

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Ekonomická fakulta

katedra ekonomiky

Studijní program: B6208 Ekonomika a management

Studijní obor: Účetnictví a finanční řízení podniku

System financování zdravotnictví České republiky a Německa

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Tomáš Volek, Ph. D.

Autor:

Radka Urbanová

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. dubna 2011

.....

podpis

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce panu doktorovi Tomáši Volkovi za odborné vedení a za udílení podnětných rad, které mi poskytl v průběhu zpracování bakalářské práce. Dále děkuji panu docentovi Milanu Jílkovi a inženýrovi Václavu Boňkovi za poskytnutí důležitých informací k tomuto tématu.

V českých Budějovicích dne 15. dubna 2011

.....

podpis

1 Úvod

Zdravotnictví patří mezi veřejně nejsledovanější oblasti působnosti veřejného sektoru. Za prvé proto, že ve většině států je systém zdravotnictví alespoň částečně koordinováno státem, a za druhé kvůli tomu, že zdraví je u většiny z nás na první příčce v žebříčku životních hodnot a máme zájem na poskytování kvalitní zdravotní péče. Zdravotnictví bývá často financováno z více zdrojů, nikoliv pouze z jednoho, a růst výdajů ve zdravotnictví často překračuje růst hrubého domácího produktu (HDP). Tyto fakta potvrzují i výsledky této práce.

Zvláštní je, že i když je do zdravotnictví investováno velké množství financí, stále existuje ve světě spousta lidí, kteří se kvůli zdravotní péči zadlužují, nebo se jim zdravotní péče nedostává vůbec. (19a)

Od zdraví se odvíjí životní úroveň lidí v daném státě, která je určena právě tím, do jaké míry uspokojuje stát potřeby svých občanů prostřednictvím veřejných statků a služeb. Zdravotní stav populace bývá často používán jako ukazatel vyspělosti společnosti. Tendence zvyšovat svou životní úroveň s sebou přináší zvyšující se požadavky na úroveň zdravotní péče a zvyšující se tedy i výdaje na její zabezpečení. Zvyšování určitých výdajů je tedy přirozený proces. Je zde mnoho faktorů působících na strukturu financování daného státu, jako je např. bohatství státu nebo struktura nemocí v dané oblasti. (5)

V České republice i Německu, jejichž systémy financování zdravotnictví jsou předmětem tohoto projektu, se snaží najít takový systém financování, který by na jedné straně zabezpečil základní zdravotní péči všem a zároveň by nezvyšoval výdaje na ni. Najít takový způsob financování ovšem není lehký úkol a je předmětem nejedné politické debaty v těchto státech. Oba státy jsou členy Evropské unie a oba jsou postaveny na Bismarckovském modelu financování zdravotnictví, tedy na financování především z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň mají oba různé druhy a různé poměry zdrojů financování. I velikost výdajů v poměru k HDP v % a velikost výdajů v přepočtu na jednoho občana v měřitelných jednotkách je rozdílná. Dá se říci, že každý stát má svůj originální systém financování zdravotnictví a jaký přesně systém bude nastaven v daném státě, je otázkou volby občanů.

2 Systém zdravotní péče a její financování

2.1 Základní pojmy v oblasti zdravotnictví

2.1.1 Zdraví

Tento pojem se vyskytuje nejen v lékařství ale i v ekonomice. Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization) se dá zdraví definovat jako „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemocí anebo vady“. Některé definice se dají určit jako pozitivní. Jsou to definice, které definují zdraví jako stav organismu, který dokáže zvládat zatížení. Jako negativní definice se dá určit ta, která říká, že člověk je zdravý, pokud netrpí nějakou nemocí. (5)

Ochrana a podpora zdraví je společným zájmem a odpovědností nás všech, protože ovlivňuje kvalitu našeho života. Prostředky vynaložené na ochranu zdraví proto bereme jako investici pro jednotlivého občana i pro stát jako celek, kde dochází k zvyšování jeho lidského kapitálu. (14)

Je tedy potřeba učit lidi zdravému způsobu života a pečování o svoje tělo jako prevenci před nemocemi. Zdraví je totiž stav dynamický, kdy člověk může svým životním stylem do určité míry ovlivňovat stav svého zdraví. (5) Zdraví je zvláštní kategorie, protože nemá povahu statku, nelze ho koupit ani prodat na trhu. (12)

2.1.2 Veřejné zdraví

Veřejné zdraví je obor, který využívá společenské a přírodní vědy, aby byly odstraňovány zdravotní problémy a zachováno zdraví v komunitách. Problémy veřejného zdraví jsou v různých místech světa odlišné (v každé zemi se vyskytují různé nemoci), avšak principy veřejného zdraví jsou stejné. Vedle nemocí postihujících komunity se věnuje pozornost kvalitě života, kdy se zjišťuje stále větší vliv životního stylu a ekonomických a sociálních podmínek na zdraví lidí. (1)

2.1.3 Zdravotnictví

Zdravotnictví představuje odbornou část péče o zdraví, kterou se rozumí široce pojatý souhrn sociálních, ekonomických, politických, kulturně výchovných a zdravotnických prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat a navracet lidem zdraví. Zdravotnictví bývá chápáno resortně jako soustava zařízení a pracovníků, jejímž posláním je poskytování odborných zdravotnických služeb. Jde o systém, který zahrnuje tyto složky: zařízení hygienické služby, zařízení léčebně preventivní péče (ambulance, nemocnice, odborné léčebné ústavy), zařízení pro výchovu a výuku a pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků a vědecko-výzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví. (15)

Jak bylo již řečeno, stát by měl zajistit přístup alespoň k základní zdravotní péči jako k jednomu ze základních práv. Ovšem co by měla zahrnovat základní zdravotní péče poskytovaná státem, je v širším slova smyslu otázkou veřejné volby mezi několika existujícími možnostmi a alternativami. Závisí totiž na vůli společnosti, jakým způsobem bude zdravotnictví zabezpečováno a financováno. (9, 5)

Zdravotní péče je součástí hospodářské politiky každého státu. Zdravotní politika odráží podstatné rysy dané konkrétní společnosti a země. Financování zdravotnictví v příslušném státě je přímo odvozené od zdravotní politiky státu, která vychází ze stanovených priorit určité vládní politiky, určitého společenského uspořádání a historických tradic, příslušné ekonomické úrovně státu. Úroveň zdravotnických služeb, které může příslušný stát poskytnout svému průměrně situovanému občanovi, je měřítkem jeho celkové, nejen hospodářské, ale i kulturní a jiné vyspělosti. (14)

2.1.4 Zdravotní péče – určení statku

Statek bývá určen jako soubor věcí a hodnot, které uspokojují naše potřeby, ale zatímco v makroekonomii je odděleno zboží od služeb, mikroekonomie využívá slovo statek v širším slova smyslu. (1) Je-li zdravotní péče označena jako statek, pak je tím myšlen souhrn statků i služeb poskytovaných ve zdravotnictví.

Pokud bychom chtěli určit podle institucionálního kritéria podle Bénarda o jaký se jedná statek, podíváme-li se na tabulku č. 1 Rozdělení statku podle Bénarda, můžeme podle kritérií Fungování tržního mechanismu a Diskriminační intervence státu (zásahy státu) říci, že v dnešní době se jedná ve většině zemí o polotržní statek (existují soukromá i veřejná zdravotnická zařízení). (9) U těchto statků existují různé druhy státních zásahů, neboť trh nemůže nikdy zabezpečit produkci zdravotnických služeb v požadovaném množství. (5) (viz kapitola č. 2.2.3) Tyto statky procházejí trhem, ale cena na trhu je předmětem diskriminačních opatření státu, kdy vláda může rozhodnout o přímých či nepřímých zásazích do ceny a dostupnosti statku (např. některé léky jen na předpis) (1)

Tabulka č. 1: Typy statků podle Bénarda

| Označení statku | Fungování tržního mechanismu | Diskriminační intervence státu |
|------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Tržní statek | ANO | NE |
| Polotržní statek | ANO | ANO |
| Netržní statek | NE | ANO |

Zdroj: Hamerníková, 1998 (7)

Dále můžeme statky dělit na volné statky a ekonomické statky, kdy volné statky jsou lidem volně dostupné v přírodě v dostatečném množství pro všechny a ekonomické statky jsou výsledkem ekonomické činnosti člověka a subjekt za jejich získání musí zaplatit. Lze říci, že zdravotní péče ve zdravotnictví je ekonomický statek, ale protože tu existuje asymetrie informací, je nutné, aby stát zasahoval určitými opatřeními do ceny statku. (1)

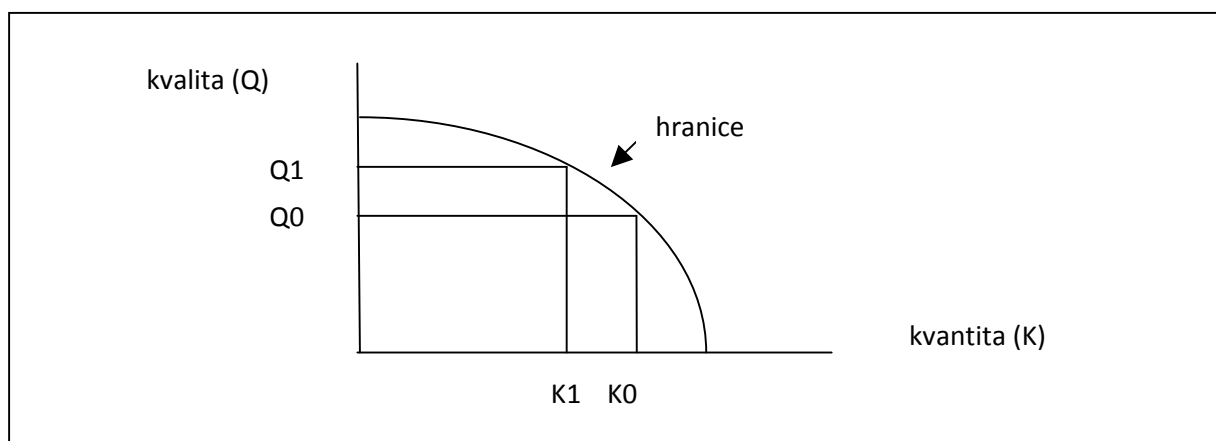
Zdravotnické služby jako celek nelze jednoznačně zařadit do žádné z hlavních skupin statků tj. čisté kolektivní statky nebo čisté privátní statky. Jedná se tedy o smíšený statek. Zdravotnické služby mají daleko blíže k čistým privátním statkům. Jejich spotřeba má však výrazně pozitivní externí dopady, což vede k tomu, aby stát svými zásahy dbal na jejich přiměřenou spotřebu. (14)

Spotřeba statku je dobře dělitelná mezi jednotlivce a lze stanovit podíl osoby na spotřebě tohoto statku a je možné vyloučit jedince ze spotřeby, není-li ochoten platit uživatelský poplatek. Ve zdravotnictví by mohlo být příkladem odepření péče někomu, kdo neplatí zdravotní pojištění. V zákonech ale často bývá dodatek, že dluhy na veřejném zdravotním pojištění nejsou důvodem odmítnutí péče. V tomto případě poskytnutí zdravotní péče by se jednalo o tzv. černého pasažéra, což je osoba, která spotřebovává statek, aniž by za něj zaplatila.(1)

Stát může například přikázat hromadné očkování proti nějaké nemoci (preferované veřejné statky). Pokud něco po někom stát něco chce, musí mu na to poskytnout určité prostředky (dotace). Na druhou stranu určité výkony jsou placeny přímo spotřebiteli (nová zubní plomba). Zdravotnické služby jsou tedy financovány prostřednictvím tržeb i daní. Mohou být produkovány vládou, soukromým sektorem nebo soukromým sektorem na zakázku vlády. (9)

U těchto statků vzniká možnost přetížení, kdy u určitého statku zvyšováním jeho množství může dojít ke zhoršení kvality. Ve schématu č. 1, který znázorňuje efekt přetížení, můžeme vyčíst, že chci-li množství statku K_0 , nedostanu ho v kvalitě Q_1 při dané hranici. Zjednodušeně lze tedy říci, že zachování kvality při vyšší kvantitě s sebou přináší určité marginální náklady (musí se posunout hranice možnosti). (9)

