

Univerzita Pardubice  
Fakulta Ekonomicko-správní

Vybrané makroekonomické ukazatele ve zdravotnictví v České a Slovenské  
republice  
Diplomová práce

2024

Bc. Michaela Koudelová

Univerzita Pardubice  
Fakulta ekonomicko-správní  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Koudelová**  
Osobní číslo: **E22481**  
Studijní program: **N0488A050001 Hospodářská politika a veřejná správa**  
Specializace: **Ekonomika veřejného sektoru**  
Téma práce: **Vybrané makroekonomické ukazatele ve zdravotnictví v České a Slovenské republice.**  
Zadávací katedra: **Ústav ekonomických věd**

## Zásady pro vypracování

Cílem práce je porovnat zdravotnický systém v České a Slovenské republice a identifikovat hlavní rozdíly a podobnosti mezi oběma zeměmi a na základě analýzy zhodnotit změny spojené s reformou zdravotnického systému na Slovensku.

Osnova:

- Charakteristika zdravotnických systémů.
- Vymezení specifik zdravotnických systémů v České a Slovenské republice.
- Komparace zdravotnických systémů v České a Slovenské republice.
- Analýza makroekonomických ukazatelů ve zdravotnictví.
- Zhodnocení vývoje zdravotnictví ve zkoumaných zemích.

Rozsah pracovní zprávy: **cca 50 stran**  
Rozsah grafických prací: **-**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BEMKER, M. A., RALYEA, Ch. Population health and its integration into advanced nursing practice. Lancaster, Pennsylvania: DEStech Publications, 2018. ISBN 978-1-60595-392-2.  
ČERVINKA, T. Zdravotní pojištění: zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komenářem a příklady. 11. aktualizované vydání. Olomouc: ANAG, 2022. 176 ISBN 978-80-7554-360-8.  
MACH, J., HORÁKOVÁ, M. Zdravotníci, právo a praxe. 1.vyd. Praha: Galén, 2018. ISBN 978-80-7492-371-5.  
MERTL, J. Financování zdravotnických systémů: v kontextu české zdravotní politiky. 1.vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2022. ISBN 978-80-7676-505-4.  
SVEJKOVSKÝ, J., ŘÍPA, L. Právo ve zdravotnictví. 1.vyd. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Martin Sobotka, Ph.D.**  
Ústav ekonomických věd

Datum zadání diplomové práce: **1. září 2023**  
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2024**

**prof. Ing. Jan Stejskal, Ph.D.** v.r.  
děkan

L.S.

**doc. Ing. Romana Provazníková, Ph.D.** v.r.  
garant studijního programu

V Pardubicích dne 1. září 2023

Univerzita Pardubice  
Fakulta ekonomicko-správní  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Koudelová**  
Osobní číslo: **E22481**  
Studijní program: **N0488A050001 Hospodářská politika a veřejná správa**  
Specializace: **Ekonomika veřejného sektoru**  
Téma práce: **Vybrané makroekonomické ukazatele ve zdravotnictví v České a Slovenské republice.**  
Zadávající katedra: **Ústav ekonomických věd**

## Zásady pro vypracování

Cílem práce je porovnat zdravotnický systém v České a Slovenské republice a identifikovat hlavní rozdíly a podobnosti mezi oběma zeměmi a na základě analýzy zhodnotit změny spojené s reformou zdravotnického systému na Slovensku.

Osnova:

- Charakteristika zdravotnických systémů.
- Vymezení specifík zdravotnických systémů v České a Slovenské republice.
- Komparace zdravotnických systémů v České a Slovenské republice.
- Analýza makroekonomických ukazatelů ve zdravotnictví.
- Zhodnocení vývoje zdravotnictví ve zkoumaných zemích.

Rozsah pracovní zprávy: **cca 50 stran**  
Rozsah grafických prací: **-**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BEMKER, M. A., RALYEA, Ch. Population health and its integration into advanced nursing practice. Lancaster, Pennsylvania: DEStech Publications, 2018. ISBN 978-1-60595-392-2.  
ČERVINKA, T. Zdravotní pojištění: zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komenářem a příklady. 11. aktualizované vydání. Olomouc: ANAG, 2022. 176 ISBN 978-80-7554-360-8.  
MACH, J., HORÁKOVÁ, M. Zdravotníci, právo a praxe. 1.vyd. Praha: Galén, 2018. ISBN 978-80-7492-371-5.  
MERTL, J. Financování zdravotnických systémů: v kontextu české zdravotní politiky. 1.vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2022. ISBN 978-80-7676-505-4.  
SVEJKOVSKÝ, J., ŘÍPA, L. Právo ve zdravotnictví. 1.vyd. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Jolana Volejníková, Ph.D.**  
Ústav ekonomických věd

Datum zadání diplomové práce: **1. března 2024**  
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2024**

**prof. Ing. Jan Stejskal, Ph.D.** v.r.  
děkan

L.S.

**doc. Ing. Romana Provozničková, Ph.D.** v.r.  
garant studijního programu

Prohlašuji:

Práci s názvem Vybrané makroekonomické ukazatele ve zdravotnictví v České a Slovenské republice jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 22.4.2024

Bc. Michaela Koudelová v.r.

## PODĚKOVÁNÍ

*Chtěla bych poděkovat své rodině za podporu při celé době studia a svým vedoucím Ing. Martinu Sobotkovi, Ph.D. a doc. Ing. Jolaně Volejníkové, Ph.D. za jejich cenné rady a připomínky, které mi byly nápomocny při zpracování této diplomové práce.*

## **ANOTACE**

*Práce je věnována charakteristice zdravotnických systémů v České a Slovenské republice. V první části je popsán teoretický rámec zdravotnictví a rozdělení zdravotnických systémů dle zdroje financování. Druhá část popisuje zdravotnický systém v České a Slovenské republice a reformy, které proběhly v rámci slovenského zdravotnického systému. Třetí část se zabývá základními informacemi o vybraných zemích a analyzuje makroekonomické ukazatele ve zdravotnictví v jednotlivých zemích nezávisle na sobě. V poslední části je provedena komparativní analýza mezi lety 2010-2021 ve vybraných zemích. Cílem práce je porovnat zdravotnický systém v České a Slovenské republice a identifikovat hlavní rozdíly a podobnosti mezi oběma zeměmi a na základě analýzy zhodnotit změny spojené s reformou zdravotnického systému na Slovensku.*

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

*zdravotnictví, veřejné výdaje, reforma zdravotnictví, financování zdravotnictví, zdravotnické systémy*

## **TITLE**

*Selected macroeconomic indicators in the healthcare sector in the Czech and Slovak Republics.*

## **ANNOTATION**

*The thesis is devoted to the characteristics of health care systems in the Czech and Slovak Republics. The first part describes the theoretical framework of health care and the division of health care systems according to the source of financing. The second part describes the health care system in the Czech and Slovak Republics and the reforms that have taken place within the Slovak health care system. The third part deals with basic information about the selected countries and analyses macroeconomic indicators in the health sector in each country independently. In the last part, a comparative analysis between 2010-2021 in the selected countries is carried out. The purpose of the paper is to compare the health care system in the Czech and Slovak Republics and to identify the main differences and similarities between the two countries and to assess the changes associated with the reform of the health care system in Slovakia based on the analysis.*



## **KEYWORDS**

*health care, public spending, health care reform, health care financing, health care systems*

# OBSAH

ÚVOD .....	19
1 Zdraví jako ekonomická kategorie.....	21
2 Systémy zdravotnictví.....	23
2.1 Model národní zdravotní služby .....	23
2.2 Bismarckův model.....	24
2.3 Tržní model.....	24
3 Zdravotnický systém v České republice .....	26
3.1 Všeobecné zdravotní pojištění.....	26
3.2 Plátcí pojistného zdravotního pojištění.....	27
3.3 Přerozdělování pojistného .....	28
3.4 Výdaje.....	29
3.4.1 Platby za výkon .....	29
3.4.2 DRG financování.....	30
3.4.3 Kapitačně výkonové platby u praktických lékařů .....	30
3.4.4 Paušální platby .....	31
3.4.5 Platby za ošetrovací den.....	31
3.4.6 Přímá platba.....	32
3.5 Orgány v oblasti českého zdravotnického systému.....	33
4 Zdravotnický systém na Slovensku.....	34
4.1 Veřejné zdravotní pojištění.....	35
4.2 Reforma mezi lety 2000-2002 .....	35
4.3 Reformy mezi lety 2003-2005 .....	36
4.3.1 Zákon o rozsahu .....	37
4.3.2 Zákon o zdravotní péči.....	37
4.3.3 Zákon o zdravotním pojištění.....	37
4.3.4 Zákon o zdravotních pojišťovnách a dohledě nad zdravotní péčí .....	38
4.4 Reformy po roce 2006 .....	40

4.5	Přerozdělování .....	42
4.6	Veřejné výdaje .....	43
4.7	Zdravotní pojišťovny na Slovensku .....	44
5	Analýza financování českého a slovenského zdravotnictví mezi lety 2010-2021 .....	46
5.1	Výdaje na zdravotní péči .....	47
5.2	Podíl Vládních/povinných a přímých/dobrovolných výdajů .....	47
5.3	Nemocniční lůžka .....	47
5.4	Průměrná délka života při narození .....	47
5.5	Průměrná délka v nemocnici při akutní péči .....	48
5.6	Počet zdravotních sester .....	48
5.7	Odvratitelná úmrtnost .....	48
5.8	Celkové výdaje vynaložené na prevenci .....	49
6	Makroekonomické ukazatele vybraných zemí .....	50
6.1	České republika .....	50
6.1.1	Celkové výdaje na zdravotní péči .....	50
6.1.2	Celkové výdaje na zdravotnictví na osobu (USD PPP) .....	51
6.1.3	Výdaje českého zdravotnictví dle zdrojů financování .....	52
6.1.4	Podíl veřejných a soukromých výdajů na financování českého zdravotnictví .....	54
6.1.5	Nemocniční lůžka na 10 000 obyvatel .....	56
6.1.6	Očekávaná délka života při narození .....	56
6.1.7	Počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel .....	57
6.1.8	Průměrná délka v nemocnici při akutní péči .....	58
6.1.9	Odvratitelná úmrtnost na 100 000 obyvatel .....	59
6.1.10	Celkové výdaje vynaložené v rámci preventivní péče na 1 obyvatele .....	60
6.2	Slovenská republika .....	61
6.2.1	Celkové výdaje na zdravotní péči .....	61
6.2.2	Celkové výdaje ve zdravotnictví na osobu (USD PPP) .....	62
6.2.3	Výdaje slovenské zdravotnictví dle zdrojů financování .....	63

6.2.4	Podíl veřejných a soukromých výdajů na financování slovenského zdravotnictví .	65
6.2.5	Nemocniční lůžka na 10 000 obyvatel .....	66
6.2.6	Očekávaná délka života při narození.....	67
6.2.7	Počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel.....	68
6.2.8	Průměrná délka v nemocnici při akutní péči .....	69
6.2.9	Odvratitelná úmrtnost v přepočtu na 100 000 obyvatel .....	70
6.2.10	Celkové výdaje vynaložené na prevenci na 1 obyvatele .....	71
7	Komparace a shrnutí .....	73
7.1	Celkové výdaje na zdravotní péči v České a Slovenské republice .....	73
7.2	Celkové výdaje na zdravotnictví v USD PPP na osobu v České a Slovenské republice .....	74
7.3	Výdaje slovenského a českého zdravotnictví dle zdrojů financování .....	76
7.4	Podíl veřejných a soukromých výdajů na financování českého a slovenského zdravotnictví .....	77
7.5	Nemocniční lůžka 10 000 obyvatel .....	80
7.6	Očekávaná délka života při narození.....	81
7.7	Počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel.....	82
7.8	Průměrná délka v nemocnici v rámci akutní péči.....	83
7.9	Odvratitelná úmrtnost v přepočtu na 100 000 obyvatel.....	85
7.10	Celkové výdaje vynaložené na prevenci.....	85
7.11	Shrnutí .....	87
8	Závěr .....	90
	Použitá literatura .....	92

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Charakteristiky modelů zdravotního pojištění .....	25
Tabulka 2: Charakteristika zdravotnických modelů v České a Slovenské republice k 31.12.2023 .....	43
Tabulka 3: Komparace systému zdravotního pojištění České a Slovenské republiky .....	45
Tabulka 4: Podíl veřejných výdajů na financování českého zdravotnictví .....	53
Tabulka 5: Podíl veřejných a soukromých výdajů na financování českého zdravotnictví.....	55
Tabulka 6: Nemocniční lůžka na 10 000 obyvatel v České republice .....	56
Tabulka 7: Očekávaná délka života při narození v České republice.....	57
Tabulka 8: Počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel v českém zdravotnictví .....	58
Tabulka 9: Průměrná délka v nemocnici při akutní péči v českém zdravotnictví.....	59
Tabulka 10: Odvratitelná úmrtnost na 100 000 obyvatel .....	60
Tabulka 11: Celkové výdaje na prevenci v České republice na 1 obyvatele .....	60
Tabulka 12: Celkové výdaje na prevenci a tempo růstu v České republice.....	61
Tabulka 13: Podíl veřejných výdajů na zdravotní péči .....	62
Tabulka 14: Výdaje slovenského zdravotnictví dle zdrojů financování .....	64
Tabulka 15: Podíl veřejných a soukromých výdajů na financování slovenského zdravotnictví.....	66
Tabulka 16: Počet nemocničních lůžek na 10 000 obyvatel na Slovensku.....	67
Tabulka 17: Očekávaná délka života při narození na Slovensku.....	68
Tabulka 18: Počet zdravotních sester na Slovensku na 10 000 obyvatel.....	69
Tabulka 19: Průměrná délka v nemocnici při akutní péči na Slovensku .....	70
Tabulka 20: Odvratitelná úmrtnost na 100 000 obyvatel.....	71
Tabulka 21: Celkové výdaje na prevenci na Slovensku na 1 obyvatele .....	71
Tabulka 22: Meziroční tempo růstu výdajů na prevenci na Slovensku .....	72
Tabulka 23: Celkové výdaje na zdravotní péči .....	73
Tabulka 24: Celkové výdaje ve zdravotnictví na osobu a rok (USD PPP) v České a Slovenské republice.....	75
Tabulka 25: Podíl financování ze státního rozpočtu a místních rozpočtů.....	76
Tabulka 26: Podíl financování z povinného zdravotního pojištění.....	76

Tabulka 27: Podíl přímých plateb domácností.....	77
Tabulka 28: Podíl veřejných výdajů na financování českého a slovenského zdravotnictví.....	78
Tabulka 29: Podíl veřejných výdajů a meziroční tempo růstu.....	78
Tabulka 30: Podíl soukromých výdajů na financování zdravotnictví v České a Slovenské republice ..	79
Tabulka 31: Podíl soukromých výdajů na financování českého a slovenského zdravotnictví a meziroční tempo růstu.....	80
Tabulka 32: Nemocniční lůžka na 10 000 obyvatel.....	81
Tabulka 33: Očekávané délka života při narození v České a Slovenské republice.....	82
Tabulka 34: Počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel v České a Slovenské republice.....	83
Tabulka 35: Průměrné délka v nemocnici v rámci akutní péče .....	84
Tabulka 36: Odvratitelná úmrtnost na 100 000 obyvatel.....	85
Tabulka 37: Celkové výdaje na prevenci v České a Slovenské republice na 1 obyvatele .....	85
Tabulka 38: Tempo růstu výdajů na prevenci v České a Slovenské republice .....	86

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Celkové výdaje na zdravotnictví vzhledem k HDP v České republice .....	51
Graf 2: Celkový výdaje na zdravotnictví v USD PPP na osobu v České republice .....	52
Graf 3: Veřejné výdaje českého zdravotnictví dle zdrojů financování .....	53
Graf 4: Přímé úhrady v českém zdravotnictví.....	54
Graf 5: Podíl veřejných a soukromých výdajů na financování českého zdravotnictví .....	55
Graf 6: Počet nemocničních lůžek na 10 000 obyvatel v českém zdravotnictví.....	56
Graf 7: Očekávaná délka života při narození v České republice .....	57
Graf 8: Počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel v českém zdravotnictví .....	58
Graf 9: Průměrná délka v nemocnici při akutní péči v českém zdravotnictví .....	59
Graf 10: Celkové výdaje na zdravotnictví na Slovensku mezi lety 2010-2021 .....	62
Graf 11: Celkové výdaje na zdravotnictví na osobu v USD (PPP).....	63
Graf 12: Veřejné výdaje slovenského zdravotnictví dle zdrojů financování .....	64
Graf 13: Přímé hrady v rámci slovenského zdravotnictví.....	65
Graf 14: Podíl veřejných výdajů na financování slovenského zdravotnictví .....	66
Graf 15: Počet nemocničních lůžek na 10 000 obyvatel na Slovensku.....	67
Graf 16: Očekávaná délka života při narození na Slovensku.....	68
Graf 17: Počet zdravotních sester na Slovensku na 10 000 obyvatel.....	69
Graf 18: Průměrná délka v nemocnici při akutní péči na Slovensku .....	70
Graf 19: Celkové výdaje vynaložené na zdravotní péči v Česku a na Slovensku.....	74
Graf 20: Celkové výdaje ve zdravotnictví na osobu a rok (USD PPP) v České a Slovenské republice	75
Graf 21: Podíl veřejných výdajů na financování českého a slovenského zdravotnictví .....	77
Graf 22: Podíl soukromých výdajů na financování českého a slovenského zdravotnictví .....	79
Graf 23: Nemocniční lůžka na 10 000 obyvatel.....	81
Graf 24: Očekávaná délka života při narození v Česku a na Slovensku.....	82
Graf 25: Počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel mezi lety 2010-2021 .....	83
Graf 26: Délka pobytu v nemocnici při akutní péči.....	84

Graf 27: Celkové výdaje vynaložené na prevenci v České a Slovenské republice .....	86
--	----



## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČSÚ – Český statistický úřad

DRG – Diagnosis-Related Group

HDP – Hrubý národní produkt

KČ – Koruna česká

MZ SR – Ministerstvo zdravotníctví Slovenskej republiky

OECD - Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

PCG - Pharmacy-based cost groups

PPP – Purchasing power parity

SK – Slovenská koruna

VšZP - Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

# ÚVOD

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

Citát Arthura Schopenhauera, který zdůrazňuje, že zdraví je jednou z nejcennějších hodnot v životě. Bez zdraví může být téměř všechno ztraceno. Zdraví nemusí být tou nejdůležitější hodnotou v našem životě, ale má zásadní vliv na jiné aspekty života, jako je rodina, práce, nebo zážitky. Bez zdraví může být vše co máme, bezcenné. Citát také připomíná, abychom si vážili svého zdraví a přijímali zodpovědnost k jeho udržení.

Zdraví představuje pro každého člověka něco jiného. Je to ale to nejdůležitější, co v životě můžeme mít. Lékařskou péči potřebuje v životě každý, můžeme se s ní setkat ještě před tím, než se jako my jedinci narodíme. Každý bychom měli mít zájem o své zdraví. Zdraví jednotlivců a kvalita zdravotnického systému mají trvalý vliv na celospolečenský rozvoj a kvalitu života obyvatelstva. Sám stát by měl vytvářet takový zdravotnický systém, aby se postaral o zdraví svého obyvatelstva. V moderní době je zdravotnictví součástí národního hospodářství státu a je na něj pohlíženo daleko důkladněji než dříve. Zdravotní péče je brána i jako ukazatel vyspělosti dané země.

V mnoha zemích je zdravotnictví nadále předmětem významné společenské pozornosti, což platí i pro Českou a Slovenskou republiku. Diskuse ohledně problémů a žádoucích směrů dalšího rozvoje zdravotnictví se pravidelně odehrávají jak v politickém spektru, tak v mediálním prostředí. Zdraví zaujímá pozici jedné z nejvyšších hodnot pro každého jednotlivce, a z tohoto důvodu je očekáváno, že politické kruhy budou vyvíjet účinné strategie na podporu zdraví občanů.

Tato diplomová práce se zaměřuje na zkoumání zdravotnického systému v České a Slovenské republice a k identifikaci klíčových rozdílů mezi zeměmi v otázce zdravotnictví. Cílem práce je porovnat zdravotnický systém v České a Slovenské republice. Identifikovat hlavní rozdíly a podobnosti mezi oběma zeměmi a na základě analýzy zhodnotit změny spojené s reformou zdravotnického systému na Slovensku.

V úvodní části této práce se zaměříme na vymezení základních pojmů spojených s problematikou zdravotnictví, včetně zdraví, zdravotní péče a zdravotnického systému. V kapitole 3 a 4 je popsán český a slovenský zdravotnický systém. Kapitola 5 se věnuje metodice a výběru makroekonomických ukazatelů ve zdravotnictví.

Kapitola 6 je rozdělena do dvou částí, první část (subkapitoly 6.1 - 6.1.10) je věnovaná analýze českého zdravotnického systému a druhá část (subkapitoly 6.2.1 – 6.2.10) zkoumá slovenské zdravotnictví. V každé části je zachována posloupnost jednotlivých ukazatelů.

Kapitola 7 představuje komparaci makroekonomických ukazatelů ve zdravotnictví obou zemí. Tyto ukazatele korespondují s těmi uvedenými v kapitole 6, přičemž se využívá metodika komparativní analýzy. Komparace mezi těmito dvěma zeměmi byla vybrána na základě podobnosti zdravotnického systému a následující reformy, která proběhla na Slovensku a zároveň zdravotnický systém pozměnila.

# 1 ZDRAVÍ JAKO EKONOMICKÁ KATEGORIE

Dle Světové zdravotnické organizace (1948) se „*zdravím rozumí stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.*“

Vondráček, Bouška (2004) definují zdravotní péči jako „*soubor zdravotních postupů a činností, které směřují k udržení a prodloužení života, k udržení a zlepšení zdravotního stavu, ochraně, upevnění a rozvoji zdraví fyzických osob a k zdravému vývoji nových generací.*“

Zdravotní politiku představuje Gladkij (2003) jako komplexní soubor politických opatření, která mají za cíl ovlivňovat zdraví, celkovou kvalitu života občanů a různých sociálních skupin. Tato politika zahrnuje strategické směry a aktivity, které ovlivňují několik aspektů, včetně organizace zdravotnických institucí, poskytování zdravotních služeb a financování zdravotního systému. Zdravotní politika není omezena pouze na sféru zdravotnických služeb, ale zahrnuje také plánované a někdy i nepředvídatelné akce, které provádějí veřejné, soukromé a dobrovolné organizace a jednotlivci. Tato opatření mohou mít významný dopad na zdraví občanů a celkově ovlivňovat zdravotní stav populace.

Zdravotnický systém definuje Durdisová (2005) jako „*organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče.*“

Zdravotnický systém definuje (Gladkij, 2003) z hlediska systémového přístupu jako:

1. Zdravotnictví je jedním z odvětví národního hospodářství, které produkuje zdravotnické služby a spadá do terciální sféry (národohospodářské hledisko),
2. zdravotnický systém je soustava zdravotnických zařízení a institucí (hledisko organizačně-institucionální),
3. zdravotnický systém je subsystém systému péče o zdraví (funkční hledisko).

Světová zdravotnická organizace (2000) konstatuje, že lidé mají zejména právo očekávat, že s nimi bude zdravotnický systém zacházet důstojně. Pokud je to možné, jejich potřeby by měly být řešeny okamžitě, bez dlouhých prodlev při čekání na diagnózu a léčbu. Pacienti také často očekávají důvěrnost a možnost podílet se na rozhodování o svém zdraví, včetně toho, kde a od koho dostanou péči. Zdravotnické systémy mají tři základní cíle. Těmi jsou: zlepšit zdravotní stav obyvatelstva, poskytovat finanční ochranu proti nákladům spojených se špatným zdravotním stavem obyvatelstva a reagovat na očekávání lidí. Vzhledem

k tomu, že tyto cíle nejsou vždy dosahovány, existuje nespokojenost veřejnosti s tím, jak jsou zdravotní služby řízeny a financovány.

## 2 SYSTÉMY ZDRAVOTNICTVÍ

Hnilicová a Janečková (2009) z teoretického hlediska klasifikují zdravotnické systémy do tří základních kategorií: Bismarckův model, Beveridgeův model a tržní (komerční) model. První dva přístupy vznikly s cílem potlačit hlavní příčiny nemocí, snížit úmrtnost a zajistit všem občanům dostupnou zdravotní péči. Naopak tržní (liberální) model, který se vyvinul zejména ve Spojených státech amerických, klade menší důraz na úlohu státu a zdůrazňuje individuální zodpovědnost. Každý z těchto modelů má své výhody a nevýhody, a proto v dnešním moderním světě nenalzáme žádný z nich v čisté podobě.

### 2.1 MODEL NÁRODNÍ ZDRAVOTNÍ SLUŽBY

Národní zdravotní služba je koncept zdravotnického systému, někdy označovaný jako Beveridgeův model. Hamplová (2019) konstatuje, že poskytování zdravotní péče probíhá prostřednictvím veřejných zdravotnických zařízení nebo prostřednictvím smluvně vázaných poskytovatelů veřejné zdravotní péče s různou formou vlastnictví. V rámci tohoto modelu převážně stát vlastní zdravotnická zařízení. Více než 90 % nákladů na zdravotní péči je pokryto prostřednictvím veřejných daní. Tento systém je charakterizován několika klíčovými rysy, jako je záruka bezplatné zdravotní péče, státní vlastnictví nemocnic a státní zaměstnanci pracující ve zdravotnictví.

Chen a Feldman (2000) poznamenávají, že tento systém vykazuje minimální tendence k podpoře specializací ve srovnání s ostatními analyzovanými systémy. Možnost přímé konzultace s odborníkem není poskytnuta pacientům přímo; je nutné se nejprve obrátit na svého praktického lékaře, který provede odbornou evaluaci a rozhodne o opodstatněnosti návštěvy specialisty.

Pacienti mají minimální nebo dokonce nulový finanční podíl na poskytované péči. Důležité je poznamenat, že tento model nemusí vylučovat existenci soukromého zdravotního pojištění. Dolanský (2008) řadí mezi výhody tohoto systému důraz na primární péči, propojení zdravotních služeb a relativně nízké provozní náklady na poskytování zdravotní péče. Jak Vostatek (2013) poznamenává, tento model veřejného financování zdravotní péče nevyžaduje účelovou zdravotní daň, což představuje významnou nákladovou úsporu. Na druhé straně negativními aspekty tohoto modelu mohou být dlouhé čekací doby na některé lékařské výkony a závislost systému na daňových příjmech.

## 2.2 BISMARCKŮV MODEL

Tento zdravotní model byl zaveden v Německu ke konci 19. století, a to díky iniciativě kancléře Otta von Bismarcka. Janečková a Hnilicová (2009) uvádějí, že se jedná o model zdravotního pojištění, který kombinuje prvky veřejného a soukromého sektoru a spojuje se s důležitými sociálními hodnotami, jako je solidarita, sociální spravedlnost, subsidiarita a princip participace. Tento konkrétní model zdravotnictví je v současné době převážně aplikován v zemích jako Německo, Rakousko, Polsko a Česká republika. Jak Němec (2008) uvádí, tento systém je financován prostřednictvím povinných odvodů pojistného z příjmu pojištěnců. Poskytovatelé zdravotní péče jsou smluvně vázáni na zdravotní pojišťovny. V České republice jsou plátcí pojistného dle zákona č. 48/1997 Sb., každé osoby s trvalým pobytem na jejím území a také osoby, které nemají trvalý pobyt v České republice, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem v této zemi.

Kategorie plátců pojistného zahrnuje zaměstnance, zaměstnavatele, osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) a osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP). Stát rovněž hraje roli plátce pojistného, kdy platí pojistné z veřejných finančních prostředků za tzv. státní pojištěnce, kteří jsou dle stanoveného výčtu §2 zákona č. 48/1997 Sb.

Tento zdravotní model je charakterizován jasným rozčleněním rolí státu a veřejných institucí. Mezi jeho výhody lze zařadit vysokou dostupnost zdravotní péče a občany přijatelné náklady na péči. Nevýhody tohoto systému zahrnují velké administrativní náklady spojené s provozem zdravotnictví, které vznikají převážně kvůli různým zdravotním pojišťovnám, přenosem informací mezi různými systémy, kombinovaným financováním příspěvků od zaměstnavatelů, zaměstnanců, státu a účastí soukromých poskytovatelů zdravotní péče. Mezi nevýhody dále řadíme otázky týkající se odměňování lékařů, nedostatečnou transparentnost v systému úhrad za zdravotní péči a také část zdrojů, které jsou alokovány zdravotními pojišťovnami na svou vlastní správu a provozní náklady.

