ve Švédsku se liší v různých krajích či obcích. Obecně lze ale říci, že poplatky účtované jednotlivými okresy jsou velmi podobné.

Pokud je občan hospitalizován, bude mu účtován denní poplatek, který podle zákona nesmí překročit 100 SEK (= 300 Kč). Vyšetření u lékaře stojí 100 – 300 SEK (= 300 až 900 Kč). Poplatek za schůzku u gynekologa či pediatra je stanoven na 200 – 350 SEK (= 600 až 1.050 Kč). Návštěva pohotovosti stojí 220 – 400 SEK (=660 až 1.200 Kč). [47]

Ve Švédsku ovšem existuje pro občany tzv. ochrana „High-cost“, což znamená, že částka, kterou občan zaplatí za zdravotní péči je předmětem „stropu“. Stropem je označován limit, který nesmí být za platby překročen. Je to tzv. ochrana před vysokými náklady a je určena v každém kraji stejným způsobem.

Ochrana „High-cost“ zaručuje, že občan nebude platit více než 1.100 SEK (= 3.300 Kč) po dobu dvanácti měsíců. Když tento limit občan překročí, dostane zdarma potvrzení, že po zbytek měsíců nemusí nic platit.

Ochrana „High-cost“ se většinou ovšem netýká těchto služeb: [47]

- poplatek za jeden den hospitalizace,
- očkování,
- kopií zdravotnické dokumentace,
- péče o chrup.

Ve Švédsku poplatky za zdravotní péči neplatí děti a mladiství do 20 let.

Průměrná roční mzda ve Švédsku činí 287.294 SEK, což je v přepočtu zhruba 861.882 Kč. [16] Měsíční průměrný příjem ve Švédsku dosahuje tedy výše 71.824 Kč.

Spojené státy americké

Ve Spojených státech si každý občan, který nespadá do některého ze zdravotnických programů, musí hradit zdravotní pojištění sám. Pokud občan nevlastní zdravotní pojištění, musí zažádat o osvobození od zdravotního pojištění nebo zaplatit poplatek. Existují dvě možnosti poplatku, vždy je pro konkrétní osobu vybrán ten dražší. V roce 2015 jsou poplatky následující: [15]

- ✓ 2 % z příjmů domácností za rok, nebo
- ✓ 325 dolarů na osobu za rok (162,5 dolarů za dítě mladší 18 let).

Pro rok 2016 se plánuje zvýšení, a to na:

- ✓ 2,5 % z příjmů domácností za rok, nebo
- ✓ 695 dolarů na osobu za rok.

Ve Spojených státech činí průměrná roční mzda 47.650 dolarů (= 1.226.272,75 Kč). [16]
Měsíční průměrná mzda tedy činí *102.189 Kč*.

Pro zjištění, kolik činí v průměru zdravotní pojištění v USA pro jednotlivého občana, byla použita online kalkulačka zdravotního pojištění u společnosti **United HealthCare Services, Inc.** [22]

Sestavení plánu zdravotního pojištění se skládá ze třech snadných kroků. V prvním kroku je potřeba zadat věk a poštovní směrovací kód. Ve druhém kroku je potřeba vyplnit pohlaví, datum narození, roční příjem, a zda je občan kuřák či nekuřák. Občan může zadat i další osoby, které s ním žijí v jedné domácnosti. V závěru mu bude nabídnuto více plánů zdravotního pojištění.

Příklad byl vyhotoven na ženě ve věku 25 let, bydlící v New Yorku a s průměrným ročním příjmem 47.650 dolarů. Žena je kuřačka. Této osobě bylo nabídnuto 10 plánů zdravotního pojištění. Nejnižší částka za zdravotní pojištění vyšla na 279,72 dolarů (= 7.199 Kč) za měsíc. Nejdražší zdravotní pojištění vyšlo na 950,59 dolarů (= 24.463 Kč). Jen z těchto sum za zdravotní pojištění je jasné, že zdravotní pojištění a zdravotní péče je ve Spojených státech drahá.

