

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství 3.LF UK



Julie Neumannová

**Zdravotní systém v České republice a jeho
srovnání s vybranými zeměmi**
*Health-care system in the Czech Republic and it's
comparison with other countries*

Bakalářská práce

Praha, květen 2020

Autor práce: Julie Neumannová

Studijní program: Veřejné zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Janečková, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 25.6.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne :

Julie Neumannová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Haně Janečkové Ph.D. za cenné rady, vstřícný přístup a odborné vedení mé bakalářské práce. Děkuji také své rodině a blízkým, kteří měli pochopení a podporovali mě při tvorbě této práce.

Obsah

1.	ÚVOD	6
2.	CÍL A METODIKA PRÁCE	8
3.	VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ	10
3.1.	ZDRAVOTNÍ POLITIKA JAKO SOUČÁST SOCIÁLNÍ POLITIKY	11
3.1.1.	Společenské hodnoty	11
3.2.	ZDRAVOTNÍ POLITIKA, DEFINICE	12
4.	ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM	13
4.1.	ZDRAVOTNICTVÍ JAKO SYSTÉM, ZDROJE, FINANCOVÁNÍ	13
4.1.1.	Zdroje ve zdravotnictví	13
4.1.2.	Financování zdravotnických služeb	14
4.2.	CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ, FORMY A MODELY ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ	15
4.2.1.	Formy a modely zdravotnických systémů	16
5.	HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU OBYVATELSTVA	19
5.1.	DETERMINANTY ZDRAVÍ	19
5.2.	INDIKÁTORY ZDRAVOTNÍHO STAVU	20
6.	SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	22
6.1.	VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ	22
6.1.1.	Legislativní ustanovení v oblasti péče o zdraví	23
7.	ZDRAVOTNÍ STAV OBYVATELSTVA V ČR	25
7.1.	DEMOGRAFICKÝ PŘEHLED	25
7.1.1.	Střední délka života	25
7.2.	ZDRAVOTNÍ STAV OBYVATELSTVA	26
7.3.	EKONOMICKÉ UKAZATELE	27
7.4.	MEZINÁRODNÍ SROVNÁNÍ DEMOGRAFICKÝCH UKAZATELŮ	28
8.	ZDRAVOTNÍ SYSTÉMY VE VYBRANÝCH ZEMÍCH	30
8.1.	ZDRAVOTNÍ SYSTÉM V NĚMECKU	30
8.1.1.	Demografické údaje Německa	31
8.2.	ZDRAVOTNÍ SYSTÉM V NORSKU	31
8.2.1.	Demografické údaje Norska	32
8.3.	ZDRAVOTNÍ SYSTÉM V USA	33
8.3.1.	Organizace zdravotnictví v USA	33
8.3.2.	Demografické údaje USA	34
9.	PRAKTICKÁ ČÁST	35
9.1.	SROVNÁNÍ ČESKÉ REPUBLIKY S JINÝMI VYBRANÝMI STÁTY	35
9.2.	SROVNÁNÍ VÝDAJŮ NA ZDRAVOTNICTVÍ	37
9.3.	SROVNÁNÍ STŘEDNÍ DÉLKY ŽIVOTA	38
9.4.	SROVNÁNÍ PŘÍČIN ÚMRTNOSTI	41
9.5.	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ KOMPARACE VYBRANÝCH ZEMÍ	45
9.6.	ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ ZAHRANIČNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ A SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR	46
10.	ZÁVĚR	48

1. ÚVOD

„Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím.“ Arthur Schopenhauer

Citát od německého filozofa Arthura Schopenhauera z 19. století se dá považovat za nadčasový, jelikož zdraví člověka je považováno od pradávna až po současnost za jednu z nejdůležitějších lidských hodnot. V širokém pojetí je zdraví člověka nejen jeho individuální odpovědností, ale je ovlivněno celkovou úrovní péče o zdraví obyvatelstva daného státu, jeho zdravotní politikou, podporou zdravého životního stylu a vytváření zdravých životních podmínek.

Zdravotnictví je část společenského systému, který zajišťuje péči o zdraví obyvatelstva. Zahrnuje odborné instituce, jejichž účelem je naplňování práva občanů na dostupnou zdravotní péči, tedy poskytování zdravotních služeb ve standardní kvalitě, jejich financování a rozvoj. Péče o zdraví obyvatelstva přesahuje tento resort a vyžaduje celospolečenský, mezioborový přístup. Zdravotní stav obyvatelstva dané země je však výsledkem celé řady faktorů – determinant zdraví – které přesahují hranice jednoho resortu. Odráží mimo jiné i hospodářsko-ekonomickou strukturu země a celospolečenské priority, k nimž patří i zdraví jednotlivců i zdraví celé populace. Názorným příkladem je současná situace s pandemií Covid 19.

Cílem zdravotní politiky každého státu je v co nejvyšší možné míře podporovat lidské zdraví a zajistit dobré fungování zdravotnického systému, který zajišťuje zdravotní péči, ale i dalších resortů, jejichž aktivity se promítají do zdraví populace. Definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1946 zní: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady.“ Je tedy jasné, že problematika týkající se zdraví člověka je v současné době velmi diskutovaným tématem a za určitých okolností může dominovat celému veřejnému diskurzu, jak jsme to mohli vnímat v době pandemie Covid 19.

System péče o zdraví zahrnuje všechny aktivity společnosti spočívající v prevenci a léčbě nemocí, zachování a rozvoji fyzické a duševní zdatnosti, pracovní schopnosti, prodloužení života a zabezpečení zdravého vývoje nových generací.¹ Založení systémů péče o zdraví bylo dáno úsilím o potlačení příčin nemocnosti a úmrtnosti a také snahou o dostupnost zdravotní péče pro různé skupiny obyvatelstva. Na těchto podkladech byla založena zdravotní politika jednotlivých států a byly postaveny základy pro vybudování zdravotnických systémů. I když východiska všech zdravotnických systémů jsou podobná, setkáváme se s různými modifikacemi.²

¹ PUSTELNÍK, Karel a Darja JAROŠOVÁ. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2003. ISBN 80-7042-346-3

² DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-340-0

2. CÍL A METODIKA PRÁCE

Cílem této bakalářské práce je popsat vývoj a současnou situaci zdravotnického systému České republiky a provést analýzu srovnání s několika vybranými státy, jako je Německo, Norsko a Spojené státy americké. Komparace bude vycházet z prostudované literatury, ověřených oficiálních webových stránek a dat z databáze Eurostat a OECD.

Důvodem volby právě těchto zemí byla odlišnost organizace a fungování jejich zdravotnických systémů.

Hlavním cílem je provést srovnání zdravotnických systémů spočívající v jejich hlavních znacích, formulovat jejich klady a zápory a zhodnotit aktuální situaci z hlediska demografických faktorů, jako jsou střední délka života a příčiny úmrtnosti. Předmětem zájmu této bakalářské práce je na základě zjištěných skutečností navrhnout možná východiska ke zlepšení českého zdravotnického systému.

Co se týče metodiky, bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části, teoretická a praktická část. V teoretické části jsou za pomoci prostudované literatury vybrané nejdůležitější informace, týkající se zdravotnických systémů ve vybraných zemích a tyto informace jsou následně využity v praktické části k analýze a porovnání sledovaných systémů zdravotní péče.

V části teoretické se zaměřuji na vysvětlení základních pojmů důležitých k porozumění a dalšímu zpracování práce, jako je například veřejné zdravotnictví, zdravotní politika apod. Dále jde o popis základních rysů zdravotnických systémů, jako je Bismarckovský model, Beveridgeův model, Semaškův model a Liberální neboli tržní model, aby bylo jasné v čem spočívají hlavní rozdíly těchto modelů, na kterých jsou založeny současné zdravotnické systémy. V práci dále popisuji determinanty a indikátory zdraví, které jsou nezbytné ke sledování a hodnocení zdravotního stavu populace.

Praktická část je z části zakomponována už do části teoretické, kde charakterizují zdravotní systémy jednotlivých zemí. Pro přehlednost a následnou jednodušší analýzu uvádím demografické údaje ke každé zemi zvlášť. Dále pokračuji komparací vybraných zemí z hlediska výdajů na zdravotnictví, celkových

i převedených na HDP. Dále jsem si ke komparaci vybrala demografický ukazatel střední délky života, který dále srovnávám i mezi pohlavím. Následuje srovnání vybraných příčin úmrtnosti, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, zhoubné nádory tlustého střeva a konečníku a zhoubné nádory plic. Příčiny úmrtnosti jsou rozděleny na celkový počet úmrtí a pro lepší přehlednost v rámci srovnání i na přepočet úmrtí na 100 000 obyvatel za rok 2016 (ČR i za rok 2017).

3. VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ

Organizace, řízení, studium a tvorba zdravotnických systémů je nedílnou součástí oboru zvaného Veřejné zdravotnictví z anglického označení Public Health. Oficiální definice dle Světové zdravotnické organizace (WHO) zní: „Veřejné zdravotnictví je věda a umění týkající se toho, jak lze organizovaným úsilím společnosti prodlužovat život, předcházet chorobám a podporovat zdraví obyvatelstva.”³ Veřejné zdravotnictví je multidisciplinární obor zahrnující celou škálu společenských aktivit vedoucí k podpoře, ochraně a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Využívá poznatky z mnoha věd, zejména se jedná o medicínské, jako je epidemiologie, hygiena, sociální medicína, pracovní lékařství a jiné. Studuje nejen zdravotní, ale i socioekonomické podmínky života obyvatelstva v dané zemi. Cílem je identifikace, mnohdy i odhadnutí, společenských faktorů, označovaných jako determinanty zdraví, které zdraví populace nejvíce ohrožují a přenést tyto poznatky do zdravotní politiky státu. Okruh bádání, ale i odpovědnosti veřejného zdravotnictví je tedy velmi široký, zasahuje nad rámec zdravotnictví, jelikož se dotýká nejen zdravotní, ale také veřejné politiky. V porovnání s lékařstvím, kde je předmětem zájmu jednotlivce a konkrétní poruchy lidského organismu, je v kompetenci veřejného zdravotnictví zdraví celé společnosti.

Zdravotnické systémy jsou tedy jen zlomkem toho, čím se veřejné zdravotnictví zabývá. I přes to jsou ale jedním z nejdůležitějších aspektů zdravotnictví a v současné době jsou velmi diskutovaným politickým i odborným tématem.⁴

³ <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services> (Acheson 1988)

⁴ HNILICOVÁ, Helena, *Úvod do studia zdravotnických systémů*, 2009 (pdf)

3.1. Zdravotní politika jako součást sociální politiky

3.1.1. Společenské hodnoty

Zdravotní systémy ve světě jsou velmi rozmanité a odrážejí odlišné společenské volby. Navzdory rozdílům v organizaci a financování jsou však postaveny na společných hodnotách. V roce 2006 se shodla Rada ministrů zdravotnictví EU na těchto hodnotách: všeobecnost přístupu ke kvalitní zdravotní péči, spravedlnost a solidarita.⁵

Spravedlnost je základním prvkem správného fungování mezilidských vztahů na individuální i na společenské rovině. V Evropě a severní Americe je možno sledovat dva základní typy spravedlnosti v oblasti zdravotní péče: libertarianismus, jehož základ stojí na svobodě jednotlivce a volném trhu a egalitarianismus, který naopak podporuje rovnostářský přístup. Princip obou přístupů je velmi protichůdný a z tohoto důvodu je nelze propojit. Rozdílnost je zejména v názoru na poměr odpovědnosti státu a odpovědnosti jednotlivce. V Evropě a Kanadě jsou více podporovány rovnostářské teorie, tudíž jsou zdravotnické systémy solidární, kde důležitou roli hraje stát, obsahují jen některé liberální prvky, a to v různé míře. V praxi se to projevuje hrazením zdravotnické péče z daní občanů nebo z povinného zdravotního pojištění. Ve Spojených státech amerických je naopak více podporován liberalismus, svoboda a odpovědnost jedince, než zabezpečení sociálně slabých či znevýhodněných skupin obyvatelstva. V USA, kromě základních programů, není zdravotnická péče garantována státem.