## 2.3 TRŽNÍ MODEL

Vurm (2004) jej označuj jako komerční model zdravotního pojištění, který převažuje především ve Spojených státech amerických, ale začal se prosazovat také ve Švýcarsku ke konci 20. století. Tento model je charakterizován několika hlavními rysy, jako je dobrovolné zdravotní pojištění, absence jednotné federální zdravotní politiky, minimální státní regulace v oblasti zdravotní péče a zvýšená individuální odpovědnost pacientů za své zdraví a léčbu.

V tomto modelu jsou nemocnice hlavně v rukou soukromých subjektů. Jedním z hlavních problémů spojených s tímto modelem je omezená dostupnost zdravotní péče pro mnohé jedince. Ve Spojených státech existuje vysoká míra nepojištěné populace. Výše pojistného je individuálně stanovena na základě zdravotního stavu a věku každého jednotlivce. Na pozitivní straně komerčního modelu stojí široká nabídka vysoko kvalitních zdravotních služeb a podpora inovací v oblasti medicínských technologií. Nicméně nevýhody tohoto modelu zahrnují nízkou dostupnost zdravotní péče pro nepojištěné nebo sociálně zranitelné obyvatele, omezenou prevenci onemocnění, nedostatečnou koordinaci zdravotní péče a vysoké náklady spojené s poskytováním zdravotní péče.

Bemker, Ralyea (2018) zdůrazňují, že prevence má zásadní úlohu při udržování a zlepšování celkového zdraví jednotlivců a populace. Prevence může minimalizovat náklady spojené se zdravotní péčí tím, že snižuje potřebu nákladných léčebných postupů a dlouhodobé péče. Investice do prevence tak mohou efektivně snižovat celkové náklady na zdravotní péči v dlouhodobém horizontu. Důležitou prevencí jsou sledovací programy, vakcinace, screening, poradenství a testování. Prevence hraje důležitou roli ve všech zdravotnických systémech.

Tabulka č.1 obsahuje základní charakteristiky jednotlivých systémů. Jak lze z tabulky pozorovat, stát hraje velmi významnou úlohu převážně v prvních dvou modelech.

**Tabulka 1: Charakteristiky modelů zdravotního pojištění**

	<b>Bismarckův model</b>	<b>Beveridgeův model</b>	<b>Tržní model</b>
<b>Financování</b>	příspěvky zaměstnavatelů a pojištěnců	daně, státní nebo municipální rozpočet	soukromé pojištění
<b>Řízení</b>	samospráva ze zástupců zaměstnavatelů a pojištěnců	stát a jeho úřady	privátní organizace-pojišťovny
<b>Rozhodování o právech a povinnostech</b>	zdravotní pojišťovny v rámci svých zákonných kompetencí	stát a jeho úřady	práva nejsou zaručena, záleží na vztahu nabídky a poptávky
<b>Pojistné pokrytí obyvatelstva</b>	veškeré obyvatelstvo s možnými výjimkami	veškeré obyvatelstvo	svobodné rozhodnutí jednotlivce
<b>Plánování sítě</b>	stát a zdravotní pojišťovny	stát	neexistuje

*Zdroj: Němec, 2008*



### **3 ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM V ČESKÉ REPUBLICE**

Jak Durdisová (2005) definuje, „*system zdravotní péče v České republice je založen na vícezdrojovém financování.*“

Mezi finanční subjekty řadíme stát, který přispívá prostřednictvím státního rozpočtu, systém veřejného zdravotního pojištění a občany. Systém je založen na principu solidarity jednotlivých skupin občanů. Přímé platby jsou pouze doplňkovou formou financování.

Dle Durdisové (2005) je financování zdravotnictví v České republice zabezpečováno:

1. Všeobecným zdravotním pojištěním a finanční spoluúčastí pacientů,
2. státním rozpočtem a rozpočty územních orgánů,
3. přímými úhradami fyzických nebo právnických osob,
4. úhradami mimo okruh zdrojů státního rozpočtu,
5. sponzory, nadacemi apod.

Účastníky zdravotního pojištění v České republice jsou dle Červinky (2022) osoby s trvalým pobytem na území státu, osoby, které zde nemají trvalý pobyt, ale jsou zde zaměstnávány u zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem v České republice. Dále i osoby, které získaly možnost pojištění na základě koordinačních pravidel EU. Vznik a zánik zdravotního pojištění je komplexněji upraven v § 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Veřejné výdaje ve zdravotnictví zahrnují výdaje ze zdravotního pojištění a výdaje z veřejných rozpočtů (tj. ze státního rozpočtu a z místních neboli územních rozpočtů). Soukromé zdravotní pojištění přispívá k úhradám takových nákladů ve zdravotnictví, jež nejsou součástí zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Soukromé výdaje zahrnují jak přímé platby, kdy neexistuje žádné finanční krytí (tj. pacient nese veškeré náklady), tak i ujednání, kdy se pacienti dělí o náklady s třetí stranou - plátcem, např. fondem sociálního zdravotního pojištění nebo vládním systémem. Zahrnují se zde i regulační poplatky.

#### **3.1 VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ**

Jak uvádí Němec (2008), statutární zdravotní pojištění bylo zavedeno v České republice v letech 1992-1993. Toto opatření má svůj základ v několika legislativních dokumentech, konkrétně ve čtyřech zákonech: zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, zákon 592/1992 Sb. o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, zákon 551/1991 Sb. o Všeobecné

zdravotní pojišťovně České republiky a nakonec zákon 280/1992 Sb. o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách. Systém fungující v České republice je postaven na zásadě solidarity a na financování zdravotního pojištění občany. Systém poskytování zdravotní péče vyžaduje od všech občanů povinné platby na fondy zdravotního pojištění. Mezi hrazené služby lze zařadit např. preventivní zdravotní péči, léčebnou, diagnostickou a ošetrovatelskou péči.

### **3.2 PLÁTCI POJISTNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ**

Plátcí pojistného zdravotního pojištění jsou:

- a) Pojištěnci,
- b) zaměstnavatelé,
- c) stát.

V rámci tohoto systému odvádí všichni pojištěnci 13,5 % pojistného z vyměřovacího základu. Tato povinnost platí nejen pro zaměstnance, kteří hradí 1/3 pojistného, přičemž zbývajících 2/3 hradí zaměstnavatel, ale také pro OSVČ a OBZP. Každý pojištěnec, který je povinen přispívat je taxativně vymezen v § 5 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Hamplová (2019) poznamenává, že účastník veřejného zdravotního pojištění má právo na volbu zdravotní pojišťovny, přičemž si může změnit svoji pojišťovnu pouze jednou ročně. Podle data, kdy je podaná žádost o změnu, se žadatel stane klientem nové pojišťovny buď k 1. lednu nebo k 1. červenci. Účastník veřejného zdravotního pojištění má právo volby poskytovatele zdravotních služeb, který má smluvní dohodu s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Dále má nárok na poskytování hrazených služeb v rozsahu a podle podmínek stanovených zákonem č. 48/1997 Sb. a zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Poskytovatel není oprávněn pojištěnci účtovat žádné další platby za tyto hrazené služby.

Stát zasahuje do financování zdravotní péče a etablovává určitá pravidla a regulace, která ovlivňují tento systém. Jeho úlohou je spravovat lékovou politiku, kontrolovat ceny zdravotnických služeb, finančně přispívat ze státního rozpočtu, dohlížet na činnost veřejných zdravotních pojišťoven a zajistit ochranu veřejného zdraví. Stát se aktivně podílí na financování tím, že přispívá platbami zdravotního pojištění za osoby, které nemají vlastní příjem, taxativní výčet těchto osob je v § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Jako příklad těchto osob lze uvést nezaopatřené děti, příjemci rodičovského příspěvku či ženy na

mateřské. Dle predikcí Národní rozpočtové rady (2020), se platby za státní pojištěnce kolem roku 2060 zvýší na téměř 1,6 % hrubého národního produktu (dále jen HDP) kvůli demografickému vývoji a nárůstu počtu starších důchodců. U plateb hrazených státem se projeví efekt stárnutí obyvatel.

Pacientovi náleží nárok na úhradu zdravotních služeb, které odpovídají jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Platí, že zdravotní výkony, jež nejsou zahrnuty ve standardním rozsahu krytí zdravotního pojištění, jsou specifikovány v ustanoveních zákona o veřejném zdravotním pojištění. (Mach, Horáková, 2018)

Přímá účast pacientů na financování v českém zdravotnickém systému je spíše nízká. Může se jednat o kosmetické výkony, některé alternativní terapie a některé zdravotnické pomůcky např. ortopedické, které mohou být hrazeny částečně nebo zcela přímo pacientem. Cílem posílení spoluúčasti pacientů je zvýšit jejich zainteresovanost a odpovědnost při čerpání zdravotní péče. Více o spoluúčasti pacienta je pojednáno v subkapitole 3.3.6.

### **3.3 PŘEROZDĚLOVÁNÍ POJISTNÉHO**

Vybrané pojistné podléhá přerozdělování již od 1. ledna 1993. Mezi lety 1993 až 2004 byla kritéria pro přerozdělování nedostatečná, kdy se přerozdělovalo pouze 60 % vybraného pojistného. Nákladovost pojištěnců nebyla zahrnuta. Hlavním kritériem pro redistribuci byl pouze počet a věk pojištěnců, za které stát platil pojistné. Cílem této formy redistribuce bylo vyrovnat rozdílný počet státních pojištěnců v jednotlivých pojišťovnách.

Jak informuje VZP (2023) od 1. ledna 2005 byl zaveden nový mechanismus přerozdělování 100 % vybraného pojistného, který zachovává princip solidarity jak na straně příjmů, tak výdajů. Toto přerozdělování bylo založeno na nákladovosti pojištěnců podle věku a pohlaví a zahrnovalo zavedení systému kompenzace rizika. Tento mechanismus přerozdělování však nezohledňoval pacienty s chronickými onemocněními. Proto byl od 1. ledna 2018 zaveden tzv. PCG přerozdělovací mechanismus, který používá dva různé mechanismy s vlastními kritérii. První mechanismus realizuje redistribuci pojistného na základě nákladových indexů věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin pojištěnců. Tento postup částečně zachovává solidaritu v rámci výdajů na zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění prostřednictvím 38 vybraných skupin pojištěnců a efektivněji zohledňuje potřeby pacientů s chronickými onemocněními. Druhý mechanismus provádí redistribuci na základě identifikace pojištěnců, kteří využili zvláště nákladné služby hrazené

z veřejného zdravotního pojištění. Tento přístup částečně kompenzuje pojištěnce s nejvyšším zdravotním rizikem a představuje finanční podporu pojišťoven v souvislosti s výdaji za nejrizikovější pojištěnce na základě jejich zdravotního stavu a věku. Tento systém redistribuce zahrnuje solidaritu v případě nadměrného výskytu zdravotního rizika a současně ochraňuje pojišťovny před nadměrným výskytem nákladných pojištěnců, čímž předchází možným finančním obtížím konkrétních pojišťoven.

### **3.4 VÝDAJE**

Hrazené zdravotní služby jsou poskytovány v zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb a na základě smlouvy mezi poskytovatelem zdravotnických služeb a zdravotní pojišťovnou pojištěnce jsou touto zdravotní pojišťovnou uhrazeny. Hamplová (2020) zhodnotila, že výdaje České republiky na zdravotní péči jsou dlouhodobě přibližně o jednu třetinu nižší než průměr EU, ale zároveň vyšší než ve většině nově vstoupených členských států. Celkem činí výdaje na zdravotní péči v posledních letech cca 7,3 % HDP. Více než 80 % veřejných zdrojů je použito k financování. Podle dat OECD, Česká republika se řadí mezi země s nižší cenovou hladinou ve zdravotnictví v rámci OECD, a dokonce i v rámci Evropské unie, kde je nejnižší. Díky levným lékům, přiměřeným platům a dalším faktorům si český zdravotní systém může dovolit poskytnout relativně velký rozsah péče za méně finančních prostředků. Lze tak usoudit, že české zdravotnictví není tolik podfinancované, jako spíše, že je levné. Jak uvádí Janečková a Hnilicová (2009), nárůst výdajů vynaložených ve zdravotnictví se týká i ostatních zemích, mezi nejvýraznějšími důvody lze spatřovat zejména zvýšené požadavky na zdravotní péči, demografické stárnutí obyvatelstva, epidemiologická situace, rozvoj technologie a lékařských věd.

#### **3.4.1 PLATBY ZA VÝKON**

Platba za výkon je hrazena na základě provedených výkonů zdravotnickým zařízením. Platba za výkon je hrazena nejen v lůžkové části zdravotnického zařízení, ale je používána v ordinacích praktických lékařů či lékařů zubní péče. Vyhláška č. 134/1998 Sb. obsahuje výkony, které poskytovatel zdravotních služeb může vykázat pojišťovně k proplacení. Výkony se dle vyhlášky řadí do tří kategorií. První kategorie (P) jsou výkony plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Druhou kategorií (W) jsou výkony hrazeny z veřejného zdravotního pojištění za určitých podmínek a třetí kategorií (Z) jsou výkony hrazeny pouze se souhlasem revizního lékaře příslušné zdravotní pojišťovny. Různá omezení jsou obsažena v příslušné vyhlášce.

### **3.4.2 DRG FINANCOVÁNÍ**

Jak uvádí Kožený a kol. (2010), historie zavedení systému DRG (Diagnosis-Related Group) v České republice se datuje od roku 1995. V té době probíhalo financování nemocniční péče na základě tzv. platby za provedený zdravotní výkon, přičemž v té době neexistovaly výrazné regulační mechanismy. Jedinou výjimkou byla postupně klesající úhradová sazba za ošetrovací den, což mělo za následek prodlužování doby hospitalizace pacientů. V reakci na tuto situaci začala Všeobecná zdravotní pojišťovna hledat alternativní způsob úhrady, který by stále odrážel kvalitu poskytované péče, ale omezil motivaci pro nadměrnou výkonovou produkci. Jako řešení byl vybrán klasifikační systém DRG.

Systém DRG provádí klasifikaci pacientů do určitých kategorií na základě různých sledovaných faktorů, jako jsou věk, pohlaví, diagnostikovaná onemocnění, provedené léčebné procedury a zdravotní stav pacientů při propuštění z nemocnice. Každá kategorie, která sdružuje pacienty s podobnými diagnózami, získají shodnou finanční náhradu za poskytnutou péči. Tato kategorie zahrnuje všechny postupy a služby, které jsou obvykle spojeny s danou diagnózou, zahrnujíce laboratorní testy, spotřební materiál a farmakoterapii. Systém DRG také zohledňuje mimořádné události, které mohou nastat během pobytu v nemocnici.

Svejkovský, Řípa a kol. (2021) informují, že tento systém by měl přispět k efektivnějšímu řízení, kontrole a optimalizaci rozdělování finančních toků v rámci státní správy v oblasti zdravotnictví. Od ledna 2021 jsou všichni poskytovatelé akutní lůžkové péče povinni evidovat své údaje v rámci DRG systému. V novém systému je kladen důraz na respektování ekonomických dat, která jsou shromažďována z referenčních nemocnic různých typů a velikostí. Cílem je dosáhnout spravedlivějších úhrad za jednotlivé typy případů nebo skupiny případů. Předchozí systém trpěl tím, že některé úhrady byly historicky nastaveny ne zcela přesně.

### **3.4.3 KAPITAČNĚ VÝKONOVÉ PLATBY U PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ**

Peková a kol. (2012) uvádí, že systém kapitačních plateb se uplatňuje při finančním ohodnocení praktických lékařů. Tento systém operuje na principu dvoudílné odměny lékařů, kde první část tvoří paušální platba na základě počtu pacientů registrovaných u lékaře, zatímco druhá část odměny je vázána na množství provedených zdravotních výkonů. Výpočet kapitační jednotky zohledňuje věkovou kategorii pacienta, přičemž pro různé věkové skupiny jsou

použity specifické koeficienty. Výsledné kapitační jednotky a seznam provedených zdravotních výkonů jsou poté předány praktickým lékařům k proplacení příslušným zdravotním pojišťovnám. Tímto způsobem je lékařům poskytováno finanční ohodnocení za péči, kterou poskytují svým pacientům.

Jak Mach a Horáková (2018) vysvětlují, praktičtí lékaři nemohou uplatňovat žádný registrační poplatek za přijetí pojištěnce do péče. Jednalo by se o situaci, kdy poskytovatel zdravotních služeb přijímá dodatečnou platbu za služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, aniž by za tuto dodatečnou platbu poskytoval nadstandardní nebo dohodnuté služby. Dle zákona je takové jednání důvodem k předčasnému ukončení smlouvy o poskytování hrazených služeb ze strany příslušné zdravotní pojišťovny.

#### **3.4.4 PAUŠÁLNÍ PLATBY**

Úhrada na základě paušálu je určena prostřednictvím neměnného měsíčního výpočtu z předchozího období a nebere v úvahu rozsah poskytnuté péče. Paušální platby jsou fixně stanoveny v úhradové vyhlášce specifické pro daný rok.

Pacient, který přesáhne limit, generuje náklady pro zdravotnické zařízení, jež nejsou hrazeny z veřejného pojištění. Paušální platby pro nemocnice jsou vypláceny na základě celoroční produkce, přičemž nemocnice získají platbu od pojišťoven až během druhé poloviny následujícího roku. Tento systém může být pro nemocnice demotivující, neboť s narůstajícím objemem produkce a souvisejícími náklady spojenými s dalšími pacienty se paušální platba jeví jako nedostatečná. Vzhledem k tomu, že platba za pacienta není plně hrazena a nemocnice musí financovat pobyt pacienta a všechny provedené výkony, dochází k prodlužování čekací doby pacientů na provedení lékařských zákroků.

#### **3.4.5 PLATBY ZA OŠETŘOVACÍ DEN**

Dalším způsobem placení za zdravotní péči jsou platby za hospitalizační den, které se uplatňují v rámci státních i soukromých zdravotnických zařízení s lůžkovými odděleními. Každá nemocnice stanovuje maximální úhrady za jednotlivé dny hospitalizace. Tato forma finanční kompenzace je zavedena s cílem zabránit zneužití a umělému prodlužování délky pobytu pacienta v nemocnici. Průběh hospitalizace je navíc pečlivě sledován v souladu s diagnózou a mírou komplikací, s nimiž je pacient léčen. Pokud se délka hospitalizace zkrátí nebo prodlouží ve srovnání s průměrnou dobou stanovenou pro danou diagnózu, odpovídajícím

způsobem se mění i výše úhrady za hospitalizační den. Tímto způsobem je zajištěna transparentní a spravedlivá platba za poskytnutou péči v rámci hospitalizace pacientů.

### **3.4.6 PŘÍMÁ PLATBA**

V České republice není přímá platba příliš rozšířena jako forma financování zdravotní péče. Většina poskytované zdravotní péče je hrazena prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Přímá platba se obvykle vztahuje k zákrokům prováděným u ambulantních specialistů, a často jde o péči, kterou si klient vyžádal a za niž platí přímo. Typickými příklady zahrnutými v přímé platbě jsou kosmetické procedury nebo nadstandardní zubní léčba u stomatologů. Kromě toho jsou do přímé platby zařazeny i doplatky za léky, terapeutické pomůcky a další zdravotnické zboží dlouhodobé spotřeby (např. brýle).

Součástí zdravotnického systému jsou rovněž regulační poplatky, které byly zavedeny od 1. ledna 2008 jako součást reformního balíku veřejných financí. Těmito poplatky se měl snížit vládní deficit. Hlavním motivem tohoto reformního kroku byla potřeba dosáhnout fiskální stability veřejných financí, podpora hospodářského růstu a reakce na výzvy spojené se stárnutím populace. Od roku 2015 byly zrušeny regulační poplatky ve výši 30 Kč za návštěvu ambulantního lékaře a za vydání receptu. Pojištěnci nebo jejich zákonní zástupci jsou nyní povinni hradit pouze regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby zubařské péče.

Jak píše Mertl (2022), pokud stojí zdravotní péče v České republice na základě principu solidarity, může být náročné zavést spoluúčast pacientů. Je nezbytné najít racionální důvody pro tuto praxi a správně ji nastavit. Jedním z důvodů může být snaha zabránit zneužívání či dokonce nadužívání systému. Pokud by přímá platba byla do našeho systému plně implementována, muselo by se posoudit, zda poplatky skutečně přispívají ke zlepšení výkonnosti zdravotnického systému. Zavedením poplatků může být i snaha zvýšit podíl soukromého financování veřejného zdravotnictví. To ale znamená, že je pak důležité rozlišovat mezi dvěma aspekty-jasně stanovení, kdy se snažíme odstranit objektivní nedostatky v oblasti veřejného zdravotnictví, a kdy se snažíme omezit rozsah zdravotní péče hrazený na základě solidárního způsobu.

Dle OECD (2020), výdaje na přímé platby přesahující 20 % běžných výdajů na zdravotní péči jsou považovány za problematické, protože ukazují na vysokou zranitelnost vůči katastrofickým výdajům na zdravotní péči v případě mimořádné zdravotní situace.

### 3.5 ORGÁNY V OBLASTI ČESKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU

V České republice se komplexní struktura zdravotnických institucí skládá z několika klíčových subjektů:

1. Ministerstvo zdravotnictví České republiky: na starosti má tvorbu a implementaci zdravotnické politiky, regulaci a dohled nad zdravotnickým systémem a též rozdělování finančních prostředků pro zdravotnictví,
2. zdravotnická zařízení: nemocnice, kliniky, lékařské ordinace a další zdravotnická zařízení, která zajišťují lékařskou péči pro pacienty,
3. VZP: největší veřejná zdravotní pojišťovna v České republice, která má zásadní úlohu při financování zdravotní péče a poskytování zdravotního pojištění pro občany,
4. další zaměstnanecké pojišťovny: vedle VZP existuje v České republice šest dalších zdravotních pojišťoven, které nabízí alternativní formy zdravotního pojištění.

Malina (2003) uvádí, že se „český zdravotnický systém hodnotí jako zdravotnictví, dosahující průměrných výsledků s tendencí se zlepšovat.“ Stále se však nabízí potenciál pro další zlepšení. Mezi pozitiva českého zdravotnictví se řadí především vysoká dostupnost zdravotní péče a vysoká kvalita péče poskytovaná dětem a mladistvým. Dalšími silnými stránkami jsou technologicky dobře vybavená zdravotnická zařízení, kvalifikovaný personál a vysoká míra očkování. Nicméně, existují i závažnější nedostatky. Mezi hlavní řadíme nízké investice do zdravotnictví, nedostatek postelí pro následnou péči a výskyt mnoha nemocí spojených s nezdravým životním stylem. Janečková a Hnilicová (2009) také dodává, že kromě toho čelí český zdravotnický personál nízkým finančním ohodnocením a stálým změnám pravidel.

Mertl (2022) řadí české zdravotnictví "mezi odborně nejlepší a nákladově neúspornější systémy v Evropě, které je ale vhodné evolučně vylepšit.“ Je potřeba směřovat kroky např. k novému přístupu určení sazby zdravotní daně a výše státních plateb, kdy věk by byl klíčovým kritériem. Dále periodicky, například každých pět let, provádět přepočty nákladů na zdravotní péči nebo zvýšit pravomoci zdravotní pojišťovně při stanovování cen a úhrad za poskytovanou péči.



## 4 ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM NA SLOVENSKU

Kapalla a kol. (2010) hodnotí, že zdravotní systém v Slovenské republice nelze přesně zařadit do Bismarckova, Beveridgeova ani modelu Národní zdravotní pojišťovny. Nejblíže se však přibližuje Bismarckovu modelu. Systém je téměř zcela postaven na solidaritě, kde jednotlivci s vyšším příjmem hradí vyšší částky, zatímco ti s nižším příjmem platí méně. Tato struktura zajišťuje, že všichni mají nárok na srovnatelnou úroveň zdravotní péče.

Zdravotní systém eviduje různé zdroje příjmů. Významnou složkou příjmů zdravotních pojišťoven jsou finanční prostředky z ekonomicky aktivní části populace, což zahrnuje platby od zaměstnanců a zaměstnavatelů, včetně odvodů od samostatně výdělečně činných osob. Dalším přispěvatelem je stát, který hradí pojistné za státní pojištěnce např. děti školou povinné, důchodce, osoby na nemocenské, mateřské, rodičovské a otcovské dovolené. Seznam státních pojištěnců je obsáhlejší a definuje ho zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotním pojištění, konkrétně § 11 odst. 7. Dle § 12 téhož zákona, zaměstnanec odvádí 4 % z vyměřovacího základu, zaměstnanec se zdravotním postižením odvádí 2 %. Samostatně výdělečná osoba přispívá 14 % z vyměřovacího základu, pokud má osoba zdravotní postižení, snižuje se jí odvod o 7 %. Zaměstnavatel odvádí 10 %, se zdravotním pojištěním 5 %. Osoba se zdravotním postižením se považuje fyzická osoba uznaná za invaliditu anebo osoba s těžkým zdravotním postižením. Stát do roku 2023 za své pojištěnce platil 4 %. V roce 2023 došlo k navýšení platby na 4,5 %. Povinné příspěvky na zdravotní péči jsou převedeny zdravotní pojišťovně, kterou si zaměstnanec sám zvolí. V současné době existují tři zdravotní pojišťovny na Slovensku, z nichž jedna je ve vlastnictví státu a dvě soukromé pojišťovny.

Finanční prostředky pro zdravotnictví jsou získávány z několika zdrojů (Stanek,2005):

1. Pojišťovny,
2. stát,
3. občané,
4. státní a nevládní fondy,
5. regiony, obce a města,
6. úvěrové zdroje,
7. sponzoři.

## 4.1 VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Zdravotní péče hrazená na základě veřejného zdravotního pojištění se řídí dle zákona č. 577/2004 Zz., o rozsahu zdravotní péče v platném znění, s účinností od 1. září 2006. Hrazenou službou zdravotní péče je např. preventivní zdravotní péče, diagnostická, léčebná či léčebně rehabilitační péče. Pokud je zdravotní péče poskytnuta na žádost pacienta, platí si ji sám viz kapitola 3.3.6 přímé úhrady ve zdravotnictví v českém zdravotnictví. Novelou zákona účinnou od 1.11.2017, v rámci ambulantní pohotovostní služby a stomatologické pohotovostní služby hradí pojištěnec 2 eura. Pokud jej lékař následně odešle k poskytovateli ústavní pohotovostní služby, tento poplatek se v rámci ambulantní pohotovostní služby a zubní pohotovostní služby neúčtuje.

OECD (2017) informuje, že dle Evropské komise a Výboru pro evropskou politiku je slovenský zdravotnický systém převážně financován z plateb povinného zdravotního pojištění, což znamená, že pro financování systému je klíčová vysoká míra zaměstnanosti. Pro tuto závislost je důležité umět plánovat, aby byla zajištěna kontinuita provozu v rámci zdravotní péče i v případě negativního trendu v oblasti zaměstnanosti. Dlouhodobým problémem je i míra závislosti ve stáří (tj. poměr osob starších 65 let k počtu obyvatel v produktivním věku). Dle prognóz lze očekávat, že za čtyři desítky let bude míra závislosti patřit mezi nejvyšší v rámci Evropské unie, což je způsobeno především nízkou porodností a prodlužováním střední délky života

## 4.2 REFORMA MEZI LETY 2000-2002

Slovenské zdravotnictví od roku 2000 nemělo jasnou vizi, celkové představy o reformě ani odvahu prosazovat náročná a nepopulární systémová opatření. Vedlo to k situaci, kdy byla přijímána pouze částečná opatření a ad hoc úpravy s kosmetickým charakterem. Sloužily k dočasnému zmírnění akutních problémů ve zdravotnictví, ale přitom odkládaly trvalá řešení do budoucnosti. Řešily se spíše následky než příčiny špatného stavu ve zdravotnictví. Tyto postupy zvyšovaly zadlužení resortu a přenášely finanční břemeno na ostatní poskytovatele zdravotní péče. Příklady takových opatření zahrnovaly nedostatečné platby státu za své pojištěnce, nedostatečně finančně podložená opatření týkající se maximálních a minimálních cen pro zdravotnická zařízení, zákaz exekuce majetku zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení, stejně jako zvyšování platů zdravotnických pracovníků bez odpovídající finanční podpory.

Zajac a Pažitný (2002) hodnotí opatření Ministerstva zdravotnictví Slovenské republiky (dále jen MZ SR) z prosince 2001, které zavedlo nový systém úhrad od pojišťoven k poskytovatelům, jako pozitivním výsledkem působení Romana Kováče ve funkci ministra zdravotnictví. V ambulantní sféře se zvýšil rozsah ceny bodu za provedený zákrok a umožnil kapitační platbě se nejen zvýšit, ale v případě neracionálního předepisování léků se i snížit. Cenové opatření MZ SR přineslo významnější změnu pro lůžková zařízení, protože se zavedl nový systém platby za poskytovanou institucionální zdravotní péči – smluvní objednávání zákroků mezi zdravotními pojišťovnami a nemocnicemi<sup>1</sup>. Zdravotní pojišťovny měly objednat konkrétní zákroky a počet pacientů, jejichž léčbu jsou schopny financovat, a to až tři měsíce dopředu. Výsledkem měl být pouze takový počet ošetření, na který byly k dispozici veřejné zdroje, což mělo vyvolat tlak na zefektivnění činnosti nemocnic. Změna platebního mechanismu byla reakcí na naléhavou situaci ve slovenském zdravotnictví, které fungovalo nad své možnosti – využívalo více finančních prostředků, než kolik do něj proudilo. Opatření mělo být vnímáno jako snaha o řešení problémů, avšak nepřineslo to požadované účinky.

