

Ekonomické srovnání zdravotního systému ČR se zeměmi OECD

Sylvie Bejšovcová

Bakalářská práce
2012

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Ústav podnikové ekonomiky
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Sylvie BEJŠOVCOVÁ**
Osobní číslo: **M09001**
Studijní program: **B 6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management a ekonomika**

Téma práce: **Ekonomické srovnání zdravotního systému ČR se zeměmi OECD**

Zásady pro vypracování:

Úvod

I. Teoretická část

- Proveďte literární rešerši a zpracujte teoretické poznatky související se zdravotnictvím.

II. Praktická část

- Na základě vhodně zvolených analytických metod proveďte srovnání českého zdravotnictví se zeměmi OECD.
- Vypracujte návrhy a doporučení pro zlepšení systému zdravotnictví ČR.

Závěr

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

Seznam odborné literatury:

BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. 224 s. IBSN 978-80-7357-503-8.
DOLANSKÝ, H. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. IBSN 978-80-7248-482-9.
JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2009. 296 s. IBSN 978-80-7367-592-9.
REKTORÍK, J. a kol. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. 2. vyd. Praha: Ekopress, s. r. o., 2007. 310 s. IBSN 978-80-86929-29-3.
VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 128 s. IBSN 978-80-7254-997-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Šárka Fialová**
Ústav podnikové ekonomiky
Datum zadání bakalářské práce: **2. dubna 2012**
Termín odevzdání bakalářské práce: **18. května 2012**

Ve Zlíně dne 2. dubna 2012

prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka



doc. Ing. Boris Popesko, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním bakalářské/diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹;
- bakalářská/diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému,
- na mou bakalářskou/diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²;
- podle § 60³ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

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

- (1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.
- (2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.
- (3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

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

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

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

- (1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

- podle § 60⁴ odst. 2 a 3 mohou užít své dílo – bakalářskou/diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské/diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské/diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

- jsem bakalářskou/diplomovou práci zpracoval/a samostatně a použité informační zdroje jsem citoval/a;
- odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 18.5.2012.....

Silvie Štejnarcová.....

⁴ zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce hodnotí stav českého zdravotního systému v porovnání s průměrnými hodnotami zemí OECD. V teoretické části jsou popisovány základní pojmy, historie zdravotnictví ČR, typologie zdravotních systémů, ekonomické aspekty zdravotnických služeb (tedy nabídka a poptávka ve zdravotnictví), finanční toky ve zdravotnictví, rozdělení zdravotní péče a metodologie výzkumu ve zdravotnictví a stručná charakteristika ukazatelů zdravotního systému. V praktické části jsou pak porovnávány určité ukazatele zdravotního systému, na základě kterých se dají zjistit rezervy a přednosti zdravotních systémů. Díky nim lze formulovat doporučení pro ČR.

Klíčová slova: Veřejné zdravotnictví, Typologie zdravotních systémů, Ekonomika zdravotnictví, Financování zdravotnictví, Zdroje informací ve zdravotnictví a Metodologie výzkumu

ABSTRACT

The Thesis evaluates the state of the Czech health system which is compared with average values of OECD countries. In the theoretical part there are described basic concepts, history of health, a typology of health systems, economic aspects of health services (supply and demand in health), financial flows in health care, distribution of health care and research methodology in health indicators and a brief description of the health system. In the practical part there are some indicators compared the health system, for which the reserves can identify strengths and health systems. Thanks to them recommendation can be formulated for the country.

Keywords: Public Health, Typology of Health System, Economics of Health, Health Care Financing, Sources of Information in Health Care and Research methodology

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Ing. Šárce Fialové za cenné rady a připomínky.

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

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PÉČE O ZRAVÍ A ZDRAVOTNICKÁ PÉČE	13
1.1 PÉČE O ZRAVÍ.....	13
1.2 ZDRAVOTNÍ PÉČE	13
1.3 ZRAVÍ	13
1.4 NEMOC.....	13
1.5 EKONOMIKA ZRAVÍ	13
1.6 EKONOMIKA ZDRAVOTNICTVÍ	13
2 HISTORIE ZDRAVOTNICTVÍ ČR	14
2.1 PRVNÍ REPUBLIKA A ZDRAVOTNICTVÍ.....	14
2.2 ZDRAVOTNICTVÍ V DOBĚ SOCIALISMU.....	14
2.3 ZDRAVOTNICTVÍ PO ROCE 1989.....	15
3 TYPOLOGIE ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ	16
3.1 LIBERALISTICKÝ MODEL ZDRAVOTNICTVÍ.....	16
3.1.1 Představitelé modelu	17
3.2 MODEL ZALOŽENÝ NA POVINNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ	17
3.3 MODEL NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY	18
3.3.1 Velká Británie a systém Národní zdravotní služby.....	18
3.4 MODEL SOCIALISTICKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ	18
3.5 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY ROZVOJOVÝCH ZEMÍ	19
4 EKONOMICKÉ ASPEKTY ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB	20
4.1 POPTÁVKA VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	20
4.2 NABÍDKA VE ZDRAVOTNICTVÍ	21
5 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR	22
5.1 PRAKTIČTÍ LÉKAŘI	22
5.2 AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ.....	22
5.3 NEMOCNIČNÍ PÉČE.....	23
6 ROZDĚLENÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	24
6.1 SUBJEKTY ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU	24
6.1.1 Financující subjekty	24
6.1.2 Poskytovatelé zdravotní péče	24
6.1.3 Občan	25
6.1.3.1 Spoluúčast.....	25
7 LIDSKÉ ZDROJE	26
8 DETERMINANTY ZRAVÍ	27
9 METODOLOGIE VÝZKUMU VE ZDRAVOTNICTVÍ	28

9.1	EPIDEMIOLOGIE.....	28
9.2	INFORMATIKA	28
9.3	SOCIOLOGIE	28
9.4	DEMOGRAFIE.....	28
10	UKAZATELE ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU.....	30
	DOSTUPNOST PÉČE	30
	KVALITA PÉČE.....	30
	EKONOMICKÁ NÁKLADOVOST	30
	VÝKONNOST ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU	30
	ROVNOST NEBOLI EKVITA	30
	SOCIÁLNÍ AKCEPTABILITA.....	30
	DALŠÍ UKAZATELE	31
II	PRAKTICKÁ ČÁST	34
11	ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	35
12	SROVNÁNÍ ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU ČR SE ZEMĚNÍ OECD.....	36
12.1	CELKOVÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ	36
12.1.1	Struktura celkových výdajů.....	38
12.2	ZDROJE ZDRAVOTNÍ PÉČE	38
12.2.1	Počet zdravotnických pracovníků a nemocničních lůžek	39
12.2.2	Vybavenost technologickým zařízením	40
12.3	ZDRAVOTNICKÉ AKTIVITY	40
12.3.1	Počet konzultací u lékaře	41
12.3.2	Očkování dětí	41
12.3.3	Délka pobytu v nemocnici	42
12.4	ZDRAVOTNÍ STAV	43
12.4.1	Naděje na dožití žen a mužů při narození	43
12.4.2	Kojenecká úmrtnost	45
12.4.3	Narození císařským řezem	45
12.4.4	Přenosné nemoci	46
12.4.5	Sebevraždy	48
12.5	DETERMINANTY KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE	48
12.5.1	Onkologická péče.....	49
12.5.2	Akutní infarkt myokardu.....	50
12.5.3	Ischemické cévní mozkové příhody.....	50
12.5.4	Astma	51
12.5.5	Operace kyčelního kloubu.....	51
12.6	RIZIKOVÉ FAKTORY.....	52
12.6.1	Alkohol.....	52
12.6.2	Kouření.....	53
12.6.3	Obezita	55
12.7	ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI	56
13	DOPORUČENÍ PRO ČESKOU REPUBLIKU.....	57
	ZÁVĚR	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	67
SEZNAM OBRÁZKŮ	68
SEZNAM TABULEK.....	69

ÚVOD

Toto téma jsem si vybrala proto, že je důležité vědět, na jakých principech zdravotnictví funguje. O zdravotnictví jsem se však začala zajímat až v současné době, kdy se v médiích rozšířily informace o reformě. Situaci tedy bedlivě sleduji a to mi pomáhá při tvoření této práce.

V teoretické části se věnuji nejdříve popisu důležitých pojmů, na které navazuje historie, která má být podkladem pro analýzu České republiky, neboť formování zdravotnictví ovlivňuje i jeho fungování.

Práce obsahuje i kapitoly jako je popsání jednotlivých zdravotnických systémů ve světě, dále popsání ekonomický aspektů zdravotnictví, kde se věnuji především nabídce a poptávce zdravotnictví. Jsou zde zmíněny formy financování zdravotní péče a to zejména, jak jsou financováni praktici, ambulantní specialisté a nemocniční péče. Zbytek zdravotních subjektů není popsáno kvůli nedostatku prostoru.

V jedné z posledních kapitol teoretické části se věnuji subjektům zdravotní péče a jejich bližšímu představení. Nedílnou součástí závěru teoretické části je i popis sledovaných údajů ve zdravotnictví, které se zpracovávají pro statistické analýzy, a také zdroje dat o zdravotnictví v ČR.

V praktické části je uvedeno srovnání zdravotního systému České republiky s průměrem zemí OECD, který jsem dopočítala. Ve srovnávacích tabulkách uvádím v případě dostatku dat i další dvě země OECD a to podle toho, která má ukazatel znatelně nejlepší a nejhorší.

Záměrem je zjistit, jak si Česká republika stojí v porovnání se zeměmi OECD, jak vyspělý má systém a jak rozvinuté je naše zdravotnictví.

Země OECD jsou součástí mé práce, protože Česká republika je součástí této ekonomické organizace, a proto nám porovnávání s těmito zeměmi poskytne určitá vodítka, jak můžeme náš systém zlepšovat a reformovat, tak aby byly výsledky práce našich zdravotníků co nejlepší.

Pro porovnání jsou využity především ukazatele, které měly dostatek dat. Ta, která jich měla méně, a mohlo by tedy dojít ke zkreslení, byla záměrně vynechána. I tak si myslím, že je v práci využito dostatečné množství ukazatelů, abych mohla v poslední části své práce dojít k zajímavým a jistě užitečným závěrům, že kterých vyplynou prospěšné závěry pro naše zdravotnictví.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PÉČE O ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICKÁ PÉČE

V této kapitole se seznámíme se základními pojmy souvisejícími se zdravotnictvím.

1.1 Péče o zdraví

Ivanovová, Koldová a další se shodují, že péče o zdraví je souhrn všech činností, kterými lidé pečují o své zdraví, je to například činnost ekonomická, sociální, kulturní atd. Tyto činnosti musí vést k ochraně lidského zdraví. (Koldová 2005, s. 5)

Je to tedy vědní disciplína, která chápe ochranu a prevenci zdraví jak levnější možnost, než jeho následnou obnovu. Proto se péče o zdraví přetřansformovala z pouhé orientace na choroby na systém sociální a ekologické ochrany zdraví. (Ivanovová, 2005, s. 111)

1.2 Zdravotní péče

Zdravotní péče, je péče poskytovaná kvalifikovaným zdravotnickým personálem. (Koldová 2005, s. 3)

1.3 Zdraví

Zdraví je stav lidské duševní pohody, kdy člověk nepocituje žádné porušení zdraví, a tak nemusí omezovat svoje aktivity. (Barták, 2010, s. 14)

1.4 Nemoc

Nemoc je stav, kdy člověk nedosahuje pohody a jeho zdraví je narušenou nějakou objektivní poruchou. Nemoc je tedy hlavním předmětem zdravotnických služeb. (Barták, 2010, s. 17)

1.5 Ekonomika zdraví

Ekonomika zdraví nám říká, jaký vliv na lidské zdraví mají různé ukazatele, např. vliv prostředí, bydlení, vzdělání, zdravý životní styl apod.

1.6 Ekonomika zdravotnictví

Ekonomika zdravotnictví představuje širší pohled, kdy se zajímá o formální a neformální působení ekonomických procesů a veličin na zdravotnický systém. Středem zájmu jsou tedy zdravotnické služby a jejich poskytovatelé.

2 HISTORIE ZDRAVOTNICTVÍ ČR

Zdravotnictví se začíná ve všech zemích formovat v době, kdy si lidé začínají uvědomovat důležitost boje proti hromadným nemocem.

V roce 1908 se na IV. sjezdu přírodopytců a lékařů vytváří sociální lékařství jako samostatný obor a objevuje se zde osobnost Františka Procházky, který obor od roku 1909 přednáší na lékařské fakultě. Nejprve vychází z potřeby pojišťovací, ale později se věnuje i sociální péči.

Sociální lékařství je chápáno jako souhrn příčin duševních i tělesných nemocí, léčení těchto nemocí a zároveň zabránění jejich propuknutí.

2.1 První republika a zdravotnictví

Po první světové válce byl vliv ministerstva zdravotnictví velmi malý a také byl nedostatek financí. Zdravotnictví mělo soukromě-podnikatelský charakter a současně nebylo jednotné, což mohlo být zapříčiněno ministerstvem financí, které neplnilo řídicí úlohu.

V Československu však byla silná vrstva pracujících, tak se zde brzy začalo formovat sociální pojištění. K jeho formování přispělo napětí vzniklé blížící se hospodářskou krizí. Sociální pojištění sehrálo velmi důležitou úlohu, neboť přispělo k budování ambulantní péče, sanatorií, lázeňské péče apod. Orientovalo se pouze na léčení nemocí nikoli na prevenci, která v té době byla důležitá, zejména kvůli velikému výskytu tuberkulózy. (Határ a kolektiv, 1989, s. 14)

V ČSR vznikl tedy rozpor mezi ministerstvem zdravotnictví, které nemělo peníze na podporu prevence, a ministerstvem sociální péče, které vynakládalo velké sumy na léčení nemocí.

Za okupace přešla všechna lékařská zařízení pod správu Hitlerova Německa a mnozí z československých lékařů se zapojili do ilegálních skupin odboje. Po válce si lidé mysleli, že bude vybudované nové spravedlivé zdravotnictví. (Határ a kolektiv, 1989, s. 15)

2.2 Zdravotnictví v době socialismu

Po druhé světové válce se mění nemoci, je více neinfekčních chorob, a s jejich léčením se navyšují i náklady na zdravotnictví. Zdravotnictví se orientuje především na organizaci, řízení a financování zdravotní péče.

Po válce také vznikají reformy, které popírají předchozí systém, jelikož vychází ze sovětského zdravotnictví, které bylo vytvořeno na základě Nedvědova plánu. Tento plán vychází z toho, že zdravotnictví není soukromé, ale veřejné a každý má právo na bezplatnou péči. Reformy vznikající v tomto období se snaží o co nejrychlejší přeměnu v jednotné národní pojištění. Organizace zdravotnictví má mít 2 úrovně (župní zdravotnictví a úřady), dochází také k centralizaci řízení. Zrušila se i svobodná volba lékaře, ambulance v nemocnicích byla jen provizóriem, dokud se nezřídila samostatná ambulatoria. Nemocnice měly být řízeny ministerstvem a ambulatoria spolu s okresními lékaři župním úřadem.

2.3 Zdravotnictví po roce 1989

Po roce 1989 bylo třeba, aby se zdravotnictví reformovalo, protože za socialismu se stále více zvyšovaly výdaje a to bylo pro další vývoj neúnosné. V prvních dvou letech docházelo ke sbírání dokumentů, jak na tom zdravotnictví je, jaké má nedostatky a jaká je současná situace.

V roce 1990 byl podán Návrh reformy péče o zdraví, který obsahoval 3 etapy reformy. Nejprve se měly odstranit byrokratické bariéry a nadbytečné články řízení, měla být také poskytnuta právní subjektivita zařízením. Posledním krokem měla být stabilizace soustavy péče o zdraví a zavedení systému zdravotního pojištění.