Synonymum pro solidaritu je vzájemná podpora, soudružnost. Kvůli neustále se zvyšujícím ekonomickým nákladům se dá solidarita rozdělit na intergenerační, tzn. mezi generacemi a intragenerační, uvnitř každé generace. V České republice se uplatňuje intergenerační solidarita a egalitářský přístup ke zdravotní péči, tzn. solidarita mezi občany výdělečně činnými s těmi nevýdělečnými, jako jsou například studenti, důchodci a nezaměstnaní. Dle tohoto přístupu by každý občan měl přispívat do systému zdravotního pojištění a dostávat tolik péče, kolik

⁵ Úřední věstník EU – Závěry Rady o společných hodnotách a zásadách ve zdravotních systémech Evropské Unie, 2006
<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:CS:PDF>

potřebuje. Důrazem na solidaritu, všeobecnou dostupnost a rovnost péče pro všechny občany se zdravotní politika stává součástí celkové sociální politiky moderních států, a to zejména prostřednictvím uplatněním principů solidárního pojištění v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

V „užším slova smyslu“ je sociální politika vnímána jako soubor aktivit, nástrojů a opatření, jejichž smyslem je reakce na nepříznivé sociální události, jako jsou stáří, nemoc, invalidita nebo i nezaměstnanost a chudoba. V praxi jde tedy o systém sociálních dávek, zdravotního a sociálního pojištění. Cílem sociální politiky je tedy vytváření důstojných podmínek života všem občanům nebo alespoň jejich většině.⁶

3.2. Zdravotní politika, definice

Setkáváme se s mnoha definicemi zdravotní politiky. Podle Holčíka je zdravotní politika projevem výrazného zájmu o zdraví občanů a jeho odpovědnosti za zdraví společnosti. Hlavním cílem je tvořit a rozvíjet příznivé podmínky, aby lidé mohli žít zdravě. Zdravotní politika také může být definována jako činnost, která má za svůj hlavní cíl chránit, posilovat a zlepšovat zdraví populace. Správnost fungování zdravotní politiky závisí na mnoha faktorech a měla by korespondovat s výše zmíněnými hodnotami ve prospěch zdraví občanů.⁷ Zdravotní politika pracuje s následujícími nástroji:

- Legislativa – právní dokumenty, zákony a vyhlášky
- Financování zdravotní péče
- Rozvoj sítě zdravotnických zařízení
- Edukace nového zdravotnického personálu
- Sběr dat a informací
- Podpora výzkumu a vědy
- Regulace a kontrola lékové politiky⁸

⁶ IVANOVÁ, Kateřina. *Sociální lékařství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5326-2

⁷ HOLČÍK, Jan, Pavlína KAŇOVÁ a Lukáš PRUDIL. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Vydání druhé upravené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015. ISBN 978-80-7013-575-4

⁸ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9

4. ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM

4.1. Zdravotnictví jako systém, zdroje, financování

Systém je komplex na sobě závislých prvků, které tvoří funkční jednotku se svým okolím a vyznačuje se značnou mírou autoregulace. Systém zahrnuje i jeho okolí, které do něho přímo nepatří, jehož vlastnosti však fungování systému výrazně ovlivňují. Chování systému, jeho fungování, ovlivňuje rovněž chování jeho jednotlivých částí. Systém charakterizuje jeho struktura, která je výsledkem zdrojů, procesů, výstupů a zpětných vazeb.⁹

4.1.1. Zdroje ve zdravotnictví

Zdroje zdravotnictví jsou finance, technika, zdravotnický materiál a další zboží, zdravotnická zařízení a budovy, zdravotnický personál a informace. Preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, pečovatelské a paliativní zdravotnické služby představují činnosti a k výstupům řadíme změny nemocnosti a úmrtnosti, střední délku života apod.

Peníze jsou univerzálním zdrojem, za které lze koupit další potřebné vstupy do zdravotnictví. Překážkou není jen nedostatek financí, ale také poměrně dlouhá doba potřebná k výchově nových zdravotnických pracovníků. Důležitá je i výstavba nových zdravotnických zařízení, která bývá velmi nákladná. Tyto překážky se dají překonat plánováním do budoucnosti, a to vždy s ohledem na provázanost a priority celého systému péče o zdraví. Vhodná struktura využití zdrojů ve výsledku zajistí dobré fungování systému jako celku. Celková zdravotní situace, zdraví lidí obecně, lze rovněž považovat za jeden ze zdrojů.

Nárůst výdajů na zdravotnictví pocítují všechny země. Mezi nejvýraznější důvody patří zejména zvýšené požadavky na zdravotní péči, demografické stárnutí obyvatelstva, epidemiologická situace, rozvoj technologie a lékařských věd.¹⁰

⁹ HOLČÍK, Jan, Pavlína KAŇOVÁ a Lukáš PRUDIL. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Vydání druhé upravené. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015. ISBN 978-80-7013-575-4

¹⁰ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9

4.1.2. Financování zdravotnických služeb

Financování zdravotnictví se dá rozdělit na zdroje finančních prostředků a na mechanismy úhrady poskytovatelům zdravotnické péče.

Zdroje finančních prostředků pro zdravotnictví jsou:

- Státní rozpočet (např. Národní zdravotní služba ve Velké Británii, státní investice do zdravotnictví – např. na výstavbu nemocnice)
- Veřejné zdravotní pojištění
- Soukromé pojištění
- Zaměstnavatelé (úhrady zaměstnavatelů za zdravotní péči o zaměstnance nebo zaměstnanecké pojištění)
- Lokální zdroje (příspěvky krajů a obcí na zdravotní péči)
- Jiné

Mechanismy úhrady pro poskytovatele zdravotní péče lze rozdělit do pěti skupin:

- Systém DRG (Diagnosis Related Group)
- Platba za ošetřovací den
- Kapitace
- Platba za výkon
- Přímá platba

Každý způsob má své pro a proti. Ideálním případem by byla kombinace všech typů zároveň, ale to z praktického hlediska zatím není možné.^{11 12}

¹¹ IVANOVÁ, Kateřina. *Sociální lékařství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5326-2

¹² GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 2003. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8

4.2. Charakteristika zdravotnických systémů, formy a modely zdravotnických systémů

Zdravotnickým systémem rozumíme subsystém péče o zdraví, který je tvořen sítí zdravotnických služeb a jejich financováním. Výrazně je ovlivňován okolím, hlavně politickými a ekonomickými faktory. Řeší vztahy moderní medicíny s jejími technologiemi mezi omezeným financováním zdravotnictví. Zdravotní péče v evropských zemích je směřována zejména k dostupnosti zdravotních služeb pro všechny (například organizací WHO a její programy). Zdravotnický systém významně ovlivňují politické a ekonomické zájmy. (Viz kapitola: *Zdravotní politika jako součást sociální politiky*)

Jelikož zdravotní služby tvoří komplexní systém, je pro jeho správné fungování nutná vysoká míra předvídatelnosti a vnitřního řádu, ale zároveň také jistá míra adaptability, protože se podmínky fungování neustále vyvíjejí a mění. Zdravotnictví má tedy jisté znaky uzavřených, ale také i otevřených systémů.¹³

Zdravotnické systémy – stejně jako celý systém péče o zdraví – mají centrální úlohu v současné moderní společnosti v napomáhání, udržování a zlepšování lidského zdraví. Tyto systémy by měly být schopny přidat více let lidskému životu, ale také více života do prožitých let, to znamená zlepšit zdravotní stav jak po stránce kvantity, tak po stránce kvality.

V posledním desetiletí čelily evropské zdravotnické systémy rostoucím společným výzvám, jako je například nedostatek a nerovnoměrné rozdělení zdravotnických pracovníků, zdravotní nerovnosti a nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči, stárnutí populace spojené s nárůstem chronických chorob a multimorbiditou u seniorů vedoucí k rostoucí poptávce po zdravotní péči s následkem zvýšení nákladů na zdravotní péči. Současné trendy ovlivňují vývoj zdravotnictví, a to se neustále mění podle potřeb, které odpovídají současné úrovni poznání v medicíně i životní úrovni populace.¹⁴

¹³ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9

¹⁴ ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3809-6.

Základní strukturu zdravotnického systému tvoří tři navzájem propojené elementární subjekty. První vrchol tohoto pomyslného trojúhelníku jsou pacienti, někdy také označováni jako konzumenti péče, druhý vrchol zaujímají poskytovatelé zdravotní péče, tj. zdravotničtí pracovníci všech specializací a třetí vrchol jsou označováni plátcí zdravotní péče. Vztah mezi těmito třemi subjekty se odehrává na dvou základních principech. V současné době neexistuje země, která by stavila svůj zdravotnický systém pouze na jednom principu. Každá země se přiklání blíže buď k principu volného trhu nebo k principu vládní regulace.¹⁵

4.2.1. Formy a modely zdravotnických systémů

Zdravotnické systémy jsou výsledkem dlouhodobého a velmi složitého společenského vývoje, který souvisí s politickou, ekonomickou a sociální situací státu. Díky této charakteristice se neustále vyvíjejí a proto by se ve světě těžko hledaly dva státy se stejným zdravotnickým systémem. Je v celku obtížné roztřídit zdravotnické soustavy jednotlivých států do základních tříd, ale při jistém zjednodušení je jednou z možností dělení zdravotnických systémů do tří základních modelů vzniklých na základě způsobu hrazení za zdravotnickou péči či službu občany v daném státu.

- A) Zdravotnictví založené na financování z daní obyvatelstva – tzv. Státní zdravotnictví; národní zdravotní služba
- B) Zdravotnictví založené na financování z veřejného zdravotního pojištění – tzv. Bismarckovský model
- C) Zdravotnictví založené převážně na soukromém zdravotním pojištění, kde rozhodující roli má trh^{16 17}

První dva uvedené modely jsou regulovány do jisté míry státem. Ve spoustě zemích je garance nezbytné a základní zdravotní péče deklarována Ústavou, tzn. zdravotní péče je v tomto smyslu jedním z lidských a občanských práv.

¹⁵ KRÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. 3. lékařská fakulta UK, Praha, 1998. ISBN 80-238-0937-7

¹⁶ PUSTELNÍK, Karel a Darja JAROŠOVÁ. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2003. ISBN 80-7042-346-3

¹⁷ Viz. PŘÍLOHY: Obr.č.1: Typologie zdravotnických systémů

Zdravotnictví fungující z větší části na tržním mechanismu zajišťuje zdravotní péči založenou podle pravidel nabídky a poptávky. Zdravotní péče je poskytnuta těm, kdo ji potřebuje, ale zároveň těm, kdo na ni mají. Stát v tomto případě nezasahuje. Pro tento systém je charakteristické, že je zdravotní péče hrazená přímou platbou nebo soukromými zdravotními pojišťovnami ze soukromých zdrojů. Pacient není povinen mít zdravotní pojištění, je to možnost volby, stejně tak má svobodnou volbu lékaře, pojišťovny i zdravotnického zařízení.¹⁸

A) Státní zdravotnictví - Národní služba

Státní zdravotnictví je rozlišováno na dvě podoby, které fungují na stejných principech, tj. všeobecná a spravedlivá dostupnost zdravotní péče, ale také mají své odlišnosti v politických a ekonomických podmínkách. Jedná se o Beveridgeův model zdravotnictví, kde je zajištěna zdravotnická péče pro všechny občany bez ohledu na jejich finanční situaci. Model dostal jméno podle svého zakladatele Lorda Williama Henry Beveridge. Byl to známý britský ekonom a sociální reformátor v období před druhou světovou válkou. Jedná se o integrovaný a velmi solidární model státního zdravotnictví financovaný z daní obyvatel. Stát v tomto případě garantuje dostupnost zdravotní péče pro celé obyvatelstvo. Výhodou tohoto systému je právě zmíněná dobrá dostupnost základní zdravotnické péče a zdravotnických služeb všem, kdo je potřebuje, ale nevýhodou je však dlouhá čekací doba na různé zdravotnické zákroky. Uvedený model zdravotnictví je rozšířen v několika typech ve Velké Británii, Dánsku, Kanadě, Finsku, Švédsku, Itálii, Novém Zélandu apod.

Druhým modelem zdravotnické péče hrazené z daní obyvatelstva je model Semaškův. Návrh modelu zpracoval tehdejší sovětský ministr zdravotnictví Nikolaj Alexandrovič Semaško. Jedná se o extrémní variantu zdravotnické péče, ve které neexistovaly, až na výjimky, soukromé zdravotní služby. Semaškův model fungoval již před druhou světovou válkou, ale až po válce byl zaveden ve všech zemích střední Evropy, včetně tehdejšího Československa. V současné době se model vyskytuje na Kubě.

¹⁸ KRÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. 3. lékařská fakulta UK, Praha, 1998. ISBN 80-238-0937-7

Za výhodu tohoto systému, který plně podléhal státu, lze považovat všeobecnou a bezplatnou dostupnost zdravotní péče pro veškeré obyvatelstvo. Také zapříčinil úspěchy při snížení počtu infekčních onemocnění pomocí povinného očkování. Nevýhodou byla nízká ekonomická priorita zdravotnictví a ekonomická ztráta v důsledku zhoršování zdravotního stavu obyvatelstva a snížení pracovní schopnosti.¹⁹

B) Veřejné zdravotní pojištění – Bismarckovský model

Otto von Bismarck na konci 19. století v Německu zavedl systém sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění. Základním prvkem tohoto modelu je povinné finanční přispívání občanů. Tyto příspěvky se odvádějí do fondů zdravotních pojišťoven, ze kterých se zdravotní péče a služby hradí poskytovatelům. V současné době je částka stanovená zákonem daného státu. Obvykle se jedná o procento ze mzdy či platu. Do fondů pojišťoven nepřispívají jen zaměstnanci, ale také zaměstnavatelé a za nevýdělečné občany (studenti, senioři, děti) přispívá stát. Tyto systémy jsou založeny na všeobecné dostupnosti zdravotnické péče pro obyvatelstvo a na principu solidarity. Stát je tedy garantem zdravotní péče a je za ni zodpovědný. Tento model je zastoupen v různých modifikacích například v České republice, Rakousku, Německu, Holandsku, Belgii, a v dalších zemích.²⁰

C) Liberální, tržní model

Model tržního zdravotnictví vychází z individuální odpovědnosti občanů a je založen na jejich svobodné volbě. Zdravotní služby a tím i spojená zdravotní péče je vnímána jako druh zboží s kupní cenou, který podléhá zákonům tržní ekonomiky. Stát negarantuje dostupnost zdravotní péče pro všechny, s výjimkou pro některé sociální skupiny. Zdravotnická péče je hrazena ze soukromého zdravotního pojištění. Příkladem tohoto modelu je zdravotnický systém ve Spojených státech

¹⁹ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9

²⁰ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9

amerických a jsou zároveň jedinou z rozvinutých zemí, kde se neuplatňuje dostupnost zdravotní péče pro veškeré obyvatelstvo.²¹

5. HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU OBYVATELSTVA

5.1. Determinanty zdraví

Determinanty zdraví lze definovat jako faktory společenské, ekonomické a faktory životního prostředí, které se vzájemně doplňují a významně ovlivňují a určují, neboli determinují zdravotní stav jedince, či celé společnosti. Faktory ovlivňující zdravotní stav populace jsou odlišné v zemích rozvojových a v zemích vyspělých. V rozvojových zemích je vysoká nemocnost a úmrtnost na infekční a parazitární onemocnění a k hlavním problémům zde patří vysoká novorozenecká a perinatální úmrtnost. V zemích, které se řadí do vyspělých, jsou nejčastějšími příčinami úmrtí kardiovaskulární choroby a onkologická onemocnění, někdy také označované jako civilizační choroby. Dědičnost, životní styl jedince a jeho ekonomické i fyzické prostředí se do determinant zdraví zahrnuje také. Determinanty zdraví lze ve vyspělých zemích rozdělit do následujících skupin:²²

- A. **Životní styl** – zahrnuje způsob života, jako je např.: životní úroveň, práce, stres, úroveň vzdělání, způsob jakým se člověk stravuje, pohybová aktivita, rizikové chování.
- B. **Životní a pracovní prostředí** – ovzduší, klimatické podmínky, bydlení, pracovní prostředí, služby, doprava.
- C. **Zdravotní péče** – rozvoj zdravotnictví a lékařské techniky, politická situace státu, dostupnost zdravotní péče, kvalita zdravotní péče.