Schéma č. 1: Efekt přetížení

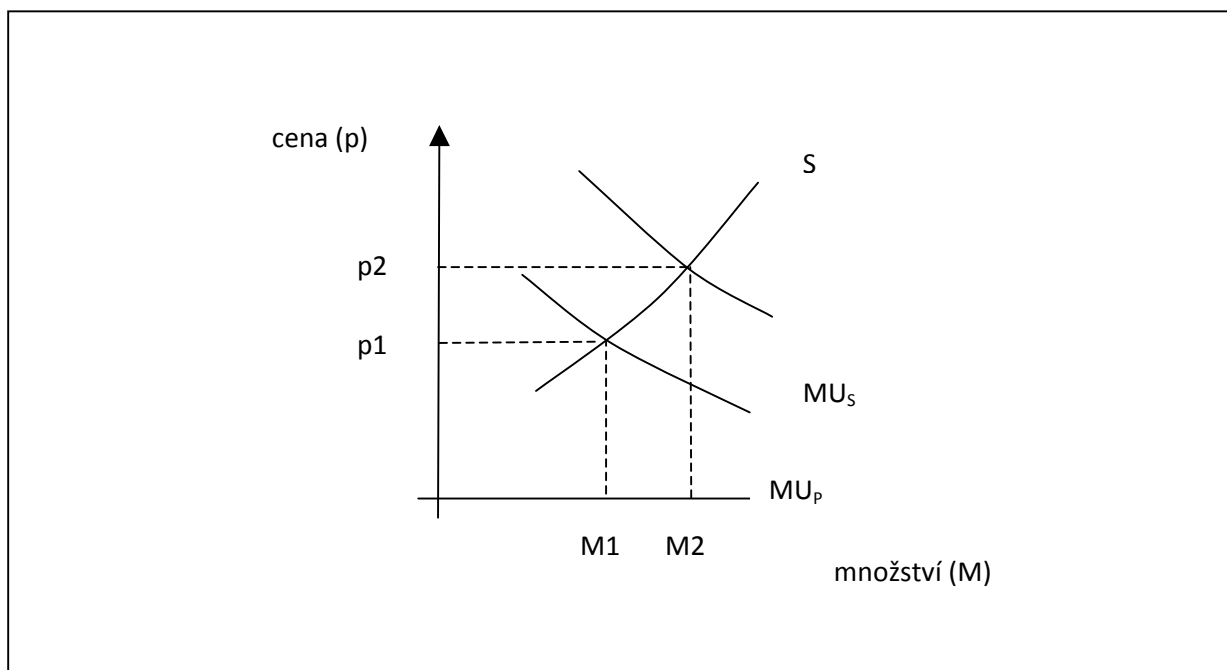


Zdroj: Jílek, 2002 (9)

Vylučitelnost ze spotřeby je zde možná v určitých oblastech (např. základní výzkum nejde vyloučit), pokud to společnost dovolí. Poskytování statku je spojeno s výraznou pozitivní externalitou jak pro jedince, tak i pro celou společnost. Produkce a spotřeba zdravotnických služeb může být někdy spojena i se vznikem negativních externalit. Rozsah neefektivnosti je dán rozdílem mezi průběhem individuální a společenské užitkové funkce. (5)

Př.: Příkladem může být dotace očkování dětí proti pneumokokovým nákazám, kdy očkovávané děti získají protilátky, aniž by za to zaplatili skutečnou cenu. Na trhu tedy nastane situace, kterou vidíme na schématu č. 2. S představuje nabídku protilátek v injekci od lékařů. MU_s je prospěch celé společnosti a MU_p bude prospěch jedince, který se nechá očkovat. Pozitivní externalita je tedy rozdíl mezi MU_s a MU_p , neboť se při MU_s produkuje neefektivní množství zboží M_1 při ceně p_1 . Ve skutečnosti je potřeba produkovat množství injekcí M_2 při ceně p_2 . Tuto pozitivní externalitu nejčastěji stát řeší prostřednictvím dotací, kdy doplatí rozdíl mezi cenou p_1 a p_2 poskytovatelům služeb nebo pacientům.

Schéma č. 2: Pozitivní externalita



Zdroj: Jílek, 2002 (9)

Další charakteristikou zdravotní péče je, že pacient není v dostatečné míře informován o svém vlastním zdravotním stavu, ani o kvalitě a účinnosti poskytované zdravotnické služby a není tedy schopen objektivně posoudit její skutečný přínos a efekt. Poskytovatel služby má naopak výrazný informační monopol, který mu umožňuje zásadně ovlivnit chování a jednání pacienta. To je také jeden z důvodů zásahů státu do zdravotnictví. (5)

2.1.5 Ekonomika zdraví a zdravotnictví

Ekonomika zdraví je oproti ekonomice zdravotnictví širší. U ekonomiky zdravotnictví jsou zkoumány ekonomické veličiny a procesy v rámci zdravotnického systému. Zdravotnické statky a služby ovšem nejsou jediní, co mají vliv na lidské zdraví, a proto je častěji používán výraz ekonomika zdraví. Ta zahrnuje i další oblasti, které mají vliv na zdraví, např. zdravý životní styl a sociální determinanty zdraví, jakými jsou příjem, bydlení atd. Tyto aspekty ovlivňují naše zdraví více než systém zdravotnických služeb, které jsou ovšem rozhodující v oblasti našeho zdraví. (1)

Němečtí autoři, kteří se touto problematikou zabývají, uvádějí vztah ekonomiky zdraví a zdravotnictví jako cibuli. Střed představují zdravotnické služby, které jsou financovány z prostředků veřejného a soukromého zdravotního pojištění, což je označováno jako první trh zdravotnictví. Další vrstvy jsou služby jako lázeňství, lékárenství, medikamenty a nad nimi jsou sport, wellness a jiné, což je označováno jako druhý trh zdravotnictví. (1)

2.1.6 Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO)

Protože zdravotní politiku ovlivňují i mezinárodní organizace, představíme si jednu z nejznámějších (další organizací je např. červený kříž). (5) WHO je nezávislá zdravotnická organizace fungující v rámci OSN, která byla založena roku 1948. Současné sídlo je ve švýcarské Ženevě a uskupení sčítá 193 členských států. Podporuje mezinárodní technickou spolupráci v oblasti zdravotnictví, realizuje programy na potírání a úplné odstranění některých nemocí a usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života. Cílem činnosti organizace je dosažení co nejlepšího

zdraví pro všechny. Svým členům pomáhá při sestavování systému zdravotnictví a zdravotních strategií. (19b)

Každoročně vydává zprávu, ve které se vyjadřuje ke stavu zdravotnictví ve světě. V té z listopadu roku 2010 vyzvala všechny státy světa, aby zvýšili financování svých zdravotních systémů a zefektivnila ho. Propaguje financování předem v podobě zdravotního pojištění a/nebo daňových příspěvků. Také si ale uvědomuje, že vyšší výdaje nezaručí lepší zdravotnictví. Při lepším nakládání s penězi by se mohla poskytnout zdravotní péče několika procentům lidí navíc. Také upozorňuje na problém, že se desítky milionů lidí ročně ocitnou pod úrovní chudoby jen kvůli platbě zdravotní péče a je nutné zajistit přístup lidí k potřebným zdravotním službám, aniž by k tomuto problému docházelo. Dalším problémem podle autorů této zprávy je i výše nemocenské, kdy jen pětina lidí na světě má adekvátní sociální pojištění (zahrnuje i výplatu za ztracenou práci v důsledku nemoci). Je nutné se tedy podle WHO zaměřit na získávání zdrojů, poskytnutí ochrany před finančními riziky a efektivnější alokaci zdrojů. (19a)

2.2 Možné způsoby financování systému zdravotnictví

2.2.1 Společné znaky pro systémy zdravotnictví

Každý stát má svůj specifický systém zdravotnické péče. Systémy se liší velikostí státních zásahů, množstvím zdravotnických zařízení, rozsahem přímé účasti na financování zdravotnictví, rozsahem základní zdravotní péče, mírou sociální solidarity a jinak. Tyto difference vznikají především díky rozdílným životním hodnotám a přesvědčení, historickému vývoji, místní kultuře, tradicím a náboženství. Důležitým faktorem je také ekonomická síla daného státu. (12)

I přesto lze najít několik společných charakteristik: (15)

- vysoká dostupnost základní (standardní) péče bez závislosti na výši příjmu či majetku
- paralelní existence ziskových i neziskových institucí, jež se vzájemně doplňují

- primární péče je zajišťována především prostřednictvím soukromých lékařských praxí
- převaha plateb tzv. třetí stranou (většinou zdravotní pojišťovny)
- cílevědomé snahy o omezování růstu výdajů na zdravotnictví
- vysoká míra regulace odvětví ze strany státu

Dalším společným znakem je i to, že zdravotní systém nebývá financován z jediného zdroje, což by se dalo nazvat vícezdrojovým financováním.

2.2.2 Možnosti financování zdravotnictví

Možnosti financování zdravotnického systému státu jsou velice diverzní. Liší se především podílem financí plynoucích z veřejného sektoru a soukromého sektoru, existencí přímých úhrad za spotřebované služby, existencí a dobrovolnosti zdravotního pojištění a od těchto faktorů také se odvíjející systém obíhání peněz v tomto systému. (15)

Existuje několik forem financování zdravotnické péče, které se v praxi kombinují. Tyto formy rozdělujeme do dvou skupin mezi přímé a nepřímé financování. (12)

I. Nepřímé financování

a) povinné zdravotní pojištění (12)

- jeho placení je ukotveno v zákoně a musí ho odvést všichni uvedení plátcí (ať už platí sami, nebo za ně platí stát). (5)
- jde o povinně placenou dávku parafiskálního charakteru (5) (je také zákonně stanovenou pravidelnou povinnou platbou do veřejného rozpočtu, která je nedobrovolná, vynutitelná, nenávratná – nelze vynutit platbu zpět, neekvivalentní – není právo na adekvátní plnění za daň) (9)
- bývá hrazeno jedincem nebo státem, výše jakéhosi pojistného bývá nejčastěji odvozena od příjmů plátců (ať už konstantním nebo progresivním procentem z příjmu) (5)

- pojistné je stanoveno relativně procentem z příjmu (většinou 5 – 20 %) nebo absolutně bez ohledu na příjem a je přesouváno do zdravotní pojišťovny pojištěnce (14)
- jsou dvě možnosti, jak se může pojistné vybrat: buď prostřednictvím jedné zdravotní pojišťovny s monopolním postavením nebo prostřednictvím několika pojišťoven (různá kombinace veřejných a soukromých pojišťoven, kdy je alespoň jedna veřejnoprávní a je jakýsi zaručitel) (5)

b) dobrovolné (soukromé) pojištění (12)

- splňuje princip solidarity mezi nemocnými a zdravými občany (společně přispívají do rezerv pojišťovny a akceptují to, že z toho bude vyplacena pojistná náhrada konkrétním subjektům, kterým se něco stalo), nikoliv mezi chudými a bohatými (ti chudí si totiž nebudou moci dovolit pojištění vůbec, anebo to pojištění bude obsahovat pojištění proti opravdu těm nejzákladnějším rizikům) (5)
- náklady na léčení jsou rozděleny v čase a mezi pojištěnce (5)
- pojistné zahrnuje ryzí pojistné (odvíjí se od rizika vzniku nemoci a průměrných nákladů na léčení nemoci) správní náklady, popř. kalkulovaný zisk (u ziskových pojišťoven) (5)
- někdo se může stát pro pojišťovnu nepojistitelným, neboť se při uzavírání pojištění hledí i na zdravotní stav (pojišťovny budou mít snahu získávat pouze ty relativně zdravé pojištěnce) (5)
- výše pojistného se odvíjí od míry pojistného rizika, na které je pojištěnec pojištěn (5)

c) veřejné rozpočty (formou všeobecného a/nebo místního zdanění) tedy přerozdělování příjmů z daní (12)

- jako u všech daní není předem známo, jaký podíl vybraných daní bude určen na financování zdravotnictví (5)
- výše zmíněná nejistota přivádí plátce daní v neinformovanost o tom, kolik zdravotnická péče vlastně stojí a ti pak mají pocit, že je zdarma a nenutí je to tedy, aby touto službou šetřili (5)

- o tom, kolik peněz bude uděleno zdravotnickému sektoru, se rozhodne buď centrálně, nebo prostřednictvím územních samosprávných orgánů (5)
- na druhou stranu je zajištěna základní zdravotní péče pro všechny a nedochází k přecenění zdravotnických služeb (u veřejných statků je totiž spotřeba nedělitelná a stát určuje výši veřejných prostředků do zdravotnictví) (5)

d) zaměstnanecké pojištění (12)

- podnik funguje jako pojišťovna (vybírá pojistné, shromažďuje ho a poté vyplácí pojistná plnění) popř. je zprostředkovatel pojištění (je založeno pojištění jeho zaměstnanců v nějaké pojišťovně, ta v případě pojistné události vyplatí zaměstnavateli pojistné plnění a ten svým zaměstnancům)
- nevýhoda: pokud si vybrané peněžní prostředky zaměstnavatel nechá, musí být neustále likvidní pro plnění pojistných událostí a druhý problém je hrozba krachu společnosti (14)

e) dobročinnost, charita, zahraniční pomoc, sponzoring (12)

II. Přímé financování (12)

- patří sem platby příjemců služeb s výjimkou placení pojistného, ale včetně finanční spoluúčasti na úhradách za poskytnuté služby (12)
- přímo nelze platit u všech služeb, pouze u těch zákroků, které jsou jednodušší, protože tyto platby motivují nabízející ke zvyšování nákladů na léčení. Potom nebudou mít všichni možnost nakoupit si tyto služby a je možné, že ceny budou tzv. přemrštěné. (5)

Dále v různých zemích mají různé metody úhrady nákladů za poskytnutí zdravotní péče: (15)

- financování prostřednictvím předem stanoveného globálního rozpočtu zdravotnického zařízení, kdy je předem přidělena částka (15) (např. indexací rozpočtu z minulých let) (9)

- platby za výkony tedy nejčastěji lékařské služby (15) – výkony jsou ohodnoceny cenami nebo body a ty jsou pak oceněny cenami, nebo se vezmou srovnatelné náklady na léčbu (14)
- platby za zaregistrované pacienty neboli kapitace (15) – nevýhodou je snižování kvality péče, neboť lékař inklinuje k šetření na pacientovi (14)