Závěr

Ze všech třech států mají občané v České republice nejnižší poplatky a platby za zdravotní péči. Z výsledků je patrné, že i přes to, že je Švédsko sociální zemí, jsou

poplatky v porovnání s Českou republikou mnohem vyšší. Vychází se z toho, že i když je průměrná měsíční mzda ve Švédsku téměř 3x větší než průměrná měsíční mzda v České republice, tak poplatek za návštěvu pohotovosti je v České republice 7x menší než ve Švédsku. S přihlédnutím také k tomu, že ve Švédsku existují další poplatky, které byly v České republice zrušeny. Spojené státy americké jsou zcela jiná kapitola. Nejenže nemají občané k dispozici veřejné zdravotní pojištění, ale soukromé pojištění je předražené a spousta Američanů si své vlastní zdravotní pojištění nemohou dovolit, tím pádem vydají za zdravotní péči daleko více než občané v ostatních zemích.

8 Zhodnocení zdravotnických systémů

Pro porovnání zdravotnických systémů v České republice, ve Švédsku a ve Spojených státech amerických bylo použito mnoho indikátorů a ukazatelů kvality zdravotní péče. Následující tabulka popisuje shrnutí již zmíněných ukazatelů za jednotlivé země.

Tab. č. 6: Závěrečné zhodnocení zdravotnických systémů

Ukazatel	Stát			Nejlepší?
	ČR	Švédsko	USA	
výdaje na zdravotnictví z HDP (v %)	7,5	9,6	16,9	ČR
výdaje na léky z celkových výdajů (v %)	21,1	11,6	11,5	USA
počet lékařů (na 1 000 obyvatel)	3,7	3,17	31,37	USA
počet zdravotních sester (na 1 000 obyvatel)	8,1	16,5	11,1	Švédsko
počet lůžek v nem. (na 1 000 obyvatel)	6,7	2,6	2,89	ČR
počet zdrav. přístrojů (na 1 mil. obyvatel)	7	6,8	34,5	USA
průměrná délka pobytu v nemocnici (dny)	6,6	5,6	4,9	USA
střední délka života při narození (v letech)	78,2	81,8	78,4	Švédsko
střední délka života ve věku 65 u žen	19,2	21,2	20,3	Švédsko
střední délka života ve věku 65 u mužů	15,7	18,5	17,7	Švédsko
kojenecká úmrtnost (na 1 000 nar. dětí)	2,6	2,6	6,17	ČR, Švédsko
smrt způsobená rakovinou (na 100 tis. obyv.)	237	188	205	Švédsko
veřejné zdravotní pojištění	ano	ano	ne	ČR, Švédsko
náklady pro občany (poplatky, platby)	nízké	střední	vysoké	ČR

Zdroj: vlastní zpracování, 2015

Srovnáním těchto ukazatelů je zjištěno, že ve většině z nich vykazuje „nejlepší“ výsledky Švédsko a jeho zdravotnický systém. Nejdůležitějším ukazatelem pro srovnání je hodnota výdajů na zdravotnictví. Z tabulky je patrné, že nejlépe dopadla Česká republika, ovšem mezi ní a Švédskem není tak velký rozdíl. Z výsledných hodnot těchto ukazatelů je tedy patrné, že švédský zdravotnický systém se stává nejeftivnějším.

Všichni občané ve Švédsku mají rovný přístup ke zdravotní péči na základě velké míry decentralizovaného systému. Náklady ve zdravotnictví jsou poměrně stabilní a na stejné úrovni jako ve většině ostatních členských zemí OECD.