²¹ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9

²² MALINA, Antonín. *Úvod do veřejného zdravotnictví pro nelékaře*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013. ISBN 978-80-87023-29-7

D. Genetika – dispozice k různým onemocněním, vrozené vady, ale také rozdíly ve zdraví mužů a žen.²³

Výše uvedené determinanty zdraví jsou ve vzájemné složité interakci. Na základě mnohých dlouhodobých populačních studií má nejpodstatnější vliv na zdraví způsob života, odhaduje se až 50 %, životní prostředí ovlivňuje zdravotní stav z cca 20 % a dědičnost a zdravotnictví přibližně z 15 %. Jak už bylo zmíněno výše, determinanty zdraví jsou komplexním systémem několika vzájemně propojených faktorů, které ovlivňují zdraví jedince a celkově celé společnosti. Validita vlivu neboli rozsah vlivu jednotlivých determinant, se mění spolu s vývojem lékařských věd, kam spadá například také technologický rozvoj, nové způsoby léčby a jiné změny související s rozvojem společnosti. Také faktory životního prostředí podléhají intenzivním změnám a stávají se více a více diskutabilnějšími. Hovoříme například o klimatických změnách, šíření nových infekčních onemocnění a kvalitě pitné vody.²⁴

5.2. Indikátory zdravotního stavu

Indikátory fungují jako měřítka úspěšnosti vytyčeného cíle. Umožňují analyzovat a porovnávat vzniklé výsledky, které jsou používány například ke sledování zdravotního stavu obyvatelstva. V Evropě zjištěné údaje, které jsou nezbytné ke zdravotní politice státu, zveřejňuje Evropská komise, která má za cíl zlepšit zdravotní stav obyvatel. Další organizací pro srovnání a analýzu dat je Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Hlavním cílem je získat spolehlivé údaje o zdraví, chování ke zdraví, onemocněních, fungování zdravotní péče a fungování tak i celého zdravotního systému.

Hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva je dáno šetřením nebo sběrem statistických dat. Tato data udávají počty různých onemocnění, úmrtí na daná onemocnění apod. za určitý čas, v daném místě. Aby se data dala vzájemně srovnávat v čase a mezi jednotlivými populacemi, je nutné provést věkovou

²³ DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-340-0.

²⁴ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9

standardizaci. Věková standardizace je metoda přepočtu, jako kdyby ve všech srovnávaných populacích žili lidé ve stejné věkové kategorii. Dle ukazatelů neboli indikátorů lze hodnotit zdravotní stav obyvatel. Existuje rozdělení indikátorů do tří základních skupin, které se pak dále dělí. Jsou to ukazatele úmrtnosti a nemocnosti a demografické ukazatele. Z hlediska hodnocení zdravotního stavu jsou významné demografické ukazatele, mezi které patří především počet obyvatel, střední délka života, počet živě narozených dětí a přirozený přírůstek obyvatel. Střední délka života je délka dožití. Setkáváme se i s ukazatelem HLY (Healthy Life Years), který udává počet let prožitých ve zdraví.

Úmrtnost je dalším důležitým ukazatelem, někdy také mortalita, udává počet zemřelých osob v dané populaci za určitou dobu. Řadí se ale mezi nepřímé ukazatele, jelikož o úmrtnosti nerozhoduje pouze zdraví člověka, ale také vnější faktory, jako je například dostupnost zdravotní péče.

Po celém světě se dlouhodobě sleduje úmrtnost dětí, jedná se zejména o perinatální úmrtnost, tj. počet mrtvě narozených a zemřelých novorozenců do 7 dnů od porodu na 1000 celkem narozených. Novorozenecká úmrtnost se charakterizuje na počet zemřelých novorozenců do 28 dnů života na 1000 celkem narozených dětí. A počet zemřelých kojenců do 1 roku věku na 1000 celkem živě narozených se nazývá kojenecká úmrtnost.

Morbidita, nemocnost neboli výskyt nemocí je dalším důležitým ukazatelem zdravotního stavu obyvatelstva. Nemocnost je poměr počtu nemocných k počtu lidí ve vytyčené populaci. Data mohou být nepřiliš přesná, jelikož existují lidé, kterým nebyla nemoc diagnostikována a z tohoto důvodu nejsou započítáni do statistik. Pracuje se dvěma ukazateli nemocnosti. Incidence vyjadřuje počet nově vzniklých onemocnění a prevalence udává počet všech onemocnění celkem, které se vyskytují v dané populaci či daném čase.

Onemocnění, u kterých se výskyt sleduje po celém světě jsou například zhoubné nádory, psychická onemocnění, onemocnění související s nadváhou a obezitou, alergie, diabetes mellitus, úrazy a infekční onemocnění.

Odborné statistiky, analýzy a data zdravotního stavu obyvatel se pohybují na pomezí politických otázek. Pravidelně dochází ke zhodnocování vývoje

zdravotního stavu odborníky a politiky a ti se poté snaží, aby docházelo ke zlepšení zdravotního stavu populace.^{25 26}

6. Systém zdravotní péče v České republice

6.1. Veřejné zdravotní pojištění

V České republice je zavedeno všeobecné zdravotní pojištění od 1.1. 1992. Slouží k úhradě zdravotní péče, která má za cíl zlepšit či zachovat pomocí zdravotních služeb zdravotní stav obyvatele neboli pojištěnce. Veřejné zdravotní pojištění spočívá na principu solidarity a vychází z Bismarckovského modelu zdravotní péče, kdy jsou všichni občané ČR povinni odvádět částku za zdravotní pojištění do fondů pojišťoven. Stojí na několika následujících zásadách:

- Princip sociální solidarity (viz. kapitola 3.1. *Zdravotní politika jako součást sociální politiky*)
- Povinnost zapojení se do pojišťovacího systému – povinná úhrada a odvádění platby do fondů pojišťoven
- Princip plurality pojišťoven – v ČR je více pojišťoven, tudíž má každý občan státu možnost volby zdravotní pojišťovny
- Princip svobodné volby – princip související s pluralitou pojišťoven, kdy má každý občan svobodnou volbu zdravotní pojišťovny i volný výběr poskytovatele zdravotních služeb
- Princip začlenění státu – jak bylo zmíněno výše, stát odvádí částku za zdravotní pojištění za nevýdělečné osoby v ČR (studenti, senioři)²⁷

²⁵ Global Reference List of 100 Core Health Indicators, World Health Organization 2015

²⁶ Zdraví 2020, Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, Akční plán č.13: Rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel, Ministerstvo zdravotnictví 2015

²⁷ Kateřina IVANOVÁ, Sociální lékařství, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc 2018, ISBN 978-80-244-5326-2, s.90

Všichni pojištěnci jsou povinni odvádět 13,5 % z vyměřovacího základu (1/3 zaměstnanec a 2/3 zaměstnavatel), vztahuje se to také na OSVČ a za zákonem vymezené skupiny je plátcem stát.

Hrazené služby zdravotní péče jsou:

- Preventivní zdravotní péče;
- Dispenzární péče;
- Diagnostická péče;
- Léčebná péče;
- Zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba;
- Lékárenská péče;
- Klinicko-farmaceutická péče;
- Léčebně rehabilitační péče;
- Posudková činnost;
- Ošetrovatelská péče;
- Paliativní péče;
- Přeprava pojištěnců;
- Zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk orgánů souvisejících s jejich odběrem
- Zdravotní péče související s těhotenstvím, porodem apod.²⁸

6.1.1. Legislativní ustanovení v oblasti péče o zdraví

Zákonem, kterým se řídí zdravotní péče je Ústava ČR. Součástí ústavního pořádku ČR je Listina základních práv a svobod, která stanovuje v článku č.31. (hlava 4.):, Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.”²⁹

Zdravotní pojištění a jeho podmínky v ČR jsou ustanoveny v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Legislativní rámec úhrady zdravotní péče vymezují dále tyto zákony:

²⁸ http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/zdravotni-pojistovny_3307_29.html

²⁹ <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>, ústavní zákon č. 2/1993 Sb., ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.

- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách³⁰

V České republice tvoří systém zdravotní péče tři navzájem propojené subjekty; první stranu zauímají pacienti, příjemci zdravotní péče, druhým subjektem jsou zde poskytovatelé zdravotní péče (zdravotničtí pracovníci, zdravotnická zařízení) a třetí poslední stranu tvoří plátcí zdravotní péče, tj. zdravotní pojišťovny.³¹

Systém veřejného zdravotního pojištění v ČR zajišťuje všeobecnou zdravotní péči, široký rozsah poskytovaných zdravotních služeb, vysokou dostupnost a zaručuje finanční ochranu občanům. Český zdravotní systém je úspěšný v řešení život ohrožujícím onemocnění, ale má stále jisté rezervy při chronických chorobách a v prevenci nemocí. K problémům, se kterými se systém potýká, řadíme také socioekonomické a demografické souvislosti, kam patří například stárnutí populace. Mezi demografické faktory patří zdravotní stav obyvatelstva a s tím i spojená střední délka života, která je v ČR o dva roky nižší než průměr EU.^{32 33}

³⁰ https://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/zdravotni-pojisteni_1791_11.html

³¹ Eva KRÍŽOVÁ Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, 3.lékařská fakulta UK, Praha, 1998

³² Viz. PŘÍLOHY: Obr.č.3 Střední délka života v ČR, 2017

³³ MALÍŘ, Jan a Tomáš DOLEŽAL. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. Právní monografie. ISBN 978-80-7552-224-5

7. Zdravotní stav obyvatelstva v ČR

7.1. Demografický přehled

Podle nejnovějších demografických údajů z roku 2018 počet obyvatel v ČR činil 10 649 800, tj. o 40 000 osob více než v předchozím roce. Nárůst je dán migrací lidí ze zahraničí, ale také přirozeným přírůstkem obyvatel.

Ke konci roku 2018 se přičítá 114 419 živě narozených dětí. Došlo také k nárůstu o 1,5 tisíce zemřelých osob, celkový počet byl 112 920 osob.

Co se týče věku, klesl počet ekonomicky zdatné části populace, tedy v rozmezí od 15 do 64 let. Zvýšení se sledovalo naopak u dětí do 14. let a u seniorů od 65. let. Index stáří plynule stoupá a v roce 2018 připadalo na 123 seniorů 100 dětí.

Průměrný počet narozených dětí jedné ženě během jejího reprodukčního období se nazývá jako úhrnná plodnost. Od roku 1980 úroveň plodnosti klesala až do roku 1990, kdy klesla na absolutní minimum, 1,13 dítěte na 1 ženu. V roce 2018 připadalo na 1 ženu 1,71 dítěte. Podíl živě narozených dětí v roce 2018 činil 48 %. Průměrný věk matky při narození prvního dítěte je 28,4 let.³⁴

7.1.1. Střední délka života

Jak už bylo zmíněno výše, střední délka života v ČR je pod průměrem EU, i když se mezi roky 2000 a 2017 zvýšila ze 75,1 na 79,1 let. Podle databáze OECD je ČR těsně pod průměrem (OECD 80,7). Rozdílnost je také mezi pohlavím. Ženy žijí v průměru o 6 let déle než muži. Důvod zvýšení střední délky života je pokles úmrtnosti mezi roky 2000 a 2016, který činil až 25 %. V ČR se úmrtnost připisuje také vnějším vlivům, jako jsou například dopravní nehody a infekční onemocnění, které jsou ve srovnání nad průměrem EU. Další rozdílnost se může pozorovat také ve střední délce života různých regionů. Například v Praze je o 4 roky vyšší hodnota než v Moravskoslezském kraji. Významné nerovnosti ve střední délce života jsou dány také vzděláním. Dle databáze Eurostatu z roku 2016 žijí muži s nižším

³⁴ Zdravotnická ročenka České republiky 2018, zdravotnická statistika ČR, vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha 2

vzděláním v průměru až o 11 let méně než muži se vzděláním vyšším. U žen je rozdíl mezi vzděláním a délkou života menší, činí cca 3 roky.³⁵

7.2. Zdravotní stav obyvatelstva

Kvalita zdravotního stavu obyvatelstva ČR se hodnotí prostřednictvím Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), v němž jsou shromažďovány a zpracovávány informace a údaje z registrů orgánů veřejné správy, ministerstev a od poskytovatelů zdravotních služeb. Poskytují se takto údaje o rozsahu a příčinách nemocnosti a úmrtnosti.