Jak je již uvedeno v kapitole 2.1.2, zdravotnické služby mohou být financovány na tržní, netržní nebo polotržní bázi, podle toho zda se na financování podílejí veřejné zdroje, soukromé zdroje nebo kombinace obou zdrojů:

- netržní formou jsou poskytovány služby jako je např. očkování, kdy stát z vybraných daní uhradí náklady na tento úkon. Tato forma umožňuje zabezpečit ekonomickou dostupnost služeb a poměrně dobrou jejich kontrolu. (5)
- tržní formou jsou hrazeny služby, které mají nadstandardní charakter a jsou uskutečňovány na základě soukromého pojištění komerčního charakteru. Klasickým příkladem zdravotnické služby, která je takto hrazena, je zaplombování zubu nebo plastika částí těla. (5)
- polotržní financování je založeno především na povinném pojištění. Prostředky se získávají částečně od státu, částečně od zaměstnavatelů a částečně od zaměstnanců. Někdy jsou lékařské výkony hrazeny pomocí doplatků. (5)

Ve světě se uplatňuje řada modelů financování zdravotnictví, které jsou vždy spojeny s určitou ekonomickou vyspělostí země a politickými cíli vládnoucí politické strany nebo vládní koalice. Většina vyspělých států zajišťuje svým občanům bezplatné a rovnocenné zdravotnické služby pro všechny. Část nadstandardních speciálních služeb je poskytována za úhradu. V současné době lze rozlišit 3 základní modely financování zdravotnictví: (14)

I. Národní zdravotní služba (14) (Beveridge model popř. Semaškův model) (13)

- stát má monopol na poskytování zdravotnických služeb, které jsou pro všechny občany bezplatné a jsou financovány prostřednictvím veřejného rozpočtu (14)

- dříve v socialistických zemích (také Kuba), dnes v upravené podobě např. ve Velké Británii, Dánsku, Itálii (praktický lékař má smluvní pracovní vztah s příslušnou zdravotní pojišťovnou nebo s příslušným regionálním či municipálním úřadem) (14)
- výhody: obecná dostupnost a dostatečná nabídka služeb, přiměřená pozornost prevenci (prevence je vždy levnější než léčba), návaznost zdravotnických služeb (14)
- nevýhody: nedostatek prostředků na investování, problém s financováním v době ekonomické recese, dlouhé čekací doby na neurgentní velké operace, nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví, podpora nesoutěživého klimatu (14)

II. Evropské pluralitní zdravotnictví (14) (Bismarkův model) (13)

- jde v podstatě o nestátní zdravotnictví, za které však ručí stát (14)
- finanční prostředky na financování zdravotnických služeb se získávají ze zákonem povinného zdravotního pojištění a stanovené příspěvky se shromažďují ve zvláštních pojišťovacích fondech, které spravují příslušné zdravotní pojišťovny - přispívají tam zaměstnanci, zaměstnavatelé, stát za ty, kteří nemohou platit (studenti, důchodci,...) (14)
- poskytovatelé jsou samostatnými hospodářskými subjekty a mají smlouvy s příslušnými zdravotními pojišťovnami, u nichž jsou evidováni příslušní pacienti (14)
- většina západoevropských zemí (14)
- výhody: vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele, dostatečně pestrá nabídka zdravotnických služeb, vyhovující síť zdravotnických zařízení, podpora primární péče (14)
- nevýhoda: část prostředků spotřebují pojišťovny pro svou vlastní činnost, pojišťovny se občas dostávají do finančních potíží, administrativní těžkopádnost (14)

III. Tržní zdravotnictví (14)

- je nestátní pluralitní zdravotnictví, kdy stát financuje zdravotnické služby jen pro ty občany, kteří žijí pod hranicí životního minima a pro důchodce - ostatní si musí sami a dle svých možností obstarat potřebné zdravotnické služby na trhu zdravotnických služeb (14)
- lze doplnit o zaměstnanecké pojištění – např. USA
- výhody: velký výběr kvalitních služeb, podporuje rozvoj medicínských technologií a soutěživost
- nevýhoda: nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné nebo málo zámožné občany, vysoký podíl nákladů na administrativu, nedostatečná preventivní péče, péče je drahá.

2.2.3 Důvody státních zásahů

Zdravotnictví je asi veřejně nejsledovanější oblast působnosti veřejného sektoru, neboť prakticky ve všech zemích je předmětem státních zásahů, protože přístup alespoň k základní úrovni zdravotní péče je tradičně pokládán za jedno ze základních lidských práv a trh není sám o sobě schopen toto právo zajistit. (12)

Zajištění zdravotnických služeb nelze nechat na starost pouze trhu, protože trh nemůže nikdy zabezpečit produkci zdravotnických služeb v požadovaném množství a kvalitě (důvody jsou uvedeny níže). Důvody jsou tyto: (5)

- nedokonalá konkurence na trhu zdravotnických služeb – poskytovatelé mají monopolní postavení (5), existuje omezený počet poskytovatelů v konkrétním regionu (12)
- nedokonalá informovanost spotřebitele zdravotní péče – nemůže posoudit svůj zdravotní stav ani určit cenu za zdravotní péči (5)
- existence nejistot a rizik na trhu zdravotnických služeb a jeho nekomplexnost – lze omezit nejistoty a rizika prostřednictvím zdravotního pojištění (5)

- jde o služby, které mají charakter smíšených kolektivních statků – vyloučení je možné avšak ne u všech zdravotnických služeb žádoucí ba dokonce možné (např. první pomoc) (5)
- existují externality vyplývající ze spotřeby zdravotnických služeb – protože je nedokonalý zdravotnický trh, vzniká specifický vztah mezi individuálním přínosem ze spotřeby těchto služeb a společenským přínosem. (5)
- jde o služby pod ochranou – právo na základní zdravotní péči je základní lidské právo (5) bez ohledu na příjem

Jsou dva extrémní způsoby státních intervencí: paternalistický vztah státu ke zdravotní péči (veškerá odpovědnost bere na sebe a pacient není motivován k péči o zdraví) nebo stát se stará o zdraví jen málo a přesouvá odpovědnost na pacienty. Rozsah státního vlivu se v každé zemi mění. (5)

Stát zasahuje z důvodu mikroekonomického selhání trhu neboli selhání z hlediska efektivity. Toto selhání nastává, vyskytnou-li se různé formy nedokonalé konkurence (např. omezený počet specializovaných poskytovatelů služeb). Dále při tomto selhání existují veřejné statky (základní zdravotní péče bývá garantována státem) a externality a asymetrie informací (pacient nemá dostatečné informace v oblasti lékařství). Tržní selhání jsou argumentem pro zásahy státu do ekonomiky a důsledkem je existence veřejného sektoru. (9)

2.2.4 Správní orgán

Jak bylo uvedeno, v podstatě každý stát se větší či menší měrou podílí na zdravotní péči, neboť tento specifický trh sám o sobě selhává. Každý stát má proto určen správní orgán. Tento správní orgán je pod dozorem vlády, která má mandát vzniklý v procesu veřejné volby. (9)

Úkolem správního orgánu je minimálně zajištění legislativní úpravy v této oblasti a ovlivňování vlastní soustavy zdravotnictví. (5)

3 Metodika

Hlavním cílem této práce je srovnat systém financování zdravotnictví v České republice a Německu.

V první části této práce jsou vysvětleny pojmy zdraví, veřejné zdraví, zdravotnictví a jsou zde vymezeny vlastnosti zdravotnických služeb jako statku. Dále jsou vyjmenovány a rozpracovány jednotlivé způsoby financování systému zdravotnictví a jsou objasněny důvody státních zásahů do oblasti zdravotnictví.

V praktické části této práce jsou popsány modely financování v ČR a Německu. U obou zemí jsou popsány používané zdroje financování nákladů ve zdravotnictví a je přiblížen současný stav financí. U zdravotního systému České republiky je největší pozornost věnována veřejnému zdravotnímu pojištění: Oblast německého zdravotnictví je zaměřena především na systém soukromého a zákonného zdravotního pojištění. V závěru této části jsou data a skutečnosti vypovídající o systému financování zdravotnictví mezi jednotlivými zeměmi porovnány. Výklad je doplněn o jednoduché grafy, tabulky a schémata, která lépe dotvářejí představu o vývoji financí ve zdravotnictví České republiky a Německa.

V závěru práce jsou navržena určitá doporučení pro zlepšení systému v ČR v současných podmínkách.

Informace byly čerpány z knih, příslušných českých zákonů a Páté knihy německého sociálního zákoníku, internetového portálu Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Dalšími zdroji byly především internetové zdroje, které informují o systému financování zdravotnictví v České republice a/nebo v Německu.

4 Systémy financování zdravotnictví, jejich porovnání a vymezení hlavních odlišností

4.1 Systém financování zdravotnictví v České republice

4.1.1 Vývoj českého zdravotnictví v uplynulých letech

Stav do roku 1989:

Financování zdravotnictví v bývalém Československu bylo postaveno na Bismarckovském systému (podle německého kancléře Bismarcka), než byl tento systém v roce 1948 násilně přerušen a byl nahrazen direktivním systémem řízeného státem. Tento model se nazýval Semaškův model (krajní varianta modelu Beveridge). (13) Pro zdravotnictví za dob socialismu bylo charakteristické centrální plánování a financování zdravotnických služeb, výrazně omezená možnost svobodné volby lékaře a formálně bezplatný přístup občana ke zdravotnickým službám. (12)

Vývoj po roce 1989:

Po roce 1989 byla tedy nutná změna systému zdravotnictví. Nejdůležitější změny nastaly roku 1991 a měly za úkol především převedení dosavadního systému zdravotnictví opět na Bismarckovský model. Tedy zavést vícezdrojové financování s převažujícím podílem povinného zdravotního pojištění občanů. Dalším cílem autorů změn bylo zavedení možnosti volby (např. svobodná volba zdravotnického zařízení, zdravotní pojišťovny,...), možnost privatizace některých zdravotních zařízení (např. lázeňských zařízení, lékáren), zajištění stabilně vyšší úroveň financování zdravotnictví, (13) provázání výkonu poskytovatelů s jejich příjmem. (12)

Uskutečnění přeměny bylo velmi urychleno, kdy např. Všeobecná zdravotní pojišťovna vznikla o rok dřív, než se plánovalo. Navíc byly chystané změny připravovány zejména odborníky a jen s nízkou účastí nezdravotnické veřejnosti. (13) Další důležité kroky se uskutečnily v letech 1992 – 94, kdy vzniklo více než 20 tisíc samostatných zdravotnických subjektů a 27 zdravotních pojišťoven (vznikaly

postupně především na základě zákona č. 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění). Od počátku transformace se významně navýšil objem i kvalita poskytované péče a zdravotnictví se stalo velmi rychle příliš nákladným a neodpovídalo možnostem ekonomiky. Další průběh reformy se proto zaměřil především na vytvoření nástrojů brzdících nekontrolovatelný růst nákladů a zvyšujících požadavky na vyšší efektivnost při poskytování zdravotní péče. (12) Velmi důležitý byl v tomto období také zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod, kde je zakotveno, že každý má nárok na ochranu zdraví. (1) V dalších letech následovaly další novely a zákony např. reforma veřejné správy, kterou byla od 1. ledna 2003 zdravotnická zařízení dosud spravovaná okresními úřady převedena do kompetence krajů, měst či obcí. (14)

Aktuálně nejdůležitější zákony:

Roku 1997 byl přijat zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, který nahrazoval dosavadní zákon. Zákon přesně stanovuje, kdo pojištěn je a kdo je ze zdravotního pojištění vyňat, dále co se hradí prostředky ze zdravotního pojištění. S tímto zákonem také souvisí zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Velkou diskusi přinesla novelizace zákona o veřejném zdravotním pojištění a jeho rozšíření o paragraf 16a – regulační poplatky, která poprvé platila roku 2008. (1)

V ČR je oblast zdravotnického práva upravena několika desítkami zákonů, právních předpisů a nařízení vlády. (1)

4.1.2 Rozbor systému financování zdravotnictví ČR

V České republice vedle sebe existují soukromá, obecní i státní zařízení zdravotní péče. Jedná se tedy o pluralitní systém. (12) Hlavním úkolem ekonomiky v oblasti zdravotnictví je zajistit potřebné množství finančních prostředků a jejich následné efektivní využívání. ČR postupně přechází na model evropského pluralitního zdravotnictví. Mezi hlavní ekonomický problém českého zdravotnictví patří neefektivní využívání vkládaných finančních prostředků, jejichž zdroje jsou velmi omezené. (1)

Jako v jiných zemích tak i v České republice není pouze jeden způsob financování, ale je zvolen jeden dominantní způsob, který doplňují další typy. (1) Největší podíl zaujímá na financování zdravotní péče veřejné zdravotní pojištění (asi 80 %). Dalšími zdroji jsou finance ze státního rozpočtu. V posledních letech se zvyšuje také význam přímých plateb obyvatel díky zvyšování se finanční spoluúčasti pacientů. (12)

4.1.2.1 Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění, jak je již uvedeno výše, má nejvýznamnější roli ve financování zdravotní péče. Je založeno na principu solidarity zdravých s nemocnými a bohatých s chudými. Poskytovatelé péče jsou veřejná a privátní zdravotnická zařízení. Správci zdravotního pojištění jsou zdravotní pojišťovny, které zprostředkovávají přesun finančních toků získaných vybráním pojistného od pojištěnců do zdravotnictví (viz schéma č. 3). Hradí poskytovatelům poskytnutou zdravotní péči na základě smluv s nimi. (12) Zdravotní pojišťovny mají ze zákona (č. 48/1997 Sb.) povinnost vytvářet síť zdravotnických zařízení, ve kterých je poskytována zdravotní péče pojištěncům. Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní neziskové organizace, tzn., že nevyčerpané nebo uspořené prostředky převádějí na svůj rezervní fond. (14) Celkem je v roce 2011 8 zdravotních pojišťoven: (17)

- Všeobecná zdravotní pojišťovna (1)
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (17)
- Odborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (17)
- Revírní bratrská pokladna (17)
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (17)
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (17)
- Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE (17)
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (17)

Všeobecná zdravotní pojišťovna má dominantní postavení na trhu. Toto postavení podporuje fakt, že tu vznikla v roce 1992 jako první pojišťovna zákonem č. 551/1991 Sb. Jako nejstarší pojišťovna má také velký počet klientů a smluvních zdravotnických zařízení. (22) V tabulce č. 2 můžeme vidět vývoj průměrného počtu pojištěnců a podíl klientů VZP na celkovém počtu klientů v % mezi lety 2005 – 2009. Zatímco průměrný počet pojištěnců v České republice v uvedených letech stoupá, podíl pojištěnců VZP na celkových pojištěncích v těchto letech na trhu mírně klesá, kdy tento podíl byl snížen od roku 2005 z 64,6 % na 60,92 % v roce 2009.

