

24. ZDRAVOTNICTVÍ

Zdravotní služby jsou poskytovány v zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a jsou převážně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

V České republice se síť poskytovatelů zdravotních služeb člení na poskytovatele **státní** (zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví ČR a další centrální orgány) a **nestátní** (zřizovatel kraj, město, obec, církev, jiná právnická osoba, fyzická osoba).

Údaje o zdravotním stavu obyvatelstva a o činnosti poskytovatelů zdravotních služeb jsou čerpány z Národního zdravotnického informačního systému. Plnění úkolů Národního zdravotnického informačního systému (dále jen NZIS) zajišťuje Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále jen ÚZIS ČR), který je správcem NZIS na základě pověření Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR).

Údaje v uvedených tabulkách jsou čerpány převážně z výkazů, které jsou součástí Programu statistických zjišťování MZ (dále jen Program MZ ČR) na rok 2012. Vzhledem k tomu, že Program MZ ČR na rok 2012 byl schválen v září 2011 a vydán ve Vyhlášce o Programu statistických zjišťování na rok 2012, nebyla v tabulkách ani v poznámkách k tabulkám použita nová terminologie dle platného zákona o zdravotních službách, který nabyl účinnosti 1. 4. 2012.

Český statistický úřad zjišťuje údaje o pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz, vybrané ukazatele finančního hospodaření zdravotních pojišťoven a výdaje na zdravotnictví podle systému zdravotnických účtů. Údaje za výdaje na zdravotnictví vycházejí z údajů Ministerstva financí ČR, Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a zdravotních pojišťoven. Všechny ostatní údaje z oblasti zdravotnictví přebírá ČSÚ do svých publikací z ÚZIS ČR.

Poznámky k tabulkám

Údaje o síti a činnosti zdravotnických zařízení a přepočtené počty lékařů (včetně zubních lékařů) jsou publikovány souhrnně za zdravotnictví celkem, tj. včetně zdravotnických zařízení rezortů obrany, vnitra a spravedlnosti.

Údaje o lékařích ve fyzických osobách (tab. 24-7. až 24-9.) zahrnují navíc lékaře posudkového lékařství z rezortu práce a sociálních věcí. Údaje o lékařích, zubních lékařích a farmaceutech (fyzické osoby) do roku 2003 včetně zahrnovaly i rezort školství.

Tab. 24-1. a 24-2. Zdravotnická zařízení

Počet lůžek ve zdravotnických zařízeních se rozumí lůžkový fond bez lůžkových improvizací a nouzových lůžek.

Počet míst se uvádí u zdravotnických zařízení, kde není nepřetržitý provoz 24 hodin, a dále u dětských zařízení jako jsou kojenecké ústavy, dětské domovy apod.

Lékaři, včetně zubních lékařů (přepočtený počet pracovníků) – součet úvazků jednotlivých pracovníků zdravotnických zařízení, přepočtený podle délky plně týdenní pracovní doby, stanovené pro dané zařízení či pracoviště; od roku 2007 jsou lékaři (včetně zubních lékařů) uváděni včetně smluvních pracovníků.

Odborné léčebné ústavy zahrnují léčebny pro dlouhodobě nemocné, léčebny TBC a respiračních nemocí pro dospělé, psychiatrické léčebny pro děti i dospělé, rehabilitační ústavy, ozdravovny, hospice a ostatní lůžková zařízení.

Samostatná ambulantní zařízení zahrnují polikliniky, sdružená ambulantní zařízení, zdravotnická střediska, samostatné ordinace, samostatná zařízení nelékařská (psychologická, logopedická, rehabilitační, domácí zdravotní péče apod.), samostatné odborné laboratoře, zařízení lékařské služby první pomoci, hemodialyzační střediska a další ambulantní zařízení.

Zvláštní zdravotnická zařízení zahrnují kojenecké ústavy, dětské domovy, dětské stacionáře a dětská centra, jesle a další dětská zařízení, stacionáře pro dospělé, záchytné stanice, dopravní a záchrannou zdravotnickou službu a ostatní zvláštní zdravotnická zařízení.

Zařízení lékárenské péče zahrnují lékárny a odloučená oddělení výdeje léčiv (OOVL) a výdejny zdravotnických prostředků, které zahrnují od roku 2006 i oční optiky, které jsou registrovány jako zdravotnická zařízení.

Zařízení orgánů ochrany veřejného zdraví zahrnují krajské hygienické stanice (správní úřady), zdravotní ústavy a Státní zdravotní ústav (zdravotnická zařízení).

Ostatní zdravotnická zařízení zahrnují zařízení dalšího vzdělávání zdravotnického personálu a ostatní nespécifikovaná zdravotnická zařízení.

Údaje ukazatelů typu „ostatní zdravotnická zařízení“ nejsou v jednotlivých letech srovnatelné, neboť jejich obsah se, současně s vytvářením a zpřesňováním sítě zdravotnických zařízení, mění.