Odpovědnost za poskytování zdravotní péče je přenesena na krajské rady a obce. Politici ve Švédsku uvádějí, že každý kraj musí poskytnout obyvatelům kvalitní zdravotní a lékařskou péči a pracovat na podpoře dobrého zdraví pro celou populaci. Obce ve Švédsku jsou zodpovědné za péči o seniory v domácnosti nebo ve speciálních ústavech. Mezi jejich povinnosti patří péče o osoby se zdravotním postižením nebo psychickými poruchami a poskytování podpory a služeb lidem propuštěným z nemocniční péče. [18]

Větší mobilita občanů Evropské unie zvýšila potřebu spolupráce v oblasti zdraví a zdravotní péče. Švédsko se aktivně zapojuje do spolupráce pro specializovanou péči, zlepšení bezpečnosti pacientů a zvýšení vlivu pacienta.

Švédsko se také snaží zlepšit čekací dobu na vyšetření u praktických doktorů a specialistů. Žádný občan by neměl čekat více než 7 dní na ošetření u praktického lékaře od konzultace s ním. Stejně tak by neměl čekat více než 90 dní na vyšetření u specialisty nebo na operaci. Pokud je doba delší, je nabídnuta pacientovi léčba jinde a náklady hradí příslušný kraj.

Počet lékařů není ve Švédsku nijak vysoký, je to ovšem způsobeno tím, že mnoho lékařů ve Švédsku nepochází z této země. Mnoho studentů přijíždí do Švédska za studiem lékařství a zůstávají v této zemi i po ukončení studia. S počtem zdravotních sester je na tom Švédsko mnohem lépe, převážně v počtu porodních asistentek. Švédsko již dlouhou dobu cvičí profesionální porodní asistentky. Výzkum, který byl proveden ve Švédsku, ukazuje, že tento fakt vedl k výraznému snížení úmrtnosti u žen při porodu. [18] I díky tomu patří v současné době kojenecká úmrtnost ve Švédsku mezi nejnižší na světě. Švédská porodní péče je často vyzdvihována jako úspěšná v mezinárodním měřítku.

System zdravotní péče ve Švédsku by i sama autorka prohlásila za nejlepší v porovnání se Spojenými státy a Českou republikou, i přes to, že i tento zdravotnický systém má své chyby, jako jsou například vysoké poplatky za zdravotní péči, nedostatek lékařů či menší vybavenost přístroji v nemocnicích a ordinacích.

Česká republika dosahuje v tomto porovnání nejnižších nákladů ve zdravotnictví a pohybuje se stejně jako Švédsko v průměru ostatních členských států OECD. Horších výsledků dosahuje ve výdajích za léky, které jsou hodně vysoké a jsou nad průměrem ostatních států. Nejdůležitějším faktem po finanční stránce je nejnižší hodnota poplatků a plateb ve zdravotnictví. Česká republika má také největší počet lůžek v nemocnicích.

Organizace HealthCare Institute ve spolupráci s výzkumnou agenturou Ipsos provedla minulý rok speciální výzkum mezi 3 řediteli zdravotních pojišťoven a 72 řediteli nemocnic. Cílem průzkumu bylo zjistit kvalitu a dostupnost zdravotní péče, lidské zdroje, finance, hodnocení nemocnic a koncepci zdravotnického systému jako celku.

Většina dotázaných ředitelů považují český zdravotnický systém v celoevropském srovnání za kvalitní, i přes to, že systém má velkou vnitřní rezervu. Zlepšení by mělo proběhnout hlavně v ambulantní péči. Ředitelé nemocnic (80 %) vidí určité možnosti, jak zlepšit kvalitu zdravotní péče.

Michal Kudernatsch, ředitel agentury Ipsos, uvedl: *„Důvěra v kvalitu zdravotního systému v České republice je evidentní a můžeme říci, že i dlouhodobá. Pozitivním zjištěním je, že jak ředitelé nemocnic, tak představitelé zdravotních pojišťoven preferují zavedení hlubších tržních principů do zdravotního systému. To přináší mimo jiné větší možnosti participace pacientů, možnost připojištění, rozlišení standardní vs. nadstandardní péče, a tím i větší možnost konkurence zdravotních pojišťoven.“* [10]

Názor mezi řediteli zdravotních pojišťoven a řediteli nemocnic se liší v názoru na financování. Většina ředitelů nemocnic, tedy 74 % si myslí, že úhrady pojišťoven jsou nedostatečné, zatímco ředitelů zdravotních pojišťoven jsou přesvědčeni, že úhrady jsou dostatečné.

