

## 24. ZDRAVOTNICTVÍ

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

V České republice se síť poskytovatelů zdravotních služeb člení na poskytovatele **státní** (zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví 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 (dále jen NZIS). NZIS je definován v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) v § 70 odst. 1. Jeho plnění zajišťuje Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále jen ÚZIS ČR), který je správcem NZIS na základě pověření Ministerstva zdravotnictví (MZ).

Údaje uvedené v tabulkách jsou čerpány převážně z výkazů, které jsou součástí Programu statistických zjišťování MZ (dále jen Program MZ) na rok 2014.

U jednotlivých položek Programu MZ na rok 2014 byl ve spolupráci s Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně proveden podrobný audit, jehož výsledkem bylo výrazné omezení požadovaných položek na výkazech specifických pro jednotlivé obory.

Od roku 2015 byl realizován projekt pod označením „Úprava rezortních registrů a konsolidace rezortních dat v návaznosti na základní registry veřejné správy“ (eReg), jehož součástí je i zajištění rezortního Programu MZ. V rámci projektu eReg měly zpravodajské jednotky (konkrétně poskytovatelé zdravotních služeb) povinnost předávat veškeré údaje vyplývající ze zpravodajské povinnosti vůči Programu MZ pouze v elektronické podobě.

Uvedený nástup nových informačních technologií tak přinesl komplikace a velkou zátěž pro zpravodajské jednotky. Výsledkem jsou neúplná data ze statistických zjišťování MZ za rok 2014.

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, Ministerstva práce a sociálních věcí a zdravotních pojišťoven. Všechny ostatní údaje z oblasti zdravotnictví přebírá ČSÚ z ÚZIS ČR.

### Poznámky k tabulkám

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

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

**Počtem 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 dětské domovy pro děti do tří let věku, dětské stacionáře apod.

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

**Obdobné léčebné ústavy** zahrnují léčebny pro dlouhodobě nemocné, léčebny TBC a respiračních nemocí pro dospělé, psychiatrické léčebny (nemocnice) pro děti i dospělé, rehabilitační ústavy, ozdravovny, hospice a ostatní lůžková zařízení.

#### 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. 24-4. 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. 24-8. 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.

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 od roku 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 jednoho 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 pojištění 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. 24-9. Výdaje na regulační poplatky

V souladu se zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, začali pacienti od počátku roku 2008 hradit zdravotnickým zařízením regulační poplatky za recept, za návštěvu lékaře, za hospitalizaci a za pohotovost.

#### Tab. 24-10. Výdaje na zdravotnictví

Tabulka 24-10. 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 pojmáno 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 rezortu zdravotnictví, tj. provoz Ministerstva zdravotnictví, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.

**Zdravotní pojišťovny** financují veškerou zdravotní péči garantovanou zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, 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 (např. Červený kříž) a podniky (v případě, že část závodní preventivní péče hradí samy).

#### Tab. 24-12. Náklady zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce veřejného zdravotního pojištění

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

#### Tab. 24-13. 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 převážující činností zdravotních pojišťoven spravujících veřejné zdravotní pojištění a zaříděné v sektoru vládních institucí (subsektoru fondů sociálního zabezpečení S.13140). Finanční ukazatele aktiv a pasiv jsou od roku 2003 upraveny tak, aby navazovaly na účetní postupy zdravotních pojišťoven.

Finančním majetkem se rozumí peníze, ceniny, vklady u finančních institucí, dluhové cenné papíry a majetkové účasti.

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 Eurostatu ESA95.

Od roku 2010 působilo v České republice devět zdravotních pojišťoven, od roku 2013 došlo u některých pojišťoven ke sloučení; nyní zůstává v České republice sedm zdravotních pojišťoven.

\* \* \*

Další údaje jsou dostupné na internetových stránkách Českého statistického úřadu:

- [www.czso.cz/csu/czso/zdravotnictvi\\_lide](http://www.czso.cz/csu/czso/zdravotnictvi_lide)

nebo na internetových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR:

- [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)