Tabulka č. 2: Průměrný počet pojištěnců veřejného zdravotního pojištění a podíl pojištěnců Veřejné zdravotní pojišťovny na průměrný počet pojištěnců v letech 2005 – 2009 v ČR

| Rok | Průměrný počet pojištěnců | Z toho podíl VZP v % |
|------|---------------------------|----------------------|
| 2005 | 10 296 386 | 64,60 |
| 2006 | 10 297 439 | 63,87 |
| 2007 | 10 323 545 | 63,40 |
| 2008 | 10 364 804 | 62,63 |
| 2009 | 10 375 884 | 60,92 |

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (21b)

Důvodem poklesu významnosti VZP může být zkvalitnění služeb konkurenčních pojišťoven. Pojišťovny se snaží získat klienty tím, že na své klienty platí kromě standardních lékařských výkonů i některé nadstandardní služby. (14)

Tak jako jiné pojišťovny, vytvářejí a používají peněžní rezervní fondy z příspěvků osob na základě dobrovolnosti (soukromé zdravotní pojištění) nebo povinnosti (povinné veřejné zdravotní pojištění), které slouží na úhradu nákladů zdravotní péče a služeb. (6)

Hlavními výnosy jsou: úhrada předepsaného pojistného, přijaté pokuty a penále a výnosy z uložených volných prostředků. (6)

Nákladem pak je placení úhrad potřebné zdravotní péče na základě uzavřených smluv se zdravotnickými zařízeními a správních a provozních nákladů. (6) Zdravotní pojišťovny si údajně účtují 3 – 5 % z příspěvků na vlastní provoz. (14)

Kolik miliónů korun zaujímají vybrané náklady a výnosy na celkových nákladech a výnosech fondů zdravotních pojišťoven v roce 2008 a 2009, můžeme vidět v tabulce č. 3. Pojišťovny předepsali v roce 2008 pojistné ve výši přes 162 miliard Kč a v roce 2009 přes 163 miliard Kč. Navýšení tedy bylo o 0,66%. Náklady na zdravotní péči však vystoupaly ze 192 miliard Kč na 211 miliard Kč, tedy o 10,16 %. Dále vidíme, že pojišťovny v roce 2008 dosahovali vyšších výnosů než nákladů, avšak v roce 2009 vzniklé výnosy nestačily na pokrytí nákladů. Dá se tedy říci, že zatímco výnosy se zvyšují o malý stupínek, náklady skáčou o stupně.

Tabulka č. 3: Náklady a výnosy fondů zdravotních pojišťoven v letech 2008 – 2009 v ČR

| Ukazatel | | Rok | | | |
|----------------|---|---------|-------|---------|------|
| | | 2008 | | 2009 | |
| | | mil. Kč | % | mil. Kč | % |
| Náklady celkem | | 208 070 | 100,0 | 227 407 | 100 |
| z toho | náklady na zdravotní péči z veřejného zdrav. poj. | 191 958 | 92,3 | 211 459 | 93,0 |
| | osobní náklady | 3 589 | 1,7 | 3 850 | 1,7 |
| | ostatní | 12 523 | 6,0 | 12 098 | 5,3 |
| Výnosy celkem | | 219 811 | 100,0 | 219 478 | 100 |
| z toho | předepsané pojistné z veřejného zdravotního poj. | 162 165 | 73,8 | 163 237 | 74,4 |
| | pokuty a penále | 7 609 | 3,4 | 5 441 | 2,5 |
| | výnosové úroky | 1 274 | 0,6 | 883 | 0,4 |
| | ostatní | 48 763 | 22,2 | 49 917 | 22,7 |

Zdroj: ČSÚ (4b)

Pojistné

Placení zdravotního pojištění je v České republice zakotveno především ve dvou zákonech. Tím prvním je zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Podle tohoto zákona jsou povinni si platit zdravotní pojištění všichni, kteří mají trvalý pobyt v ČR, či pracují pro firmu, která má sídlo v ČR. Plátcí jsou zaměstnanci (z části

platí zdravotní pojištění za něj zaměstnavatel), OSVČ, lidé s trvalým pobytem bez nároku na placení pojistného státem a stát (např. za nezaopatřené děti do a studenty do 26 let, důchodce, ženy na mateřské dovolené, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávky sociální péče, bezmocné osoby a osoby o ně pečující, vězně). Pojistné se hradí zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn. (3a)

Podle zákona 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Výši pojistného je jeho plátce povinen si sám vypočítat. Pojistné se zaokrouhuje na celé koruny směrem nahoru. V zákoně jsou uvedeny jednotlivé skupiny plátců a jejich vyměřovací základy: (3b)

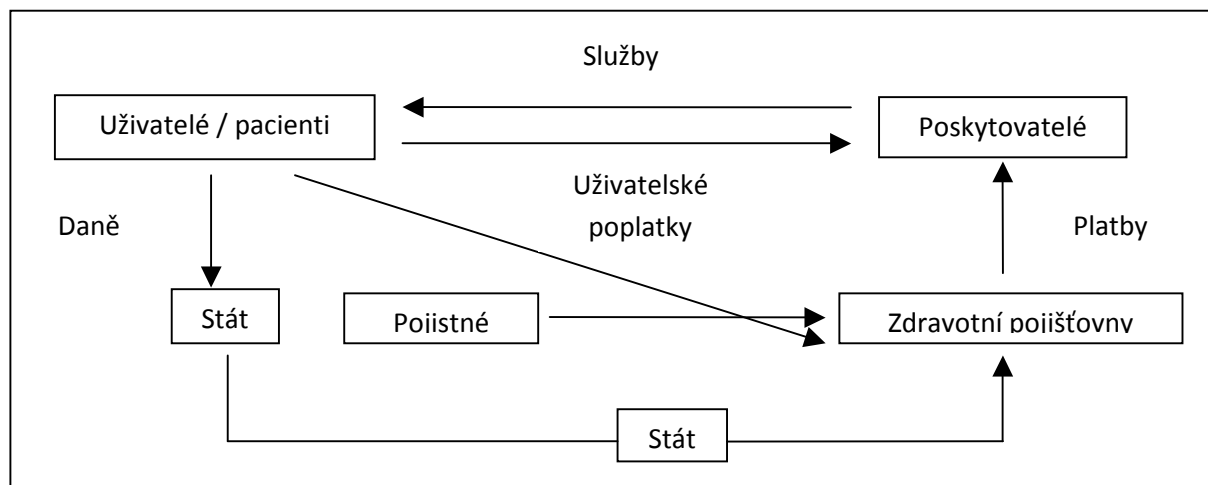
- zaměstnanec se podílí na ZP jednou třetinou, jeho zaměstnavatel dvěma třetinami a vyměřovacím základem je úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů a nejsou od této daně osvobozeny a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním (peněžní i nepeněžní). (3b)
- u OSVČ je vyměřovací základ 50 % z rozdílu mezi příjmy a výdaji vynaložený na jejich získání, udržení a zajištění (3b)
- vyměřovací základ pro toho, kdo nemá příjmy a plátcem pojištění není stát, je minimální mzda (např. žena v domácnosti) (3b)
- za koho platí stát, tomu je vyměřovací základ uzákoněn pevnou částkou (pro rok 2011 Kč 5 355,-) (3b)

V zákoně jsou také uvedeny minimální (u zaměstnance je minimální mzda, u OSVČ dvanáctinásobek 50 % průměrné mzdy) a maximální výše (u zaměstnance a OSVČ je to 72 násobek průměrné mzdy) vyměřovacího základu (Assessed base). (3b)

Jaké jsou vztahy mezi jednotlivými subjekty a jak mezi nimi tečou finance v rámci veřejného zdravotnictví, můžeme vidět na schématu č. 3. Uživatelé a stát platí zdravotním pojišťovnám (správcům) pojistné. Ta z těchto příjmů vyplácí

smluvním poskytovatelům uskutečněnou zdravotní péči (služby). Poskytovatelům dále platí uživatelé určité uživatelské poplatky. (1) Podstatou zdravotního pojištění je pojištění proti riziku onemocnění, kdy se nebezpečí nutnosti uhradit zdravotní péči přesouvá z pacienta na zdravotní pojišťovnu. (14)

Schéma č. 3: Vztahy v rámci veřejného zdravotního pojištění



Zdroj: Barták, 2010 (1)

Přerozdělování pojistného v rámci zdravotního pojištění (1)

Pojistné vybrané jednotlivými zdravotními pojišťovnami nezůstává pouze těmto pojišťovnám, ale přerozděluje se podle zákona o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění (konkrétně podle § 20 – § 21a), kdy kritériem je počet pojištěnců, jejich věková struktura, pohlaví a nákladové indexy věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění. Účelem přerozdělování byla snaha vyrovnat rozdíly, které existují mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Ty vznikají především tím, že jsou rozdílné náklady na zdravotní péči hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Cílem je tedy zajistit určitou míru solidarity (zdravý x nemocný, bohatý x chudý). Přerozdělování se děje prostřednictvím zvláštního účtu (fondu) zdravotního pojištění, jehož správcem je VZP a který vede odděleně od ostatních spravovaných fondů. (1)

Od 1. ledna 2005 přerozdělení podléhá 100 % pojistného vybraného všemi zdravotními pojišťovnami. Kritériem přerozdělování je počet všech pojištěnců podle nákladovosti pojištěnců dle věku a pohlaví 36 nákladových indexů a podle počtu

nákladných pojištěnců (22) Nákladové indexy se dělí na 2 skupiny podle pohlaví a ty se dále dělí do 18 věkových skupin pojištěnců (od 0 – 5 a dále po pěti letech do 85 – x). Tyto indexy se vypočítají jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině (průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na všechny pojištěnce v dané skupině) a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce (průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na ženy ve věku 15 – 20 let). Podíl na standardizovaného pojištěnce se stanoví tak, že se součet pojistného vybraného všemi zdravotními pojišťovnami, příjmy zvláštního účtu sníží o poplatky za účetní operace a za vedení zvláštního účtu a vydělí se počtem standardizovaných pojištěnců. (3b)

System probíhá tak, že zdravotní pojišťovny sdělí správci zvláštního účtu (Všeobecné zdravotní pojišťovně) do 8. dne v měsíci počet svých pojištěnců dle skupin podle stavu k 1. dni v měsíci a počet státních pojištěnců dle zvláštního členění k 1. dni měsíce (Ministerstvo financí hradí pojistné na zvláštní účet za státní pojištěnce). Dále sdělí do 22. dne měsíce výši vybraného pojistného od 18. dne předchozího měsíce do 17. dne příslušného měsíce. Správce sdělí do 30. dne v měsíci každé pojišťovně celkovou částku na ně připadající. Tato částka se vypočítá tak, že se vezme celkové pojistné a vydělí se počtem standardizovaných pojištěnců a vynásobí se to počtem standardizovaných pojištěnců dané pojišťovny. Počet standardizovaných pojištěnců pojišťovny se rovná součtu počtu pojištěnců v každé skupině vynásobeného příslušným nákladovým indexem této skupiny. Přesahuje-li pojistné částku připadající na pojišťovnu, poukáže rozdíl pojišťovna na zvláštní účet. Nastane-li opačná situace, pak Všeobecná zdravotní pojišťovna uhradí rozdíl dané pojišťovně ze zvláštního účtu. (3b)

Zvláštní účet slouží dále k přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu podle výskytu pojištěnců, za něž byla příslušnými zdravotními pojišťovnami uhrazena zvlášť nákladná zdravotní péče. Nákladnou péčí je podle zákona zdravotní péče hrazená veřejným zdravotním pojištěním poskytnutá na území České republiky, u níž výše úhrady za jednoho pojištěnce překročila v období jednoho kalendářního roku částku odpovídající třicetinasobku průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění za předchozí

