

# **Ekonomické srovnání zdravotnictví České republiky, Velké Británie a Spojených států amerických**

Alena Tománková

---

Bakalářská práce  
2010

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky  
Ústav podnikové ekonomiky  
akademický rok: 2009/2010

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena TOMÁNKOVÁ**  
Osobní číslo: **M06308**  
Studijní program: **B 6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Management a ekonomika**

Téma práce: **Ekonomické srovnání zdravotnictví České republiky,  
Velké Británie a Spojených států amerických**

Zásady pro vypracování:

## Úvod

### I. Teoretická část

- Provedte literární rešerši a zpracujte teoretické poznatky týkající se managementu a ekonomiky zdravotnictví.
- Prostudujte metodologii výzkumu ve zdravotnictví.

### II. Praktická část

- Na základě vhodně zvolených analytických postupů srovnajte zdravotnictví České republiky s Velkou Británií a Spojenými státy americkými.
- Ohodnoťte přednosti a nedostatky zdravotnictví v jednotlivých zemích a proveďte doporučení pro vylepšení situace v České republice.

## Závěr

Rozsah bakalářské práce: **cca 40 stran**  
Rozsah příloh:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

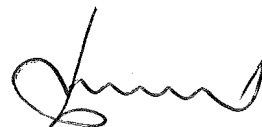
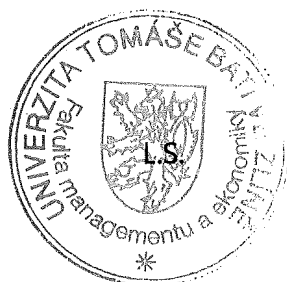
- [1] DOLANSKÝ, H. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9.  
[2] GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.  
[3] JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.  
[4] REKTOŘÍK, J. a kol. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. 2. vyd. Praha: Ekopress, s. r. o., 2007. 310 s. ISBN 978-80-86929-29-3.  
[5] VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7254-997-9.  
[6] ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Lucie Sára Závodná**  
Ústav podnikové ekonomiky  
Datum zadání bakalářské práce: **6. dubna 2010**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **21. května 2010**

Ve Zlíně dne 6. dubna 2010



doc. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková  
*děkanka*



prof. Ing. Jiří Polách, CSc.  
*ředitel ústavu*

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně ..10.5.2010

.....  
.....  
.....

---

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě*

*pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

*3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

*3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce hodnotí stav českého zdravotnictví a srovnává jej se zdravotnictvím Spojených států amerických a Spojeného království Velké Británie a Severního Irsku. V teoretické části jsou popsány základní pojmy, zdravotnické systémy, specifika ekonomiky zdravotnictví, problematika zachycení finančních toků ve zdravotnictví, metodologie výzkumu a statistické ukazatele ve zdravotnictví. V praktické části jsou pak porovnávány hodnoty vybraných ukazatelů v jednotlivých zemích. Tato srovnání umožňují posoudit přednosti a nedostatky zdravotnictví v analyzovaných zemích a na jejich základě jsou pak formulována doporučení pro Českou republiku.

Klíčová slova: Veřejné zdravotnictví, Zdravotnické systémy, Ekonomika zdravotnictví, Financování zdravotnictví, Metodologie výzkumu a zdroje informací ve zdravotnictví

## **ABSTRACT**

The Bachelor Thesis analyses the situation of the Czech health care and compares it with the ones of the United States of America and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. In the theoretical part are described the basic terms, health care systems, the specifics of health care economy, the issue of recording financial flows in health, the methodology of research and statistical indicators in health care. In the practical part are compared the values of selected indicators in specific countries. These comparisons enable an assessment of the strengths and weaknesses of the health care systems in the analyzed countries and on account of that are the recommendations for the Czech Republic formulated.

Keywords: Public health care, Health care systems, Health care economy, Health care financing, Methodology of research and informational sources in health care.

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí práce Ing. Lucii Sáře Závodné za rady, připomínky a čas, který věnovala konzultacím. Dále chci poděkovat rodině a přátelům, kteří mi při studiu vždy byli oporou. Děkuji.

*Motto:*

*„I myšlení občas škodí zdraví.“*

*Aristoteles ze Stageiry*

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>14</b>
1.1 CHARAKTERISTIKA .....	14
1.2 ZÁKLADNÍ POJMY .....	15
1.2.1 Zdraví .....	15
1.2.2 Veřejné zdraví .....	15
1.2.3 Zdravotnictví .....	15
1.2.4 Péče o zdraví .....	15
1.2.5 Prevence .....	15
1.2.6 Zdravotnické služby .....	16
1.3 VZNIK A VÝVOJ .....	17
<b>2 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY</b> .....	<b>19</b>
2.1 TRŽNÍ MODEL (LIBERÁLNÍ) .....	20
2.2 STÁTNÍ MODEL .....	21
2.3 NÁRODNÍ ZDRAVOTNÍ SLUŽBA – NATIONAL HEALTH SERVICE .....	22
2.4 MODEL ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ S VÍCE ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI.....	23
<b>3 EKONOMIKA ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>25</b>
3.1 ÚLOHA STÁTU .....	25
3.2 EKONOMICKÉ ASPEKTY PÉČE O ZDRAVÍ .....	26
3.2.1 Náklady .....	26
3.2.2 Výnosy.....	27
3.3 EKONOMICKÉ ASPEKTY ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB.....	27
3.3.1 Poptávka.....	27
3.3.2 Nabídka .....	28
<b>4 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>29</b>
4.1 VÝDAJE VE ZDRAVOTNICTVÍ PODLE ZDROJŮ FINANCOVÁNÍ .....	29
4.1.1 Vládní instituce .....	29
4.1.2 Soukromý sektor .....	29
4.1.3 Ostatní svět.....	29
4.2 VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ PODLE DRUHŮ PÉČE.....	30
4.3 CELKOVÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ PODLE TYPY POSKYTOVATELE .....	30
<b>5 METODOLOGIE VÝZKUMU A ZDROJE INFORMACÍ VE VEŘEJNÉM ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>31</b>



5.1	EPIDEMIOLOGIE A HYGIENA.....	31
5.2	INFORMATIKA.....	31
5.3	SOCIOLOGIE.....	32
5.4	DEMOGRAFIE.....	32
<b>6</b>	<b>STATISTICKY SLEDOVANÉ UKAZATELE.....</b>	<b>33</b>
6.1	ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU POPULACE A JEHO VÝVOJI: .....	33
6.2	ÚDAJE O DETERMINANTECH ZDRAVÍ, HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍCH RIZIK: .....	33
6.3	ÚDAJE O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE: .....	33
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>36</b>
<b>7</b>	<b>ANALÝZA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, SPOJENÝCH STÁTŮ AMERICKÝCH A SPOJENÉHO KRÁLOVSTVÍ VELKÉ BRITÁNIE A IRSKA.....</b>	<b>37</b>
7.1	VÝDAJE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	37
7.1.1	Struktura výdajů ve zdravotnictví .....	37
7.1.2	Vývojové trendy výdajů ve zdravotnictví .....	40
7.1.3	Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP .....	40
7.1.4	Výdaje na zdravotnictví v paritě kupní síly.....	42
7.2	VYBAVENOST A LIDSKÉ ZDROJE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	43
7.2.1	Počet zdravotnických pracovníků a nemocničních lůžek.....	43
7.2.2	Technická vybavenost .....	44
7.3	OBJEM POSKYTOVANÝCH SLUŽEB VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	44
7.3.1	Počet konzultací s lékařem.....	45
7.3.2	Průměrná délka pobytu v nemocnicích .....	46
7.4	ÚMRTNOST V RANÉM VĚKU .....	47
7.4.1	Kojenecká úmrtnost.....	47
7.4.2	Úmrtnost dětí to pěti let.....	47
7.5	STÁRNUTÍ POPULACE.....	48
7.5.1	Pravděpodobnost dožití, počet porodů a úmrtí .....	48
7.5.2	Současný stav a prognózy vývoje populace nad 60 let.....	49
7.6	CHRONICKÉ CHOROBY.....	51
7.6.1	Akutní infarkt myokardu (AIM).....	51
7.6.2	Cévní mozková příhoda (CMP) .....	51
7.6.3	Nádorová onemocnění.....	52
7.6.4	Onemocnění dýchacího ústrojí.....	53
7.6.5	Diabetes mellitus (DM).....	53
7.7	RIZIKOVÉ FAKTORY .....	54
7.7.1	Kouření.....	54
7.7.2	Alkohol.....	55
7.7.3	Obezita a nadváha .....	56
<b>8</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO ČESKOU REPUBLIKU.....</b>	<b>58</b>
<b>9</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>61</b>

<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>63</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>70</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>72</b>

## ÚVOD

Ke zdravotnictví mám velmi blízko díky svému předchozímu vzdělání. Vystudovala jsem totiž střední zdravotnickou školu, kde jsem měla možnost z blízka poznat různá nemocniční, ambulantní, laboratorní a sociální zařízení. O situaci ve zdravotnictví se dlouhodobě zajímám, i když nyní už z jiného úhlu pohledu.

V mé práci je nejdříve charakterizováno veřejné zdravotnictví a popsány obecné pojmy, které do něj spadají. Dále je teoretická část věnována jeho vzniku, vývoji a popisu současných systémů.

Samozřejmě zde nechybí kapitola zaměřená na ekonomiku, kde jsou definovány základní ekonomické pojmy jako náklady, výnosy, nabídka a poptávka ve zdravotnickém prostředí. Pozornost je zaměřena i na úlohu státu, v jehož ekonomickém zájmu je co nejlepší zdravotní stav obyvatel. Na ekonomiku navazuje kapitola s názvem financování zdravotnictví, orientovaná na problematiku přehledného a srovnatelného zachycení finančních toků ve zdravotnictví.

Důležité jsou také závěrečné oddíly teoretické části, které přibližují metodologii výzkumu ve zdravotnictví, zdroje informací a statistické ukazatele, sloužící k hodnocení zdravotnictví.

V praktické části je pomocí vybraných údajů a ukazatelů srovnáno zdravotnictví České republiky nejen se Spojenými státy americkými a Spojeným královstvím Velké Británie a Severního Irska, ale také se zeměmi OECD, případně celosvětově. Cílem je zhodnotit současnou situaci a systém ve zdravotnictví, porovnat ji se zeměmi s odlišným přístupem, definovat obecné problémy a nedostatky, i vyzdvihnout klady a úspěchy. Tyto poznatky jsou poté využity pro formulaci doporučení pro zlepšení situace.

Srovnání jsou zaměřená na Spojené království a Spojené státy z více důvodů. Prvním z nich je odlišnost jednotlivých systémů, což umožňuje srovnání nejen států, ale i celkového systému řízení. Také zde hrálo roli, že se zdravotnictvím v obou těchto zemích mám osobní zkušenost a oficiálním jazykem je zde angličtina. V neposlední řadě bylo mým cílem poukázat na skutečnost, že i když je Česká republika oproti těmto zemím „trpaslíkem“ a za komunismu zde došlo k výraznému úpadku zdravotnictví, úroveň zdravotní péče

je nyní srovnatelná. Česká republika se dokonce stává centrem nového fenoménu: zdravotní turistiky. Podle žebříku agentury Forbes se nachází mezi top 10 světovými destinacemi pro zdravotní turistiku v roce 2008. Zajímavostí je, že největší počet „zdravotních turistů“ přichází kromě našich sousedních států právě ze Spojeného království. [13]

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ

Fungování zdravotnických systémů, stejně jako provoz jednotlivých zařízení, či chování individuálních poskytovatelů, lze hodnotit v různých rovinách. V textu jsem se zaměřila především na ekonomická hlediska, ta by však neměla být považována za jediná. Ekonom, který si za své pole působnosti chce vybrat zdravotnictví, by se měl seznámit i s jeho ostatními aspekty, zejména pak etickými a medicínskými.

## 1.1 Charakteristika

Veřejné zdravotnictví je oborem, využívajícím a integrujícím poznatky různých vědních disciplín, jako je věda o řízení, ekonomika a financování, právní vědy, etika a filozofie, historie, sociální psychologie a sociologie, demografie, statistika a informatika. Každá z těchto disciplín je zde aplikována s cílem poznat determinanty zdraví a zlepšit zdravotní stav obyvatelstva. Na rozdíl od lékařství, které se zabývá zdravím jednotlivce, veřejné zdravotnictví řeší problémy týkající se zdraví celé společnosti.

Veřejné zdravotnictví pak zahrnuje tyto základní tematické okruhy:

- **teorie zdraví a nemoci:** studium zdravotního stavu obyvatelstva, epidemiologie infekčních a neinfekčních onemocnění, determinanty zdraví, sociální nerovnosti ve zdraví, vliv zdraví a nemoci na kvalitu života, podpora zdraví a prevence nemocí
- **procesy poskytování péče o zdraví:** vznik a vývoj zdravotnických systémů, služeb a zařízení, dostupnost a kvalitu v péči o zdraví, rovnost v přístupu ke zdraví, zdravotnické profese a jejich odborné kompetence
- **zdravotní politiku a řízení zdravotnictví:** definování hodnot a priorit ve zdravotní politice, mezinárodní souvislosti zdravotní politiky, nástroje zdravotní politiky: legislativa, ekonomika a financování, hodnocení činností a výsledků, informační systémy, systémy vzdělávání zdravotnických pracovníků, metody zdravotnického managementu aj. [3]

## 1.2 Základní pojmy

### 1.2.1 Zdraví

Zdraví nemá povahu statku, není tedy předmětem koupě či prodeje na trhu. Jen velmi obtížně jej můžeme pojmenovat a ještě hůře měřit.

WHO jej definuje jako: „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“.

Zdravotní stav populace tvoří významnou složku životní úrovně a bývá často používán i jako měřítko vyspělosti společnosti. Je totiž předpokladem a nutnou podmínkou pro společenské uplatnění, produktivitu i individuální uspokojení každého člověka. [4]

### 1.2.2 Veřejné zdraví

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, jej definuje jako zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. [5]

### 1.2.3 Zdravotnictví

Vědní obor, který se zabývá prevencí, podporou zdraví a prodlužováním života. Jeho cílem je dosáhnout co nejvyšší úrovně zdravotního stavu obyvatelstva. [5]

Nejčastěji bývá chápáno resortně, jako soustava zařízení a pracovníků, jejímž posláním je poskytování odborných zdravotnických služeb. Představuje odbornou část péče o zdraví. [4]

### 1.2.4 Péče o zdraví

Péče o zdraví není pouze sférou zdravotníků a odvětví zdravotnictví, nýbrž se zde prolínají i individuální, rodinné a společenské aktivity a zájmy. Jedná se o souhrn opatření, jejichž cílem je chránit, upevňovat a navracet lidem zdraví. [4]

### 1.2.5 Prevence

Prevence v našem případě znamená předcházení nemoci, což velmi úzce souvisí s péčí o zdraví. Smyslem je vyhnout se škodlivým vlivům, jako je kouření, konzumace alkoholu a

drog, otravám, úrazům a nesprávnému životnímu stylu (nedostatek spánku, nevhodná výživa, nedostatek pohybu). Na programy určené k prevenci nemoci, výchově ke zdraví a vzdělávání je věnováno mnoho finančních prostředků a úsilí. [1]

### **1.2.6 Zdravotnické služby**

Jsou to odborné aktivity podnikány s cílem chránit, upevňovat a navracet zdraví lidí, omezovat negativní důsledky poruch zdraví, vést lidi ke zdravému způsobu života a zlepšovat kvalitu životního prostředí.

Tyto služby jsou součástí zdravotnického resortu a v podstatě tvoří samostatné odvětví národního hospodářství. Člení se na:

#### **a) Zařízení hygienické služby**

- Krajské hygienické stanice; Správní úřady pro výkon státní správy v ochraně veřejného zdraví. Člení se na odbory a oddělení s okresní nebo celokrajskou působností
- Zdravotní ústavy; zdravotnická zařízení v oblasti ochrany veřejného zdraví, přímo řízená a financovaná ministrem zdravotnictví

#### **b) Zařízení léčebně preventivní péče**

- Ambulantní zařízení;
  - i. Ordinance praktických lékařů pro dospělé, děti a dorost, gynekologové a stomatologové
  - ii. Ordinance odborných lékařů
  - iii. Sdružená ambulantní zařízení
- Nemocnice; poskytování základní i specializované diagnostické a léčebné péče ambulantní i lůžkové, včetně nezbytných preventivních opatření
- Odborné léčebné ústavy; Sem se řadí léčebny dlouhodobě nemocných, léčebny tuberkulózy a respiračních onemocnění, psychiatrické léčebny, lázeňské léčebny atd.

#### **c) Zařízení pro výchovu a výuku a další vzdělávání zdravotnických pracovníků**



**d) Vědecko-výzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví [4]****1.3 Vznik a vývoj**

Počátky veřejného zdravotnictví historikové spatřují už ve 14. století, kdy byly zavedeny opatření proti šíření velkých morových epidemií. K jeho rozmachu však dochází zejména v průběhu 18. a 19. století, v době kapitalismu, rozvoje průmyslové výroby a stěhování obyvatelstva z venkova do velkých měst. Souběžně s tím došlo i k rozvoji medicíny, která tehdy vedla zápas především s ničivými epidemiemi infekčních onemocnění a hledala způsoby jejich potlačování. Začaly být uplatňovány různá represivní opatření, karantény, izolace a jiné zásahy tzv. zdravotní policie. Tyto postupy se v Americe osvědčily natolik, že i po přijetí americké ústavy (1787) a Listiny základních lidských práv zůstala státu pravomoc uplatňovat taková opatření, jako je omezení osobní svobody jednotlivců, povinné očkování nebo karanténa. Státu byla zákonem stanovena odpovědnost za zdraví občanů. Představa o zákonodárství, vyvažujícím práva občanů svobodně rozhodovat o svém zdraví a povinnost státu chránit veřejný zájem, trvá dodnes.

V Anglii byl v roce 1848 přijat první zdravotní zákon, tzv. Public Health Act, na jehož základě byl zřízen centrální státní zdravotní úřad (Public Health Office). Tento úřad se staral o prevenci onemocnění, a jeho zásluhou došlo k zlepšení hygienických a sanitárních podmínek v tehdejších anglických městech.