### **4.3 REFORMY MEZI LETY 2003-2005**

V roce 2002 sliboval nastupující ministr zdravotnictví Rudolf Zajac zásadní a razantní změny. Avšak ne všechny klíčové změny se podařilo prosadit. Kromě omezení v časovém a kapacitním rámci byl také významným a brzdicím faktorem silný odpor uvnitř sektoru, kdy se konaly velké protesty zdravotnických pracovníků. S přibližujícími se volbami se navíc snižovala i politická podpora. To vedlo k nezbytnosti přijímání kompromisů a tím i ústupkům proti původním cílům. Slovenské zdravotnictví bylo veřejností vnímáno jako jedno z nejproblematictějších odvětví a s nejvyšším výskytem korupce ve společnosti. Parlament v roce 2004, s účinností od 1. ledna 2005, schválil šest zákonů o zdravotní reformě. (Zachar,2013). Jak uvádí Smatana a kol. (2016), klíčovými prvky reformy z roku 2004 bylo zavedení možnosti přímých poplatků pacientů, úprava mechanismu financování státu za ekonomicky neaktivní pojištěnce, restrukturalizace systému přerozdělování pojistného, přeměna všech zdravotních pojišťoven na akciové společnosti a přeměna vybraných nemocnic na akciové společnosti.

---

<sup>1</sup> Do té doby zdravotní pojišťovny rozdělovaly prostředky podle toho, kolik jich měly v daném měsíci k rozdělení. Redistribuce probíhala dle jejich metodiky a pouze musely dodržovat rozpětí mezi minimální a maximální cenou za bod za provedený zákrok.

### **4.3.1 ZÁKON O ROZSAHU**

Cílem legislativy bylo vytvoření právního rámce, který by umožnil stanovit rozsah zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Součástí předpisu byl také seznam přibližně 6400 tzv. prioritních diagnóz, na které se vztahovaly plně hrazené náklady z veřejného zdravotního pojištění (také známo jako solidární základní balík). Hlavním cílem bylo posílit finanční udržitelnost systému veřejného zdravotního pojištění a zamezit růstu zadlužení v oblasti zdravotní péče, aniž by došlo ke snížení kvality péče. Zároveň měl tento zákon určit vyšší spoluúčasti občanů při hrazení výkonů u přibližně 3300 tzv. neprioritních diagnóz. I přestože konkrétní rozsah spoluúčasti nebyl v právním textu specifikován, měl být následně upřesněn vládním nařízením, avšak k tomu nedošlo, což bylo označeno za klíčový nedostatek této části reformy.

### **4.3.2 ZÁKON O ZDRAVOTNÍ PÉČI**

V oblasti diagnostiky došlo poprvé k legislativní úpravě vztahu mezi poskytováním zdravotní péče a stanovením diagnózy či onemocnění. Byla tak do zdravotnického systému zavedena technická měřitelnost. Definování pojmů a standardizace postupů v oblasti zdravotnictví umožňuje přesnější identifikaci nároků a usnadňují definovat zdravotním pojišťovnám, co utváří základní balík zdravotní péče. Tím pádem dochází k efektivnějšímu výkonu státního dohledu nad poskytováním zdravotní péče. Zákon o zdravotní péči dále zahrnoval katalogizaci zdravotních výkonů.

### **4.3.3 ZÁKON O ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ**

Zákon rozdělil systém zdravotního pojištění do dvou základních kategorií – veřejného zdravotního pojištění a individuálního zdravotního pojištění. Nicméně, komerční forma individuálního zdravotního pojištění nenabyla praktického uplatnění, především kvůli absenci politického rozhodnutí ohledně stanovení finančních participací pacientů při hrazení léčby tzv. neprioritních onemocnění. V situaci, kdy mají pacienti nárok na to, aby byly téměř všechny procedury hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, není pro pojišťovny atraktivní nabízet komerční pojištění. Zákon stanovil efektivní míru přerozdělení zdrojů z pojistného mezi zdravotními pojišťovnami na 85,5 %. Nově stanovený základ přerozdělení měl podnít pojišťovny k zvýšení výběru pojistného a k vybírání nedoplatků. Připojištění bylo zvýšeno pro určité skupiny pojištěnců spolu s úpravami vyměřovacích základů. Rovněž bylo rozhodnuto, že stát bude platit 4 % průměrné mzdy za své pojištěnce, nikoli podle každoročního

stanovování částek ve státním rozpočtu. Toto opatření mělo podle Ministerstva zdravotnictví Slovenské republiky přinést vyšší finanční podporu zdravotnictví ze strany státu, eliminovat politický vliv na financování, zlepšit předvídatelnost a efektivněji propojit systém s reálnou ekonomikou.

#### **4.3.4 ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVNÁCH A DOHLEDĚ NAD ZDRAVOTNÍ PÉČÍ**

Transformace zdravotních pojišťoven z veřejnoprávních institucí na akciové společnosti byla doprovázena vznikem Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí. Podle Ministerstva zdravotnictví Slovenské republiky nebyly zdravotní pojišťovny efektivními nákupecí kvalitních zdravotních služeb v důsledku tzv. "měkkých" rozpočtových pravidel, jako například státní ručení za platební schopnost nebo vyjímání majetku z exekucí. Vysoká míra regulace ze strany státu a nedostatek nástrojů pro hodnocení a motivaci poskytovatelů zdravotní péči též přispěly k této situaci. Nový zákon si kladl za cíl zavést tvrdá rozpočtová omezení pro transformované zdravotní pojišťovny. To znamená, že stát již nenesl ručení za jejich platební schopnost, což v případě špatného hospodaření může vést k bankrotu, nikoli k oddlužení ze strany státu. Součástí změn bylo také zajištění transparentních finančních vztahů, pečlivého účetnictví a pravidelných nezávislých auditů. Ambicí zákona bylo vytvořit rámec pro větší konkurenci.

Přestože cílem bylo vytvořit konkurenční prostředí pro pojišťovny, Goliáš (2012) uvádí, že konkurence mezi pojišťovnami je výrazně limitována a za hlavní příčiny omezení považuje:

1. Přílišnou koncentrovanost trhu. Všeobecná zdravotní pojišťovna Slovenské republiky využívá své postavení, čímž komplikuje menším pojišťovnám vyjednat lepší podmínky,
2. informační asymetrie ve zdravotnictví, lékaři mají většinou o hodně více informací než pacienti a pojišťovny, což může vést k nadměrným platbám za poskytnuté služby,
3. stát vlastní největší pojišťovnu a velkou síť poskytovatelů, což způsobuje konflikt zájmových skupin,
4. pojištění je stejné bez ohledu na to, u jaké pojišťovny je pojištěnec pojištěn,
5. stát příliš často mění a reguluje pravidla v systému, což vede k tomu, že nejsou jednotné a ucelené.

Goliáš (2012) poukazuje na nedostatečnou motivaci pojišťoven k efektivnějšímu řízení v takovémto prostředí, což vyvolává otázky ohledně vhodnosti zapojení soukromého sektoru do zdravotnictví. Podle Goliáše je nezbytné se rozhodnout, jakým směrem by se mělo slovenské

zdravotnictví ubírat, ať už je to udržení pluralitního prostředí pojišťoven s podporou soutěže v takové míře, aby byla efektivní, nebo zavedení systému s jediným hráčem, tedy jediné pojišťovny. Autoři Szalay a Goliáš se shodují v tom, že je nezbytné zachovat pluralitní systém, který je však nutné zdokonalit a zefektivnit. Pojišťovny by tak mohly poskytovat rozmanité balíčky služeb nebo pojistné plány s různou mírou spoluúčasti pacienta. Klíčové je, aby se pojišťovny odlišovaly a zároveň splňovaly potřeby co největšího spektra lidí.

Po povinné transformaci se zdravotní pojišťovny staly akciovými společnostmi, tedy subjekty soukromého práva. Transformace proběhla v průběhu roku 2005 s cílem vytvořit motivaci prostřednictvím možnosti generování zisku nebo naopak výhružky bankrotu. Nové právní prostředí a podmínky měly zajistit efektivní hospodaření s finančními prostředky vyčleněnými na veřejné zdravotní pojištění. Zákon přeměnil státně řízené pojišťovny, Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VšZP) a Společnou zdravotní pojišťovnu na 100% státní akciové společnosti. Nijak neomezoval vznik nových zdravotních pojišťoven, které by mohly poskytovat veřejné zdravotní pojištění, pokud by splnily stanovené podmínky. Tímto se měly vytvořit podmínky pro vstup nových hráčů na zdravotnický trh, čímž by došlo k posílení konkurence v sektoru. Zákon omezil vyplácení zisku akcionářům zdravotních pojišťoven, umožnil to pouze v případě, že byly naplněny veškeré nároky pojištěnců na přeplacení zdravotních výkonů, služeb, léků nebo zdravotnických pomůcek (tj. žádný pojištěnec na čekací listině). Pro posílení vnější kontroly ve zdravotnictví byl zákonem zřízen Úřad pro dohled nad zdravotní péčí, který získal rozsáhlé pravomoci vydávání povolení a dohledu nad zdravotními pojišťovnami s důrazem na kontrolu jejich solventnosti a obsahu a rozsahu nakoupených zdravotních služeb v rámci solidárního balíčku, ale také na kontrolu zdravotnických zařízení v otázkách financování a poskytování zdravotní péče. Na základě rozhodnutí Ústavního soudu Slovenské republiky umožňujícího pojišťovnám dosahovat zisku, přijal parlament v roce 2011 zákon č. 250/2011, který opětovně povolil možnost generování zisku, jež byl v roce 2007 zakázán.

Kováč (2006) upozorňuje, že i přes mnohé ústupky a zmírnění ve srovnání s původními představami reformátorů byla Zajacova zdravotní reforma vnímána občany jako jedna z nejméně oblíbených. O tom svědčily i tehdejší průzkumy veřejného mínění z prosince 2005, kdy dle Inštitútu pre verejné otázky nesouhlasilo s přijatými opatřeními až 74 % dotazovaných.

Reforma zdravotnictví v daném období byla podle generálního sekretáře Slovenské lékařské komory, Eduarda Kováče (2006), reálným problémem. Kováč zdůraznil, že občané platili vyšší částky, avšak za své finanční úsilí obdrželi méně zdravotních služeb. Zároveň

konstatoval, že zdravotníci dostávali nižší odměny a byli nuceni vykonávat více práce. Kromě toho Kováč poukázal na nedosažení původních strategických cílů zdravotní reformy.

#### **4.4 REFORMY PO ROCE 2006**

Od září 2006 došlo k zásadnímu kroku, kdy byly zrušeny poplatky za návštěvu lékaře v ambulantní péči a za hospitalizaci v nemocnici, což byly opatření zavedená v roce 2003. Paralelně s tím byl od října 2006 snížen poplatek za zpracování receptu z 20 Sk na pouhých 5 Sk. Zatímco tyto změny přinesly úlevu pro pacienty, ostatní poplatky zůstaly v platnosti, mezi něž řadíme 60 Sk za návštěvu pohotovosti, poplatek za pobyt v lázních indikovaný lékařem (v rozmezí 50 až 220 Sk/den) a 2 Sk/km za dopravní služby mimo záchrannou službu.

V roce 2007 schválil slovenský parlament novelu zákona o zdravotních pojišťovnách, která de facto zakázala generovat zisk zdravotním pojišťovnám. Tato novela nařídila zdravotním pojišťovnám využívat případný přebytek z veřejného zdravotního pojištění výhradně na úhradu zdravotní péče hrazené z povinného veřejného zdravotního pojištění.

Zachar (2013) hodnotil, že důsledky této změny se pravděpodobně projeví nejvíce u samotných pojištěnců, kteří pocítí pokles kvality poskytované zdravotní péče. Omezení hospodářské soutěže zřejmě povede k nižší motivaci zdravotních pojišťoven jednat efektivně, lépe zohledňovat potřeby pacientů, zdokonalovat poskytované služby, dlouhodobě investovat a inovovat.

Novelou zákona o zdravotním pojištění z listopadu 2008 došlo k významnému navýšení základu pro přerozdělování pojistného mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami, a to z původních 85 % resp. 85,5 % na nových 95 %. Cílem tohoto opatření bylo posílit solidaritu mezi zdravotními pojišťovnami a mezi pojištěnci těchto pojišťoven, a zároveň zajistit rovný přístup ke zdravotní péči. Novela zákona rovněž vytvořila institucionální základy pro implementaci nového systému úhrad za výkony v lůžkových zařízeních, známého jako DRG-systém.

V období Zajacovy reformy v letech 2003-2004 prošly hlavně menší a střední nemocnice transformací. Tyto zdravotnická zařízení byla převedena z veřejnoprávních institucí na akciové společnosti a neziskové organizace. Paralelně s touto transformací byla přenesena odpovědnost za tyto zařízení z vlastnictví státu na města a samosprávné kraje. Avšak před parlamentními volbami v roce 2006 byl tento proces transformace do akciových společností přerušen rozhodnutím vlády, a Ficova vláda následně nepokračovala v tomto směru. Toto

rozhodnutí mělo za následek, že největší státní fakultní nemocnice a specializovaná zařízení zůstala ve formě příspěvkových organizací pod přímou správou Ministerstva zdravotnictví Slovenské republiky.

Od roku 2008 proběhlo několik reforem s cílem kontroly nákladů a zvýšení efektivity v oblasti zdravotní péče.

Vláda Ivety Radičové obdržela od občanů mandát ke korekci několika opatření, která byla provedena předešlou vládou, a k posunu Slovenska vpřed v rámci reforem. Vláda Radičové si stanovila za cíl dokončit transformaci státních nemocnic na akciové společnosti, a tento proces byl zakotven v zákoně s termínem dokončení do konce roku 2011, s možností odložení o půl roku v odůvodněných případech. Cílem transformace bylo zavést přísnější a transparentnější pravidla pro řízení a hospodaření státních nemocnic s cílem zvýšit jejich efektivitu. Avšak lékařské odbory a politická opozice tento proces kritizovaly a vyjádřily obavy z privatizace těchto zařízení.

Pod nátlakem protestujících lékařů prezident Slovenské republiky pozastavil transformaci nemocnic. Protestující lékaři však toto opatření nepovažovali za dostačující a žádali o legislativní zrušení transformace nemocnic, čehož nakonec dosáhli.

Vláda částečně odstranila diskriminační opatření vůči neveřejným poskytovatelům zdravotní péče přijetím nařízení o veřejné minimální síti poskytovatelů. Toto nařízení odstranilo seznam nemocnic, který obsahoval všechny státní, se kterými musely zdravotní pojišťovny uzavřít smlouvy. Nová definice přispěla k větší rovnoprávnosti poskytovatelů ústavní zdravotní péče, bez ohledu na to, zda jsou veřejné nebo soukromé.

Oblast zdravotnictví se řadí mezi nejproblematictější a zároveň nejtěžší reformovatelné sektory veřejného života, a to nejen na Slovensku. (Zachar, 2013)

V roce 2012 došlo k optimalizaci systému přerozdělování veřejných financí mezi zdravotními pojišťovnami, když náklady na léčiva byly začleněny do přerozdělovacího mechanismu podle míry rizikovosti. Z údajů OECD (2017) vyplývá, že v roce 2016 byla provedena další opatření zaměřená na úspory, jako například stanovení cenového referenčního bodu pro zdravotnické materiály nebo redukce počtu akutních lůžek v nemocnicích.

Je třeba uvést, že potřeba reforem na Slovensku je stále aktuální. Slovenské ministerstvo zdravotnictví v roce 2022 odstartovalo novou investiční výzvu k rekonstrukci a modernizaci nemocnic.



## 4.5 PŘEROZDĚLOVÁNÍ

Kováč (2009) uvádí, že systém přerozdělování zajišťuje vyrovnanost rizik spojených jak se strukturou pojištěnců, tak se strukturou pacientů. Na Slovensku je Úřad pro dohled nad zdravotní péčí odpovědným orgánem za přerozdělování příjmů mezi zdravotními pojišťovnami. Podle informací Zachara (2013), v roce 2005 podléhalo 85,5 % celkové částky vybraného pojistného k přerozdělení mezi zdravotními pojišťovnami. Cílem tohoto kroku bylo motivovat zdravotní pojišťovny k vymáhání nedoplatků. V roce 2008 se základ pro přerozdělování navýšil na 95 % s cílem zajistit větší solidaritu. V roce 2022 došlo parlamentním rozhodnutím k navýšení vybraného pojistnění na 96 %. Od roku 2008 bylo do přerozdělovacího mechanismu zahrnuto nové kritérium, a to počet pojištěnců, kteří jsou hrazeni státem. V potaz je také index rizikovosti pacienta, který odráží nákladovost pojištěnců na základě pohlaví a věku. Zdravotní pojišťovny pravidelně ohlašují Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí celkovou částku vybraného pojistného a počet pojištěnců rozdělených dle pohlaví a věku. Úřad provede výpočet a stanoví částku připadající na jednoho pojištěnce. Na základě měsíčního a následně ročního přerozdělování příjmů jsou jednotlivým pojišťovnám vyplaceny příjmy nebo naopak pojišťovny musí přečerpané částky nad limit zaslat zpět Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí.

V současné době jsou zdravotnická zařízení na Slovensku financována formou tzv. prospektivního rozpočtu prostřednictvím platby od zdravotních pojišťoven. Každá nemocnice získá předem stanovenou částku na měsíc, nezávisle na tom, kolik pacientů ošetřují a jakého druhu péči poskytují. Ministerstvo zdravotnictví má za cíl zajistit, aby platby od zdravotních pojišťoven pokryly veškeré náklady spojené s adekvátně poskytovanou zdravotní péčí.

Dalším krokem k vylepšení financování nemocnic a úsporám v zdravotnictví by mohl být implementovaný systém DRG. Už od roku 2010 se DRG systém začal pomalu implementovat. V roce 2023 došlo k nastavení systému a v následujícím roce má dojít k plánovanému spuštění systému.

Jak informuje slovenská Všeobecná zdravotná poisťovňa, i na Slovensku se přímé platby obvykle vztahují k zákrokům prováděným u ambulantních specialistů, a často jde o péči, kterou si klient vyžádal a za niž platí přímo. Typickými příklady zahrnutými v přímé platbě jsou kosmetické procedury nebo nadstandardní zubní léčba u stomatologů.

Londáková a Giorno (2017) hodnotí slovenské zdravotní výsledky se srovnáním s většinou ostatních zemí OECD jako nepříznivé, i přes zaznamenané pokroky v posledních

desetiletích. Zdravotní systém čelí nespokojenosti z důvodu vysokých poplatků, dlouhých čekacích lhůt na určité lékařské procedury a vnímané nedostatečné efektivity při hospodaření s veřejnými výdaji v oblasti zdravotní péče. I přesto, že současné výdaje na zdravotní péči odpovídají přibližně životnímu standardu země, je zásadní zlepšit efektivitu tohoto odvětví. Mezi naléhavé problémy, které je třeba řešit, se řadí: zvýšení efektivity a kvality primární péče; vyřešení nedostatku zdravotnického personálu; modernizace infrastruktury a řízení nemocnic a posílení opatření v oblasti prevence nemocí.

Tabulka č.2 zobrazuje základní charakteristiku českého a slovenského zdravotnického modelu.

**Tabulka 2: Charakteristika zdravotnických modelů v České a Slovenské republice k 31.12.2023**

	<b>Česká republika</b>	<b>Slovenská republika</b>
<b>Typ zdravotnického modelu</b>	Bismarckův model	Nejblíže má k Bismarckovu modelu
<b>Hlavní legislativní dokumenty zdravotního pojištění</b>	Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon č.592/1991 Sb.	Zákon č. 580/2004 Zz. Zákon č. 577/2004 Zz,
<b>Sazba pojistného na veřejné zdravotní pojištění</b>	Stát 13,5% Zaměstnavatel 9% OSVČ 13,5 % Zaměstnanec 4,5 %	Stát 4,5 % Zaměstnavatel 11 %, pokud zaměstnává osobu se zdravotním postižením 5,5 % OSVČ 15 %, se zdravotním postižením 7,5% Zaměstnanec 4%
<b>Počet fungujících zdravotních pojišťoven na území státu</b>	7	3

*Zdroj: vlastní zpracování dle legislativních norem daných státy*

## 4.6 VEŘEJNÉ VÝDAJE

Po roce 2010 došlo k poklesu výdajů na Slovensku v oblasti zdravotnictví a zůstaly poměrně stabilní. Částečně je to přičítáno poklesu soukromých výdajů v důsledku změny metodiky vykazování soukromých výdajů a různým opatřením na omezení nákladů, což vedlo k finanční udržitelnosti slovenského zdravotnického systému. Dle Smatany a kol. (2016)

existují faktory, které by mohly vést k tomu, že stabilita systému bude v budoucnu nepříznivá. Mezi faktory lze zařadit potřebu dalšího kola vyrovnání dluhů veřejných nemocnic nebo jejich modernizaci.

#### **4.7 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY NA SLOVENSKU**

V roce 1993 vznikla Národní pojišťovna se Správou fondu zdravotního pojištění. Zákonem č. 273/1994 Z.z. byla s účinností od 1.1.1995 založena Všzp, čímž vznikl systém plurality v oblasti zdravotního pojištění. Od roku 1995 postupně vzniklo 14 zdravotních pojišťoven. Většina pojišťoven následně zanikla sloučením s jinou zdravotní pojišťovnou. Existují však dva případy zdravotních pojišťoven (Perspektíva a Európska zdravotná poisťovňa), které po svém zániku zanechaly vysoké neuhrazené závazky vůči poskytovatelům zdravotní péče.

V roce 2003 byla založena společnost Veriteľ, a.s. s cílem oddlužení zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven. Veřejné zdravotní pojištění na Slovensku upravuje zákon č. 580/2004 Z.z.

Na Slovensku aktuálně působí tři pojišťovny, přičemž největší podíl na trhu má státní VšZP. Dále soukromá poisťovna Dôvera a Union. Pojišťovny jsou utvořeny jako akciové společnosti v souladu s obchodním zákoníkem, což jim umožňuje dosahovat zisku a podléhat nezávislému auditu. Zároveň mají svého vlastního regulátora, kterým je Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Smatana a kol. (2016) popisují, že organizační struktura zdravotní politiky je v rukou MZ SR (legislativní orgán), zdravotních pojišťoven a UDZS (kontrolním orgánem). Szalay a kol (2011) vidí klíčovou úlohu zdravotních pojišťoven v jejich roli jako nákupců zdravotní péče, neboť mají zákonnou povinnost zajistit dostupnou péči všem svým klientům. Nákupní proces probíhá na základě selektivního zamlouvání, přičemž hlavními kritérii jsou kvalita a flexibilní ceny.

Výrazné odlišnosti jsou patrné zejména po provedení Zajacovy reformy zdravotnictví, která přinesla zásadní změny především v právním statutu zdravotních pojišťoven. Následující tabulka č.3, demonstruje rozdíl mezi postavením zdravotních pojišťoven a systémem zdravotního pojištění v obou zemích.

**Tabulka 3: Komparace systému zdravotního pojištění České a Slovenské republiky**

	<b>ČR</b>	<b>SR- starý systém</b>	<b>SR - reforma 2004</b>
Solidární balík	široce koncipován	široce koncipován	národní seznam diagnóz
Veřejné povinné zdr. poj.	ano	ano	ano
Individuální zdr. poj.	minimální rozsah	minimální rozsah	ano
<b>Výběr pojistného</b>			
Ekonomicky aktivní	zaměstnaní, podnikatelé	zaměstnaní, podnikatelé	zaměstnaní, podnikatelé
Ekonomicky neaktivní	stát	stát	stát
<b>Sazba pojistného</b>	13,5 %	14 %	14 %
z toho zaměstnanec	4,5 %	4 %	4 %
z toho zaměstnavatel	9 %	10 %	10 %
OSVČ	13,5 %	14 %	14 %
Zaměstnavatek zdr. postižených	slevy na dani	2,6 %	5 %
stát	13,5 % z 25 % pr. mzdy	dle státního rozpočtu	4 % průměrné mzdy
<b>Přerozdělovací mechanismus</b>			
Základ přerozdělení	od r. 2007- 100 % poj.	100 % vybraného poj.	95 % předepsaného poj.
Míra přerozdělení	100 %	85 % ze základu	90 % ze základu

*Zdroj: Zajac, Pažitný, 2004*

## 5 ANALÝZA FINANCOVÁNÍ ČESKÉHO A SLOVENSKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ MEZI LETY 2010-2021

Pro porovnání zdravotnictví v České republice a na Slovensku a následnou identifikaci podobností a rozdílů je nezbytné provést analýzu makroekonomických ukazatelů ve zdravotnictví v obou zemích. Tato analýza se zaměřuje na formu financování a vybrané ukazatele, jako celkové výdaje na zdravotnictví vyjádřené v miliardách eur, tak i jako podíl HDP. Dalšími indikátory jsou výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování, celkové výdaje na zdravotnictví na obyvatele přepočtené na paritu kupní síly (PPP) a makroekonomické ukazatele ve zdravotnictví, jako je počet nemocničních lůžek v přepočtu na 10 000 obyvatel, očekávaná délka života při narození, průměrný počet strávených dní v nemocnici při akutní péči, počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel a indikátor efektivnosti, odvrátitelná úmrtnost na 100 000 obyvatel. Analýza zkoumá období mezi lety 2010 až 2021. Zdroje informací o jednotlivých ukazatelích v České republice, na Slovensku a pro mezinárodní srovnání jsou využívány databáze OECD a Eurostatu. Autorka práce podotýká, že nejsou vždy k dispozici kompletní údaje pro sledované období ukazatelů, což může zapříčinit absenci informací v prezentovaných tabulkách a grafech, které reflektují vývoj makroekonomických ukazatelů ve zdravotnictví obou sledovaných zemí. Níže jsou vypsány zkoumané makroekonomické ukazatele a jejich metodika výpočtu organizací OECD, data pro ukazatel celkových výdajů vynaložených na prevenci, jsou převzata z agentury Eurostatu. Při analýze tří ukazatelů - celkových výdajů na zdravotnictví na obyvatele v USD, podílu veřejných a soukromých výdajů na financování a celkových výdajů na prevenci - jsou uváděny koeficienty růstu a meziroční tempo růstu. Koeficient růstu pro jednotlivá období je stanoven jako poměr mezi dvěma následujícími hodnotami sledované veličiny a je vyčíslen podle specifikovaného vzorce:

$$k_t = \frac{x_t}{x_{t-1}} \quad (5.1)$$

S použitím koeficientu růstu lze dopočítat relativní tempo růstu  $\delta$  sledované veličiny pomocí vzorce:

$$\delta(\%) = \left( \frac{x_t - x_{t-1}}{x_{t-1}} \right) = k_t - 1 \quad (5.2)$$

Výsledek se vynásobí 100, čímž získáme výsledek v procentech:

$$\delta(\%) = (k_t - 1) * 100 \quad (5.3)$$

$$\delta(\%) = 100 * k_t - 100 \quad (5.4)$$

## 5.1 VÝDAJE NA ZDRAVOTNÍ PÉČI

Dle metodiky organizace OECD, výdaje na zdravotní péči „zjišťují konečnou spotřebu zdravotnického zboží a služeb (tj. současnou zdravotní spotřebu), včetně osobní zdravotní péče (léčebná péče, rehabilitační péče, dlouhodobá péče, pomocné služby a lékařské zboží) a kolektivních služeb (prevence a veřejné zdravotní služby).“ Zdravotní péče je financována prostřednictvím vládních výdajů a povinného zdravotního pojištění, stejně jako dobrovolného zdravotního pojištění a soukromých fondů, jako jsou přímé platby domácností, nevládní organizace a soukromé společnosti. Tento ukazatel je prezentován jako celkový podíl k HDP a jako podíl celkových zdravotních výdajů v USD na obyvatele. Pro lepší porovnávání národních ekonomik a národních měn jsou výsledné hodnoty přepočítány pomocí PPP.

## 5.2 PODÍL VLÁDNÍCH/POVINNÝCH A PŘÍMÝCH/DOBROVOLNÝCH VÝDAJŮ

Tento ukazatel je prezentován dle typu financování, a to buď "Veřejné" nebo "Soukromé." Ve veřejných výdajích na zdravotnictví jsou zahrnuty výdaje ze zdravotního pojištění a výdaje ze státního a územního rozpočtu. Soukromé zdravotní pojištění je určeno k úhradám nákladů ve zdravotnictví, které nejsou pokryty z veřejného zdravotního pojištění. Mezi tyto náklady se řadí přímé platby, spoluúčast a regulační poplatky.