V personální oblasti dochází ke zvýšení obav jak v otázce fluktuace zaměstnanců, tak v otázce jejich nedostatku. Nedostatek lékařů pociťuje až 66 % nemocnic a každá třetí nemocnice trpí nedostatkem zdravotních sester, což je patrné i z výsledků porovnání třech popsaných zdravotnických systémů.

I když Česká republika bojuje s nedostatkem zdravotnického personálu, její výsledky ve srovnání nejsou špatné. V oblasti všech finančních ukazatelů skončila dokonce na nejlepším místě, což je v současnosti to nejdůležitější pro efektivitu zdravotnických systémů.

Spojené státy americké patří mezi nejvyspělejší země na světě a spousta politiků v USA tvrdí, že mají tu nejlepší zdravotní péči na světě, a proto je tak drahá. Podle posledních průzkumů Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) utratí průměrně každý občan v USA kolem 8.233 dolarů za zdravotní péči za rok, což je v přepočtu asi 211.000 Kč.

Ve Spojených státech jsou největší výdaje ve zdravotnictví, dokonce dvakrát takové než v jiných vyspělých zemích. Střední délky života, ať už při narození či ve věku 65 let, vzrostly za posledních deset let, ovšem v ostatních vyspělých zemích vzrostly o daleko více. Nepříliš dobře si USA vede i v kojenecké úmrtnosti, která je jedna z největších mezi členskými státy OECD.

Na druhou stranu jsou Spojené státy světovou jedničkou v oblasti výzkumu a léčby rakoviny. Doba přežití s rakovinou prsu či rakovinou tlustého střeva je ve Spojených státech vyšší než v jiných členských státech OECD.

Spojeným státům americkým nevyšly všechny ukazatele nejhůře. Ovšem nejdůležitějším ukazatelem je výše výdajů ve zdravotnictví a Spojené státy americké mají obzvláště vysoké náklady ve zdravotnictví. V dnešní době je ve všech státních sektorech nejdůležitější finanční stránka a v této oblasti USA pokulhává.

9 Závěr

Tématem této diplomové práce bylo „Zdravotnictví a jeho postavení ve veřejném sektoru.“ Část o České republice byla vytvořena pomocí vybraných odborných literárních zdrojů. Další části byly zpracovány za pomoci příslušných internetových odkazů, analýzou dat a grafů a následnou komparací systémů.

Cílem práce bylo popsat tři vybrané zdravotnické systémy, porovnat je a nakonec zhodnotit výsledky komparace a pokusit se určit, který z těchto systémů vykazuje lepší výsledky.

Práce začíná teoretickým vymezením zdravotnických systémů všech třech států, jejich historií a současností, jejich problémy a reformami. Je velice obtížné určit, který zdravotnický systém je „nejlepší“, jelikož na zdravotnické systémy působí mnoho faktorů a v každé zemi jsou tyto faktory rozdílné. Z tohoto důvodu je v práci použit větší počet ukazatelů, které měří kvalitu, ale i efektivitu daného zdravotnického systému.

Výsledek komparace nemůže být zcela jednoznačný, ale největší počet ukazatelů určuje švédský zdravotnický systém jako nejlepší. Mezi tyto ukazatele patří např. počet zdravotních sester, střední délka života při narození, střední délka života ve věku 65 let u žen i u mužů, kojenecká úmrtnost nebo nízký počet úmrtí způsobený rakovinou.