účetně uzavřený kalendářní rok. Daná zdravotní pojišťovna má nárok na úhradu 80 % částky, o kterou nákladná péče překročí tuto částku, pokud správci účtu vyúčtuje a řádně doloží případy nákladné péče (jsou tu měsíční zálohy a roční vyúčtování). Úhrada nákladné péče se provádí formou měsíčních zálohových plateb. Správce účtu oznámí příslušné zdravotní pojišťovně výši zálohy na ni připadající do 28. dne v měsíci. Je-li příslušná zdravotní pojišťovna povinna odvést přebývajících finančních prostředky na zvláštní účet a zároveň má nárok na zálohovou platbu na úhradu nákladné péče, provede správce účtu vzájemné započtení těchto pohledávek a výslednou částku sdělí příslušné zdravotní pojišťovně. (3b)

4.1.2.2 Státní rozpočet a rozpočty obcí a měst

Občané České republiky platí daně, které putují do veřejných rozpočtů. Prostředky do zdravotnictví jsou čerpány kromě resortu zdravotnictví také z místních rozpočtů (rozpočty krajských úřadů a obcí). Mimo zdravotnických služeb Ministerstvo zdravotnictví přímo řídí a financuje střední a vyšší odborné zdravotnické školy a rezortní výzkumné ústavy. Krajské úřady přímo řídí a financují okresní hygienické stanice, krajské hygienické stanice a léčebny pro dlouhodobě nemocné. (14)

Kolik % z celkových výdajů hradí veřejné rozpočty, je možné vidět v tabulce č. 4, která ukazuje soukromé a veřejné výdaje na zdravotnictví v letech 2005 – 2009. Na základě uvedených údajů potvrdit skutečnost, že v těchto letech se veřejné zdravotní pojištění nejvíce podílí na úhradě celkových výdajů na zdravotnictví (více jak $\frac{3}{4}$ celkových výdajů v průměru). Jeho podíl se od roku 2005 snižuje až do roku 2008. V roce 2009 došlo opět k mírnému nárůstu ze 74,6 % na 76,3 %. Z tabulky můžeme dále usoudit, že klesá význam veřejných rozpočtů a naopak roste význam soukromých výdajů. Význam veřejných rozpočtů klesá od roku 2006 o necelé procento, kdy se v roce 2009 snížil na 7,3 %. Zajímavé jsou soukromé výdaje v roce 2008, kdy se jejich podíl navýšil z 14,6 % na 17,3 %. Toto tempo růstu bylo v předchozích znázorněných letech mnohem menší. Důvodem tohoto skoku mohlo být zavedení regulačních poplatků v roce 2008. V roce 2009 se podíl oproti roku 2008 snížil na 16,4 %.

Tabulka č. 4: Výdaje na zdravotnictví (veřejné a soukromé) v letech 2005 – 2009 v ČR

| Položky výdajů | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
|---|---------|------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|------|
| | mil. Kč | % | mil. Kč | % | mil. Kč | % | mil. Kč | % | mil. Kč | % |
| Veřejné výdaje: zdravotní pojišťovny | 170 093 | 77,8 | 174 200 | 76,8 | 183 713 | 76,0 | 197 280 | 74,6 | 218 628 | 76,3 |
| Veřejné výdaje: výdaje rezortů a územních orgánů (veřejné rozpočty) | 21 263 | 9,7 | 22 828 | 10,1 | 22 851 | 9,4 | 21 439 | 8,1 | 21 055 | 7,3 |
| Veřejné výdaje celkem | 191 356 | 87,5 | 197 027 | 86,9 | 206 565 | 85,4 | 218 719 | 82,7 | 239 683 | 83,6 |
| Soukromé výdaje | 27 418 | 12,5 | 29 743 | 13,1 | 35 370 | 14,6 | 45 801 | 17,3 | 46 928 | 16,4 |
| Výdaje celkem | 218 774 | 100 | 226 810 | 100 | 241 935 | 100 | 264 520 | 100 | 286 611 | 100 |
| Podíl z HDP v % | 7,3 | x | 7,1 | x | 6,8 | x | 7,2 | x | 7,9 | x |

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (21a)

V podstatě lze říci, že státní rozpočty a územní rozpočty se podílejí na výdajích podobným dílem. (1)

4.1.2.3 Přímé platby obyvatel

Ne všechna zdravotní péče je v ČR hrazena ze zdravotního pojištění. Přímé platby se ale omezují jen na velmi úzký okruh zdravotních výkonů, jako jsou např. některé kosmetické zákroky, umělé přerušování těhotenství, platby za některé materiály ve stomatologii aj. Od r. 2008 jsou zavedeny tzv. regulační poplatky. (14)

Regulační poplatky a doplatky za léky

Regulační poplatky jsou zakotveny v § 16a a § 16b v zákoně č. 48/1997 Sb. a platí od roku 2008. Jejich zavedení doprovázela velká veřejná diskuze. Jejich zavedení může být i jedním z důvodů zvýšení podílu soukromých výdajů na celkových výdajích v roce 2008 oproti roku 2007 (viz. tabulka č. 4).

Důvodem pro zavedení poplatků bylo především snaha omezit plýtvání a zneužívání zdravotních služeb. (11)

Zákon o veřejném zdravotním pojištění říká, že je platí pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, kterému byla poskytnuta hrazená zdravotní péče zdravotnickým zařízením. Zákonem jsou dále stanoveny i osoby (např. děti do 18 let) a lékařské úkony (např. preventivní prohlídka) osvobozené od placení poplatků. (3a)

Existují tři druhy poplatků:

- 30 Kč - za každou návštěvu u některého z lékařů v ambulantní péči (praktický lékař pro děti i pro dospělé, gynekolog, zubní lékař, ambulantní specialista např. klinický psycholog), za každý lék, který je plně nebo částečně hrazen ze všeobecného zdravotního pojištění a je předepsán na předpisu (od příplatků za lék se odečítá poplatek, nejméně však musí být zaplaceno 30 Kč) (3a)
- 60 Kč - za každý den pobytu v ústavních zařízeních; za každý den pobytu v lázních, ozdravovnách, léčebnách,... Den přijetí a den propuštění ze zařízení se počítají dohromady jako jeden den pobytu (3a)
- 90 Kč - za pohotovostní službu (3a)

Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení, které regulační poplatek vybralo. Zdravotnické zařízení je povinno použít vybrané regulační poplatky na úhradu nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a jeho modernizací. V zákoně jsou uvedeny i limity regulačních poplatků a doplatků za léčiva a to takto: pokud suma výdajů za třicetikorunové poplatky a doplatků za léčiva přesáhne za kalendářní rok 5000 Kč (u dětí do 18 let a lidé nad 65. let 2500 Kč), je pojišťovna povinna uhradit částku, o kterou byl tento limit překročen. Ne všechny

doplatky za léky jsou započítány do hranice regulačních poplatků (§ 16b odst. 1) Pojišťovny uhradí přeplatek do 60 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. (3a)

4.1.3 Výdaje ve zdravotnictví ČR

V České republice rostou výdaje na zdravotnictví podstatně rychleji než HDP. Toto tvrzení dokazuje i tabulka č. 5, která znázorňuje celkové výdaje ve zdravotnictví v České republice od roku 1990 do roku 2009. Při pohledu na sloupec růst výdajů na zdravotnictví v % lze říci, že toto procento nemá ani rostoucí ani klesající charakter. Například v roce 2000 tento podíl byl 7,6 %, v roce 2002 už 10,9 %, v roce 2004 zase jen 7,2 %, v roce 2006 už jen 3,7 %, ale v roce 2008 už opět 9,3 %. Celkové výdaje v absolutní hodnotě mají ale ve všech letech rostoucí charakter, to znamená, že meziroční přírůstek výdajů v % je vždy kladný. Extrémní případ meziročního přírůstku celkových výdajů v % je v roce 1993, kdy byly výdaje navýšeny oproti předchozímu roku o 60 %. Také podíl celkových výdajů na HDP má mírně rozkolísaný charakter. Například od roku 1997 do roku 2003 se podíl celkových výdajů na HDP zvyšuje z 6,66 % na 7,57 %, od roku 2004 se ale snižuje až do roku 2007 ze 7,43 % na 6,84 %. V letech 2008 až 2009 opět dochází k navýšení, kdy tento podíl dělá v roce 2009 7,9 %. Podíl celkových výdajů na HDP se už od roku 1993 pohybuje v rozmezí 6 – 8 %. V roce 2009 byly údaje takovéto: výdaje na zdravotnictví téměř 219 miliard Kč, což odpovídalo téměř 8 % HDP. Výdaje se navýšily od předchozího roku o 8,4 %, HDP v tomtéž roce kleslo o 4 %. Ovšem vždy byl růst výdajů od roku 1996 (kromě roku 2005 a 2006) vyšší než růst HDP.

Tabulka č. 5: Celkové výdaje na zdravotnictví v letech 1990 – 2009 v ČR

| Rok | Celkem v mil. Kč | V % z HDP | Růst výdajů v % | Meziroční míra růstu HDP v % |
|------|---------------------|-----------|--------------------|---------------------------------|
| 1990 | 31 250 | 5,39 | - | - |
| 1991 | 39 520 | 5,27 | 26,5 | - |
| 1992 | 45 652 | 5,39 | 15,5 | - |
| 1993 | 73 062 | 7,29 | 60,0 | - |
| 1994 | 86 418 | 7,31 | 18,3 | - |
| 1995 | 102 664 | 7,00 | 18,8 | - |
| 1996 | 112 939 | 6,71 | 10,0 | 4,0 |
| 1997 | 120 655 | 6,66 | 6,8 | -0,7 |
| 1998 | 131 929 | 6,72 | 9,3 | -0,8 |
| 1999 | 136 440 | 6,56 | 3,4 | 1,3 |
| 2000 | 146 835 | 6,71 | 7,6 | 3,6 |
| 2001 | 161 300 | 6,86 | 9,9 | 2,5 |
| 2002 | 178 923 | 7,26 | 10,9 | 1,9 |
| 2003 | 195 155 | 7,57 | 9,1 | 3,6 |
| 2004 | 209 270 | 7,43 | 7,2 | 4,5 |
| 2005 | 218 774 | 7,33 | 4,5 | 6,3 |
| 2006 | 226 810 | 7,04 | 3,7 | 6,8 |
| 2007 | 241 935 | 6,84 | 6,7 | 6,1 |
| 2008 | 264 520 | 7,17 | 9,3 | 2,5 |
| 2009 | 286 611 | 7,90 | 8,4 | -4,1 |

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (21c), ČSÚ (4a)

V tabulce č. 6, která znázorňuje vývoj podílu výdajů na léky a ostatní zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby na celkových výdajích ve vybraných letech do r. 2008, můžeme vidět, že výdaje za léky jsou významnou položkou na celkových výdajích v České republice. V průměru tyto výdaje dělají 23 % od roku 2003 do roku

2008. V roce 1995 byl podíl 25,1 %, za pět let tedy v roce 2000 23,4 %, ale v roce 2005 se tento podíl opět zvýšil na 24,8 %. Nejde tedy pouze o zvyšování či snižování podílu do roku 2005. Po roce 2005 lze však již zaznamenat snižování tohoto podílu, který v roce 2008 byl 20,4 %, což znamená, že podíl byl snížen během tří let o 4,4 %. Spíše lze však říci, že to je dáno tím, že rostou celkové výdaje rychleji, než výdaje za léky.

Tabulka č. 6: Výdaje na léky a ostatní zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby ve vybraných letech do r. 2008 v ČR.

| Rok | Podíl výdajů na léky a ostatní zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby na celkových výdajích (%) |
|------|---|
| 1995 | 25,1 |
| 2000 | 23,4 |
| 2003 | 24,2 |
| 2004 | 24,8 |
| 2005 | 24,8 |
| 2006 | 22,8 |
| 2007 | 21,5 |
| 2008 | 20,4 |

Zdroj: ČSÚ (4c)

Výdaje na zdravotnictví budou mít i do budoucna zcela zákonitě vzestupnou tendenci. Úkolem správce bude i nadále dbát na to, aby vložené finance přispívaly co nejvíce ke zlepšení zdraví lidí. Dále je třeba dbát na to, aby na poskytování veřejných zdravotních služeb financovaných z veřejných rozpočtů netěžily různé lobby (např. při předepisování léků). (14)

V ČR některé politické strany prosazují privatizaci nemocnic na obchodní společnosti. Privatizace přináší výhodu v tom, že soukromé subjekty více dbají na to, aby neprodělavaly. Na druhou stranu nelze zprivatizovat všechny nemocnice, neboť by mohl být porušen princip rovného přístupu k léčení bez ohledu na majetkové poměry pacienta. Spíše bude lepší se v těchto zařízeních zaměřit se na efektivitu jejich činností (např. snižování počtu akutních lůžek). (14)

4.1.4 Orgány působící ve zdravotnictví

V ČR je následující organizační struktura zdravotnických institucí: (14)

1. ministerstvo zdravotnictví (14)
2. všeobecná zdravotní pojišťovna a ostatní zdravotní pojišťovny (14)
3. zdravotnická zařízení (14)

Určitá organizační struktura informuje o hlavních tocích finančních i jiných potřebných zdrojů. (14)