## 5.3 NEMOCNIČNÍ LŮŽKA

Počet lůžek v nemocnicích dle OECD „poskytuje měřítko zdrojů dostupných pro poskytování služeb hospitalizovaným pacientům v nemocnicích. Celkový počet nemocničních lůžek zahrnuje lůžka léčebné (nebo akutní) péče, lůžka rehabilitační péče, lůžka dlouhodobé péče a ostatní lůžka v nemocnicích, včetně psychiatrické péče.“ Ukazatel se uvádí jako celkový a v přepočtu na 10 000 obyvatel.

## 5.4 PRŮMĚRNÁ DÉLKA ŽIVOTA PŘI NAROZENÍ

Ukazatel průměrné délky života při narození je OECD definován „jako průměrná délka života novorozence, pokud se nezmění současná úmrtnost.“ Délka života je vypočtená

na základě současné míry úmrtnosti. Jak uvádí OECD, očekávaná délka života při narození je jedním z nejvíce využívaným indikátorem zdravotního stavu. Zvyšování střední délky života při narození lze přičíst řadě faktorů, včetně zvyšující se životní úrovně, lepšího životního stylu a vzdělání, jakož i lepšímu přístupu ke kvalitním zdravotnickým službám. Tento ukazatel se uvádí jako celkový a vyhodnocuje se každoročně.

## **5.5 PRŮMĚRNÁ DÉLKA V NEMOCNICI PŘI AKUTNÍ PÉČI**

Průměrná doba pobytu se týká průměrného počtu dnů, které pacienti stráví v nemocnici v případech akutní péče. Dle metodiky OECD se obvykle určuje tak, že se celkový počet strávených dnů všemi hospitalizovanými během roku dělí počtem příjmů nebo propuštění. Míra propouštění pacientů z nemocnice hodnotí počet pacientů, kteří opustí nemocnici po strávení alespoň jedné noci. Zlepšení včasného propouštění pacientů může pomoci průtoku pacientů skrze nemocnici, uvolňuje nemocniční lůžka a čas zdravotnického personálu. Jak předčasná, tak zpožděná propouštění nejen zhoršují zdravotní výsledky, ale také zvyšují náklady: předčasná propouštění mohou vést k nákladným znovuzařazením; zpožděná propouštění využívají omezené nemocniční zdroje.

## **5.6 POČET ZDRAVOTNÍCH SESTER**

Ošetřovatelé jsou definováni jako všichni "praktikující" ošetřovatelé poskytující přímé zdravotní služby pacientům, včetně ošetřovatelů samostatně výdělečně činných. Na Slovensku kvůli nedostatku srovnatelných dat odpovídají čísla "profesionálně aktivním" ošetřovatelům, včetně ošetřovatelů pracujících v zdravotnickém sektoru jako manažeři, pedagogové, výzkumníci, ale i zdravotničtí asistenti, kteří mají nižší vzdělání než všeobecné sestry a vykonávají nižší úkoly. Ukazatel je vyjádřen v přepočtu na 10 000 obyvatel.

## **5.7 ODVRATITELNÁ ÚMRTNOST**

Dle metodiky OECD, tento ukazatel představuje souhrnná data o příčinách úmrtnosti, kterým lze předejít nebo které lze léčit. Dle metodiky: *„Úmrtnost, které lze předejít, závisí na účinných zásadách v oblasti veřejného zdraví a primární prevence (tj. před propuknutím onemocnění).‘ Léčitelná (nebo přístupná) úmrtnost jsou příčiny úmrtí, kterým lze předejít především včasnými a účinnými zdravotními zásahy, včetně sekundární prevence, jako je screening, a léčba (tj. po propuknutí onemocnění, aby se snížila úmrtnost).“* Oba ukazatele se týkají předčasné úmrtnosti (do 74 let). Celkový ukazatel odvratitelné úmrtnosti je vyjádřen jako počet úmrtí na 100 000 obyvatel.

## 5.8 CELKOVÉ VÝDAJE VYNALOŽENÉ NA PREVENCI

Výdaje na prevenci jsou definovány Eurostatem jako „*jakékoli opatření, jehož cílem je zabránit nebo snížit počet nebo závažnost úrazů a nemocí, jejich následků a komplikací.*”

Agentura Eurostat zahrnuje výdaje na činnosti, jejichž primárním účelem je předcházení nemocem a rizikovým faktorům (primární prevence) nebo včasné odhalení nemoci (sekundární prevence). Řadíme sem jak služby spotřebované jednotlivci (např. preventivní očkování nebo screening), tak kolektivní služby (např. informační kampaně nebo epidemiologický dozor). Výdaje na terciární prevenci (tj. snížení negativního dopadu již vzniklého onemocnění nebo úrazu) nejsou zahrnuty. Kromě toho, výdaje na prevenci v rámci této metodiky nezahrnují léčiva nebo zdravotnické zboží s preventivní funkcí. Do výdajů na preventivní péči nejsou zahrnuty ani náklady spojené se zaváděním a prosazováním právních předpisů v oblasti veřejného zdraví. Lze sem zařadit programy informací, vzdělávání a poradenství, očkovací programy, programy pro časnou detekci nemocí a programy monitorování zdravotního stavu.



## **6 MAKROEKONOMICKÉ UKAZATELE VYBRANÝCH ZEMÍ**

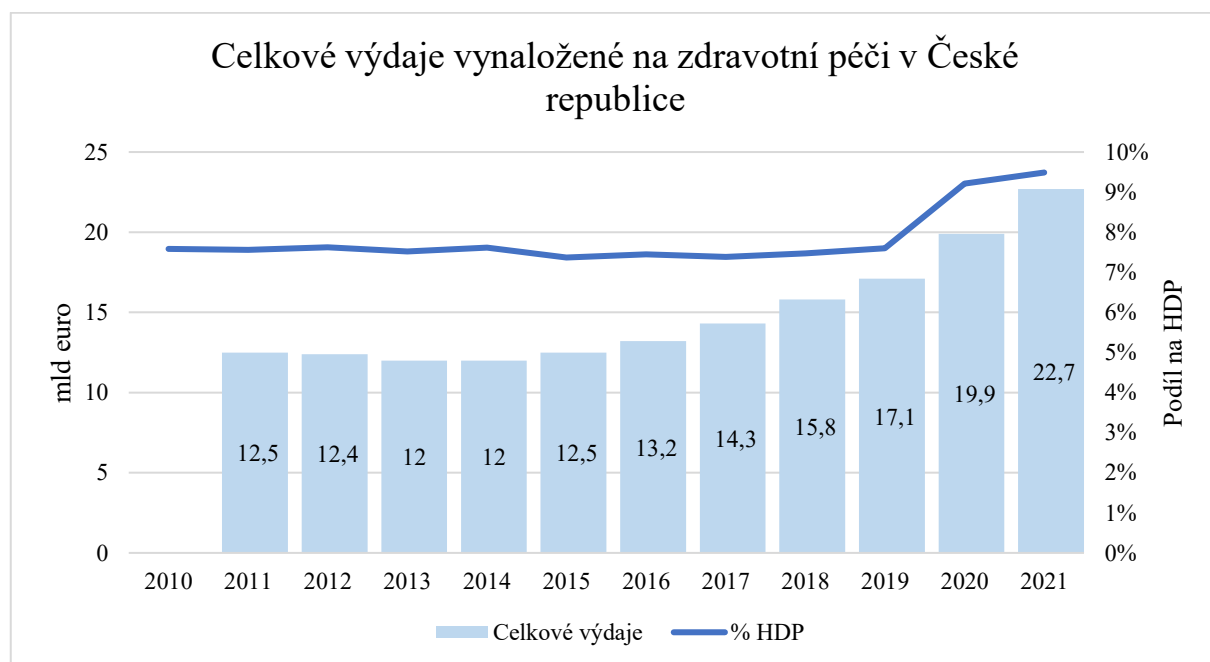
### **6.1 ČESKÉ REPUBLIKA**

Rozloha České republiky činí 78 864 km<sup>2</sup>, s populací dosahující 10 882 235 obyvatel dle údajů ČSÚ z roku 2023. V roce 2010 zde žilo 10 532 770 obyvatel. Země je parlamentní republika v čele s prezidentem. Z dat OECD vyplývá, že HDP v přepočtu na obyvatele za rok 2023 činilo \$ 51,619 PPP, v roce 2021 \$47,551 a v roce 2010 činilo \$27,764. Dle dat ČSÚ, obecná míra nezaměstnanosti 15-64letých v roce 2010 činila 7,4 % a v roce 2021 3,49 %. Dle dat OECD, průměrná meziroční míra inflace v roce 2010 byla 1,5 %, v roce 2021 dosahovala výše 3,8 %. V roce 2010 se kurz české koruny k euru pohyboval přibližně 25 Kč za 1 euro. V roce 2021 se kurz pohyboval kolem 25,6 Kč za 1 euro. Od vzniku samostatného Česka a Slovenska, měli země relativně nízkou úroveň zadlužení. Dle dat ČSÚ, v roce 1995 činila míra zadlužení vládních institucí v Česku 13,6 % HDP, na Slovensku 21,6 %. Zatímco v Česku se míra zadlužení zvyšovala mírně, i přes rozpočtové schodky ve druhé polovině 90. let, na Slovensku již na přelomu tisíciletí překročila 50 % HDP. Poměr dluhu sektoru veřejných institucí k HDP dosáhl v roce 2021 hodnoty 42 %.

#### **6.1.1 CELKOVÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNÍ PÉČI**

Celkové výdaje na zdravotní péči v České republice se mezi lety 2011-2021 pohybovaly průměrně kolem 14,9 mld Kč. Mezi lety 2011-2015 měl ukazatel spíše konstantní vývoj viz graf č.1. K postupnému navyšování každý rok docházelo od roku 2016. K velkému nárustu došlo mezi lety 2017-2018. Mezi lety 2020 a 2021 došlo k nárustu o 2,8 mld. Tento vývoj byl ovlivněn pandemií koronaviru viz růst výdajů na zdravotní péči v kapitole 3.3. V České republice mají veřejné výdaje na zdravotní péči k HDP mezi lety 2010-2021 spíše rostoucí trend. V roce 2010 dosahovaly výdaje 7,59 % HDP. Nejnižší hodnota byla v roce 2015, kdy veřejné výdaje na zdravotnictví dosahovaly 7,36 % HDP. Výdaje na zdravotnictví jako podíl k HDP dosáhly v roce 2019 7,6 %, což je pod průměrem EU, který činí 9,9 %. Největší meziroční skok mezi lety 2019-2020 byl reakcí na pandemii covid-19 a reakcí a snahy vlády o zvládnutí jejich dopadů na zdraví obyvatelstva. Lze však předpokládat, že v budoucích letech veřejné výdaje stále porostou z důvodu demografických změn. Růst veřejných výdajů však představuje zátěž na veřejný rozpočet. V rámci tohoto ukazatele se Česká republika pohybuje dlouhodobě na nižší úrovni oproti ostatním státům OECD. Nejvyšší podíl zdravotních

finančních prostředků směřuje do ambulantní péče, následované lůžkovou péčí, což reflektuje hustou sítí poskytovatelů a vysokou mírou využívání zdravotních služeb. Výdaje na dlouhodobou péči jsou výrazně vyšší než v mnoha jiných novějších členských státech EU, přičemž jejich trvalý nárůst v posledních letech souvisí s rostoucími požadavky stárnoucí populace a zvýšenou dostupností služeb. Česká republika vynakládá na prevenci vyšší podíl svých celkových výdajů na zdravotní péči ve srovnání s mnoha dalšími zeměmi.



**Graf 1: Celkové výdaje na zdravotnictví vzhledem k HDP v České republice**

*Zdroj: vlastní zpracování dle dat OECD*

### **6.1.2 CELKOVÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ NA OSOBU (USD PPP)**

Časová osa zobrazující vývoj celkových výdajů na zdravotnictví na osobu (USD PPP) mezi lety 2010-2021 viz graf č.2, je zajímavá tím, že meziroční přírůstky mají do roku 2013 klesající tendenci. V dalších letech má vývoj tohoto ukazatele rostoucí trend. V roce 2021 dosahují celkové výdaje na osobu 3778 USD.



**Graf 2: Celkový výdaje na zdravotnictví v USD PPP na osobu v České republice**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*

### **6.1.3 VÝDAJE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ DLE ZDROJŮ FINANCOVÁNÍ**

Vývoj výdajů v českém zdravotnictví v letech 2010 až 2021 je zaznamenán v tabulce č.4 níže a následně graficky znázorněn v grafu č.3. Blíže specifikované výdaje, které jsou vynakládány na zdravotnictví, jsou podrobněji rozebrány v kapitole 3. Největší podíl na celkových výdajích na zdravotnictví mají v České republice výdaje ze zdravotního pojištění. Naopak minimální podíl na celkových výdajích na české zdravotnictví mají výdaje ze státního rozpočtu a místních rozpočtů. V roce 2016 platil stát za téměř 6 milionů státních pojištěnců. Kdo je státním pojištěncem je blíže specifikováno v subkapitole 3.3.1. Přímé platby domácností se podílejí větším podílem na výdajích než výdaje ze státního a místních rozpočtů. Co vše zahrnujeme do přímých plateb je více popsáno v kapitole 3.3.6. Podíl výdajů ze státního rozpočtu se každoročně od roku 2014 zvyšuje. Za sledované období výdaje ze státního rozpočtů a místních rozpočtů dosahují průměrně podílu financování 12,8 %. Výdaje z povinného zdravotního pojištění mezi lety 2013-2021 se pohybují mezi 70,97 - 73,31 %. Nejnižší podíl daného ukazatele byl v roce 2020, a to 70,22 %. Přímé platby domácností se mezi lety 2013-2019 pohybovaly mezi 14,09 – 14,86 %. Největší pokles podílu přímých plateb byl mezi lety 2019-2020, převážně z důvodu pandemie koronaviru. V roce 2021 došlo opět k nárustu. Mezi ostatní neboli externí zdroje se zahrnují dobrovolné zdravotní pojištění, nebo prostředky

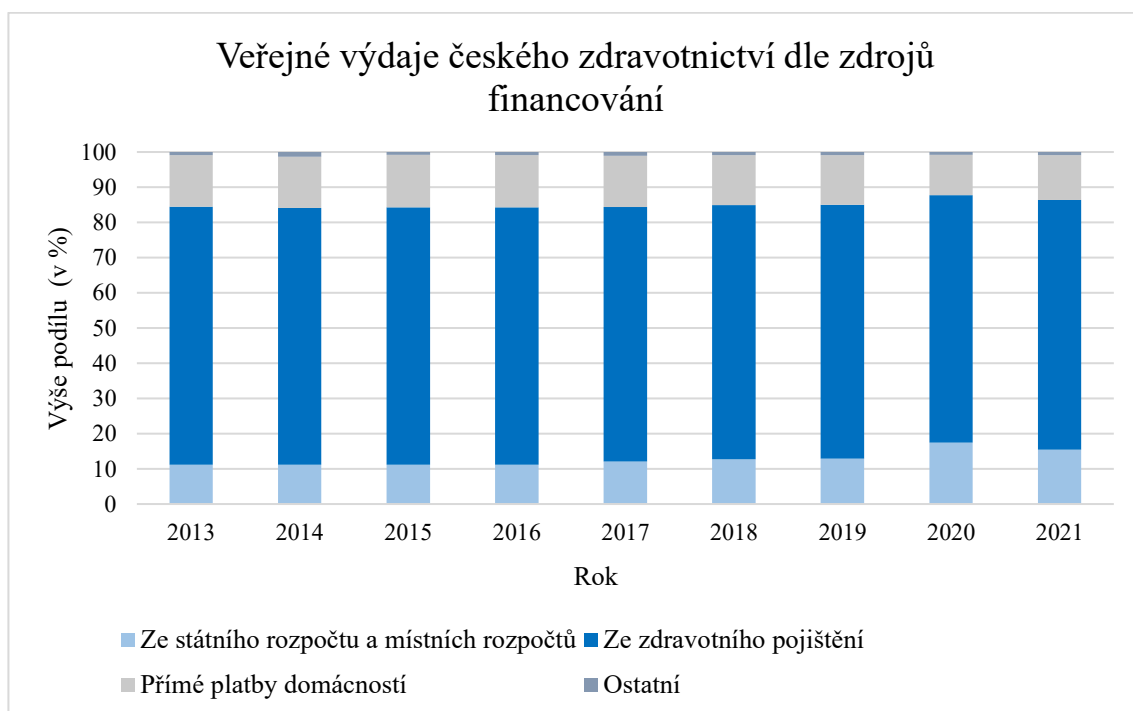
od neziskových institucí. V oblasti dobrovolného pojištění vykazovala Česká republika nejnižší podíl financování zdravotnictví v celé Evropské unii, a to pouze 0,1 %.

**Tabulka 4: Podíl veřejných výdajů na financování českého zdravotnictví**

Veřejné výdaje (podíl v %)	Rok									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Ze státního rozpočtu a místních rozpočtů	11,20	11,14	11,19	11,20	12,08	12,69	12,91	17,48	15,44	
Ze zdravotního pojištění	73,31	72,98	73,13	73,05	72,31	72,19	72,08	70,22	70,97	
Přímé platby domácností	14,56	14,56	14,86	14,83	14,55	14,19	14,09	11,53	12,73	
Ostatní	0,93	1,32	0,82	0,92	1,06	0,93	0,92	0,77	0,86	

*Zdroj: vlastní zpracování dle dat OECD*

Jak lze pozorovat z grafu níže, objem podílu výdajů ze zdravotního pojištění se za sledované období výrazně neměnil.

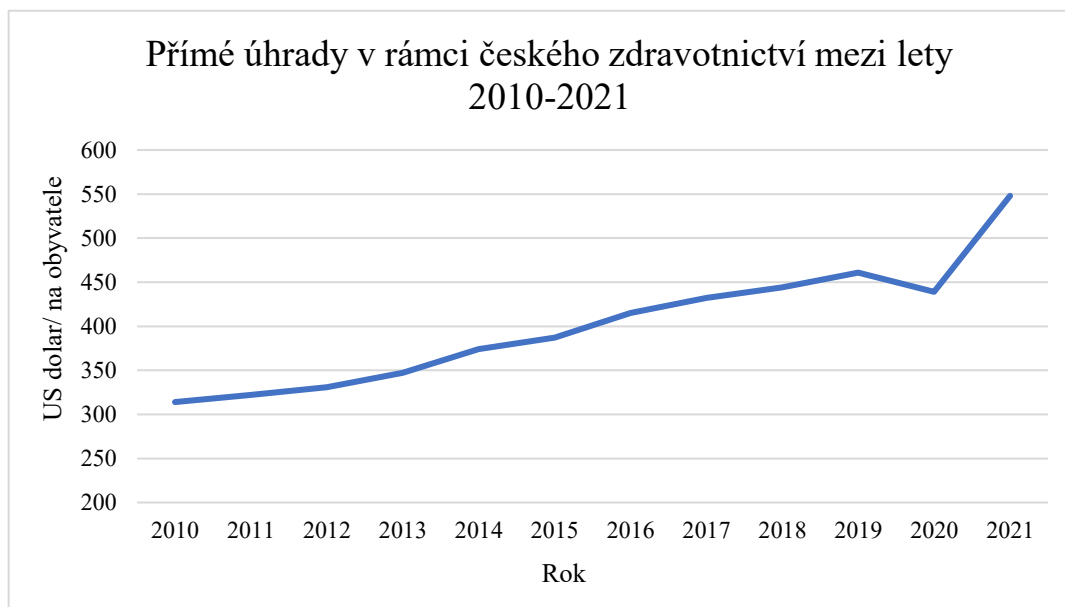


**Graf 3: Veřejné výdaje českého zdravotnictví dle zdrojů financování**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 4*

Vývoj přímých plateb na obyvatele v českém zdravotnictví v letech 2010 až 2021 vykazuje převážně rostoucí trend, s výjimkou roku 2020 viz graf č.4. Přímé platby jsou více popsány v subkapitole 3.3.6. V roce 2010 činily tyto platby 314 USD na obyvatele České republiky. Mezi lety 2019 a 2020 došlo k jedinému poklesu, kdy ukazatel klesl o 22 USD. Mezi

lety 2020 a 2021 došlo k nárůstu o 109 USD. Průměrné přímé platby za celé sledované období dosáhly hodnoty 401,2 USD na obyvatele. V roce 2021 dosáhl sledovaný ukazatel o 234 USD vyšší hodnoty než v roce 2010. V České republice tvořily v roce 2019 většinu výdajů platby za léky (včetně volně prodejných léků).



**Graf 4: Přímé úhrady v českém zdravotnictví** *Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*

#### **6.1.4 PODÍL VEŘEJNÝCH A SOUKROMÝCH VÝDAJŮ NA FINANCOVÁNÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ**

Dobrovolné a přímé platby tvoří v českém zdravotnickém systému kolem 15 % z celkového financování zdravotnictví. Zbytek, tedy v průměru 85 %, generují povinné a vládní výdaje, které zahrnují i povinné platby do fondu zdravotního pojištění. Mezi lety 2010-2019 se dobrovolné a přímé platby pohybují kolem 15 %, kdy nejnižší hodnota 12,3 % byla naměřena v roce 2020. V roce 2021 hodnota tohoto ukazatele mírně narostla o 1,3procentního bodu. Největší podíl dobrovolných a soukromých zdrojů byl v roce 2014. Dobrovolné a přímé platby vzájemně ovlivňují vládní a povinné. V roce 2014 byl podíl vládních a veřejných tedy nejmenší za celé sledované období. V roce 2020 vrostly tyto výdaje na 87,7 %. Nárůst výdajů byl ovlivněn pandemií covid-19. V roce 2021 hodnota opět mírně poklesla ve prospěch soukromých plateb.

Od roku 2010 do roku 2021 lze pozorovat variabilitu tohoto ukazatele v tabulce č.5. U veřejných výdajů došlo v průběhu několika zkoumaných let k mírnému poklesu. Začínaje hodnotou 84,8 % v roce 2010. Nejnižší hodnota klesla na 84,1 % v roce 2014. Nejvyšší hodnota podílu veřejných výdajů v Česku byla v roce 2021, tj. 86,4 %. Průměr podílu veřejných výdajů

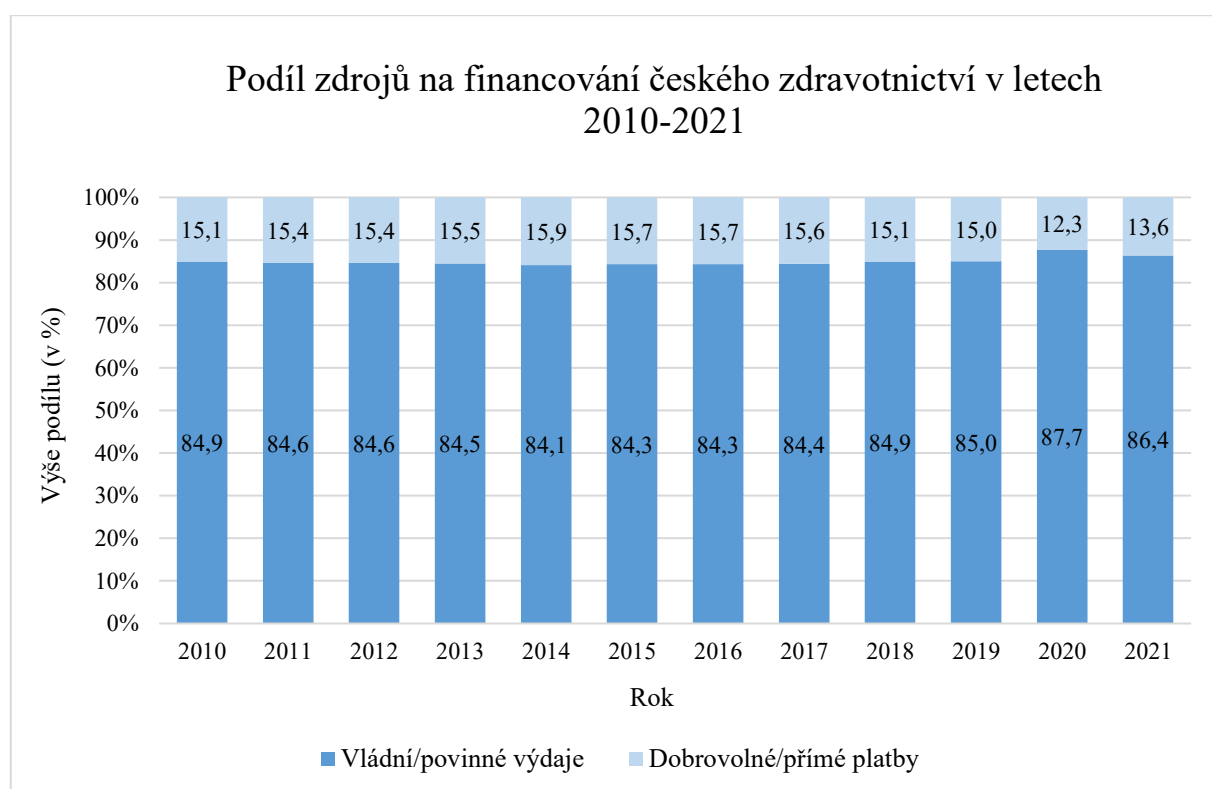
na financování za zkoumané roky je 84,7 %. Od roku 2010 se zvýšily výdaje o 1,5 %. V roce 2010 čeští občané podíleli soukromými výdaji 15,1 %. V České republice v roce 2021 došlo od roku 2010 ke snížení podílu soukromých výdajů o 1,5 procentního bodu.

**Tabulka 5: Podíl veřejných a soukromých výdajů na financování českého zdravotnictví**

Ukazatel [%]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Veřejné výdaje</b>	84,9	84,6	84,6	84,5	84,1	84,3	84,3	84,4	84,9	85,0	84,7	86,4
<b>Soukromé výdaje</b>	15,1	15,4	15,4	15,5	15,9	15,7	15,7	15,6	15,1	15,0	12,3	13,6

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*

Vývoj podílu veřejných a soukromých výdajů zobrazuje graf č.5. Jak lze z grafu pozorovat, v České republice je zdravotnictví financováno převážně z veřejných prostředků.



**Graf 5: Podíl veřejných a soukromých výdajů na financování českého zdravotnictví**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 5*

### 6.1.5 NEMOCNIČNÍ LŮŽKA NA 10 000 OBYVATEL

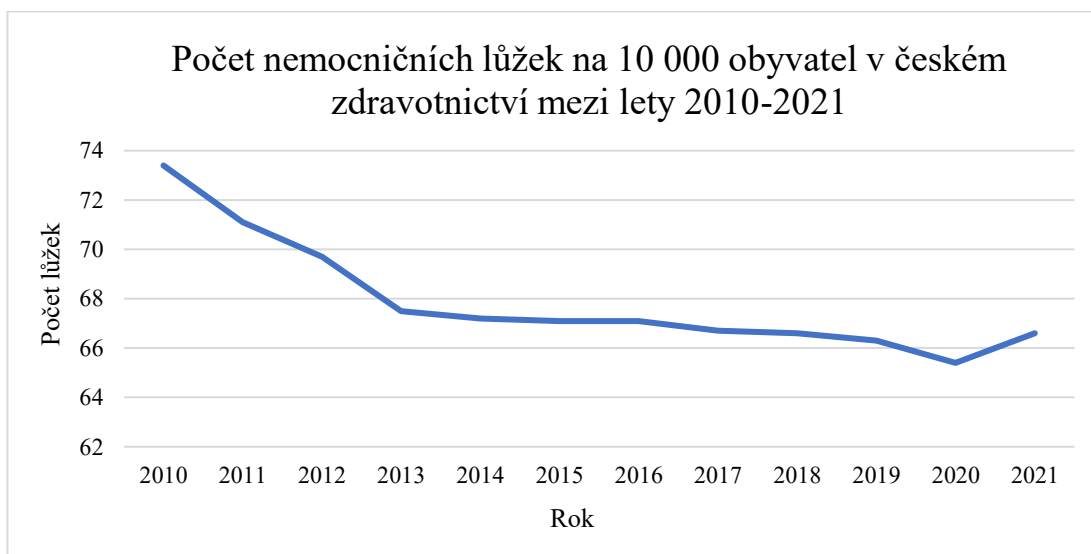
Dalším ukazatelem je množství nemocničních lůžek na 10 000 obyvatel. V České republice se ve sledovaných letech pohybuje tento ukazatel mezi 65,4-73,4 lůžky na 10 000 obyvatel viz tabulka č.6. Nejnižší hodnota byla v roce 2020, tj. 65,4 lůžka. Za celý vývoj této řady došlo ke deseti poklesům.