Nejčastější příčinami úmrtí v ČR jsou kardiovaskulární onemocnění, které zahrnují ischemickou chorobu srdeční a cévní mozkovou příhodu. Nemoci oběhové soustavy v roce 2018 představovaly 285 tisíc případů hospitalizace.

Mezi další častá onemocnění, vyskytující se na území ČR, ale taktéž ve světě, je diabetes mellitus (DM), kdy v roce 2018 bylo zaznamenáno více než milion osob s touto diagnózou. Za uplynulý rok 2018 zemřelo 37 522 osob s diabetickým onemocněním, z toho 4 280 zemřelo přímo na důsledky diabetu.

Druhou nejčastější příčinou úmrtí, po kardiovaskulárních onemocněních, jsou zhoubné nádory, které představují jednu čtvrtinu všech úmrtí v ČR. Incidence roste, ale standardizovaná úmrtnost zhoubných nádorů mírně klesá. Dle Národního onkologického registru se v roce 2017 zaznamenalo 95 857 nově hlášených případů (49 776 u mužů a 46 081 u žen). Počet nově nahlášených případů mírně poklesl u mužů o 0,5 % a u žen o 3,6 %. Je potvrzeno, že zhoubné nádory se vyskytují nejčastěji u osob ve vyšším věku. Nejčastější diagnostikované zhoubné nádory jsou nemelanomové kožní zhoubné nádory, u mužů je mezi druhým nejčastěji se vyskytujícím zhoubným nádorem nádor prostaty, u žen je to zhoubný nádor prsu a zhoubným nádorem s nejvyšší úmrtností byl v roce 2017 zhoubný nádor plic.

Z epidemiologických důvodů sledují registry hygienické služby výskyt infekčních onemocnění. V roce 2018 bylo hlášeno 124,9 tisíc případů infekčních onemocnění, které zahrnovaly plané neštovice a střevní infekční onemocnění.

³⁵ PŘÍLOHY: Obr.č.2: Rozdíl ve střední délce života v závislosti na vzdělání

Registr pohlavních nemocí (RPN) se specializuje na sexuálně přenosné choroby, a v roce 2018 evidoval 2 243 nových nahlášených případů. Jednalo se zejména o gonokokové infekce, onemocnění syfilis, kde došlo k nárůstu o 50 případů více než v minulých letech. Národní referenční laboratoře pro HIV a AIDS v roce 2018 evidovali 208 diagnostikovaných včetně cizinců. V ČR žije 2 926 HIV pozitivních osob, z toho 11 % ve stádiu AIDS.

Výskyt alergií je dalším faktorem omezujícím zdravotní stav. Za rok 2018 se s alergií léčilo přes 743 tisíc osob.

Evidují se také úrazy. V roce 2018 se ošetřilo na chirurgických ambulancích 1 923 428 pacientů.

Nejčastější nemoci, které se řadí mezi psychické poruchy byly v roce 2018 neurotické a afektivní poruchy. Jednalo se také o poruchy vyvolané alkoholem či jinými psychoaktivními látkami.

Další z řad onemocnění, u kterých se výskyt sleduje, jsou nemoci vyvolaná podmínkami pracovního prostředí a zaštiťuje je Národní registr nemocí z povolání (NRNP), do kterého bylo v roce 2018 nahlášeno 1 282 případů a 1 222 se jich jako nemoci z povolání uznalo. Jednalo se zejména o nemoci způsobené fyzikálními faktory, nemoci dýchací soustavy, kožní a infekční onemocnění.

Zdravotní stav se dá hodnotit kromě údajů z výše zmíněných registrů a informačních systémů také pomocí indikátoru HLY(healthy life years), tedy podle celkové délky života prožité ve zdraví. V roce 2017 činil ukazatel HLY v České republice 60,6 z celkové prožitých 76,1 roku u mužů a 62,4 z celkově prožitých 82,0 let u žen.³⁶

7.3. Ekonomické ukazatele

Ekonomické ukazatele zahrnují veřejné výdaje na zdravotnictví, náklady zdravotních pojišťoven, taktéž na výdaje spojené za spotřebu léčiv a odměňování zdravotnického personálu.

Výdaje veřejných rozpočtů a výdaje systému zdravotního pojištění za rok 2018 činily 316,8 miliardy Kč.

³⁶ Zdravotnická ročenka České republiky 2018, zdravotnická statistika ČR, vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha 2

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) je organizační složka státu, která zajišťuje, aby v rámci zájmu ochrany zdraví občanů ČR byla dostupná pouze farmaceuticky jakostní, účinná a bezpečná léčiva a taktéž shromažďuje údaje o spotřebě léčiv. Z podkladů SÚKL vyplývá, že v roce 2018 bylo do zdravotnických zařízení v ČR dodáno přes 261 milionu balení léčiv. Distribuované léky se v cenách původce pohybovaly kolem 72 miliard Kč. Došlo ke zvýšení o 6,8 % oproti předchozímu roku 2017.

Odměny zdravotnického personálu fungují na dvou principech. Platné předpisy o mzdě a platné předpisy o platu. Průměrné měsíční platy a mzdy jsou sledovány a uváděny za zaměstnance u jednoho zaměstnavatele, příjmy za dohodu o provedení práce nebo dohodu o provedení činnosti se nesledují.

Zaměstnanci, kteří jsou zaměstnaní v zařízeních zřizovaných MZ, krajem, obcí nebo městem, tj. příspěvkové organizace a organizační složky státu, jsou odměňováni podle platných předpisů o platu. Průměrný celkový měsíční plat v roce 2018 dosáhl na 40 516 Kč, plat lékařů a zubních lékařů činil 80 669 Kč, plat všeobecných sester 40 803 Kč.

Zaměstnanci v soukromém sektoru, jejichž zřizovatelem je fyzická osoba, právnická osoba a jiné, jsou odměňováni dle platných předpisů o mzdě. Průměrná měsíční mzda dosáhla na 33 763 Kč, lékařů a zubních lékařů, kteří jsou zaměstnaní dosahovala mzda na 71 396 Kč a mzda všeobecných, dětských sester 33 680 Kč. Lékaři a zubní lékaři, kteří jsou zároveň zaměstnavateli, se do výpočtu průměrných mezd nezapočítávají, jelikož pobírají podnikatelskou odměnu.^{37 38}

7.4. Mezinárodní srovnání demografických ukazatelů

Demografický vývoj většiny evropských, ale i mimoevropských zemí výrazně a dlouhodobě charakterizuje stárnutí populace. Je to dáno poklesem porodnosti a současného snižování úmrtnosti. Zvyšuje se počet lidí nad 64 let a snižuje se počet ekonomicky zdatné části populace. Index stárí, používaný pro

³⁷ Zdravotnická ročenka České republiky 2018, zdravotnická statistika ČR, vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha 2, 5. kapitola, s.153

³⁸ Viz. PŘÍLOHY: Obr.č.4: Demografické a socioekonomické souvislosti v ČR,2017

porovnávání věkové struktury populace ukazuje, že ve stále více zemích je vyšší počet seniorů nad 64 let, než počet dětí do 14. let. Tato situace již nastala v šesti sedminách z 28 členských evropských států. Největší počet seniorů převyšujících počet dětí s indexem stáří nad 160 je v Itálii. Za „nejmladší“ unijní zemi je považováno Irsko, kde počet seniorů je menší než počet dětí.

Nízká úroveň porodnosti je společným znakem většiny evropských států. Jak už bylo zmíněno výše, nejvíce živě narozených dětí na 1000 obyvatel připadá v Irsku, kde tato hodnota v roce 2018 dosahovala 12,5. Naopak v Itálii se datuje do roku 2018 dlouhodobě snižující se porodnost na 7,3 dětí na 1000 obyvatel, což se považuje za historické minimum a nejnižší hodnotu ze všech zemí EU. Hodnota tohoto ukazatele v ČR je do roku 2018 10,7, tj. nad průměrem EU.

V evropských státech je nejnižší úroveň plodnosti na světě. Ukazatel úhrnné plodnosti vyjadřuje průměrný počet živě narozených dětí jedné ženě během jejího reprodukčního období. Stanovená hranice prosté reprodukce 2,1 dítěte na jednu ženu, není dosažena v žádné evropské zemi. V těsném závěsu pod průměrem je Francie s hodnotou 1,9, též Dánsko, Švédsko a Irsko. V roce 2017 Itálie, Kypr, Malta, Španělsko jsou státy s nejnižší úrovní plodnosti.

Dalším důvodem stárnutí populace, snižování porodnosti a snižování úrovně plodnosti je dlouhotrvající trend zvyšujícího se věku při zakládání rodiny. Průměrný věk matek v EU přesahuje hranici 30.let. V Irsku a ve Španělsku dosahují ženy nejvyššího průměrného věku při narození dítěte (32,1 let). Dále je to Švýcarsko (31,9 let), Lucembursko (31,9 let), Itálie (31,9 let). V ČR v roce 2018 je to hodnota nad 30 let.³⁹

³⁹ Zdravotnická ročenka České republiky 2018, zdravotnická statistika ČR, vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha 2, 6.kapitola, s169

8. Zdravotní systémy ve vybraných zemích

8.1. Zdravotní systém v Německu

Německý zdravotní systém funguje na principu zdravotního pojištění a je to také první stát, ve kterém se tento model uplatnil. O založení se postaral německý kancléř Otto von Bismarck (viz. kapitola 4.2.1. *Formy a modely zdravotnických systémů*). Zdravotní pojištění je zde povinné pro všechny občany s trvalým pobytem v Německu a funguje na dvou principech. Prvním je systém zákonného veřejného zdravotního pojištění zřizovaný konkurenčními neziskovými zdravotními pojišťovnami, které je povinné pro všechny občany a pro posuzované osoby s ročním příjmem do určité hranice, která pro rok 2018 činila 59 400 euro/rok. Pokud příjem přesáhne stanovenou hranici, mohou občané přestoupit do druhého systému, tj. soukromého zdravotního pojištění. Od roku 2016 je zákonem stanovená sazba příspěvku 14,6 % z hrubé mzdy, která je rovnoměrně rozdělena mezi zaměstnavatele a zaměstnance. Osoby pojištěné soukromým zdravotním pojištěním platí pojistné související s rizikem. Úloha státu je i v soukromém pojištění. Vláda zde zajišťuje aby, pojištěnci nečelili velkému nárůstu pojistného například při snížení jejich příjmů či stárnutím. V současné době asi 86 % německé populace využívá zákonné zdravotní pojištění a pro 11 % populace je hlavním zdrojem financování zdravotní péče soukromé zdravotní pojištění. Existuje zde také spolupojištění, kdy nevýdělečně činné osoby jsou pojištěny společně s výdělečně činnou osobou v jejich domácnosti.

Služby, které jsou pokryty veřejným zdravotním pojištěním jsou preventivní služby, lůžková a ambulantní péče, péče o duševní zdraví, zubní péče, optometrie, fyzioterapie, léky na předpis a zdravotní pomůcky, rehabilitace, hospicová a paliativní péče a také kompenzace při pracovní neschopnosti.⁴⁰

V Německu je aktuálně kolem 160 veřejných zdravotních pojišťoven a 45 pojišťoven nabízejících soukromé zdravotní pojištění. V současné době jsou veřejné zdravotní pojišťovny rozděleny do šesti skupin a je to hlavně z důvodu

⁴⁰ <https://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>

vyrovnání rizika mezi pojišťovny. Funguje zde také přerozdělování pojistného dle ukazatelů nemocnosti pojištěných osob.⁴¹

Výdaje na zdravotnictví v roce 2017 činily 368 597 mil. EUR, což představuje 11,3 % podíl výdajů na HDP.⁴² Na jednoho obyvatele činila částka 4 300 EUR za rok, což představuje mnohonásobně větší průměr než v EU (2 884 EUR).⁴³

8.1.1. Demografické údaje Německa

Počet obyvatel Německa v roce 2018 přesáhl pomyslnou hranici 83 milionů. Podle Federálního statistického úřadu vzrostl počet obyvatel od roku 2017 o cca. 227 tisíc osob. Populační nárůst je způsoben zejména migrací, jelikož přirozený přírůstek obyvatelstva byl negativní, tzn. počet zemřelých, převažoval nad počtem narozených o 167 tisíc.⁴⁴

Střední délka života v roce 2017 byla 81,1 let, tudíž těsně nad hranicí průměru EU.⁴⁵ I zde žijí ženy v průměru o 4,7 let déle než muži.⁴⁶

8.2. Zdravotní systém v Norsku

Norsko je zemí, kde funguje monarchie s parlamentní vládou, tzv. parlamentní monarchie. Veřejná správa se dělí na tři úrovně, a to národní, regionální a municipální, což se projevuje také v rámci organizace systému péče o zdraví. Za celkový systém odpovídá vláda, regionální úroveň má ve svém okruhu odpovědnosti specializovanou péči a municipalita neboli místní úroveň, je

⁴¹ BARTÁK, Miroslav. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-984-5

⁴² Viz. PŘÍLOHY: Obr.č.6: Výdaje na zdravotnictví v Německu a EU (na HDP)

⁴³ <https://socialnipolitika.eu/2019/09/eurostat-nejvyssi-podil-vydaju-na-zdravotnictvi-k-hdp-je-ve-francii-nemecku-a-svedsku/>

⁴⁴ <https://socialnipolitika.eu/2019/06/pocet-obyvatel-nemecka-poprve-prekrocil-hranici-83-milionu/>

⁴⁵ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Norway, Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

⁴⁶ Viz. PŘÍLOHY: Obr.č.5: Střední délka života v Německu, 2017

rozdělena na obce, konkrétně 434 obcí, které jsou odpovědné za poskytování péče sociální a primární.⁴⁷

Norský zdravotní systém je model státního zdravotnictví a je založen na podkladu Beveridgova modelu, tudíž je zdravotní péče hrazena z daní obyvatelstva. Stejně tak jako v ČR, za nevýdělečně činné osoby jako jsou studenti, senioři, nezaměstnaní apod. je hrazeno pojištění státem. Organizační struktura systému péče o zdraví je zde postavena na principu rovného přístupu, tj. všichni obyvatelé by měli mít stejné příležitosti pro přístup ke zdravotním službám, bez ohledu na sociální nebo ekonomické postavení a trvalý pobyt.

