# 2. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů

V této části textu publikace jsou uvedeny základní informace vycházející ze zpracování zdravotnických účtů České republiky za referenční roky 2010 až 2015 z pohledu jejich tří rozměrů, což jsou **zdroje financování, druh zdravotní péče a typ jejího poskytovatele**. Otázky metodického charakteru týkající se užívaných pojmů či metodických nástrojů (klasifikací apod.), které není nutno s ohledem na srozumitelnost textu řešit bezprostředně na místě, jsou blíže specifikovány v metodické příloze.

## 2.1. Základní údaje

V souladu s metodickým manuálem SHA, jsou do zdravotnických účtů zahrnovány výdaje související se zdravotní péčí o naše občany na území České republiky. Výdaje na zdravotní péči můžeme členit na **běžné (provozní)** a **kapitálové (investiční)**. Na investiční náklady v rámci zdravotnictví lze nahlížet ze dvou hledisek. Základním pohledem je vnímání investic jako výdajové položky na přístroje, vybavení a stavby. Druhým z pohledů je investování do výzkumu a vývoje nových technologií, léků a zdravotnických prostředků a vzdělávání lékařů a ostatního zdravotnického personálu. Údaje o investičních výdajích jsou v rámci zdravotnických účtů k dispozici pouze z výdajů ze státního nebo místních rozpočtů.

V období let 2010 - 2014 stouply **celkové výdaje** na zdravotní péči z 340,7 mld. Kč v roce 2010 na 353,8 mld. Kč v roce 2014. V meziročním srovnání let 2015 a 2014 zůstaly celkové výdaje na zdravotní péči stabilní, což je poprvé za sledované období, protože do té doby se každoročně zvyšovaly.

**Běžné výdaje** na zdravotní péči se zvýšily z  334,1 mld. Kč v roce 2010 na 348,0 mld. Kč v roce 2015, tj. o 4,2 % (ročně průměrně o 0,8 %). Dynamika vývoje počtu obyvatel ČR byla v porovnání s tímto tempem nižší (přírůstek středního stavu počtu obyvatel činil 0,1 %), a tak průměrné běžné výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele vzrostly od roku 2010 z 31 768 Kč na 33 008 Kč v roce 2015 (tj. o 3,9 %).

Celkové **kapitálové výdaje** financované přímo ze státního nebo místních rozpočtů v oblasti zdravotní péče naopak v  období 2010 - 2015 poklesly z 6,6 mld. Kč na 5,7 mld. Kč (o 15,8 %).

V porovnání s vývojem  hlavního makro ukazatele ekonomického výkonu - HDP, celkové výdaje na zdravotní péči (včetně kapitálových) zaostávaly a jejich podíl na HDP se v uvedených letech snížil z 8,6 % na 7,8 %, viz graf č. 2.1.

**Graf č. 2.1 Vývoj celkových výdajů na zdravotní péči v ČR a jejich podílu na HDP, 2010 - 2015 (mld. Kč; %)**

***Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015***

## 2.2 Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování

Manuál SHA 2011 rozeznává tři základní systémy (zdroje) financování zdravotní péče a to:

* veřejné zdroje (veřejné rozpočty a povinné příspěvkové zdravotní pojištění)
* soukromé zdroje bez přímých plateb domácností
* přímé platby domácností

Do prvně jmenované skupiny patří veřejné rozpočty (státní rozpočet a rozpočty územních samospráv - místní rozpočty) a povinné zdravotní pojištění (podrobněji viz kapitola 3.1). Do soukromých zdrojů (bez přímých plateb domácností) jsou zahrnuty dobrovolné platby na zdravotní péči neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a závodní preventivní péče. Přímé platby domácností (podrobněji viz kapitola 3.2) zahrnují přímé výdaje příjemců zdravotní péče (pacientů) nebo jejich případnou spoluúčast.

***V letech 2014 a 2015 hradily zdravotní pojišťovny dvě třetiny výdajů na zdravotní péči***

V České republice mají klíčové postavení z hlediska financování zdravotní péče zdravotní pojišťovny, jejichž příjmy plynou z veřejného zdravotního pojištění, kterého je povinně účastna každá osoba s trvalým pobytem na našem území. Hlavní zásadou veřejného zdravotního pojištění je solidarita a rovnost přístupu ke zdravotní péči. Veřejné zdravotní pojištění financuje veškerou zdravotní péči garantovanou zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (v platném znění). V zásadě lze říci, že veřejné zdravotní pojišťovny kryjí většinu výdajů na zdravotní péči v České republice (blíže v kapitole 3.1). Kromě toho provozují zdravotní pojišťovny také vlastní programy preventivní péče a v neposlední řadě hradí provoz vlastních organizací.