Tabulka 6: Nemocniční lůžka na 10 000 obyvatel v České republice

Ukazatel [počet]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nemocniční lůžka na 10 000 obyvatel	73,4	71,1	69,7	67,5	67,2	67,1	67,1	66,7	66,6	66,3	65,4	66,6

Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD

Na grafu níže můžeme vidět postupný pokles tohoto ukazatele až na hodnotu 65,4 lůžek na 10 000 obyvatel. Mírný nárůst mezi lety 2020-2021 je ovlivněn pandemií koronaviru.



Graf 6: Počet nemocničních lůžek na 10 000 obyvatel v českém zdravotnictví

Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 6

### 6.1.6 OČEKÁVANÁ DÉLKA ŽIVOTA PŘI NAROZENÍ

Ukazatel očekávaná délka života při narození souvisí s efektivností a informuje o celkovém zdraví populace a účinnosti zdravotního systému. Od roku 2010 do roku 2019 byl vývoj spíše rostoucí, až na mírný propad v roce 2015. Nejvyšší hodnota (79,3 roka) byla zaznamenána v roce 2019. Můžeme vidět pokles již mezi lety 2019-2020, avšak pandemie

covid-19 tento ukazatel ještě snížila na 77,2 roka v roce 2021. Průměr očekávané délky života za toto sledované období je 78,5 roku. Vývoj zobrazuje tabulka č.7 a graf č.7.

**Tabulka 7: Očekávaná délka života při narození v České republice**

Ukazatel [rok]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Očekávaná délka života při narození</b>	77,7	78	78,1	78,3	78,9	78,7	79,1	79,1	79,1	79,3	78,3	77,2

(Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD)

Z grafu č.7 lze pozorovat výrazný pokles ukazatele mezi lety 2019-2021 z důvodu pandemie koronaviru.



**Graf 7: Očekávaná délka života při narození v České republice**

(Zdroj: Vlastní zpracování dle dat u tabulky 7)

### 6.1.7 POČET ZDRAVOTNÍCH SESTER NA 10 000 OBYVATEL

Tento ukazatel poskytuje informace o dostupnosti zdravotnického personálu a může naznačovat, zda je personální kapacita dostatečná k poskytování kvalitní péče. V České republice se počet zdravotních sester mezi lety 2010-2021 pohybuje mezi 79,3-89,5 viz tabulka č.8. Od roku 2010 do roku 2016 byl spíše klesající trend tohoto ukazatele. Od roku 2016 dochází k růstu ukazatele a v roce 2017 dosahuje hodnoty 85. V roce 2019 se hustota zdravotních sester blížila 86, průměr EU činil 84 zdravotních sester v přepočtu na 10 000 obyvatel. Rostoucí počet

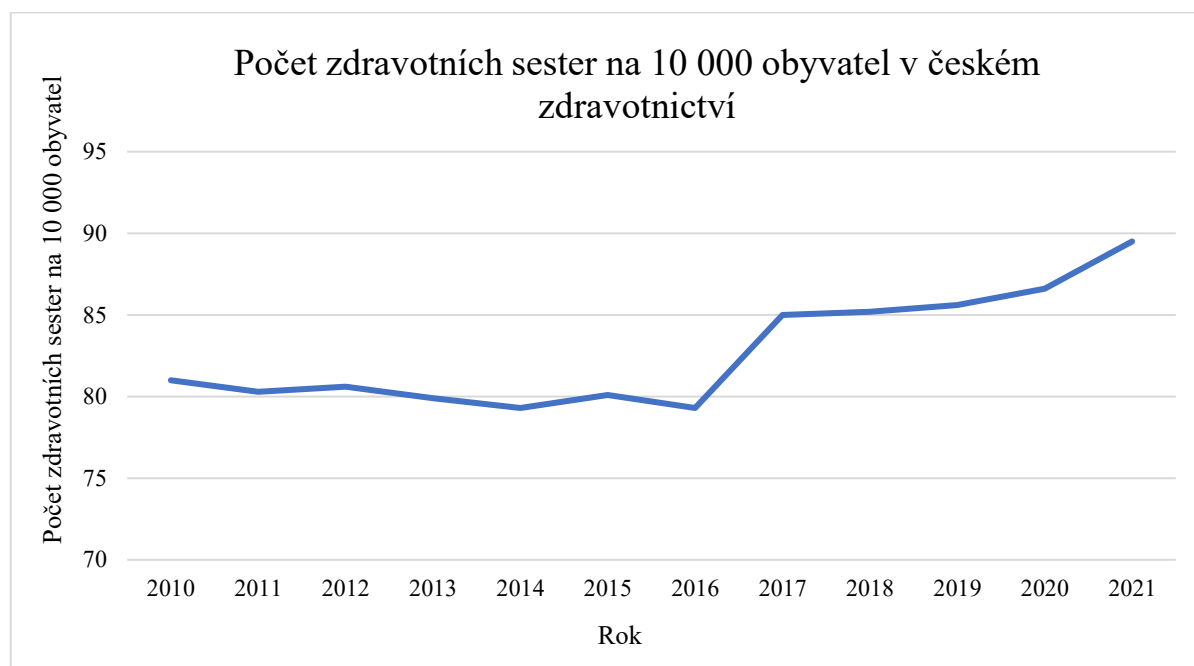


neobsazených míst ohrožuje fungování českých nemocnic. Rostoucí nedostatek sester je způsoben dle OECD (2021) několika faktory; mezi nejvýznamnější řadí relativně nízké mzdy a omezené možnosti karierního postupu. V roce 2021 počet zdravotních sester dosahoval 89,5. Průměr za sledované roky dosahuje hodnoty 82,7. Vývoj je zobrazen v grafu č.8.

**Tabulka 8: Počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel v českém zdravotnictví**

Ukazatel [počet]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel	81	80,3	80,6	79,9	79,3	80,1	79,3	85	85,2	85,6	86,6	89,5

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*



**Graf 8: Počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel v českém zdravotnictví**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 8*

### 6.1.8 PRŮMĚRNÁ DÉLKA V NEMOCNICI PŘI AKUTNÍ PÉČI

Ukazatel průměrné délky v nemocnici při akutní péči může poskytnout informace o efektivitě nemocnic a také naznačit, jak rychle jsou pacienti schopni získat potřebnou péči. Ukazatel v České republice má dle dat z od roku 2010-2019 klesající trend viz tabulka č.9. V roce 2010 se průměrná délka v nemocnicích při akutní péči pohybovala kolem 15,1 dní. Do roku 2014 rostla a dosáhla údaje 6,7 dní. Od tohoto roku postupně ukazatel klesá a v roce

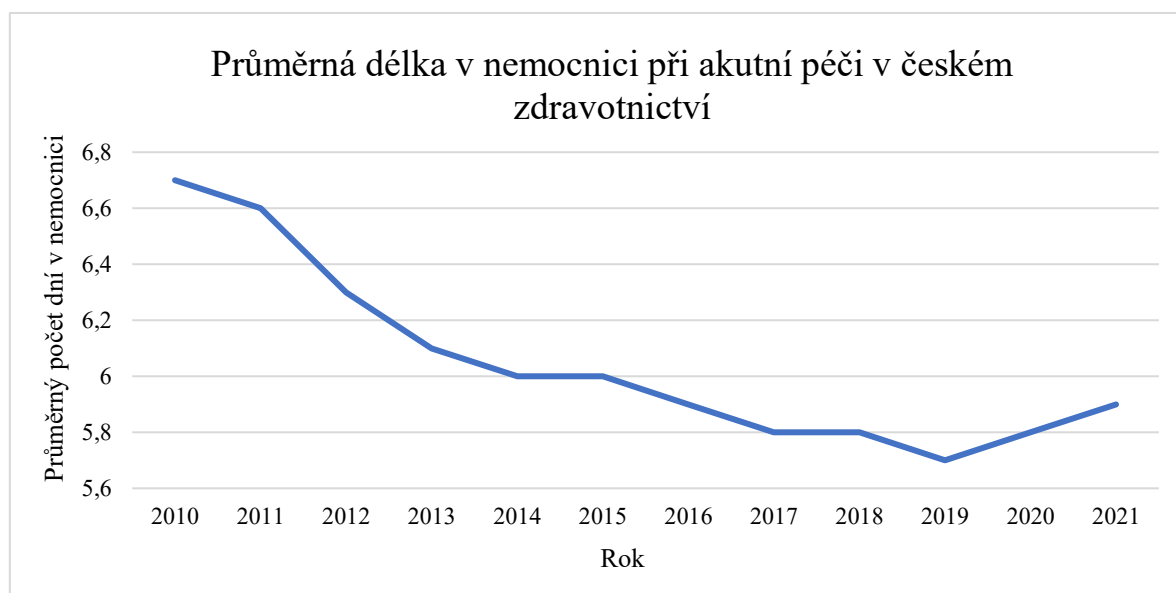
2021 dosáhl 5,9 dne. Mezi sledovanými lety rozdíl činí 0,8 dne. Nejnižší počet dní byl v roce 2019, tj. 5,7 dne. Nárůst v následujících letech je ovlivněn pandemií koronaviru.

**Tabulka 9: Průměrná délka v nemocnici při akutní péči v českém zdravotnictví**

Ukazatel [počet]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Průměrná délka v nemocnici při akutní péči	6,7	6,6	6,3	6,1	6	6	5,9	5,8	5,8	5,7	5,8	5,9

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*

Z grafu č.9 lze pozorovat klesající trend ukazatele v rámci českého zdravotnictví. Od roku 2019 došlo k postupnému navýšení ukazatele.



**Graf 9: Průměrná délka v nemocnici při akutní péči v českém zdravotnictví**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*

### 6.1.9 ODVRATITELNÁ ÚMRTNOST NA 100 000 OBYVATEL

V České republice pozorujeme postupně klesající tendenci počtu odvratitelných úmrtí od roku 2010 do roku 2019, s výjimkou let 2015 a 2017 dle dat z tabulky č.10. Od roku 2020 je však patrný výrazný nárůst tohoto ukazatele, což lze přičíst pandemií koronaviru. Rozdíl mezi nejmenší a nejvyšší hodnotou ukazatele během sledovaného období činí 83 úmrtí na 100 000 obyvatel. Nejnižší hodnota indikátoru byla zaznamenána v roce 2019. Průměrná odvratitelná úmrtnost ve sledovaném období činí přibližně 286 úmrtí na 100 000 obyvatel.

Největší snížení bylo zaznamenáno mezi lety 2013 a 2014, kdy došlo k poklesu o 21 úmrtí, naopak největší nárůst byl zaznamenán mezi lety 2020 a 2021, a to o 58 úmrtí. V roce 2018 byla jak preventabilní, tak léčbou odvratitelná úmrtnost nižší než ve většině zemí ve východní a střední Evropě. Hodnoty tohoto indikátoru v rámci Evropské unie však stále zůstávají pod průměrem EU. V České republice je rakovina plic hlavní příčinou úmrtí, kterým by mohla být předejita pomocí preventivních opatření a ochrany veřejného zdraví.

**Tabulka 10: Odvratitelná úmrtnost na 100 000 obyvatel**

Ukazatel [počet]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Česká republika	320	307	299	297	276	279	264	265	260	252	277	335

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

### 6.1.10 CELKOVÉ VÝDAJE VYNALOŽENÉ V RÁMCI PREVENTIVNÍ PÉČE NA 1 OBYVATELE

V rámci České republiky vykazují celkové vynaložené výdaje na preventivní péči v přepočtu na 1 obyvatele v eurech rostoucí tendenci. Od roku 2010 do roku 2021 došlo k nárůstu tohoto ukazatele o 143,8 eur na obyvatele viz tabulka č.11.

**Tabulka 11: Celkové výdaje na prevenci v České republice na 1 obyvatele**

Ukazatel [euro]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Česká republika	30,99	32,34	32,21	31,94	36,38	32,6	35,44	41	43,12	45,88	69,21	174,8

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z Eurostatu*

Největší nárůst dle dat z tabulky č.12, konkrétně o 152,6 %, byl zaznamenán mezi lety 2020 a 2021. Signifikantní meziroční nárůst byl způsoben výdaji v době pandemie na testy a očkování. Naopak, největší meziroční pokles byl evidován v období mezi lety 2014 a 2015. Průměrně za celé sledované období se v České republice na prevenci vynakládá 50,5 eur na obyvatele. Česká republika se v roce 2020 umístila mezi předními příčkami v rámci Evropské unie v přepočtu na jednoho obyvatele.

**Tabulka 12: Celkové výdaje na prevenci a tempo růstu v České republice**

	Česko		
Rok	Celkové výdaje na prevenci v přepočtu na osobu v euru	Koeficient růstu	Meziroční tempo růstu
2010	30,99		
2011	32,34	1,04	4,36
2012	32,21	1,00	-0,40
2013	31,94	0,99	-0,84
2014	36,38	1,14	13,90
2015	32,69	0,90	-10,14
2016	35,44	1,08	8,41
2017	41,00	1,16	15,69
2018	43,12	1,05	5,17
2019	45,88	1,06	6,40
2020	69,21	1,51	50,85
2021	174,80	2,53	152,56

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z Eurostatu*

## 6.2 SLOVENSKÁ REPUBLIKA

Slovenská republika má rozlohu 49 034 km<sup>2</sup>. Dle údajů Statistického úřadu Slovenské republiky, v roce 2023 zde žilo 5 426 857 obyvatel, v roce 2021 dosáhl počet obyvatel 5 434 712 a v roce 2010 5 407 000 obyvatel. Slovenská republika je také parlamentní republika v čele s prezidentem. V roce 2010 činilo HDP na obyvatele dle dat OECD \$ 25 218, v roce 2021 dosahovalo \$ 37 841. Obecná míra nezaměstnanosti 15-64letých v roce 2010 činila 12,46 % a v roce 2021 6,76 %. Průměrná meziroční míra inflace v roce 2010 byla dle dat OCED 1 %, v roce 2021 dosahovala výše 3,1 %. Dle dat ČSÚ (2023), v roce 2021 vzrostlo zadlužení Slovenska na 62,2 % HDP, což představovalo zvýšení o polovinu ve srovnání s Českou republikou. V posledních 30 letech rostla cenová hladina pro spotřebitele na Slovensku dynamičtěji než v Česku, zejména vlivem let 1999 až 2006, kdy bylo meziroční tempo inflace na Slovensku skoro třikrát vyšší než v Česku.

### 6.2.1 CELKOVÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNÍ PÉČI

Slovensko má mezi lety 2010-2021 různé propady celkových výdajů na zdravotní péči viz tabulka č. 13 a graf č.10. V roce 2010 bylo vynaloženo na zdravotnictví celkem 7,7 % HDP. Nejnižší hodnoty za sledované roky, tj. 6,7 % HDP bylo dosaženo v roce 2018. Od té doby došlo k nárůstu až na hodnotu 7,8 % HDP v roce 2021. Hodnota v posledním zkoumaném roce představuje velmi podobnou hodnotu dosaženou v roce 2010. Nárůst mezi rokem 2020- 2021 byl způsoben pandemií SARS Covid-19. V nárůstu výdajů byly zahrnuty pomocné služby, jako jsou laboratorní vyšetření nebo přeprava pacientů.

**Tabulka 13: Podíl veřejných výdajů na zdravotní péči**

Ukazatel [%]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Celkové výdaje (mld euro)	-	-	5,6	5,6	5,3	5,4	5,7	5,7	6	6,5	6,7	7,8
% HDP	7,67	7,3	7,54	7,5	6,88	6,76	6,97	6,76	6,67	6,92	7,13	7,75

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*

Z grafu je patrný pokles od roku 2013 v celkových výdajích vzhledem k HDP v rámci slovenského zdravotnictví.



**Graf 10: Celkové výdaje na zdravotnictví na Slovensku mezi lety 2010-2021**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 13*

### 6.2.2 CELKOVÉ VÝDAJE VE ZDRAVOTNICTVÍ NA OSOBU (USD PPP)

Časová osa zobrazující vývoj celkových výdajů ve zdravotnictví na osobu (USD PPP) mezi lety 2010-2021 je zobrazena v grafu č.11. V roce 2010 byla hodnota výdajů 2 192 USD. Nejnižší hodnoty, tj. 1999 USD bylo dosaženo v roce 2014. Rozdílnost ve výdajích mezi lety

2010 a 2021 činí 429 USD. Nárůst souvisí se zvýšenými celkovými výdaji z důvodu pandemie.



**Graf 11: Celkové výdaje na zdravotnictví na osobu v USD (PPP)**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*

### **6.2.3 VÝDAJE SLOVENSKÉ ZDRAVOTNICTVÍ DLE ZDROJŮ FINANCOVÁNÍ**

Výdaje rozlišené dle zdrojů slovenského financování jsou zobrazeny v tabulce č. 14 a níže v grafu č.12. Během sledovaného období, tj. od roku 2013 do roku 2021, průměrný podíl financování zdravotnictví ze státního a místního rozpočtu dosáhl 4,3 %. V roce 2013 představoval tento podíl 6,7 %, V průběhu let 2013 až 2021 došlo k nárůstu tohoto podílu o 2,79procentního bodu. Financování z povinného zdravotního pojištění vykazuje rostoucí trend od roku 2013 do 2016, po němž následuje stagnace kolem 77 % a od roku 2018 postupné snižování tohoto podílu. Platby zdravotního pojištění představují významný podíl na financování slovenského zdravotnictví viz kapitola 4.1. Slovenské domácnosti se podílely přímými platbami v roce 2013 podílem ve výši 23,32 %. Mezi lety 2014-2018 se podíl pohyboval průměrně kolem 18,45 %. Meziročně došlo k nárůstu mezi lety 2018-2019 a 2020-2021. Zatímco v roce 2002, tedy před reformou, činila spoluúčast pacientů na Slovensku zhruba 9 % celkových výdajů, můžeme vidět dle dat z tabulky, že přímé platby se razantně navýšily a v průměru celého sledovaného období dosahovaly výše 19, 21 %. Hlavními důvody pro zvýšení přímých plateb občanů byl růst podílu spoluúčasti na léky a lázeňské návštěvy, zvýšené

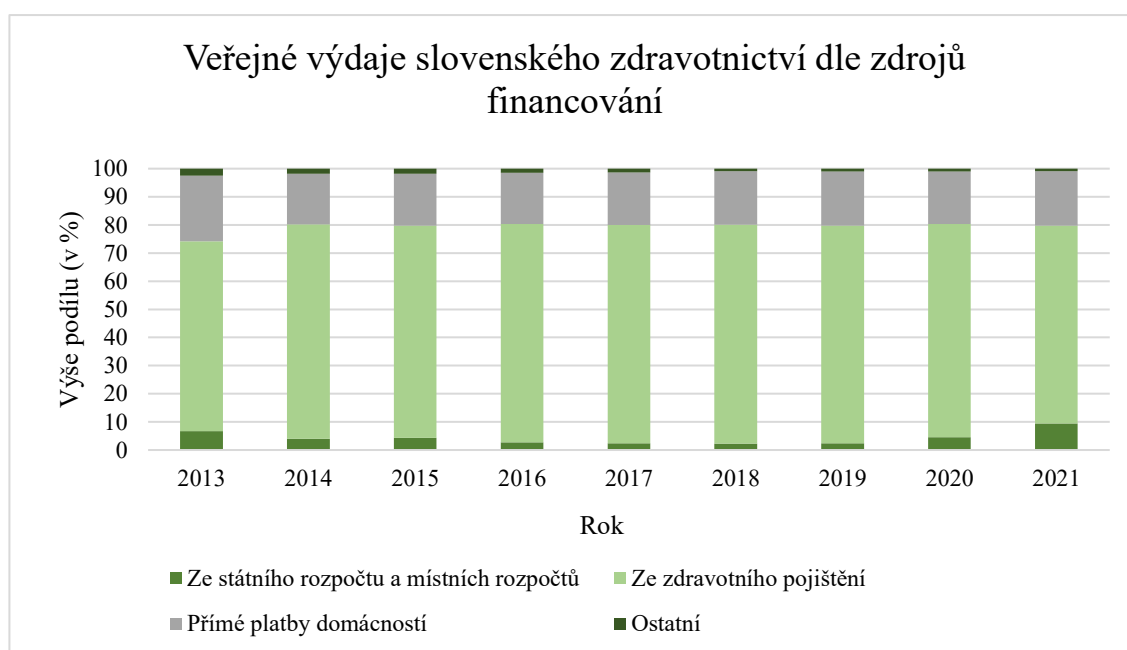
využívání soukromých poskytovatelů pacienty, uživatelské poplatky za předpisy a různé zdravotní služby (nadstandardní služby).

**Tabulka 14: Výdaje slovenského zdravotnictví dle zdrojů financování**

Veřejné výdaje (podíl v %)	Rok								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ze státního rozpočtu a místních rozpočtů	6,66	4,00	4,33	2,68	2,42	2,30	2,43	4,53	9,45
Ze zdravotního pojištění	67,55	76,23	75,38	77,68	77,52	77,83	77,37	75,74	70,29
Přímé platby domácností	23,32	18,01	18,44	18,19	18,71	18,91	19,16	18,75	19,40
Ostatní	2,47	1,76	1,85	1,45	1,35	0,96	1,04	0,98	0,86

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*

Z grafu můžeme pozorovat, že platby zdravotního pojištění představují významný podíl na financování slovenského zdravotnictví.

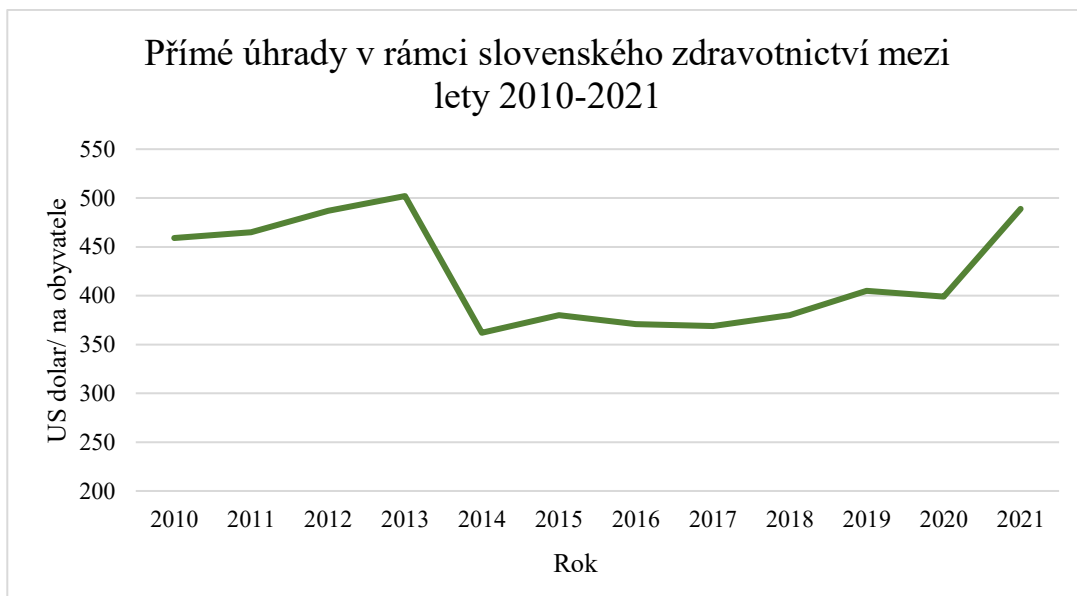


**Graf 12: Veřejné výdaje slovenského zdravotnictví dle zdrojů financování**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 14*

Přímé platby ve slovenském zdravotnictví vykázaly proměnlivý trend během sledovaného období dle grafu č.13. Mezi lety 2010 a 2013 docházelo k rostoucímu vývoji, když přímé platby dosáhly vrcholu na hodnotě 502 USD na obyvatele. V období 2013 až 2014 pak došlo k výraznému poklesu o 140 USD na hodnotu 362 USD. V následujících letech ukazatel spíše pomalu rostl, přičemž v roce 2010 dosáhl hodnoty 489 USD na obyvatele. Průměrné přímé platby od slovenských občanů v tomto sledovaném období přispěly k financování

zdravotnictví v průměru 422,3 USD na obyvatele. V roce 2021 dosáhl sledovaný ukazatel o 30 USD vyšší hodnoty než v roce 2010.



**Graf 13: Přímé hrady v rámci slovenského zdravotnictví**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*

#### **6.2.4 PODÍL VEŘEJNÝCH A SOUKROMÝCH VÝDAJŮ NA FINANCOVÁNÍ SLOVENSKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ**

Podíl veřejných a soukromých výdajů na financování slovenského zdravotnictví zobrazuje tabulka č.15. Veřejné výdaje v roce 2010 dosahovaly podílu 71,9 %. Do roku 2014 veřejné výdaje vzrostly o 8,3 %. Mezi lety 2014-2021 mají výdaje spíše konstantní vývoj a pohybují se kolem 80 %. Mezi sledovanými roky je průměr veřejných výdajů na slovenské zdravotnictví 77,7 %, podíl soukromých výdajů je v průměru 22,3 %. V roce 2010 dosahují soukromé výdaje 28,1 %, což je nejvyšší hodnota mezi lety 2010-2021. V roce 2011 se soukromé výdaje snížily o 1,9 %, což je třetí největší rozdíl mezi všemi sledovanými lety. Největší rozdíly jsou mezi lety 2012- 2013, tj. snížení o 2 % a mezi lety 2013-2014, kde došlo ke snížení o 6 %.

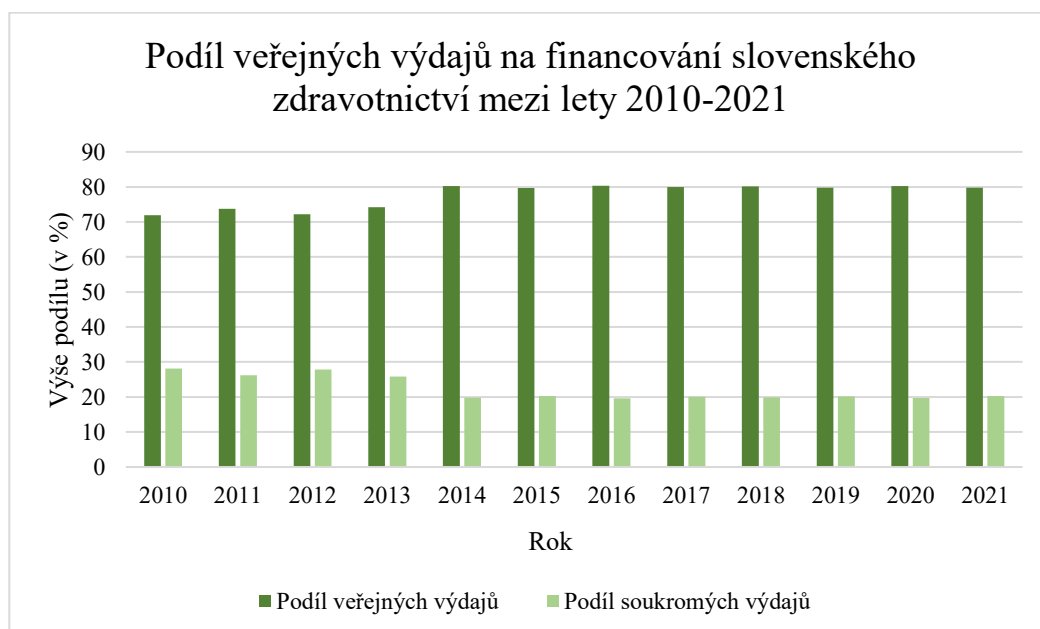


**Tabulka 15: Podíl veřejných a soukromých výdajů na financování slovenského zdravotnictví.**

Ukazatel [%]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Veřejné výdaje	71,9	73,8	72,2	74,2	80,2	79,7	80,4	79,9	80,1	79,8	80,3	79,7
Soukromé výdaje	28,1	26,2	27,8	25,8	19,8	20,3	19,6	20,1	19,9	20,2	19,7	20,3

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*

V posledních letech se soukromé výdaje pohybují kolem 20 %. Časovou osu zobrazuje graf č.14. V roce 2003, tedy před reformou (blíže popsána v subkapitole 4.3), dosahoval podíl veřejných výdajů na financování zdravotnictví 88,3 %. Veřejné zdroje vkládané do zdravotnictví se tak snížily na úkor zdrojů soukromých.



**Graf 14: Podíl veřejných výdajů na financování slovenského zdravotnictví**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 15*

### 6.2.5 NEMOCNIČNÍ LŮŽKA NA 10 000 OBYVATEL

Nemocniční lůžka se na Slovensku mezi lety 2010-2021 pohybují mezi 64,6 – 56,7 lůžek/ na 10 000 obyvatel viz tabulka č.16. Vývoj ukazatele má spíše klesající tendenci, kterou lze pozorovat v grafu č.15. Největší snížení nemocničních lůžek je mezi lety 2010-2011, kdy došlo ke snížení o 3,9 lůžka/na 10 000 obyvatel. V dalších letech došlo k postupnému snižování. V roce 2018 dosáhl ukazatel hodnoty 57 lůžek na 10 000 obyvatel. Snižování počtu

lůžek však bylo dle Gavurové a Bartáka (2021) cílem vládního programu JZS, tzv. Jednodenní zdravotní péče. Průměr za sledované období činí 58,7 %. V roce 2021 bylo na Slovensku 56,7 lůžka /na 10 000 obyvatel.