Pokrytí je automatické a univerzální pro všechny obyvatele z národních a obecních daní. Existuje zde také soukromé zdravotní pojištění poskytující neziskové pojišťovny, které umožňují rychlejší přístup a větší výběr soukromých poskytovatelů zdravotních služeb. Toto pojištění využívá cca 9 % populace.

Služby pokryty národním zdravotním systémem jsou akutní primární, nemocniční a ambulantní péče, rehabilitace a vybrané léky na předpis, které jsou zahrnuty ve formuláři, tzv. Blue list. Soukromé pojištění nezahrnuje akutní služby.⁴⁸

Výdaje na zdravotnictví v roce 2017 činily 35 230 mil. EUR, což představuje 10,4 % podíl výdajů na HDP. Na jednoho obyvatele byly výdaje nejvyšší v Evropě a činily 4 545 EUR. Přibližně 85 % těchto výdajů představuje veřejné financování.^{49 50}

8.2.1. Demografické údaje Norska

Počet obyvatel Norska v současné době činí 5,368 milionů. V roce 2016 počet živě narozených zaujímal 58 890 a počet zemřelých byl 40 726, tudíž přirozený přírůstek obyvatelstva činil 18 164 obyvatel.

⁴⁷ BARTÁK M., *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. 1. Vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. s.81

⁴⁸ <https://international.commonwealthfund.org/countries/norway/>

⁴⁹ Viz. PŘÍLOHY: Obr.č.8: Výdaje na zdravotnictví v Norsku a EU (na HDP)

⁵⁰ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Norway, Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

Střední délka života v roce 2017 byla v průměru 82,7 let, tudíž téměř o 2 roky více, než je průměr EU. Zde je také rozdíl v pohlaví. Ženy žijí v průměru o 3,3 roky déle než muži.⁵¹

Mezi nejčastější příčiny úmrtnosti v Norsku řadíme ischemické choroby srdeční neboli civilizační choroby, dále CHOPN neboli chronickou obstrukční plicní nemoc anebo rakovinu plic.⁵²

8.3. Zdravotní systém v USA

8.3.1. Organizace zdravotnictví v USA

Spojené státy americké jsou jedny z mála vysoce průmyslově rozvinutých zemích, kde doposud nebylo zavedeno všeobecné zdravotní pojištění. Zdravotnický systém zde stojí na principu liberalismu a individuálnímu přístupu ke zdravotní péči. Jedná se o jakousi směs soukromého zdravotního pojištění s veřejným pojištěním, kdy obyvatelé mají svobodnou vůli a zákon jim neurčuje povinnost pojištění, z tohoto důvodu žijí v Americe miliony nepojištěných osob, či pojištěných nedostatečně.

V USA neexistuje jen jeden systém zdravotní péče, ale je složen z mnoha jiných odlišných systémů. V různých státech se liší i ceny za zdravotní péči a závisí zde dokonce na věku, výši příjmů, či zaměstnání občanů. Navzdory této rozmanitosti, je odpovědnost za zdravotní sektor rozdělena mezi vládu federální, státní a municipální.⁵³

Pod federální úroveň spadá odpovědnost za zdravotnictví The United States Department of Health and Human Services (DHHS), v překladu jako Odbor Spojených států pro zdravotnictví a služby lidu. Tento odbor se skládá ze dvou složek. První složkou jsou veřejné zdravotní služby, které spravují různé agentury, například na ochranu životního prostředí. Druhou složkou je Úřad pro financování

⁵¹ Viz. PŘÍLOHY: Obr.č.7: Střední délka života v Norsku

⁵² OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Norway, Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

⁵³ BARTÁK, Miroslav. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-984-5

zdravotnictví, který má ve svém okruhu odpovědnosti financování zdravotnických služeb, zejména pro starší a znevýhodněné obyvatele, například program Medicaid a Medicare. Státní úroveň zodpovídá za zřizování zdravotnických zařízení pro chronicky nemocné, či mentálně postižené. Oblastní úroveň zajišťuje zdravotní péči pro nejchudší vrstvy obyvatelstva.⁵⁴

Spojené státy utrácí za zdravotní péči mnohem více než kterákoli jiná země a téměř dvojnásobně více než je průměr OECD, jak v poměru k HDP, které činí 16,9%, tak i na obyvatele 10 586 USD. Přesto ale patří USA mezi 11 zemí s nejnižší střední délkou života. Dle odhadů budou výdaje na zdravotní péči stále stoupat a v roce 2030 by mohl podíl HDP dosáhnout až na 20 %.

8.3.2. Demografické údaje USA

Počet obyvatel v USA přesáhl 328 milionů lidí. Průměrná střední délka života v USA je v současné době 78,6 a tudíž spadá pod průměr OECD (80,7). I zde jsou zjištěny rozdíly mezi ženami a muži.⁵⁵

Obezita je zde největším rizikovým faktorem pro chronická onemocnění jako je například diabetes, hypertenze, kardiovaskulární onemocnění a nádorová onemocnění. Mezi sledovanými zeměmi OECD má USA nejvyšší míru obezity, tzn. až dvakrát vyšší míra obezity než je průměr OECD a přibližně čtyřikrát vyšší než je například v Norsku.^{56 57}

⁵⁴ https://international.commonwealthfund.org/countries/united_states/

⁵⁵ Health at a Glance 2017: OECD Indicators

⁵⁶ <https://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>

⁵⁷ Viz. PŘÍLOHY: Obr.č.9: Obezita mezi dospělými (Mezinárodní porovnání)

9. PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části bakalářské práce jsou porovnávána a prezentována data především z databáze OECD a Eurostatu. Předmětem zájmu je porovnání výdajů na zdravotnictví ve čtyřech zemích: Česká republika, Německo, Norsko a Spojené státy americké. Jde o vyspělé země, které mají velmi rozvinuté zdravotnictví, tudíž můžeme očekávat srovnatelné výsledky, i přesto ale můžeme pozorovat jisté odlišnosti v organizaci zdravotnického systému. S výdaji spojený je také zdravotní stav obyvatelstva, který je podmíněn demografickými ukazateli, zejména stárnutím populace. Budu porovnávat příčiny úmrtnosti a střední délku života jako nejuniverzálnější ukazatele zdravotního stavu populace.

Cílem tohoto srovnání zdravotnických systémů ve světě se systémem zdravotní péče České republiky, je zamyslet se nad příčinami zjištěných rozdílů a poukázat na specifika v organizaci zdravotní péče a na odlišnosti jednotlivých systémů. Pokusím se též navrhnout možné změny, které by vedly ke zlepšení stavu obyvatelstva.

Pro lepší přehlednost jsou grafy a tabulky vloženy přímo do textu.

9.1. Srovnání České republiky s jinými vybranými státy

Odlišné zdravotní systémy odrážejí odlišné kulturní, ekonomické, sociální a politické rysy daných zemí.

V německém systému péče o zdraví existují prvky sociální solidarity, kdy každý občan přispívá danou částkou na pojištění, a tudíž má také nárok v případě potřeby na zdravotní péči, kterou garantuje stát. Jedná se zde o všeobecné veřejné pojištění, které je povinné pro každého občana, ale existuje zde také prostor pro soukromé financování zdravotní péče komerčními zdravotními pojišťovnami.

I v norském zdravotním systému se setkáváme s rovným přístupem k dostupnosti zdravotní péče pro obyvatelstvo. Jedná se o státní zdravotnictví spojené se systémem sociálního zabezpečení, tzn. že zdravotní péče je hrazena z daní obyvatelstva. Soukromé financování je zde v malém procentu zastoupeno také.

Americké zdravotnictví zdůrazňuje spíše individuální odpovědnost jedince. Systém je založen na principu tržního mechanismu, kdy si každý občan platí své zdravotní pojištění v závislosti na svých finančních možnostech. Tudíž každému občanu se dostane péče, která je úměrná částce, kterou zaplatí.

Zdravotní systém ČR je založen na zákonném povinném zdravotním pojištění a zdravotní péče je hrazena z tohoto pojištění. Základními rysy se podobá německému zdravotnictví, jelikož je systém založen na Bismarckovském modelu. Funguje zde intergenerační solidarita, kdy ekonomicky aktivní (a mladší) skupina obyvatelstva přispívá na zdravotní péči nevýdělečně činným občanům státu (např. seniorům). Být pojištěný je zde pro občany s trvalým pobytem povinné. Soukromé zdravotní pojištění je zde zastoupeno v malé míře také, zejména u bohatších skupin obyvatelstva a u cizinců ze třetích zemí.

Navzdory rozdílům ve výše zmíněných parametrech zdravotnických systémů, lze najít určité podobnosti. Jde například o společné problémy, se kterými se potýká většina zemí a jsou důsledkem obav, které se týkají dostatečnosti zdrojů a jejich efektivnímu využití. Jedná se zejména o rostoucí poptávku po zdravotní péči, která s sebou nese nárůst výdajů na zdravotnictví. Tento problém je zapříčiněn demografickými změnami, jako je stárnutí populace, ale také technologickým pokrokem a inovací v oblasti léčivých přípravků. Každá země se s těmito problémy potýká odlišně, ale cíl mají stejný.

9.2. Srovnání výdajů na zdravotnictví

Tabulka č. 1: Celkové výdaje na zdravotnictví za rok 2016–2018 (v % na HDP)

Zdroj: OECD.Stat

		Dataset: Health expenditure and financing	
		Financing scheme	All financing schemes
		Function	Current expenditure on health (all functions)
		Provider	All providers
		Measure	Share of gross domestic product
		Year	2016 2017 2018
Country	Unit		
<u>United States</u>	Percentage	i	17,1 17,1 (E) 16,9
<u>Germany</u>	Percentage	i	11,1 11,2 (P) 11,2
<u>Norway</u>	Percentage	i	10,5 (P) 10,4 (P) 10,2
<u>Czech Republic</u>	Percentage	i	7,2 7,2 (E) 7,5

V tabulce č. 1 můžeme sledovat podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP ve čtyřech sledovaných zemích. Je zde vidět, že první příčku zaujímají USA s podílem 16,8 % HDP za rok 2018. Jedná se o uvolňování financí na zdravotnictví ze státního rozpočtu. Z tohoto ukazatele vyplývá, že nejnákladnějším zdravotnictvím je právě zdravotnictví USA. Na druhé straně, nejmenší podíl výdajů na zdravotnictví zaujímá ČR s hodnotou 7,5 % HDP a tím patří dlouhodobě k těm nižším, nejenom ve srovnání mezi zeměmi v této práci, ale i v rámci zemí EU.

Tabulka č. 2: Celkové výdaje na zdravotnictví na obyvatele za rok 2016–2018 (v USD)

Zdroj: OECD.Stat

		Dataset: Health expenditure and financing	
		Financing scheme	All financing schemes
		Function	Current expenditure on health (all functions)
		Provider	All providers
		Measure	Per capita, current prices, current PPPs
		Year	2016 2017 2018
Country	Unit		
<u>United States</u>	US Dollar	i	9 903,7 10 206,5 (E) 10 586,1
<u>Norway</u>	US Dollar	i	5 803,7 (P) 6 063,6 (P) 6 186,9
<u>Germany</u>	US Dollar	i	5 550,2 5 847,7 (P) 5 986,4
<u>Czech Republic</u>	US Dollar	i	2 627,7 2 850,4 (E) 3 057,6

Data extracted on 03 May 2020 07:16
UTC (GMT) from OECD.Stat

Tabulka č. 2 znázorňuje celkové výdaje na zdravotnictví přepočítané na jednoho obyvatele. Financování zdravotnictví se rok od roku zvyšuje a je to způsobeno problémy, které jsou uvedeny v úvodu praktické části bakalářské práce. Opět vidíme, že nejvyšší částku na zdravotní péči na jednoho obyvatele, tj. 10 586USD vynakládají USA a je to více než trojnásobně větší částka oproti ČR. Navzdory těmto markantním rozdílům nebyla dosud prokázána přímá souvislost mezi výdaji na zdravotnictví a zdravotním stavem populace. Tudíž nelze hodnotit zdravotní stav obyvatelstva v daném státě dle výdajů vynaložených na zdravotnictví.

9.3. Srovnání střední délky života

Dalším ukazatelem vhodným pro komparaci zdravotnických systémů je střední délka života.