I přesto, že nemá Švédsko nejnižší výdaje ve zdravotnictví, stále se pohybuje v průměru ostatních členských států OECD, a proto je zdravotnický systém ve Švédsku považován za efektivní. Možným doporučením pro švédský zdravotnický systém by bylo zvýšení počtu lékařů. V tomto ohledu je možné se inspirovat ve výcviku tamějších zdravotních sester.

Česká republika také patří mezi zdravotnické systémy, které jsou kvalitní, převážně v otázkách financování. Směry, které by měla Česká republika zlepšit, jsou nadprůměrné náklady za léky. Z finančního hlediska by se mělo více investovat do zdravotnického vybavení, které není na dobré úrovni. S tím souvisí i vysoký počet úmrtí na rakovinu. S větším počtem přístrojů by mohlo docházet k většímu počtu vyšetření a případné léčbě možné nemoci.

Pro Spojené státy americké je dle názoru autorky nezbytné, aby bylo dosaženo většího počtu pojištěných osob. Dosáhlo by se prodloužení střední délky života a snížení

sociálních rozdílů. Stejný přístup ke zdravotní péči u všech občanů by zvýšil včasné diagnostikování nemocí, což by snížilo náklady na zdravotní péči.

Cílem každého státu by mělo být efektivní využívání finančních prostředků ve zdravotnictví a zajišťování kvalitní zdravotní péče pro všechny občany.

Seznam tabulek

Tab. č. 1: Výdaje na zdravotnictví v letech 1990 - 2000.....	14
Tab. č. 2: Rozdíly mezi zdravotnickými systémy	19
Tab. č. 3: Přehled sazeb pojištění.....	27
Tab. č. 4: Přehled zdravotních pojišťoven v České republice	30
Tab. č. 5: Počet vyšetření na přístroji pro MR.....	65
Tab. č. 6: Závěrečné zhodnocení zdravotnických systémů	75

Seznam obrázků

Obr. č. 1: Výdaje na zdravotnictví v letech 1990 – 2000 v mil. Kč.....	14
Obr. č. 2: Úloha a význam zdravotní politiky.....	16
Obr. č. 3: Organizace zdravotnického systému v České republice.....	21
Obr. č. 4: Subjekty financování zdravotnických služeb.....	24
Obr. č. 5: Výdaje na zdravotnictví z HDP (v %).....	55
Obr. č. 6: Hrubý domácí produkt (v mld. dolarů).....	56
Obr. č. 7: Výdaje na léky z celkových výdajů na zdravotnictví (v %).....	57
Obr. č. 8: Počet lékařů (na 1 000 obyvatel).....	58
Obr. č. 9: Počet zdravotních sester (na 1 000 obyvatel).....	60
Obr. č. 10: Počet nemocničních lůžek (na 1 000 obyvatel).....	62
Obr. č. 11: Počet přístrojů pro MR (na 1 000 000 obyvatel).....	64
Obr. č. 12: Průměrná délka pobytu v nemocnici (ve dnech).....	65
Obr. č. 13: Střední délka života (v letech).....	67
Obr. č. 14: Střední délka života u žen ve věku 65 let.....	67
Obr. č. 15: Střední délka života u mužů ve věku 65 let.....	68
Obr. č. 16: Kojenecká úmrtnost (na 1 000 živě narozených dětí).....	69
Obr. č. 17: Počet úmrtí na rakovinu (na 100 000 obyvatel).....	70

Seznam použitých zkratk

ČSÚ	Český statistický úřad
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
RTG	Rentgen
SEK	Švédská koruna
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik
SZÚ	Státní zdravotnický ústav
USA	Spojené státy americké
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam použité literatury