**Tabulka 16: Počet nemocničních lůžek na 10 000 obyvatel na Slovensku**

Ukazatel [počet]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nemocniční lůžka na 10 000 obyvatel	64,6	60,5	59,1	58	57,9	57,5	57,8	58,2	57	57,6	56,8	56,7

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*



**Graf 15: Počet nemocničních lůžek na 10 000 obyvatel na Slovensku**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 16*

## 6.2.6 OČEKÁVANÁ DÉLKA ŽIVOTA PŘI NAROZENÍ

Očekávaná délka života při narození na Slovensku se v roce 2021 dostala na 74,6 roku, tj. představuje snížení oproti počátečnímu sledovanému roku o 1 rok. Na začátku sledovaného období byla hodnota 75,6 roku viz tabulka č.17. Od roku 2010 do 2019 má ukazatel rostoucí trend, pouze v roce 2015 je zaznamenán pokles o 0,3 roku, znázorněno v grafu č.16. Nejnižší hodnota 75,6 byla zaznamenána v roce 2021. Průměr je za sledované období činní 76,6 roku.

**Tabulka 17: Očekávaná délka života při narození na Slovensku**

Ukazatel [rok]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Očekávaná délka života při narození	75,6	76,1	76,3	76,6	77	76,7	77,3	77,3	77,4	77,8	77	74,6

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*



**Graf 16: Očekávaná délka života při narození na Slovensku**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 17*

### 6.2.7 POČET ZDRAVOTNÍCH SESTER NA 10 000 OBYVATEL

Počet zdravotních sester na Slovensku zobrazuje tabulka č.18. V roce 2010 byla hodnota 60,7 zdravotních sester na 10 000 obyvatel. Od tohoto roku docházelo pomalu ke snižování, až na výjimky v roce 2014 a 2016. Nejnižší hodnota byla v roce 2017, tj. 56,5 zdravotních sester. Od roku 2017 došlo opět k navýšení na hodnotu 57,9 v roce 2020. V roce 2019 indikátor ukazoval 57,4 zdravotní sestry na 10 000 obyvatel, průměr EU byl 8,4 %. V roce 2021 došlo ke snížení o 0,6. Jak je uvedeno v kapitole 4.5, nedostatečný počet zdravotních sester na Slovensku je problém. V rámci sledování statistik tohoto ukazatele, OECD uvádí, že Slovenská republika je jedna ze dvou zemí OECD, kde počet sester na populaci klesl mezi lety 2010 a 2019. Počet absolventů oboru ošetrovatelství se mezi roky 2009 a 2019 snížil o více než polovinu. Příčina tohoto poklesu spočívá v stárnutí pracovní síly, relativně nízkých mzdám v porovnání se sousedními zeměmi a dlouhodobě zlých pracovních podmínkách a zároveň

i nízké prestiži daného povolání. Klesající trend je znázorněn v grafu č.17. Růst ukazatele v celém sledovaném období byl zaznamenán pouze mezi lety 2015-2016 a 2017-2020.

**Tabulka 18: Počet zdravotních sester na Slovensku na 10 000 obyvatel**

Ukazatel [počet]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel	60,7	59,4	58,2	57,5	57,5	57	57,4	56,5	57	57,4	57,9	57,3

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat OECD*

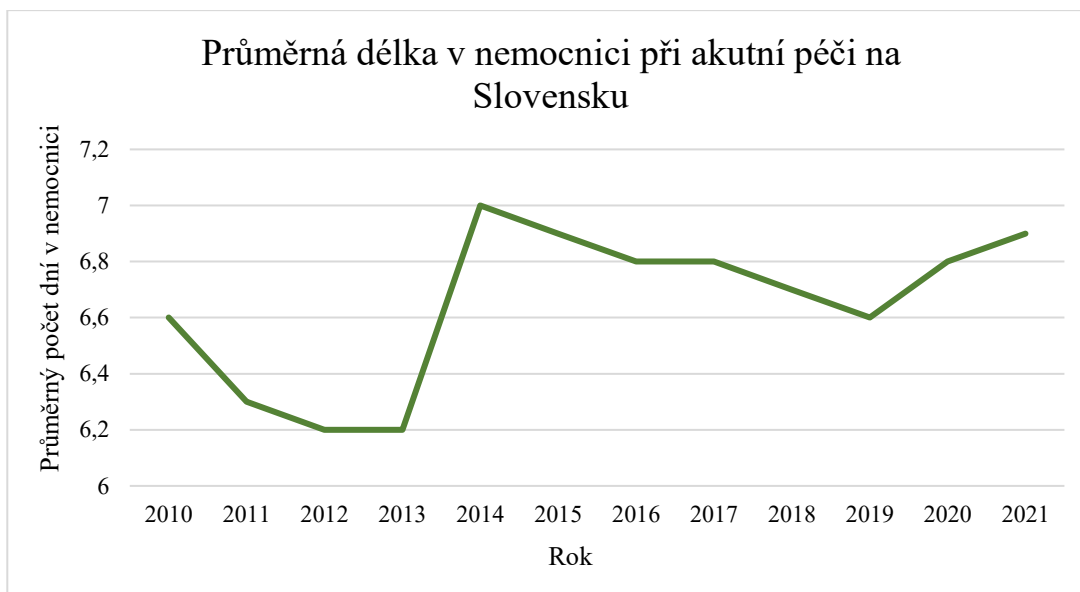


**Graf 17: Počet zdravotních sester na Slovensku na 10 000 obyvatel**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 18*

## 6.2.8 PRŮMĚRNÁ DÉLKA V NEMOCNICI PŘI AKUTNÍ PÉČI

Průměrná délka v nemocnici při akutní péči je na Slovensku mezi lety 2010-2021 je 6,65 dní. V roce 2010 se jednalo průměrně o 6,6 dní. Do roku 2012 byl vývoj klesající, kdy v letech 2012 a 2013 se jednalo o 6,2 dne. V následujícím roce byl největší nárůst a to o 0,8 dne, tj. 7 dní. Od roku 2014 do roku 2019 byl opět ve vývoji klesající trend., kdy v roce 2019 dosáhl ukazatel hodnoty 6,6 dne. V následujících dvou letech hodnota ukazatele opět roste, což bylo ovlivněno pandemií covidu. Vývoj je zobrazen v grafu č.18 a tabulce č.19.



**Graf 18: Průměrná délka v nemocnici při akutní péči na Slovensku**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 19*

Z Tabulka 19y níže lze pozorovat, že nejnižší zaznamenaná průměrná délka v nemocnici v rámci akutní péče byla v letech 2012 a 2013.

**Tabulka 19: Průměrná délka v nemocnici při akutní péči na Slovensku**

Ukazatel [počet]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Průměrná délka v nemocnici při akutní péči	6,6	6,3	6,2	6,2	7	6,9	6,8	6,8	6,7	6,6	6,8	6,9

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

### 6.2.9 ODVRATITELNÁ ÚMRTNOST V PŘEPOČTU NA 100 000 OBYVATEL

Na Slovensku není tento indikátor kompletně zdokumentován, nicméně lze pozorovat postupné snižování odvratitelné úmrtnosti. Nejnižší hodnota byla zaznamenána v roce 2019, zatímco nejvyšší hodnota byla zaznamenána v prvním sledovaném roce, tedy v roce 2010 viz tabulka č.20. Mezi lety 2010 a 2019 došlo k poklesu tohoto ukazatele o 76 úmrtí. Průměrná hodnota odvratitelné úmrtnosti za sledované období činí 351 úmrtí na 100 000 obyvatel. Kardiovaskulární onemocnění představují nejvýznamnější příčinu úmrtí. Slovensko dlouhodobě se řadí mezi země EU s nejvyšší mírou úmrtnosti z důvodů, kterým by bylo možné předejít. OECD (2019) informovala, že dle odhadů Institutu pro měření a vyhodnocování zdraví

z roku 2018, bylo přibližně polovině všech úmrtí na Slovensku v roce 2017 možné přisoudit rizikovým faktorům jako je stravování, kouření tabáku, konzumace alkoholu a nedostatek fyzické aktivity. Tento podíl výrazně převyšuje průměr v rámci Evropské unie. Spotřeba tabáku u dospělých je podílem 17 % v roce 2019 druhou nejčastější příčinnou zvyšující odvratitelnou úmrtnost, hned za rizikem nezdravým stravováním.

**Tabulka 20: Odvratitelná úmrtnost na 100 000 obyvatel**

Ukazatel [počet]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Slovensko</b>	397	-	376	364	346	-	336	336	332	321	-	-

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

## 6.2.10 CELKOVÉ VÝDAJE VYNALOŽENÉ NA PREVENCI NA 1 OBYVATELE

V oblasti celkových výdajů na prevenci vykazovala Slovenská republika do roku 2019 spíše klesající tendenci. Vývoj tohoto ukazatele je detailně zachycen v tabulce č.21. V roce 2012 činily tyto výdaje v přepočtu na jednoho obyvatele 41,9 eur, zatímco v posledním sledovaném roce, tj. v roce 2021, dosáhly 23 eur, což představuje pokles tohoto ukazatele o 18,9 eur.

**Tabulka 21: Celkové výdaje na prevenci na Slovensku na 1 obyvatele**

Ukazatel [euro]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Slovensko</b>	-	-	41,86	21,86	18,28	21,06	12,29	10,69	8,45	9,72	12,57	23

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z Eurostatu*

Z informací v tabulce č.22 vyplývá, že největší meziroční pokles byl zaznamenán mezi lety 2012 a 2013, kdy došlo k poklesu o -47,8 %. Naopak největší nárůst výdajů byl evidován mezi lety 2020 a 2021, kdy došlo ke zvýšení o 83 %. V roce 2020 byly výdaje na prevenci na Slovensku jedny z nejnižších v rámci Evropské unie. Podle údajů z OECD Slovensko od roku 2016 alokovalo na prevenci menší finanční prostředky než ostatní země Visegrádské čtyřky. Jak bylo uvedeno v subkapitole 6.2.7, kouření tabákových výrobků je druhý nejrizikovější faktor odvratitelných úmrtí na Slovensku. Jak uvádí OECD (2021), ve většině zemí EU spotřeba tabáku u dospělých za poslední deset let klesla, na Slovensku zůstala stejná, čímž Slovensko

zaostalo za mnoha zeměmi, které investovali právě do prevence, a to buď přijímáním konkrétních opatření na snížení spotřeby tabáku či přechodem na méně škodlivé alternativy.

**Tabulka 22: Meziroční tempo růstu výdajů na prevenci na Slovensku**

Slovensko			
Rok	Celkové výdaje na prevenci v přepočtu na osobu v euru	Koeficient růstu	Meziroční tempo růstu
2010			
2011			
2012	41,86		
2013	21,86	0,52	-47,78
2014	18,28	0,84	-16,38
2015	21,06	1,15	15,21
2016	12,29	0,58	-41,64
2017	10,69	0,87	-13,02
2018	8,45	0,79	-20,95
2019	9,72	1,15	15,03
2020	12,57	1,29	29,32
2021	23,00	1,83	82,98

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z Eurostatu*

## 7 KOMPARACE A SHRNU TÍ

### 7.1 CELKOVÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNÍ PÉČI V ČESKÉ A SLOVENSKÉ REPUBLICE

Celkové výdaje na zdravotní péči v České a Slovenské republice mezi lety 2010-2021 jsou zaznamenány v tabulce č.23 a grafu č.19. Česká republika má v průměru vyšší celkové výdaje na zdravotní péči než Slovensko během sledovaného období. V roce 2021 dosáhly výdaje České republiky 22,7 miliard eur, zatímco na Slovensku dosáhly 7,8 miliard eur. Od roku 2010 do roku 2013 se poměr vynaložených výdajů na zdravotní péči v České a Slovenské republice pohybuje kolem 7,5 % HDP. Na Slovensku od roku 2013 měly výdaje vzhledem k HDP spíše klesající trend, až do roku 2018, kdy postupně opět začaly růst. Místo toho v České republice výdaje vzhledem k HDP spíše stagnovaly kolem hodnoty 7,5 %. Růst u obou zemí nastal od roku 2018. Ze statistik OECD vyplývá, že v mnoha vyspělých evropských zemích je běžně podíl celkových výdajů na zdravotnictví nad hranicí 10 % HDP. Ani u jedné zkoumané země celkové výdaje nepřesahují danou hranici.

Z dokumentu OECD (2017) vyplývá, že slovenské ministerstvo financí v roce 2016 informovalo, že na Slovensku je pozorována vysoká spotřeba léčiv, přesněji vyčísleno, na Slovensku je vynakládáno asi o polovinu více finančních prostředků na léky v přepočtu na jednoho obyvatele, než je průměrný podíl v zemích Visegrádské čtyřky, ačkoliv ceny léčiv na Slovensku se řadí mezi nejnižší v Evropské unii. Podle analýzy provedené vládními analytiky by úspěšné snížení spotřeby léčiv na úroveň srovnatelnou s Českou republikou mohlo Slovensku přinést úsporu až téměř 200 milionů eur.

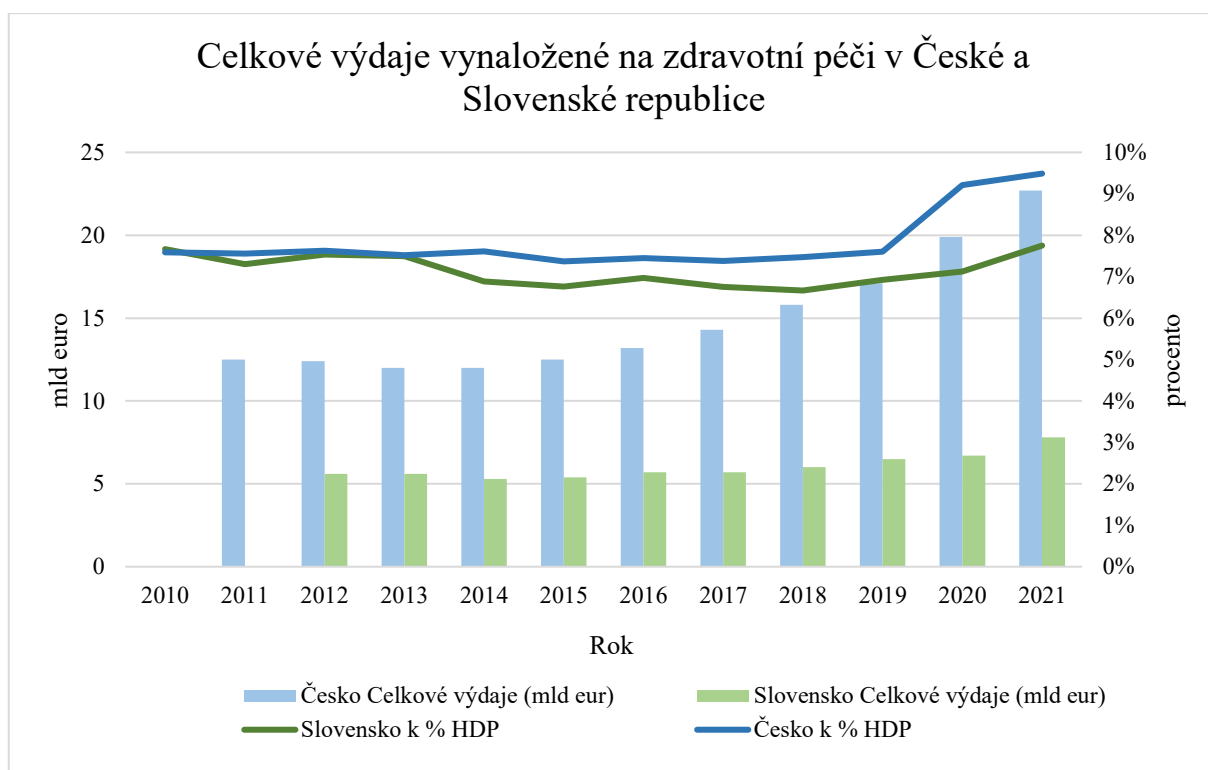
**Tabulka 23: Celkové výdaje na zdravotní péči**

Celkové výdaje na zdravotní péči		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Česko	Celkové výdaje (mld eur)		12,5	12,4	12	12	12,5	13,2	14,3	15,8	17,1	19,9	22,7
	k % HDP	7,586	7,6	7,6	7,5	7,6	7,4	7,4	7,4	7,5	7,6	9,2	9,5
Slovensko	Celkové výdaje (mld eur)			5,6	5,6	5,3	5,4	5,7	5,7	6	6,5	6,7	7,8
	k % HDP	7,67	7,30	7,54	7,50	6,88	6,76	6,97	6,76	6,67	6,92	7,13	7,75

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

Jak z grafu níže vyplývá, poměr celkových výdajů na zdravotní péči vzhledem k HDP byl v obou zemích mezi lety 2010-2013 velmi podobný, avšak od roku 2013 vynakládá více výdajů k HDP na zdravotnictví Česká republika oproti Slovensku.



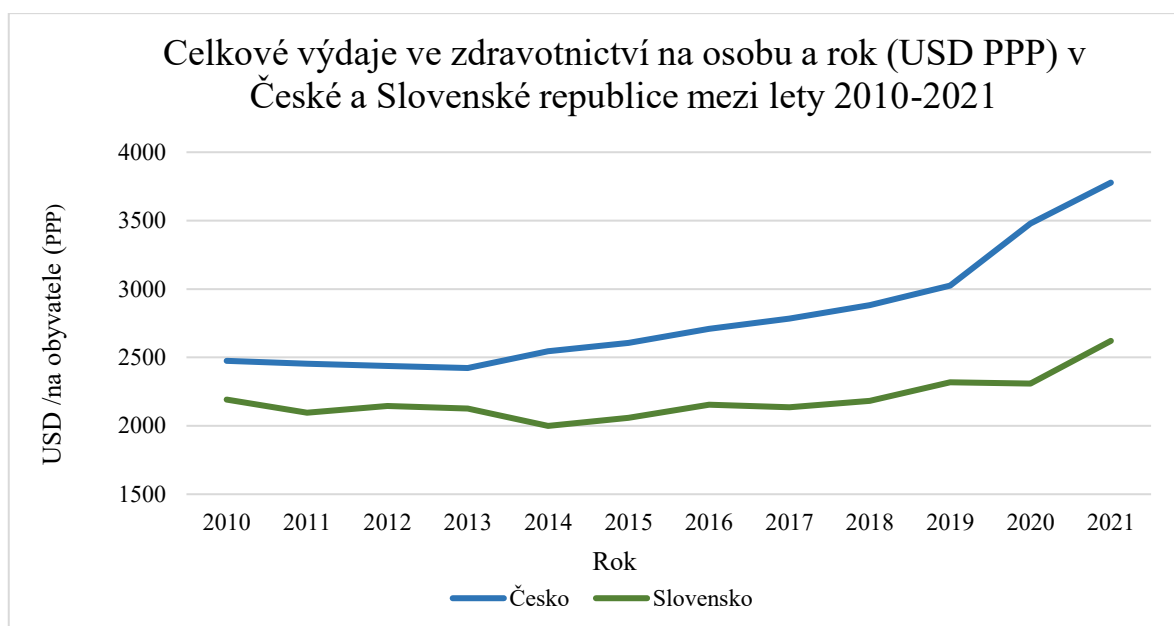


**Graf 19: Celkové výdaje vynaložené na zdravotní péči v České a Slovenské republice**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 23*

## **7.2 CELKOVÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ V USD PPP NA OSOBU V ČESKÉ A SLOVENSKÉ REPUBLICE**

Celkové výdaje vynaložené na zdravotní péči v přepočtu na osobu a rok v USD v České a Slovenské republice zobrazuje graf č.20. Od počátku sledovaného období, tedy od roku 2010, výdaje v České republice jsou vyšší. Největší rozdíly jsou patrné od roku 2016, kdy se hodnoty ukazatele v obou zemích daleko více rozcházejí.



**Graf 20: Celkové výdaje ve zdravotnictví na osobu a rok (USD PPP) v České a Slovenské republice**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

Dle analýzy v tabulce č.24, hodnoty ukazatele v České republice meziročně klesaly v prvních třech letech sledovaného období. Na Slovensku ukazatel za sledované období celkem 5x meziročně poklesnul. V roce 2020 vzrostly výdaje na zdravotní péči na obyvatele ve všech zemích EU o 5,5 % ve srovnání s rokem 2019, což je nejvyšší míra od roku 2004. V České republice vzrostly o více než 15 %. Slovensko, jako jedna ze tří zemí EU, vykazovala odlišný trend a výdaje na zdravotnictví na obyvatele v roce 2020 oproti úrovni roku 2019 poklesly o 0,38 %. K nárůstu o 13,5 % došlo až v následujícím roce.

**Tabulka 24: Celkové výdaje ve zdravotnictví na osobu a rok (USD PPP) v České a Slovenské republice**

Rok	Česko			Slovensko		
	Celkové výdaje v přepočtu na osobu v USD	Koeficient růstu	Meziroční tempo růstu	Celkové výdaje v přepočtu na osobu v USD	Koeficient růstu	Meziroční tempo růstu
2010	2474,1			2191,8		
2011	2453,8	0,992	-0,82	2096,9	0,957	-4,33
2012	2438	0,994	-0,64	2144,5	1,023	2,27
2013	2422,7	0,994	-0,63	2126,5	0,992	-0,84
2014	2545,1	1,051	5,05	1999,4	0,940	-5,98
2015	2605,9	1,024	2,39	2059,1	1,030	2,99
2016	2709,3	1,040	3,97	2154,3	1,046	4,62
2017	2783,3	1,027	2,73	2136,1	0,992	-0,84
2018	2883,3	1,036	3,59	2183,4	1,022	2,21
2019	3024,7	1,049	4,90	2318,3	1,062	6,18
2020	3478,5	1,150	15,00	2309,4	0,996	-0,38
2021	3777,9	1,086	8,61	2621,2	1,135	13,50

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

## 7.3 VÝDAJE SLOVENSKÉHO A ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ DLE ZDROJŮ FINANCOVÁNÍ

Podíl financování zdravotnictví ze státního rozpočtu a místních rozpočtů se v České a Slovenské republice výrazně odlišuje viz tabulka č.25. Zatímco v Česku je průměr podílu za sledované období 12,8 %, na Slovensku se podíl ukazatele podílí 4,3 %. Lze říct, že Česká republika více financuje zdravotnictví ze státního rozpočtu a místních rozpočtů oproti Slovensku.

**Tabulka 25: Podíl financování ze státního rozpočtu a místních rozpočtů**

Podíl financování ze státního rozpočtu a místních rozpočtů (v %)	Rok									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	průměr
Česko	11,20	11,14	11,19	11,20	12,08	12,69	12,91	17,48	15,44	12,81
Slovensko	6,66	4,00	4,33	2,68	2,42	2,30	2,43	4,53	9,45	4,31

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

Podíl financování z povinného zdravotního pojištění je průměrně v období 2013-2021 v obou zemích podobný dle dat z tabulky č.26. Průměrný podíl činí rozdíl 2,82 %. Slovensko financovalo ve sledovaném období své zdravotnictví podílově více z povinného zdravotního pojištění než v České republice. Zatímco v Česku podíl průměrně za dané období klesal o 0,4 %, na Slovensku tento ukazatel průměrně rostl o 0,5 %.

**Tabulka 26: Podíl financování z povinného zdravotního pojištění**

Podíl financování z povinného zdravotního pojištění (v %)	Rok									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	průměr
Česko	73,31	72,98	73,13	73,05	72,31	72,19	72,08	70,22	70,97	72,25
Slovensko	67,55	76,23	75,38	77,68	77,52	77,83	77,37	75,74	70,29	75,07

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

Čeští občané se podíleli na financování českého zdravotnictví přímými platbami průměrným podílem 13,99 % za celé zkoumané období. Na Slovensku je průměrný podíl 19,21 %. V obou zemích tento podíl za celý zkoumaný vývoj klesal, v České republice tempem 1,66 % a na Slovensku 2,27 %. V roce 2016 bylo české zdravotnictví financováno podílem 14,83 % přímými platbami občanů, přičemž dle dat OECD bylo více než 50 % těchto plateb vynaloženo na stomatologickou péči, na Slovensku představovala zubní péče 36 % výdajů. V roce 2021 byl v Česku podíl přímých plateb o 1,83 % menší, na Slovensku naopak podíl plateb vzrostl o 3,92 %. Vývoj podílu přímých plateb je zobrazen v tabulce č.27.

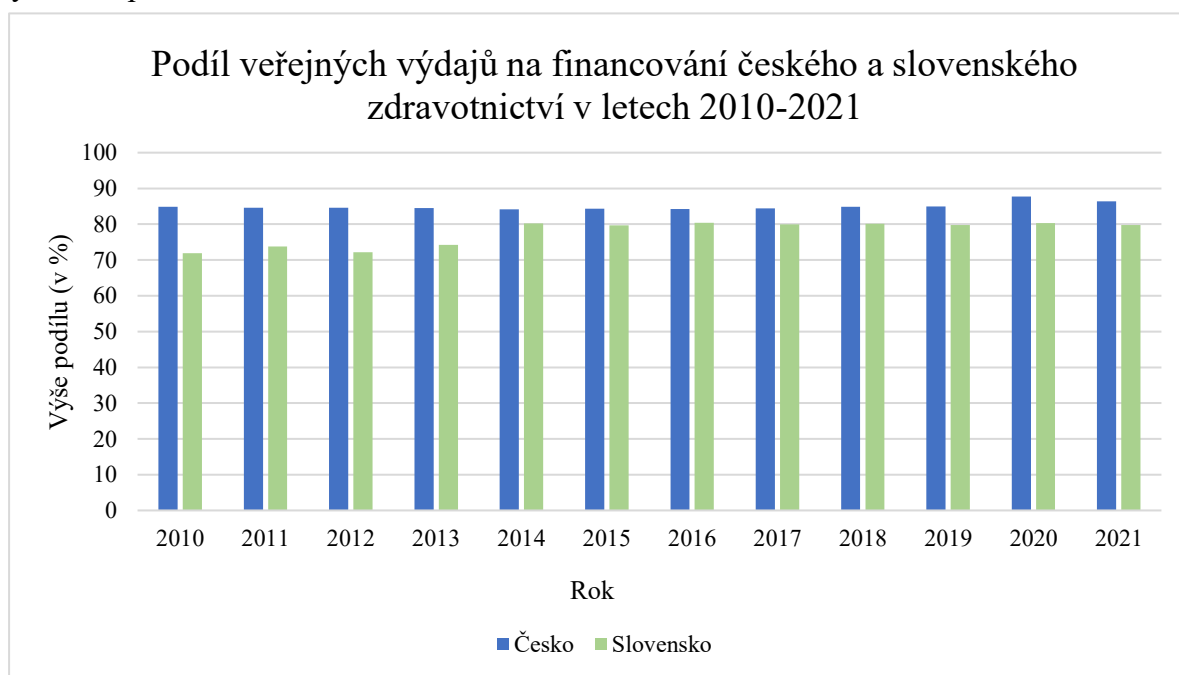
**Tabulka 27: Podíl přímých plateb domácností**

Podíl přímých plateb domácností (v %)	Rok									
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	průměr
Česko	14,56	14,56	14,86	14,83	14,55	14,19	14,09	11,53	12,73	13,99
Slovensko	23,32	18,01	18,44	18,19	18,71	18,91	19,16	18,75	19,40	19,21

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

## 7.4 PODÍL VEŘEJNÝCH A SOUKROMÝCH VÝDAJŮ NA FINANCOVÁNÍ ČESKÉHO A SLOVENSKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

Podíl veřejných výdajů na financování českého a slovenského zdravotnictví vidíme ve srovnání v grafu č.21 a tabulce č.28. Za sledované období průměrný podíl veřejných výdajů českého zdravotnictví byl 84, 98 %, přičemž slovenského 77,69 %. Veřejné výdaje se podílejí vyšší měrou v České republice. V roce 2021 došlo k navýšení veřejných výdajů v České republice o 1,53 % oproti roku 2010. Na Slovensku mezi prvním a posledním sledovaném období došlo k nárůstu o 7,83 %. Pandemie COVID-19 způsobila v roce 2020 velký tlak na zvýšení rozpočtů na zdravotnictví.

**Graf 21: Podíl veřejných výdajů na financování českého a slovenského zdravotnictví**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

Tabulka níže zachycuje vývoj podílu veřejných výdajů v rámci financování zdravotnictví během zkoumaného období. V České republice se veřejné výdaje na financování

podílely nejméně v roce 2014, a to 84,1 %. Na Slovensku byl nejmenší podíl veřejných výdajů zaznamenán v roce 2010 (71,9 %).