Nejdůležitějším orgánem v resortu zdravotnictví je Ministerstvo zdravotnictví ČR, jako ústřední orgán státní správy má na starosti: přípravu legislativy, odpovědnost za výzkum v oblasti medicíny, výdej licencí pro technologie a fakultní nemocnice, kontrolu léčiv, koordinaci a dohled nad součinností subsystému ve zdravotnictví, aj. Kromě tohoto orgánu dohlíží nad výkonem zdravotní péče také Stavovské komory (např. lékařská), které dbají na to, aby jejich členové vykonávali své povolání odborně, v souladu s jejich etikou a způsobem, stanoveným řády komor. (12)

4.2 Systém financování zdravotnictví v Německu

4.2.1 Rozbor systému financování zdravotnictví Německa

Systém financování zdravotnictví Spolkové republiky Německo je postaveno na Bismarckovském systému. Z Německa tento systém také pochází. Už v roce 1883 bylo zavedeno zdravotní pojištění, tehdy určené pro námezdní dělníky. V průběhu 20. století došlo k rozšiřování okruhu osob, které byly postupně zahrnuty do zákonného pojištění. Po sjednocení Německa v roce 1991 tento systém opětovně převzaly i nové spolkové země. (10)

Největším zdrojem financování je zákonné zdravotní pojištění. Zákonné zdravotní pojištění se podílí na celkových výdajích cca 60 %. Dalším zdrojem financování je komerční zdravotní pojištění, daně a přímé platby a spoluplatby obyvatel. (viz tabulka č. 7)

4.2.1.1 Zákonné zdravotní pojištění

Zákonné zdravotní pojištění je ukotveno v pátém svazku zákoníku sociálního zabezpečení. V § 1 tohoto zákona se říká, že úkolem zdravotního pojištění je zlepšit nebo obnovit zdraví pojištěnců. Zároveň každý pojištěný má povinnost pečovat o své zdraví. Zdravotní pojišťovny mu mají pomoci ke zdraví tím, že mu budou poskytovat informace, poradenství a služby. Každý přispívá na zdravotní pojištění stejným dílem ze svého příjmu, neboť je tu zásada solidarity. (2)

Plátcí pojistného jsou vyjmenováni v § 5 výše zmíněného zákona. Pojištění si především hradí zaměstnanci s příjmem do 4.125 EUR za měsíc, ale pouze do výše maximálního vyměřovacího základu 3.712,50 EUR měsíčního příjmu. (20)

V rámci veřejného zdravotního pojištění, je možné spolupojistit zdarma i rodinné příslušníky (jde o jakousi krytou osobu). Jedná se o nevýdělečně činného druhu bez příjmu nebo s příjmem do určité hranice (400 EUR), dále děti do 18 let, nezaměstnané děti do 23 let, studenty do 25 let a postižené děti (podle § 10). V § 6 jsou uvedeny osoby, které jsou od pojištění osvobozeny. Jde o zaměstnance, jejichž příjem překračuje limitní hranici, OSVČ, aj. (2)

Každá osoba, která má trvalý pobyt v Německu, se ale musí pojistit. Lze tedy zvolit mezi soukromým zdravotním pojištěním nebo dobrovolnou účastí v zákonném zdravotním pojištění, kde jsou však jiné způsoby pro výpočet příspěvku (podle § 9). Je-li někdo dobrovolně pojištěn, pak jsou dány minimální příspěvky 851,67 EUR, pro OSVČ je minimální příspěvek 1.916,25 EUR. (20)

Sazby jsou takovéto: zaměstnanec a jeho zaměstnavatel platí stejně za zdravotní pojištění pojištěnce s tím, že zaměstnanec platí ještě navíc paušální sazbu 0,9 % na zubní sazbu a nemocenské dávky z hrubého příjmu (celkem je odvedeno 15,5 %), OSVČ platí sazbu 15,5 % z hrubého příjmu pro obživu podle § 240 pátého svazku knihy sociálního zákoníku. Povinně pojištění důchodci zaplatí pouze příspěvek 8,2 % a zbytek do 15,5 % je hrazen z důchodového pojištění. Dobrovolně pojištění důchodci zaplatí plnou sazbu 15,5 % ze všech příjmů (úroky, pronájem, atd.). (20)

V Německu existovalo v roce 2009 více než 200 zdravotních pojišťoven, které vystupují jako autonomní, neziskové, nestátní orgány a jsou regulovány vládou a které vybírají příspěvky na veřejné zdravotní pojištění. (10) Od roku 1996 si lze volně vybrat zdravotní pojišťovnu v rámci veřejného zdravotního pojištění. Pro všechny přispěvatele platí jednotná sazba, avšak pojišťovny mohou vrátit svým pojištěncům část příspěvku jako bonus. Pojišťovny, kterým nebude příjem z příspěvků stačit, smějí požadovat po svých pojištěncích dodatečné příspěvky (maximálně 1 % z příjmu). (20)

Státní zdravotní pojišťovny mají od roku 2007 povinnost nabízet zdravotní plány, v nichž existuje možnost využívat praktického lékaře jako tzv. gatekeepera, tedy zprostředkovatele přístupu ke specializované péči. Praktický lékař lépe posoudí potřebu specializované péče než pacient a vzhledem k tomu, že služby praktického lékaře jsou méně nákladné, lze dosáhnout finančních úspor. (10)

Zdravotní fond

V Německu je zaveden princip přerozdělování. Zdravotní fond spravuje Federální pojišťovna. Té jsou přeposílány peníze od zaměstnanců a zaměstnavatelů. Do tohoto fondu dále proudí peníze z vybraných daní státu (pro rok 2011 se plánuje 7 miliard EUR). Celkem tyto skupiny přispějí ročně okolo 150 miliard EUR ročně. Federální pojišťovna přerozděluje z fondu příspěvky jednotlivým zdravotním pojišťovnám. Tyto příspěvky se pohybují od 150 do 170 EUR podle věku, pohlaví a zdravotního stavu. Zdravotní fond a asi 200 pojišťoven tedy spravuje prostředky (přičemž správní náklady dělají asi 10 miliard EUR) a přeposílá je lékařům, nemocnicím a dalším poskytovatelům zdravotních služeb. (8)

4.2.1.2 Soukromé zdravotní pojištění

Existují dva rozsahy soukromého zdravotního pojištění. Je buď nabízeno plné zdravotní pojištění, které má nahradit zákonné zdravotní pojištění, nebo doplňkové zdravotní pojištění, které má krýt zvláštní služby v nemocnicích. Výše pojistného je na rozdíl od pojistného na zákonné zdravotní pojištění odvozena od individuálního rizika, tedy podle věku, pohlaví a zdravotního stavu. Vzhledem k tomu, že s věkem roste toto individuální riziko, musí pojistné obsahovat i rezervu na rostoucí riziko

v důsledku stárnutí a rezervu, která zabrání zvyšování pojistného po 65. roku života pojištěnce. (10)

Soukromé zdravotní pojištění je nabízeno asi 50 soukromých pojišťoven, které jsou sjednoceny ve Spolku soukromých zdravotních pojišťoven, a asi 40 dalšími soukromými pojišťovnami na regionální úrovni. (1)

Plné pojištění využívají: (1)

- bývalí pojištěnci zákonného zdravotního pojištění, kteří změnili pojišťovnu z důvodu překročení hranice povinnosti platit zákonné zdravotní pojištění (1)
- OSVČ, které ze zákonného zdravotního pojištění vyloučeny, pokud nebyly členy již dříve nebo nezvolily dobrovolnou účast na zákonném zdravotním pojištění (s výjimkou těch, které jsou povinné ze zákona platit zákonné zdravotní pojištění jako například zemědělci) (1)
- pracující státní zaměstnanci nebo státní zaměstnanci v důchodu jako jsou učitelé, profesori, úředníci ministerstev atd., kteří jsou ze zákonného zdravotního pojištění fakticky vyloučeni, neboť jim stát proplácí většinu jejich nákladů na zdravotní péči (1)

Soukromé zdravotní pojištění zpravidla nabízí lepší služby než zákonné zdravotní pojištění (např. lze dohodnou hrazení příplatků za léky). V soukromém zdravotním pojištění není ale možné si spolupojistit zdarma děti a zákonného druhu. Jak bylo již uvedeno, výše pojistného s věkem stoupá a návrat ze soukromého zdravotního pojištění do zákonného zdravotního pojištění není za normálních podmínek možný, a proto musí každá soukromá pojišťovna nabízet pojišťovací schéma, které je obsahově rovnocenné zákonnému zdravotnímu pojištění a příspěvek na něj není vyšší než průměrný maximální příspěvek na zákonné zdravotní pojištění. (1)

Na rozdíl od zákonného zdravotního pojištění jsou zpravidla náklady na zdravotní péči uhrazeny nejprve pojištěncem a ten pak požaduje úhradu od zdravotní pojišťovny. (20)

V tabulce č. 7 můžeme vidět, jak se jednotlivé zdroje financování podílely na úhradě celkových nákladů v Německu v letech 2005 až 2009. Veřejné zdravotní pojištění se v roce 2009 na celkových výdajích podílelo 57,8 %. Tento zdroj se v znázorněných letech pohybuje něco málo pod 60 %. Domácnosti se podílely v roce 2009 na celkových výdajích se 13,5 %, soukromé pojištění v tomtéž roce více než 9 % a veřejné rozpočty necelými 5 %. V Německu se na úhradě zdravotní péče dále podílejí i další zákonná povinná pojištění. Ty se podílejí na úhradě výdajů dohromady asi 10 %.

Tabulka č. 7: Výdaje ve zdravotnictví podle hrazení v letech 2005 – 2009 v Německu

| Instituce/ Rok | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
|-------------------------------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|
| | mil. EUR | % | mil. EUR | % | mil. EUR | % | mil. EUR | % | mil. EUR | % |
| Rozpočty veřejných institucí | 13 583 | 5,7 | 13 062 | 5,3 | 13 026 | 5,1 | 13 044 | 5,0 | 13 655 | 4,9 |
| Zákonné zdravotní pojištění | 135 877 | 56,7 | 139 755 | 57,0 | 145 361 | 57,4 | 151 465 | 57,5 | 160 854 | 57,8 |
| Sociální pojištění ošetřování | 17 888 | 7,5 | 18 060 | 7,4 | 18 382 | 7,3 | 19 161 | 7,3 | 20 312 | 7,3 |
| Zákonné důchodové pojištění | 3 598 | 1,5 | 3 573 | 1,5 | 3 677 | 1,5 | 3 862 | 1,5 | 4 014 | 1,4 |
| Zákonné úrazové pojištění | 3 998 | 1,7 | 4 064 | 1,7 | 4 056 | 1,6 | 4 274 | 1,6 | 4 459 | 1,6 |
| Soukromé zdravotní pojištění | 22 023 | 9,2 | 22 476 | 9,2 | 23 452 | 9,3 | 24 896 | 9,5 | 25 957 | 9,3 |
| Zaměstnavatelé | 10 143 | 4,2 | 10 438 | 4,3 | 10 743 | 4,2 | 11 175 | 4,2 | 11 592 | 4,2 |
| Soukromé rozpočty, organizace | 32 627 | 13,6 | 33 836 | 13,8 | 34 651 | 13,7 | 35 338 | 13,4 | 37 504 | 13,5 |
| Celkem | 239 736 | 100 | 245 264 | 100 | 253 349 | 100 | 263 216 | 100 | 278 345 | 100 |

Zdroj: Statistisches Bundesamt Deutschland (18a, 18b)

Zákonně povinnými pojištěními jsou zákonné zdravotní pojištění (hradí kurativní a rehabilitační výkony při léčbě pracovních úrazů a nemoci z povolání), zákonné důchodové pojištění (hradí rehabilitační výkony) a sociální ošetrovatelské pojištění. (1)

4.2.1.3 Přímé platby obyvatel – regulační poplatky

Regulační poplatky jsou v Německu ukotveny především v § 61 a § 62 pátého svazku sociálního zákoníku. Regulačními poplatky se hradí služby hrazené ze zákonného zdravotního pojištění. Soukromé zdravotní pojištění většinou má hrazení příplatků jako součást nabízených tarifů.

Návštěva u lékaře je hrazena paušálním poplatkem ve výši 10 EUR za kalendářní čtvrtletí, ne za návštěvu. U specialisty se nehradí nic, pokud má pacient doporučení od lékaře. Všechny vybrané poplatky se musí přeposlat dané zdravotní pojišťovně pojištěnce. Za každý lék a materiál se platí 10 % z ceny, nejméně 5 EUR a nejvíce 10 EUR, ne však více než náklady na prostředek. Prostředky nejsou určeny lékárníkům, ale musí je opět poslat pojišťovně. Všechny doplatky za léky jsou započítány do hranice pro placení regulačních poplatků. Za každý den pobytu v nemocnici se platí 10 EUR, ale jenom do 28. dne. Nemocnice také musejí přeposlat poplatky pojišťovně. Ordinance a nemocnice pouze vyberou poplatky pro pojišťovny. (16)

Hranicí pro placení regulačních poplatků je podle § 62 2 % z hrubého příjmu, u chronicky nemocných 1 %. Poplatky platí každý starší 18-ti let. Pokud nemá vlastní příjem, má nárok na sociální podporu, ze které musí platit a to též do výše 2 %, pokud není chronicky nemocný. Za chronicky nemocného se považuje ten, kdo se nejméně jeden rok léčí ze stejné nemoci a nejméně jednou za čtvrt roku navštěvuje lékaře. Poplatky jsou u pojišťovny vyúčtovány na konci kalendářního roku. Pacient přinese do pojišťovny všechny stvrzenky, pokud má právo na vrácení peněz. Pojišťovna vše přepočítá a do 6 týdnů vrátí přeplatky na pacientův účet. (16)

4.2.2 Výdaje ve zdravotnictví v Německu

V tabulce č. 8 lze vidět, že průměrný výdaj na zdravotnictví přepočtený na HDP je více jak 10 % od roku 2000. Tato tabulka znázorňuje celkové výdaje ve zdravotnictví v Německu v roce 2000 – 2009. Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2009 dělaly přes 283 miliard EUR, což představovalo v tomtéž roce 11,6 % HDP. V roce 2001 byly výdaje na zdravotnictví menší v absolutní hodnotě, avšak jejich podíl v % z HDP vzrostl. V roce 2004 lze vidět opačný úkaz. Tempo růstu výdajů od roku 2006 nabírá na rychlosti, kdy rozdíl mezi nárůstem výdajů mezi lety 2007a 2008 byl 0,6 % a mezi roky 2008 a 2009 už 1,8 %.