V Americe i Evropě postupně vznikala medicínský obor, který se systematicky zabýval otázkami vztahu zdraví a životních podmínek, organizací zdravotní péče, jejím financováním a dalšími otázkami. [3]

V podstatě až do konce druhé světové války v západní ani střední Evropě neexistoval ucelený zdravotnický systém. V jednotlivých zemích sice existovaly různé pojišťovací systémy či sanitární opatření státu i obcí, ty však neřešily otázky týkající se zdravotnictví komplexně. Až po druhé světové válce se vedle pestré směsice těchto „mikrosystémů“ začaly formovat také zdravotnické makrosystémy, které byly odezvou na nově vzniklé zdravotní potřeby (důsledky války na zdravotní stav obyvatel, rozvoj medicínských věd, změny socioekonomického prostředí, vlivy ideologické a politické, kulturní vývoj, vědecko-technický

pokrok atd.). Z těchto často protikladně působících vlivů vznikly v ekonomicky vyspělých zemích 4 základní typy zdravotnických systémů, které existují dodnes. [2]

## 2 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY

Systémy zdravotní péče v jednotlivých zemích jsou značně rozdílné. Liší se například ve struktuře vlastnických vztahů, formách státních zásahů, způsobech financování, v organizaci a řízení, rozsahem a způsobem finanční spoluúčasti pacientů apod. Tyto rozdíly vyplývají z odlišných tradic, historického vývoje, politického systému a úrovně bohatství dané země.

Přesto však můžeme identifikovat určité společné charakteristiky:

- Vysoká dostupnost
- Existence ziskových a neziskových organizací
- Zajištění primární péče prostřednictvím soukromých lékařských praxí
- Převaha plateb tzv. třetí stranou
- Snahy o omezování růstu výdajů ve zdravotnictví
- Vysoká míra regulace odvětví ze strany státu [4]

Pokud jde o hledisko vlastnictví, lze ve vyspělých zemích nalézt opravdu pestrou kombinaci zvolených řešení, zvláště u nemocničního typu zařízení, jehož posláním je poskytování lůžkové zdravotní péče.

Stát si svůj vliv na odvětví neudrhuje jen prostřednictvím výkonu vlastnických práv. Mezi standardní regulační opatření patří zejména:

- regulace cen (přímá účast na dohodovacích řízeních stanovující výši úhrady za zdravotní péči)
- regulace počtu poskytovatelů zdravotnických služeb (udělování licencí, určování počtu přijímaných studentů lékařských fakult, definování garantované sítě služeb apod.)
- stanovení výše povinného zdravotního pojištění
- ovlivňování počtu lůžek v nemocnicích

Ve způsobu financování se jednotlivé země liší především podílem zdrojů pocházejících z veřejného sektoru na celkových výdajích, rozsahem přímých úhrad za spotřebované služ-

by, existencí či neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem, formami proplácení nákladů poskytovatelům zdravotnických služeb, způsoby stanovování cen a řadou dalších faktorů. [4]

Pro zajištění a fungování zdravotnického systému existuje v současné době několik hlavních modelů financování:

## 2.1 Tržní model (liberální)

Financování především na základě soukromého pojištění. Péče o zdraví je záležitostí každého jedince. Zdravotní péče je chápána jako zboží, má tržní cenu.

Představitelem tohoto modelu jsou Spojené státy americké. Do roku 1996 to v Evropě bylo také Švýcarsko.

Ve Spojených státech není jednotný federální systém ani jednotná zdravotní politika na federální úrovni, neexistuje zde ani zákon o všeobecném veřejném zdravotním pojištění. Úhrada za poskytovanou zdravotní péči je realizována z různých zdrojů, od přímé platby přes úhrady prostřednictvím soukromých zdravotních pojišťoven komerčního či neziskového charakteru, až po úhrady ze zdrojů místních, státních a federálních.

Nachází se zde více než tisíc privátních pojišťoven s různou úrovní nabízející různé individuální nebo skupinové pojistné plány s různou náročností podle zájmu a ekonomických možností klienta. Federální vláda nemá k těmto pojišťovnám žádné kompetence, ale některé státy se snaží o určitý vliv prostřednictvím Komisí pro soukromé pojištění na úrovni guvernérského úřadu.

Protože zde existují lidé, kteří nemají finanční možnosti na přímou úhradu či uzavření komerčního zdravotního pojištění, musel stát zavést federální zdravotní program Medicare a Medicaid, pomocí kterých zajišťuje úhradu zdravotní péče pro nemajetné, formou sociální solidarity. Tyto programy byly schváleny Kongresem USA v červenci roku 1965. [5]

Medicare pomáhá poskytovat zdravotní péči lidem nad 65 let a lidem s postižením. Je součástí sociálního zabezpečení a neposkytuje krytí celkových zdravotních výdajů. Pokrytí Medicare se dělí na dvě části: část A pomáhá hradit výdaje v nemocnici, část B vyžaduje měsíční poplatek a využívá se k platbám za zdravotní výdaje. [9]

Medicaid je zdravotní pojištění pro osoby s nízkým příjmem, kterým pomáhá hradit některé nebo všechny účty za zdravotní výdaje. Peníze neposkytuje přímo lidem, ale posílá je poskytovatelům zdravotní péče. Některé státy federace vyžadují pro jisté zdravotní služby drobnou spoluúčasť. Medicaid není automaticky určen pro všechny osoby, které mají nižší než limitní příjem, ale je nutné splňovat i další kritéria. [10]

Tržní model se vyznačuje výraznou nerovností ve zdravotní péči. Je drahý, má nedostatečné kontrolní mechanismy, omezenou dostupnost, vysoké administrativní finanční zatížení (až 20% z celkového objemu výdajů) a neřeší úhrady za dlouhodobou domácí péči a chronicky nemocné. Navíc finanční motivace a pohled na zdraví, jako na zboží, vede k mnoha soudním sporům mezi lékaři a pacienty. [5]

Přednostmi tohoto modelu financování je bohatá nabídka kvalitních zdravotnických služeb, podpora rozvoje nových medicínských technologií a soutěživosti mezi poskytovateli zdravotní péče. [1]

V březnu 2010 byla v USA schválena reforma zdravotnictví, která je největší změnou amerického systému zdravotního zabezpečení od roku 1965. Jejím cílem je zpřístupnit zdravotní pojištění 31 milionům dosud nepojištěných Američanů. Celkové náklady v příštích deseti letech se odhadují na 940 miliard dolarů. Reforma má být financována především ze zvýšených daní pro bohaté a nového zdanění podnikatelských subjektů ve zdravotnictví. Také lékaře a pojišťovny čeká přísnější regulace. Program Medicaid bude rozšířen a vznikne 50 pojišťovacích burz kontrolovaných jednotlivými státy Unie, kde si malé firmy a lidé, které zaměstnavatel nepojišťuje, mohou pořídit zdravotní pojištění odpovídající federálním standardům. [36]

## 2.2 Státní model

Je zásadním opakem tržního modelu. Ve státech tzv. socialistické soustavy byl uplatňován do roku 1990. Dále se nachází ve státech s mimořádnými ekonomickými podmínkami, jako je Kuvajt či Bruneji, a také na Kubě.

Základním principem je úhrada veškerých zdravotnických úkonů ze státního rozpočtu. Podle výše příjmů se platí daně a z těchto jsou pak přidělovány finanční prostředky poskytovatelům zdravotní péče, kteří jsou vesměs státní. Celý tento proces je centrálně plánován,

řízen a kontrolován. Převládají extenzivní (kvantitativní) ukazatele výkonnosti systému, zdravotničtí pracovníci jsou minimálně zainteresovaní na fungování systému.

Pro stát se zdravotnictví stává nenasytným konzumentem s byrokratickými metodami řízení a regulace. Všechna zdravotnická zařízení jsou majetkem státu, zdravotnictví je centrálně řízené a plánované. Financování probíhá na regionální úrovni, v ČR před rokem 1989 spadalo pod krajské a okresní národní výbory. [5]

Výhodou je všeobecně dostupná péče a racionálně zvolená síť zdravotnických zařízení. Tento systém však trpí chronickým nedostatkem finančních prostředků, zbrzděným technologickým rozvojem, zcela nesoutěživým prostředím, nízkou výkonností a nedostatečnou motivací obyvatel k péči o vlastní zdraví. [2]

### 2.3 Národní zdravotní služba – National Health Service

Tento model je uplatňován ve Velké Británii a Kanadě, uvádí se, že po roce 1952 se stal vzorem i pro Československou republiku.

Zdravotní péče je hrazena převážně z veřejných prostředků, které jsou získávány z větší části z daně z příjmu obyvatel (80%) a z menší části (cca 15%) z platby národního pojištění. Zbývajících 5% se získává z doplatků na léky. Do fondu národního pojištění přispívají zaměstnanci, zaměstnavatelé i osoby samostatně výdělečně činné. Jedná se o velmi solidární systém, progresivní daň (rozmezí 25-40%) platí pouze osoby nad určitou stanovenou příjmovou hranici, avšak občané, osvobození od daňové povinnosti, konzumují zdravotní péči jako plátcí daně. Pokud je zavedena spoluúčast na úhradě (např. brýle, zubní náhrady), jsou od ní některé skupiny osvobozeny (např. děti do 16 let, váleční veteráni apod.).

Existuje zde snaha, (zejména pravicových vlád) na zvyšování spoluúčasti pacienta a zvyšování soukromého pojištění s možností daňových úlev. [5]

Ve Velké Británii je zvlášť výrazná role praktického lékaře jako „strážce dveří“. To znamená, že bezplatné přijetí u specialisty v nemocnici, je podmíněno doporučením praktického lékaře. Vyšetření u specialisty je možné i bez doporučení, ale úhrada pak musí být provedena buď přímou platbou, nebo ze soukromého pojištění. Tento přístup je důležitý v rámci zhospodárnění celého systému. Změna lékaře je možná, ale lékaři mají právo pacienta odmítnout. [5]

Velká Británie se stala první zemí západní Evropy, kde je bezplatný přístup občanů ke zdravotní péči velmi slušného standardu. Je zde dobře řešena návaznost služeb, prevenci se věnuje přiměřená pozornost a náklady na zdravotní služby jsou relativně nízké. [2]

Mezi nevýhody národní zdravotní služby patří nedostatek prostředků na investice, problémy s financováním v době ekonomické recese, dlouhé čekací doby na neurgentní velké operace, nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví a podpora nesoutěživého klimatu. [2]

## 2.4 Model zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami

V současné době, je uplatňován u nás a v zemích západní Evropy. Je kombinací tržního a státního modelu. Základním principem je existence více zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojištění je u tohoto modelu povinné ze zákona, nicméně občané mají možnost výběru zdravotní pojišťovny.

Výše pojistného je buď dána zákonem jako jednotná sazba (ČR), nebo se může lišit výší pojistného u jednotlivých pojišťoven (Německo). Existuje také možnost soukromého zdravotního pojištění nebo péče za přímou úhradu.

U řady léčebných výkonů je uplatňována spoluúčast pacienta, a to především ve stomatologické péči, ve formě doplatku na léky nebo poplatku za den při hospitalizaci.

Základní účastníci systému jsou poskytovatelé, pacienti a zdravotní pojišťovny. Mezi poskytovatele řadíme především soukromé praxe lékařů, nemocniční zařízení a specializované léčebny. V ambulantních zařízeních převažuje platba od zdravotních pojišťoven „za výkon“, v nemocniční péči „sazba za den“.

Za nezaměstnané, děti, studenty, důchodce a státní zaměstnance hradí zdravotní pojištění stát. Stát rovněž s převahou financuje investice do zdravotnictví, a to převážně do lůžkové péče. [5]

Hlavními nedostatky jsou zde důraz na kurativní péči, administrativní těžkopádnost, potřeba finančních prostředků činností pojišťovny a také situace, kdy se pojišťovny dostanou do finančních potíží.

Zdravotní péče je v tomto modelu vysoce dostupná, existuje zde pestrá nabídka zdravotnických služeb, vyhovující síť zdravotnických zařízení, podpora primární péče, celkem vyhovující návaznost služeb a náklady jsou přiměřené. [2]



### 3 EKONOMIKA ZDRAVOTNICTVÍ

Tržní procesy probíhají na základě působení dvou protichůdných sil, nabídky a poptávky. Jelikož uskutečnění směny a uspokojení potřeby je limitováno množstvím peněz, stane se jedinec, který nemá odpovídající prostředky z procesu směny vyloučen.

Tento ryze ekonomický princip, který je běžný a fungující ve sféře všech ostatních trhů, není možné zcela využít v oblasti poskytování zdravotnických služeb. Moderní zdravotnictví musí být chápáno v daleko širším kontextu. Musí být založeno i na etickém kodexu, morálních principech, lidské solidaritě, na zájmu o každého člověka. Hlavní cíl spočívá v zajištění kvalitního života všem lidem dané společnosti (státu). [2]

#### 3.1 Úloha státu

V ekonomickém zájmu každého státu je maximální možná úroveň zdraví celé populace. Jeho poškození u jedince může mít za následek ztrátu pracovního potenciálu, snížení výkonnosti a tím samozřejmě i náklady. Konkrétně se jedná o výdaje na zdravotnictví, nemocenské dávky, invalidní důchody a náklady na sociální péči. [1]

*„Zdraví je bráno nejen jako individuální, ale rovněž jako celospolečenský, tedy veřejný statek“* [2, str. 93]

Komplexní pojetí zdraví vyžaduje zaměření na zdravý vývoj celé populace, na prevenci nemocí a na efektivní systém zajišťování zdraví lidí, tj. obnova zdraví nemocných, realizace optimální zdravotnické sítě, jakož i vybudování efektivního systému úhrad za poskytované zdravotnické služby. Zde je nezbytná role státu, jakožto představitele veřejných zájmů, nositele politické i ekonomické moci a výkonného organizátora celého zdravotnického systému.

Před každým zodpovědným státem stojí na jedné straně otázka lékařské etiky, tzn. poskytování té nejlepší možné zdravotní péče každému pacientovi, avšak na druhé straně i ekonomická otázka, tzn. otázka odpovídající výše nákladů na poskytování kvalitní zdravotnické péče. Určit rovnováhu mezi těmito rozporuplnými problémy je velmi komplikované a každá země se ji pokouší nalézt po svém. Vlády přichází s postupnými či radikálními re-

formami, mění způsoby vlastnictví zdravotnických zařízení, způsoby financování i principy a rozsah lidské solidarity s nemocnými. [2]

## 3.2 Ekonomické aspekty péče o zdraví

V oblasti péče o zdraví je skutečně obtížné definovat i základní ekonomické pojmy jako jsou náklady, výnosy, zisk, atd.

### 3.2.1 Náklady

Náklady vynaložené do péče o zdraví jsou v mnoha případech otázkou dlouhodobých investic bez okamžité či krátkodobé návratnosti, při rozhodování není zcela jasné kdy a zda se vůbec přínos dostaví, kdo bude jeho konzumentem a v jakém rozsahu bude užitečný.

Patří sem mnoho různorodých nákladů investovaných do všech vstupů tvořících systém péče o zdraví. Tyto vstupy můžeme rozdělit na následující skupiny:

- lidé (pacienti, zaměstnanci)
- věcný kapitál:
  - a) hmotný (budovy, přístroje, zařízení),
  - b) nehmotný (know-how, ocenitelná práva, licence, software)
- finanční kapitál [2]

Ve zdravotnictví dochází k neustálému narůstání nákladů, a proto existují mnohé snahy o jejich regulaci. Tento růst nákladů je způsoben především prudkým technologickým pokrokem v medicíně a zvyšováním dostupnosti drahých technologií a léků pro pacienty. Právě v důsledku špičkových medicínských technologií a kvalitní zdravotní péče dochází k oddalování smrti, prodlužování života a koncentraci největšího počtu nemocných do vyšších věkových skupin.

Mezi důležitá témata tedy patří racionální a efektivní využívání technologií k diagnostice a léčbě, zamezení plýtvání a zatěžování pacientů nadbytečnými diagnostickými výkony, neadekvátní léčbou a nadměrným užíváním léků, dodržování standardních postupů a kontinuita péče.

Reakcí na růst nákladů je také zavádění různých makroekonomických regulací. Patří sem například redukování rozsahu hrazené péče, zavádění různých forem spoluúčasti, restriktivní léková politika, zavádění limitů pro hrazení nákladných terapií apod. Zvyšuje se zájem o sledování ekonomické efektivity zdravotnických služeb a důraz na kontrolu využívání zdrojů.

### 3.2.2 Výnosy

Jako výnosy můžeme pojmenovat měřitelné zlepšení nebo přírůstek zdraví. Pojem zlepšení nebo přírůstek je pak obtížné upřesnit.

K měření zdravotního stavu obyvatelstva se využívají ukazatele popsané níže (úmrtnost, střední délka života, pracovní neschopnost aj.), ani jeden z těchto ukazatelů však nedokáže přesně vyjádřit pojem zdraví populace. Různá srovnání péče o zdraví je proto třeba brát s nadhledem. Navíc zdravotní stav není determinován pouze vlivem národního zdravotnictví, ale silně se zde odráží genetické vlivy, individuální přístup ke zdraví, vztah ke sportu či naopak konzumace škodlivých návykových látek, špatné stravovací návyky a další. [2]

## 3.3 Ekonomické aspekty zdravotnických služeb

Ekonomika zdravotní péče vychází z obecné teorie tržního mechanismu, tedy působí zde obě protichůdné síly; poptávka po zdravotnické péči podmíněná její potřebou a nabídka založená na určité síti zdravotnických zařízení. Neexistuje zde však volné působení tržního mechanismu, velký vliv zde má stát a jeho zdravotní politika.