**Tabulka 28: Podíl veřejných výdajů na financování českého a slovenského zdravotnictví**

Ukazatel [%]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Česká republika</b>	84,9	84,6	84,6	84,5	84,1	84,3	84,3	84,4	84,9	85	87,7	86,4
<b>Slovensko</b>	71,9	73,8	72,2	74,2	80,2	79,7	80,4	79,9	80,1	79,8	80,3	79,7

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

Veřejné výdaje ve zdravotnictví v období 2010-2021 rostly v České republice průměrným tempem 0,18 %. Meziroční tempo růstu je zachyceno v tabulce č.29. Největší pokles veřejných výdajů byl mezi lety 2020-2021 a největší nárůst byl mezi lety 2019-2020. Veřejné výdaje slovenského zdravotnictví za celé sledované období rostly průměrně tempem 0,94 %. Největší růst byl zaznamenán mezi lety 2013-2014, o 8,12 %. K největšímu meziročnímu poklesu došlo mezi let 2011-2012, o 2,18 %. Souhrnně lze říct, že krize ve zdravotnictví v roce 2020 způsobila nárůst podílu výdajů na zdravotnictví financovaných ze státního a povinného pojištění.

**Tabulka 29: Podíl veřejných výdajů a meziroční tempo růstu**

Rok	Česko			Slovensko		
	Podíl veřejných výdajů	Koeficient růstu	Meziroční tempo růstu	Podíl veřejných výdajů	Koeficient růstu	Meziroční tempo růstu
2010	84,891	-	-	71,908	-	-
2011	84,613	0,9967	-0,33	73,78	1,026033265	2,60
2012	84,626	1,0002	0,02	72,169	0,978164814	-2,18
2013	84,507	0,9986	-0,14	74,205	1,028211559	2,82
2014	84,122	0,9954	-0,46	80,227	1,081153561	8,12
2015	84,318	1,0023	0,23	79,716	0,993630573	-0,64
2016	84,251	0,9992	-0,08	80,36	1,008078679	0,81
2017	84,388	1,0016	0,16	79,939	0,994761075	-0,52
2018	84,879	1,0058	0,58	80,134	1,00243936	0,24
2019	84,987	1,0013	0,13	79,793	0,995744628	-0,43
2020	87,702	1,0319	3,19	80,271	1,0059905	0,60
2021	86,418	0,9854	-1,46	79,735	0,99332262	-0,67

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

Podíl soukromých výdajů na financování zdravotnictví vidíme v tabulce č.30. Soukromé výdaje se podílejí na financování zdravotnictví na Slovensku vyšší mírou než v České republice. V roce 2010 se na Slovensku občané podíleli 28,1 %, přičemž čeští občané se podíleli 15,1 %. V České republice v roce 2021 došlo od roku 2010 ke snížení podílu

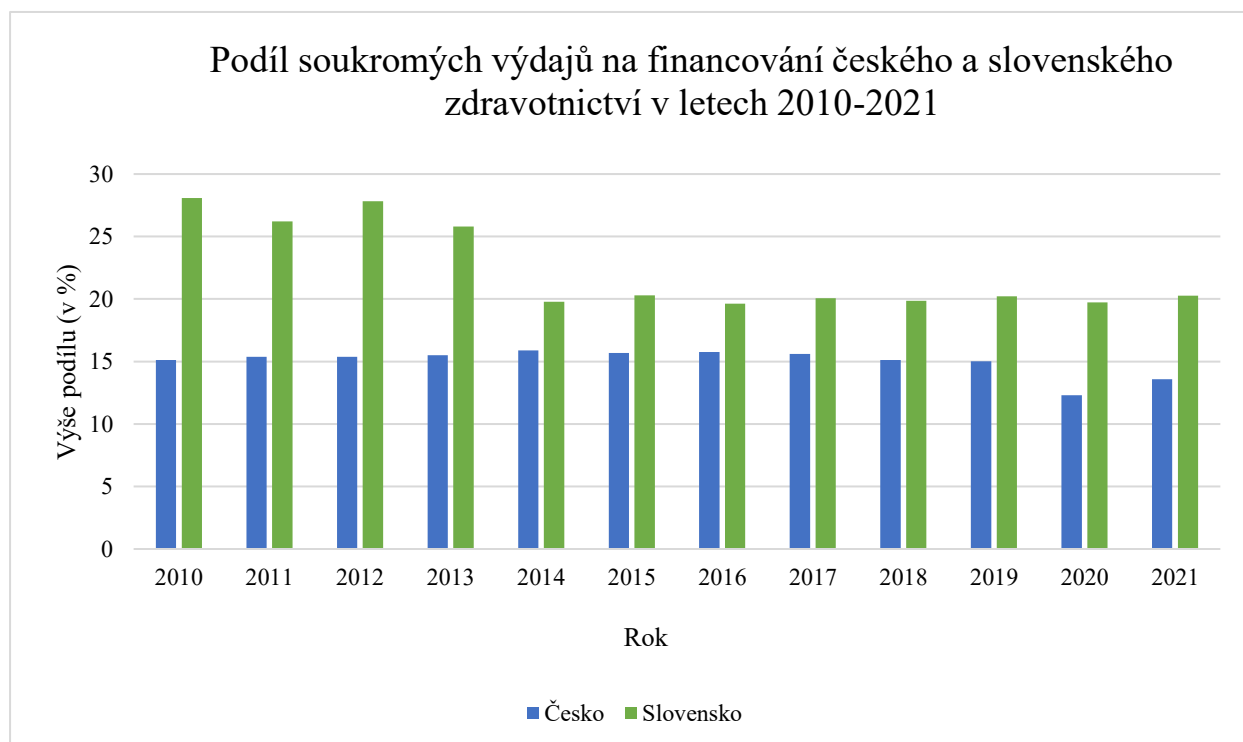
soukromých výdajů o 1,5procentního bodu. Na Slovensku došlo ve stejném sledovaném období ke snížení o 7,8procentního bodu. Mezitím výdaje z plateb domácností z vlastní kapsy a dobrovolného pojištění obecně poklesly v důsledku odkládání a snížené poptávky po zdravotních službách a váhání pacientů s vyhledáním péče kvůli obavám z infekce.

**Tabulka 30: Podíl soukromých výdajů na financování zdravotnictví v České a Slovenské republice**

Ukazatel [%]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Česká republika	15,1	15,4	15,4	15,5	15,9	15,7	15,7	15,6	15,1	15	12,3	13,6
Slovensko	28,1	26,2	27,8	25,8	19,8	20,3	19,6	20,1	19,9	20,2	19,7	20,3

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

Podíl soukromých výdajů na financování českého a slovenského zdravotnictví zobrazuje graf č.22. Z grafu je patrné, že na Slovensku podíl soukromých výdajů v rámci financování zdravotnictví mezi lety 2010-2013 výrazně převyšoval oproti České republice. Od roku 2014 došlo k přiblížení ukazatele v obou zemích.



**Graf 22: Podíl soukromých výdajů na financování českého a slovenského zdravotnictví**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

Meziroční tempa růstu podílu soukromých výdajů na zdravotní péči v Česku a na Slovensku jsou vyjádřeny v tabulce č.31. V České republice klesaly soukromé výdaje za celé sledované období průměrným ročním tempem 0,96 %. Největší pokles, tj. -18,08, byl mezi

lety 2019-2020. Největší růst, 10,4 % byl mezi lety 2020-2021. Na Slovensku došlo k největšímu meziročnímu poklesu ve 2013-2014, o 23,35 %.

**Tabulka 31: Podíl soukromých výdajů na financování českého a slovenského zdravotnictví a meziroční tempo růstu**

Rok	Česko			Slovensko		
	Podíl soukromých výdajů	Koeficient růstu	Meziroční tempo růstu	Podíl soukromých výdajů	Koeficient růstu	Meziroční tempo růstu
2010	15,109			28,092		
2011	15,387	1,0184	1,84	26,22	0,933	-6,66
2012	15,374	0,9992	-0,08	27,831	1,061	6,14
2013	15,493	1,0077	0,77	25,795	0,927	-7,32
2014	15,878	1,0248	2,48	19,773	0,767	-23,35
2015	15,682	0,9877	-1,23	20,284	1,026	2,58
2016	15,749	1,0043	0,43	19,64	0,968	-3,17
2017	15,612	0,9913	-0,87	20,061	1,021	2,14
2018	15,121	0,9685	-3,15	19,866	0,990	-0,97
2019	15,013	0,9929	-0,71	20,207	1,017	1,72
2020	12,298	0,8192	-18,08	19,729	0,976	-2,37
2021	13,582	1,1044	10,44	20,265	1,027	2,72

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

## 7.5 NEMOCNIČNÍ LŮŽKA 10 000 OBYVATEL

Nemocničních lůžek na 10 000 obyvatel je v České republice oproti Slovensku průměrně za sledované období o 9,4 lůžek více. V České republice je průměr nemocničních lůžek na obyvatele 67,9, v roce 2021 bylo v přepočtu na 10 000 obyvatel 66,6 lůžek. Oproti roku 2010 se tento ukazatel snížil o 6,8 lůžka. Na Slovensku došlo k výraznějšímu snížení za celé sledované období a to o 7,9 lůžka. V České republice došlo mezi lety 2010-2021 k nárůstu o 1,2 lůžka, na Slovensku došlo k poklesu o 0,1 lůžka. Pandemie COVID-19 ukázala, že je třeba mít k dispozici dostatečný počet nemocničních lůžek a pružně je využívat pro případ neočekávaného nárůstu poptávky. Od roku 2010 se počet nemocničních lůžek na obyvatele snížil téměř ve všech zemích EU, částečně v důsledku rostoucího využívání denní péče a zkrácení průměrné délky pobytu v nemocnicích. V průměru se v rámci EU počet nemocničních lůžek na obyvatele mezi lety 2010 a 2020 snížil o 9 %. Vývoj ukazatele v Česku a na Slovensku zobrazuje tabulka č.32 a graf č.23.

**Tabulka 32: Nemocniční lůžka na 10 000 obyvatel**

Ukazatel [počet]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Česká republika	73,4	71,1	69,7	67,5	67,2	67,1	67,1	66,7	66,6	66,3	65,4	66,6
Slovensko	64,6	60,5	59,1	58	57,9	57,5	57,8	58,2	57	57,6	56,8	56,7

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

Graf č.23 zobrazuje vývoj ukazatele v obou zemích. Už z grafu je patrné, že počet nemocničních lůžek v přepočtu na obyvatele ve slovenském zdravotnictví je dlouhodobě nižší oproti českému. U obou zemí lze sledovat mezi lety 2010-2013 postupný pokles ukazatele a mezi lety 2013-2016 spíše stagnaci.

**Graf 23: Nemocniční lůžka na 10 000 obyvatel**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 32*

## 7.6 OČEKÁVANÁ DÉLKA ŽIVOTA PŘI NAROZENÍ

Očekávaná délka života při narození má v obou zemích velice podobný vývoj viz tabulka č.33 a graf č.24, avšak v České republice je průměrná očekávaná délka života o 1,8 roku vyšší než na Slovensku. V Česku došlo od roku 2010 k roku 2021 ke snížení tohoto ukazatele o 0,5 roku, na Slovensku došlo ke snížení o celý jeden rok. Očekávaná délka života v období 2010-2021 klesala na Slovensku průměrným tempem -0,13 roku. V České republice docházelo k mírnějšímu poklesu (o 0,06 roku).

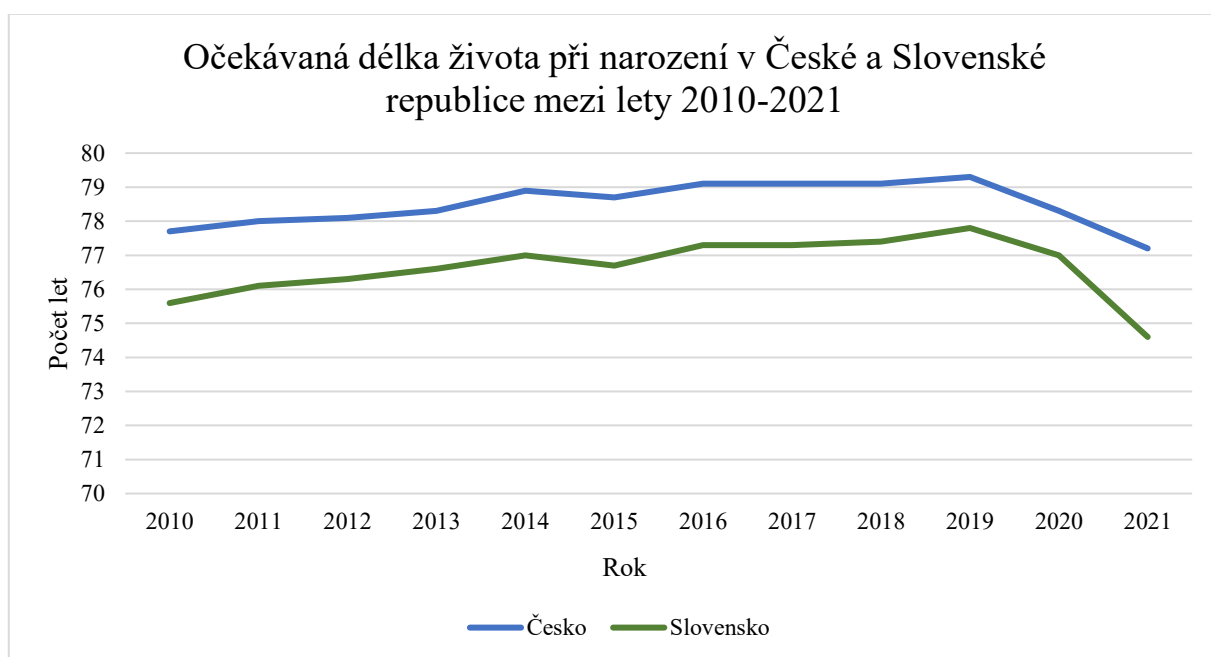


**Tabulka 33: Očekávané délka života při narození v České a Slovenské republice**

Ukazatel [počet]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Česká republika	77,7	78	78,1	78,3	78,9	78,7	79,1	79,1	79,1	79,3	78,3	77,2
Slovensko	75,6	76,1	76,3	76,6	77	76,7	77,3	77,3	77,4	77,8	77	74,6

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

Z grafu č.24 můžeme pozorovat téměř stejný vývoj ukazatele, avšak hodnoty ukazatele v České republice dosahují vyšší očekávané délky života oproti Slovensku.



**Graf 24: Očekávaná délka života při narození v České a Slovenské republice**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 33*

## 7.7 POČET ZDRAVOTNÍCH SESTER NA 10 000 OBYVATEL

Počet zdravotních sester v přepočtu na 10 000 obyvatel je zobrazen v tabulce č.34 a grafu č.25. Už z grafu vidíme nepoměr v počtu zdravotních sester, a to v neprospěch Slovenska. Zatímco na Slovensku od roku 2010 tento ukazatel spíše klesal a stagnoval hlavně po roce 2013 až do 2021 s mírnými výkyvy v letech 2016 a 2017, v České republice tento ukazatel stagnoval mezi lety 2010-2016 a poté rostl. Zatímco ukazatel v České republice se z roku 2016 do 2017 zvýšil o 5,7 zdravotní sestry, na Slovensku tento ukazatel v daných letech poklesl o -0,9 zdravotní sestry v přepočtu na obyvatele. Průměr daného ukazatele v letech 2010-2021 v České republice dosahoval 82,7 zdravotních sester. Průměr na Slovensku dosahuje

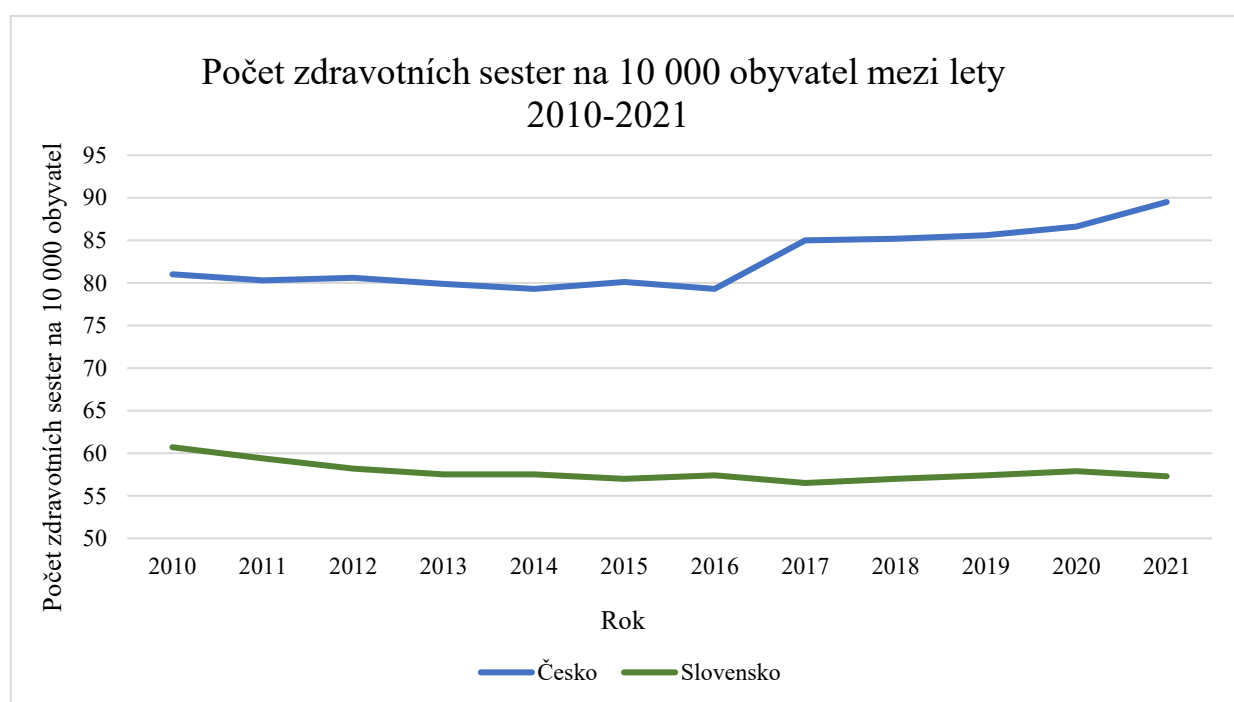
57,8 zdravotních sester. Rozdíl 24,9 sester znamená 29,98 % procentuální rozdíl ve prospěch České republiky. V roce 2020 připadalo v zemích EU v průměru 83 zdravotních sester na 10 000 obyvatel, což je nárůst oproti 75 v roce 2010. Mezi lety 2010 a 2020 se počet sester na obyvatele zvýšil ve většině zemí EU, ale ne na Slovensku, kde ukazatel měl již nízkou hustotu v roce 2010, čímž se rozdíl oproti ostatním zemím a průměru EU ještě prohloubil.

**Tabulka 34: Počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel v České a Slovenské republice**

Ukazatel [počet]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Česká republika</b>	81	80,3	80,6	79,9	79,3	80,1	79,3	85	85,2	85,6	86,6	89,5
<b>Slovensko</b>	60,7	59,4	58,2	57,5	57,5	57	57,4	56,5	57	57,4	57,9	57,3

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

Z grafu níže je patrné, že počet zdravotních sester v přepočtu na 10 000 obyvatel ve sledovaném období na Slovensku nedosahuje počtu zdravotních sester v českém zdravotnictví.



**Graf 25: Počet zdravotních sester na 10 000 obyvatel mezi lety 2010-2021**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 34*

## 7.8 PRŮMĚRNÁ DÉLKA V NEMOCNICI V RÁMCI AKUTNÍ PÉČI

Průměrná doba hospitalizace v rámci akutní péče v České a Slovenské republice v letech 2010 až 2013 vykazovala podobný trend. Nicméně v roce 2014 došlo na Slovensku

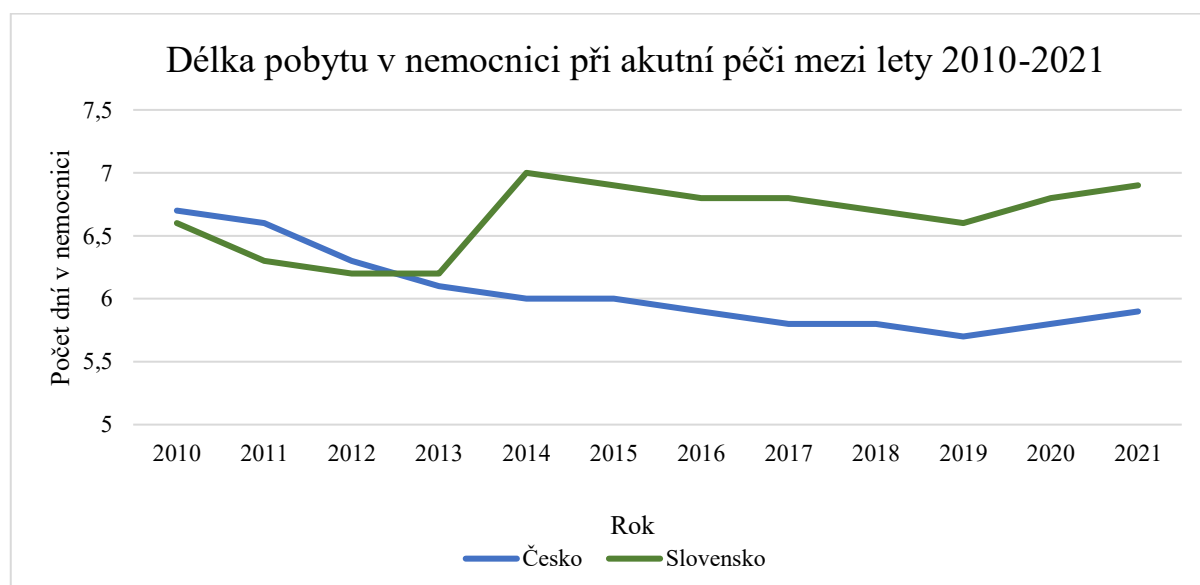
k nárůstu průměrné doby hospitalizace na 7 dní, zatímco v České republice v tomto období klesla na průměrných 6 dní. Od roku 2010 do roku 2019 byl vývoj tohoto ukazatele obdobný a převážně poklesový. V roce 2021 dosáhla Slovenská republika hodnoty tohoto ukazatele 6,9 dní, zatímco v České republice byla tato hodnota nižší o jeden den, tj. 5,9 dní. Na Slovensku došlo od roku 2010 do 2021 k mírnému zvýšení tohoto ukazatele o 0,3 dne, zatímco v České republice byl pozorován pokles o 0,8 dne. Růst hodnot od roku 2020 byl způsoben především vlivem pandemie koronaviru. Za období 2010-2019 došlo v České republice ke snížení tohoto ukazatele o jeden celý den, zatímco na Slovensku se hodnota v roce 2019 srovnala s rokem 2010 na úrovni 6,6 dní. Léčba pacientů přijatých pro COVID-19 na počátku pandemie zahrnovala vysokou míru invazivní péče pobývaly na jednotce intenzivní péče relativně dlouho, což znamenalo nárůst tohoto ukazatele. Vývoj ukazatele je zachycen v tabulce č.35 a grafu č.26.

**Tabulka 35: Průměrná délka v nemocnici v rámci akutní péče**

Ukazatel [počet]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Česká republika	6,7	6,6	6,3	6,1	6	6	5,9	5,8	5,8	5,7	5,8	5,9
Slovensko	6,6	6,3	6,2	6,2	7	6,9	6,8	6,8	6,7	6,6	6,8	6,9

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

Z grafu níže je patrné, že od roku 2013 vzrostl mezi zeměmi rozdíl přibližně v míře 1 den, který se mezi lety 2014 až 2021 výrazně nezměnil.



**Graf 26: Délka pobytu v nemocnici při akutní péči**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z tabulky 35*

## 7.9 ODVRATITELNÁ ÚMRTNOST V PŘEPOČTU NA 100 000 OBYVATEL

Odvratitelná úmrtí v České a Slovenské republice jsou výrazně odlišná viz data tabulky č.36. Už od roku 2010 byla hodnota v České republice nižší o 77 úmrtí v přepočtu na 100 000 obyvatel. V letech, kdy jsou dostupné hodnoty pro obě země, je průměrně na Slovensku o 71 úmrtností více oproti České republice. Slovensko má vyšší odvratitelnou úmrtnost než by mělo mít při svých výdajích do zdravotnictví. Země, které do zdravotnictví investují podobně jako Slovensko mají i lepší výsledky, např. Polsko.

**Tabulka 36: Odvratitelná úmrtnost na 100 000 obyvatel**

Ukazatel [euro]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Česká republika	320	307	299	297	276	279	264	265	260	252	277	335
Slovensko	397	-	376	364	346	-	336	336	332	321	-	-

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z OECD*

## 7.10 CELKOVÉ VÝDAJE VYNALOŽENÉ NA PREVENCI

Rozdíly v celkových výdajích na prevenci mezi Českou a Slovenskou republikou jsou významné, což lze inferovat z dat prezentovaných v tabulce č.37. Průměrné výdaje na prevenci na 1 obyvatele za celé sledované období v České republice dosahují 50,5 eur, zatímco na Slovensku tento ukazatel činí průměrně 18 eur na osobu., avšak je třeba vzít v úvahu absenci údajů indikátoru pro roky 2010 a 2011.

**Tabulka 37: Celkové výdaje na prevenci v České a Slovenské republice na 1 obyvatele**

Ukazatel [euro]	Rok											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Česká republika	30,99	32,34	32,21	31,94	36,38	32,6	35,44	41	43,12	45,88	69,21	174,8
Slovensko	-	-	41,86	21,86	18,28	21,06	12,29	10,69	8,45	9,72	12,57	23

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z Eurostatu*

Tabulka č.38 zobrazuje meziroční tempa růstu ukazatele ve zkoumaných zemích. Z tabulky vyplývá, že největší meziroční pokles ukazatele v České republice je mezi lety 2014-2015, kdy indikátor poklesl o 10,14 %, na Slovensku největší meziroční pokles je zaznamenán

mezi lety 2012-2013 a dosahoval výše -47,78 %. Na Slovensku je více meziročních poklesů ukazatele oproti České republice.

**Tabulka 38: Tempo růstu výdajů na prevenci v České a Slovenské republice**

Rok	Česko			Slovensko		
	Celkové výdaje na prevenci v přepočtu na osobu v euru	Koeficient růstu	Meziroční tempo růstu	Celkové výdaje na prevenci v přepočtu na osobu v euru	Koeficient růstu	Meziroční tempo růstu
2010	30,99					
2011	32,34	1,04	4,36			
2012	32,21	1,00	-0,40	41,86		
2013	31,94	0,99	-0,84	21,86	0,52	-47,78
2014	36,38	1,14	13,90	18,28	0,84	-16,38
2015	32,69	0,90	-10,14	21,06	1,15	15,21
2016	35,44	1,08	8,41	12,29	0,58	-41,64
2017	41,00	1,16	15,69	10,69	0,87	-13,02
2018	43,12	1,05	5,17	8,45	0,79	-20,95
2019	45,88	1,06	6,40	9,72	1,15	15,03
2020	69,21	1,51	50,85	12,57	1,29	29,32
2021	174,80	2,53	152,56	23,00	1,83	82,98

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z Eurostatu*

Zřejmý rozdíl v úrovni investic do prevence mezi oběma zeměmi ilustruje i graf č.27. Z vývoje grafu vyplývá, že od roku 2016 dochází k postupnému zvětšování rozdílu mezi sledovanými státy. Největší disparita je zaznamenána v posledním analyzovaném roce, tj. v roce 2021, kdy se rozdíl v celkových výdajích na prevenci mezi oběma zeměmi vyšplhal na 151,8 eur na obyvatele.