- [1] GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2005. ISBN 80-7226-996-8.
- [2] JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
- [3] PEKOVÁ, Jitka, PILNÝ, Jaroslav a JETMAR, Marek. *Veřejný sector – řízení a financování*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. ISBN 978-80-7357-936-4.
- [4] Přednáška “*Financování zdravotnictví ČR*”, MuDr. Andrea Suchánková. Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva. 3. lékařská fakulta. Univerzita Karlova v Praze.
- [5] Přednáška “*Zdravotnické systémy*”, PhDr. Helena Hnilicová, Ph.D. Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva. 1. lékařská fakulta. Univerzita Karlova v Praze.
- [6] REKTOŘÍK, Jaroslav. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, 2002. ISBN 80-86119-60-2.
- [7] Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstva a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, § 10, odstavec 1, v platném znění.
- [8] Zákon č. 218/1925 Sb., o zřízení, působnosti o organizaci Státního zdravotního ústavu republiky Československé, § 2, v platném znění.

Seznam použitých internetových adres

- [9] *About the OECD*. [online] The Organisation for Economic co-operation and Development, 2015 [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/about/>
- [10] *Barometr českého zdravotnictví*. [online] Ipsos, 2014 [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: http://www.ipsos.cz/public/media/tiskove_zpravy/Tiskov%C3%A1%20zpr%C3%A1va%20HCI_Ipsos_KB_11_06_2014.pdf
- [11] *Činnost oboru radiologie a zobrazovacích metod*. [online] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/40_12.pdf

- [12] *Deaths from cancer*. [online] The Organisation for Economic co-operation and Development, 2015 [cit. 2015-03-18]. Dostupné z: <http://data.oecd.org/healthstat/deaths-from-cancer.htm#indicator-chart>
- [13] *Délka života v jednotlivých krajích*. [online] Deník, 2013 [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: http://www.denik.cz/z_domova/delka-zivota-se-v-jednotlivych-krajich-lisi-a-to-i-o-par-let-20130924.html
- [14] *Doctors*. [online] The Organisation for Economic co-operation and Development, 2015 [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart>
- [15] *Fees and exemptions*. [online] HealthCare, 2015 [cit. 2015-03-25]. Dostupné z: <https://www.healthcare.gov/fees-exemptions/fee-for-not-being-covered/>
- [16] *Finance*. [online] Firemní finance, 2015 [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: <http://firmy.finance.cz/zpravy/finance/382920-prumerna-mzda-v-zemich-oecd-za-rok-2012/>
- [17] *Gross domestic product*. [online] The World Bank, 2015 [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD>
- [18] *Health care in Sweden*. [online] Sweden, 2015 [cit. 2015-03-25]. Dostupné z: <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>
- [19] *Health care in the United States*. [online] National Economic & Social Rights Initiative, 2015 [cit. 2015-02-25]. Dostupné z: <http://www.nesri.org/programs/health-care-in-the-united-states>
- [20] *Health care Systems: Sweden & Localism*. [online] Civitas, 2013 [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/SwedenBrief2013>
- [21] *Health care Systems: The USA*. [online] Civitas, 2013 [cit. 2015-02-27]. Dostupné z: <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/USABrief.pdf>
- [22] *Health insurance plan*. [online] UnitedHealthCare, 2015 [cit. 2015-03-25]. Dostupné z: www.uhc.com
- [23] *Health spending*. [online] The Organisation for Economic co-operation and Development, 2015 [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>

- [24] *Hospital beds*. [online] The Organisation for Economic co-operation and Development, 2015 [cit. 2015-03-06].
Dostupné z: <http://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>
- [25] *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR*. [online] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/nemocnice
- [26] *How much money doctors actually make*. [online] Business Insider, 2015 [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: <http://www.businessinsider.com/how-much-salary-does-a-doctor-make-2014-4>
- [27] *Infant mortality rates*. [online] The Organisation for Economic co-operation and Development, 2015 [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: <http://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm#indicator-chart>
- [28] *Infant mortality rates in U.S.* [online] The Washington Post, 2014 [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <http://www.washingtonpost.com/blogs/wonkblog/wp/2014/09/29/our-infant-mortality-rate-is-a-national-embarrassment/>
- [29] *Informace o VZP ČR*. [online] Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2015 [cit. 2015-02-17]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas>
- [30] *Information about Commonwealth Fund*. [online] The Commonwealth Fund, 2015 [cit. 2015-02-27]. Dostupné z: <http://www.commonwealthfund.org/about-us>
- [31] *Lékárny a lékařská péče*. [online] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015 [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/lekarny-lekarska-pece>
- [32] *Length of hospital stay*. [online] The Organisation for Economic co-operation and Development, 2015 [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm#indicator-chart>
- [33] *Life expectancy at birth*. [online] The Organisation for Economic co-operation and Development, 2015 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: <http://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm>