### 3.3.1 Poptávka

Poptávka je vyvolána potřebou, tj. vědomím nedostatku, v našem případě se jedná o pocit, vnímání nedostatku zdraví. Její realizace nastává v okamžiku spotřeby zdravotnické péče. Mimo jiné je silně ovlivněna způsobem úhrad a způsobem organizace nabídky (dostupností zdravotnických zařízení). Zde je na místě zmínit tzv. nadměrnou poptávku, která je do jisté míry způsobena skutečností, že si někteří občané neuvědomují cenu zdravotnické péče. Řešením je do určité míry finanční spoluúčast, popřípadě přímá platba za provedené výko-

ny zdravotnické péče. Výše této spoluúčasti, rozsah a konkretizace výkonů jsou ve všech ekonomicky vyspělých státech diskutovaným pojmem.

### **3.3.2 Nabídka**

Nabídka zdravotnické péče je dána celkovým počtem zdravotnických zařízení, jejich strukturou, počtem lékařů na počet obyvatelstva, možnostmi lékařské péče v závislosti na technice, obecným přístupem státu, zdravotních pojišťoven i občanů ke zdravotnictví. Analogicky jako u poptávky, zde se může vyskytovat nadbytečná nabídka. Tato vzniká na základě systému odměňování zdravotníků, pozici zdravotních pojišťoven a celkové politiky státu.

[2]

## 4 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ

Problematiku přehledného a srovnatelného zachycení finančních toků ve zdravotnictví úspěšně řeší tzv. systém zdravotnických účtů OECD, který je zachycuje ve třech základních a samostatných dimenzích: podle druhu zdravotní péče, poskytovatele péče a zdroje financování zdravotní péče (viz. příloha č. 2). [24]

### 4.1 Výdaje ve zdravotnictví podle zdrojů financování

Zdroje financování se primárně dělí na vládní instituce, soukromý sektor a vnější svět.

#### 4.1.1 Vládní instituce

Sem patří výdaje za služby hrazené z veřejných rozpočtů a fondů sociálního zabezpečení neboli zdravotních pojišťoven.

Povinnost být zdravotně pojištěn je stejně jako právo na bezplatnou zdravotní péči v ČR stanovena zákonem. Klient si v současnosti může vybrat z devíti zdravotních pojišťoven, které hospodaří jako samostatné právnické subjekty. Vedle Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), která je s více než 6,4 miliony klientů největší pojišťovnou v republice, působí dalších osm zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. [23]

#### 4.1.2 Soukromý sektor

Výdaje za služby, které jsou poskytovány nebo placeny nestátními zdroji: konzumenty zdravotní péče, soukromými pojišťovnami, dobročinnými organizacemi a jinými nestátními subjekty

V ČR se jedná téměř výhradně o přímé platby domácností. [35]

#### 4.1.3 Ostatní svět

Zde se řadí výdaje hrazeny zahraničními jednotkami. [35]

## **4.2 Výdaje na zdravotnictví podle druhů péče**

Péče ve zdravotnictví je členěna na léčebnou, rehabilitační, dlouhodobou, podpůrné služby, léky a PZT, prevenci, správu, neznámou péči a související činnosti. [35]

## **4.3 Celkové výdaje na zdravotnictví podle typu poskytovatele**

Každá samostatná organizace, která má vlastní identifikační číslo (IČO) je v tomto členění považována za jednoho poskytovatele. Tito se dále člení na nemocnice, ústavy, zařízení ambulantní péče, lékárny a výdejny PZT, provádění zdravotnických programů, správa a pojištění, ostatní odvětví, ostatní svět a neznámé poskytovatele. [35]

## 5 METODOLOGIE VÝZKUMU A ZDROJE INFORMACÍ VE VEŘEJNÉM ZDRAVOTNICTVÍ

Veřejné zdravotnictví využívá široké spektrum metod. Cílem je jednak porozumět a vysvětlit, jakým způsobem se promítají do zdraví populace nejrůznější společenské procesy, a také provádět aplikovaný výzkum, který přinese data a kvalifikované informace pro zdravotně politická rozhodnutí.

### 5.1 Epidemiologie a hygiena

Zabývá se faktory ovlivňujícími zdraví, hodnocením zdravotních rizik v prostředí a jejich dopady na zdraví.

Hygienici získávají údaje přímým měřením konkrétních ukazatelů v prostředí a získávají tak přesná data o jeho stavu a vývoji.

Epidemiologové zkoumají tzv. prevalenci (výskyt určitého jevu nebo onemocnění v populaci) a incidenci (počet nových případů nějakého onemocnění za určité období). Hledají příčiny onemocnění a opatření na snížení jejich prevalence a incidence.

### 5.2 Informatika

Ve veřejném zdravotnictví ČR je významným zdrojem informací Národní zdravotnický informační systém (NZIS), který je legislativně zakotven v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. Za jeho koordinaci, aktualizaci, sběr a zpracování dat je zodpovědný Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). [3]

V USA je bohatým a důvěryhodným zdrojem informací Národní centrum pro statistiku ve zdravotnictví (National Center for Health Statistic). Statistická data ve Velké Británii, včetně těch zdravotnických, shromažďuje Úřad pro národní statistiku (Office for National Statistic). [32, 33]

Velmi rozsáhlou, veřejně přístupnou databázi informací o zdraví a zdravotnictví ve světě zveřejňuje Světová zdravotnická organizace (WHO). Důležité je také zmínit organizaci pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD), která také poskytuje velké množství nejen zdravotnických dat a ukazatelů. [11, 18]

### 5.3 Sociologie

Základem sociologické metodologie je dotazník a rozhovor. Tyto metody se často používají v rámci výběrových šetření zdravotního stavu, mohou však sloužit i k výzkumu veřejného mínění, v průzkumech spokojenosti atd. [3]

### 5.4 Demografie

Demografie je obor, který se zabývá popisem obyvatelstva a shromažďuje údaje o jeho struktuře a vývoji. Základní metodou je zde evidence demografických událostí (jako je např. narození, smrt), jejich statistické zpracování, analýza, a hledání pravidelností a změn ve vývoji populace.

Pro řízení zdravotní péče jsou demografická data zcela zásadní. Důležitá je zejména věková struktura, prognóza vývoje totiž ukazuje na dlouhodobě stoupající podíl velmi starých lidí v populaci, což nutně musí vyústit v určitá opatření (budování systému kvalitní následné a dlouhodobé péče aj.) [3]



## 6 STATISTICKY SLEDOVANÉ UKAZATELE

Z čistě ekonomického hlediska je úroveň zdravotnictví v převážné míře závislá na vývoji základních makroekonomických veličin daného státu. Patří mezi ně především vývoj HDP, inflace, nezaměstnanosti, zadluženosti státu, úspěšnosti výběru daní, zdravotního a sociálního pojištění a dalších. [3,2]

Kromě obecných ekonomických ukazatelů, které se používají ve všech sférách ekonomiky, je pro zdravotnictví charakteristický výskyt tzv. medicínsko-ekonomických ukazatelů. Pomocí těchto se měří, hodnotí a posuzuje stav ekonomiky zdravotnictví ve všech vyspělých státech světa. Řadíme mezi ně například: míru ošetřování, hospitalizovanost a vybavenost. [6]

Mezi stěžejní ukazatele ekonomické úrovně daného státu patří také údaje o zdravotním stavu obyvatelstva. Jde zejména o tyto indikátory:

### 6.1 Údaje o zdravotním stavu populace a jeho vývoji:

- úmrtnost, pravděpodobnost dožití, střední délka života, nemocnost, počet dnů pracovní neschopnosti na jednoho obyvatele, procento populace stížená určitým stupněm dlouhodobé pracovní neschopnosti aj.

### 6.2 Údaje o determinantech zdraví, hodnocení zdravotních rizik:

- stav životního prostředí, výskyt rizikových prvků – kouření, užívání návykových látek, pracovní rizika – hluchost, riziko úrazu, psychosociální stres aj.

### 6.3 Údaje o poskytování zdravotní péče:

- síť zdravotnických zařízení, počet lékařů a zdravotních sester na počet obyvatelstva, úroveň a dostupnost zdravotní péče aj.

Sledování, analýza a vyhodnocování zdravotního stavu, je jedním z nejdůležitějších úkolů veřejného zdravotnictví. Vedle hodnot a struktury jednotlivých ukazatelů může být sledován i jejich vývoj v čase. Žádoucí je pozitivní vývoj, tedy zlepšování ukazatelů zdravotního

stavu, což je jedním z projevů sociálního rozvoje společnosti. Naopak stagnace či dokonce zhoršování zdravotních indikátorů ukazuje na přítomnost společenské krize.

Důležité je srovnávání těchto údajů v rámci jednoho státu a také v mezinárodním měřítku. Pomáhá nám totiž nalézt nerovnosti ve zdraví a vede k hledání příčin existujících rozdílů.

[3,2]

Vybrané ukazatele jsou podrobněji popsány níže:

### **HDP**

HDP můžeme definovat jako souhrn veškerých finálních produktů a služeb vzniklých na území státu za určité období. Používá se pro sledování úspěšnosti ekonomického rozvoje státu i pro mezinárodní srovnávání. [8]

Ve zkoumaných zemích EU se projeví výrazné rozdíly ve spokojenosti a nespokojenosti obyvatel s poskytovanou zdravotní péčí, v závislosti na výši procentního podílu HDP věnovaného na zdravotnictví, tedy nejspíše na technické úrovni, na kvalitě, rozsahu a dostupnosti poskytovaných služeb v dané zemi. Ovšem vyskytly se i odchylky od tohoto pravidla, které jsou způsobeny výrazně lepším či naopak horším využitím prostředků lépe či hůře organizovanými a fungujícími zdravotnickými službami v daných zemích. [2]

### **Parita kupní síly (PPP)**

PPP se rozumí prostorové deflátoři a koeficienty pro přepočtení měn, které eliminují vliv rozdílů v cenových hladinách mezi zeměmi a umožní tak mezinárodní srovnání. Přepočtení těchto ukazatelů nelze provádět pomocí devizových kurzů, neboť ony nevyjadřují kupní sílu měnových jednotek v jejich vnitřních ekonomikách. PPP se zjišťuje pomocí náročných výpočtů a jednou za tři roky ji zveřejňuje OECD. [7,34]

### **Počet obyvatel**

Nebo také „stav obyvatelstva“, je jednou ze základních charakteristik, kterou sleduje demografická statistika. Tyto údaje se týkají všech obyvatel majících na daném území trvalé bydliště, bez ohledu na státní občanství. Stav obyvatelstva bývá specifikován určením rozhodného časového okamžiku, území, případně dalšími charakteristikami (pohlaví, věk, rodinný stav apod.). [12]

**Naděje na dožití při narození (v letech), střední délka života**

Vyjadřuje průměrnou délku života osoby právě narozené za předpokladu setrvání úmrtnostních poměrů platných v roce, ve kterém se osoba narodila a pro který je konstruována úmrtnostní tabulka. Naděje na dožití se vzhledem k odlišnosti úmrtnosti obou pohlaví zásadně uvádí zvlášť za muže a za ženy. [12]

**Úmrtnost (mortalita)**

Úmrtnost vyjadřuje počet zemřelých za určité období. Často bývá dělena specifičtěji, podle věkových skupin nebo příčin smrti.

Indikátory jako je úmrtnost hodnotí zdraví pouze kvantitativně, důležitá je však i kvalita života. Tato může být u jedinců s bolestmi, či jinými zdravotními problémy, výrazně snížena. [3]

**Míra ošetřování a hospitalizovanost**

Míru ošetřování vypočteme jako hospitalizovanost násobenou průměrnou ošetrovací dobou. Ve vyspělých státech dochází k celkovému poklesu obou těchto ukazatelů. To je skutečností i v ekonomice ČR, která řeší nepotřebnost značné části lůžkového vybavení. [6]

**Vybavenost**

Tento pojem hodnotí podíl zdravotníků či technického a jiného vybavení na počet obyvatelstva. [6]

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 ANALÝZA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, SPOJENÝCH STÁTŮ AMERICKÝCH A SPOJENÉHO KRÁLOVSTVÍ VELKÉ BRITÁNIE A IRSKA

Veřejné zdravotnictví je velmi rozsáhlý a komplexní pojem. Existuje mnoho údajů a charakteristik, na základě kterých je možné jej hodnotit. V této kapitole je vybráno několik málo z nich a provedeno srovnání jejich hodnot mezi analyzovanými zeměmi, případně i jejich další srovnání se zeměmi OECD, či mezinárodní srovnání.

Cílem je porozumět současnému stavu jednotlivých zdravotnických systémů.

### 7.1 Výdaje ve zdravotnictví

Ekonomicky vyspělé státy mají lepší ukazatele péče o zdraví obyvatelstva než ty chudé. Můžeme tedy tvrdit, že ekonomické ukazatele patří ke stěžejním při hodnocení péče o zdraví v daném státu.

V následujících tabulkách je srovnána výše výdajů, jejich struktura a vývojové trendy.

#### 7.1.1 Struktura výdajů ve zdravotnictví

Tab. 1. Výdaje ve zdravotnictví v jednotlivých zemích a jejich struktura [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 16, 22]

		2004	2005	2006	2007	2008
<b>ČR</b> (mil. Kč)	Veřejné	184825	191 356	197027	206565	219119
	Soukromé	24445	27 418	29783	35370	40126
	Celkem	209270	218 774	226810	241935	259245
<b>UK</b> (bn. \$)	Veřejné	78,9	84,5208	91,594	96,324	
	Soukromé	17,8	18,6792	20,106	21,576	
	Celkem	96,7	103,2	111,7	117,9	
<b>USA</b> (bn. \$)	Veřejné	839,9	899	973	1035,7	1106,7
	Soukromé	1014,9	1081,6	1139,7	1205,5	1232
	Celkem	1854,8	1980,6	2112,7	2241,2	2338,7

Pozn. Bilion je základní číslovka, která v Evropě znamená milion milionů čili  $10^{12}$ . V anglicky mluvících zemích však billion (zkratka bn) znamená  $10^9$  čili naši miliardu. \*Data v roce 2008 za ČR jsou předběžný odhad, za UK nejsou dostupná. Klasifikace zdrojů viz. příloha č. 2.

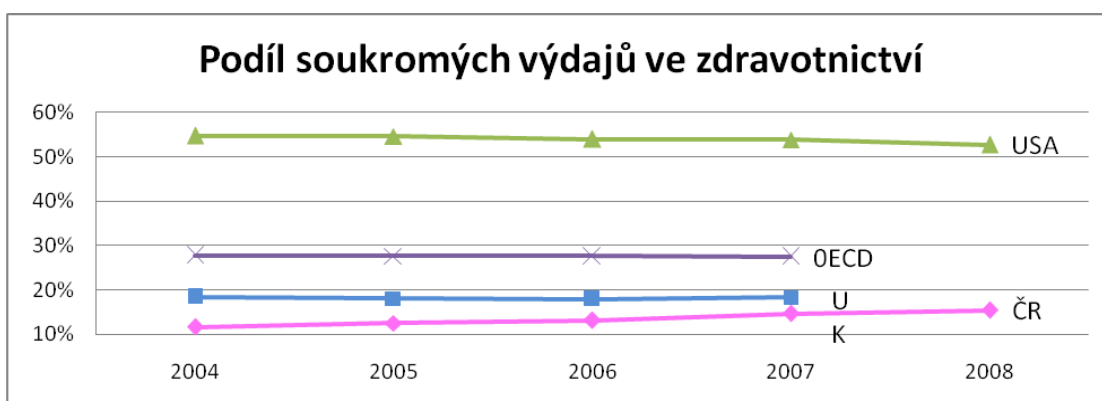
Z první tabulky vyplývá, že se ve veřejném i soukromém sektoru zdravotnictví každoročně protočí obrovské sumy peněz. Tyto částky se logicky zásadně liší vzhledem k velikosti

jednotlivých zemí. Pro lepší přehlednost a srovnatelnost je v další tabulce jejich struktura vyjádřena procentuálně a graficky znázorněna.

Tab. 2. Procentuální rozbor výdajů ve zdravotnictví [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 16, 18, 22]

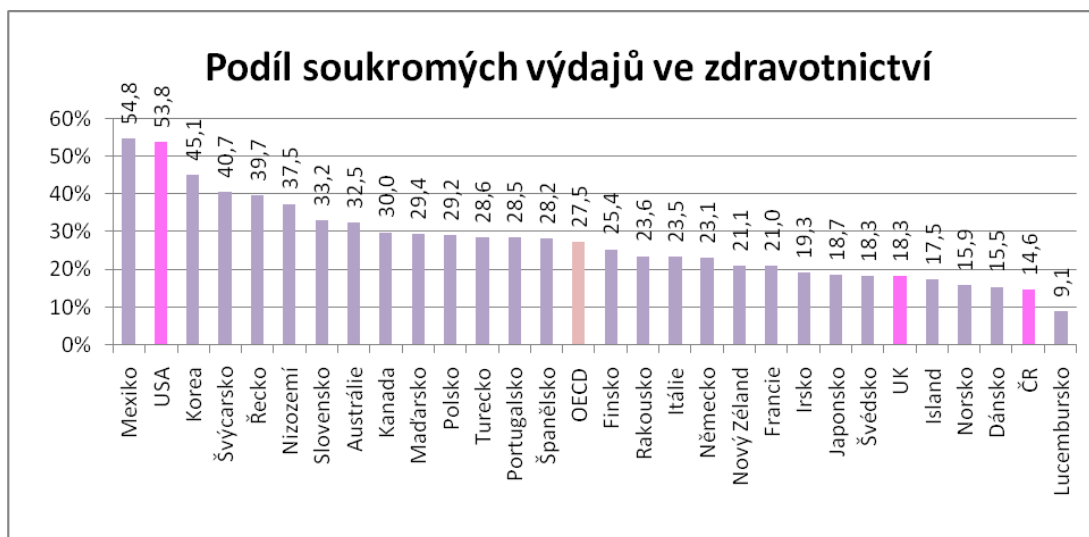
		2004	2005	2006	2007	2008
ČR	Veřejné	88,3%	87,5%	86,9%	85,4%	84,5%
	Soukromé	11,7%	12,5%	13,1%	14,6%	15,5%
UK	Veřejné	81,6%	81,9%	82,0%	81,7%	
	Soukromé	18,4%	18,1%	18,0%	18,3%	
USA	Veřejné	45,3%	45,4%	46,1%	46,2%	47,3%
	Soukromé	54,7%	54,6%	53,9%	53,8%	52,7%
OECD	Veřejné	72,3%	72,4%	72,4%	72,5%	
	Soukromé	27,7%	27,6%	27,6%	27,5%	

Data v roce 2008 za ČR jsou předběžný odhad, za UK a země OECD nejsou dostupná. Klasifikace zdrojů viz. příloha č. 2.