**Graf 27: Celkové výdaje vynaložené na prevenci v České a Slovenské republice**

*Zdroj: Vlastní zpracování dle dat z Eurostatu*

## 7.11 SHRNU TÍ

Na základě provedené analýzy makroekonomických ukazatelů ve zdravotnictví v České a Slovenské republice, včetně srovnání, lze shrnout následující zjištění v obou zemích. Obě země uplatňují spíše Bismarckův model, kde primárním zdrojem financování jsou veřejné prostředky z povinného zdravotního pojištění. Doplňkové zdroje financování zahrnují veřejné rozpočty a soukromé výdaje. Podíl přímých plateb na financování je vyšší v rámci slovenského zdravotnictví, kdy za celé sledované období podíl činil 19,21 %, přičemž v českém 13,99 %. Česká republika se řadí mezi země Evropské unie s nejnižší mírou spoluúčasti pacientů, z čehož vyplývá, že nynější zdravotnické systémy požadují určitou formu vyšší spoluúčasti. Autorka nepochybně dává důležitost a oprávněnost solidarity ve zdravotním systému, nicméně zdůrazňuje potřebu posílit individuální odpovědnost občanů za vlastní zdraví. Výraznější podíl prostředků pocházejících ze státního rozpočtu a místních rozpočtů je v České republice, v průměru 12,8 %, na Slovensku 4,3 %. Celkové výdaje na zdravotní péči v přepočtu na jednoho obyvatele jsou ve větší míře v České republice, v roce 2021 dosahovaly výše 3 778 USD. Na Slovensku ve stejném roce dosahovaly 2 621 USD. Celkové náklady na zdravotnictví vzhledem k HDP představují v České republice vyšší hodnotu ve srovnání se Slovenskem. Obě země však nepřekročily pomyslnou hranici 10 % vynaložených výdajů na zdravotnictví vzhledem k HDP, jako tomu je v mnoha vyspělých evropských zemích. Vlivem celosvětové pandemie SARS Covid-19 se dynamika růstu výdajů na zdravotnictví značně urychlila. Očekává se trvalý tlak na zvyšování finančních prostředků alokovaných do zdravotnictví. S rostoucím věkovým průměrem populace se předpokládá nárůst nákladů na zdravotní péči o starší občany. S narůstajícími příjmy produktivní části populace se rovněž zvyšuje poptávka po kvalitních zdravotnických službách. Stárnutí populace má také vliv na zdravotnický personál, čímž se ovlivňuje i jeho kapacita. Z dat OECD vyplývá, že počty nového ošetrovatelského a porodního personálu na Slovensku nepřibývají tak výrazně, jak by bylo potřeba. Očekávaná délka života při narození dosahuje vyšší hodnoty v České republice, v průměru o 1,8 roku více, což může značit zvyšující se životní úroveň obyvatelstva, lepší životní styl a vzdělání, jakož i lepší přístup ke kvalitním zdravotnickým službám. I přes stoupající trend obyvatelstva v obou zemích se počet nemocničních lůžek obecně drží na stabilní úrovni či mírně klesající – pokles o 6,8 lůžka na 10 000 obyvatel mezi lety 2010-2021 v České republice a pokles o 7,9 lůžka za celé sledované období na Slovensku. Snížení lze částečně přičíst pokroku v lékařských technologiích, který umožnil přechod na jednodenní chirurgii. V případě počtu zdravotních sester a ošetrovatelů na 10 000 obyvatel za celé sledované období, je na tom Česká republika

lépe, v průměrném počtu 82,7, na Slovensku průměrný počet činní 57,8. Efektivnost zdravotnictví zkoumaných zemí lze sledovat indikátorem odvrátitelné úmrtnosti, kdy Česká republika dosahuje výrazně nižších hodnot oproti Slovensku. V letech, kdy jsou dostupné hodnoty pro obě země, je průměrně na Slovensku o 71 úmrtí více oproti České republice. Dlouhodobě jsou příčiny úmrtí na Slovensku, kterým se dalo předejít, jedny z největších v rámci zemí EU. Klíčovým ukazatelem zdravotnictví je také prevence, která vykazuje markantní rozdíly v českém a slovenském zdravotnictví. Průměrné výdaje na prevenci na obyvatele za celé sledované období v České republice dosahují 50,5 eur, zatímco na Slovensku tento ukazatel činí průměrně 18 eur na osobu. Dle autorky práce větší důraz na prevenci a primární zdravotní péči by přispělo ke snížení počtu úmrtí, kterým se dá předejít a k větší udržitelnosti systému.

Významným krokem v reformě slovenského zdravotnického systému směrem k evropským standardům byl růst spoluúčasti pacientů. Nynější zdravotnictví přestalo být vnímáno jako systém, který poskytuje veškeré služby zdarma pro každého, a stalo se všeobecně přijímanou skutečností, že zdroje jsou omezené a každý jednotlivec nese vyšší míru odpovědnosti za své vlastní zdraví. V současné době stojí slovenské zdravotnictví na bázi balíku určitého standardu v rámci povinného zdravotního pojištění a možnosti dobrovolného komerčního připojištění na základě smluvního vztahu. Navzdory proběhlým reformám na Slovensku, které měly za cíl zefektivnit a zlepšit kvalitu zdravotnictví, lze na základě indikátorů zhodnotit, že slovenské zdravotnictví nedosahuje velkých, pozitivních výsledků. Na problém efektivity poukazuje i indikátor odvrátitelných úmrtí, který řadí Slovensko mezi jednu s nejvyšším počtem odvrátitelných úmrtí v rámci EU. Nízký počet zdravotního personálu je dalším problémem slovenského zdravotnictví, který může poukazovat na kvalitu a dostupnost péče. Jedním z cílů reformy bylo také navýšení možností přímých plateb pacientů, což vedlo k výraznému nárůstu podílu soukromých výdajů na financování zdravotnictví. Dostupnost slovenského zdravotnictví můžeme posuzovat prostřednictvím dvou indikátorů: počtu nemocničních lůžek a počtu zdravotních sester. Obě tyto měřítka vykazují na Slovensku spíše klesající tendenci. Je třeba však poznamenat, že průměrný počet nemocničních lůžek klesá ve většině zemí Evropské unie v důsledku pokroku v lékařských technologiích. Specifickým problémem na Slovensku je nedostatek zdravotnického personálu, zejména zdravotních sester, které převážně odešly pracovat do zahraničí.

Slovenské zdravotnictví oproti českému v jednotlivých makroekonomických ukazatelích spíše zaostává. Zdravotní systémy zkoumaných zemí sdílejí řadu podobností, avšak

také vykazují určité rozdíly. Hlavním společným problémem obou zdravotnických systémů je otázka řízení růstu výdajů na zdravotnictví. S tímto tématem i úzce souvisí postupná narůstající poptávka po zdravotní péči, důležitost prevence a potřeba adresovat stárnutí populace. Oba systémy si kladou podobné cíle, jako je trvalé navyšování kvality poskytované zdravotní péče a zlepšování ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva, jako je očekávaná délka života, míra odvrátitelné úmrtnosti či prevence.

Hlavní odlišnosti jednotlivých systémů se projevují zejména v těchto aspektech:

- V úrovni podílu financování ze státního rozpočtu a místních rozpočtů,
- v úrovni podílu přímých plateb domácností,
- v míře odvrátitelné úmrtnosti,
- v míře celkových výdajů vynaložených na zdravotní péči v přepočtu na obyvatele,
- v míře celkových výdajů vynaložených na prevenci v přepočtu na 1 obyvatele.

Každý zdravotní systém je podstatně ovlivňován ekonomickými faktory, zdroji a politickými aspekty, ať už se jedná o dostupné finanční prostředky, lidské zdroje, materiální kapacity, politické směřování nebo kulturní normy. Přestože existuje významný rozdíl mezi výdaji na zdravotní péči na jednoho obyvatele v USD v rámci porovnání českého a slovenského zdravotnického systému, zatím nebyla prokázána přímá korelace mezi úrovní zdraví a výdaji na zdravotní péči. Tento vztah je obvykle považován za relativně volný a není jednoznačně definován. Podle autorky však existuje problém v nedostatečné prevenci, na kterou by mělo být zaměřeno, neboť se prodlužuje střední délka života a náklady na zdravotní péči rostou. Zvyšování podílu soukromých výdajů by mohlo vést k situaci, kdy si ne každý bude moci dovolit přístup ke zdravotní péči.



## 8 ZÁVĚR

Cílem práce bylo porovnat zdravotnický systém v České a Slovenské republice a identifikovat hlavní rozdíly a podobnosti mezi oběma zeměmi a na základě analýzy zhodnotit změny spojené s reformou zdravotnického systému na Slovensku.

V úvodní části této práce byly vymezeny základní pojmy spojené s problematikou zdravotnictví, včetně zdraví, zdravotní péče a zdravotnického systému. V kapitole 3 a 4 byl popsán český a slovenský zdravotnický systém. Zdravotnické systémy zkoumaných zemí sdílejí řadu podobností, avšak také vykazují určité rozdíly. Mezi podobnosti lze zařadit Bismarckův model zdravotnického systému, vysoký podíl financování z povinného veřejného pojištění a existence více zdravotních pojišťoven. Rozdíly systémů převážně tkví v transformaci zdravotních pojišťoven z veřejnoprávních institucí na akciové společnosti a navýšení možnosti spoluúčasti pacientů na financování zdravotnictví.

Kapitola 5 se věnovala metodice a výběru makroekonomických, zdravotnických ukazatelů. Kapitola 6 byla rozdělena do dvou částí, první část (subkapitoly 6.1 - 6.1.10) byla věnována analýze českého zdravotnického systému a druhá část (subkapitoly 6.2.1 – 6.2.10) zkoumala slovenské zdravotnictví.

Poslední část práce představila komparaci makroekonomických ukazatelů ve zdravotnictví obou zemí. Výsledek komparativní analýzy v oblasti zdravotnictví obou zemí ukázal, že slovenské zdravotnictví spíše zaostává oproti českému v jednotlivých makroekonomických ukazatelích. Mezi nejvýraznější odlišnosti lze uvést úroveň podílu financování ze státního rozpočtu a místních rozpočtů, v úrovni podílu a rozsahu přímých plateb pacientů, v míře odvratitelné úmrtnosti, v míře celkových výdajů vynaložených na zdravotní péči v přepočtu na 1 obyvatele, v míře vynaložených výdajů na prevenci, ale také v očekávané délce života při narození.

Významným krokem v reformě slovenského zdravotnického systému směrem k evropským standardům byl růst spoluúčasti pacientů, avšak spoluúcast pacientů přesahující 20 % výdajů na zdravotní péči může být problematická. Důvodem je náchylnost k finančním rizikům v případě mimořádných zdravotních událostí.

Navzdory proběhlým reformám na Slovensku, které měly za cíl zefektivnit a zlepšit kvalitu zdravotnictví, lze na základě výsledků komparativní analýzy zhodnotit, že slovenské zdravotnictví vzhledem ke své velikosti ani nedosahuje úrovně českého zdravotnictví.

Na Slovensku existuje problém v nedostatečné prevenci, na ktorou by mělo být zaměřeno, neboť se prodlužuje střední délka života a náklady na zdravotní péči rostou. Společným cílem obou zemí by mělo být vytvoření zdravotnického systému, který s efektivním využitím dostupných ekonomických prostředků zajistí adekvátní zdravotní péči, která odpovídá potřebám obyvatelstva a je schopná flexibilně reagovat na změny v ekonomických podmínkách a zdravotním potřebám populace.

## POUŽITÁ LITERATURA

- [1] BEMKER, M. A., RALYEA, Ch. 2008. Population health and its integration into advanced nursing practice. Lancaster, Pennsylvania: DEStech Publications. ISBN 978-1-60595-392-2.
- [2] ČERVINKA, Tomáš. 2022 Zdravotní pojištění: zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ s komentářem a příklady. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7554-360-8.
- [3] DURDISOVÁ, Jaroslava. 2005 Ekonomika zdraví. Praha: Oeconomica. ISBN 80-245-0998-9.
- [4] GAVUROVÁ, B., BARTÁK, M. 2021. Prístupy k poznávaniu zdravotnej politiky a ekonomiky. Košice: Technická univerzita v Košiciach. ISBN 978-80-553-2717-4.
- [5] GLADKIJ, Ivan. 2003. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.
- [6] HAMPLOVÁ Lidmila. 2020. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví (pro střední zdravotnické školy). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5562-5.
- [7] HAMPLOVÁ Lidmila. 2019. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví (pro zdravotnické obory). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0568-7.
- [8] HNILICOVÁ Helena, HANA JANEČKOVÁ. 2009. Úvod do veřejného zdravotnictví. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-592-9.
- [9] KOVÁČ, E. 2009. Zdravotné poistenie. 1 vyd. Bratislava : Herba, 200. ISBN 978-80-89171-62-0.
- [10] KOŽENÝ Pavel, NĚMEC Jiří, KÁRNÍKOVÁ Jana, LOMÍČEK Miroslav. 2010. Klasifikační systém DRG. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2701-1.
- [11] MACH, J., HORÁKOVÁ, M. 2018. Zdravotníci, právo a praxe. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-371-5.
- [12] MALINA, Antonín. 2013. Úvod do veřejného zdravotnictví pro nelékaře. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-29-7.
- [13] MERTL, J. 2022. Financování zdravotnických systémů: v kontextu české zdravotní politiky. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7676-505-4.
- [14] MUDr. Hynek DOLANSKÝ, Ph.D. 2008. Veřejné zdravotnictví. Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 978-80-7248-494-2.
- [15] NĚMEC, Jiří. 2008. Principy zdravotního pojištění. Praha: Grada. 978-80-247-2628-1.
- [16] PAŽITNÝ, Peter. 2020. Zdravotný systém Slovenskej republiky. Bratislava: Wolters Kluwer SK. ISBN 9788057102816.

- [17] PEKOVÁ Jitka, PILNÝ Jaroslav, JETMAR Marek. 2012. Veřejný sektor - řízení a financování. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7357-936-4.
- [18] STANEK, V. 2005. Ekonomika zdravotnictva. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm.
- [19] SVEJKOVSKÝ, J., ŘÍPA, L. 2021. Právo ve zdravotnictví. Praha: C.H. Beck. ISBN 978-80-7400-835-1.
- [20] VONDRÁČEK Lubomír, BOUŠKA Ivan. 2004. Základy zdravotnického práva. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0882-0.
- [21] VURM, Vladimír. 2004. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-997-9.
- [22] World Health Organization. 2000. The World Health Report 2000 : health systems: improving performance. World Health Organization. ISSN 1020-3311.
- [23] ZAJAC, R. – PAŽITNÝ, P. (2002): Zdravotníctvo. In: KOLLÁR, M. – MESEŽNIKOV, G. (ed.): Slovensko 2002: Súhrnná správa o stave spoločnosti II. Bratislava: Inštitút pre verejné otázky. ISBN 80-88935-40-7

### **Právní předpisy:**

- [24] Vyhláška č. 134/1998 Sb. Zákony pro lidi. [Online] [Citace: 22. 2 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134>.
- [25] Zákon 250/2011 Z. z. SLOV-LEX. [Online] [Citace: 19. 2 2024]. Dostupné z: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2011/250/>.
- [26] Zákon č. 372/2011 Sb. Zákony pro lidi. [Online] [Citace: 20. 2 2024.] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
- [27] Zákon č. 48/1997 Sb. Zákony pro lidi. [Online] [Citace: 20. 2 2024.] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>.
- [28] Zákon č. 551/1991 Sb. Zákony pro lidi. [Online] [Citace: 20. 2 2024.] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-551>.
- [29] Zákon č. 577/2004 Z. z. Zákony pre ľudí. [Online] [Citace: 19. 2 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-577>.
- [30] Zákon č. 580/2004 Z. z. Zákony pre ľudí. [Online] [Citace: 22. 2 2024]. Dostupné z: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-580>.

## Internetové zdroje:

- [31] KAPALLA, M., KAPALLOVÁ, D. & TURECKÝ, L. An overview of the healthcare system in the Slovak Republic. *EPMA Journal* 1, 549–561 (2010). SPRINGER LINK. [Online] [Citace: 20. 2. 2024]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s13167-010-0061-y>.
- [32] Avoidable mortality. *OECD Data Explorer*. [Online] [Citace: 16. 2. 2024]. Dostupné z: [https://data-explorer.oecd.org/vis?pg=0&bp=true&snb=20&vw=tb&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD\\_HEALTH\\_STAT%40DF\\_AM&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&pd=2010%2C2021&dq=SVK%2BCZE.A.TRTM%2BPREVM%2BAVM.DT\\_10P5HB..\\_T....&to\[TIME\\_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?pg=0&bp=true&snb=20&vw=tb&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_STAT%40DF_AM&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&pd=2010%2C2021&dq=SVK%2BCZE.A.TRTM%2BPREVM%2BAVM.DT_10P5HB.._T....&to[TIME_PERIOD]=false).
- [33] Česká republika od roku 1989 v číslech. Český statistický úřad. [Online] [Citace: 22. 3. 2024]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech-aktualizovano-9122022>.
- [34] Česká republika: zdravotní profil země 2017. *OECD*. [Online] [Citace: 22. 2. 2024]. Dostupné z: <https://www.oecd.org/fr/els/ceska-republika-zdravotni-profil-zeme-2017-9789264285125-cs.htm>.
- [35] Česká republika: zdravotní profil země 2019. *OECD*. [Online] [Citace: 22. 2. 2024]. Dostupné z: <https://www.oecd.org/publications/ceska-republika-zdravotni-profil-zeme-2019-6e557457-cs.htm>.
- [36] Česká republika: zdravotní profil země 2021. *OECDiLibrary*. [Online] [Citace: 15. 2. 2024]. Dostupné z: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/ceska-republika-zdravotni-profil-zeme-2021\\_a3017bfb-cs](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/ceska-republika-zdravotni-profil-zeme-2021_a3017bfb-cs).
- [37] Česko a Slovensko mají stále mnoho společného. Český statistický úřad. [Online] [Citace: 22. 3. 2024]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cesko-a-slovensko-maji-stale-mnoho-spolecneho>.
- [38] Financing of health care from households' out-of-pocket payments, voluntary payment schemes and external resources. *OECDiLibrary*. [Online] [Citace: 15. 2. 2024]. Dostupné z: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2020\\_9f214026-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2020_9f214026-en).

- [39] Geometrický průměr v příkladech. finance v praxi. [Online] [Citace: 15.3.2024]. Dostupné z: <https://www.financevpraxi.cz/statistika-geometricky-prumer>.
- [40] GOLÍÁŠ, Peter. Ako zlepšiť súťaž na trhu zdravotného poistenia? INEKO. [Online] [Citace: 14. 1. 2024]. <https://www.ineko.sk/clanky/ako-zlepsit-sutaz-na-trhu-zdravotneho-poistenia>.
- [41] Gross domestic product (GDP). *OECD DATA*. [Online] [Citace: 10. 2. 2024]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/gdp/gross-domestic-product-gdp.htm>.
- [42] Health at a Glance 2013. *OECDiLibrary*. [Online] [Citace: 20. 2. 2024]. Dostupné z: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013\\_health\\_glance-2013-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013_health_glance-2013-en).
- [43] Health at a Glance 2015. *OECDiLibrary*. [Online] [Citace: 20. 2. 2024]. Dostupné z: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015\\_health\\_glance-2015-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en).
- [44] Health at a Glance 2017. *OECDiLibrary*. [Online] [Citace: 10. 2. 2024]. Dostupné z: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en).
- [45] Health at a Glance 2019. *OECDiLibrary*. [Online] [Citace: 20. 2. 2024]. Dostupné z: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en).
- [46] Health at a Glance: Europe 2022. *OECDiLibrary*. [Online] [Citace: 25. 1. 2024]. Dostupné z: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/share-of-households-with-catastrophic-health-spending-by-consumption-quintile-latest-year\\_3ad2e08b-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/share-of-households-with-catastrophic-health-spending-by-consumption-quintile-latest-year_3ad2e08b-en).
- [47] Health care expenditure by financing scheme. *eurostat*. [Online] [Citace: 13. 2. 2024]. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_sha11\\_hf\\_\\_custom\\_10397382/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf__custom_10397382/default/table?lang=en).
- [48] Health care expenditure by function. *eurostat*. [Online] [Citace: 15. 2. 2024]. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_sha11\\_hc\\_\\_custom\\_10548784/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hc__custom_10548784/default/table?lang=en).

- [49] Health expenditure and financing. *OECD Data Explorer*. [Online] [Citace: 15. 2. 2024]. Dostupné z: [https://data-explorer.oecd.org/vis?tm=health%20spending&pg=0&hc\[Measure\]=Expenditure&snb=62&vw=tb&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD\\_SHA%40DF\\_SHA&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&pd=2010%2C2021&dq=CZE%2BSVK.A.EXP\\_HEALTH.USD\\_PPP\\_PS%2BPT\\_B1GQ.\\_T.\\_T.\\_T.\\_T](https://data-explorer.oecd.org/vis?tm=health%20spending&pg=0&hc[Measure]=Expenditure&snb=62&vw=tb&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&pd=2010%2C2021&dq=CZE%2BSVK.A.EXP_HEALTH.USD_PPP_PS%2BPT_B1GQ._T._T._T._T).
- [50] Health spending. *OECD Data*. [Online] [Citace: 20. 2. 2024]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.
- [51] Healthy life years at birth by sex. *eurostat*. [Online] [Citace: 23. 2.2024]. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00150\\_\\_custom\\_9648481/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00150__custom_9648481/default/table?lang=en).
- [52] Hospital beds. *OECD Data*. [Online] [Citace: 23.2.2024]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healtheq/hospital-beds.htm>.
- [53] Hospital discharge rates. *OECD Data*. [Online] [Citace: 23. 2. 2024]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/healthcare/hospital-discharge-rates.htm>.
- [54] Inflation (CPI). OECD. [Online] [Citace: 22. 3. 2024]. Dostupné z: <https://data.oecd.org/price/inflation-cpi.htm>.
- [55] John CHEN, G. and Steven R. FELDMAN. ECONOMIC ASPECT OF HEALTH CARE SYSTEMS: Advantage and Disadvantage Incentives in Different Systems. *ScienceDirect*. [Online] [Citace: 22. 2. 2024]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0733863505701650?via%3Dihub>.
- [56] Kedy platiť za zdravotnú starostlivosť a kedy nie. *VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA*. [Online] [Citace: 24. 1. 2024]. Dostupné z: <https://www.vszp.sk/poistenci/zdravotna-starostlivost/kedy-platit-za-zdravotnu-starostlivost.html>.
- [57] KOVÁČ, Eduard. Reforma zdravotníctva na Slovensku a realita – stručná charakteristika. 2006. *EURACTIV*. [Online] [Citace: 23. 2. 2024]. Dostupné z: <https://euractiv.sk/section/zdravotnictvo/opinion/reforma-zdravotnictva-na-slovensku-a-realita-strucna-chara/>.

- [58] Kurzy historie. kurzycz. [Online] [Citace: 22. 3. 2024]. Dostupné z: <https://www.kurzy.cz/kurzy-men/historie/>.
- [59] LONDÁKOVÁ Kristina, GIORNO Claude. Improving the efficiency and outcomes of the Slovak health-care system. IDEAS. [Online] [Citace: 4. 2. 2024.] <https://ideas.repec.org/p/oec/ecoaaa/1404-en.html>.
- [60] Miera evidovanej nezamestnanosti. Štatistický úrad Slovenskej republiky. [Online] [Citace: 22. 3. 2024]. Dostupné z: [https://datacube.statistics.sk/#!/view/sk/VBD\\_SK\\_WIN/pr3108rr/v\\_pr3108rr\\_00\\_00\\_00\\_sk](https://datacube.statistics.sk/#!/view/sk/VBD_SK_WIN/pr3108rr/v_pr3108rr_00_00_00_sk).
- [61] OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018. *OECDiLibrary*. [Online] [Citace: 20. 2. 2024]. Dostupné z: [https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-czech-republic-2018\\_eco\\_surveys-cze-2018-en](https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-czech-republic-2018_eco_surveys-cze-2018-en).
- [62] Slovak Republic: Country Health Profile 2017. *OECD*. [Online] [Citace: 15. 2. 2024]. Dostupné z: <https://www.oecd.org/health/slovak-republic-country-health-profile-2017-9789264283541-en.htm>.
- [63] Slovak Republic: Country Health Profile 2019. *OECD*. [Online] [Citace: 1. 3. 2024]. Dostupné z: <https://www.oecd.org/health/slovak-republic-country-health-profile-2019-c1ae6f4b-en.htm>.
- [64] Slovak Republic: Country Health Profile 2021. *OECD*. [Online] [Citace: 24. 2. 2024]. Dostupné z: <https://www.oecd.org/health/slovak-republic-country-health-profile-2021-4ba546fe-en.htm>.
- [65] Slovenská republika v číslach 2022. Štatistický úrad Slovenskej republiky. [Online] [Citace: 22. 3. 2024]. Dostupné z: [https://slovak.statistics.sk/wps/portal/48f3c7ab-d589-465d-8fcc-dd49b5753b82!/ut/p/z1/rVLLTsMwEPwWDjkm3sRJ43BzW9QH7aFUhcYXIHdMHk4TN6F\\_j4s4gEShSPhgedczu7MeI4b2iNVBz7NAclEHpYp9NnreuAsyHpsUwHWmsFjuppvZ1jPBBvSIGGJLRuZI1-EXZDrXaE3x1ADtZW8CCKeaNB3iSxOnzM2SXHkBqEeO8TT7ZET6ySNIj2ObS90XAeHxDrXbileI\\_8q9NNvYpm6hguLguKzd8hkRue2uwIgg5kDCzrfPXgbjIHid8APNXylwb2o4V6J7HkyoF0t2kq97\\_aPI84BLRHjYWUMUWWAYVrEHdmWaRPPwup8Noy\\_HA6MKldELZNXifb\\_botqYrXryTpT2gOZ67xOBdpfS6V1iImitkmatElrHFv1z3Ipm-](https://slovak.statistics.sk/wps/portal/48f3c7ab-d589-465d-8fcc-dd49b5753b82!/ut/p/z1/rVLLTsMwEPwWDjkm3sRJ43BzW9QH7aFUhcYXIHdMHk4TN6F_j4s4gEShSPhgedczu7MeI4b2iNVBz7NAclEHpYp9NnreuAsyHpsUwHWmsFjuppvZ1jPBBvSIGGJLRuZI1-EXZDrXaE3x1ADtZW8CCKeaNB3iSxOnzM2SXHkBqEeO8TT7ZET6ySNIj2ObS90XAeHxDrXbileI_8q9NNvYpm6hguLguKzd8hkRue2uwIgg5kDCzrfPXgbjIHid8APNXylwb2o4V6J7HkyoF0t2kq97_aPI84BLRHjYWUMUWWAYVrEHdmWaRPPwup8Noy_HA6MKldELZNXifb_botqYrXryTpT2gOZ67xOBdpfS6V1iImitkmatElrHFv1z3Ipm-)



5WAw2GYTAyIbIyMSJRafAdJRedmusrEjVVRfBJL9L1HbZZeMJlv6L05uYNFyQOLg  
!!/dz/d5/L2dBISevZ0FBIS9nQSEh/.

- [66] SMATANA, Martin, PAŽITNÝ, Peter, KANDILAKI, Daniela. et al. Slovakia Health system review. *World Health Organization*. [Online] 2016. [Citace: 23. 2. 2014]. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/330213>.
- [67] Splatnost a přerozdělování pojistného. *VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY*. [Online] [Citace: 22. 12. 2023]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/stat/splatnost-a-prerozdelovani-pojistneho>.
- [68] SZALAY, Tomáš, PAŽITNÝ, Peter, SZALAYOVÁ, Angelika. et al. Slovakia Health system review. *World Health Organization*. [Online] 2011. [Citace: 25. 2. 2024]. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/108584>.
- [69] VOSTATEK, Jaroslav. Politická ekonomie financování zdravotní péče. *VŠE*. [Online] [Citace: 25. 2. 2024]. Dostupné z: <https://polek.vse.cz/pdfs/pol/2013/06/07.pdf>.
- [70] What does “Health” mean to you? World Health Organization. [Online] [Citace: 2. 10. 2023]. Dostupné z: <https://www.emro.who.int/about-who/rc60/what-does-health-mean-to-you.html>.
- [71] ZACHAR, Dušan. Reformné procesy v zdravotníctve – obdobie rokov 2000-2012. *hpi*. [Online] [Citace: 15. 2. 2024]. Dostupné z: [https://www.hpi.sk/2013/04/reformne-procesy-v-nbsp-zdravotnictve-obdobie-rokov-2000-2012/#\\_ftn5](https://www.hpi.sk/2013/04/reformne-procesy-v-nbsp-zdravotnictve-obdobie-rokov-2000-2012/#_ftn5).
- [72] ZAJAC Rudolf, PAŽITNÝ Peter, MARCINČIN Anton. Slovak Reform of Health Care: From Fees to Systemic Changes. ResearchGate. 2004. [Online] [Citace: 10. 2. 2024]. [https://www.researchgate.net/publication/294249411\\_Slovak\\_Reform\\_of\\_Health\\_Care\\_From\\_Fees\\_to\\_Systemic\\_Changes](https://www.researchgate.net/publication/294249411_Slovak_Reform_of_Health_Care_From_Fees_to_Systemic_Changes).
- [73] Zdravotní služby hrazené ze zdravotního pojištění. *VZP ČR*. [Online] [Citace: 15. 2. 2024]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/naroky-pojistence/zdravotni-sluzby-hrazene-ze-zdravotniho-pojisteni>.
- [74] Zpráva NRR o dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí 2022. *Národní rozpočtová rada*. [Online] [Citace: 15. 2. 2024]. Dostupné z: <https://www.rozpoctovarada.cz/publikace/zprava-o-dlouhodobu-udrizitelnosti-verejnych-financi-2022/>.