Tab. 24-3. Lůžková péče ve zdravotnických zařízeních

Do položky „ostatní lůžková zařízení“ jsou zahrnuty ostatní odborné léčebné ústavy pro dospělé a děti (jednooborově zaměřené) a další lůžková zařízení.

Tab. 24-6. Lůžka v nemocnicích podle oddělení

Položka „ostatní“ zahrnuje pouze oddělení klinické farmakologie, ortopedické protetiky a oddělení intenzivní medicíny. Oddělení kardiologie, revmatologie, diabetologie, gastroenterologie a nefrologie jsou započítávána do interních oddělení.

Tab. 24-7. až 24-9. Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti

Vzhledem k požadavkům mezinárodních organizací (WHO, OECD) a České stomatologické komory jsou od roku 2004 vyčleněni zubní lékaři z kategorie lékařů a jsou uváděni samostatně.

Údaje o počtu lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oboru jejich činnosti se získávají z aktualizovaného Registru lékařů, zubních lékařů a farmaceutů (RLZF). Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti jsou uváděni jako fyzické osoby. V tab. 24-8. a 24-9. jsou lékaři a zubní lékaři uváděni podle hlavního oboru činnosti, tzn. jestliže má lékař (zubní lékař) více úvazků, je započítán v tom oboru, ve kterém má nejvyšší úvazek, v případě stejných úvazků v tom oboru, kde má nejvyšší kvalifikaci (specializovanou způsobilost) a v ostatních případech v oboru, který je uveden jako první.

Základní podmínkou pro zařazení lékaře, zubního lékaře či farmaceuta do RLZF k 31. 12. daného roku je, že má se zdravotnickým zařízením (státním, nestátním) uzavřený pracovní poměr nebo je sám zřizovatelem zdravotnického zařízení, v němž (v rámci tohoto zařízení či pracoviště) vykonává činnost při poskytování zdravotní péče.

K 31. 12. 2002 byli z Registru vyřazeni lékaři, kteří pracovali v krajských hygienických stanicích. Tito lékaři vykonávají pouze správní činnost (neposkytují zdravotní péči) a proto jsou zařazeni do kategorie „jiní odborní VŠ“.

V tabulce 24-9. o zubních lékařích zahrnují ostatní obory ortodontii, orální a maxilofaciální chirurgii a ostatní obory.

Tab. 24-10. Ošetření (vyšetření) v zařízeních ambulantní péče podle oddělení

Položka „ostatní“ zahrnuje oddělení (pracoviště) geriatrické, nemoci z povolání, neurochirurgické, kardiologické, traumatologické, klinické a radiační onkologie, tělovýchovně-lékařské, lékařské genetiky a lékařské služby první pomoci.

Tab. 24-11. Léčení diabetici

Od roku 2011 došlo ke změně metodiky vykazování léčby diabetických pacientů. Sledují se jednotlivé druhy předepsaných terapií samostatně a u jednotlivých pacientů se mohou navzájem kombinovat.

Tab. 24-16. Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz

Tabulka obsahuje do roku 2011 vybrané výsledky ze zpracování statistického výkazu ČSÚ. Zpravodajskou povinnost k tomuto výkazu mají všechny ekonomické subjekty, popř. jejich nižší organizační složky, které samostatně provádějí agendu nemocenského pojištění. Do zpracování jsou dále zařazeny sumáře předkládané Okresními správami sociálního zabezpečení za ty subjekty, které si samy nelikvidují nemocenské pojištění.

Statistický výkaz ČSÚ již nebyl pro rok 2012 zařazen do Programu statistických zjišťování. Od roku 2012 jsou údaje získávány zpracováním dat z administrativního zdroje Informačního systému České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ). Informační systém ČSSZ eviduje případy dočasné pracovní neschopnosti v České republice, které byly hlášeny na tiskopise ČSSZ „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“ vyplňovaném lékařem. Statistika dočasné pracovní neschopnosti zachycuje veškerá onemocnění a úrazy, které zapříčinily alespoň jednodenní pracovní neschopnost u nemocensky pojištěných osob. Administrativní data Informačního systému ČSSZ jsou vykazována za všechny zaměstnance právnických i fyzických osob a samostatně za osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ). Údaje za rok 2012 nejsou plně srovnatelné s údaji předchozích let.

Průměrný počet osob nemocensky pojištěných – metodický obsah je stejný jako v tabulce 25-1. kapitoly Sociální zabezpečení.

Za **případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz** jsou považovány všechny nemoci a úrazy podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN 10). Za **pracovní** jsou považovány ty úrazy, které se staly zaměstnancům při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s nimi. **Smrtelný pracovní úraz** je každý úraz, který způsobil zaměstnanci smrt ihned nebo na jehož následky zaměstnanec zemřel nejpozději do 1 roku. Zdrojem dat je Státní úřad inspekce práce (SÚIP).

Nemoci z povolání jsou uvedeny v seznamu nemocí z povolání; data zahrnují i ohrožení nemocí z povolání. Zdrojem dat je Národní registr nemocí z povolání (Státní zdravotní ústav / Centrum pracovního lékařství).