Graf 1. Podíl soukromých výdajů ve zdravotnictví v procentech [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 16, 18, 22]

Pozn. V průměru zemí OECD (viz. příloha č.1) nejsou započteny data za Belgie z důvodu nedostupnosti. Při tvorbě průměru byla chybějící data v některých letech doplněna daty z let předcházejících.



Graf 2. Procentuální podíl soukromých výdajů ve zdravotnictví 2007 [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 18, 22]

*Pozn. V průměru zemí OECD nejsou započteny data za Belgii z důvodu nedostupnosti. Při tvorbě průměru byla chybějící data v některých letech doplněna daty z let předcházejících.*

Z uvedených tabulek a grafů jsou patrné výrazné rozdíly ve struktuře výdajů na zdravotnictví jednotlivých zemí.

V České republice docházelo ke kontinuálnímu navyšování soukromých výdajů až na 14,6% na konci sledovaného období. Přesto však má v roce 2007 druhý nejnižší podíl soukromých výdajů ze všech zemí OECD. Tato situace je mimo jiné dána tím, že je u nás minimálně využíváno soukromé zdravotní pojištění a soukromé výdaje jsou tvořeny především přímými platbami domácností.

Také Spojené království má nízký podíl soukromých výdajů a nachází se více než 9% pod průměrem zemí OECD. Je zde totiž uplatňován systém, ve kterém je většina výdajů hrazena z daně z příjmů a národního pojištění.

Opačná situace je v USA, kde podíl soukromých výdajů převyšuje 54%, a ze zemí OECD pak už má vyšší soukromé výdaje jen Mexiko. Za analyzované období však můžeme sledovat jejich postupné snižování a to se dá očekávat i do budoucna, vzhledem k schválené reformě zdravotnictví.

### 7.1.2 Vývojové trendy výdajů ve zdravotnictví

Pomocí vývojových trendů můžeme měřit procentuální změny položek za určitá období.

Tab. 3. Vývojové trendy výdajů ve zdravotnictví [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 16]

		2004	2005	04/05	2006	05/06	2007	06/07	04/07
<b>ČR</b> (mil. Kč)	Veřejné	184 825	191 356	3,5%	197 027	3,0%	206 565	4,8%	11,8%
	Soukr.	24 445	27 418	12,2%	29 783	8,6%	35 370	18,8%	44,7%
	Celkem	209 270	218 774	4,5%	226 810	3,7%	241 935	6,7%	15,6%
<b>USA</b> (bn. \$)	Veřejné	839,9	899	7,0%	973	8,2%	1035,7	6,4%	23,3%
	Soukr.	1014,9	1081,6	6,6%	1139,7	5,4%	1205,5	5,8%	18,8%
	Celkem	1854,8	1980,6	6,8%	2112,7	6,7%	2241,2	6,1%	20,8%
<b>UK</b> (bn. £)	Veřejné	78,90	84,52	7,1%	91,59	8,4%	96,32	5,2%	22,1%
	Soukr.	17,80	18,68	4,9%	20,11	7,6%	21,58	7,3%	21,2%
	Celkem	96,70	103,20	6,7%	111,70	8,2%	117,90	5,6%	21,9%

Tabulka vývojových trendů nám ukazuje, že u všech zkoumaných položek docházelo k průběžnému růstu. Tento trend zvyšování výdajů je často spojován se stárnutím populace, nárůstem chronických nemocí a invalidity, s novými technologiemi a postupy ve zdravotnictví, ale také s narůstajícím očekáváním veřejnosti.

Nejvýraznější změna proběhla u soukromých výdajů v ČR, které se za analyzované období navýšily o 44,7%. Zvláště významné navýšení pak proběhlo na přelomu roku 2006/07 a to o 18,8%. Naopak veřejné výdaje se zvyšovaly ve srovnání s ostatními zeměmi jen pomalým tempem.

Nejvyšší nárůst celkových výdajů zaznamenalo Spojené království, a to o 21,9%. Tento nárůst proběhl u soukromých i veřejných výdajů vyrovnaně. Také ve Spojených státech nárůst celkových výdajů přesáhl 20%, přičemž položky veřejných výdajů se navyšovaly rychlejším tempem.

### 7.1.3 Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP

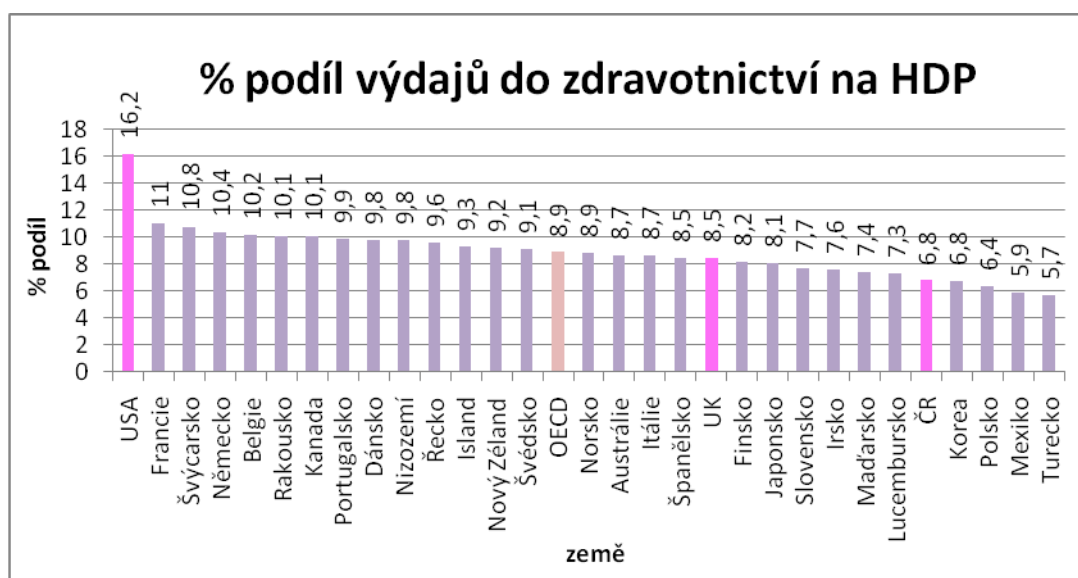
Tento podíl nám ukazuje, jakou část HDP v procentech jednotlivé ekonomiky věnují na zdravotnictví.



Tab. 4. Podíl výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP jednotlivých států [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 16, 18]

	2004	2005	2006	2007
ČR	7,4%	7,3%	7%	6,8%
UK	8,2%	8,4%	8,6%	8,5%
USA	15,9%	15,9%	16%	16,2%
OECD	8,9%	8,9%	8,9%	8,9%

Pozn. Při tvorbě průměru zemí OECD byla chybějící data v některých letech doplněna daty z let předcházejících.



Graf 3. Procentuální podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v zemích OECD 2007 [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 16, 18]

Zatímco USA a UK mají tendenci v průběhu let navyšovat podíl výdajů ve zdravotnictví na HDP, v ČR je tomu naopak. Přestože je tento podíl již v roce 2004 relativně nízký, v průběhu let postupně klesá až na 6,8%. Mezi zeměmi OECD tak mají nižší poměr výdajů na HDP už jen Polsko, Mexiko a Turecko.

Spojené království se s 8,5% blíží průměrným výdajům do zdravotnictví v zemích OECD, které v roce 2007 činily 8,9%.

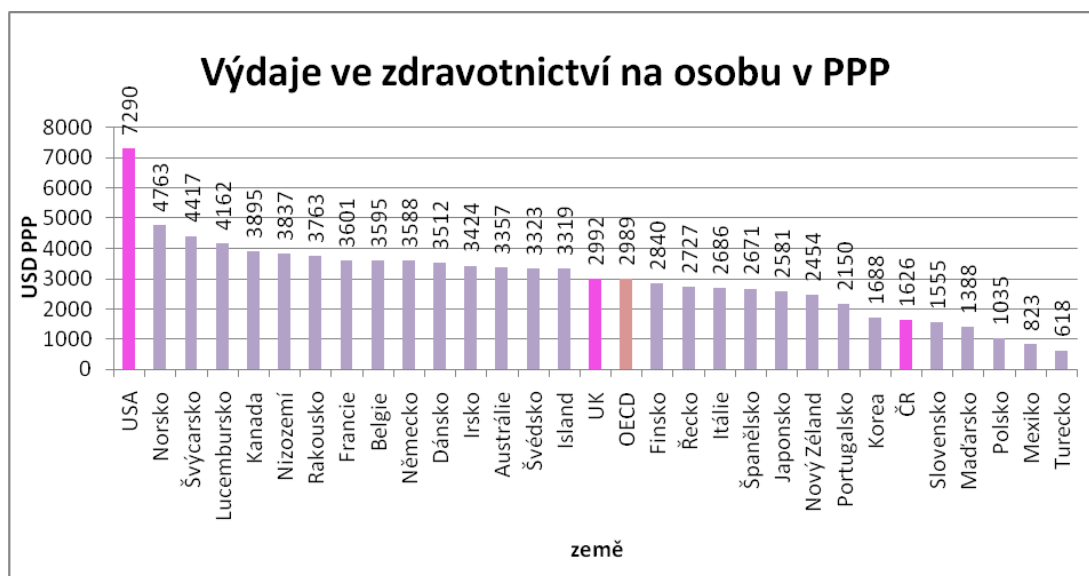
Spojené státy utratí za zdravotní péči více než kterákoli jiná země (ať už jako podíl HDP nebo v přepočtu na osobu – viz. níže) a tyto výdaje pokračují v růstu. To je dáno vyšší intenzitou, cenou a objemem zdravotnických služeb USA.

### 7.1.4 Výdaje na zdravotnictví v paritě kupní síly

Protože v jednotlivých státech existují rozdíly ve výši mezd a cenové hladiny, není příliš objektivní srovnávat reálné množství peněz, vynaložené na osobu v těchto státech. Mezinárodní srovnání nám však umožňuje tzv. parita kupní síly, která tyto rozdíly eliminuje. V našem případě je stanovena v jednotkách národní měny na US dolar.

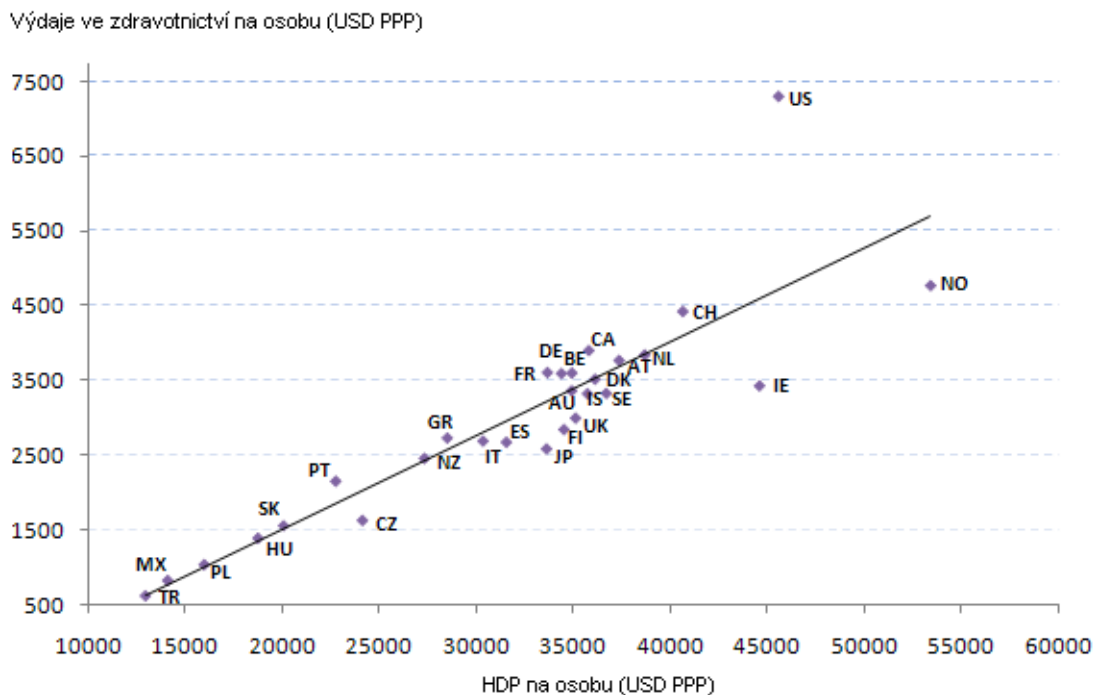
Tab. 5. Výdaje ve zdravotnictví na osobu (PPP \$US) [vlastní tvorba, data zdroj: 18]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	00/07
<b>ČR</b>	980	1082	1195	1339	1422	1477	1535	1626	65,90%
<b>UK</b>	1833	2003	2190	2324	2557	2693	2885	2992	63,20%
<b>USA</b>	4704	5053	5453	5851	6194	6558	6933	7290	55,00%
<b>OECD</b>	1961	2110	2279	2425	2588	2706	2844	2989	52,5%



Graf 4. Výdaje ve zdravotnictví na osobu (PPP USD) ve vybraných zemích 2007 [vlastní tvorba, data zdroj: 18]

Pozorováním bylo zjištěno, že bohaté země utrácí za zdraví více než ty chudší. Pomocí lineární regrese je možné sestavit přímku, která nám zobrazuje tuto závislost a odchylky.



Graf 5. Výdaje ve zdravotnictví na HDP 2007 (USD PPP, na osobu) [ vlastní tvorba, data zdroj: 17, 18, 37]

Pokud je v zemi průměrný roční příjem na osobu okolo \$20 000, očekává se, že za zdraví utratí okolo \$1 500. Jak příklad může posloužit Slovensko, které mělo v roce 2007 HDP na osobu 20076 USD PPP a výdaje ve zdravotnictví na osobu zde činily 1555 USD PPP. Jestliže je tento příjem \$40 000, předpokládá se útrata za zdraví převyšující \$3 500. Samozřejmě zde existují větší či menší odchylky, USA však z tohoto trendu vybočují zcela zásadně - utratí až o \$2 500 více na osobu, než by se dle příjmu dalo očekávat. ČR společně s UK, naopak utratí méně.

## 7.2 Vybavenost a lidské zdroje ve zdravotnictví

Tyto ukazatele nám nastíní, jaká je dostupnost zdravotní péče v jednotlivých zemích.

### 7.2.1 Počet zdravotnických pracovníků a nemocničních lůžek

V našem případě, jsou tyto počty udány v jednotkách na 10 tisíc obyvatel.

Tab. 6. Počet zdravotnických pracovníků a nemocničních lůžek 2000-2008 [vlastní tvorba, data zdroj: 19]

	Lékaři	Zdravotní sestry, ošetřovatelé a porodníci	Zubní lékaři	Počet nemocnič- ních lůžek
ČR	36	89	7	82
UK	23	128	10	39
USA	26	94	16	31

Na rozdíl od UK a USA má ČR přibližně o třetinu vyšší počet lékařů, s výjimkou zubních lékařů, kterých je zde pouhých 7 na 10 tisíc obyvatel. Dále vyniká v počtu nemocničních lůžek, jejichž počet na 10 tisíc obyvatel je o 12 vyšší, než počet lůžek Velké Británie a Spojených států dohromady. To podporuje úvahy o jejich již zmiňovaném nadbytku.

### 7.2.2 Technická vybavenost

Tab. 7. Počet jednotek jednotlivých zařízení na milion obyvatel 2007 [vlastní tvorba, data zdroj: 19]

	MRI	Počítačové to- mografy	Mamografy	Zařízení na radi- ační terapii
ČR	4,4	12,9	13,5	8,8
UK	8,2	7,6	8,4	4,0
USA	25,9	34,3	?	?

*Pozn. USA měří počet mamografických vyšetření nikoli zařízení, takže data nejsou srovnatelná. Údaje o počtu zařízení na radiační terapii USA nejsou dostupné.*

Spojené státy mají výrazně lepší technickou vybavenost MRI a počítačovými tomografy (CT). Myslím si ale, že příčinou je také nižší hustota osídlení, a nutně to neznamená zaostalost zdravotnictví ČR nebo UK.

Česká republika disponuje vyšším počtem mamografů i zařízení na radiační terapii na milion obyvatel než Spojené království.

## 7.3 Objem poskytovaných služeb ve zdravotnictví

Pomocí objemu poskytovaných služeb můžeme například hodnotit, jak často navštěvují občané své lékaře, jaké služby využívají a do jaké míry je čerpají.

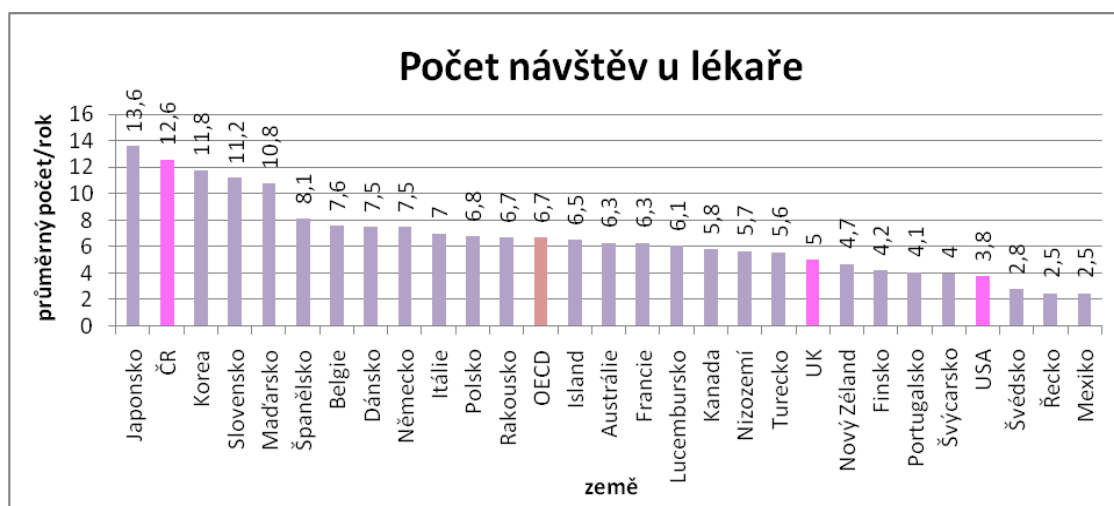
### 7.3.1 Počet konzultací s lékařem

Tento ukazatel zobrazuje průměrný počet návštěv u lékaře a konzultací s lékařem připadající na osobu za rok.