Následující měsíce vznikaly další návrhy, které například již navrhovaly potřebnou privatizaci. Vláda nakonec přijala za základ Návrh nového systému zdravotní péče z října roku 1990. (Vepřek a kolektiv, 2002, s. 19)

Již v roce 1991 vznikly organizační a legislativní předpoklady, které byly podstatné pro transformaci zdravotnictví. (Vepřek a kolektiv, 2002, s. 20)

Rozhodlo se také, že systém zdravotního pojištění bude oddělen od systému nemocenského pojištění. V souvislosti se zaměřením na pojištění pak byly vydány dva zákony, a to zákon o všeobecném zdravotním pojištění a zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. (Vepřek a kolektiv, 2002, s. 21)

V ČR poté vzniklo 13 zdravotních pojišťoven, k nimž se pak přidávaly další, které neměly dlouhé trvání. (Vepřek a kolektiv, 2002, s. 23)

Následně docházelo k privatizaci zařízení. Nejvíce se privatizovala ambulantní sféra a nejvíce problémová byla privatizace nemocnic. (Vepřek a kolektiv, 2002, s. 29)

3 TYPOLOGIE ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ

Zdravotní systémy jsou většinou kombinací několika systémů, obsahují prvky jiných a jsou ovlivněny různými faktory, například sociálními, kulturními a mnoha dalšími. Ačkoli je na světě celá řada těchto systémů, nemůžeme říci, že by některý byl ideální, neboť každý má své světlé i stinné stránky.

Nejznámějšími modely jsou:

- liberalistický model poskytování zdravotní péče,
- model založený na povinném zdravotním pojištění obyvatel,
- model národní zdravotnické služby,
- model socialistického zdravotnictví,
- zdravotnické systémy rozvojových zemí. (Prymula, 1999)

3.1 Liberalistický model zdravotnictví

Tržní model je charakteristický zejména tím, že zdraví je chápáno jako zboží, které má svou hodnotu a je tedy na vlastníkově zdraví, jak o něj bude pečovat. Pacienti se také mohou svobodně rozhodnout, ke kterému lékaři se zapíší a také záleží na jejich finanční situaci, jaká zdravotní služba jim bude poskytnuta. Zdravotní služby se platí dvěma způsoby, buď přímou platbou, nebo jsou placeny soukromými zdravotními pojišťovnami, které mají komerční charakter.

Lékaři jsou tedy soukromí podnikatelé, kteří pracují buď ziskově, nebo neziskově. Mezi lékaři stejně jako mezi plátcí či pojišťovnami existuje volná konkurence, která není nijak omezována. Stát se také distancuje od cen placených za poskytnutí služby, výše pojistného atd. Financování zdravotnictví pak probíhá výkonovými platbami.

Stát vytváří programy, ve kterých řeší otázky poskytování zdravotní péče různým sociálním skupinám. Roman Prymula vysvětluje, že podle vložených peněz občana do zdravotnictví se odvíjí poskytovaná péče, čili čím více občan zaplatí, tím lepší péče o zdraví je mu poskytována. O nemajetné se pak starají charitativní nemocnice. (Prymula, 1999, s. 22)

Ladislav Strnad v knize Management ve zdravotnictví uvádí, že nespornou výhodou tohoto systému je, že nabízí velký výběr kvalitních služeb, dále podporuje rozvoj medicínských technologií a zároveň podporuje soutěživost mezi zdravotnickými zařízeními. Avšak na

druhé straně má spoustu nedostatků jako je nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné, péče je nákladná, současně je nedostatečná preventivní péče a také je potřeba hodně nákladů na administrativu.

3.1.1 Představitelé modelu

Hlavním představitelem tohoto systému jsou Spojené státy americké, které jsou postaveny na liberalismu již téměř od počátku své existence.

Zdravotní systém v USA spočívá na plné účasti pacientů, a protože je v této zemi mnoho sociálně slabých skupin, vznikly v 2. polovině 60. let dva programy známé jako Medicare a Medicaid. První program byl věnován spíše matkám s dětmi, které nemají peníze na preventivní, akutní a dlouhodobou péči, kdežto druhý program je věnován lidem na 65 let, kteří si za dobu práce neplatili pojištění. (Durdisová, 2005, s. 156)

Dalšími představiteli jsou např. Filipíny, Ghana a některé jihoamerické země. (Prymula, 1999, s. 22)

3.2 Model založený na povinném zdravotním pojištění

Model vychází z německého zdravotnictví, kde německý kancléř Otto von Bismarck zavedl povinné pojištění obyvatel. Tento model se postupně rozšířil po Evropě v mnoha modifikacích. V současné době se ve většině těchto zemí uplatnily různé reformy, které tak ovlivnily zdravotní systémy.

Základním znakem tohoto modelu je, že se v zemích vytváří fond zdravotního pojištění, ze kterého se hradí zdravotní péče. Tento fond vzniká z příspěvků zaměstnanců, zaměstnavatelů a také státu. Obyvatelé se musí pojistit u jedné pojišťovny, kam poté musí odvádět příspěvky. Pojišťovny vytváří pojišťovací fond a jsou to nevládní organizace.

Stát se angažuje při zabezpečování zdravotní péče, také se zabývá kontrolou služeb a dalšími aktivitami.

Přímé platby se zde také vyskytují, avšak v nižší míře než v předchozím modelu. U většiny států tato platba nepřevyšuje 15% všech výdajů na zdravotnictví.

Nemocnice jsou většinou státní, popřípadě soukromé, avšak jsou neziskového charakteru. Jsou financovány na základě smluvních vztahů s pojišťovnami.

Země využívající tento systém jsou např. Německo, Holandsko, Francie, Belgie. (Prymula, 1999, s. 24)

3.3 Model Národní zdravotnické služby

Tento model je založený na tzv. Beveridgeově zprávě, která vychází ze zkušeností Švédů ve zdravotnictví ve 30. letech. (Prymula, 1999, s. 23)

Jaroslava Durdisová ve své knize říká, že tento model je jeden z nejvíce demokratizovaných a socializovaných systémů, které se udržely do dnešní doby. Tento model se prosadil po druhé světové válce a využívá se zejména ve Velké Británii.

Zdravotní péče je bezplatná a je navíc garantovaná státem. Je financována z daní nikoli z pojistného, jako je tomu u většiny zdravotních systémů. Co se týče zaměstnanců ve zdravotnictví, ti jsou státní popřípadě jsou soukromé subjekty ať už ziskového nebo neziskového sektoru. Stát je navíc vlastníkem zdravotnických zařízení.

Dalším charakteristickým znakem tohoto systému je, že pacienti se při řešení svých zdravotních problémů setkávají nejprve s praktickým lékařem, který má odpovědnost za zdraví a jeho kontrolu ve svém regionu. Je prvním kontaktním místem, až on dále doporučuje specialisty. Přístup k praktickým lékařům je neomezený.

V tomto modelu je míra spoluúčasti velmi nízká nebo téměř žádná. Pacient může využívat soukromého pojištění nebo si může zaplatit nadstandard, který spočívá v jiných výhodách, jako je například luxusní vybavení zdravotnického zařízení nebo krátké čekací doby, nikoli ve snížení kvality poskytované péče.

Stát má v tomto systému důležitou roli, neboť zasahuje do jeho fungování.

3.3.1 Velká Británie a systém Národní zdravotní služby

Ve Velké Británii je systém zdravotnictví zpřístupněn všem občanům, kteří jej potřebují využívat. Je totiž opakem tržního systému, a tudíž je financován z daní občanů, nikoli pojištěním.

3.4 Model socialistického zdravotnictví

Je to vlastně centralistický státní model, který bývá nazýván semaškovským modelem, jelikož jeho tvůrce je první sovětský ministr zdravotnictví Semašek.

Důležitou úlohu zde hraje stát, který má všechna zdravotnická zařízení ve svých rukou. Stát také financuje zdravotnictví formou státního rozpočtu a zaměstnanci jsou odměňováni formou mzdy. Obyvatelé země čerpají péči převážně bezplatně.

Systém má mnoho chyb, největším problémem jsou rychle rostoucí výdaje kvůli bezplatné péči. Další problém je, že nikdo v zemi není motivován k pečování o své zdraví a také zaměstnanci, kteří nejsou dobře finančně ohodnoceni, nemusí mít chuť vykonávat svou práci perfektně.

V současné době se systém vyskytuje už jen na Kubě a některých rozvojových zemích. (Prymula, 1999, s. 24)

3.5 Zdravotnické systémy rozvojových zemí

V rozvojových zemích nemají žádné konkrétní systémy, které by zajišťovaly rovný přístup ke zdravotnictví. Zdravotní péče je zde rozdělena na péči pro bílé a černé obyvatelstvo, kdy bílý obyvatel může využívat soukromá zařízení, kde buď platí přímou platbou, nebo soukromým pojištěním, a domorodec je pak odkázán pouze na charitativní organizace.

V rozvojových zemích je díky malé rozvinutosti systémů nízká střední délka života a také jsou tyto země vystaveny mnoha masovým epidemiím. (Prymula, 1999, s. 25)

4 EKONOMICKÉ ASPEKTY ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Zdraví je důležitou součástí lidského života, proto je významné, aby o něj lidé pečovali. Jelikož o své zdraví lidé nepečují, potřebují zdravotnickou péči. Lidská potřeba zdravotní péče může být na jednu stranu neomezená, ale na druhou stranu poskytovaná péče je omezená a to hlavně z nedostatku zdrojů. Pokud zdravotní službu nahlížíme tímto způsobem, pak se jedná o ekonomický statek. (Barták, 2010, s. 26)

Na zdraví je nahlíženo ze dvou úhlů pohledu, z jednoho se zdraví jeví jako subjektivní záležitost, z druhého se však zdraví označuje jako objektivní záležitost, kdy péče o něj je dána veřejným sektorem. (Barták, 2010, s. 29)

Zdravotnické služby jako ekonomický statek mají tržní charakter, čili cena je dána vztahem mezi nabídkou a poptávkou. Chápeme-li zdravotnické služby tímto stylem, může se zde objevit řada tržních selhání, ať už z mikroekonomického nebo makroekonomického hlediska (např. výskyt monopolů u zdravotnických zařízení, existence externalit, nebo asymetrických informací). V takovémto případě pak mluvíme o smíšeném veřejném statku. (Barták, 2010, s. 30)

V dnešním zdravotnictví je důležité brát v úvahu i etický kodex a také poskytnutí péče všem bez rozdílu, proto je důležitým aspektem zdravotnictví solidarita a soudržnost. Role státu je tak nezbytná, neboť stát dohlíží na poskytování péče a organizuje celé zdravotnictví ať už z funkce ekonomické, politické nebo legislativní. (Gladkij a kolektiv, 2003, s. 92)

4.1 Poptávka ve zdravotnictví

Poptávka ve zdravotnictví je ovlivněna hlavně dvěma faktory, za prvé je to systém úhrad a za druhé způsob organizace nabídky, což znamená dostupnost zdravotnických zařízení a jejich struktura a rozložení. (Gladkij a kolektiv, 2003, s. 110)

Poptávka po zdravotní péči je velmi málo elastická, což znamená, že ji lidé využívají nezávisle na ceně, jelikož když dotyčný onemocní, měl by službu využít. (Barták, 2010, s. 31)

V potřebě zdravotnické péče lze sledovat 2 rozdíly, potřeba je objektivní a současně subjektivní. Jestliže člověk pociťuje subjektivní potřebu, jedná se o pocit nedostatku, a tak vyhledává zdravotnické zařízení, poptává se tedy po zdravotnické službě. Ovšem objektivní potřeba není většinou ani vnímána jako potřeba, jedná se o preventivní sledování zdravotního stavu obyvatelstva. Prevence je významná, neboť díky ní se dá předejít vzniku

nemocí a tím lze snižovat náklady. Užitím zdravotní péče vzniká realizace poptávky, která v některých případech může být nadměrná. Nadměrná poptávka je problém a existuje kvůli tomu, že jen málokdo si zvědomuje cenu zdravotnické služby. Proto je ve většině případů zavedena finanční spoluúčast a také rozlišení standardní a nadstandardní služby. (Gladkij a kolektiv, 2003, s. 111)

4.2 Nabídka ve zdravotnictví

Ve zdravotnictví fungují zdravotnický zařízení, která tvoří nabídku zdravotní péče. Ta je determinována počtem lékařů, jejich technologickými a znalostními možnostmi, dále pak strukturou zařízení, cenou za úkon, zapojením se státu, zdravotních pojišťoven a také občanů do ochrany zdraví.

Nabídka služeb je rozmanitá a nabízející subjekty prodávají i nadbytečné služby. Pro neznalého pacienta je těžké posoudit, zdali je potřebuje či ne, a tak může tržní subjekt vydělavat. V zásadě platí, že by nabízející subjekty měly respektovat etický kodex a měly by se řídit morálními principy. (Gladkij a kolektiv, 2003, s. 112) Právě proto zde funguje stát, který právně upravuje, kdo může a nemůže služby ve zdravotnictví poskytovat. Poskytovatel musí mít kvalifikaci pro svůj obor a musí být řádně zaregistrován. (Barták, 2010, s. 32)

5 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR

Způsob financování zdravotnictví se stále mění, jelikož ještě nebyl objeven ideální styl financování. V současné době je část služeb zdravotnictví v privátní sféře a druhá část ve státní sféře.

Do zdravotnictví proudí velké objemy peněz, ale z důvodu špatného zacházení, nedostatečné kontroly, špatnou regulací cen a dalších problémů je většina zdravotních subjektů ve ztrátě.

Financování zdravotnických subjektů probíhá různě, protože zde máme privátní zařízení, která jsou součástí soukromé sféry, a státní zařízení. Soukromá zařízení jsou menší nemocnice, polikliniky, lékařské laboratoře, ordinace, lékařská doprava atd. Pod vlivem státu jsou hlavně velké nemocnice, které nabízí komplexní služby. (Gladkij a kolektiv, 2003, s. 113)

5.1 Praktičtí lékaři

Praktičtí lékaři byli původně odměňováni platbou za výkon, což znamená, že každý lékařský výkon byl ohodnocen určitým počtem bodů, přičemž hodnota bodu byla 0,5 – 0,6 Kč. Zjistilo se, že tento systém měl nevýhodu v tom, že praktik mohl, aniž by poslal pacienta k odborníkovi, provádět úkony, které neměl ve své kompetenci. Proto vznikl systém kombinované kapitačně-výkonové platby. Tato platba má dvě složky, první obsahuje kapitační jednotku, což je pevná částka, kterou praktik dostává každý měsíc od pojišťovny pacienta, ačkoli pacient jeho službu nevyužívá. Kapitační jednotka se odvíjí od věku pacienta. Druhá složka je založená na platbě pojišťovny za úkon, kterou lékař pacientovi provedl. (Gladkij a kolektiv, 2003, s. 114)

5.2 Ambulantní specialisté

Jedná se o odborné lékaře, kteří byli také financováni platbami za poskytnuté výkony. Jejich financování bylo v průběhu let měněno a předpokládá se, že přejdou na systém kapitačních plateb. Dalším způsobem odměňování je maximální úhrada na pojištěnce od pojišťovny, kdy má specialista stanovený určitý maximální strop od pojišťovny, který dostává na jednoho pacienta. Když tyto peníze spotřebuje dřív, než skončí stanovení období, nedostane specialista další peníze a pracuje de facto zadarmo. (Gladkij a kolektiv, 2003, s. 117)

5.3 Nemocniční péče

Nemocniční péče je v České republice financována paušální platbou, která vychází z peněz, které nemocnice potřebovala předcházející rok. Tento způsob platby se zakládá na předpokladu, že nemocnice platí velkou část fixních nákladů. Výkony, které každý rok provádí, se zdražují, a tak nemocnice musí každý rok omezovat tyto výkony. Je proto důležité, aby byl paušál každý rok zvyšován v závislosti na inflaci.

Dalším řešením je i převod nemocnic na soukromé vlastníky, protože nemocnice spotřebovávají každý rok značnou část státního rozpočtu. (Barták, 2010, s. 100)

Poslední dobou se v nemocnicích zavádí DRG systém (Diagnosis Related Group), který se nejvíce využívá v USA a také v mnoha západních zemích Evropy.

DRG systém je založen na rozdělení nemocí do skupin podle podobných velikostí nákladů na léčbu. Nemoci jsou ve skupinách dále rozděleny podle podobných léčebných postupů a dalších znaků, např. komplikace při zákroku, věk pacienta apod. (Bélová, Zlámal, 2005, s. 82) Počet skupin nesmí být příliš vysoký (je jich 25), a proto jsou vytvářeny ještě podskupiny, jichž je téměř tisíc.