Tabulka č. 8: Celkové výdaje na zdravotnictví v letech 2000 – 2009 v Německu

| Rok | Celkem výdaje v mil. EUR | V % z HDP | Nárůst výdajů v % | Meziroční míra růstu HDP v % |
|------|--------------------------|-----------|-------------------|------------------------------|
| 2000 | 221 147 | 10,3 | - | 3,2 |
| 2001 | 220 079 | 10,5 | -0,5 | - |
| 2002 | 227 991 | 10,7 | 3,6 | 0,0 |
| 2003 | 233 604 | 10,8 | 2,5 | -0,2 |
| 2004 | 233 828 | 10,6 | 0,1 | 1,2 |
| 2005 | 239 736 | 10,7 | 2,5 | 0,8 |
| 2006 | 245 264 | 10,6 | 2,3 | 3,4 |
| 2007 | 253 349 | 10,5 | 3,3 | 2,7 |
| 2008 | 263 216 | 10,7 | 3,9 | 1,0 |
| 2009 | 278 345 | 11,6 | 5,7 | -4,7 |

Zdroj: Statistisches Bundesamt Deutschland (18a, 18b,18c), ČSÚ (4d)

Tabulka č. 9 ukazuje vývoj výdajů na léky a ostatní zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby v poměru k celkovým výdajům v % ve vybraných letech do roku 2008 v Německu. Výdaje na léky se podílejí v průměru na celkových výdajích v průměru od roku 2000 více jak 14 %. Toto procento je celkem konstantní, kdy tempo změny výdajů na léky je nízké. Zajímavý je rok 2004 oproti ostatním létům,

kdy byl jak malý přírůstek celkových výdajů v %, tak byl i nízký podíl výdajů za léky na celkových výdajích. Sledovaný ukazatel byl v roce 1995 12,5 %, ale už v roce 2005 dělal 15,1 %, což je nárůst o 2,6 % za 10 let.

Tabulka č. 9: Výdaje na léky a ostatní zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby ve vybraných letech do r. 2008 v Německu.

| Rok | Podíl výdajů na léky a ostatní zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby na celkových výdajích (%) |
|------|---|
| 1995 | 12,8 |
| 2000 | 13,6 |
| 2003 | 14,4 |
| 2004 | 13,9 |
| 2005 | 15,1 |
| 2006 | 14,8 |
| 2007 | 15,1 |
| 2008 | 15,1 |

Zdroj: ČSÚ (4c)

4.3 Porovnání systémů zdravotnictví v České republice a Německu a vymezení hlavních odlišností

Česká republika i Německo jsou státy, jejichž zdravotnictví je převážně založeno na financování z veřejného zdravotního pojištění. To také znamená, že jejich systémy financování jsou založeny na solidaritě mezi zdravými a nemocnými. Oba státy jsou členy Evropské Unie, avšak v oblasti financí ve zdravotnictví jsou značné rozdíly.

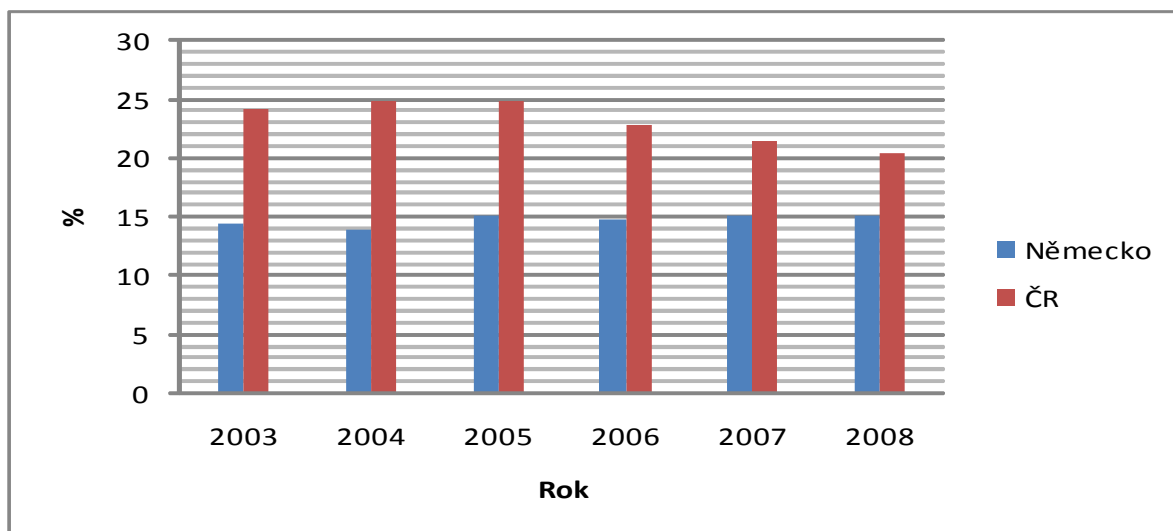
Výdaje za léky

Grafické znázornění podílu výdajů za léky a zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby na celkových výdajích v ČR a v Německu v letech 2003 – 2008 lze vidět v grafu č. 1. Výdaje na léky v poměru na celkových výdajích dělaly v roce 2008 v Německu 16,4 % a v ČR 20,4 %. V tomto grafu je vidět, že zatímco podíl výdajů na

léky na celkových výdajích v Německu je v podstatě konstantní, v ČR tento podíl má klesající tendenci.

Průměrné procento se mezi roky 2003 – 2008 pohybuje v Německu okolo 14,7 %, ale v ČR okolo 23 %. V ČR představuje více než jedna pětina celkových výdajů výdaje na léky. Tento podíl na celkových výdajích má v ČR od roku 2004 do roku 2008 spíše klesající tendenci a v Německu spíše rostoucí tendenci. Ve stejném zdroji, ze kterého jsou čerpány údaje pro graf č. 1, jsou také uvedeny výdaje za léky ve vybraných zemích Evropské unie. V ČR podíly výdajů za léky na celkových výdajích jsou v podobné těm v Estonsku, naopak Německo je v tomto ohledu podobné Finsku. Nejvíce výdaje na léky v poměru k celkovým výdajům má dle uvedených údajů v rámci Evropské unie Slovensko, v němž je průměr mezi léty 2004 – 2008 34,15 %.

Graf č. 1: Výdaje na léky v poměru k celkovým výdajům v ČR a Německu v letech 2003 – 2008.



Zdroj: ČSÚ (4c)

Poplatky ve zdravotnictví

Hranice pro placení poplatků je v ČR stanovena absolutní částkou 5 000 Kč (pro lidi starší 65. let a děti do 18 let 2500), přičemž do této hranice nejsou započteny všechny doplatky za léky. V Německu je hranice dána procentuální částkou 2 % z hrubého příjmu (1 % u chronicky nemocných). Poplatky v ČR zůstávají tomu, kdo je

vybere, v Německu se přeposílají příslušným zdravotním pojišťovnám a jdou na podporu zdravotnictví.

Poplatky za nemocnici za den jsou stanoveny v Německu ve výši 10 EUR do 28. dne a v ČR 90 Kč (cca 3,7 EUR při kurzu 24,50 CZK/EUR ze dne 11. dubna 2011). U lékaře se platí v Německu 10 EUR za čtvrt roku a u specialisty s doporučením se neplatí nic. V ČR se platí 30 Kč za každou návštěvu u lékaře s určitými výjimkami. Za léky se platí v Německu 10 % z ceny léku, nejméně však 5 EUR a nejvíce 10 EUR. V ČR se platí za každý lék 30 Kč, s tím, že pokud je nějaký doplatek na lék, tak se tento doplatek sníží o poplatek, tak, aby bylo uhrazeno nejméně 30 Kč.

Gatekeeper

V Německu je státními zdravotními pojišťovnami nabízen tarif se službou Gatekeepera. Systém založený na gatekeeperovi funguje tak, že pokud chce člověk jít ke specialistovi, musí nejprve mít doporučení od všeobecného lékaře, který lépe dokáže posoudit potřebu specializované péče a jehož služby jsou levnější (10). V ČR není vždy potřeba mít ke specialistovi doporučení.

Efektivnost

Vyjádřit efektivnost vložených prostředků do zdravotnictví je obtížné. Nelze objektivně měřit výsledky zdravotní péče a otázkou také je, k jakým standardům tyto výsledky vztáhnout. Mezi nejčastější indikátory výsledků péče o zdraví občanů patří: počet či procento dnů pracovní neschopnosti z celkového počtu pracovních dnů, střední délka života, úmrtnost v podrobnějším členění, počet ztracených roků v důsledku trvalé pracovní neschopnosti nebo smrti před 65. rokem života aj. (14)

Například podle tabulky č. 10, která vykazuje počet zemřelých podle příčin smrti a pohlaví na 100 000 obyvatel v roce 1995 a 2008, je vidět, že v Německu (SRN) bylo v roce 2008 méně úmrtnosti ve všech třech druzích nemocí jak u mužů, tak i u žen. Například na oběhový systém umřelo v roce 2008 v ČR 292 žen ze sto tisíc obyvatel, ale v Německu byl tento počet u žen jen 186. Dokonce i v roce 1995 bylo v těchto oblastech v Německu menší úmrtnost než v ČR, kdy na oběhový

system zemřelo 456 žen ze sto tisíc obyvatel, ale v Německu jen 282 žen. Avšak nelze říci, že tuto úmrtnost zavinily neefektivně vložené prostředky, ale může to být jedna z příčin.

Tabulka č. 10: Zemřelí podle příčin smrti a pohlaví na 100 000 obyvatel

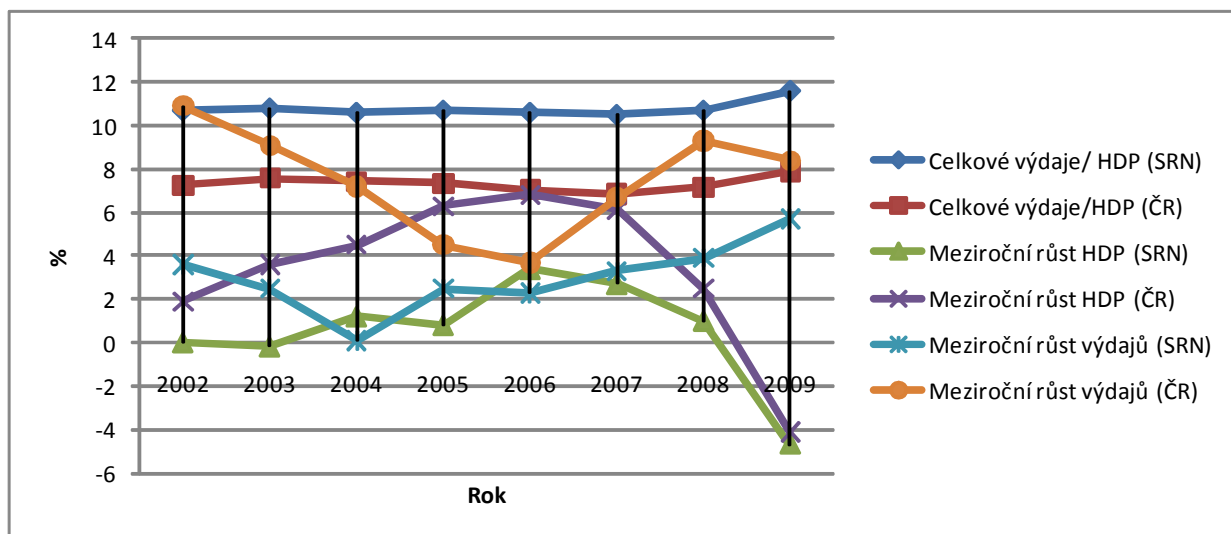
| Země | Oběhový systém | | Ischemické choroby srdeční | | Cévní nemoci mozku | | Oběhový systém | | Ischemické choroby srdeční | | Cévní nemoci mozku | |
|------|----------------|-------|----------------------------|-------|--------------------|-------|----------------|-------|----------------------------|-------|--------------------|------|
| | 1995 | | | | | | 2008 | | | | | |
| | ženy | muži | ženy | muži | ženy | muži | ženy | muži | ženy | muži | ženy | muži |
| ČR | 455,9 | 710,5 | 192,3 | 356,4 | 135,1 | 177,0 | 292,4 | 437,5 | 137,4 | 227,5 | 70,8 | 86,6 |
| SRN | 281,5 | 442,7 | 109,3 | 216,6 | 71,6 | 90,5 | 186,3 | 263,6 | 61,8 | 117,4 | 35,8 | 41,6 |

Zdroj: ČSÚ (4e)

Celkové výdaje na zdravotnictví a výdaje na obyvatele

Celkové výdaje na zdravotnictví v letech 2001 – 2009 v ČR a Německu mají společné to, že celkové výdaje často rostou rychleji než HDP v daných zemích a absolutní hodnota výdajů se od roku 2001 zvyšuje. Zatímco se ale procentní přírůstek výdajů v Německu pohybuje okolo 2 – 3 %, v ČR náklady přirůstají v průměru ročně o 7 – 8 %. Avšak meziroční přírůstek HDP v % je zpravidla větší v ČR než v Německu. Celkové výdaje byly v roce 2009 v Německu 11,6 % z HDP a v ČR 7,9 %. Graficky tyto údaje znázorňuje graf č. 2, kde lze vidět vývoj celkových výdajů ve zdravotnictví ku HDP, meziročního přírůstku HDP a meziročního růstu celkových výdajů v Česku a Německu v letech 2002 - 2009.