Tab. 8. Počet konzultací s lékařem [vlastní tvorba, data zdroj: 18]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2000/07
<b>ČR</b>	12,6	12,7	12,9	13,0	13,1	13,2	13,0	12,6	0,0%
<b>UK</b>	5,3	5,1	5,7	5,2	5,3	5,0	5,1	5,0	-5,7%
<b>USA</b>	3,7	4,1	4,1	3,9	3,8	4,0	3,8	3,8	2,7%
<b>OECD</b>	6,5	6,5	6,6	6,6	6,6	6,7	6,7	6,7	2,7%

Pozn. Chybějící data v některých letech byla doplněna daty z let předcházejících.



Graf 6. Počet návštěv u lékaře v jednotlivých zemích 2007 [vlastní tvorba, data zdroj: 18]

Pozn. Do průměru zemí OECD z důvodu nedostupnosti nejsou započteny data za Irsko a Norsko

\*Chybějící data v některých letech byla doplněna daty z let předcházejících, příp. následujících.

Ze zemí OECD občané navštěvují lékaře častěji než v České republice pouze v Japonsku. Pacienti si totiž často neuvědomují hodnotu zdravotnické péče. Podle Vladimíra Beneše, přednosta Neurochirurgické kliniky ÚVN Praha, by z tohoto důvodu měly být zachovány přímé platby a poplatky ve zdravotnictví. Tvrdí, že pokud má pacient pocit, že vše je bezplatné, tak si toho neváží. Jako příklad uvádí operace u degenerativního onemocnění páteře, která podle něj ovlivňuje léčbu jen z 20 až 30 %. Zbytek záleží na přístupu a péči pacienta o sebe sama. Často ale není ochoten těchto 70% dodat, ví-li že se o něj zdravotnictví znovu postará. Pokud však zaplatí alespoň symbolickou částku, začne se automaticky ke svému zdraví chovat mnohem zodpovědněji.

[21]

Ve Spojených státech je počet konzultací s lékařem nízký, což je jistě ovlivněno právě vysokým podílem spoluúčasti pacienta, ale také tím, že spousta léků je v USA k dostání bez receptu. Zajímavé je, že ve Spojeném království je počet návštěv u lékaře nízký i přesto, že je hrazena převážně z veřejných zdrojů. Roli zde pravděpodobně bude hrát funkce praktického lékaře jako „strážce dveří“ a také funkce zdravotní sestry, která může rozhodnout, zda pacient konzultaci u lékaře skutečně potřebuje.

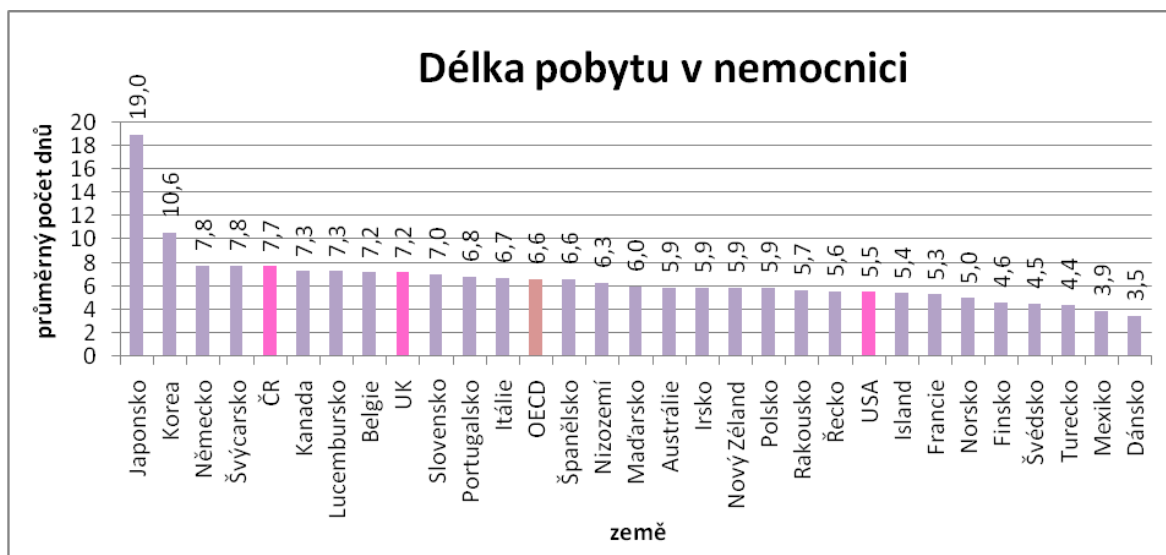
### 7.3.2 Průměrná délka pobytu v nemocnicích

Průměrná délka pobytu v nemocnicích se vypočítá jako počet dnů strávených v nemocnici, vydělen počtem propuštění (včetně úmrtí).

Tab. 9. Průměrná délka pobytu v nemocnici ve dnech (akutní případy) [vlastní tvorba, data zdroj: 18]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2000/07
<b>ČR</b>	8,7	8,5	8,3	8,3	8,1	8,0	7,8	7,7	-11,49%
<b>UK</b>	8,2	8,5	8,5	8,3	8,0	7,8	7,5	7,2	-12,20%
<b>USA</b>	5,8	5,8	5,7	5,7	5,6	5,6	5,6	5,5	-5,17%
<b>OECD</b>	7,5	7,4	7,2	7,0	6,9	6,9	6,7	6,6	-11,83%

Pozn. Chybějící data v některých letech byla doplněna daty z let předcházejících.



Graf 7. Průměrná délka pobytu v nemocnici v jednotlivých zemích 2007 (akutní případy) [vlastní tvorba, data zdroj: 18]

Pozn. Chybějící data v některých letech byla doplněna daty z let předcházejících.

V širším srovnání se zeměmi OECD zjišťujeme, že Česká republika společně se Spojeným královstvím má nadprůměrnou délku pobytu v nemocnici u akutních případů (7,7 a 7,2 dny), zatímco ve Spojených státech je podprůměrná (5,5 dne). Samozřejmě zde mají vliv poplatky za hospitalizaci. Ve všech analyzovaných státech existuje tendence délku hospitalizace snižovat.

## 7.4 Úmrtnost v raném věku

Úmrtnost je členěna do mnoha kategorií. Tato kapitola je zaměřena na mortalitu kojenců a dětí do pěti let.

### 7.4.1 Kojenecká úmrtnost

Kojenecká úmrtnost nám zobrazuje počet úmrtí do jednoho roku na tisíc narozených.

Tab. 10. Kojenecká úmrtnost [vlastní tvorba, data zdroj: 19]

	1990	2000	2007	1990/2007
<b>ČR</b>	11	4	3	-72,7%
<b>UK</b>	8	6	5	-37,5%
<b>USA</b>	10	7	6	-40,0%
<b>Globální</b>	63	54	46	-27,0%

Česká republika patří k zemím s nejnižší kojeneckou úmrtností na světě, což je mimo jiné známkou kvalitní zdravotní péče o nastávající maminky a kojence. Za sledované období zde proběhlo velmi významné zlepšení, a to až o 72,7%. Spojené státy a Spojené království jsou na tom o něco hůře, ale ve srovnání s globálním stavem je kojenecká úmrtnost v těchto zemích také velmi nízká. Navíc zde stejně jako u nás dochází v průběhu let k pozitivnímu vývoji.

### 7.4.2 Úmrtnost dětí to pěti let

Tento ukazatel udává jaká je pravděpodobnost úmrtí dítěte do pěti let na tisíc narozených.

Tab. 11. MDG 5 Pravděpodobnost úmrtí do 5 let na 1000 narozených [vlastní tvorba, data zdroj: 19]

	1990	2000	2007	1990/2007
<b>ČR</b>	12	5	4	-66,7%
<b>UK</b>	10	6	6	-40,0%
<b>USA</b>	11	9	8	-27,3%
<b>Globální</b>	63	54	46	-27,0%

Také v tomto srovnání je na tom Česká republika z uvedených zemí nejlépe a došlo zde k nejvýraznějšímu zlepšení. Naopak nejhůře jsou na tom Spojené státy s počtem úmrtí osm na tisíc obyvatel. Opět platí, že ve sledovaných zemích je mnohem nižší úmrtnost, než je běžné ve světě.

## 7.5 Stárnutí populace

Stárnutí populace se stalo společným rysem pro většinu vyspělých zemí, dochází k němu zejména v důsledku poklesu porodnosti spolu s prodlužováním střední délky života.

### 7.5.1 Praviděpodobnost dožití, počet porodů a úmrtí

Neboli kolika let se pravděpodobně dožije osoba narozená v roce 2009, kolik lidí na tisíc obyvatel se v tomto roce narodilo a kolik jich zemřelo.

Tab. 12. Počet porodů, úmrtí a pravděpodobnost dožití při narození 2009 [vlastní tvorba, data zdroj: 31]

	Počet porodů na tisíc obyvatel	Počet úmrtí na tisíc obyvatel	Pravděpodobnost dožití při narození		
			Celková	Muži	Ženy
<b>ČR</b>	11	10	77	74	80
<b>UK</b>	13	9	79	77	82
<b>USA</b>	14	8	78	75	80
<b>Svět</b>	20	8	69	67	71
<b>Rozvin. země</b>	12	10	77	74	81

Z uvedené tabulky vyplývá, že v České republice je nejnižší počet porodů na tisíc obyvatel a zároveň nejvyšší počet úmrtí na tisíc obyvatel. Tyto čísla jsou zatím sice vyrovnaná, ale v momentu, kdy počet úmrtí převyší počet porodů, se začne snižovat počet obyvatel v zemi. Ve Spojených státech je počet porodů o šest vyšší než počet úmrtí na tisíc obyvatel, ve Spojeném království pak o čtyři vyšší.



V roce 2007 mají uvedené země přibližně o deset let vyšší naději na dožití při narození než činní světový průměr. Pravděpodobnost dožití u žen je v České republice stejná jako ve Spojených státech, ve Spojeném království je o dva roky vyšší. V České republice je naděje na dožití u mužů 74 let, což je průměrná délka života mužů v rozvinutých státech. Ve Spojených státech se muži dožívají 75 let a ve Spojeném království se dožívají až 77 let.

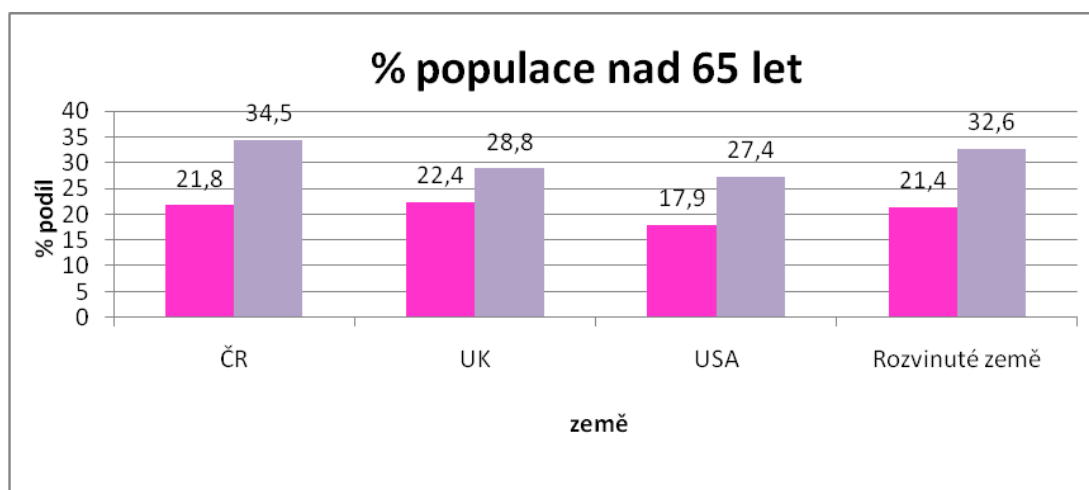
### 7.5.2 Současný stav a prognózy vývoje populace nad 60 let

V následujících tabulkách se nachází údaje o stavu populace a jejím očekávaném vývoji do roku 2050. Nechybí také koeficient podpory stáří, který uvádí, kolik obyvatel ve věku 15-64 let připadá na osobu nad 65 let.

Tab. 13. Populace nad 60 let a prognóza jejího vývoje [vlastní tvorba, data zdroj: 30]

	% celkové populace		% nárůst	Podíl osob nad 80 let		% nárůst	*Koeficient podpory stáří	
	2009	2050	2009/50	2009	2050	2009/50	2009	2050
<b>ČR</b>	21,8	34,5	58,4	15,8	22,8	44,1	4,8	2,1
<b>UK</b>	22,4	28,8	28,5	20,8	29,9	43,9	4,0	2,7
<b>USA</b>	17,9	27,4	53,2	21,2	28,5	34,6	5,2	2,8
<b>Rozvin. země</b>	21,4	32,6	52,5	19,6	29,1	48,0	4,3	2,2

Pozn. Mezi rozvinuté země jsou započteny všechny regiony Evropy a Severní Ameriky, Austrálie, Nového Zélandu a Japonska. Podíl lidí nad 80 let je vypočten jako % populace nad 60 let.



Graf 7. Procento populace nad 65 let v letech 2009 a 2050 [vlastní tvorba, data zdroj: 30]

V roce 2009 má z analyzovaných zemí nejvyšší podíl obyvatel nad 60 let Spojené království. Prognózy však předpovídají, že v roce 2050 to bude Česká republika. Podle odhadů se do roku 2050 navýší počet osob nad 60 let v ČR o 58,4%. Trend stárnutí populace se oče-

kává i v ostatních rozvinutých zemích. Nejpomaleji by k němu mělo docházet ve Spojeném království, kde by mělo dojít k nárůstu populace nad 60 let o „pouhých“ 28,8%.

Podíl osob nad 80 let v této skupině obyvatel je nejnižší v ČR, a tak by to mělo zůstat i v roce 2050. Z nynějších 15,8% se předpovídá jejich nárůst na 22,8%. V ostatních zemích se očekávají hodnoty kolem 29 %.

Z koeficientu podpory stáří můžeme vyčíst, že zatímco v roce 2009 připadá v ČR na osobu nad 64 let 4,8 osob 14 – 64letých, v roce 2050 to pravděpodobně bude jen 2,1 osoby. Spojené státy a Spojené království by na tom měli být s 2,8 a 2,7 osobami o něco lépe.

Tab. 14. Populace nad 60 let; analýza muži, ženy 2009 [vlastní tvorba, data zdroj: 30]

	Počet mužů na sto žen 2009		Naděje dožití v 60 letech		% pracujících nad 60 let		Zákonný důchodový věk	
	60+	80+	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
<b>ČR</b>	73	44	18	22	16	5	61.8	56.3-60.3
<b>UK</b>	81	54	20	24	24	12	65	60
<b>USA</b>	80	56	21	25	33	23	66	66
<b>Rozvin. země</b>	74	49	20	24	24	14	-	-

*Pozn. Mezi rozvinuté země jsou započteny všechny regiony Evropy a Severní Ameriky, Austrálie, Nového Zélandu a Japonska.*

Je zajímavé, že v ČR se v populaci nad 60 a 80 let nachází výrazně méně mužů než v ostatních zemích. Zatímco ve Spojeném království připadá na sto žen až 81 mužů (nad 60 let), v ČR je to pouhých 73 mužů.

Česká republika také zaostává v naději na dožití u starších osob a v počtu pracujících nad 60 let. Počet pracujících je logicky nejvyšší ve Spojených státech, které nemají tak štědrý důchodový systém jako státy evropské. V ČR je ze srovnávaných zemí nejnižší věk odchodu do důchodu, a na rozdíl od nich, je u žen ovlivněn počtem dětí. Nicméně do roku 2030 by se měl zvýšit na 65 let. Pouze u žen s dvěma a více dětmi zůstane o dva až tři roky nižší. Také v UK by u žen mělo dojít ke zvýšení hranice na 65 let a to do roku 2020. V USA se dokonce do roku 2027 plánuje zvýšení na 67 let.

[30]

## 7.6 Chronické choroby

Zdravotní stav obyvatelstva determinuje spotřebu zdravotní péče a ekonomickou aktivitu obyvatelstva. Ovlivňuje tedy příjmy i výdaje ve zdravotnickém systému. V následujících tabulkách je porovnán výskyt vybraných chorob v populaci jednotlivých zemí.

### 7.6.1 Akutní infarkt myokardu (AIM)

Tab. 15. AIM (počet úmrtí na 100 000 obyvatel) [vlastní tvorba, data zdroj: 18]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2000/07
<b>ČR</b>	88,2	82,0	74,8	69,6	59,8	53,3	48,5	45,8	-48,1%
<b>UK</b>	75,0*	61,4	58,9	55,1	49,3	45,3	40,5	37,6	-49,8%
<b>USA</b>	54,0	50,3	47,9	44,6	40,3	37,9	37,9*	37,9*	-29,8%
<b>OECD</b>	58,4	55,0	53,2	50,8	47,3	44,5	42,9	42,0	-28,0%

Pozn. Do průměru zemí OECD z důvodu nedostupnosti nejsou započteny data za Belgie, Švýcarsko a Turecko. \* Chybějící data v některých letech byla doplněna daty z let předcházejících, příp. následujících.