Veliká výhoda DRG je, že díky tomuto systému se dá posoudit kvalita péče poskytujícího subjektu, jeho produkce a nákladovost. Pomocí ukazatelů DRG se také dá srovnávat více zdravotních subjektů mezi sebou. (Barták, 2010, s. 101)

6 ROZDĚLENÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Zdravotní péče se dá dělit podle určitých kategorií. V současné době je nejvíce diskutovaným dělením rozdělení na péči standardní a nadstandardní. Standardní péče je obvyklá a uznávaná odborníky a vyznačuje se určitou mírou kvality. Péče nadstandardní se orientuje na pacienta, který chce využívat určitých výhod např. větší komfort na lůžku nebo neobvyklé lékařské postupy. Nadstandard je pak placen buď přímo, nebo prostřednictvím připojištění. (Durdisová, 2005, s. 172)

Další rozdělení je např. na péči primární, sekundární a terciární. Primární péče je poskytována lékařem a je to ve většině případů první kontakt pacienta s lékařem. Sekundární péče je pak dražší a obsahuje komplexnější služby a terciární je nejvíce nákladná a současně není ve většině případů potřebná. (Durdisová, 2005, s. 170)

Péče může být také nehrazená, částečně hrazená a plně hrazená a to v závislosti na tom, jak se zdravotní péče financuje. (Durdisová, 2005, s. 171)

6.1 Subjekty zdravotního systému

Zdravotní systém je složitý celek, ve kterém vystupují tři základní subjekty. Nejprve to byli pouze pacienti a poskytovatelé zdravotní péče, k nimž se na konci 19. století přidaly subjekty, které hradily financování systému (plátcí). Mezi tuto třetí stranu se zařazuje i stát, který vytváří legislativu, vykonává dohled nad činností zdravotních subjektů, přispívá platbami ze státního rozpočtu apod. (Durdisová, 2005, s. 175)

6.1.1 Financující subjekty

Základní zdroj současného pluralitního systému (vícezdrojového financování) je všeobecné zdravotní pojištění. Další zdroj poskytuje stát prostřednictvím rozpočtu stejně jako územní orgány, lidé prostřednictvím přímých úhrad, sponzoři a nadace a za zdroj se považují i úhrady mimo okruh státního rozpočtu (Durdisová, 2005, s. 178)

6.1.2 Poskytovatelé zdravotní péče

Poskytovatelé zdravotní péče jsou komerční nebo státní, mohou být ve vlastnictví fyzických nebo právnických osob. Jedná se o zařízení, která poskytují adekvátní péči pro pacienty. (Durdisová, 2005, s. 98)

Poskytovatelé se starají o to, aby jejich služby byly konkurenčně výhodné, informují jak pacienti, tak i pojišťovny a stát o relevantních informacích. Jejich hlavním cíle, jak jsem výše zmínila je poskytovat služby na určité úrovni, ale není již jejich starostí zajišťovat jejich dostupnost. (Vepřek, 2002, s. 113)

Zdravotní zařízení se dělí na státní a nestátní, podle druhu vlastnictví, na lůžková a ambulantní a na smluvní a nesmluvní, podle způsobu jejich proplácení. (Durdisová, 2005, s. 99)

6.1.3 Občan

Občan je také důležitým prvkem zdravotního systému, protože je to on, který si může vybrat jak mezi pojišťovnami, která poskytuje nejlepší ceny a výhody, tak mezi zdravotními zařízeními, které nabízejí nejkvalitnější služby.

Je důležité, aby se informoval o svých právech a povinnostech vzhledem k čerpané zdravotní službě a stejně tak o jejich poskytovatelích a produktech, které nabízí pojišťovny. (Vepřek, 2002, s. 113)

Pacient hraje dvojí roli, za prvé čerpá zdravotní péči, za druhé tuto čerpanou péči financuje. Financování probíhá buď přímo, kdy platí přímou úhradu, anebo využívá komerčního pojištění. Tento způsob se využívá v soukromém sektoru, ve veřejném je péče poskytována pro pacienta zdarma až do výše standardu. (Durdisová, 2005, s. 100)

6.1.3.1 Spoluúčast

Spoluúčast je dvojího typu, je buď plošná, nebo efektivní. Plošná spoluúčast znamená, že všichni občané jsou povinni platit poskytnutou péči a to buď celou její cenu, nebo pouze její část. Může dojít i k tomu, že některé skupiny populace můžou být osvobozeni od platby. Efektivní spoluúčast je pak taková, že k placené službě existuje služba ekvivalentní, která je však bezplatná.

7 LIDSKÉ ZDROJE

Lidské zdroje jsou rozhodujícím faktorem při poskytování zdravotnické péče, jelikož ani sebelepší stroj nedokáže pracovat, pokud není veden kvalitně vyškoleným zdravotníkem.

Zdravotní pracovníci jsou povinni pracovat takovým způsobem, aby jejich práce nebyla v rozporu se zákonem, měli by poskytnout první pomoc každému, kdo ji bude potřebovat. Ke své práci by měli přistupovat odpovědně, poctivě a svědomitě. Je důležité, aby dokázali zachovat mlčenlivost, případně by měl mít souhlas ošetřované osoby k poskytnutí informací dalším osobám. (Barták, 2010, s. 73)

V současné době je problém nalézt dostatečné množství kvalitně vyškolených pracovníků, kteří by byli odpovědní za svou práci. Faktorem ovlivňujícím tuto skutečnost je nedostatek peněžních zdrojů na odpovídající platové ohodnocení. Dále je pro pacienty velmi problémové nerovnoměrné působení lékařů, neboť tím se snižuje jejich dostupnost.

Dále ve všech státech působí více specialistů než praktiků, což není příliš efektivní, uvážíme-li, že praktický lékař je první styk pacienta s doktorem. Je to dáno opět platovými podmínkami, kdy specialisté obecně mají vyšší platy než praktici. (Barták, 2010, s. 76)

Pro zlepšení a zvýšení výkonnosti pracovníku je podstatné zlepšit motivační faktory, tzn. změnit systém odměňování, zlepšit pracovní podmínky, nabídnout lékařům možnost kariérního růstu, popř. dále rozvíjet jejich znalosti a schopnosti dalším vzděláváním.

V mnoha zemích Evropy se rozvíjí trend, kdy všeobecný lékař poskytuje širší okruh služeb, čímž by se vyřešil nedostatek specializovaných lékařů, kteří nemůžou působit ve všech nemocnicích. Toto však není možné, protože chybí motivující podmínky, jak jsem uvedla výše. Situace vede k neefektivitě systému a také nízké spokojenosti pacientů a lékařů. (Vepřek a kolektiv, 2002, s. 154)

8 DETERMINANTY ZDRAVÍ

Determinanty zdraví mají na člověka dvojitý vliv, buď zdraví člověka prohlubují a posilují nebo jej ovlivňují negativně, čili zdraví člověka ohrožují. (Jarošová, 2008, s. 20)

Mezi tyto determinanty zařazujeme:

- Geneticko-konstituční faktory – věk, pohlaví, vývojové vady apod.
- Socioekonomické prostředí – mezilidské vztahy, bydlení, příslušnost k referenční skupině, zaměstnání apod.
- Životní styl – strava, pohyb, způsob života, péče o zdraví apod. Tento determinant je nejvýznamnější, jelikož nejvíce ovlivňuje lidské zdraví.
- Zdravotnictví a zdravotnická péče – úroveň zdravotnictví, dostupnost lékařské péče, politika zdravotnictví apod. (Jarošová, 2008, s. 21)

Důležité je znát své zdraví, stejně jako zdraví svých rodinných příslušníků, díky čemuž lze předcházet různým chorobám. Lidé by měli dbát rad odborníky, měly by se správně starat o své zdraví. Zdravý životní styl pacienta je největší prevence. Odborníci proto apelují, aby lidé jedli zdravé a kvalitní jídlo, dostatečně se pohybovali. Významný je také přístup k práci, kdy bychom se měli vyhýbat stresovým situacím, měli bychom se také naučit odpočívat po práci. Zdravý způsob života je založen i na vyhýbání se rizikovým situacím, jako je například velká konzumace alkoholu a tabáku a dále využívání drog, které při neopatrném zacházení mohou být příčinou různých nemocí jako je AIDS nebo hepatitida. (Jarošová, 2008, s. 21)

9 METODOLOGIE VÝZKUMU VE ZDRAVOTNICTVÍ

Ve výzkumu se využívá řada různých metod, které sledují, jak společenské procesy ovlivňují lidské zdraví a zároveň zjišťují data, která jsou podstatná pro politicko-zdravotnická rozhodnutí. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 38)

9.1 Epidemiologie

Tento obor se zabývá především faktory a riziky ovlivňujícím naše zdraví. Výzkumníci sledují tyto faktory přímo v terénu a tím zjišťují stav životního prostředí v určitém čase. Zkoumají zdroj problému (nemoci) a jeho následky.

Výsledkem je buď prevalence, nebo incidence. Prevalence je množství problému nebo nemoci v procentech, kdežto incidence zjišťuje množství nově objevených případů během určité doby. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 38)

9.2 Informatika

Zdrojem zdravotnických dat je Národní zdravotnický informační systém (NZIS), Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) a Regionální zdravotnický informační systém (RZIS).

ÚZIS se zabývá sběrem dat, která musí být přístupná všem. Informace sbírá z výkazů zdravotnických subjektů a také provádí různá šetření o zdravotním stavu obyvatelstva. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 38)

9.3 Sociologie

Sociologie je zdrojem dat, která jsou získána buď na základě kvalitativních, nebo kvantitativních výzkumů.

U kvantitativních výzkumů se využívá hlavně dotazník a kvalitativní výzkum je založen na pozorování a rozhovorech. Významným zdrojem je i analýza sekundárních dat čili dat určených původně k jinému účelu. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 42)

9.4 Demografie

Tento obor se zabývá popisem obyvatelstva, jeho strukturou a vývojem. Zabývá se natalitou, mortalitou a faktory, jež tyto dva procesy ovlivňují.

Demografie získává údaje z cyklického sčítání lidí, domů a bytů a dalších šetření. (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 46)

10 UKAZATELE ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

Ukazatele zdravotní péče nám říkají, jak je zdravotní systém vyspělý, jak je na tom ve srovnání s jinými zeměmi a podobně. Umožňuje nám tedy analyzovat situaci té či oné země a také touto analýzou může určitá země měnit svoji zdravotní politiku apod.

Dostupnost péče

Dostupnost péče znamená, jak složitou cestu musí pacient absolvovat, aby se dostal ke zdravotní péči. Dělí se na několik složek jako je složka finanční, geografická, časová, organizační, sociokulturní. (Jarošová, 2008, s. 44)

Kvalita péče

Tento ukazatel měří spokojenost pacientů a znázorňuje zdravotní stav obyvatelstva. Závisí na rozvinutosti státu, na technologickém vybavení nemocnice a medicínských poznatcích. (Jarošová, 2008, s. 44)

Ekonomická nákladovost

Nákladovost udává, jaké množství peněz spotřebovává zdravotnictví. Je vyjádřena procenty HDP dané země. (Jarošová, 2008, s. 44)

Výkonnost zdravotnického systému

Výkonnost vyjadřuje, jaké služby a v jak velkém objemu pacientů je zdravotní systém schopen poskytnout při vybraných výdajích. (Jarošová, 2008, s. 45)

Rovnost neboli ekvita

Ekvita je schopnost systému zajistit zdravotní péči všem obyvatelům země s různou platební schopností. (Jarošová, 2008, s. 45)

Sociální akceptabilita

Sociální akceptabilita odpovídá na otázku, jak občané státu přijímají zdravotní systém, a také odpovídá na otázku, co jaké míry uspokojuje společenskou potřebu, která se vyvíjí. (Jarošová, 2008, s. 45)

Další ukazatelé

- HDP – je to jeden ze základních ukazatelů ukazující ekonomickou prosperitu státu. Vyjadřuje se jako HDP na počet obyvatel. (Gladkij, 2003, s. 97)
- počet lékařů na počet obyvatel
- počet nemocničních lůžek na počet obyvatel
- průměrná délka hospitalizace
- vybavenost nákladnou technologií
- struktura výdajů na zdravotní péči
- počet konzultací u lékaře
- střední délka života – je to věk, kterého se může obyvatel určitého věku a určitého státu dožít, pokud se nezmění způsob vymírání, jenž je v zemi vysledován. [29]
- úmrtnost

11 SHRNU TÍ

České zdravotnictví si prošlo od roku 1918 řadou změn. Nejprve se jednalo o zdravotnictví, které mělo soukromě-podnikatelský charakter, v době socialismu však šlo již o zdravotnictví dostupné všem s tím, že minimum věcí bylo zpoplatněno. Od roku 1989 však dochází k různým reformám, které se především snaží zvyšovat spoluúčast.

Ve zdravotnictví po celém světě můžeme shledávat 4 hlavní systémy. Jde o liberalistický model zdravotnictví, který je typický pro USA, model založený na povinném zdravotním pojištění, jenž vychází z německého zdravotnictví a lze jej nalézt v Holandsku, Francii či Belgii, model Národní zdravotnické služby vyskytující se ve Velké Británii a model socialistického zdravotnictví, který se vyskytuje na Kubě a v rozvojových zemích.

Aspektem zdravotnických služeb je na jedné straně poptávka ve zdravotnictví a na straně druhé nabídka. Poptávka je ovlivněna dvěma faktory a to systémem úhrad a organizací nabídky. Nabídka je pak determinována počtem lékařů, jejich technologickými a znalostními možnostmi, strukturou zařízení, cenou za úkon, zapojením státu a dalšími.

V oblasti financování zdravotnictví se stále hledá ideální způsob, aby docházelo k efektivnímu rozdělování peněz a naopak se zabránilo plýtvání. Praktičtí lékaři jsou v ČR odměňováni systémem kombinované kapitačně-výkonové platby, jež obsahuje kapitační jednotku, která je vyplácena každý měsíc pojišťovnou pojištěnce, a platbu pojišťovny za úkon. Ambulantní specialisté jsou placeni systémem kapitačních plateb. Nemocniční péče je v současnosti financována paušální platbou vycházející z objemu peněz spotřebovaných předchozí rok. Dochází však k doladování systému DRG, který se využívá k financování nemocniční péče v mnoha zemích světa. DRG systém je založený na rozdělení nemocí do skupin podle podobných velikostí nákladů na léčbu.

Zdravotní péče se dá rozdělit mnohým způsobem. Dělíme ji na standardní a nadstandardní podle toho, jestli pacient využívá nějakých výhod. Dalším dělením může být rozdělení na primární, sekundární a terciární, anebo rozdělení na nehrazenou, částečně hrazenou a plně hrazenou péči.

Ve zdravotnictví se vyskytují tři hlavní subjekty, jimiž jsou financující subjekty, což jsou pojišťovny, stát, sponzoři a další, poskytovatelé zdravotní péče a občani, kteří využívají služeb poskytovatelů.

Důležitým faktorem kvality zdravotní péče je kvalifikovaný zdravotní pracovník, který se snaží o poctivou, odpovědnou a svědomitou práci. Na snižování kvality se podílí nedostatek peněžních prostředků na vzdělávání a také adekvátní platy, dále je to například nerovnoměrné působení lékařů, jež snižuje dostupnost péče.

Při zdravotnickém výzkumu využívají odborníci několika oborů, jimiž je epidemiologie, informatika, sociologie a demografie. Epidemiologie se zabývá faktory a riziky, jež ovlivňují naše zdraví, informatika je zdrojem zdravotnických dat. Sociologie podává data, která byla získána buď formou kvantitativního, nebo kvalitativního výzkumu a demografie se zabývá popisem obyvatelstva, jeho strukturou a vývojem.

Sledovanými ukazateli zdravotního systému jsou dostupnost péče, její kvalita, ekonomická nákladovost, výkonnost zdravotnického systému, rovnost v přístupu k péči, sociální akceptabilita a mnoho dalších.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

12 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI

Tato část je věnována analýze statistických údajů, které poskytují data všech zemí OECD.

Praktická část je rozdělena na několik hlavních kapitol, jako je srovnání celkových výdajů na zdravotnictví, kde se podíváme na výdaje jednotlivých zemí a na jejich strukturu. Další kapitolou jsou zdroje zdravotnické péče, což je vybavenost nemocnic technologickými zařízeními a počet zdravotnických pracovníků a současně i počet nemocničních lůžek, jelikož snižování jejich počtu je v současné době podstatnou otázkou.