Graf č. 2: Celkové výdaje ve zdravotnictví v poměru k HDP, míra růstu HDP a tempo růstu výdajů v ČR a v Německu v letech 2002 – 2009.



Zdroj: Statistisches Bundesamt Deutschland (18a, 18b), ČSÚ (4a, 4d), Ústav zdravotnických informací a statistiky (21c)

Nelze však říci, že by tento podíl byl v ČR výhodou. Průměrný výdaj na osobu v eurech v paritě kupní síly byl v roce 2008 v Evropské unii 2 192 EUR, v Německu 3 208 EUR, ale v ČR jen 1 528 EUR. Výdaj na osobu je tedy v ČR o polovinu menší než v Německu a o 30 % menší než průměrně v Evropské unii. Když nejsou zdroje, není možný rozvoj. Dá se říci, že české zdravotnictví je v rámci EU podfinancované. (21d)

Závěr

Zdravotnictví je ve všech vyspělých státech velice diskutovanou oblastí financování. Na světě totiž neexistuje stát, který by alespoň částečně neovlivňoval financování zdravotnictví. Cílem této práce bylo zaměřit se na systémy financování zdravotnictví v České republice a Německu a porovnat je. První kapitola této práce je věnována úvodu do zdravotnictví ve světovém kontextu. Druhá kapitola je zaměřena na teoretickou stránku financování zdravotnictví a třetí na metody zpracování bakalářské práce. Praktické části je věnována kapitola čtyři, kde jsou popsány systémy financování zdravotnictví v ČR, Německu a v závěru této kapitoly jsou porovnány rozdíly v těchto systémech. Informace byly získávány především na základě studia příslušných zákonů, odborné literatury a internetových portálů statistických úřadů.

V Německu i České republice je zdravotnictví financováno z více zdrojů především z veřejného zdravotního pojištění (více než 50 %). V České republice kryl tento zdroj v roce 2009 76,3 % výdajů, V Německu byl tento podíl 57,8 %. V České republice jsou dalším zdrojem finance z veřejných rozpočtů (r. 2009 7,3 %) a přímé platby obyvatel (r. 2009 16,4 %). V Německu je dalším důležitým zdrojem soukromé zdravotní pojištění, které hradilo v roce 2009 9,3 % z celkových výdajů. V České republice stoupá význam soukromých výdajů na zdravotnictví a zároveň klesá podíl výdajů hrazených z veřejných rozpočtů. V Německu také pomalu klesá podíl výdajů hrazených z veřejných rozpočtů (r. 2009 4,9 %) a zároveň roste podíl výdajů hrazených veřejným zdravotním pojištěním. V Německu se na úhradě zdravotních služeb podílejí i další tři zákonná pojištění (r. 2009 celkem 10,3 %), zaměstnavatelé (r. 2009 4,2 %) a soukromé úhrady (r. 2009 13,5 %). V České republice je každý občan hradit zákonné zdravotní pojištění podle pravidel stanovených v Zákoně o veřejném zdravotním pojištění a Zákoně o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. V Německu si můžou občané zvolit po dosažení hranice povinnosti platit zákonné zdravotní pojištění mezi dobrovolným členstvím v zákonném zdravotním pojištění nebo pojištěním u soukromých zdravotních pojišťoven. V německém veřejném zdravotním pojištění je možné zdarma připojistit rodinnou osobu. V Německu je

zákonné zdravotní pojištění ukotveno v páté knize sociálního zákoníku. Pojistné je v obou zemích přerozdělováno přes zákonem stanovený fond.

Výdaje ve zdravotnictví v ČR i Německu stoupají a jejich meziroční přírůstek převyšuje přírůstek HDP. Růst výdajů je ovšem přirozený proces, neboť technologie ve zdravotnictví jsou stále dokonalejší, ale také nákladnější. Také v dnešní době už dokážeme vyléčit dříve nevléčitelné nemoci, což má mimo jiné za následek zvyšování průměrného věku dožití. To vše vyvolává potřebu po větším množství finančních prostředků. Nelze tedy říci, jaké procento z HDP je ideální obětovat na zdravotnictví. Výdaje na zdravotnictví přepočtené na HDP zabíraly v roce 2009 v ČR 7,9 % a v Německu 11,6 %. Zdálo by se, že nižší podíl je výhodou, ale není tomu tak. Ve srovnání se zeměmi EU je zdravotnictví v ČR podfinancováno. Dokazují to výdaje na zdravotní péči na osobu. Průměrný výdaj na osobu v roce 2008 v Evropské unii v paritě kupní síly byl 2 192 EUR, v Německu 3 208 EUR, ale v ČR jen 1 528 EUR. V Německu výdaje na zdravotnictví na obyvatele tedy dělají o polovinu více než v České republice.

Je nutné hledat další zdroje financování českého zdravotnictví. Kde získat finance pro hrazení výdajů spojených se zdravotní péčí, je ale těžká otázka. Jednou z možností by bylo zavedení povinnosti platit zdravotní pojištění z dohody o provedení práce. Je to dohoda, která se sepisuje, pokud vykonaná práce netrvá více než 150 hodin ročně u jednoho zaměstnavatele. Další možností by bylo zvednutí vyměřovacího základu pro OSVČ na 60 % z rozdílu mezi příjmy a výdaji.

Mezi oblastmi, ve kterých se obě země rozcházejí, patří i způsob stanovení hranice pro vybírání poplatků za zdravotní péči hrazenou přímo od pacientů a jejich přesun. Aby byl systém zdravotnictví v České republice více sociálně spravedlivý, měla by se změnit hranice pro placení poplatku z absolutní částky na částku procentuální z hrubého příjmu. V Německu tato hranice je stanovena jako 1 % z hrubého příjmu pro chronicky nemocné a 2 % pro všechny ostatní. Každý by měl totiž přispívat tolik, kolik může. Vyúčtování v pojišťovnách by bylo lepší dělat až po kalendářním roce s tím, že by pacient jako v Německu předložil všechny stvrzenky a na základě nich by došlo k vyúčtování. V České republice je systém prozatím takový, že hranice pro placení poplatků a doplatků je stanovena na 5 000 Kč ročně (2500 Kč

pro děti pod 18 let a lidi nad 65 let) a vyúčtování provádějí samy pojišťovny každý čtvrt rok na základě podkladů od poskytovatelů zdravotní péče. Dále by měly být přeposílány poplatky zdravotním pojišťovnám, aby šly na podporu zdravotnictví, nikoliv aby zůstávaly vybírajícím zařízením.

V českém zdravotnictví je několik problémů, které bude potřeba do budoucna řešit tak, aby byl systém více sociálně spravedlivý a zároveň zajišťoval dostatečné zdroje na pokrytí výdajů do zdravotnictví.

5 Použitá literatura

- (1) BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vydání. Praha, Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.
- (2) BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ. *Sozialgesetzbuch: Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung. Poslední úpravy 11. dubna 2011*. Dostupné na WWW: <http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/>.
- (3) BUSINESSCENTER.CZ
 - (3a) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupný na WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>>.
 - (3b) Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupný na WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp-pojistne/>>.
- (4) ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD.
 - (4a) Hlavní makroekonomické údaje (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/home>>.
 - (4b) Náklady a výnosy fondů zdravotních pojišťoven (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/9502-10>>.
 - (4c) Výdaje na léky a ostatní zboží krátkodobé spotřeby (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/00002AB1E5/\\$File/1607100711.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/00002AB1E5/$File/1607100711.pdf)>.
 - (4d) Meziroční míra růstu HDP (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/00002AB1F0/\\$File/1607100803.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/00002AB1F0/$File/1607100803.pdf)>.
 - (4e) Zemřelí podle příčin smrti a pohlaví, standardizovaná míra smrtnosti. (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/00002AB25F/\\$File/16071007181.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/00002AB25F/$File/16071007181.pdf)>.
- (5) DUBEN, R. *Ekonomie veřejného sektoru*. 1. vydání. Praha, VŠE, 2000. ISBN 80-245-0049-3.
- (6) DUBEN, R. *Ekonomika veřejného sektoru I.: Některé oblasti působnosti veřejného sektoru*. 1. vydání. Praha, VŠE, 2001. ISBN 80-245-0159-7.

- (7) HAMERNÍKOVÁ, B. Veřejné finance: metodická příručka, vzorové otázky a příklady. 1. vydání. Praha, Ediční oddělení VŠE Praha, 1998. ISBN 80 – 7079 – 644 – 8.
- (8) EURO-INFORMATIONEN. Gesundheitsfonds: Unabhängige Informationen zum Gesundheitsfonds (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupný na WWW: <<http://www.der-gesundheitsfonds.de/>>.
- (9) JÍLEK, M. Veřejné finance. 2. vydání. České Budějovice, JČU v ČB, 2002. ISBN 80- 7040-533-3.
- (10) MÁTL, O. Německé zdravotnictví (online). Zdraví a zdravotnictví. 2009. Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=9116>>.
- (11) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008 (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/obsah/navod-na-pouziti-ceskeho-zdravotnictvi_1533_1.html>.
- (12) NAHODIL, F. Ekonomika veřejného sektoru. 2. vydání. Praha, Vysoká škola finanční a správní, 2006. ISBN 80-86754-05-7.
- (13) NĚMEC, J. České zdravotnictví v uplynulých devíti letech (online). 2001. Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <www.lipa.cz/case_lipa_X_nemec.doc>.
- (14) PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M. Veřejná správa a finance veřejného sektoru. 3. vydání. Praha, ASPI a. s., 2008. ISBN 978 – 80- 7357-351-5.
- (15) REKTORŮK, J. Ekonomika veřejného sektoru. 1. vydání. Brno, Masarykova univerzita v Brně, 2005. ISBN 80-210-3330-4.
- (16) ROZSÍVAL, T. Poplatky ve zdravotnictví v Česku a v Německu: srovnání 2008 (online). Britské listy. 2009. Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <<http://blisty.cz/art/44945.html>>.
- (17) SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN ČR. Pojišťovny (online). Poslední úpravy 11. dubna. Dostupné na WWW. <<http://www.szpcr.cz/index.php?c=pojistovny>>.
- (18) STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND.
 - (18a) Statistická ročenka 2010 (online). Poslední úpravy 11. dubna 2010. Dostupné na WWW: <<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/SharedContent/Oeffentlich/B3/Publikation/Jahrbuch/Gesundheit,property=file.pdf>>.

- (18b) Výdaje do zdravotnictví podle zdrojů financování (online). Poslední úpravy 11. dubna 2010. Dostupné na WWW: <<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigati on/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.psml>>.
 - (18c) Vývoj výdajů na zdravotnictví na HDP (online). Poslední úpravy dne 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Grafiken/Gesundheit/Diagramme/AnteilBIP,templateId=renderPrint.psml>>.
- (19) SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE.
- (19a) Financování zdravotnických systémů: cesta k univerzálnímu přístupu (online). Kancelář WHO v ČR. 2010. Poslední úpravy 1. dubna 2011. Dostupné na WWW: <<http://www.who.cz/PDF/World%20Health%20Report%200financovani.pdf>>.
 - (19b) Základní informace (online). Poslední úpravy 23. listopadu 2010. Dostupné na WWW: <<http://www.who.cz./zaklinf.html>>.
- (20) GESETZLICHEKRANKENKASSEN.DE. Das System der gesetzlichen Krankenversicherung (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <<http://www.gesetzlichekrankenkassen.de/system/system.html>>.
- (21) ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR.
- (21a) Celkové výdaje na zdravotnictví 2005-2009 (online). Poslední úpravy 11. dubna 2010. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-zdravotnictvi-2005-2009>>.
 - (21b) Zdravotní pojišťovny: náklady na segmenty zdravotní péče (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotni-pojistovny-naklady-segmenty-zdravotni-pece-4>>.
 - (21c) Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2009 (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-soucast-narodni-ekonomiky-2009>>.
 - (21d) Zpráva OECD a Evropské komise o zdraví v Evropě (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/zprava-oecd-evropske-komise-zdravi-evrope>>.
- (22) 25VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. Přerozdělování pojistného (online). Poslední úpravy 11. dubna 2011. Dostupné na WWW: <<http://www.vzp.cz/platci/povinnosti-platcu-pojisteni/metodika/stat/prerozdelovani-pojistneho>>.