**Tabulka č. 2.1 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle systémů (zdrojů) financování v mil. Kč**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Systém (konečný zdroj) financování**  **zdravotní péče - HF** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **Index 2015/2014** |
| 1 Vládní systémy a povinné příspěvkové systémy zdravotní péče (veřejné zdroje) | 288 768 | 291 272 | 294 861 | 297 412 | 296 641 | 299 362 | 100,9 |
| 1.1 Vládní systémy (veřejné rozpočty) | 56 879 | 56 935 | 56 934 | 59 058 | 62 039 | 64 656 | 104,2 |
| 1.1.1 Státní rozpočet | 48 835 | 47 692 | 47 079 | 49 360 | 52 546 | 54 889 | 104,5 |
| 1.1.2 Místní rozpočty | 8 044 | 9 243 | 9 855 | 9 698 | 9 493 | 9 766 | 102,9 |
| 1.2 Zdravotní pojišťovny | 231 889 | 234 337 | 237 927 | 238 354 | 234 602 | 234 706 | 100,0 |
| 2 Systém dobrovolných plateb na zdravotní péči (soukromé zdroje bez přímých plateb domácností) | 9 217 | 9 205 | 9 110 | 9 202 | 10 668 | 9 322 | 87,4 |
| 2.1 Soukromé pojištění | 427 | 477 | 520 | 475 | 537 | 478 | 89,1 |
| 2.2 Neziskové organizace | 7 888 | 7 820 | 7 719 | 7 726 | 7 757 | 7 929 | 102,2 |
| 2.3 Podniky | 901 | 908 | 871 | 1 001 | 2 374 | 915 | 38,5 |
| 3 Domácnosti | 42 705 | 44 028 | 44 239 | 43 465 | 46 490 | 45 043 | 96,9 |
| **Celkový součet** | **340 690** | **344 506** | **348 210** | **350 079** | **353 799** | **353 727** | 100,0 |

***Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015***

Z hlediska dynamiky růstu výdajů se v roce 2015 meziročně nejrychleji zvyšovaly výdaje na zdravotní péči z veřejných rozpočtů, především pak ze státního rozpočtu. Ze státního rozpočtu se meziročně zvýšily především výdaje na lůžkovou dlouhodobou péči v zařízeních dlouhodobé péče (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře) zhruba o 1,3 mld. Kč.

Výdaje na dlouhodobou péči domácí, která zahrnuje pečovatelskou službu, službu osobní asistence, ale také ošetřovné člena domácnosti, vzrostly od roku 2014 o 458 miliónů Kč.

V rámci uvedených konečných zdrojů financování měly v letech 2010 až 2015 největší podíl na celkových výdajích na zdravotní péči výše uvedené zdravotní pojišťovny (66,4 % v roce 2015), následované státním rozpočtem (15,5 %) a domácnostmi (12,7 %). Podrobnější údaje přináší následující graf č. 2.2.

**Graf č: 2.2 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle hlavních zdrojů financování, 2010 - 2015 (mld. Kč; %)**

1. **v mld. Kč**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **struktura (%)** | |
| |  | | --- | |  | |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

***Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015***

Jak je patrné z grafu č. 2.2, v letech 2010 – 2013 vzrostly výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči o 6,5 mld. Kč (o 3 %). V uvedeném roce 2013 dosáhly zatím svého maxima ve výši 238,4 mld. Kč. V následujícím roce se výdaje zdravotních pojišťoven snížily o 3,8 mld. Kč a v roce 2015 zůstaly stabilní.