Kalendářní dny pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz – počet kalendářních dnů, po které byli nemocensky pojištěni zaměstnanci práce neschopní (na základě hlášení o počátku a ukončení pracovní neschopnosti).

Průměrné procento pracovní neschopnosti za rok se vypočítá jako podíl počtu kalendářních dnů pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz a průměrného počtu zaměstnanců nemocensky pojištěných, násobeného počtem kalendářních dnů v roce.

Tab. 24-17. Výdaje na zdravotnictví

Tabulka 24-17. je vytvořena na základě systému zdravotnických účtů. Údaje, zpracované podle manuálu OECD, jsou mezinárodně srovnatelné. V porovnání s předcházejícím konceptem je vykazování výdajů

na zdravotnictví podle zdravotnických účtů pojímáno komplexněji, zdravotnické účty zahrnují např. výdaje na závodní preventivní péči, osvětové kampaně, dlouhodobou ošetrovatelskou péči poskytovanou v zařízeních sociální péče atd. Výchozím obdobím systému zdravotnických účtů byl rok 2000.

Veřejné rozpočty jsou důležitým zdrojem financování zdravotnictví a dělí se na státní a místní. Úloha veřejných rozpočtů spočívá především ve financování specifických činností, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o výdaje na vědu a výzkum související se zdravotnictvím, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní programy a kampaně, činnost hygienických stanic a částečně výdaje na investiční projekty. Z veřejných rozpočtů je navíc hrazena i správa resortu zdravotnictví, tj. provoz Ministerstva zdravotnictví ČR, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.

Zdravotní pojišťovny financují veškerou zdravotní péči garantovanou zákonem o veřejném zdravotním pojištění a mají největší podíl na financování zdravotnictví.

Přímé výdaje domácností zahrnují výdaje obyvatelstva za léky (doplatky u předepsaných léčiv a platby plných cen u volně prodejných léků), za prostředky zdravotnické techniky, platby za nadstandardní služby u stomatologů, za lázeňské pobyty, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích, platby za různá potvrzení, především u praktických lékařů a regulační poplatky za ošetření u lékařů, za pobyt v nemocnici, za recepty v lékárnách a návštěvu pohotovosti. Jsou využívána zdrojová data z rodinných účtů (výdaje za služby ve zdravotnictví) a data ze šetření maloobchodního obrátu (výrobky ve zdravotnictví).

Mezi další (vedlejší) zdroje financování patří soukromé pojištění (cestovní zdravotní připojištění apod.), neziskové organizace (Červený kříž apod.) a podniky (v případě, že část závodní preventivní péče hradí samy).

Tab. 24-18. Výdaje na regulační poplatky

V souladu se zákonem o stabilizaci veřejných rozpočtů začali pacienti od počátku roku 2008 hradit zdravotnickým zařízením regulační poplatky za recept, za návštěvu lékaře, za hospitalizaci a za pohotovost.

Tab. 24-19. Náklady zdravotních pojišťoven na jednu nemocensky pojištěnou osobu

Údaje v tabulce vycházejí ze Systému zdravotnických účtů České republiky. Průměr je počítán jako vážený aritmetický průměr nákladů, kde vahami jsou počty nemocensky pojištěných osob v jednotlivých věkových skupinách.

Tab. 24-20. Aktiva a pasiva zdravotních pojišťoven

Tabulka obsahuje vybrané ukazatele finančního hospodaření ze zpracování ročního statistického výkazu ČSÚ. Výkaznickou povinnost k tomuto výkazu mají ekonomické subjekty zapsané do obchodního rejstříku s převažující činností zdravotních pojišťoven. Finanční ukazatele aktiv a pasív jsou od roku 2003 upraveny tak, aby navazovaly na účetní postupy zdravotních pojišťoven.

Finančním majetkem se rozumí peníze, ceniny a vklady u finančních institucí.

Dlouhodobý nehmotný a hmotný majetek je uváděn v zůstatkových cenách.

Data v tabulce jsou čerpána ze statistických výkazů pro zdravotní pojišťovny. Liší se od dat uváděných v národních účtech za subsektor fondů sociálního zabezpečení, která vychází z metodiky ESA95.

Od roku 2005 působilo v České republice 9 zdravotních pojišťoven, v roce 2008 jich bylo evidováno 10. Po jejich sloučení v roce 2010 zůstává v České republice 8 zdravotních pojišťoven.

* * *

Podrobnější informace z oblasti zdravotnictví jsou publikovány ve „Zdravotnické ročence České republiky“, ve zdravotnických ročenkách jednotlivých krajů a dále v monotematických publikacích řady „Zdravotnická statistika“, které každoročně vydává ÚZIS ČR za Českou republiku a jednotlivé kraje.

Další údaje jsou zveřejňovány na internetových stránkách Českého statistického úřadu:

- www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zdravotnictvi_lide

nebo na internetových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR:

- www.uzis.cz/