Zdravotnické aktivity, které následují, vypovídají o návštěvnosti lékařů pacienty. Nedílnou součástí zdravotnických aktivit je i očkování dětí a délka pobytu v nemocnici.

Dále je důležité posoudit i stav obyvatel zemí, neboť ten do značné míry odráží ekonomicky aktivní obyvatelstvo. Zdravotní stav lze posoudit podle ukazatelů jako je naděje mužů a žen při narození, kojenecká úmrtnost, narození císařským řezem apod. Zajímavým ukazatelem je i počet sebevražd, který může vypovídat o ekonomické situaci nebo náladě obyvatel v zemi.

Determinanty kvality zdravotní péče, které budu také zkoumat, jsou např. úroveň onkologické péče, akutní infarkt myokardu, operace kyčelního kloubu apod. Tyto determinanty určují do jaké míry má daná země rozvinuté zdravotnictví a i jak dokáže zdrojů, kterými disponuje, využívat.

Poslední částí jsou rizikové faktory, jež ukazují postižení lidí civilizačními chorobami, které se v posledních letech velmi rozšířily po celém světě.

Díky těmto faktorům je možné posoudit úroveň zdravotního systému, čili je možné porovnat zdravotní systém České republiky se zeměmi OECD. Některé údaje zemí nejsou k dispozici, a proto může v některých případech dojít k mírnému zkreslení informací.

Zdravotních determinantů je velké množství, a proto z důvodu omezeného místa, jsem zvolila pouze některé.

13 SROVNÁNÍ ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU ČR SE ZEMĚMI OECD

V této kapitole se podíváme podrobně na jednotlivé ukazatele, které se využívají pro srovnání zemí ve zdravotnictví. Srovnání je provedeno způsobem, kdy Česká republika je porovnávána s průměrem zemí OECD.

OECD je Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj. Tato organizace byla založena v roce 1961 a dnes má 34 členů včetně ČR, která se k organizaci přidala v roce 1995. Cílem organizace je zabezpečit hospodářský růst, dobrou životní úroveň a finanční stabilitu ve všech členských zemích. Dále je pro ni typické, že se soustředí na rozvoj světového obchodu a ekonomickou expanzi do mnoha zemí světa, jak těch členských, tak i nečlenských.

13.1 Celkové výdaje na zdravotnictví

Celkové výdaje na zdravotnictví je jeden z nejdůležitějších ukazatelů, protože tvoří souhrn vybraných ukazatelů a díky němu tedy dokážeme nejlépe porovnávat jednotlivé země mezi sebou.

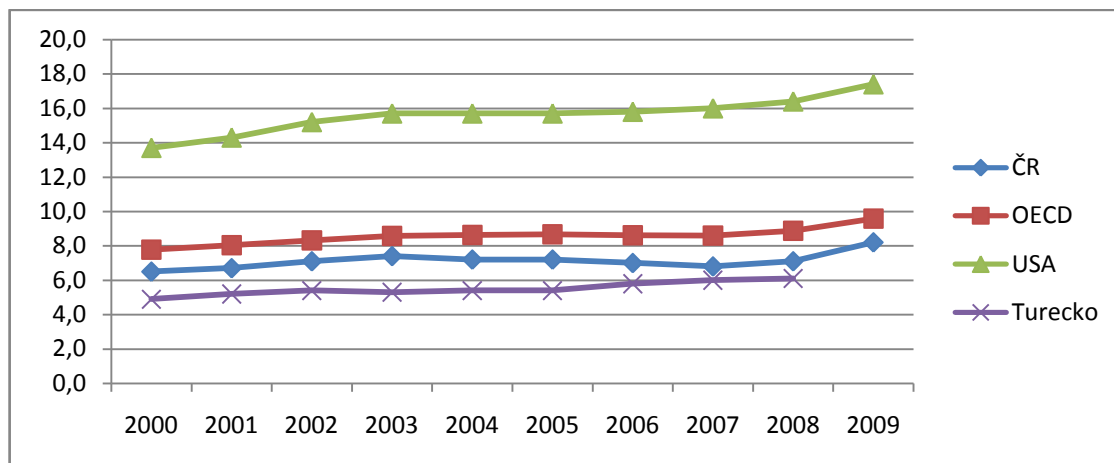
Tab. 1 Celkové výdaje na zdravotnictví (% z HDP) [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	6,5	6,7	7,1	7,4	7,2	7,2	7,0	6,8	7,1	8,2
OECD	7,8	8,0	8,3	8,6	8,6	8,7	8,6	8,6	8,9	9,6
USA	13,7	14,3	15,2	15,7	15,7	15,7	15,8	16,0	16,4	17,4
Turecko	4,9	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	

Pozn. Data za rok 2009 u Turecka nejsou zveřejněna.

Z tabulky vidíme, že výdaje na zdravotnictví se za posledních devět let u všech zemí zvýšila. Zvyšování výdajů není lineární. Nejvyšší výdaje na zdravotnictví má USA, které má téměř 2krát vyšší procento HDP než země OECD. Opočenský (2010) v článku Proč jsou výdaje na zdravotní péči v USA tak vysoké uvádí, že tento nepoměr je dán hlavně díky velkému množství výdajů na administrativu, vyšším platům lékařů a také vyšší cenou za poskytnuté služby v USA. Je však zde i mnoho dalších faktorů, které ovlivňují vysoké výdaje.

Z tabulky také vidíme, že Turecko je 2-3% pod průměrem a společně s Českou republikou patří k zemím, které mají nejnižší výdaje na zdravotnictví ze zemí OECD. Předpokládá se, že výdaje na zdravotnictví budou mít růstový charakter vzhledem k neustálému vývoji zdravotnických technologií a k předpokládanému stárnutí populace.



Obr. 1 Vývoj výdajů na zdravotnictví (% HDP) [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

Z obrázku je vidět, že Turecko má nejméně vzrůstající křivku výdajů. Podobně je na tom i Česká republika a průměr zemí OECD. U České republiky je spatřován dokonce pokles mezi léty 2006 až 2008, který může být dán škrtý v důsledku šetření státu. Nejvíce vzrůstá křivka USA, které vydává každým rokem na zdravotnictví stále více peněz.

Tab. 2 Zdravotnické výdaje v USD/obyv. v paritě kupní síly [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	981	1081	1195	1338	1387	1475	1556	1661	1839	2108
OECD	1886	2016	2178	2293	2442	2565	2736	2890	3095	3254
USA	4793	5146	5578	5986	6336	6700	7073	7437	7720	7960
Turecko	433	423	442	447	520	591	712	798	902	

Pozn. Data za rok 2009 u Turecka nejsou zveřejněna.

Důležité je při zjišťování výdajů na zdravotnictví podívat se i na přepočtení výdajů na paritu kupní síly, která minimalizuje rozdíly mezi cenovými hladinami zemí.

Údaje v tabulce říkají, za kolik dolarů si lidé můžou koupit stejný objem zdravotní péče v jednotlivých zemích. Nejdražší zdravotní péče je tedy v USA, kde je však kvalitnější než právě v Turecku. Další země, které se vyznačují relativně nízkými výdaji na zdravotnictví, je Korea a Mexiko. Naproti tomu země, které vydávají velký objem peněz, jsou Švýcarsko a Nizozemí.

V článku *Netherlands: Country profile* (2012) je uvedeno, že Nizozemí má vysoký standard zdravotní péče, který souvisí také s nedávnou reformou zdravotnictví. Nicméně vydává obrovskou část peněz na obyvatele, protože využívá nákladnou novou zdravotnickou technologii, musí platit spoustu peněz na prevenci proti obezitě a také proti nemocem stáří jako je revmatismus, artritida a cukrovka.

Z tabulky je tedy jasné že vyspělejší země utrácí více peněz na zdravotnictví než ty chudé, protože můžou více investovat do technologií a preventivních programů.

13.1.1 Struktura celkových výdajů

Tab. 3 Struktura celkových výdajů ve zdravotnictví [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

		2000	2009	2000/2009
ČR	Veřejné výdaje	90,3%	84,0%	-7,5%
	Soukromé výdaje	9,7%	16,0%	39,4%
OECD	Veřejné výdaje	71,3%	59,4%	-20,0%
	Soukromé výdaje	28,7%	40,6%	29,3%

Pozn. Do tabulky nejsou zahrnuty hodnoty zemí vzhledem k jejich nedostupnosti

Česká republika má oproti zemím OECD velký podíl veřejných výdajů, který však poklesl o 7,5%. Je to dáno tím, že se Češi snaží zvýšit spoluúčast obyvatelstva, tak aby se starali o své zdraví a nevyužívali jen zdravotní péči, která je finančně náročná. Češi si postupně zvykají platit si soukromé pojištění, protože zjišťují, že je lepší být připojištěn než při léčbě platit vyšší částky. Stále ale není počet lidí využívajících tohoto pojištění dostatečně vysoký, abychom se vyrovnali ostatním státům OECD. Soukromé pojištění využívají ve většině případů bohatší vrstvy obyvatel, jelikož toto pojištění není povinné. Soukromé pojištění v ČR zahrnuje pojištění na nadstandard v případě hospitalizace, pojištění stomatologických výkonů, pojištění pro případ závažných onemocnění a také pojištění pro využití lékařské péče v zahraničí.

Země OECD také snížili veřejné výdaje, avšak ve většině západních a severovýchodních zemí je už dlouhá léta zvykem, že se obyvatelstvo podílí na placené spoluúčasti, která je mnohonásobně vyšší než v ČR. USA patří mezi země, které mají nevyšší podíl soukromých výdajů, protože je zde velmi rozšířené soukromé pojištění a ti co jej nemají, nemají nárok skoro na žádnou nebo jen minimální lékařskou péči.

13.2 Zdroje zdravotnické péče

Zdroje zdravotnické péče obsahují údaje jako je například počet doktorů nebo sester na 1000 obyvatel, počet lůžek na 1000 obyvatel apod. Data nám říkají jak je zdravotní systém té či oné země vyspělý.

13.2.1 Počet zdravotnických pracovníků a nemocničních lůžek

Počet lékařů v České republice od roku 2000 do roku 2009 stoupl o 5,6%, což je skoro o 10% méně ve srovnání se zeměmi OECD, kdy je nárůst o více než 16%. I tak má Česká republika stále více lékařů než je průměr zemí OECD. K dispozici však nejsou údaje z roku 2011, kdy v ČR dalo výpověď mnoho lékařů kvůli vyššímu platu a lepším podmínkám, které jim nabízejí v zahraničí. Sovová (2011) ve svém článku Rozdíly v platech lékařů jdou do desítek tisíc, nejhůře jsou na tom mladí vysvětluje, že odchází zejména mladí absolventi lékařských fakult, jejichž platy jsou nejnižší.

Tab. 4 Počet lékařů a zdravot. sester na 1000 obyv. [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	Počet lékařů/1000 obyvatel			Zdravotní sestry/1000 obyvatel		
	2000	2009	2000/2009	2000	2008	2000/2008
ČR	3,4	3,6	5,6%	7,6	7,9	3,8%
OECD	2,6	3,2	16,3%	7,4	8,1	8,5%

Pozn. Data o zdravotních sestřích za rok 2009 nejsou známa, stejně jako některá data jiných členských zemí OECD

Z projevů ministra zdravotnictví, které je možné shlédnout ve zprávách na Čt 24, je však zřejmé, že se v České republice budou počty lékařů a sester snižovat z důvodů udělání pořádku v pracovních závazcích, jelikož si zdravotníci přivydělávají vícerymi úvazky.

Počet zdravotních sester má do roku 2008 růstový charakter, který je nižší než u zemí OECD. ČR má podprůměrný počet sester na 1000 obyvatel.

V zemích OECD má největší počet zdravotních sester Island a Švýcarsko, jejich počet se pohybuje okolo 15 na 1000 obyvatel. Lékařů je nejvíce v Řecku, kde se hodnota pohybuje okolo 6 na 1000 obyvatel, za nímž následuje Rakousko s počtem necelých pěti lékařů na 1000 obyvatel.

Tab. 5 Počet nemocničních lůžek [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	Celkový počet nemocničních lůžek na 1000 obyvatel			Akutní pečovatelská lůžka na 1000 obyvatel		
	2004	2008	2004/2008	2004	2008	2004/2008
ČR	7,6	7,2	-5,6%	5,4	5,1	-5,9%
OECD	5,4	5,1	-4,4%	3,8	3,6	-5,4%
Mexiko	1,8	1,7	-5,9%	1,7	1,6	-6,3%
Japonsko	14,2	13,8	-2,9%	8,4	8,1	-3,7%

Pozn. Vzhledem k nedostatku údajů v roce 2009 je použit rok 2008

Ve všech zemích OECD má ukazatel počtu nemocničních lůžek klesající charakter, může za to současný trend snižování výdajů na zdravotnictví a tím i snižování počtu lůžek. Nejvíce lůžek má na tisíc obyvatel má Japonsko a nejméně Mexiko.

Harden (2009) v článku *Japan's Health-Care System Has Many Advantages, but May Not Be Sustainable* sděluje, že Japonsko bojuje s velkou obsazeností lůžek i přes jejich velký počet, protože mnoho pacientů i s běžným onemocněním obsazuje nemocniční postele a není zvykem pacienta vyhodit. Proto je důležité, aby v Japonsku proběhla reforma.

13.2.2 Vybavenost technologickým zařízením

Tab. 6 Technologická zařízení na milion obyv. v r. 2007 [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	MRI ¹	CT ²	Mamograf	Zařízení na radiační terapii
ČR	4,4	12,9	13,5	8,8
OECD	9,8	18,2	21,1	6,6
USA	25,9	34,3	–	–
Mexiko	1,5	4,0	5,6	1,4

Pozn. Data USA nejsou k dispozici, stejně jako data mnoha zemí OECD, proto je porovnání z roku 2007, kdy bylo dostupných nejvíce dat.

USA má k dispozici nejvíce technologických zařízení, protože jako jeden z mála států do rozvoje zdravotnictví investuje obrovské sumy peněz, ovšem neznamená to, že by mělo kvalitnější zdravotnictví než třeba Mexiko, do kterého jezdí někteří movitější Američané za zdravotní péčí z důvodu levnějšího zdravotnictví, vysvětluje Whyteová (2009) v článku *How Mexico's health system works*.

Česká republika disponuje většinou podprůměrnými čísly, co se týče vybavenosti zdravotními zařízeními, ačkoli máme k dispozici více zařízení na radiační terapii. Česká republika v současnosti podporuje investice do zdravotních zařízení, a proto se jejich počet zvyšuje.

13.3 Zdravotnické aktivity

Zdravotnické aktivity zahrnují různé ukazatele jako je počet konzultací u lékaře, různé druhy očkování na tisíc obyvatel apod.

¹ MRI - Magnetická rezonance – umožňuje zobrazení vnitřních orgánů

² CT - Počítačová tomografie – umožňuje prohlédnout vnitřní orgány

13.3.1 Počet konzultací u lékaře

Tab. 7 Počet návštěv lékaře na jednoho obyvatele [vl. tvorba, zdroje dat:30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	12,6	12,7	12,9	13	13,1	13,2	13	12,6	11,4	11,2
OECD	6,4	6,4	6,4	6,2	6,3	6,6	6,3	6,0	6,8	6,7
Chille	1,6	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	–
Japonsko	14,4	14,5	14,1	13,8	13,8	13,7	13,6	13,4	13,2	–

Pozn. Data některý zemí nejsou v určitých letech k dispozici.

Česká republika jednoznačně vede v návštěvách lékaře v Evropě, ze zemí OECD má též celkově téměř nejvíc, podobně je na tom už jenom Maďarsko a Slovensko. Vysoká návštěvnost ovlivňuje i kvalitu poskytované péče, protože lékaři mají daleko menší čas na ošetření pacienta a tudíž nemůžou udělat detailní prohlídku. Články ČR je na špici Evropy v počtu návštěv lékaře a Lidé si zvykli na regulační poplatky, návštěv u lékaře přibylo se shodují, že v roce 2008 došlo k poklesu návštěvnosti a to zejména proto, že byly zavedeny regulační poplatky.