***Výdaje státního rozpočtu na zdravotní péči meziročně stouply o více než 2 miliardy Kč***

Výdaje na zdravotní péči financované **z veřejných rozpočtů** celkově se v období let 2010 – 2012 pohybovaly těsně pod úrovní 57 miliard Kč. Stabilizace zejména u výdajů **státního rozpočtu** na zdravotnictví v prvních třech letech sledovaného období souvisela nepochybně s úsporami finančních prostředků. V roce 2013 se výdaje z veřejných rozpočtů zvýšily zhruba o 2 miliardy a následující roky přinesly jejich další postupné zvýšení až na hodnotu 64,7 miliard Kč (viz tabulka č. 4 v příloze). V roce 2015 tvořily výdaje veřejných rozpočtů 18 % z celkových výdajů na zdravotní péči v České republice**.**

**Graf 2.3. Výdaje na zdravotní péči v ČR financované z veřejných rozpočtů, 2010 – 2015 (mld. Kč)**

***Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015***

**Úloha státního a místních rozpočtů (veřejných rozpočtů)** spočívá především ve financování specifických činností, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se zejména o výdaje na zdravotnický výzkum a vývoj prováděný zdravotnickými zařízeními jako jsou fakultní nemocnice či výzkumnými ústavy, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní a osvětové programy a kampaně, činnost hygienických stanic, částečně výdaje na investiční projekty a přímé dotace zdravotnickým zařízením zřizovaným ministerstvem (jde především o fakultní nemocnice) kraji, městy a obcemi.

V souladu s novou metodikou SHA se do výdajů na zdravotnictví nově započítává i položka **dlouhodobé sociální péče.** Tato položka zahrnuje výdaje v segmentu sociálních služeb. Vymezení sociálních služeb je upraveno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Na úhradě nákladů spojených s touto péčí se nejvýrazněji podílejí právě veřejné rozpočty (blíže viz kapitola 3.3 Výdaje na dlouhodobou péči).

Z veřejných rozpočtů je navíc hrazena i **správa** rezortu zdravotnictví, tj. provoz Ministerstva zdravotnictví, odborů zdravotnictví jednotlivých krajských úřadů, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky.[[1]](#footnote-1)

Skupina dobrovolných plateb na zdravotní péči, přes vysokou dynamiku růstu, představuje spíše doplňkový finanční zdroj. Na celkových výdajích na zdravotní péči v ČR se tyto **soukromé zdroje** (bez přímých výdajů domácností) v roce 2015 podílely necelými 3 % (9,3 mld. Kč). Tato skupina zahrnuje různorodé finanční zdroje. Zatímco soukromé zdravotní pojišťovny jsou založeny na principu cestovního pojištění, neziskové instituce (např. Červený kříž) jsou orientovány zejména charitativně. Pro podnikovou sféru je účast na financování zdravotní péče, zejména péče preventivní, spíše vedlejší, i když (z pohledu právních norem) nutnou aktivitou.

V případě výdajů **domácností** přicházejí v úvahu přímé platby či spoluúčast na úhradách zdravotní péče. V převážné většině případů si domácnosti platí ambulantně užívané léky (ať už se jedná o doplatky u předepsaných léčiv či platby plných cen u volně prodejných léků) a terapeutické pomůcky. Významný podíl výdajů domácností představují též platby za nadstandardní služby a materiál. Další byť méně významné jsou platby za lázeňské pobyty, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích a platby za různá potvrzení především u praktických lékařů. Od roku 2008 také přibyly regulační poplatky za ošetření u lékařů, za recepty v lékárnách, návštěvu pohotovosti nebo za hospitalizaci v nemocnicích a ostatních lůžkových zařízeních. V průběhu svojí existence prošly regulační poplatky různými změnami a postupně byly tři z nich zrušeny. Od ledna 2015 hradí pacienti pouze regulační poplatek za pohotovostní služby (podrobněji kapitola 3.2 Výdaje domácností na zdravotní péči).

## 2.3 Výdaje na zdravotnictví podle druhů péče

Druhý významný pohled na problematiku zdravotní péče souvisí s  druhem péče, která je poskytována. Větší část vynakládané zdravotní péče se pochopitelně vztahuje k individuálním potřebám jednotlivce. Do pojmu zdravotní péče podle metodiky SHA však patří také služby, které jsou zaměřeny na zlepšení celkového zdravotního stavu populace či efektivity systému zdravotnictví. Tím jsou myšleny zejména některé aspekty preventivní péče a správa systému zdravotní péče (rezort zdravotnictví a zdravotní pojišťovny).