- [34] *Life expectancy at 65*. [online] The Organisation for Economic co-operation and Development, 2015 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: <http://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm#indicator-chart>
- [35] *Life expectancy in U.S.* [online] Huffpost Healthy Living, 2015 [cit. 2015-03-12]. Dostupné z: http://www.huffingtonpost.com/2013/11/21/us-life-expectancy-oecd_n_4317367.html
- [36] *Magnetic resonance imaging exams*. [online] The Organisation for Economic co-operation and Development, 2015 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: <http://data.oecd.org/healthcare/magnetic-resonance-imaging-mri-exams.htm>
- [37] *Magnetic resonance imaging units*. [online] The Organisation for Economic co-operation and Development, 2015 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: <http://data.oecd.org/healthqt/magnetic-resonance-imaging-mri-units.htm#indicator-chart>
- [38] *Minimální měsíční záloha u OSVČ*. [online] CFO world, 2015 [cit. 2015-02-16]. Dostupné z: <http://cfoworld.cz/ostatni/v-roce-2015-ceka-na-osvc-narust-minimalni-mesicni-zalohy-na-socialnim-zabezpeceni-a-zdravotnim-pojisteni-3393>
- [39] *Mirror, Mirror on the Wall*. [online] The Commonwealth Fund, 2014 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>
- [40] *Mladí lékaři v ČR*. [online] Blesk, 2014 [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: <http://www.blesk.cz/clanek/live-zpravy/270376/nemecek-chce-v-cr-udrzet-mlade-lekare-slibil-rust-platu-o-3-5-pct.html>
- [41] *Nemocnice v České republice*. [online] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015 [cit. 2015-03-06]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/nemocnice>
- [42] *Nurses*. [online] The Organisation for Economic co-operation and Development, 2015 [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>
- [43] *Nurse Salary in Sweden*. [online] Indeed, 2015 [cit. 2015-03-06]. Dostupné z: <http://www.indeed.com/salary/q-Nurse-l-Sweden,-ME.html>

- [44] *Nursing in the U.S.A.* [online] Nursezone, 2015 [cit. 2015-03-06]. Dostupné z: <http://www.nursezone.com/International/nursing-in-us.aspx>
- [45] *O ministerstvu.* [online] Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015 [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/o-ministerstvu_841_1.html
- [46] *O společnosti.* [online] Česká asociace sester, 2008 [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/o-spolecnosti/>
- [47] *Patient Fees.* [online] 1177, Vardguiden, 2015 [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: <http://www.1177.se/Other-languages/Engelska/Regler-och-rattigheter/Patientavgifter/>
- [48] *Pharmaceutical spending.* [online] The Organisation for Economic co-operation and Development, 2015 [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#indicator-chart>
- [49] *Praktičtí lékaři pro dospělé.* [online] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015 [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/prakticti-lekari-pro-dospele>
- [50] *Regulační poplatky.* [online] Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015 [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zakladni-typy-regulacnich-poplatku_2629_22.html
- [51] *Sweden – Health system review.* [online] World Health Organization, 2015 [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf
- [52] *United States Cancer Statistics.* [online] Centers for Disease Control and Prevention, 2015 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://apps.nccd.cdc.gov/uscs/>
- [53] *Veřejné zdravotní pojištění.* [online] Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015 [cit. 2015-02-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zdravotni-pece-hrazena-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni_2628_22.html
- [54] *Vývoj obyvatelstva ČR.* [online] Český statistický úřad, 2015 [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vyvoj_obyvatelstva_ceske_republiky_v_roce_2012_zakladni_udaje