Česká republika má ze sledovaných zemí na AIM nejvyšší úmrtnost. Od roku 2000 zde však došlo k jejímu snížení o 48,1%. Ve Spojeném království proběhlo ještě výraznější snížení úmrtnosti, a to o 49,8%. Spojené státy mají úmrtnost na AIM dlouhodobě nižší než průměr OECD a také zde docházelo k postupnému snižování. Tento pokles počtu úmrtí na AIM je ostatně trendem téměř ve všech zemích OECD.

### 7.6.2 Cévní mozková příhoda (CMP)

Tab. 16. Cévní mozková příhoda (počet úmrtí na 100 000 obyvatel) [vlastní tvorba, data zdroj: 18]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2000/07
<b>ČR</b>	131,2	126,7	124,6	125,8	106,5	104,1	95,8	77,2	-41,2%
<b>UK</b>	63,9*	63,8	63,3	61,4	55,9	52,0	48,4	45,6	-28,6%
<b>USA</b>	43,2	41,1	39,9	38,0	35,7	33,4	33,4*	33,4*	-22,7%
<b>OECD</b>	69,8	67,2	65,5	63,3	58,7	55,1	53,0	51,6	-26,0%

Pozn. Do průměru zemí OECD z důvodu nedostupnosti nejsou započteny data za Belgie a Turecko. \* Chybějící data v některých letech byla doplněna daty z let předcházejících, příp. následujících.

Přestože v České republice došlo od roku 2000 až o 41,2% snížení prevalence CMP, úmrtí s ní spojená jsou zde stále velmi častá a dosahují více než dvojnásobných hodnot než v USA. Ze zemí OECD se ČR v roce 2007 řadila na pátou příčku ve výskytu CMP. Toto

však můžeme považovat za pozitivní, vzhledem k tomu, že v letech 2001-05 se pravidelně umisťovala na druhé pozici (za Maďarskem, v roce 2005 za Portugalskem).

Podíl na snížení počtu kardiovaskulárních chorob v ČR má rozvinutá péče v této oblasti, která disponuje špičkovou technologií, standardními postupy a vysokou dostupností specializovaných pracovišť, např. iktových jednotek, kardiovaskulárních center, kardiologických oddělení včetně transplantačních programů, CT i náročných vyšetřovacích a léčebných metod (echokardiografie, implantáty, lékových stenty, MRI aj.) Nemoci oběhové soustavy však přesto zůstávají hlavní příčinou úmrtí, na celkovém počtu úmrtí se v roce 2008 podílely 49,8%. [3,14]

### 7.6.3 Nádorová onemocnění

Tab. 17. Maligní nádory (počet úmrtí na 100 000 obyvatel) [vlastní tvorba, data zdroj: 18]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2000/07
<b>ČR</b>	224,2	220,3	221,4	221,7	218,0	206,0	201,2	193,4	-13,7%
<b>UK</b>	184,5*	183,4	181,9	178,7	175,7	173,3	172,0	170,7	-7,5%
<b>USA</b>	171,5	168,5	166,3	163,3	159,8	157,9	157,9*	157,9*	-7,9%
<b>OECD</b>	175,2	172,6	170,3	168,9	166,9	163,7	161,7	161,6	-7,7%

Pozn. Do průměru zemí OECD (viz. příloha č. 1.) z důvodu nedostupnosti nejsou započteny data za Belgie a Turecko.\* Chybějící data v některých letech byla doplněna daty z let předcházejících, příp. následujících.

I v počtu úmrtnosti na maligní nádory Česká republika výrazně převyšuje ostatní státy OECD. Během let 2000-2006 je na tom hůře už jen Maďarsko. Pozitivní je, že od roku 2000 se tato úmrtnost snížila o 13,7%. K léčbě nádorových onemocnění zde slouží 13 onkologických center a v úspěšnosti léčby se nachází zhruba v polovině žebříčku 20 evropských zemí a USA.

Ve Spojeném království je úmrtnost na nádory asi o deset vyšší než je průměr zemí OECD, Spojené státy se naopak dlouhodobě nachází pod tímto průměrem.

Vysoký výskyt onkologických onemocnění znamená velkou ekonomickou zátěž pro veřejné zdravotní pojištění. Mortalita způsobená nádory u nás sice klesá, nicméně incidence nádorových onemocnění se každoročně zvyšuje asi o pět procent. Letos bude v ČR žít zhruba 450 tisíc lidí, kteří mají nebo v minulosti měli rakovinu. Novotvary jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí v ČR. V roce 2008 byli příčinou smrti u 26,7% všech úmrtí.

#### 7.6.4 Onemocnění dýchacího ústrojí

Tab. 18. Onemocnění dýchacího ústrojí (počet úmrtí na 100 000 obyvatel)[vlastní tvorba, data zdroj: 18]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2000/07
<b>ČR</b>	38,3	35,9	36,2	40,2	35,4	44,0	39,9	39,2	2,3%
<b>UK</b>	108,3*	74,3	76,0	80,9	74,1	75,3	70,7	69,7	-35,6%
<b>USA</b>	63,4	61,9	61,5	61,1	58,0	59,8	59,8*	59,8*	-5,7%
<b>OECD</b>	53,6	48,4	49,6	50,2	46,1	47,5	45,2	45,0	-16,1%

Pozn. Do průměru zemí OECD (viz. příloha č. 1.) z důvodu nedostupnosti nejsou započteny data za Belgie a Turecko.\*Chybějící data v některých letech byla doplněna daty z let předcházejících.

Největší počet úmrtí v souvislosti s onemocněním dýchacího ústrojí ze všech zemí OECD má Velká Británie. Od roku 1999 zde však došlo k zásadnímu snížení této úmrtnosti o to až 35,6%. Daný jev, lze dát do souvislosti s projektem „smoking kills“ (kouření zabíjí), který je podrobněji popsán níže. Spojené státy mají také vysokou úmrtnost na respirační onemocnění, mezi zeměmi OECD se řadí na čtvrtou příčku. V ČR je sice morbidita spojená s respiračními chorobami podprůměrná, došlo zde však k mírnému nárůstu, zatímco téměř ve všech ostatních zemích OECD se snižuje.

#### 7.6.5 Diabetes mellitus (DM)

Tab. 19. Diabetes mellitus (počet úmrtí na 100 tis. obyvatel) [vlastní tvorba, data zdroj: 18]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2000/07
<b>ČR</b>	11,1	9,3	9,7	10,9	10,0	10,3	10,4	16,5	48,6%
<b>UK</b>	7,5	7,6	7,5	7,6	7,1	6,7	6,4	6,2	-17,3%
<b>USA</b>	20,6	20,8	20,9	20,9	20,2	20,3	20,3*	20,3*	-1,5%
<b>OECD</b>	13,6	13,7	14,0	14,5	14,0	14,2	14,0	13,9	2,6%

Pozn. Do průměru zemí OECD (viz. příloha č. 1.) z důvodu nedostupnosti nejsou započteny data za Belgie a Turecko. Dále v průměru nejsou uvedena data Mexika, protože průměr svými vysokými hodnotami zkruskuje.\*Chybějící data v některých letech byla doplněna daty z let předcházejících, příp. následujících.

Ze zkoumaných zemí umírá na DM nejvíce lidí ve Spojených státech. Česká republika je na tom sice lépe, ale vývoj této úmrtnosti je zde velmi špatný. Od roku 2000 došlo k jejímu nárůstu o 48,6%. Zvláště významné pak bylo navýšení v roce 2007, kdy počet zemřelých v důsledku DM vzrostl o více než 600 lidí oproti předešlému roku. Spolu s úmrtností každoročně roste také počet léčených diabetiků, kterých bylo ke konci roku 2008 evidováno 773 561. Ve Spojeném království je počet úmrtí diabetiků nízký a dále klesá. [14]

## 7.7 Rizikové faktory

Škodlivé faktory jako je kouření, alkohol a nadváha prokazatelně zhoršují zdraví. Analýza rozšíření těchto jevů ve společnosti, nám naznačuje, do jaké míry lidé v jednotlivých zemích pečují o své zdraví.

### 7.7.1 Kouření

Podle WHO je tabák jednou z hlavních příčin úmrtí ve světě. Mimo jiné způsobuje dvě hlavní příčiny úmrtí obyvatel – nemoci oběhového systému a některé druhy novotvarů. [24]

Tab. 20. Procento kuřáků nad 15 let (kouří denně) [vlastní tvorba, data zdroj: 18]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2000/07
<b>ČR</b>	23,5*	23,5*	24,1	24,1*	24,1*	24,3	24,3*	24,3*	3,4%
<b>UK</b>	27,0	27,0	26,0	26,0	25,0	24,0	22,0	21,0	-22,2%
<b>USA</b>	19,1	18,7	18,4	17,5	17,0	16,9	16,7	15,4	-19,4%
<b>OECD</b>	28,1	27,3	26,7	25,7	25,2	24,5	24,1	23,6	-15,7%

Pozn. \*Chybějící data v některých letech byla doplněna daty z let předcházejících, příp. následujících.

Z tabulky vyplývá, že v České republice je vyšší počet pravidelných kuřáků než v UK a USA, a také vyšší, než činí průměr zemí OECD. Zatímco u ostatních zemí docházelo k poklesu tohoto zlovyku, ČR zaznamenala za analyzované období 3,4% nárůst. Tento jev je do značné míry ovlivněn silným kuřáckým lobby a benevolentním přístupem české legislativy. Ve vyhodnocení opatření proti kouření v evropských zemích (viz. příloha č. 3.), skončila ČR z 30 hodnocených zemí na 25. - 26. místě, což je velmi špatný výsledek.

Spojené státy mají z analyzovaných zemí nejnižší procento kuřáků. Tamní protikuřácká kampaň spolu se zákazem kouření na pracovištích a veřejných místech měla silný dopad nejen na počet kuřáků, ale také na snížení výskytu mnoha chorob napříč různými socioekonomickými skupinami. [26]

V roce 1998 byla ve Velké Británii představena strategie ochrany veřejného zdraví s názvem „smoking kills“. Tato komplexní strategie orientovaná na snížení počtu kuřáků ve společnosti obsahovala 6 základních prvků:

- omezení pasivního kouření
- komunikace a vzdělávání

- snížení dostupnosti tabáku
- motivace pro kuřáky, aby přestali a asistence v jejich úsilí
- omezení propagace a reklamy tabáku
- nařízení a předpisy týkající se tabáku

Projekt proběhl úspěšně a pomohl snížit počet dospělých kuřáků z 28% na současných 21%. V roce 2010 UK rozjíždí další propracovanou strategii na omezení kouření s názvem „A smokefree future“ (budoucnost bez kouření). Odhady naznačují, že pokud se podaří implementovat všechny prvky této strategie, v letech 2011 až 2020 se NHS podaří ušetřit 1,5 až 2,4 bilionů liber. [27]

### 7.7.2 Alkohol

Konzumace alkoholu v přiměřeném množství a správné skladbě může být zdraví prospěšná, avšak jeho nadměrná konzumace je spojována s mnoha zdravotními riziky. Vysoká spotřeba alkoholu zvyšuje pravděpodobnost kardiovaskulárních onemocnění, cirhózy jater a některých druhů rakoviny. [24]

Tab. 21. Spotřeba alkoholu (litrů na osobu) [vlastní tvorba, data zdroj: 16]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2000/07
<b>ČR</b>	11,8	11,8	11,9	12,1	11,5	12,0	11,9	12,1	2,5%
<b>UK</b>	10,4	10,7	11,0	11,2	11,5	11,4	11,0	11,2	7,7%
<b>USA</b>	8,2	8,3	8,3	8,3	8,4	8,4	8,6	8,6*	4,9%
<b>OECD</b>	9,7	9,7	9,7	9,6	9,7	9,7	9,7	9,7	0,1%

Pozn. \*Chybějící data v některých letech byla doplněna daty z let předcházejících, příp. následujících.

Spotřeba alkoholu je v ČR vyšší než v analyzovaných státech, v roce 2007 o 2,4 litrů převyšuje průměr v zemích OECD. Tato situace u nás existuje zejména proto, že v našem národním povědomí nezaujímá alkohol výrazně nebezpečnou roli a je naopak vnímán téměř jako něco pozitivního, jako součást naší národní příslušnosti.

V Spojených státech se ročně zkonsumuje „pouze“ 8,6 litrů čistého alkoholu na osobu. Existují zde také přísnější pravidla (v jednotlivých státech se liší), jako například věková hranice 21 let pro legální požívání alkoholických nápojů, zákaz konzumace alkoholu na veřejnosti aj.

Zatímco spotřeba alkoholu v zemích OECD stagnuje, v analyzovaných zemích dochází k jejímu růstu. Nejvýraznější navýšení pak proběhlo ve Spojeném království, a to o 7,7%.

V historii lidstva se již vyskytly četné pokusy o zákaz alkoholu, ty se však většinou minuly účinkem. Např. prohibice v USA z roku 1919 vedla k rozšíření mafie, pašeráctví, korupce a zločinnosti, ale nikoliv k omezení pití. Spotřebu alkoholu lze omezovat spíše pomocí spotřebních daní, kontrolou výrobce lihovin, v rámci politiky zahraničního obchodu, trestními předpisy či preventivními osvětovými a léčebnými programy. [29]

### 7.7.3 Obezita a nadváha

Obezita a nadváha je ovlivněná celou řadou faktorů, vždy však vzniká v důsledku nepoměru mezi příjmem a výdejem energie. Tato civilizační nemoc se podílí na vzniku a rozvoji mnoha závažných somatických onemocnění, jako je DM, kardiovaskulární choroby, metabolický syndrom, pohybové obtíže, atd. [25]

K hodnocení váhy se dnes využívá především Index tělesné hmotnosti, který poměřuje váhu ve vztahu k výšce ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Za nadváhu je pak považován BMI vyšší než  $25 \text{ kg}/\text{m}^2$  a za obezitu BMI převyšující  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ . [28]

Tab. 22. Obezita (% populace) [vlastní tvorba, data zdroj: 18]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2000/07
<b>ČR</b>	14,2*	14,2*	14,8	14,8*	14,8*	17,0	17,0*	17,0*	19,7%
<b>UK</b>	21,0	22,0	23,0	23,0	23,0	23,0	24,0	24,0	14,3%
<b>USA</b>	30,5	30,5*	30,6	30,6*	32,2	32,2*	34,3	34,3*	12,5%
<b>OECD</b>	12,8	13,0	13,5	13,9	14,1	14,6	15,1	15,4	19,7%

Pozn. \*Chybějící data v některých letech byla doplněna daty z let předcházejících, příp. následujících.

Tab. 23. Nadváha nebo obezita (% populace) [vlastní tvorba, data zdroj: 18]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2000/07
<b>ČR</b>	50,2*	50,2*	51,1	51,1*	51,1*	52,0	52,0*	52,0*	3,6%
<b>UK</b>	60,0	62,0	61,0	60,0	62,0	60,0	62,0	61,0	1,7%
<b>USA</b>	64,5	64,5*	65,7	65,7*	66,3	66,3*	67,3	67,3*	4,3%
<b>OECD</b>	45,8	46,2	47,2	47,6	47,7	48,3	48,8	49,2	7,3%

Pozn. \*Chybějící data v některých letech byla doplněna daty z let předcházejících, příp. následujících.

Nezdravě vysoká hmotnost je nyní problémem mnoha vyspělých zemí. Ve zkoumaném období docházelo ve všech zemích OECD k nárůstu počtu obézních. Česká republika znamenala až 19,7% nárůst, v UK došlo 14,3% navýšení a USA přibýlo 12,5% obézních.



Převážně v USA je obezita enormně rozšířená. BMI přesahující 30 kg/m<sup>2</sup> zde v roce 2007 mělo 34,3% obyvatel, BMI přesahující 25 kg/ m<sup>2</sup> 67,3% obyvatel. Z toho vyplývá, že normální váhou se zde může pochlubit pouhá třetina obyvatel. V ČR má normální váhu méně než polovina obyvatel a 17% populace je zde obézní. Spojené království se nachází někde mezi těmito zeměmi, obezitou zde trpí 24% a nadváhou 37% populace.

## 8 DOPORUČENÍ PRO ČESKOU REPUBLIKU

Ve všech zkoumaných zemích je zdravotnictví na velmi dobré odborné úrovni a disponuje moderním technologickým vybavením. Právě díky kvalitě a také dostupnosti zdravotnické péče se dnes daří úspěšně léčit i mnohá onemocnění, na které dříve léčba neexistovala nebo byla méně úspěšná. Výsledkem je oddalování smrti a prodlužování lidského života. S vyšším věkem jsou však spojeny mnohé zdravotní obtíže, které vyžadují intenzivnější zdravotní péči a znamenají tedy i vyšší náklady. Souběžně se zvyšováním naděje na dožití se vyskytuje také trend poklesu porodnosti, a dochází tak k celkovému stárnutí populace. Všechny zkoumané země budou muset tento problém řešit, nejvíce dramatický stav je však v České republice. Podle odhadů zde v roce 2050 bude připadat na 1 osobu nad 64 let pouze 2,1 osoby 14-64letých, oproti dnešním 4,8 osobám. Z toho jasně vyplývá, že současný systém financování není dlouhodobě udržitelný. V budoucnu je proto nutné zavádět v souvislosti s tímto jevem různá opatření. Kromě metod k zajištění snížení nákladů, jako např. zvyšování věku odchodu do důchodu, bude také důležité zaměřit se na rozvoj specializované péče pro seniory (např. terénní pečovatelská služba, denní stacionáře, hospicová péče). Zlepšení situace by nastalo při zvýšení porodnosti, proto by měla státní politika zavazovat prostředky, jak dosáhnout i tohoto cíle (zvýhodnění a podpora rodin s dětmi, propagace rodinných hodnot).