Zdravotní péče může být spotřebovávána dvěma způsoby: individuálně nebo kolektivně. Vzhledem ke skutečnosti, že zdravotní stav je vlastností jednotlivců, většina spotřeby zdravotních služeb se vztahuje k soukromé spotřebě. Individuální spotřeba obsahuje standardní kroky léčebného procesu – stanovení diagnózy, formace léčebného plánu, předepsání léku či terapie, diagnostiku a lékařské hodnocení, provedení léčby a hodnocení výsledků. Osobní zdravotní péče zahrnuje léčebnou, rehabilitační, dlouhodobou zdravotní péči a také podpůrné služby (laboratoře, zobrazovací metody a dopravu pacientů) a v neposlední řadě léky a terapeutické pomůcky.

V metodice SHA 2011 byly vytvořeny další, doplňkové položky tak, aby byla umožněna hlubší analýza zdravotní politiky a alokování zdrojů. Nově jsou do výdajů na zdravotní péči zahrnuty položky dlouhodobé sociální péče (podrobněji viz metodická příloha) a některé činnosti zahrnující podporu zdraví v širším pohledu (kontrola nezávadnosti pitné vody a potravin prováděná v rámci hygienických stanic, kontrola hlučnosti a nezávadnosti vzduchu atd.).

Tabulka č. 2.2 a graf č. 2.4 ukazují vývoj výdajů na zdravotní péči podle druhu poskytované péče.

**Tabulka č. 2.2 Výdaje na zdravotnictví v ČR podle druhů péče, 2010 - 2015 (mil. Kč)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Druh péče (ICHA-HC)** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **Index 2015/2014** |
| 1 Léčebná péče | 137 302 | 137 826 | 137 987 | 140 948 | 137 311 | 139 707 | 101,7 |
| 1.1 Lůžková léčebná péče | 55 948 | 55 740 | 54 422 | 53 489 | 52 473 | 51 311 | 97,8 |
| 1.2 Denní léčebná péče | 5 238 | 5 137 | 5 185 | 5 333 | 5 561 | 5 735 | 103,1 |
| 1.3 Ambulantní léčebná péče | 75 929 | 76 765 | 78 203 | 81 940 | 79 099 | 82 469 | 104,3 |
| 1.4 Domácí léčebná péče | 186 | 183 | 177 | 186 | 179 | 192 | 107,1 |
| 2 Rehabilitační péče | 12 808 | 13 696 | 13 652 | 13 753 | 13 738 | 14 402 | 104,8 |
| 2.1 Lůžková rehabilitační péče | 5 886 | 6 485 | 6 266 | 6 255 | 6 407 | 6 518 | 101,7 |
| 2.3 Ambulantní rehabilitační péče | 6 922 | 7 211 | 7 386 | 7 498 | 7 331 | 7 885 | 107,6 |
| 3 Dlouhodobá zdravotní péče | 35 762 | 37 005 | 37 081 | 38 596 | 44 035 | 42 393 | 96,3 |
| 3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče | 29 816 | 30 760 | 30 867 | 31 920 | 37 062 | 34 829 | 94,0 |
| 3.2 Denní dlouhodobá zdravotní péče | 1 480 | 1 486 | 1 444 | 1 496 | 1 640 | 1 706 | 104,0 |
| 3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče | 4 466 | 4 759 | 4 770 | 5 180 | 5 333 | 5 859 | 109,9 |
| 4 Doplňkové služby | 37 039 | 37 525 | 38 213 | 38 469 | 38 883 | 40 020 | 102,9 |
| 4.1 Laboratorní služby | 19 917 | 20 149 | 21 001 | 21 215 | 21 454 | 22 037 | 102,7 |
| 4.2 Zobrazovací metody | 9 729 | 9 855 | 9 861 | 10 044 | 10 490 | 10 484 | 99,9 |
| 4.3 Doprava pacientů | 7 393 | 7 521 | 7 351 | 7 210 | 6 939 | 7 499 | 108,1 |
| 5 Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky | 66 231 | 67 626 | 70 676 | 66 784 | 67 021 | 65 782 | 98,2 |
| 5.1 Léčiva a zdravotnický materiál | 57 091 | 58 298 | 61 390 | 56 221 | 56 957 | 56 916 | 99,9 |
| 5.2 Terapeutické pomůcky | 9 141 | 9 329 | 9 286 | 10 563 | 10 064 | 8 867 | 88,1 |
| 6 Preventivní péče | 9 990 | 10 364 | 10 595 | 10 765 | 11 433 | 9 027 | 79,0 |
| 6.1 Informační a poradenské programy | 487 | 497 | 626 | 629 | 637 | 668 | 104,9 |
| 6.2 Imunizační programy | 1 389 | 1 432 | 1 484 | 1 458 | 1 576 | 1 267 | 80,4 |
| 6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí | 1 573 | 1 554 | 1 586 | 1 644 | 1 659 | 1 637 | 98,7 |
| 6.4 Programy pro sledování zdravotního stavu | 6 541 | 6 881 | 6 900 | 7 034 | 7 561 | 5 455 | 72,2 |
| 7 Správa systému zdravotní péče | 8 649 | 8 758 | 8 634 | 9 005 | 9 040 | 8 536 | 94,4 |
| 7.1 Státní správa a samospráva | 8 636 | 8 744 | 8 616 | 8 993 | 9 025 | 8 523 | 94,4 |
| 7.2. Správa soukromého ZP\* | 13 | 14 | 19 | 12 | 15 | 13 | 84,4 |
| HCR.1 Dlouhodobá sociální péče | 16 999 | 16 050 | 15 926 | 17 241 | 18 078 | 18 611 | 103,0 |
| HCR.1.1 Sociální služby | 1 404 | 1 433 | 1 435 | 1 587 | 1 809 | 1 791 | 99,0 |
| HCR.1.2 Peněžité dávky | 15 595 | 14 617 | 14 491 | 15 654 | 16 269 | 16 820 | 103,4 |
| HCR.2 Podpora zdraví v širším pohledu | 259 | 254 | 263 | 252 | 258 | 294 | 113,7 |
| 9 Ostatní zdravotní péče neuvedená jinde | 9 048 | 8 978 | 8 886 | 8 907 | 8 934 | 9 197 | 102,9 |
| R.1 Investiční náklady | 5 323 | 5 108 | 4 940 | 3 851 | 3 536 | 4 102 | 116,0 |
| R.2 Vzdělávání | 256 | 252 | 262 | 236 | 255 | 274 | 107,4 |
| R.3 Věda a výzkum | 1 023 | 1 065 | 1 095 | 1 272 | 1 278 | 1381 | 108,0 |
| **Celkem** | **340 690** | **344 505** | **348 210** | **350 079** | **353 799** | **353 727** | **100,0** |