Nevyšší návštěvností se může pochlubit Japonsko, které má díky těmto číslům dlouhé čekací prodlevy a tudíž nemá ani nijak na dobré úrovni poskytnutí akutní péče.

Chille patří k zemím s nejnižší čekací dobou.

13.3.2 Očkování dětí

Tab. 8 Očkování dětí v procentech [vl. tvorba, zdroje dat:30]

	Spalničky			Záškrt, tetanus, dávný kašel		
	2000	2009	2000/2009	2000	2009	2000/2009
ČR	97,1%	98,3%	1,2%	98,4%	99,3%	0,9%
OECD	90,3%	93,4%	3,4%	93,5%	95,2%	1,8%

Očkování dětí je běžnou praxí v mnoha zemích a jak vidíme v tabulce, procenta mají stoupající tendenci. Očkování dětí je součástí všech programů zdravotní politiky všech států v Evropě. Dnes už nás netrápí hlad ani další obtíže, a proto hodně rodičů si nepřeje, aby jejich děti byly očkované.

V ČR je naočkováno skoro sto procent dětí, protože dlouhá léta bylo očkování povinností. V současné době se už neplatí sankce za nenaočkování dětí, a proto by se čísla mohla v budoucnu snižovat, vysvětluje Kyša(2011) v článku Skončí u nás povinné očkování?

Země s nejnižším procentem očkování jsou Norsko, Švédsko a Dánsko. Janda a Škovránková (2003) v článku Co způsobilo ve vyspělých zemích kampaně proti očkování u dětí kritizují, že ve vyspělých západních zemích probíhají kampaně proti očkování dětí s tím, že tyto očkovací látky mohou vyvolat u dětí nežádoucí účinky. WHO a další organizace ale varují, že pokud v některých zemích poklesne očkování proti určité nemoci, stoupne i její výskyt.

13.3.3 Délka pobytu v nemocnici

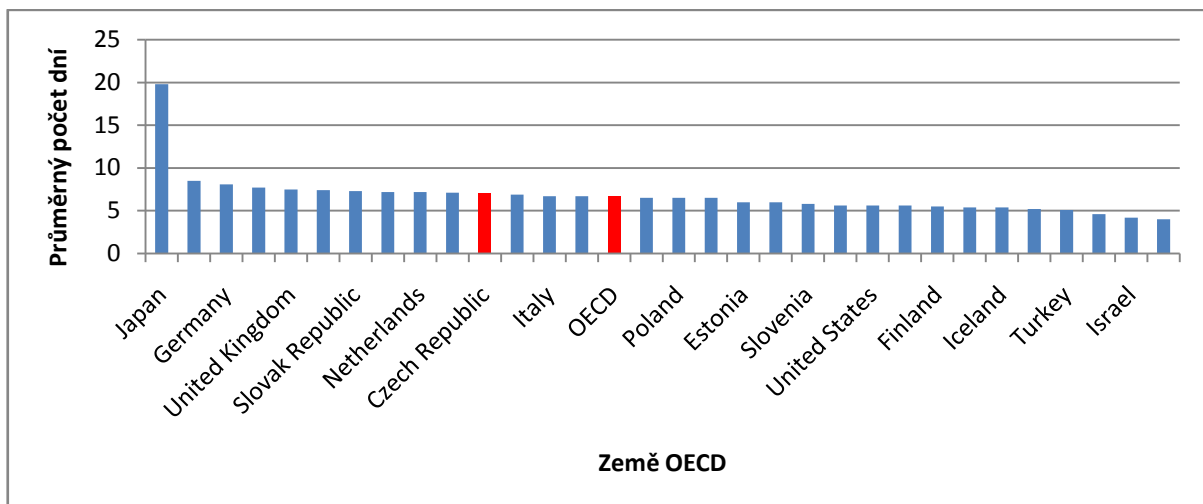
Tab. 9 Akutní péče – průměrný počet dní/obyv. [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2005	2009	2000/2009
ČR	7,9	7,1	7,1	-11,3%
OECD	7,9	6,7	6,3	-25,1%
Itálie	24,8	19,8	18,5	-34,1%
Mexiko	4	4	3,9	-2,6%

Průměrná délka pobytu v nemocnici se ve všech zemích zkracuje, protože se tak snižují náklady na zdravotnictví. Délka pobytu se bude v ČR i nadále snižovat a to i díky tomu, že se zvyšuje poplatek za den pobytu v nemocnici. Ten se v současné době zvedl ze 60Kč za den v nemocnici na 100Kč.

V Mexiku je průměrná délka pobytu nejkratší, svědčí to o tom, že lidé v nemocnicích zůstávají pouze nezbytně dlouhou dobu, přestože je totiž kvalitní péče dostupná, tak ji můžou využít jen movitější obyvatelé Mexika, kteří si platí soukromé pojištění. Chudí lidé mají dostupnou pouze základní péči.

Japonsko má průměrný počet dní nejvyšší. Průměrná délka se sice také zkracuje, ale i tak má skoro trojnásobně vyšší hodnoty. V Japonsku dochází k stárnutí populace, takže je možné, že pokud nedojde k reformě, tak se délka může prodlužovat v závislosti na zvyšování nemocnosti.



Obr. 2 Průměrný počet dní pobytu v nemocnici [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

13.4 Zdravotní stav

Zdravotní stav ukazuje, jaká je naděje na dožití mužů a žen, kojeneckou úmrtnost a počet sebevražd.

13.4.1 Naděje na dožití žen a mužů při narození

Tab. 10 Střední délka života žen při narození v letech [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	78,5	78,6	78,7	78,6	79,2	79,2	79,9	80,2	80,5	80,5
OECD	80,2	80,4	80,6	80,7	81,2	81,3	81,7	81,8	82,0	82,2
Japonsko	84,6	84,9	85,2	85,3	85,6	85,5	85,8	86,0	86,0	86,4
Turecko	73,1	73,5	73,9	74,3	74,6	75,0	75,3	75,6	75,8	76,1

Česká republika je v naději na dožití pro ženy podprůměrná. Za posledních deset let však vzrostla o dva roky, což svědčí například o zlepšení poskytované péče. České ženy se dožívají o dva roky méně oproti průměru, avšak jsou na tom lépe než ženy v Turecku, které se dožívají až o šest let méně. Nejlépe na tom ze zemí OECD je Japonsko, jak uvádí Boseley (2011) v *Japan's Life Expectancy'Down to Equality and Public Health Measures'*. Japonsko díky svému relativně zdravému stylu života dává ženám při narození naději, že se dožijí až 86 let v roce 2009. Japonci jsou národem, jenž se může těšit prvenstvím v nejdelší střední délce života. Předpokládá se, že je to díky jejich stravě, protože Japonci jedí hlavně dary moře, a také čerstvému vzduchu, který je na ostrově plný minerálů od moře. Dále jsou lidé v Japonsku zvyklí docházet na pravidelné prohlídky, které dokážou zachytit jaký-

koli zdravotní problém hned v počátku, takže se můžou hned léčit. Dalším faktorem ovlivňujícím jejich dlouhověkost je pravidelný pohyb a samozřejmě kvalitní zdravotnictví. Toto zmiňuje článek *What's the Secret of Japan's Record Life Expectancy* (2003).

Tab. 11 Střední délka života mužů při narození v letech [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	71,7	72,1	72,1	72,0	72,6	72,9	73,5	73,8	74,1	74,2
OECD	74,0	74,3	74,6	74,9	75,3	75,6	75,9	76,1	76,4	76,7
Estonsko	65,1	64,6	65,1	66,0	66,3	67,3	67,4	67,1	68,6	69,8
Island	78,4	78,1	78,7	79,7	79,2	79,2	79,4	79,4	79,6	79,7

Muži se ve srovnání s ženami dožívají mnohem nižšího věku, zhruba o šest let méně. I u mužů můžeme spatřovat za posledních deset let růst a to zhruba o dva roky. V ČR se muži dožívají podprůměrných roků oproti průměru OECD. Země s nejnižší mužskou nadějí na dožití je Estonsko, které zaostává za průměrem skoro o sedm let. Naopak nejlepších výsledků dosahuje Island, který předběhl i Japonsko. Island je význačný svojí dlouhověkostí, protože životní styl je opět ovlivněn podmínkami, ve kterých lidé žijí.

Tab. 12 Střední délka života při narození celé populace [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2005	2000/2005	2009	2005/2009	2000/2009
ČR	75,1	76	1,2%	77,3	1,7%	2,85%
OECD	77,1	78,5	1,8%	79,4	1,1%	2,90%
Japonsko	81,2	82	1,0%	83	1,2%	2,17%
Turecko	71	73	2,7%	73,8	1,1%	3,79%

V zemích OECD se zvyšuje střední délka života, protože se zvyšuje životní standard a současně lidé dosahují i vyššího stupně vzdělání, takže můžou využívat lepší lékařskou péči. Více si lidé uvědomují, že je třeba se lépe stravovat, a tak vyhledávají kvalitnější potraviny.

Střední délka života populace při narození roste u všech zemí OECD a to zhruba o tři procenta za posledních deset let. Nejznatelnější růst byl zaznamenán u Turecka, které od roku 2000 do roku 2005 zvýšilo svoji střední délku o necelá tři procenta.

Česká republika má menší růst než je průměr zemí OECD, ale zase větší než země, která má nejvyšší střední délku života.

13.4.2 Kojenecká úmrtnost

Tab. 13 Kojenecká úmrtnost – zemřeli/1000 narozených [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	4,1	4	4,1	3,9	3,7	3,4	3,3	3,1	2,8	2,9
OECD	6,7	6,3	5,9	5,7	5,5	5,2	4,9	4,7	4,6	4,4
Turecko	31,6	28,3	25,4	22,8	20,5	18,4	16,9	15,9	14,9	13,1
Island	3	2,7	2,2	2,4	2,8	2,3	1,4	2	2,5	1,8

Pozn. Data Koreje nejsou za některé roky k dispozici

Kojenecká úmrtnost je na poklesu ve všech zemích OECD, znamená to, že se zdravotní a preventivní péče zlepšuje stejně jako sociální a ekonomická situace matek a novorozeňat. ČR má mnohem nižší úmrtnost než je průměr, avšak její pokles je pomalejší. Nejvíce dětí v ČR umírá na vrozené vady a deformace. Nejkritičtější problém jsou vady oběhové soustavy sděluje článek *Kojenecká úmrtnost v ČR dosáhla historického minima (2006)*.

V článku *Turkey's Infant Mortality Highest in OECD* uvádí, že v Turecku je nejvyšší dětská úmrtnost, ačkoli se systém za posledních pár let zlepšil. Tamější příčinou úmrtí je nízký počet lékařů a sester, jichž je nejméně ze všech zemí OECD. Velmi důležitým problémem, který je třeba řešit, je také vysoké procento nákazy infekce a i v nemocnici. Proto by Turecko potřebovalo dobře vyškolené sestry, jež by dokázaly podchytit infekci a vyřešit ji.

13.4.3 Narození císařským řezem

Tab. 14 Děti narozené císařským řezem/1000 narozených [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	128,9	132,5	140,7	152,9	160,1	171,3	183,7	195,7	204,8	212,4
OECD	185,9	203,0	214,8	218,6	225,5	235,3	243,5	247,2	254,0	264,3
Itálie	332,7	348,6	361,8	373,3	384,2	386	390,2	386,4	385,4	383,6
Finsko	158	165	164	162	164	163	161	163	165	157

Pozn. Data některých zemí nejsou k dispozici.

Z tabulky vyplývá, že se počet dětí narozených císařským řezem zvyšuje, může za to na jednu stranu zlepšení chirurgických postupů, na druhou stranu mnoho žen preferuje tento způsob porodu před přirozeným kvůli zamezení bolesti. Nejméně císařských porodů je provedeno ve Finsku, kde se dokonce i jejich počet v roce 2009 snížil. Naopak Itálie jich má o více než stovku více než je průměr zemí OECD.

13.4.4 Přenosné nemoci

Tab. 15 AIDS – výskyt nových případů /1000000 obyvatel [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	1,5	0,8	0,8	0,9	1,3	1,3	1,5	2,2	2,8	2,2
OECD	21,7	20,7	20,3	20,2	20,2	19,0	17,3	17,1	17,7	11,0
USA	142,4	137,6	137,1	138,7	133,7	126,2	122,1	120,6	122,2	..
Slovensko	0,9	0,9	0,4	0,4	0,4	0,6	0,7	1,1	0,2	0,7

V zemích OECD se podařilo počet lidí nakažených virem HIV snížit téměř o deset případů. V ČR však není patrných trend snižování, z tabulky totiž vidíme, že za poslední desetiletí počet případů vzrostl o 0,7. Nejvyšší výskyt nemoci AIDS je v USA, kde je to dáno zejména velkým počtem lidí a jejich způsobem života. V USA dlouhou dobu byl sex tabu, a proto, když je nyní situace uvolněnější, lidé si nedávají veliký pozor. Další zemí s vysokým počtem nově nakažených je Mexiko. Na druhou stranu země s nejnižším výskytem viru HIV je Slovensko, které je hodně nábožensky založené, což může hrát svou roli.

Česká republika má sice nízký počet registrovaných HIV pozitivních osob, ale je jasné, že jejich počet může být daleko vyšší, neboť spousta lidí ani neví, že je nakažená, vysvětluje Nyklová (2008) v Počet nakažených HIV se loni v Česku rekordně zvýšil. Hlavní příčinou nákazy je nechráněný pohlavní styk. Česká vláda podporuje různé akce dotacemi, aby mezi mladé lidi rozšířila, jak se mají správně chránit. I zde totiž platí, že prevence je levnější než následná léčba. Na rok 2012 ministerstvo zdravotnictví schválilo dotace např. na besedy ve školách, podporu výzkumu léčiv na AIDS, bezplatné anonymní testování nebo také dotaci na provoz telefonní linky AIDS pomoci a provoz Domu světla. Další programy, které česká vláda dotuje, jsou uvedeny na stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR.

V USA jsou náklady na léčení ohromné. Zdravotnický článek *Náklady na život s AIDS v Americe: 618900 dolarů* (2008) analyzuje, že jestliže se na nemoc přijde v počátečních měsících, výdaje na jednoho pacienta jsou 1200 dolarů, čím později se však na nemoc přijde, tím víc se cena může zvýšit až na 4700 dolarů. Proto je důležité vést politiku, která je zaměřena na prevenci.

Výskyt černého kašle považuje mnoho lidí za nemoc, které se již neobjevuje, z tabulky č. 16 je však vidět, že černý kašel stále není na ústupu. Jedinou možností jak se mu bránit je očkování. V ČR počet nakažených od roku 2000 stoupl, je to způsobeno i tím, že rodiče

odmítají své dítě očkovat. Proto v roce 2009 proběhlo u dětí od 10 do 11 let k přeočkování, uvádí příspěvek *Černý kašel: loni téměř tisíc případů, nebezpečný je hlavně pro miminka* (2010).

Tab. 16 Výskyt černého kašle/100000 obyvatel [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	3,8	2,3	4,3	4,4	4,4	5,4	3,3	2,2	8,6	9,9
OECD	19,4	13,2	13,0	11,9	20,1	14,1	13,6	13,8	14,7	21,9
Norsko	76,3	57,3	70,4	60,7	168,7	120	142	115,8	80,9	115,9
Korea	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1

Pozn. Data některých zemí nejsou k dispozici.

Nejkritičtější je situace v Norsku, kde se výskyt na 100000 obyvatel od roku 2001 téměř ztrojnásobil. Není zcela jasné, jak je možné, že se výskyt této nemoci znovu objevuje a to i ve vyspělých státech. Jedním důvodem může být i oslabená imunita všech obyvatel země, domnívá se Yung Yun Hong (2010) v článku Update on Pertussis and Pertussis Immunization. Řešením se zdá právě přeočkovací programy, které probíhají ve většině vyspělých států.

Tab. 17 Výskyt spalniček/100000 obyvatel [vl. tvorba, zdroje dat:30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	0,1	0,1	0	0,3	0,2	0	0,1	0	0	0
OECD	6,6	4,7	5,1	4,3	1,5	1,0	0,9	1,9	2,7	1,4
Japonsko	..	..	62,2	43,3	9,5	4,7	3,1	18,8	8,6	0,6
Island	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Pozn. Data některých zemí nejsou k dispozici.