[55] *Working in Sweden*. [online] Going International, 2015 [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: http://www.goinginternational.eu/pdfs/countryreports/eb_05.pdf

[56] *Z domova*. [online] Mladá fronta, a. s., 2015 [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/v-cr-ubylo-umrti-na-rakovinu-v-roce-2011-jich-bylo-27-171-477119>

[57] *Zdravotní pojišťovny*. [online] Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015 [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html

[58] *Změny regulačních poplatků*. [online] Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2015 [cit. 2015-02-20]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky/regulacni-poplatky-prehled-zmen-k-1-1-2015>

Seznam příloh

Příloha A: Mezinárodní srovnání zdravotnictví vybraných států

Příloha A












Mezinárodní srovnání zdravotnictví vybraných států

(Zdroj: *Mirror, Mirror on the Wall*. [online] *The Commonwealth Fund*, 2014 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>)

EXHIBIT ES-1. OVERALL RANKING

COUNTRY RANKINGS

Top 2*
Middle
Bottom 2*

											
	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING (2013)	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
Quality Care	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Effective Care	4	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Safe Care	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Coordinated Care	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Patient-Centered Care	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
Access	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Cost-Related Problem	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Timeliness of Care	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
Efficiency	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
Equity	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
Healthy Lives	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11
Health Expenditures/Capita, 2011**	\$3,800	\$4,522	\$4,118	\$4,495	\$5,099	\$3,182	\$5,669	\$3,925	\$5,643	\$3,405	\$8,508

Notes: * Includes ties. ** Expenditures shown in SUs PPP (purchasing power parity); Australian \$ data are from 2010.

Source: Calculated by The Commonwealth Fund based on 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults; 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians; 2013 International Health Policy Survey; Commonwealth Fund National Scorecard 2011; World Health Organization; and Organization for Economic Cooperation and Development, *OECD Health Data*, 2013 (Paris: OECD, Nov. 2013).

Abstrakt

BROŽOVÁ, L. *Zdravotnictví a jeho postavení ve veřejném sektoru*. Diplomová práce. Plzeň: Fakulta ekonomická ZČU v Plzni, 90 s., 2015

Klíčová slova: zdravotní péče, zdravotní systém, zdravotnictví, veřejný sektor, Česká republika, Švédsko, Spojené státy americké

Diplomová práce se zabývá zdravotními systémy České republiky, Švédska a Spojených států amerických. Cílem práce je popsat a srovnat všechny tyto systémy a vyhodnotit, který z nich je „nejlepší“. V první části práce jsou popsány základní pojmy ve zdravotnictví a také zdravotní systém České republiky. Druhá část obsahuje popis zdravotních systémů Švédska a Spojených států amerických. Hlavní část práce je kapitola, kde jsou všechny tyto systémy srovnány pomocí jednotlivých ukazatelů kvality a efektivity. Práce je zakončena zhodnocením všech zdravotních systémů.

Abstract

BROŽOVÁ, L. *Health service and its position in the public sector*. Master thesis. Pilsen: Faculty of economics University of West Bohemia in Pilsen, 90 s., 2015

Key words: health care, health care system, health service, public sector, The Czech republic, Sweden, The United states of America

The master thesis deals with the health care systems of Czech Republic, Sweden and the United States of America. The goal of this thesis is to describe and compare all these systems and evaluate which systems is „the best“. The first section describes the basic concepts of health care and health care system in the Czech Republic too. The second part contains a description of the health care systems of Sweden and the United States of America. The main part is the section where these systems are compared using various indicators of quality and efficiency. The thesis is finished with evaluation of health care systems.