Tabulka č. 3: Střední délka života ve sledovaných zemích za rok 2016–2017

Zdroj: OECD.Stat

Dataset: Health Status			
Variable		Total population at birth	
Measure		Years	
Year		2016	2017
Country			
Czech Republic		79,1	79,1
Germany		81,1	81,1
Norway		82,5	82,7
United States		78,7	78,6

Data extracted on 03 May 2020 07:26 UTC (GMT) from OECD.Stat

V tabulce č. 3. můžeme vidět, jak si vede ČR ve srovnání demografického údaje střední délky života s vybranými státy. Dle uvedených údajů je nejvyšší naděje na dožití v Norsku, kde ukazatel činí 82,7 let. Na druhém místě je Německo (81,1), za ním ČR (79,1) a nejhůře je na tom v tomto srovnání USA s hodnotou 78,6 let.

Tabulka č. 4: Střední délka života ve sledovaných zemích za rok 2013–2017

Zdroj: OECD.Stat

Dataset: Health Status		Variable Total population at birth				
Measure		Years				
Year		2013	2014	2015	2016	2017
Country						
Czech Republic		78,3	78,9	78,7	79,1	79,1
<u>Germany</u>		80,6	81,2	80,7	81,1	81,1
Norway		81,8	82,2	82,4	82,5	82,7
United States		78,8	78,9	78,7	78,7	78,6

Data extracted on 03 May 2020 09:31 UTC (GMT) from OECD.Stat

Poznámka:

V teoretické části bakalářské práce byly použity grafy ke srovnání střední délky života mezi státy EU (*PŘÍLOHY: Obr.č.3, Obr.č.5, Obr.č.7*)

Tabulka č. 4 uvádí střední délku života od roku 2013 do roku 2017. V ČR, Německu a Norsku můžeme pozorovat prodlužování střední délky života, ale v USA dochází od roku 2015 ke snižování tohoto ukazatele. Jedná se o ojedinělý případ v rámci rozvinutých zemí. Výzkumy toto snížení přikládají zejména vyššímu počtu sebevražd, toxikománii či onemocnění jater.⁵⁸ K růstu střední délky života ve všech ostatních zemích došlo především díky poklesu úmrtnosti ve vyšším věku, ale ukazatel koreluje dále i s faktory jako je životní styl, socioekonomické podmínky, životní prostředí, a další.⁵⁹

⁵⁸ <https://socialnipolitika.eu/2017/01/v-usa-poprve-za-20-let-klesla-stredni-delka-zivota/>

⁵⁹ https://is.mendelu.cz/eknihovna/opory/zobraz_cast.pl?cast=50566

Tabulka č. 5: Střední délka života u žen za rok 2016–2017

Zdroj: OECD.Stat

Dataset: Health Status			
Variable		Females at birth	
Measure		Years	
Year		2016	2017
Country			
Czech Republic		82,1	82
Germany		83,5	83,4
Norway		84,2	84,3
United States		81,1	81,1

Data extracted on 03 May 2020 07:35 UTC (GMT) from OECD.Stat

Tabulka č. 6: Střední délka života u mužů za rok 2016–2017

Zdroj: OECD.Stat

Dataset: Health Status			
Variable		Males at birth	
Measure		Years	
Year		2016	2017
Country			
Czech Republic		76,1	76,1
Germany		78,6	78,7
Norway		80,7	81
United States		76,2	76,1

Data extracted on 03 May 2020 07:34 UTC (GMT) from OECD.Stat

Střední délka života je odlišná u ženského a mužského pohlaví. Z pravidla je naděje na dožití u žen o něco vyšší než u mužů. Tabulka č. 5 a 6 znázorňuje obecnou hodnotu ve sledovaných státech. Obecná proto, že se střední délka života dá sledovat například také podle míry vzdělání (viz. PŘÍLOHY: Obr.č.2). První příčku zaujímá v obou případech Norsko (ž: 84,3 let; m: 81 let; rozdíl = 3,3 let), dále Německo (ž: 83,4 let; m: 78,7 let; rozdíl = 4,7 let), ČR (ž: 82 let; m: 76,1 let; rozdíl = 5,9 let) a USA (ž: 81,1 let; m: 76,1 let; rozdíl = 5 let). Zde je názorně vidět, že ČR patří k zemím s nadprůměrným rozdílem ve střední délce života mezi pohlavím., a to ve prospěch žen, které zde žijí téměř o 6 let déle než muži.

9.4. Srovnání příčin úmrtnosti

V každé ze sledovaných zemí existují rozdílné nemoci, které způsobují nejvyšší úmrtnost. Následující onemocnění jsou ta, na která se umírá nejvíce v ČR, kardiovaskulární onemocnění, zhoubné nádory tlustého střeva a konečníku a zhoubné nádory plic. Jedná se o celkový počet úmrtí na daná onemocnění a následně, pro lepší srovnání a přehled, přepočtení úmrtí na 100 000 obyvatel.

Tabulka č.7 znázorňuje celkový počet úmrtí na onemocnění oběhové soustavy. Vzhledem k rozdílu v počtu celkové populace je v tabulce č. 8 provedený přepočtení onemocnění na 100 000 obyvatel.

Kardiovaskulární onemocnění, které jsou řazeny k tzv. civilizačním chorobám, jsou problémem předčasných úmrtí zejména ve střední Evropě. Navzdory výraznému poklesu v minulých letech však zůstává úroveň úmrtnosti na tato onemocnění v ČR až 2x vyšší než je tomu například v Norsku, ale i jiných zemích Evropy. Rizikovými faktory pro vznik KVO jsou zejména kouření, nezdravý životní styl a stresové faktory.⁶⁰

Nejlépe si vede ze sledovaných zemí Norsko s 10 936 úmrtí, tj. 186 na 100 000 obyvatel.

⁶⁰ Zpráva o zdraví obyvatel ČR, Ministerstvo zdravotnictví, Praha 2014, tým pracovníků Státního zdravotního ústavu a Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. ISBN 978-80-85047-49-3

Tabulka č. 7: Počet úmrtí na kardiovaskulární onemocnění za rok 2016

(ČR 2016–2017)

Zdroj: OECD.Stat

Dataset:			
Health Status			
Variable		Diseases of the circulatory	
Measure		Number of total deaths	
Year		2016	2017
Country			
Czech Republic		47611	49346
Germany		338687	..
Norway		10936	..
United States		840656	..

Tabulka č. 8: Počet úmrtí na kardiovaskulární onemocnění na 100 000 obyvatel za rok 2016 (ČR 2016–2017)

Zdroj: OECD.Stat

Dataset:			
Health Status			
Variable		Diseases of the circulatory system	
Measure		Deaths per 100 000 population (standardised rates)	
Year		2016	2017
Country			
Czech Republic		413,6	419,4
Germany		280,4	..
Norway		186	..
United States		254	..

Data extracted on 03 May 2020 06:40 UTC (GMT) from OECD.Stat

Jak můžeme vidět v tabulkách níže, výskyt nádorových onemocnění má v ČR vzestupnou tendenci. Ze sledovaných zemí je na tom nejlépe opět Norsko s počtem 2 234 úmrtí, tj. 39,2 na 100 000 obyvatel.

Tabulka č. 9: Zhoubné novotvary plic za rok 2016 (ČR za rok 2016-2017)

Zdroj: OECD.Stat

Dataset: Health Status			
Variable		Malignant neoplasms of trachea, bronchus, lung	
Measure		Number of total deaths	
Year		2016	2017
Country			
Czech Republic		5333	5463
Germany		45805	..
Norway		2234	..
United States		148945	..

Data extracted on 16 May 2020 11:44 UTC (GMT) from OECD.Stat

Tabulka č. 10: zhoubné novotvary plic na 100 000 obyvatel

Zdroj: OECD.Stat

Dataset: Health Status			
Variable		Malignant neoplasms of trachea, bronchus, lung	
Measure		Deaths per 100 000 population (standardised)	
Year		2016	2017
Country			
Czech Republic		41,2	41,5
Germany		40,5	..
Norway		39,2	..
United States		44,9	..

A konečné srovnání je zhoubných onemocnění tlustého střeva a konečníku. Z údajů obsažených v tabulkách níže vyplývá, že ČR opět vede z těchto srovnávaných zemí s počtem 3 509 úmrtí, tj. 28,5 na 100 000 obyvatel.

Zhoubné nádory tlustého střeva a konečníku jsou příčinami nevhodného životního stylu, zejména jde o nedostatečnou pohybovou aktivitu, konzumaci alkoholu, kouření či pravděpodobně i genetickou dispozici.

Ze sledovaných vybraných zemí je na tom nejlépe USA s počtem 53 145 úmrtí v roce 2016, tj. 16 na 100 000 obyvatel.

Tabulka č. 11: Zhoubné novotvary tlustého střeva a konečníku za rok 2016 (ČR za rok 2016-2017)
Zdroj: OECD.Stat

Dataset: Health Status			
Variable		Malignant neoplasms of colon, rectum and anus	
Measure		Number of total deaths	
Year		2016	2017
Country			
Czech Republic		3509	3560
Germany		25314	..
Norway		1610	..
United States		53145	..

Data extracted on 16 May 2020 11:47 UTC (GMT) from OECD.Stat

Tabulka č 12: Zhoubné novotvary tlustého střeva a konečníku na 100 000 obyvatel za rok 2016 (ČR 2016–2017)
Zdroj: OECD.Stat

Dataset: Health Status			
Variable		Malignant neoplasms of colon, rectum and anus	
Measure		Deaths per 100 000 population (standardised)	
Year		2016	2017
Country			
Czech Republic		28,5	28,5
Germany		21,6	..
Norway		28,1	..
United States		16	..

Data extracted on 16 May 2020 11:48 UTC (GMT) from OECD.Stat

9.5. Shrnutí výsledků komparace vybraných zemích

Srovnání podle výdajů dopadlo podle očekávání. USA vydává na zdravotnictví markantně vyšší částku než například ČR. Samozřejmě, je to z důvodu toho, že jsou Spojené státy rozložené na mnohem větším území s vyšším počtem obyvatel, ale i v porovnání podílu na HDP (16,9 % HDP)⁶¹ vynakládá USA jednou tolik výdajů než ČR (7,2 % HDP)⁶². Naopak překvapením bylo, že ani přes takto vysoké výdaje na zdravotnictví, není zdravotní stav obyvatelstva USA na tak dobré úrovni, jak by se dalo očekávat. Toto tvrzení potvrzují data o střední délce života. Hodnota střední délky života v USA zdaleka nedosahuje hodnot například v Norsku, kde výdaje na zdravotnictví dosahují pouze 10,2 % HDP. Z toho vyplývá, že není přímá souvislost mezi výdaji na zdravotnictví a zdravotním stavem obyvatelstva. Dá se říct, že je to nejspíše způsobeno nastaveným modelem tržního liberálního zdravotnictví v USA.

Srovnání příčin úmrtnosti také není jednoznačné. Nedá jednoznačně tvrdit, že je na tom ČR hůře či lépe, jelikož by výzkum musel obsahovat o mnoho více dat a o mnoho více příčin úmrtnosti, se kterými se ve světě lidstvo potýká. Pokud ale budeme srovnávat pouze naše čtyři vybrané země dle vybraných příčin úmrtnosti, je v ČR úmrtnost na KVO mnohem vyšší než v Norsku, Německu a USA, v některých případech jde až o 2x vyšší počet úmrtí.

Z těchto poznatků můžeme odvodit řadu doporučení, které by mohly vést ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva ČR a i ke zvýšení střední délky života. Ze všeho nejdřív by se měl začít klást větší důraz na prevenci a osvětu směrem ke zlepšení životního stylu. Právě toto by mělo přispět ke snížení incidence KVO, zabránit jejich přechodu do chronicity a zabránit i úmrtím na komplikace s těmito chorobami spojenými.

Rostoucí trend výdajů na zdravotnictví není špatnou prognózou. Naopak větší výdaje na zdravotnictví by mohly znamenat větší dostupnost zdravotní péče nebo financování výzkumů, které by mohly vést k vývoji nových technologií či

⁶¹ OECD.Stats

⁶² OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Česko: zdravotní profil země 2019*, str.22 *State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

léků. Financování již zmiňované prevence a osvěty směřující ke zdravému životnímu stylu by zase přispělo ke snížení výskytu KVO a zhoubných novotvarů. Tudíž zvyšování výdajů do zdravotnictví je také jedno z doporučení.

9.6. Závěrečné hodnocení zahraničních zdravotnických systémů a systému zdravotní péče v ČR

Ke srovnání systémů zdravotní péče ČR, Norska, Německa a USA byly použity demografické ukazatele střední délky života, dále údaje o nejčastějších příčinách úmrtnosti a výdajích na zdravotnictví. Z této komparace byly vyvozeny závěry a doporučení pro zlepšení českého zdravotnického systému.

Provedené srovnání zdravotnických systémů České republiky, Norska, Německa a USA ukázalo rozdílnosti v organizaci systému péče o zdraví, ale také i určité společné znaky, na kterých zdravotnictví vybraných států stojí a společné problémy, kterým vybrané státy čelí. V současné době neexistuje ve světě systém, který by se dal označit za ideální. Každá země se potýká s podobnými problémy, které jsou v této práci teoreticky zpracovány a i graficky zobrazeny. Jde především o demografické změny spočívající například ve stárnutí populace spojené s úbytkem ekonomicky aktivních jedinců. Dalším problémem je také technologický rozvoj, díky kterému se neustále zvyšuje zátěž, co se výdajů na zdravotnictví týče. Z tohoto hlediska můžeme tvrdit, že se zdravotnictví opírá i o ekonomickou úroveň dané země. Růst výdajů na zdravotnictví je zapříčiněn také rostoucí poptávkou po zdravotní péči, která je důsledkem již zmiňovaného stárnutí populace, narůstající incidence civilizačních chorob, kam spadají například kardiovaskulární onemocnění, které jsou v současnosti hlavní příčinou úmrtnosti ve vyspělých zemích. Jsou to také onemocnění, kterým se dá předcházet včasnou prevencí a správným životním stylem. Předcházet těmto problémům by se dalo právě větší osvětou a nabádáním ke zdravému životnímu stylu vytvářením podmínek pro fyzickou aktivitu (např. podporou sportu ve školách, budováním sportovišť, cyklostezek a plaveckých bazénů), správnou životosprávu (např. podporou zdravého stravování dětí, nabídkou zdravých potravin) a vyvarování se rizikovým faktorům, jako je například kouření nebo konzumace alkoholu (např. omezením jeho dostupnosti, zákazem reklamy), neboť mají neblahý vliv na zdraví člověka.