Spalničky se v mnoha vyspělých zemích již neobjevují, u nás se od roku 2005 téměř nevykytly, lépe už je na tom jenom Island. Občas se stává ve všech státech, že vypukne menší epidemie a to především díky prázdninové migraci.

Japonsko má v roce 2002 velký počet případů, který je téměř dvanáctkrát větší, než je průměr zemí OECD. Podobně na tom už je jenom Korea, která měla v roce 2000 téměř 70 výskytů na 100000 obyvatel. Korea dokázala tento počet za deset let snížit o sto procent.

Této nemoci se dá opět zabránit včasným očkováním.

Hepatitida typu B se u všech zemí OECD snižuje. U některé země je snižování pomalejší, např. v Mexiku došlo v roce 2005 dokonce i k nárůstu, který může znamenat nějakou místní epidemii. Česká republika se v roce 2009 dostala na stejnou úroveň jako průměr zemí

OECD, přičemž od roku 2004 byl výskyt zhruba o jeden případ na 100000 obyvatel vyšší. Tento typ infekční nemoci je v ČR běžný, a když není dostatečně brzy vyléčen, může se stát chronickou nemocí a hrozí tak jaterní cirhóza a další smrtelné nemoci. Proto máme v současnosti k dispozici šest účinných medikamentů, zveřejnil své znalosti Husa (2007) v příspěvku Novinky v léčbě chronických virových hepatitid B a C.

Tab. 18 Výskyt hepatitidy typu B/100000 obyvatel [vl. tvorba, zdroje dat:30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	5,9	4,5	4	3,6	3,8	3,5	3	3	2,9	2,4
OECD	6,6	5,2	4,3	3,8	2,8	2,6	2,4	2,6	2,7	2,4
Island	17,4	21,4	13,6	8	13,3	11,2	5,2	15,4	19,1	7,2
Israel	1,6	1,7	1,7	1,5	1,2	1,6	1	0,6	0,7	0,6

Pozn. Data některých zemí nejsou k dispozici.

Rizikovými skupinami obyvatel jsou ti, kteří užívají drogy, jsou v kontaktu s nakaženými, holdují nechráněnému sexuálnímu styku nebo darují krev či přijmou dárcovský orgán do svého těla, vyjmenovává Světová zdravotnická organizace WHO. Prevencí je tedy bezpečný způsob života a také očkování.

13.4.5 Sebevraždy

Tab. 19 Počet sebevražd/100000 obyvatel [vl. tvorba, zdroje dat:30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2000/2008
ČR	13,8	13,4	12,8	14,2	13	12,7	11,4	11,1	11	-25,5%
OECD	12,9	12,5	12,4	12,1	12,5	12,2	11,4	10,5	9,8	-31,9%
Maďarsko	27,4	24,3	23,2	22,6	22,2	21	19,6	19,4	19,6	-39,8%
Řecko	3	2,6	2,4	2,9	2,6	2,9	2,9	2,5	2,6	-15,4%

Pozn. Data některých zemí nejsou k dispozici.

Počet sebevražd ve všech zemích klesá. V ČR se snížil počet sebevražd až o čtvrtinu. Můžeme však předpokládat, že jejich počet opět přibude, prohloubí-li se krize. Zejména v ČR hrozí zvýšené množství v souvislosti s reformami, které v roce 2012 byly zavedeny.

Nejvíce sebevražd připadá na Maďarsko, Estonsko, Japonsko a také severské země, kde je negativní vliv dlouhých polárních nocí, čili tamní obyvatelé postrádají světlo a vitamín D.

13.5 Determinanty kvality zdravotní péče

Determinanty kvality zdravotní péče nám ukazují, na jaké úrovni se nachází zdravotní péče v zemích. Je to demonstrováno na nemocech, které se nevyhýbají většině populace v zemi. Jedná se o rakovinu, akutní infarkt myokardu a další.

13.5.1 Onkologická péče

Do onkologické péče spadá péče o veškeré druhy rakoviny, která je v současnosti rozšířená po celém světě. Lidé trpí rakovinou kvůli neustálému stresu, špatnému životnímu prostředí a mnoha dalším faktorům, které změní chod buněčné genetické informace.

Tab. 20 Zhoubné novotvary [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	Výskyt na 100000 obyvatel			Celkový počet případů		
	2002	2008	2002/2008	2002	2008	2002/2008
ČR	289,3	288,5	-0,28%	46802	53528	12,57%
OECD	266,2	295,7	9,96%	151182,2	152724,4	1,01%
USA	357,7	300,2	-19,15%	1432340	1437199	0,34%
Turecko	114,3	144,8	21,06%	65796	95069	30,79%

Výskyt zhoubných novotvarů mezi lidmi se v ČR snížil za šest let o méně než 0,3%, avšak v USA dokázali jejich výskyt snížit o téměř dvacet procent. Ačkoli se zdá, že procenta výskytu se snižují, tak za průměr zemí OECD se tento počet zvýšil o skoro dvacet procent. Celkový počet případů se taktéž zvýšil, vysoký nárůst lze sledovat zejména v Turecku. Česká republika patří k zemím, kde celkový počet případů se zhoubnými nádory je o necelou třetinu nižší, oproti průměrnému nárůstu u zemí OECD se počet zvýšil až o jedenáct procentních bodů.

V Česku působí Česká onkologická společnost, která vytvořila Národní onkologický program, jenž si klade za cíl snížit výskyt zhoubných novotvarů, pomoci vytvořit nemocným kvalitní život a zajistit optimální výdaje na léčbu a prevenci proti rakovině. Úkoly Národního onkologického programu jsou mnohé, např. dbát na výzkum onkologie, šířit návyk preventivního protinádorového chování ve školách a zlepšovat časnou diagnostiku zhoubných novotvarů. Tyto i další úkoly jsou uvedeny Vorlíčkem (2012) v Onkologickém programu ČR.

Tab. 21 Zhoubné novotvary tlustého střeva [vl. tvorba, zdroje dat:30]

	Výskyt na 100000 obyvatel			Celkový počet případů		
	2002	2008	2002/2008	2002	2008	2002/2008
ČR	45,3	43	-5,35%	7617	8621	11,65%
OECD	32,8	31,1	-5,31%	19806,1	19532,9	-1,40%
Slovensko	41	42,1	2,6 %	2972	3649	18,55%
Turecko	8,8	11	20%	5116	7218	29 %

V České republice je největším problémem zhoubných novotvarů rakovina tlustého střeva. V tabulce je patrné, že oproti průměru zemí OECD se celkový počet případů zvýšil o více jak dvanáct a půl procenta. Zajímavé je, že Island má celkový počet případů rakoviny tlustého střeva pouhých 150, ale vidíme také dvacetiprocentní nárůst za od roku 2002 do roku 2008.

Důležitějším ukazatelem než je celkový počet případů, je výskyt zhoubného novotvaru tlustého střeva na 100000 obyvatel. V tomto případě je ČR opět daleko nad průměrem. Velký výskyt rakoviny tlustého střeva je spatřován také na Slovensku, Austrálii a na Novém Zélandu.

V boji proti zhoubným novotvarům se využívá nejprve operace, a poté ozařování nebo chemoterapie. Chemoterapie je drahá biologická léčba, která je více či méně účinná.

13.5.2 Akutní infarkt myokardu

Tab. 22 Hrubá míra úmrtnosti po 30 dnech v nemocnici (%) [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2000/2009
ČR	13,7	..	..	..	8,9	..	..	7,8	..	6,6	-107,2%
OECD	39,3	35,1	32,9	31,02	27,8	27,1	26,9	25,4	24,0	24,9	-57,9%

Pozn. Data některých zemí nejsou k dispozici.

Úmrtnost po 30 denní hospitalizaci kvůli akutnímu infarktu myokardu v nemocnici činila v roce 2000 v České republice 13,74%, což je o více jak 107,2% více než v roce 2009. Je tu tedy znatelné zlepšení v poskytované péči, které může být ovlivněno i lepšími přístroji a současně i větší opatrností a prevencí obyvatel. Ačkoli se úmrtnost v nemocnicích výrazně snížila, snižování mimo nemocničních úmrtí není tak znatelné. Na jednu stranu za to můžou sami pacienti, že se o sebe nestarají tak jak mají, na druhou stranu má na to také svůj vliv zvyšování času pro příjezd sanitky.

V zemích OECD se také procento úmrtnosti snižuje, zde je však snížení o pouhých 60%. Z tabulky je patrné, že za rok 2009 došlo k malému růstu.

13.5.3 Ischemické cévní mozkové příhody

Tab. 23 Hrubá míra úmrtnosti po 30 dnech v nemocnici (%) [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2000/2009
ČR	14,4	..	..	..	11,9	..	..	10,8	..	10,3	-39,8%
OECD	29,3	27,6	28,8	27,4	25,5	24,5	25,6	27,0	22,1	26,5	-10,7%

Pozn. Data některých zemí nejsou k dispozici.

Ischemické cévní mozkové příhody tvoří 80% mozkových příhod. V Česku zemře v nemocnici pouhých 10% hospitalizovaných a jejich počet se tak snížil o skoro 40% oproti roku 2000.

Kardiovaskulární nemoci jsou příčinou nejvíce případů úmrtí a jejich největší prevalence zejména ischemických cévních mozkových příhod je ve Slovenské republice a v Estonsku. Naopak země s nejnižší prevalencí je Francie, Španělsko, Itálie a Portugalsko. Z tohoto faktu vyplývá, že zdravý způsob života, převážně zdravá strava, dokáže omezit výskyt kardiovaskulárního onemocnění.

13.5.4 Astma

Tab. 24 Úmrtí na astma/ 100000 obyv. (5. – 39. rok) [vl. tvorba, zdroje dat:30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2007/2009
ČR	..	..	..	..	..	..	..	0,11	..	0,07	-57,1%
OECD	0,23	0,25	0,23	0,21	0,18	0,16	0,16	0,15	0,10	0,12	-20,3%

Pozn. Data některých zemí nejsou k dispozici.

Výskyt astmatu je ve světě čím dál tím vyšší, v ČR se nachází až 8% lidí trpících touto nemocí a jejich počet se neustále zvyšuje. Úmrtí obyvatel České republiky se snížilo od roku 2007 o více jak 55%. Díky neustálému vývoji nových léčiv úmrtí klesá a to i ve všech zemích OECD.

Včasná diagnóza, která je velmi důležitá, poskytuje možnost účinné léčby, jež pomůže mnoha pacientům překonávat denní i noční obtíže, které by měly, kdyby léčbu nepodstoupili. Avšak v Česku žije řada obyvatel, která i přes své obtíže nenavštíví lékaře. Opět se tím zvyšují náklady na jejich další léčbu, uvádí Kašák (2011) v příspěvku Novinky v léčbě astmatu.

V zemích OECD se za tři roky snížilo procento úmrtí o 20%, ale od roku 2000, kdy jsou data dostupná, je snížení téměř devadesáti procentní.

13.5.5 Operace kyčelního kloubu

Tab. 25 Hrubá míra čekací doby - 65+ (%) [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	..	..	..	..	..	..	..	72,6	..	82,7
OECD	75,1	75,1	75,1	75,1	75,1	75,1	75,1	75,1	75,1	75,1

Pozn. Data některých zemí nejsou k dispozici.

Nejdelší čekací dobou se v zemích OECD se může pochlubit Německo, Rakousko, Belgie a Norsko, je to ovlivněno velkým počtem obyvatel, kteří potřebují výměnu kyčelního kloubu. Nejlépe je na tom Turecko a některé severské země.

Čekací doba v ČR je také velmi dlouhá, hrubá míra čekání na operaci po 65 roku je zhruba 80%. Za dva roky vzrostla o deset procentních bodů, uvádí Pergl (2012) v článku *Potřebujete kyčelní kloub? Čeká se 2 - 30 měsíců*. Pokud dnes někdo potřebuje výměnu kyčelního kloubu, může se stát, že bude klidně čekat i dva roky. Podle jistého přehledu totiž vyšlo, že čekací doby na tuto operaci jsou podle jednotlivých nemocnic 2 až 30 měsíců.

13.6 Rizikové faktory

Rizikové faktory jsou faktory, které ukazují do jisté míry životní styl člověka, jak pečuje o své zdraví a jak si jej vědomě poškozuje požíváním tabáku, alkoholu a jedením ve velkém.

13.6.1 Alkohol

Tab. 26 Konzumace alkoholu litr na osobu [vl. tvorba, zdroj dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	11,8	11,8	11,9	12,1	11,5	12	11,9	12,1	12,1	12,1
OECD	9,4	9,4	9,5	9,4	9,7	9,5	9,8	9,9	9,7	9,4
Turecko	1,5	1,4	1,4	1,5	1,4	1,3	1,2	1,3	1,5	1,5
Estonsko	..	..	12	12	12,7	13,1	13,4	14,8	14,2	12

Pozn. Data některých zemí nejsou k dispozici.

Konzumace alkoholu má kolísavou křivku. Nejde říci, že by se v některé zemi za posledních deset let nějak výrazně snížila konzumace alkoholu. Česká republika je v tomto případě výrazně nadprůměrná, což ovšem není dobré.

V České republice byly po roce 1989 zrušeny různé zákazy, např. zákaz reklamy na alkohol, což mohlo způsobit nárůst spotřeby alkoholických nápojů. Nejvíce se v České Republice vypije piva, za nímž následuje spotřeba vína. Je zřejmé, že spotřeba alkoholu půjde dále nahoru, neboť je statisticky prokázáno, že když lidé nemají moc peněz, tak se uchylují k pijáctví, předvídá článek *Spotřeba čistého alkoholu v ČR stoupla od roku 1989 o třetinu* (2009). Nicméně, čím více lidé pijí alkoholické nápoje, tím více potřebují lékařskou péči, neboť se u nich objevuje cirhóza jater, rakovina úst, hrtanu a jícnu, žaludeční vředy nebo sexuální impotence.

Turecko je země OECD, která má nejnižší spotřebu alkoholu. Urbišová (2011) v článku Mladí Turci považují zákony proti prodeji alkoholu za nesmyslné náboženské omezení a článek *Alcohol consumption up in Turkey, gov't agency says* (2011) uvádí, že tento fakt je dán tím, že většina obyvatel země nepije kvůli jejich náboženskému vyznání a také kvůli zdravotním problémům. Avšak navzdory tomuto v zemi stoupá spotřeba alkoholických nápojů, především piva a vína. Proto se jejich vláda rozhodla, že vydá zákon, který bude omezovat prodej alkoholických nápojů a také zvedne po vzoru USA věkovou hranici konzumace alkoholu z 18 na 21 let.

V Estonsku je situace, co se týče alkoholu velmi špatná, neboť patří k zemím s největší spotřebou alkoholu. Estonci si na alkohol zvykli tak, že v zemi vzrůstá počet lidí se zdravotními problémy a také zde díky konzumaci alkoholu vzrůstá procento lidí nakažených HIV. Situace je tak špatná, že vláda v roce 2007 uvažovala o zavedení 30% daně na alkohol, proti čemuž se postavili obchodníci provozující obchody s nočním prodejem alkoholických nápojů, sděluje příspěvek *Baltic neighbours face alcohol crisis* (2007).

Další země, které mají relativně problém s alkoholem, jsou země patřící k bývalému sovětskému svazu a také některé severské země. Ovšem v severských zemích bývá většinou alkohol zakázán kvůli velkému počtu sebevražd.

13.6.2 Kouření

Tab. 27 Spotřeba tabáku v gramech na obyvatele (15+) [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	2251	1983	2246	2591	2641	2670	2735	2736	2455	2413
OECD	1919	1867	1862	1805	1730	1690	1682	1685	1615	1443
Řecko	3488	3663	3481	3538	3741	3639	3503	3674	3144	..
Nový Zéland	1339	1126	1182	1008	989	1024	1006	1002	1011	961

Pozn. data některých zemí nejsou k dispozici

Tabák je velmi oblíbenou zálibou mnoha lidí, proto se proti jeho spotřebě řada států brání. Nejznámějším bojovníkem proti tabáku je Austrálie, u které spotřeba za posledních deset let poklesla. O ČR se ovšem nedá říct, že by se spotřeba snižovala, poněvadž má kolísavou křivku. Naše země patří k nadprůměrným konzumentům, avšak na prvním místě skončilo Řecko, kde ročně jeden obyvateľ spotřebuje více než 3000 g tabáků.