\*ZP = zdravotní pojištění

***Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015***

**Graf č. 2.4 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle vybraných druhů péče, 2011, 2013 a 2015 (mld. Kč; %)**

1. **v mld. Kč**

|  |
| --- |
| 1. **struktura (%)** |

*Léčebná péče = lůžková, denní, ambulantní, domácí léčebná péče*

*Doplňkové služby = laboratorní služby, zobrazovací metody a doprava pacientů*

*Dlouhodobá péče zdravotní = lůžková, denní, domácí dlouhodobá péče*

*Dlouhodobá péče sociální = sociální služby, peněžité dávky*

*Rehabilitační péče = lůžková, ambulantní rehabilitační péče*

*Preventivní péče = informační a poradenské programy, imunizační programy, programy pro včasné odhalení nemoci, programy pro sledování zdravotního stavu*

***Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015***

***Léčebná péče tvoří dvě pětiny z celkových výdajů na zdravotní péči***

Léčebná péče zaznamenala v roce 2015 mírný nárůst v porovnání s rokem 2014 a tvoří nadále největší podíl celkových výdajů na zdravotní péči (téměř 40 %). Léčebnou péči tvoří z 96 % lůžková a ambulantní léčebná péče, zbytek pokrývají domácí a denní léčebná péče. Výdaje na **lůžkovou péči** od roku 2010, kdy představovaly 41 % celkové léčebné péče, postupně klesají a v roce 2015 dosáhly svého historického minima v absolutních hodnotách 51,3 mld. Kč (viz tabulka č. 2.2).

Na druhou stranu narůstá objem výdajů na **ambulantní léčebnou péči**, a to v souvislosti s vývojem a využitím anestetik s krátkou dobou účinnosti a s novými operačními metodami. Výdaje na denní léčebnou péči se v období 2010 - 2015 pohybují stabilně nad hranicí 5 miliard Kč. To odpovídá současné snaze o zkrácení doby hospitalizace na nezbytné minimum a provádění některých zákroků, jejichž povaha to umožňuje, ambulantně nebo v režimu jednodenní chirurgie. Tento přístup je finančně výhodnější a pro pacienty většinou příjemnější než pobyt v nemocnici.