Komparace vybraných zdravotních systémů se systémem zdravotní péče v České republice ukázala, že český zdravotní systém výrazně nezaostává, ale prostor pro zlepšení tu stále zůstává i navzdory lepším výsledkům, které za poslední roky můžeme pozorovat.

Střední délka života se přibližuje k průměrům OECD. Výdaje na zdravotnictví jsou relativně nízké, ve srovnání s ostatními zeměmi OECD (7,2 %), to i přesto, že český zdravotní systém zajišťuje občanům všeobecné krytí.

Připravenost by měla být zejména na neustále se snižující podíl ekonomicky aktivního obyvatelstva. Ekonomická oblast je v tomto směru náchylná na neudržitelnost, jelikož pokles ekonomicky aktivního obyvatelstva znamená pokles příjmu pojistného, zatímco výdaje na zdravotnictví podle odhadů budou stále narůstat.

Další z problémů českého zdravotnického systému, který se dá vypořádat komparací, je nadužívání zdravotní péče. Každý občan s trvalým pobytem v České republice je pojištěn a pokud je zaměstnaný nebo podniká, je povinen odvádět určité procento (4,5 %) ze svého příjmu státu. Problém nastává, když je občan nezaměstnaný nebo není schopen pracovat z důvodu zdravotního postižení, sociálního vyloučení či z jiných příčin nemá vlastní zdroj příjmů (např. děti, důchodci, ženy na mateřské dovolené, osoby dlouhodobě pečující o člověka závislého na péči atd.). Za tyto osoby je odpovědný stát, který za ně odvádí zdravotní pojištění zdravotním pojišťovnám ze státního rozpočtu. Vysoká dostupnost zdravotní péče a její financování z veřejného zdravotního pojištění (téměř bez účasti pacientů) vede k tomu, že český zdravotnický systém je lehce zneužitelný a spotřeba zdravotní péče je vysoká. Proto by ČR měla zavést taková opatření, která by nadměrné využívání zdravotní péče zmírnila.

Jak už bylo zmíněno, český zdravotnický systém dosahuje dobrých výsledků, ale stále je co vylepšovat. Odpovědnost za to nese zdravotní politika státu, ale také jednotlivci v tom, že se budou o své zdraví starat například správnou životosprávou a vyhýbáním se rizikovým faktorům. K opatřením zdravotní politiky nezbytně patří také šíření osvěty o zdravém životním stylu.

10. Závěr

Stěžejním cílem mé bakalářské práce bylo provést popis a analýzu zdravotnického systému České republiky a jeho současnou situaci porovnat s vybranými státy, jako je Německo, Norsko a Spojené státy americké. Předmětem mého zájmu a mým cílem bylo provést srovnání některých vybraných ukazatelů, formulování kladů a záporů jednotlivých systémů a vyhodnocení aktuální situace z ekonomického, sociálního a demografického hlediska. Pro porovnání jsem využila data z databáze OECD a Eurostatu. Na základě vyhodnocení jednotlivých systémů jsem provedla určitá doporučení a východiska ke zlepšení českého zdravotnického systému.

PŘÍLOHY

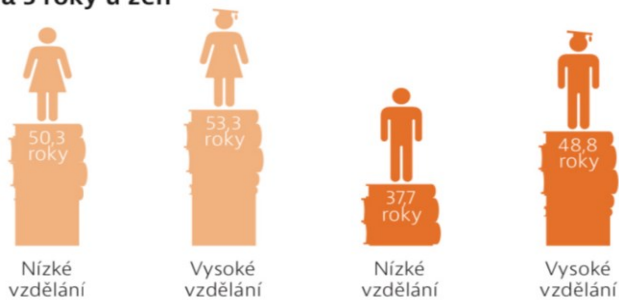
Obr.č. 1.: Typologie zdravotnických systémů⁶³

	<i>Bismarckův model</i>	<i>Beveridgeův model</i>	<i>Semaškův model</i>	<i>Model privátního pojištění</i>
Financování	příspěvky zaměstnavatelů a pojištěnců	daně, státní nebo municipální rozpočet	státní rozpočet	pojistné privátního pojištění
Řízení	samospráva ze zástupců zaměstnavatelů a pojištěnců	stát a jeho úřady	centrální vláda, ministerstvo zdravotnictví	privátní organizace – pojišťovny
Rozhodování o právech a povinnostech	zdravotní pojišťovny v rámci svých zákonných kompetencí	stát a jeho úřady	centrální vláda	práva nejsou zaručena, záleží na vztahu nabídky a poptávky
Pojistné pokrytí obyvatelstva	veškeré obyvatelstvo s možnými výjimkami	veškeré obyvatelstvo	veškeré obyvatelstvo	svobodné rozhodnutí jednotlivce
Solidarita	určená konstrukcí pojistného	určená daňovým systémem	určená daňovým systémem	neexistuje nebo velmi omezená
Plánování sítě	stát a zdravotní pojišťovny	stát	stát	neexistuje

Obr.č 2.: Rozdíl ve střední délce života v závislosti na vzdělání u mužů a žen⁶⁴

Zdroj: *State of Health in the EU, Česko, Zdravotní profil země 2019*

Obrázek 2. Rozdíl ve střední délce života ve věku 30 let v závislosti na vzdělání činí v Česku 11 let u mužů a 3 roky u žen



Rozdíl ve střední délce života ve věku 30 let v závislosti na vzdělání:

Česko: 3 roky
EU21: 4,1 roky

Česko: 11,1 roky
EU21: 7,6 roky

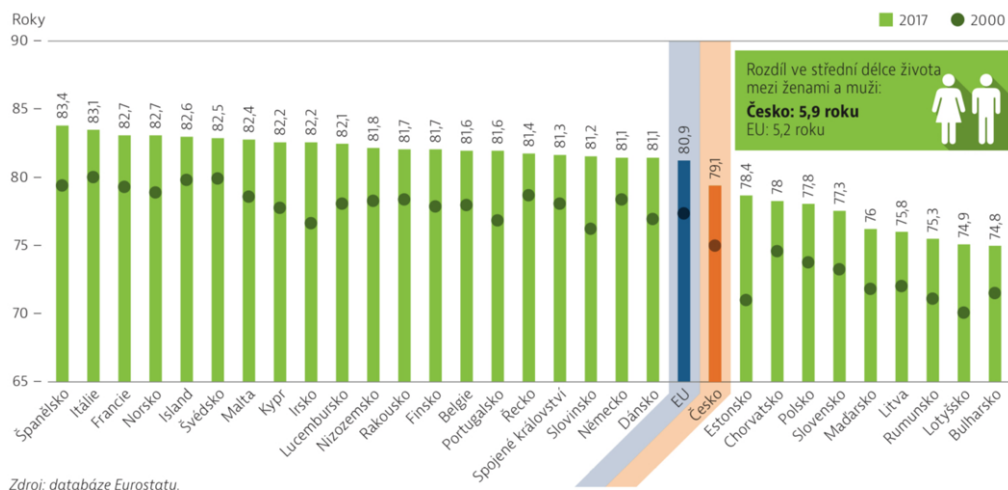
Poznámka: Údaje se týkají střední délky života ve věku 30 let. Nižší úroveň vzdělání se týkají osob s nižším než primárním, primárním nebo nižším sekundárním vzděláním (úroveň 0–2 Mezinárodní standardní klasifikace vzdělání (ISCED)) a vyšší úroveň vzdělání se týkají osob s terciárním vzděláním (úroveň ISCED 5–8).
Zdroj: databáze Eurostatu (údaje za rok 2016).

⁶³ HOLČÍK, Jan, Pavlína KAŇOVÁ a Lukáš PRUDIL. Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy. Vydání druhé upravené. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015. ISBN 978-80-7013-575-4

⁶⁴ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Česko: zdravotní profil země 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

Obr.č. 3: Střední délka života v ČR, 2017 ⁶⁵

Zdroj: State of Health in the EU, Česko, Zdravotní profil země 2019



Obr.č.4: Demografické a socioekonomické souvislosti v ČR, 2017 ⁶⁶

Zdroj: State of Health in the EU, Česko, Zdravotní profil země, 2019

Demografické a socioekonomické souvislosti v Česku, 2017		
Demografické faktory	Česko	EU
Velikost populace (střední stav)	10 594 000	511 876 000
Podíl obyvatel starších 65 let (%)	18,8	19,4
Míra plodnosti ¹	1,7	1,6
Socioekonomické faktory	Česko	EU
HDP na obyvatele (EUR PPP ²)	26 900	30 000
Míra relativní chudoby ³ (%)	9,1	16,9
Míra nezaměstnanosti (%)	2,9	7,6

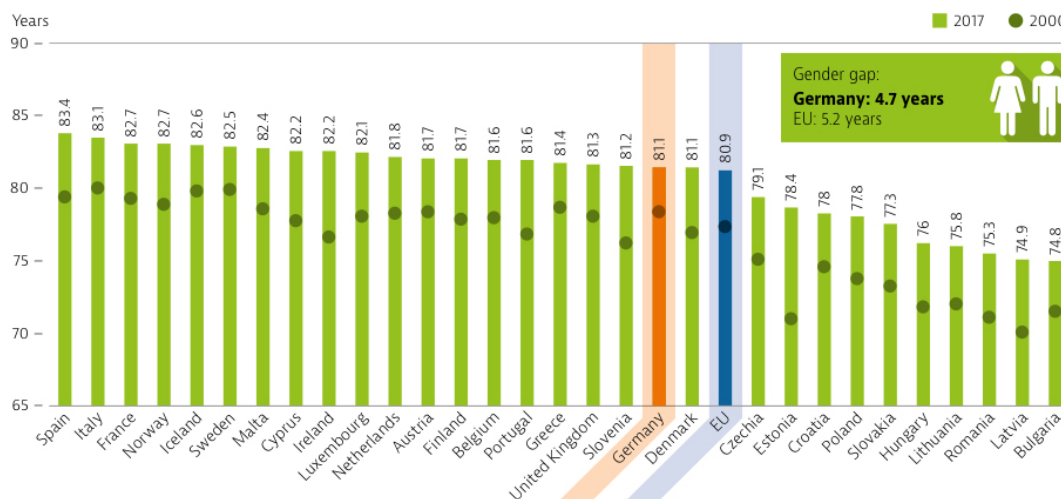
⁶⁵ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Česko: zdravotní profil země 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

⁶⁶ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Česko: zdravotní profil země 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

Obr.č.5 Střední délka života v Německu 2017 ⁶⁷

Zdroj: *State of Health in the EU, Germany, Country Health Profile, 2019*

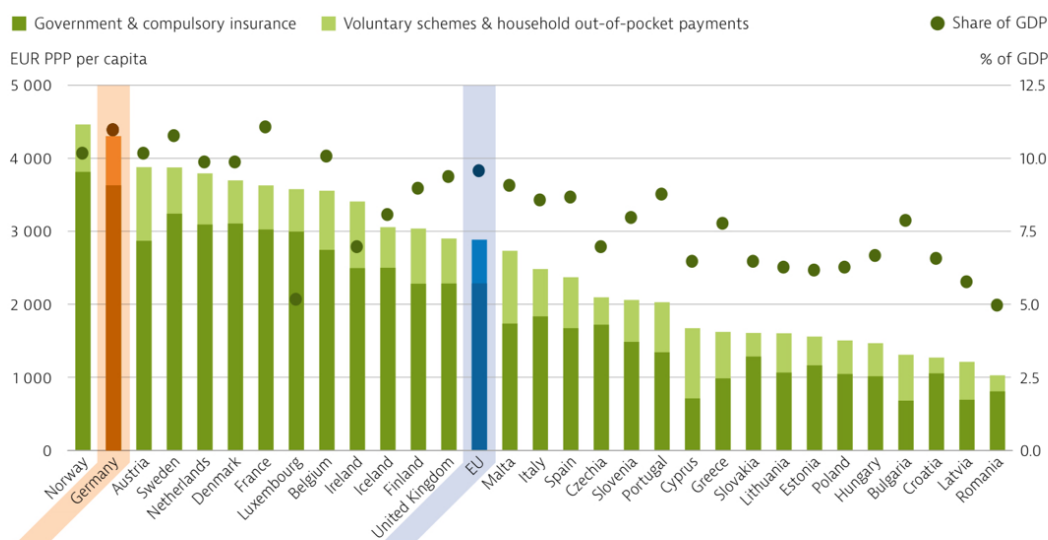
Figure 1. Life expectancy in Germany is close to the EU average



Obr.č.6: Výdaje na zdravotnictví v Německu a EU (na HDP) ⁶⁸

Zdroj: *State of Health in the EU, Germany, Country Health Profile, 2019*

Figure 7. Total health spending is among the highest in the EU and is expected to grow



Source: OECD Health Statistics 2019 (data refer to 2017).