Kromě stárnutí populace zvyšují náklady ve zdravotnictví také civilizační choroby a rizikové faktory. Česká republika vyniká v úmrtnosti na kardiovaskulární choroby a nádorová onemocnění. Léčba těchto onemocnění je vysoce nákladná a významně zatěžuje veřejné zdravotní pojištění. Jejich prevalenci však lze podstatně ovlivnit zdravým životním stylem, který zahrnuje i snížení vlivu rizikových faktorů. Spojenému království se díky propracované strategii „smoking kills“ podařilo značně snížit množství kuřáků a zároveň omezit onemocnění s kouřením spojená. Ve Spojených státech se zase pomocí přísnějších pravidel daří udržovat relativně nízkou spotřebu alkoholu. Česká republika je ke kuřákům i k alkoholu velmi tolerantní, existuje zde tedy velký prostor pro zavádění různých opatření k omezení těchto rizikových faktorů. Inspirovat by se mohla právě opatřeními Spojeného království či Spojených států (např. zdravotní daň na jednoznačně škodlivé látky, různé předpisy a omezení, vzdělávací kampaně, zákaz reklamy, negativní reklama atd.).

V souvislosti s rizikovými faktory je nutno zmínit také obezitu, která je často nazývána „epidemií třetího tisíciletí“. Počet osob s nadměrnou hmotností v posledním desetiletí prudce stoupá. Vzhledem k tomu, že tento stav provází mnoho zdravotních obtíží, je i zde důležité zaměřit se na její léčbu a prevenci (antiobezitologické programy, propagace zdravého stravování, důraz na pohyb apod.).

Zásadní prvek, kterým se jednotlivé země odlišují, je podíl soukromých výdajů ve zdravotnictví. Struktura výdajů významně ovlivňuje celkové výdaje ve zdravotnictví a množství čerpané zdravotní péče.

Z provedených analýz vyplývá, že Česká republika vyniká v počtu návštěv u lékaře. Podle mnohých názorů (např. Plk. prof. MUDr. Vladimír Beneš, DrSc.) je toto způsobeno pocitem některých obyvatel, že zdravotnictví je zadarmo a není proto nutné se snažit šetřit, či o své zdraví dostatečně pečovat (počet kuřáků, vysoká spotřeba alkoholu i podíl osob s nadváhou to ostatně potvrzuje). Určitá spoluúčast ve zdravotnictví je proto velmi prospěšná. Pokud lidé budou v situaci, že správný životní styl jim ušetří mnohé výdaje, budou dobře motivováni k jeho dodržování. Různé poplatky a podílení se na financování péče odrazuje od plýtvání, neopodstatněného využívání diagnostických výkonů a léčebných procedur či nadměrného užívání léků. Spoluúčast však musí být důkladně propracovaným systémem, ve kterém nebudou znevýhodněni vážně nemocní lidé (např. stanovení zákonně definovaných finančních stropů). Naopak, ušetřené peníze by se měly investovat do léčby těchto vážně nemocných, do výzkumu, vývoje a modernizace lékařských postupů a technologií. V České republice je bohužel zavedení vyšší spoluúčasti značně komplikováno politizací tohoto tématu.

Soukromé výdaje sestávají také ze zdravotního připojištění, které u nás ale nemá velký význam. Tato situace by se změnila, pokud by různé výkony a preparáty byly rozděleny na standardní a nadstandardní, s tím, že standardní výkony by byly hrazeny z veřejného pojištění a ty nadstandardní by klient mohl částečně nebo zcela financovat právě ze soukromého připojištění nebo přímou úhradou. V České republice se s tímto můžeme setkat ve stomatologické péči, lázeňské péči, a dále jako spoluúčasti na úhradě u některých léčiv. Rozhodování o rozdělení výkonů na standardní a nadstandardní by mělo náležet sdružení odborníků (dohadovací řízení, odborné společnosti, pojišťovny, patientská sdružení, lékařská komora,

stomatologická komora atd.). Jednalo by se o dynamický proces, ve kterém by se s novými technologiemi a metodami ve zdravotnictví standardy upravovaly.

V analyzovaných zemích dále existují velké rozdíly v % podílu HDP na výdajích do zdravotnictví a výdajích do zdravotnictví v paritě kupní síly. Česká republika má obě tyto hodnoty velmi nízké, investuje tedy do zdravotnictví relativně málo peněz. V době, kdy nebezpečně roste státní dluh, se nesnadno hovoří o navyšování výdajů ve zdravotnictví, nicméně je nutné si uvědomit, že vhodně zvolené investice do zdravotnictví jsou pro stát velkým přínosem. Zdravotnictví není pouze nenasytný konzument financí, ale zároveň podporuje a produkuje tu nejcennější hodnotu - zdraví. Jedině zdravý člověk má pracovní potenciál a může se podílet na tvorbě ekonomických hodnot. Proto je potřeba do prevence a léčby nemocí investovat adekvátní částku. Prevenci je třeba obzvláště zdůraznit, úplně nemoci předejít totiž vyjde levněji, než ji pak draze léčit. Kromě již zmiňovaných opatření k omezení působení rizikových faktorů a dodržování zdravotního stylu by se neměly zanedbávat ani různé screeningové programy (např. programy na záchyt zhoubných nádorů prsu a kolorekta), které nám umožní odhalit onemocnění už v raném stádiu a sníží tak celkové výdaje na terapii i délku jejího trvání.

## 9 ZÁVĚR

Zdravotnictví v analyzovaných zemích má mnoho společného, ať už se jedná o pozitiva či negativa. Ve všech analyzovaných zemích je zdravotnictví na vysoké úrovni, funguje v nich široká síť poskytovatelů zdravotních služeb a k dispozici mají kvalitní technologické vybavení. Zdravotnická péče v České republice a Spojeném království je navíc všem téměř bezplatně dostupná. To neplatí ve Spojených státech, kde je vysoká spoluúčast pacientů a stále zde existuje mnoho obyvatel, kteří nemají zdravotní pojištění. Zavedením již schválené reformy zdravotnictví do praxe, by se ale tato situace měla změnit.

Zásadním problémem všech zemí je růst výdajů ve zdravotnictví, který je dán prudkým technologickým pokrokem v medicíně a dostupností drahých technologií a léků pro pacienty. Díky tomu dochází k prodlužování lidského života, což spolu s nízkou porodností vede ke stárnutí populace. Roste tedy podíl osob, které potřebují intenzivnější zdravotní péči, a snižuje se podíl těch, které odvádí zdravotní pojištění. Současný systém financování zdravotní péče se tak stává neudržitelným a je proto nutné hledat cesty, jak docílit vyšší hospodárnosti a efektivnosti.

Náklady ve zdravotnictví jsou výrazně ovlivněny rozšířením tzv. civilizačních chorob, jejichž léčba významně zatěžuje veřejné zdravotní pojištění. Výskyt těchto onemocnění se dá podstatně ovlivnit zdravým životním stylem a odstraněním vlivu rizikových faktorů (kouření, alkohol, nadváha). Proto je velmi důležité zaměřit se na jejich prevenci.

Jednotlivé země se odlišují strukturou výdajů ve zdravotnictví. V České republice je nízký podíl soukromých výdajů, což vede nadměrnému využívání zdravotní péče a nemotivuje k dodržování zdravého životního stylu. Určitá spoluúčast je pro systém prospěšná, je však nutné zabezpečit, aby nebyli znevýhodněni vážně nemocní lidé. Naopak, ušetřené peníze by se měli investovat do léčby nákladných onemocnění, výzkumu, vývoje a modernizace lékařských postupů a technologií. V České republice je bohužel zavedení vyšší spoluúčasti značně komplikováno politizací tohoto tématu.

Mezi soukromé výdaje patří i zdravotní pojištění, které u nás ale nemá velký význam. Tato situace by se změnila, pokud by zdravotní péče byla rozdělena na standardní (hrazenou z veřejného pojištění) a nadstandardní (hrazenou klientem). K financování nadstandardní péče by sloužilo soukromé pojištění, případně by probíhalo přímou úhradou.

Česká republika v porovnání s ostatními zeměmi investuje do zdravotnictví relativně málo peněz. V době kdy nebezpečně roste státní dluh, se nesebnadno hovoří o navyšování výdajů ve zdravotnictví, nicméně co nejvyšší možná úroveň zdraví celé populace je v ekonomickém zájmu každého státu. Proto je nezbytné do prevence a léčby nemocí investovat adekvátní částku. Obzvláště prevenci je třeba zdůraznit, předcházení nemoci totiž vyjde levněji, než její léčba.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Monografie:

- [1] DOLANSKÝ, H. Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9
- [2] GLADKIJ, I. a kol. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
- [3] JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. Úvod do veřejného zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9
- [4] REKTOŘÍK, J. a kol. Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru. 2. vyd. Praha: Ekopress, s. r. o., 2007. 310 s. ISBN 978-80-86929-29-3
- [5] VURM, V. a kol. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 128 s. ISBN 978-80-7254-997-9
- [6] ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. Ekonomika zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 206 s. ISBN 10 80-7013-429-1
- [7] HOLMAN, R. Makroekonomie středně pokročilý kurz. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2004. 424 s. ISBN 80-7179-764-2
- [8] KADEŘÁBKOVÁ, A. Základy makroekonomické analýzy. 1. vyd. Praha: Linde, s. r. o., 2003. 176 s. ISBN 80-86131-36-X

### Internetové zdroje:

- [9] MALLON, Will. What Is Medicare?. HNN : History news network [online]. 21.07.2003, č.3, [cit. 2010-03-05]. Dostupný z WWW: <<http://hnn.us/articles/1583.html>>.
- [10] Centers for Medicare & Medicaid services : Medicaid [online]. 5.1.2010 [cit. 2010-03-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.cms.hhs.gov/medicaideligibility/>>.

- [11] World Health Organisation, Kancelář v České republice : Světová zdravotnická organizace [online]. 2007 [cit. 2010-03-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.who.cz/zaklinf.htm>>.
- [12] Naděje na dožití a průměrný věk [online]. 8.7. 2008 [cit. 2010-03-05]. Český statistický úřad. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje\\_dozeni\\_a\\_prumerny\\_vek](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_a_prumerny_vek)>.
- [13] FINGEROVÁ, Tereza . ČR jako ráj zdravotní turistiky, nejvíce se jezdí za plastikou. HN : hospodářské noviny [online]. 29. 6. 2008, č.3, [cit. 2010-03-05]. Dostupný z WWW: <<http://ekonomika.ihned.cz/c1-25740910-cr-jako-raj-zdravotni-turistiky-nejvice-se-jezdi-za-plastikou>>. ISSN 1213-7693
- [14] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR : Zdravotnická ročenka České republiky 2008 [online]. 2009 [cit. 2010-03-05]. Dostupné z WWW: <[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search\\_name=ro%Edenk&region=100&mnu\\_id=5300](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ro%Edenk&region=100&mnu_id=5300)>.
- [15] National Center for Health Statistics : Health, United States, 2009 [online]. Washington, DC 20402 : U.S. Government Printing Office, 2010 [cit. 2010-03-05]. Dostupné z WWW: <<http://cdc.gov/nchs/hus.htm>>.
- [16] Office for National Statistics [online]. April 2009 [cit. 2010-03-25]. Expenditure on Health Care in the UK. Dostupné z WWW: <<http://www.statistics.gov.uk/articles/nojournal/Expenditure-on-health-09.pdf>>
- [17] PEARSON, Mark. OECD : Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries? [online]. 30.9. 2009 [cit. 2010-03-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.oecd.org/dataoecd/5/34/43800977.pdf>>.
- [18] OECD : Health data 2009 - Frequently requested data [online]. 2009 [cit. 2010-03-05]. Dostupné z WWW: <[http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html)>.



- [19] World Health Statistics 2009 [online]. 2009 [cit. 2010-03-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>>. ISBN 9789241563819
- [20] *Čeští onkologové poprvé léčí stejně jako v EU* [online]. 24.2.2010 [cit. 2010-03-24]. Národní onkologický program. Dostupné z WWW: <<http://www.onconet.cz/index.php?s=narodni-onkologicky-program&f=aktuality&aid=222>>. ISSN 1802-887X
- [21] Otázky Václava Moravce. *Rozhodne zdravotnictví po krajských volbách i volby do dolní sněmovny? Nejen o tom s ministryní D. Juráskovou, ředitelem VZP P. Horákem, prezidentem ČLK M. Kubkem a prof. Benešem.* Praha : ČT 1, ČT24, 21. 3. 2010 12:00 [cit. 2010-03-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.ct24.cz/vysilani/2010/03/21/1126672097-210411030500321-12:00-otazky-vaclava-moravce/?streamtype=RL1>>. A21031200.
- [22] Centers for Medicare & Medicaid Services [online]. 02/03/2010 [cit. 2010-03-25]. NHE Fact Sheet. Dostupné z WWW: <[http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/25\\_NHE\\_Fact\\_Sheet.asp#TopOfPage](http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/25_NHE_Fact_Sheet.asp#TopOfPage)>.
- [23] Finance.cz [online]. © 2000 - 2010 [cit. 2010-03-26]. Seznam zdravotních pojišťoven. Dostupné z WWW: <<http://www.finance.cz/pojisteni/seznamy/zdravotni-pojistovny/>>. ISSN 1213-4325.
- [24] Fakta o českém zdravotnictví. Kulatý stůl k budoucnosti financování českého zdravotnictví. Praha : [s.n.], 1.10.2007 [cit. 2010-03-26]. Dostupné z WWW: <[http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Fakta+o+%C4%8Desk%C3%A9m+zdravotnictv%C3%AD\\_1.pdf](http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Fakta+o+%C4%8Desk%C3%A9m+zdravotnictv%C3%AD_1.pdf)>.
- [25] Obezita.cz [online]. © 2010 [cit. 2010-03-26]. Příčiny vzniku obezity. Dostupné z WWW: <<http://www.obezita.cz/obezita/priciny-obezity/>>.
- [26] BOBŮRKOVÁ, Eva. Od genomu k hormonům: 10 milníků medicíny za posledních 10 let : Protikuřácké zákony: prospěch pro všechny. SANQUIS [online]. 2010, č.74, [cit. 2010-03-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.sanquis.cz/index.php?linkID=art2744>>.

- [27] HM Government.. A smokefree future. *A comprehensive tobacco control strategy for England* Department of Health, 1 February 2010 [cit. 2010-03-26]. Dostupné z WWW:  
<[http://www.dh.gov.uk/dr\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh\\_111789.pdf](http://www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_111789.pdf)>. PN 299072.
- [28] OECD Health Data 2009 Version: November 09 [online]. 11/02/2009 [cit. 2010-03-27]. Overweight or obese population. Dostupné z WWW:  
<<http://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langs=ENG&langh=ENG&source=814000>>.
- [29] POKORNÝ, Robert . *Alkohol a stát (bojovník proti alkoholismu vs. distributor)*. Brno, 2005/2006. Diplomová práce. Masarykova univerzita, právnická fakulta, katedra právní teorie. Dostupné z WWW:  
<[http://is.muni.cz/th/61385/pravf\\_m/Alkohol\\_a\\_stat\\_nerruymy.txt](http://is.muni.cz/th/61385/pravf_m/Alkohol_a_stat_nerruymy.txt)>.
- [30] Department of Economic and Social Affairs - Population Division. In *Population Ageing and Development 2009*. New York : United Nations, December 2009 [cit. 2010-04-07]. Dostupné z WWW:  
<<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2009.htm>>. ISBN 978-92-1-151459-9.
- [31] Population Reference Bureau. In *2009 World Population Data Sheet*. Washington, DC, USA : [s.n.], Aug. 12, 2009 [cit. 2010-04-07]. Dostupné z WWW:  
<[http://www.prb.org/pdf09/09wpds\\_eng.pdf](http://www.prb.org/pdf09/09wpds_eng.pdf)>.
- [32] SONDIK, EDWARD. Centers for Disease Control and Prevention [online]. February 24, 2009, March 11, 2009 [cit. 2010-04-10]. About the National Center for Health Statistics. Dostupné z WWW: <<http://www.cdc.gov/nchs/about.htm>>.
- [33] UK National Statistic [online]. 2010 [cit. 2010-04-10]. Health and Social Care. Dostupné z WWW: <http://www.statistics.gov.uk/hub/health-social-care/index.html>>.
- [34] HDP a jeho složky v paritě kupní síly. In *Mezinárodní srovnání základních ekonomických ukazatelů ČR a SR za roky 1995 až 2005*. Praha : [s.n.], 5.12. 2007

- [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/A7002B44B4/\\$File/1136-06\\_Mezinar%20srov\\_8.pdf](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/A7002B44B4/$File/1136-06_Mezinar%20srov_8.pdf)>. Kód: 1136-06.
- [35] Analýza výdajů na zdravotnictví. In Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2000-2007. Praha : [s.n.], 31.3. 2009, 9.10. 2009 [cit. 2010-04-10]. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/7D00242981/\\$File/330609j2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/7D00242981/$File/330609j2.pdf)>. Kód: w-3306-09
- [36] ANÝŽ, Daniel. Obama protlačil historickou reformu, ale rozdělil Ameriku : USA Schválená reforma zdravotnictví. HN : Hospodářské noviny [online]. 23. 3. 2010, [cit. 2010-04-11]. Dostupný z WWW: <<http://hn.ihned.cz/c1-41607790-obama-protlacil-historickou-reformu-ale-rozdelil-ameriku>>. ISSN 1213-7693.
- [37] OECD [online]. 2010 [cit. 2010-04-12]. Member countries. Dostupné z WWW: <[http://www.oecd.org/countrieslist/0,3351,en\\_33873108\\_33844430\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/countrieslist/0,3351,en_33873108_33844430_1_1_1_1_1,00.html)>.
- [38] *Human development index 2007 and its components : GDP per capita (PPP US\$* [online]. 2009 [cit. 2010-05-11]. Human Development Report 2009. Dostupné z WWW: <<http://hdrstats.undp.org/en/indicators/91.html>>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AIM	Akutní infarkt myokardu
BMI	Body mass index, Index tělesné hmotnosti
CMP	Cévní mozková příhoda
CT	Computer tomography, Počítačová tomografie
DM	Diabetes mellitus
HDP	Hrubý domácí produkt
MRI	Magnetic resonance imaging, Magnetická rezonance
NHS	National Health Service, Národní zdravotní služba
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
OSN	Organizace spojených národů
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development, Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
PPP	Purchasing power parity, Parita kupní síly
PZT	Prostředky zdravotní techniky
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice Praha
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHA	World Health Assembly, Světové zdravotnické shromáždění
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Graf 1. Podíl soukromých výdajů ve zdravotnictví v procentech [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 16, 18, 22] .....	38
Graf 2. Procentuální podíl soukromých výdajů ve zdravotnictví 2007 [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 18, 22].....	39
Graf 3. Procentuální podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v zemích OECD 2007 [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 16, 18] .....	41
Graf 4. Výdaje ve zdravotnictví na osobu (PPP USD) ve vybraných zemích 2007 [vlastní tvorba, data zdroj: 18] .....	42
Graf 5. Výdaje ve zdravotnictví na HDP 2007 (USD PPP, na osobu) [ vlastní tvorba, data zdroj: 17, 18, 37].....	43
Graf 6. Počet návštěvu lékaře v jednotlivých zemích 2007 [vlastní tvorba, data zdroj: 18].....	45
Graf 7. Procento populace nad 65 let v letech 2009 a 2050 [vlastní tvorba, data zdroj: 30].....	49