Kuřáctví je závažným problémem dnešní doby. Dalo by se dokonce říci, že se jedná o nemoc, která se dá těžko léčit, neboť propukne-li u člověka závislost, jen málokomu se jí

podatí hned zbavit. U kuřáků je pak sledováno mnoho nemocí, jako je například nádorové onemocnění, chronické problémy s plicemi či nemoci oběhové soustavy. Následná léčba kuřáků je pak pro stát velmi náročná a z mnoha výzkumů a analýz (např. Vrána (2006) Závislost na tabáku se léčit vyplatí) také vyplývá, že léčba a výdaje státu na kuřáky převyšuje výdělek z prodeje cigaret.

Tab. 28 % populace ve věku 15+, kteří denně kouří [vl. tvorba, zdroje dat: 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ČR	..	..	24,1	..	..	..	..	..	24,6	..
OECD	26,8	25,6	26,1	24,1	24,5	22,5	23,2	20,8	22,7	21,5
Řecko	35,0	..	45,0	..	38,6	..	40,0	..	39,7	..
Švédsko	18,9	18,9	17,8	17,5	16,2	15,9	14,5	14	15	14,3

Pozn. Data některých států nejsou k dispozici.

Ačkoli z tabulky nejsou známy všechny údaje o ČR, dá se říci, že jsme ve spotřebě cigaret opět nadprůměrní. Avšak spotřeba po roce 2009 klesá, neboť se zvyšuje daň na cigarety a ty nejsou tak dostupné, jako bývaly. Zároveň však stoupá spotřeba tabáku, který si lidé balí sami, neboť je to levnější náhražka, uvádí Hanzlová (2011) v článku Spotřeba cigaret v České republice klesá.

V Řecku je téměř 40% kuřáků a to zejména díky relativně nízké ceně tabáku. Tato cena se dá jen velmi málo zvyšovat, protože zvýší-li se výrazně, tak se zvedne procento jeho pašování. Další důvod vysokého procenta kuřáků je dán reklamami, které se objevují všude možně, proto řecká vláda zakazuje jak reklamu v televizi, tak i v časopisech a radiích. V boji proti kouření se v Řecku používají i programy ve školách, které se zaměřují na zdraví způsob života. Nicméně je otázkou, zdali snaha řecké vlády zabránit kouření, dokáže potlačit řecký zvyk. Tato informace je zveřejněna Vardavasem a Kafatosem (2006) Smoking policy and prevalence in Greece: an overview.

Země s nejnižší spotřebou cigaret je Švédsko, kde kouří více žen než mužů. Tato nízká čísla jsou však dána tím, že ve Švédsku se více využívá žvýkacího tabáku.

Ve světě je zaznamenán trend, kdy se využívá stále více kampaní proti kouření a to například vytváření různých reklamních spotů a zároveň zakazování reklam podporující prodej cigaret. Kampaně proti kouření se zaměřují hlavně na rizikovou část populace, což jsou mladí lidé ve věku 15-25 let, popřípadě 25-34 let.

13.6.3 Obezita

Tab. 29 Celková populace trpící nadváhou v procentech [vl. tvorba, zdroje dat 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2002/2008
ČR	..	..	36,2	..	..	..	..	..	36,8	..	1,6%
OECD	32,7	33,9	33,3	33,8	32,1	34,2	34,3	34,8	34,0	36,0	2,2%

Pozn. Data některých zemí nejsou k dispozici.

Obezita přímo souvisí s životním stylem dnešních let. Lidé se daleko méně hýbou než v minulosti, zpohodlněli a mohou si koupit daleko více jídla. Všude kolem nás se to hemží reklamami na různé pochutiny, a tak není divu, že vzrůstá zejména procento dětí, které trpí obezitou.

Ačkoli nemáme k dispozici veškeré údaje o České republice, je jasné, že je o necelé tři procenta nadprůměrná. V tabulce vidíme procenta lidí s nadváhou, přičemž v naší republice je ještě více než dvacet procent lidí potýkajících se s obezitou, která se stává přímo epidemií. Česko se řadí na druhé místo v počtu obyvatel trpících nadváhou a to hned za Německo. Může za to zejména omezený pohyb, kdy většina obyvatel postrádá přirozený pohyb, jelikož využívají stále častěji auto k přepravě i na velmi krátké vzdálenosti.

Tab. 30 Celková populace trpící obezitou v procentech [vl. tvorba, zdroje dat 30]

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2002/2008
ČR	..	..	14,8	..	..	..	..	..	17,4	..	14,9%
OECD	12,1	12,9	12,0	13,8	13,8	13,3	14,1	15,4	14,9	15,5	19,4%

Pozn. Data některých zemí nejsou k dispozici.

Z tabulek je patrné, že obezita se u všech zemí výrazně zvýšila a její růst je ještě vyšší než u nadváhy. Zatímco nadváha se u všech zemí OECD zvýšila o pouhé dva procentní body, obezita za šest let stoupla až o téměř 20 procentních bodů.

Obezita je pozorována zejména u starších lidí, ale i naproti tomu se v současnosti hodně rozšířila i dětská obezita. Děti jsou náchylnější k nadváze, jestliže mají oba rodiče s nadváhou, uvádí VZP.

S obezitou úzce souvisí i různé nemoci jako například diabetes nebo vysoký krevní tlak, proto je věnována velká pozornost prevenci proti obezitě. Prevence se provádí jak na úrovni státu, tak i např. na úrovni evropské unie. V ČR se například stát snaží naučit jíst děti zdravě již ve škole, proto vznikají různé programy, kdy jsou do škol posílány například mléčné výrobky nebo děti dostávají zadarmo ovoce.

Článek *Germany launches obesity campaign* (2007) podotýká, že zemí s nejobéznější populací je bezpochyby USA, které se s epidemií nadváhy potýká řadu let. Z evropských zemí je na prvním místě Německo, které si díky lásce k pivu a jídlu udržuje svoji pozici také již nějakou dobu. Od roku 2007 v zemi běží program, jenž má za cíl snížit do roku 2020 obezitu, jelikož vláda každým rokem musí zaplatit 90 milionů dolarů za léčbu nemocí přímo souvisejících s nadváhou.

13.7 Závěr praktické části

V praktické části je srovnán český zdravotní systém se zeměmi OECD, což je Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj čítající 34 členů. Český zdravotní systém je založen na veřejných výdajích s tím, že se rozšiřuje podíl soukromých výdajů, zejména kvůli rychle rostoucímu počtu celkových výdajů na zdravotnictví.

Počet lůžek se u nás stále snižuje, ale na druhou stranu lze spatřovat růst lékařského personálu, který se s největší pravděpodobností rapidně sníží. Vybavenost nemocnic je na relativně dobré úrovni, disponují mnohými zařízeními, např. zařízeními na radiační terapii, CT apod.

V ČR je celkem vysoký počet návštěv praktického lékaře, na druhou stranu se zde snižuje počet dní, které pacienti pobýli v nemocnici.

Dá se říci, že díky kvalitní lékařské péči naděje na dožití u mužů i žen vzrůstá a také klesá kojenecká úmrtnost, což je pozitivní jev, který je spatřován ve většině zemí OECD. Rozmáhá se však také mnoho nemocí, které jsou těžké na léčení a hlavně nákladné, jako příklad lze uvést AIDS.

Dobrou zprávou je, že se snižuje i úmrtnost v nemocnicích na nemoci oběhové soustavy, což svědčí právě o včasném podchycení nemoci a současně o dobře vyškolených lékařích a hodnotných přístrojích.

Posledním ukazatelem, který je v závěru práce, jsou rizikové faktory, jež už nejsou tak pozitivní jako předešlé. Jedná se o alkoholismus, kde dochází k nárůstu spotřeby alkoholických nápojů. Dále je pozorována spotřeba tabáku, která má mírně klesající charakter, a také vzrůstající obezita u většiny obyvatel, neboť žijí nezdravým způsobem života.

14 DOPORUČENÍ PRO ČESKOU REPUBLIKU

Česká republika má zdravotní systém na dobré úrovni. V porovnání s ostatními zeměmi OECD má však co zlepšovat, jelikož má i nějaké rezervy.

Problémem České republiky je vysoká míra financování zdravotnictví ze státních peněz, lépe by na tom zdravotnictví bylo, kdyby se mohli občané více podílet na placení, čili zvýšila by se spoluúčast. Její klady můžeme vidět na mnoha zemích Evropy, především v západních státech. Lidé jsou si více vědomi, kolik zdravotnická péče stojí, a proto nedochází k jejímu zneužívání. Zdravotnictví tím pádem disponuje větším obnosem peněz, které mohou investovat do nových a hlavně kvalitních přístrojů. V souvislosti s nákupem je důležité ohlídat, aby nedocházelo k zbytečnému plýtvání a aby peníze nebyly jen zdrojem obohacování obchodníků.

Důležitým faktorem zdravotnictví je dostatek kvalifikovaného personálu, který v Čechách schází. Doktoři a sestry se cítí kvůli platovým podmínkám a špatnému prostředí, které bývá nedostatečně vybavené, nedocení a proto odcházejí do zahraničí. Je proto vhodné uvažovat o zvýšení platu. Je však otázkou, kde tyto peníze navíc vzít. Kdyby se zamezilo plýtvání peněz na neprůhledné zakázky, mohly by se tyto peníze efektivně využít. U sester je situace stejná. Je také třeba zajistit, aby mladí lidé byli motivováni k práci, kde pomáhají pacientů. Když bude dostatek sester v nemocnicích a jiných zařízeních, tak nebudou muset sestry pracovat přesčasy.

V současné době dochází ke snižování lůžek v nemocničních zařízeních. Je to pozitivní faktor, neboť se tím uspoří část peněz. Ovšem na druhou stranu nemocnice musí zajistit takové ošetření, které bude relevantní pro daný případ, nesmí dopustit, aby pacient odešel z nemocnice nedoléčen a aby se mu někde něco stalo.

Vybavenost českých nemocnic je na relativně dobré úrovni. Oproti jiným zemím je tento počet nižší. Tento jev se však dá za pár let zmírnit. Vše je jen otázkou investování a priorit nemocnic.

Řešením nedostatku peněz může být například soukromé pojištění, které v Česku stále není rozšířené tak jako v ostatních zemích. Češi, zvláště chudší vrstvy obyvatel ho nevyužívají, jelikož není povinné a také jelikož na to nemají dostatek prostředků. Peníze za léčbu se dají také ušetřit tím, že lidé budou zodpovědní za své zdraví, tzn., budou se chovat tak, aby si vědomě neublížili. Určitě by bylo dobré hazardéry se zdravím určitým způsobem sankcio-

novat, např. pokud si někdo pod vlivem drog nebo alkoholu ublíží, měl by uradit náklady na příjezd sanitky a další náklady související s hospitalizací a léčbou.

Ze všech zemí OECD má Česká republika nejvyšší návštěvnost lékaře a to převážně praktika. Není to známka kvality služeb, právě naopak. Vláda se snaží omezit konzultace u lékaře, ale zatím nebyl nalezen správný lék. Regulační poplatky sice na chvíli omezily návštěvnost, po čase, kdy si lidé na poplatky zvykli, začali opět více navštěvovat svého lékaře. Možná, kdyby se poplatky zvýšily ještě o pár korun, lidé by pochopili cenu poskytované péče. Z minulého režimu byli zdejší lidé naučení využívat zdravotní péči, kdykoli to bylo alespoň minimálně potřebné, protože přístup k lékaři byl zadarmo. To by mohlo vysvětlovat jejich velkou návštěvnost. V závislosti na zvýšení ceny by se muselo zajistit, aby měli přístup ke zdravotní péči i nemajetní občané.

Zdůraznila bych i projednané schválení prodloužení doby dojezdnosti sanitky na místo nehody. Délka dojezdnosti by měla být vždy co nejkratší, neboť jen tak dá zachránit lidský život. Je-li nehoda nebo úraz vážný vždy rozhodují minuty o záchraně života.

Dalším ukazatelem zdravotní péče je očkování dětí. V Čechách je očkováno každé dítě, pokud si to rodič přeje. Současným trendem rodičů je negativní přístup k očkování, který se odráží v šíření se dávných nemocí jako je například černý kašel nebo spalničky. Republika by tedy měla zavést povinné očkování všech narozených dětí, aby se peníze nemusely utrácet na léčení nemocí, které se dá předejít.

Ve všech zemích OECD dochází k prodlužování průměrné délky života. Je to dáno zkvalitňováním zdravotní péče, pořizováním nových přístrojů a investicemi do výzkumu nových léků a lékařských postupů. Prodlužováním života a také stárnutím populace dochází k vyšším výdajům na léčení, neboť starší lidé trpí starobními nemocemi, které jsou většinou velmi nákladné. Může se jednat například o Parkinsonovu chorobu a další, které vyžadují neustálý dohled. S tímto problémem se budou potýkat mnohé země a v nejbližší době hlavně Japonsko.

Snižuje se kojenecká úmrtnost, což je dobrý výsledek svědčící o zlepšování lékařské péče a včasném očkování. Na druhou stranu se zvyšuje počet císařských porodů, je to dáno možností výběru rodící matky. Císařský řez sebou nese určitá rizika a komplikace, které mohou vyžadovat další ošetření. Je tedy nasnadě zda není lepší matce doporučit přirozený porod.

Česká republika vydává hodně peněz na různé preventivní programy, což je výhodné, neboť u všech nemocí platí, že prevence je vždy levnější než následná dlouhodobá léčba. Týká se to například nemoci AIDS, která je velmi nákladná. Financují se tak programy, které se snaží zejména u mladých vzbudit zájem o ochranu svého zdraví a současně se snaží u nakažených zabránit dalšímu šíření. Stejně je to u dalších přenosných nemocí, jako je hepatitida typu B, spalničky atd.

Zlepšila se i nemocniční péče o lidi, kteří prožili akutní infarkt myokardu a cévní mozkové nemoci. Opět za to můžou kvalitní přístroje, jimiž nemocnice disponují. Jejich počet je nutné zvyšovat, aby bylo možné ošetřit více lidí a tím přispět k jejich uzdravení.

V dnešních dnech se řeší i dlouhé čekací doby na veškeré operace a tedy i na výměnu kyčelního kloubu u starších lidí. Pacientům pomůže i letošní nařízení ministerstva zdravotnictví ke zveřejnění čekacích dob. Čekatel si tak může vybrat na operaci nemocnici, kde jsou doby pro něj přijatelné. Nízká čekací doba není známkou kvality, v mnoha případech totiž bývá opak pravdou.

Co se týče rizikových faktorů, tak by měla Česká republika více dbát na prevenci proti obezitě, měla by zajistit přístup dětí k pohybovým aktivitám a postarat se o to, aby měly přístup ke zdravé a kvalitní stravě. To samé platí i pro seniory, kteří jsou po dětech také velmi rizikovou skupinou. Kvůli špatnému životnímu stylu je v republice zvýšený výskyt diabetu a dalších nemocí. K těmto nemocem přispívá i velká spotřeba cigaret a tabákových výrobků. Vláda se příliš nesnaží omezovat jejich konzumaci, neboť je to zdroj peněžních příjmů. Měli bychom si tudíž vzít vzor třeba z Austrálie, která vyhlásila boj proti cigaretovým producentům.

Další mínus naší vlády je i velká tolerance vůči alkoholu a jejich konzumentům. Každý rok stoupá počet případů, kdy lidé umírají na cirhózu jater. Plní se i protialkoholické léčny, které jsou financovány z peněz daňových poplatníků. Přístup vlády by se v těchto případech měl změnit a začít řešit důkladně a také zodpovědně zdravotní problémy, jichž je v naší republice spousta.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na srovnání zdravotního systému se zeměmi OECD, jejichž součástí jsme také. Zjistila jsem, že všechny země jsou na tom se zdravotnictvím relativně dobře, ačkoli mnoho jich má své problémy. Je však vidět, že chtějí svoji situaci zlepšit a to například investováním do nových přístrojů a hlavně zdravotnického výzkumu. Zlepšování je například vidět na prodlužující se délce života a snižování novorozenecké úmrtnosti.