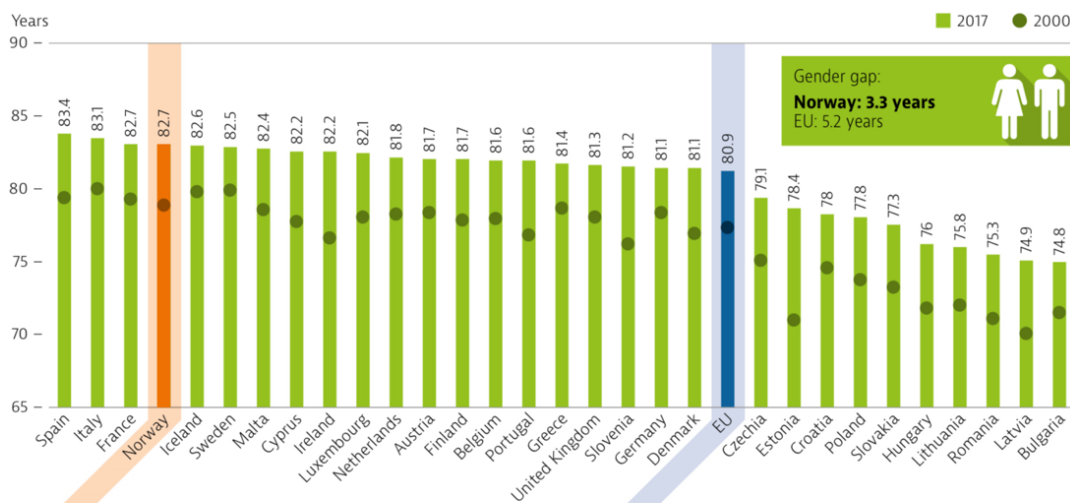
⁶⁷ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Germany:Country Health profile 2019. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

⁶⁸ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Germany:Country Health Profile 2019. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

Obr.č.7: Střední délka života v Norsku ⁶⁹

Zdroj: *State of Health in the EU, Country Health Profile, Norway, 2019*

Figure 1. Norway has the highest life expectancy among northern European countries

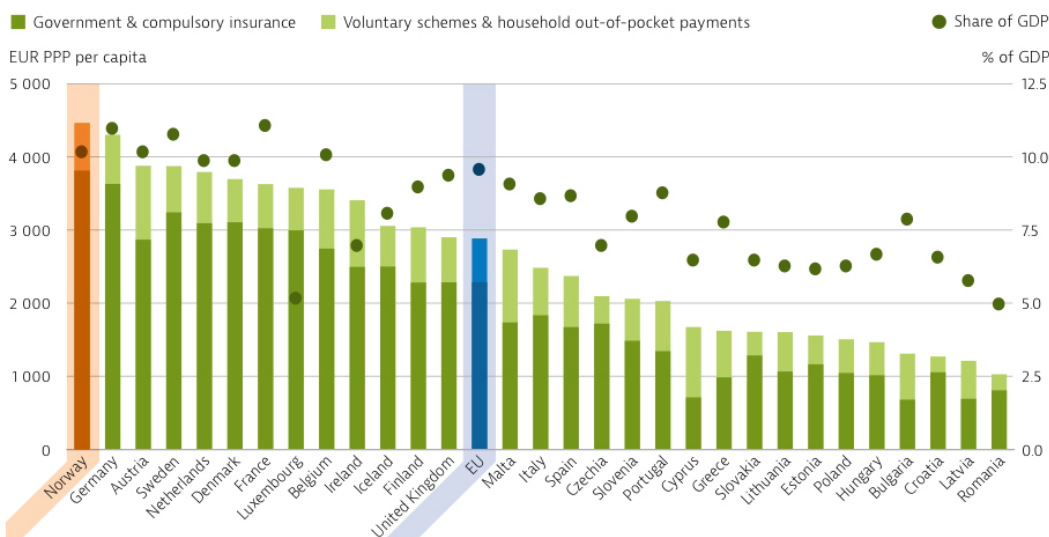


Source: Eurostat Database.

Obr.č.8: Výdaje na zdravotnictví v Norsku a EU (na HDP) ⁷⁰

Zdroj: *State of Health in the EU, Country Health Profile, Norway, 2019*

Figure 7. Norway spends more on health per capita than any EU country



Source: OECD Health Statistics 2019 (data refer to 2017).

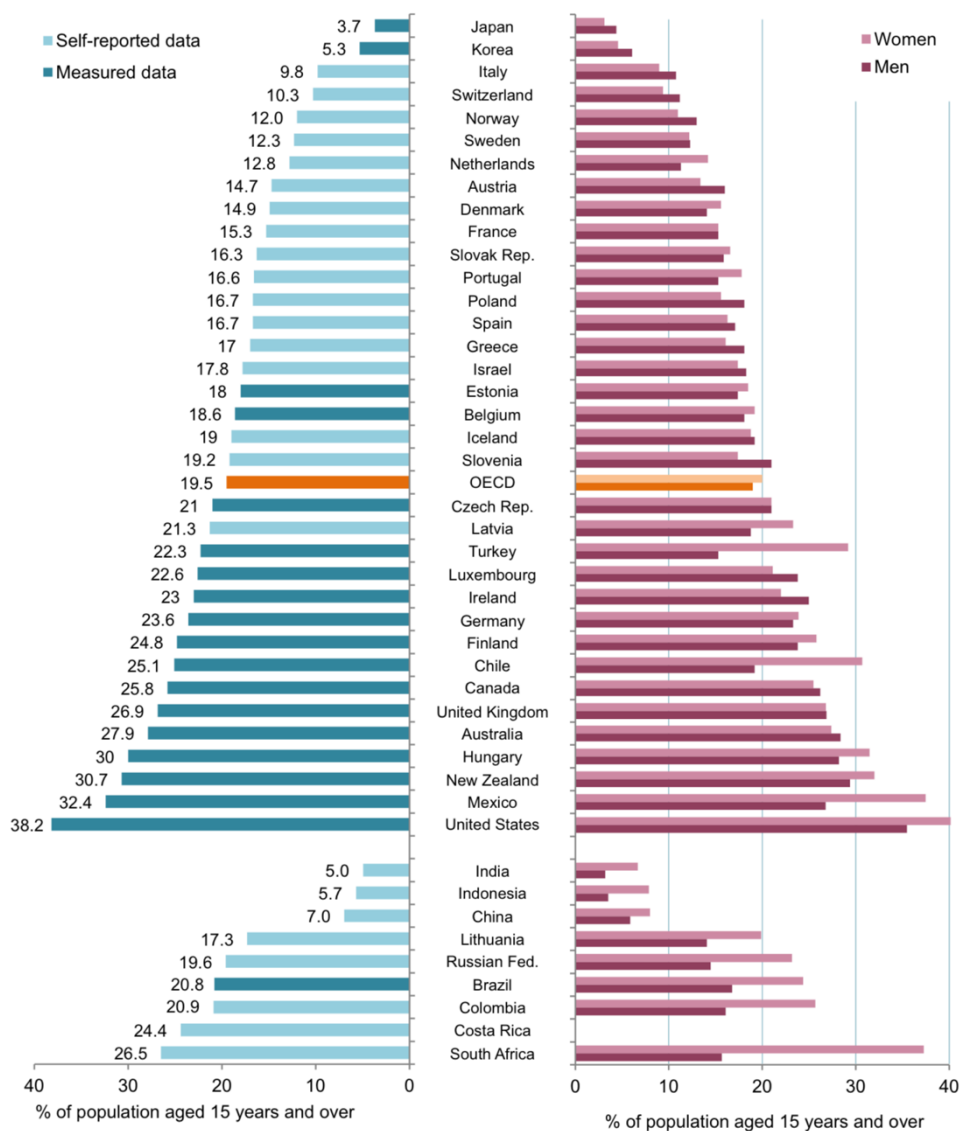
⁶⁹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Norway Country Health Profile 2019. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

⁷⁰ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Norway Country Health Profile 2019. State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

Obr.č.9: Obezita mezi dospělými, rok 2015 ⁷¹

Zdroj: *Obesity Update, OECD, 2017*

Figure 1: Obesity among adults, 2015 or nearest year



Source: OECD (2017), OECD Health Statistics 2017 (Forthcoming in June 2017).
www.oecd.org/health/health-data.htm

Note: The statistical data for Israel are supplied by and under the responsibility of the relevant Israeli authorities. The use of such data by the OECD is without prejudice to the status of the Golan Heights, East Jerusalem and Israeli settlements in the West Bank under the terms of international law.

⁷¹ <https://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH:

Obr.č.1	Typologie zdravotnických systémů
Obr.č.2	Rozdíl ve střední délce života v závislosti na vzdělání u mužů a žen
Obr.č.3	Střední délka života v ČR, 2017
Obr.č.4	Demografické a socioekonomické souvislosti v ČR, 2017
Obr.č.5	Střední délka života v Německu 2017
Obr.č.6	Výdaje na zdravotnictví v Německu a EU (na HDP)
Obr.č.7	Střední délka života v Norsku
Obr.č.8	Výdaje na zdravotnictví v Norsku a EU (na HDP)
Obr.č.9	Obezita mezi dospělými, rok 2015

Tab.č.1	Celkové výdaje na zdravotnictví za rok 2016-2018
Tab.č.2	Celkové výdaje na zdravotnictví na obyvatele za rok 2016-2018
Tab.č.3	Střední délka života ve sledovaných zemích za rok 2016-2017
Tab.č.4	Střední délka života ve sledovaných zemích za rok 2013-2017
Tab.č.5	Střední délka života u žen za rok 2016-2017
Tab.č.6	Střední délka života u mužů za rok 2016-2017
Tab.č.7	Počet úmrtí na KVO za rok 2016 (ČR 2016-2017)
Tab.č.8	Počet úmrtí na KVO na 100 tis. obyvatel za rok 2016 (ČR 2016 - 2017)
Tab.č.9	Počet úmrtí na zhoubné novotvary plic za rok 2016 (ČR 2016 - 2017)
Tab.č.10	Počet úmrtí na zhoubné novotvary plic na 100 tis. obyvatel za rok 2016 (ČR za rok 2016-2017)
Tab.č.11	Počet úmrtí na zhoubné novotvary tlustého střeva a konečníku za rok 2016 (ČR 2016-2017)
Tab.č.12	Počet úmrtí na zhoubné novotvary tlustého střeva a konečníku na 100 tis. obyvatel za rok 2016 (ČR 2016-2017)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTÁK, Miroslav. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-984-5
2. ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3809-6
3. DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-340-0
4. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 2003. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8
5. HNILICOVÁ, Helena, *Úvod do studia zdravotnických systémů*, (pdf) 2009
6. HOLČÍK, Jan, Pavlína KAŇOVÁ a Lukáš PRUDIL. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Vydání druhé upravené. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015. ISBN 978-80-7013-575-4
7. IVANOVÁ, Kateřina. *Sociální lékařství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2018. ISBN 978-80-244-5326-2
8. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9
9. KRÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. 3. lékařská fakulta UK, Praha, 1998. ISBN 80-238-0937-7
10. MALINA, Antonín. *Úvod do veřejného zdravotnictví pro nelékaře*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013. ISBN 978-80-87023-29-7
11. MALÍŘ, Jan a Tomáš DOLEŽAL. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. Právní monografie. ISBN 978-80-7552-224-5
12. PUSTELNÍK, Karel a Darja JAROŠOVÁ. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2003. ISBN 80-7042-346-3
13. Úřední věstník EU – Závěry Rady o společných hodnotách a zásadách ve zdravotních systémech Evropské Unie, 2006
14. Zdraví 2020, Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, Akční plán č.13: Rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel, Ministerstvo zdravotnictví 2015
15. Zdravotnická ročenka České republiky 2018, zdravotnická statistika ČR, vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha 2
16. Zpráva o zdraví obyvatel ČR, Ministerstvo zdravotnictví, Praha 2014, tým pracovníků Státního zdravotního ústavu a Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. ISBN 978-80-85047-49-3
17. Global Reference List of 100 Core Health Indicators, World Health Organization 2015
18. State of Health in the EU – Česko, Zdravotní profil země, 2019
19. State of Health in the EU – Norway, Country Health Profile, 2019
20. State of Health in the EU – Germany, Country Health Profile, 2019

Internetové zdroje:

1. Ministerstvo zdravotnictví - <http://www.mzcr.cz/>
2. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky - <https://www.psp.cz>
3. Český statistický úřad - <https://www.czso.cz/>
4. Revue pro sociální politiku - <https://socialnipolitika.eu>
5. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR - <https://www.uzis.cz/>
6. OECD - <https://www.oecd.org>
7. OECD.Stat - <https://stats.oecd.org/>
8. International Health Care System Profiles - <https://international.commonwealthfund.org>
9. World Health Organization - <https://www.who.int/>
10. https://is.mendelu.cz/eknihovna/opory/zobraz_cast.pl?cast=50566

SEZNAM ZKRATEK

WHO	Světová zdravotnická organizace
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
EU	Evropská Unie
ČR	Česká republika
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
USA	Spojené státy americké
USD	Dolar
EUR	Euro
HLY	Počet let prožitých ve zdraví
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
DM	Diabetes mellitus
RPN	Registr pohlavních nemocí
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
HDP	Hrubý domácí produkt
KVO	Kardiovaskulární onemocnění
CHOPN	Chronická obstrukční porucha
DHHS	Odbor Spojených států pro zdravotnictví a služby lidu