**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1. Výdaje ve zdravotnictví v jednotlivých zemích a jejich struktura [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 16, 22] .....	37
Tab. 2. Procentuální rozbor výdajů ve zdravotnictví [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 16, 18, 22].....	38
Tab. 3. Vývojové trendy výdajů ve zdravotnictví [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 16].....	40
Tab. 4. Podíl výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP jednotlivých států [vlastní tvorba, data zdroj: 14, 15, 16, 18] .....	41
Tab. 5. Výdaje ve zdravotnictví na osobu (PPP \$US) [vlastní tvorba, data zdroj: 18].....	42
Tab. 6. Počet zdravotnických pracovníků a nemocničních lůžek 2000-2008 [vlastní tvorba, data zdroj: 19] .....	44
Tab. 7. Počet jednotek jednotlivých zařízení na milion obyvatel 2007 [vlastní tvorba, data zdroj: 19].....	44
Tab. 8. Počet konzultací s lékařem [vlastní tvorba, data zdroj: 18].....	45
Tab. 9. Průměrná délka pobytu v nemocnici ve dnech (akutní případy) [vlastní tvorba, data zdroj: 18] .....	46
Tab. 10. Kojenecká úmrtnost [vlastní tvorba, data zdroj: 19] .....	47
Tab. 11. MDG 5 Pravděpodobnost úmrtí do 5 let na 1000 narozených [vlastní tvorba, data zdroj: 19].....	47
Tab. 12. Počet porodů, úmrtí a pravděpodobnost dožití při narození 2009 [vlastní tvorba, data zdroj:31] .....	48
Tab. 13. Populace nad 60 let a prognóza jejího vývoje [vlastní tvorba, data zdroj: 30].....	49
Tab. 14. Populace nad 60 let; analýza muži, ženy 2009 [vlastní tvorba, data zdroj: 30].....	50
Tab. 15. AIM (počet úmrtí na 100 000 obyvatel) [vlastní tvorba, data zdroj: 18].....	51
Tab. 16. Cévní mozková příhoda (počet úmrtí na 100 000 obyvatel) [vlastní tvorba, data zdroj: 18].....	51
Tab. 17. Maligní nádory (počet úmrtí na 100 000 obyvatel) [vlastní tvorba, data zdroj: 18] .....	52
Tab. 18. Onemocnění dýchacího ústrojí (počet úmrtí na 100 000 obyvatel)[vlastní tvorba, data zdroj: 18] .....	53

---

Tab. 19. Diabetes mellitus (počet úmrtí na 100 tis. obyvatel) [vlastní tvorba, data zdroj: 18] .....	53
Tab. 20. Procento kuřáků nad 15 let (kouří denně) [vlastní tvorba, data zdroj: 18] .....	54
Tab. 21. Spotřeba alkoholu (litrů na osobu) [vlastní tvorba, data zdroj: 16] .....	55
Tab. 22. Obezita (% populace) [vlastní tvorba, data zdroj: 18] .....	56
Tab. 23. Nadváha nebo obezita (% populace) [vlastní tvorba, data zdroj: 18] .....	56
Tab. 24. Zdroj financování, klasifikace dle zdravotnických účtů [35] .....	74
Tab. 25. Druh péče, klasifikace dle zdravotnických účtů [35] .....	75
Tab. 26. Poskytovatel, klasifikace dle zdravotnických účtů [35] .....	76
Tab. 27. Protikuřácká opatření v Evropě [27] .....	77







**SEZNAM PŘÍLOH**

P I.	ČLENSKÉ ZEMĚ OECD
P II:	MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE ZDRAVOTNICKÝCH ÚČTŮ
P III.	VYHODNOCENÍ OPATŘENÍ PROTI KOUŘENÍ V JEDNOTLIVÝCH ZEMÍCH



## PŘÍLOHA P I: ČLENSKÉ ZEMĚ OECD

Member Countries

 <a href="#">Australia</a>	 <a href="#">Austria</a>
 <a href="#">Belgium</a>	 <a href="#">Canada</a>
 <a href="#">Czech Republic</a>	 <a href="#">Denmark</a>
 <a href="#">Finland</a>	 <a href="#">France</a>
 <a href="#">Germany</a>	 <a href="#">Greece</a>
 <a href="#">Hungary</a>	 <a href="#">Iceland</a>
 <a href="#">Ireland</a>	 <a href="#">Italy</a>
 <a href="#">Japan</a>	 <a href="#">Korea</a>
 <a href="#">Luxembourg</a>	 <a href="#">Mexico</a>
 <a href="#">Netherlands</a>	 <a href="#">New Zealand</a>
 <a href="#">Norway</a>	 <a href="#">Poland</a>
 <a href="#">Portugal</a>	 <a href="#">Slovak Republic</a>
 <a href="#">Spain</a>	 <a href="#">Sweden</a>
 <a href="#">Switzerland</a>	 <a href="#">Turkey</a>
 <a href="#">United Kingdom</a>	 <a href="#">United States</a>

Obrázek 1 Členské země OECD [37]

## PŘÍLOHA P II. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE ZDRAVOTNICKÝCH ÚČTŮ

Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (zdroj financování)		
ICHA-HF	ICHA-Zdroj financování	Zkratka
<b>1</b>	<b>Vládní instituce</b>	<b>1 Vládní instituce</b>
1.1	Vládní instituce kromě fondů sociálního zabezpečení (veřejné rozpočty)	1.1 Veřejné rozpočty
1.1.1	Ústřední vládní instituce	1.1.1 Centrální rozpočty
1.1.2	Národní vládní instituce	1.1.2 Národní rozpočty
1.1.3	Místní vládní instituce	1.1.3 Místní rozpočty
1.2	Fondy sociálního zabezpečení (zdravotní pojišťovny)	1.2 Zdravotní pojišťovny
<b>2</b>	<b>Soukromý sektor</b>	<b>2 Soukromý sektor</b>
2.1	Soukromé sociální zabezpečení	2.1 Soukromé SZ
2.2	Ostatní soukromé pojištění	2.2 Ostatní soukromé pojištění
2.3	Přímé výdaje soukromých domácností	2.3 Domácnosti
2.4	Neziskové instituce sloužící domácnostem (jiné než sociální pojišťovny)	2.4 NISD
2.5	Korporace (jiné než zdravotní pojišťovny)	2.5 Korporace
<b>3</b>	<b>Ostatní svět</b>	<b>3 Ostatní svět</b>

Tab. 24. Zdroj financování, klasifikace dle zdravotnických účtů [35]

Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (druh péče)		
ICHA-HC	ICHA-Funkce	Zkratka
<b>1</b>	<b>Léčebná péče</b>	<b>1 Léčebná péče</b>
1.1	Lůžková léčebná péče	1.1 Lůžková péče
1.1.1	Intenzivní a resuscitační lůžková péče	1.1.1 Intenzivní péče
1.1.2	Standardní lůžková péče	1.1.2 Standardní péče
1.1.3	Dlouhodobá lůžková péče o chronicky nemocné	1.1.3 Chronicky nemocní
1.2	Denní léčebná péče	1.2 Denní péče
1.3	Ambulantní léčebná péče	1.3 Ambulantní péče
1.3.1	Základní lékařské a diagnostické služby	1.3.1 Základní péče
1.3.2	Ambulantní zubní péče	1.3.2 Stomatologická péče
1.3.3	Všechna ostatní specializovaná zdravotní péče	1.3.3 Specializovaná péče
1.3.9	Všechna ostatní ambulantní léčebná péče	1.3.9 Ostatní ambulantní péče
1.4	Domácí léčebná péče	1.4 Domácí péče
<b>2</b>	<b>Rehabilitační péče</b>	<b>2 Rehabilitační péče</b>
2.1	Lůžková rehabilitační péče	2.1 Lůžková péče
2.2	Denní rehabilitační péče	2.2 Denní péče
2.3	Ambulantní rehabilitační péče	2.3 Ambulantní péče
2.4	Domácí rehabilitační péče	2.4 Domácí péče
<b>3</b>	<b>Dlouhodobá ošetrovatelská péče</b>	<b>3 Dlouhodobá péče</b>
3.1	Lůžková dlouhodobá ošetrovatelská péče	3.1 Lůžková péče
3.2	Denní dlouhodobá ošetrovatelská péče	3.2 Denní péče
3.3	Domácí dlouhodobá ošetrovatelská péče	3.3 Domácí péče
<b>4</b>	<b>Podpůrné služby zdravotní péče</b>	<b>4 Podpůrné služby</b>
4.1	Klinické laboratoře	4.1 Laboratoře
4.2	Diagnostické zobrazování	4.2 Zobrazování

4.3	Doprava pacientů a záchranná služba	4.3 Doprava a ZZS
4.9	Všechny ostatní podpůrné služby	4.9 Ostatní podpůrné služby
<b>5</b>	<b>Výdej zdravotnického zboží ambulantním pacientům</b>	<b>5 Léky a PZT</b>
5.1	Léčiva a ostatní zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby	5.1 Léky
5.1.1	Léky na předpis	5.1.1 Předepsané léky
5.1.2	Volně prodejné léky	5.1.2 Volně prodejné léky
5.1.3	Ostatní zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby	5.1.3 Ostatní léky
5.2	Zdravotnické prostředky a další zdravotnické zboží dlouhodobé spotřeby	5.2 PZT
5.2.1	Brýle a další produkty oční optiky	5.2.1 Brýle
5.2.2	Ortopedické a protetické pomůcky	5.2.2 OP pomůcky
5.2.3	Pomůcky pro sluchově postižené	5.2.3 Naslouchadla
5.2.4	Technické zdravotnické prostředky včetně invalidních vozíků	5.2.4 PZT
5.2.9	Ostatní zdravotnické zboží dlouhodobé spotřeby	5.2.9 Ostatní PZT
<b>6</b>	<b>Prevence a veřejné zdravotnické služby</b>	<b>6 Prevence</b>
6.1	Zdraví matky a dítěte; plánování rodičovství a poradenství	6.1 Matka a dítě
6.2	Školní zdravotní služby	6.2 Školní prevence
6.3	Prevence přenosných nemocí	6.3 Přenosné nemoci
6.4	Prevence nepřenositelných nemocí	6.4 Nepřenositelné nemoci
6.5	Pracovní lékařství	6.5 Pracovní lékařství
6.9	Všechny ostatní veřejné zdravotnické služby	6.9 Ostatní prevence
<b>7</b>	<b>Zdravotní správa a zdravotní pojištění</b>	<b>7 Správa</b>
7.1	Zdravotní správa prováděná veřejným sektorem	7.1 Vláda + ZP
7.1.1	Zdravotní správa prováděná veřejným sektorem (kromě sociálního zabezpečení)	7.1.1 Vláda
7.1.2	Správa, provoz a podpůrná činnost fondů sociálního zabezpečení	7.1.2 ZP
7.2	Správa soukromého zdravotního pojištění	7.2 Soukromé ZP
7.2.1	Správa sociálního zdravotního pojištění	7.2.1 Sociální ZP
7.2.2	Správa ostatního soukromého zdravotního pojištění	7.2.2 Ostatní soukromé ZP
<b>9</b>	<b>Neidentifikovaná péče</b>	<b>9 Neznámá péče</b>
<b>R</b>	<b>Činnosti související se zdravotnictvím a se zdravotní péčí</b>	<b>R Související činnosti</b>
R.1	Tvorba kapitálu u poskytovatelů zdravotní péče	R.1 Tvorba kapitálu
R.2	Výchova a vzdělávání zdravotnického personálu	R.2 Vzdělávání
R.3	Výzkum a vývoj ve zdravotnictví	R.3 Věda a výzkum
R.4	Kontrola nezávadnosti potravin, pitné vody a hygienických podmínek	R.4 Hygiena
R.5	Zdravé životní prostředí	R.5 Životní prostředí
R.6	Správa a poskytování sociálních služeb zdravotně postiženým	R.6 Sociální služby
R.7	Správa a poskytování peněžitých dávek souvisejících se zdravotnictvím	R.7 Dávky

Tab. 25. Druh péče, klasifikace dle zdravotnických účtů [35]

Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (poskytovatel)		
ICHA-HP	ICHA-Poskytovatel	Zkratka
<b>1</b>	<b>Nemocnice</b>	<b>1 Nemocnice</b>
1.1	Všeobecné nemocnice	1.1 Všeobecné nemocnice
1.2	Psychiatrické léčebny a léčebny závislostí	1.2 Psychiatrické nemocnice
1.3	Specializované nemocnice (kromě psychiatrických léčeben a léčeben závislostí)	1.3 Specializované nemocnice
<b>2</b>	<b>Zařízení ošetrovatelské a ústavní sociální péče</b>	<b>2 Ústavy</b>
2.1	Ošetrovatelská zařízení	2.1 Ošetrovatelské ústavy

2.2	Ústavy sociální péče pro mentálně retardované, psychiatrické a závislé pacienty	2.2 Ústavy pro mentálně postižené
2.3	Ústavy sociální péče o staré osoby	2.3 Domovy důchodců
2.9	Všechna ostatní zařízení sociální ústavní péče	2.9 Ostatní ústavy
<b>3</b>	<b>Samostatná zařízení ambulantní zdravotní péče</b>	<b>3 Zařízení ambulantní péče</b>
3.1	Samostatné ordinace lékařů	3.1 Ordinace lékařů
3.2	Samostatné ordinace zubních lékařů	3.2 Ordinace zubaře
3.3	Samostatná zařízení nelékařů VŠ a SŠ	3.3 Ostatní VŠ, SŠ
3.4	Sdružená zařízení ambulantní péče	3.4 Ostatní sdružená zařízení
3.5	Zdravotnické diagnostické laboratoře	3.5 Laboratoře
3.6	Poskytovatelé služeb domácí zdravotní péče	3.6 Poskytovatelé domácí péče
3.9	Ostatní poskytovatelé ambulantní zdravotní péče	3.9 Ostatní amb. poskytovatelé
<b>4</b>	<b>Lékárny, výdejny a jiní poskytovatelé zdravotnického zboží</b>	<b>4 Lékárny a výdejny PZT</b>
4.1	Lékárny a výdejny léčiv	4.1 Lékárny
4.2	Maloobchodní prodejci a ostatní dodavatelé dioptrických brýlí a jiných výrobků oční optiky	4.2 Oční optika
4.3	Maloobchodní prodejci a ostatní dodavatelé pomůcek pro nedoslýchavé	4.3 Prodejny naslouchadel
4.4	Maloobchodní prodejci a ostatní dodavatelé zdravotních pomůcek (kromě brýlí a pomůcek pro nedoslýchavé)	4.4 Ostatní výdejny PZT
4.9	Ostatní prodejci a dodavatelé léčiv a zdravotnického zboží	4.9 Ostatní prodejci
<b>5</b>	<b>Provádění a správa veřejných zdravotnických programů</b>	<b>5 Provádění zdrav. programů</b>
<b>6</b>	<b>Zdravotní správa a zdravotní pojištění</b>	<b>6 Správa a pojištění</b>
6.1	Státní a územní zdravotní správa	6.1 Státní správa
6.2	Fondy sociálního zabezpečení	6.2 ZP
6.3	Ostatní sociální zdravotní pojištění	6.3 Ostatní soc. pojištění
6.4	Ostatní soukromé pojištění	6.4 Ostatní soukr. pojištění
6.9	Všechna ostatní zdravotní správa	6.9 Ostatní správa
<b>7</b>	<b>Ostatní odvětví (zbytek ekonomiky)</b>	<b>7 Ostatní odvětví</b>
7.1	Podniky jako poskytovatelé pracovní lékařské péče	7.1 Podniky
7.2	Soukromé domácnosti jako poskytovatelé domácí péče	7.2 Domácnosti
7.9	Všechna ostatní odvětví jako druhotní poskytovatelé zdravotní péče	7.3 Ostatní odvětví
<b>8</b>	<b>Ostatní svět</b>	<b>8 Ostatní svět</b>
<b>9</b>	<b>Neznámý poskytovatel</b>	<b>9 Neznámý poskytovatel</b>

Tab. 26. Poskytovatel, klasifikace dle zdravotnických účtů [35]

## PŘÍLOHA P III.: VYHODNOCENÍ PROTIKUŘÁCKÝCH OPATŘENÍ V JEDNOTLIVÝCH ZEMÍCH

TABLE 1: EUROPEAN TOBACCO CONTROL SCORECARD, 2007<sup>10</sup>

Rank	2007 score	Country
1	93	UK
2	74	Ireland
3	74	Iceland
4	66	Norway
5	62	Malta
6	61	Sweden
7	59	France
8	58	Finland
9	58	Belgium
10	57	Italy
11	56	Estonia
12	55	Spain
13	54	Bulgaria
14	50	Netherlands
15	50	Romania
16	50	Poland
17	48	Slovakia
18	47	Switzerland
19	46	Cyprus
20	45	Denmark
21	44	Lithuania
22	43	Hungary
23	42	Portugal
24	41	Latvia
25	40	Czech Republic
26	40	Slovenia
27	37	Germany
28	36	Greece
29	36	Luxembourg
30	35	Austria

Tab. 27. Protikuřácká opatření v Evropě [27]