Česká republika nemá nejlepší systém, ale je jedním z vyspělejších. V hodnocení dopadlo ve většině případů nejhůře Turecko, které má hodně co zlepšovat. Například by se mělo snažit zvýšit střední délku života lepšími podmínkami pro život a podobně. Japonsko pak patří k jednomu z nelepších států. Mají výborný zdravotní systém, který se zaměřuje na solidaritu, je však otázkou času, do kdy bude fungovat.

Většina zemí také dbá na preventivní programy, které dokážou zmírnit vysoké výdaje vydané státem na léčbu nemocí v již pokročilém stádiu. Tato politika je velmi prospěšná, a tak vznikají programy podporující zmírňování obezity, snižování konzumace tabáku a alkoholu a zároveň programy, které se poskytují žákům na školách, aby již v mladém věku věděli, jak pečovat o své zdraví.

Dále bych zdůraznila, že je podstatné vychovávat kvalifikované a vzdělané pracovníky v nemocnicích, kteří dokážou poskytnout adekvátní ošetření. Ve většině případů ale dochází ke snižování jejich počtu, jelikož si vlády států myslí, že jsou to zbytečné výdaje.

Je vidět, že nemocnice dbají na modernizaci a rozšíření poskytovaných služeb, které se odráží v počtu přeživších pacientů hospitalizovaných v nemocnicích s akutním infarktem myokardu. Kdyby se nevyužívala nová zařízení, jistě by tato čísla měla opačný charakter. Proto je nutné investovat do přístrojů, které zajistí účinnou záchranu života.

Faktorem ovlivňujícím návštěvnost lékařů je spoluúčast na zdravotní péči. Země, které mají vysokou spoluúčast, mají také nižší počet konzultací u lékaře, což také umožňuje doktorovi provést hlubší diagnózu a tím pádem se zvýší kvalita ošetření. V zemích, kde je relativně nízká spoluúčast dochází k plýtvání zdravotní péče, protože si lidé neuvědomují, jak nákladné je jejich ošetření. Ve většině zemí dochází k zavádění alespoň částečné spoluúčasti.

Snižování výdajů na zdravotnictví ušetří peníze v rozpočtu, ale rozhodně efektivnější je peníze vhodně investovat nežli nedopřát pacientům to, co si zaslouží.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- [1] BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2010. 223 s. IBSN 978-80-7357-503-8
- [2] DOLANSKÝ, H. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. 133 s. IBSN 978-80-7248-482-9
- [3] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2005. 228 s. IBSN 80-245-0998-9
- [4] DURDISOVÁ, J. *Sociální politika v ekonomické praxi*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2005. 246 s. IBSN 80-245-0850-8
- [5] GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. IBSN 80-7226-996-8
- [6] HATIAR, I. *Organizácia zdravotníctva*. 2. vyd. Martin: Osveta, 1981. 256 s.
- [7] JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2009. 296 s. IBSN 978-80-7367-592-9
- [8] JAROŠOVÁ, D. *Organizace a řízení ve zdravotnictví*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 110 s. IBSN 978-80-7368-605-5
- [9] MÁŠOVÁ, H., KŘÍŽOVÁ, E., SVOBODNÝ P. *České zdravotnictví – vize a skutečnost*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005. 250 s. IBSN 80-246-0944-4
- [10] PRYMULA, R., BERAN, J., ANTOŠ, K. *Vybrané kapitoly zdravotnického managementu*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999. 158 s. IBSN 80-7041-243-7
- [11] REKTOŘÍK, J. a kol. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. 2. vyd. Praha: Ekopress, s. r. o., 2007. 310 s. IBSN 978-80-86929-29-3
- [12] VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 128 s. IBSN 978-80-7254-997-9
- [13] ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 206 s. IBSN 10 80-7013-429-1

Internetové zdroje

- [14] OPOČENSKÝ, M. *Proč jsou výdaje na zdravotní péči v USA tak vysoké?*. In: *Medop* [online]. 2010-07-20 [cit. 2012-01-19]. Dostupné z:

- <http://www.medop.cz/medop/zdravotni-politika/proc-jsou-vydaje-na-zdravotni-peci-v-usa-tak-vysoke>
- [15] Netherlands: Country profile. In: *Health of Nations* [online]. 2012-01-19 [cit. 2012-01-19]. Dostupné z: <http://www.healthofnations.com/countries/profile/netherlands>
- [16] PRČÍKOVÁ, L. Hrozí nám nedostatek doktorů?. In: *Finanční noviny* [online]. 2007-05-02 [cit. 2012-01-19]. Dostupné z: http://www.financninoviny.cz/kariera/index_view.php?id=250051
- [17] SOVOVÁ, E. Rozdíly v platech lékařů jdou do desítek tisíc, nejhůř jsou na tom mladí. In: *Finance.idnes.cz* [online]. 2011-01-31 [cit. 2012-01-19]. Dostupné z: http://finance.idnes.cz/rozdily-v-platech-lekaru-jdou-do-desitek-tisic-nejhur-jsou-na-tom-mladi-1mk-/poj.aspx?c=A110128_095704_poj_sov
- [18] Snížení požadavku na počet lékařů pacienty neohrozí, tvrdí Heger. In: *ČT24* [online]. 2012-01-11 [cit. 2012-01-19]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/160007-snizeni-pozadavku-na-pocet-lekaru-pacienty-neohrozi-tvrdi-heger/>
- [19] HARDEN, B. Japan's Health-Care System Has Many Advantages, but May Not Be Sustainable. In: *The Washington Post* [online]. 2009-09-07 [cit. 2012-01-20]. Dostupné z: <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/09/06/AR2009090601630.html>
- [20] WHYTE, S. How Mexico's health system works. In: *CBC News* [online]. 2009-05-04 [cit. 2012-01-20]. Dostupné z: <http://www.cbc.ca/news/health/story/2009/05/04/f-health-mexico-health-system.html>
- [21] ČR na špici Evropy v počtu návštěv lékaře. In: *Zpravy.ods.cz* [online]. 2007-05-18 [cit. 2012-01-20]. Dostupné z: <http://www.zpravy.ods.cz/graf.php?ID=5012>
- [22] Lidé si zvykli na regulační poplatky, návštěv u lékaře přebylo. In: *Ihned.cz* [online]. 2010-08-21 [cit. 2012-01-20]. Dostupné z: <http://zpravy.ihned.cz/cesko-zdravotnictvi/c1-45787700-lide-si-zvykli-na-regulacni-poplatky-navstev-u-lekare-pribylo>
- [23] KYŠA, L. Skončí u nás povinné očkování? ODpor proti němu je čím dál větší. In: *Ihned.cz* [online]. 2011-01-06 [cit. 2012-01-20]. Dostupné z: <http://zpravy.ihned.cz/cesko/c1-49237080-skonci-u-nas-povinne-ockovani-deti-odpor-proti-nemu-je-stale-vetsi>

- [24] JANDA, J., ŠKOVŘANKOVÁ, J. Co způsobily ve vyspělých zemích kampaně proti očkování u dětí. In: *Szu.cz* [online]. 2003[cit. 2012-01-20]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/Kampane_proti_ockovani.pdf
- [25] Living longer: What's the Secret of Japan's Record Life Expectancy?. In: *Web-japan.org* [online]. 2003-11-21 [cit. 2012-01-23]. Dostupné z: <http://web-japan.org/trends/lifestyle/lif031121.html>
- [26] BOSELEY, S. Japan's life expectancy 'down to equality and public health measures'. In: *The Guardian* [online]. 2011-08-30 [cit. 2012-01-23]. Dostupné z: <http://www.guardian.co.uk/world/2011/aug/30/japan-life-expectancy-factors>
- [27] Kojenecká úmrtnost v ČR dosáhla historického minima. In: *Novinky.cz* [online]. 2006-08-02 [cit. 2012-01-23]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/deti/92012-kojenecka-umrtnost-v-cr-dosahla-historickeho-minima.html>
- [28] Turkey's infant mortality highest in OECD. In: [Http://www.todayszaman.com](http://www.todayszaman.com) [online]. 2009-02-20 [cit. 2012-01-23]. Dostupné z: http://www.todayszaman.com/newsDetail_getNewsById.action?load=detay&link=167445
- [29] Naděje na dožití a průměrný věk [online]. 8.7. 2008 [cit. 2012-01-23]. Český statistický úřad. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_doziti_a_prumerny_vek>.
- [30] OECD : Health data 2011 - Frequently requested data [online]. 2011 [cit. 2012-01-30]. Dostupné z WWW: <http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html>.
- [31] Spotřeba čistého alkoholu v ČR stoupla od roku 1989 o třetinu. In: *Ihned.cz* [online]. 2009-10-11 [cit. 2012-01-30]. Dostupné z: <http://zpravy.ihned.cz/cesko/c1-38608960>
- [32] URBIŠOVÁ, J. Mladí Turci považují zákony proti prodeji alkoholu za nesmyslné náboženské omezení. In: *Zpravy.rozhlas.cz* [online]. 2011-01-30 [cit. 2012-01-30]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/evropa/_zprava/844023
- [33] Alcohol consumption up in Turkey, gov't agency says. In: *Hurriyetdailynews.com* [online]. 2011-01-28 [cit. 2012-01-30]. Dostupné z: <http://www.hurriyetdailynews.com/default.aspx?pageid=438&n=gov8217t-agency-defends-alcohol-move-argues-an-increase-in-consumption-2011-01-28>

- [34] Baltic neighbours face alcohol crisis. In: *Http://news.bbc.co.uk* [online]. 2007-08-22 [cit. 2012-01-30]. Dostupné z: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/6957153.stm>
- [35] VRÁNA, K. ANALÝZA: Závislost na tabáku se léčit vyplatí. In: *Demografie.info* [online]. 2006-01-29 [cit. 2012-01-30]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=261
- [36] HANŽLOVÁ, J. Spotřeba cigaret v České republice klesá. In: *Zpravy.rozhlas.cz* [online]. 2011-05-19 [cit. 2012-01-20]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/domaciekonomika/_zprava/spotreba-cigaret-v-ceske-republice-klesa--895513
- [37] VARDAVAS, C. I., KAFATOS. Smoking policy and prevalence in Greece: an overview. In: *European Journal of Public Health* [online]. 2006-06-01 [cit. 2012-01-30]. Dostupné z: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/17/2/211.full>
- [38] VONDRUŠKA, D. V České republice je 55% lidí s nadváhou a obezitou. In: *Vzp.cz* [online]. 2011-01-25 [cit. 2012-01-30]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/klienti/aktuality/pruzkum-obezity-2011>
- [39] Germany launches obesity campaign. In: *Bbc.co.uk* [online]. 2007-05-09 [cit. 2012-01-30]. Dostupné z: <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/6639227.stm>
- [40] VORLÍČEK, J. Onkologický program České republiky. In: [online]. 2012-01-31 [cit. 2012-01-31]. Dostupné z: <http://www.onconet.cz/index.php?s=narodni-onkologicky-program&f=onkologicky-program-cr>
- [41] Seznam projektů prevence HIV/AIDS schválených k poskytnutí státní dotace pro rok 2012. In: *Mzcr.cz* [online]. 2011-12-20 [cit. 2012-01-30]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/seznamprojektu-prevence-hiv/aids-schvalenych-k-poskytnuti-statni-dotace-pro-rok-2012_5698_1.html
- [42] NYKLOVÁ, M. Počet nakažených HIV se loni v Česku rekordně zvýšil. In: *Radio.cz* [online]. 2008-01-25 [cit. 2012-02-01]. Dostupné z: <http://www.radio.cz/cz/rubrika/udalosti/pocet-nakazenych-hiv-se-loni-v-cesku-rekordne-zvysil>
- [43] Náklady na život s AIDS v Americe: 618 900 dolarů. In: *Ulekare.cz* [online]. 2008-01-25 [cit. 2012-02-01]. Dostupné z: <http://www.ulekare.cz/clanek/naklady-na-zivot-s-aids-v-americe-618-900-dolaru-3185>

- [44] HONG, J. Yun. Update on pertussis and pertussis immunization. In: *Kjp.or.kr* [online]. 2010-05-31 [cit. 2012-02-01]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2994127/>
- [45] Černý kašel: loni téměř tisíc případů, nebezpečný je hlavně pro miminka. In: *Ordinace.cz* [online]. 2010-09-21 [cit. 2012-02-01]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/cerny-kasel-loni-temer-tisic-pripadu-nebezpecny-je-hlavne-pro-miminka/>
- [46] HUSA, P. Novinky v léčbě chronických virových hepatitid B a C. In: *Zdn.cz* [online]. 2007-12-03 [cit. 2012-02-01]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/novinky-v-lecbe-chronickyh-virovych-hepatitid-b-a-c-333291>
- [47] Hepatitis B. In: *Who.int* [online]. 2008-08-01 [cit. 2012-02-01]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>
- [48] PERGL, V. Potřebujete kyčelní kloub? Čeká se 2 - 30 měsíců. In: *Novinky.cz* [online]. 2012-01-23 [cit. 2012-02-02]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/256655-potrebujete-kycelni-kloub-ceka-se-2-az-30-mesicu.html>
- [49] KAŠÁK, V. Novinky v léčbě astmatu. In: *Zdn.cz* [online]. 2011-06-07 [cit. 2012-02-02]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/novinky-v-lecbe-astmatu-460135>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AIM	Akutní infarkt myokardu.
CT	Computer tomography. Počítačová tomografie.
HDP	Hrubý domácí produkt.
MRI	Magnetic Resonance Imaging. Magnetická rezonance.
NZIS	Národní zdravotnický informační systém.
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development. Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj.
PPP	Purchasing power parity. Parita kupní síly.
RZIS	Regionální zdravotnický informační systém.
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	World Health Organization. Světová zdravotnická organizace.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 3 Vývoj výdajů na zdravotnictví (% HDP) [30]

Obr. 4 Průměrný počet dní pobytu v nemocnici [30]

SEZNAM TABULEK

- Tab. 31 Celkové výdaje na zdravotnictví % z HDP [30]
- Tab. 32 Zdravotnické výdaje v USD/obyv. v paritě kupní síly [30]
- Tab. 33 Struktura celkových výdajů ve zdravotnictví [30]
- Tab. 34 Počet lékařů a zdravot. sester na 1000 obyv. [30]
- Tab. 35 Počet nemocničních lůžek [30]
- Tab. 36 Technologická zařízení na milion obyv. v r. 2007 [30]
- Tab. 37 Počet návštěv lékaře na jednoho obyvatele [30]
- Tab. 38 Očkování dětí v procentech [vlastní tvorba, zdroje dat:30]
- Tab. 39 Akutní péče – průměrný počet dní/obyv. [30]
- Tab. 40 Střední délka života žen při narození v letech [30]
- Tab. 41 Střední délka života mužů při narození v letech [30]
- Tab. 42 Střední délka života při narození celé populace [30]
- Tab. 43 Kojenecká úmrtnost – zemřelí/1000narozených [30]
- Tab. 44 Děti narozené císařským řezem/1000 narozených [30]
- Tab. 45 AIDS – výskyt nových případů /1000000 obyvatel [30]
- Tab. 46 Výskyt černého kašle/100000 obyvatel [30]
- Tab. 47 Výskyt spalniček/100000 obyvatel [30]
- Tab. 48 Výskyt hepatitidy typu B/100000 obyvatel [30]
- Tab. 49 Počet sebevražd/100000 obyvatel [30]
- Tab. 50 Zhoubné novotvary [30]
- Tab. 51 Zhoubné novotvary tlustého střeva [30]
- Tab. 52 Hrubá míra úmrtnosti po 30 dnech v nemocnici (%) [30]
- Tab. 53 Hrubá míra úmrtnosti po 30 dnech v nemocnici (%) [30]
- Tab. 54 Úmrtí na astma/ 100000 obyvatel mezi 5 a 39 rokem [30]
- Tab. 55 Hrubá míra čekací doby - 65+ (%) [30]

Tab. 56 Konzumace alkoholu litr na osobu [30]

Tab. 57 Spotřeba tabáku v gramech na obyvatele (15+) [30]

Tab. 58 Procento populace ve věku 15+, kteří denně kouří [30]

Tab. 59 Celková populace trpící nadváhou v procentech [30]

Tab. 60 Celková populace trpící obezitou v procentech [30]