Dalším nejnákladnějším druhem péče po léčebné péči jsou **léčiva a ostatní zdravotnické výrobky** s 19% podílem na celkových výdajích na zdravotní péči. Léčiva a zdravotnický materiál (léky na předpis i volně prodejné a další zboží jako dezinfekce, obvazy, náplasti, teploměry atd.) tvoří dlouhodobě až 87 % výdajů této skupiny a v porovnání s rokem 2014 zůstaly stabilní. Zbývajících 13 % představují **výdaje na** **terapeutické pomůcky** (brýle, naslouchadla, berle, invalidní vozíky, apod.).

Výdaje za **lůžkovou rehabilitační péči** se z podstatné části týkají **lázeňské péče**. Zejména v roce 2013 byly výdaje na lázeňskou péči výrazně omezeny. Pravidla pro úhradu lázeňské péče ze zdravotního pojištění se změnila v říjnu 2012. Vyhláška zkrátila u dospělých pacientů zdravotními pojišťovnami plně hrazené pobyty ze čtyř týdnů na tři, upravila indikační seznam a u některých diagnóz odstranila možnost opakování hrazeného pobytu. K opětovnému zvýšení výdajů došlo až v roce 2014, kdy od dubna začali lékaři předepisovat poukazy podle nových pravidel a mírný nárůst pokračoval i v roce 2015.

Potřeba **dlouhodobé péče** bude s ohledem na stárnutí populace narůstat a s tím souvisí každoroční pozvolné zvyšování výdajů zejména na dlouhodobou lůžkovou péči. V období 2010 – 2014 se zvýšily téměř o čtvrtinu. Rok 2015 přinesl snížení výdajů na dlouhodobou lůžkovou zdravotní péči o 6 %. Teprve výdaje v dalších letech ukáží, zda se jednalo o náhodný výkyv nebo zda bude sestupný trend pokračovat. **Výdaje na dlouhodobou lůžkovou péči** představují 82 % z celkových výdajů na dlouhodobou péči. Výdaje na dlouhodobou domácí péči se od roku 2010 zvýšily téměř o jednu třetinu. **Dlouhodobá domácí péče** je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. V souvislosti se změnou metodiky SHA 2011 se podařilo rozšířit zdroje dat a tím se zaměřit také na výdaje za denní dlouhodobou péči, která byla sledována v minulosti pouze okrajově. **Denní dlouhodobá** péče ovšem tvoří pouze velmi malou část výdajů na zdravotní péči. Podrobněji se budeme věnovat **dlouhodobé zdravotní a sociální péči** v samostatné kapitole č. 3.3.

**Doplňkové služby** tvoří dlouhodobě 11 % celkových výdajů na zdravotnictví. Více než polovinu výdajů z této kategorie představují výdaje na **laboratorní vyšetření**. Výdaje na **dopravu pacientů** se po mírném propadu v roce 2014 meziročně zvýšily o 8 % a zaujaly téměř pětinu výdajů ze skupiny doplňkových služeb, přičemž největší podíl na těchto výdajích má pochopitelně zdravotnická záchranná služba (ZZS). Podle metodiky SHA se však výdaje na ZZS nerozlišují zvlášť, ale jsou spojeny s celkovými výdaji na dopravu.

Cílem **preventivní péče** je celkově dobrý zdravotní stav obyvatel a nebývá proto zaměřena na konkrétní onemocnění. Preventivní programy jsou více zaměřeny na ty skupiny obyvatel, které jsou považovány za ohrožené (děti, senioři, těhotné ženy) případně na určité zdravotní oblasti (např. zubní a všeobecné preventivní prohlídky). V rámci těchto programů je zvyšována informovanost a vzdělanost obyvatel v oblasti zdravotní péče. Lidé jsou seznamováni s metodami a postupy, které jim umožňují převzít aktivní roli v ochraně jejich vlastního zdraví.

Významné místo v preventivní péči mají imunizační programy. Výčet povinných očkování a nepovinných očkování hrazených z veřejného pojištění se mění a s ním i výdaje na preventivní péči. Stejně tak nabídka dalších očkování, mimo jiné i pro cestování do tropických oblastí a další, se během doby vyvíjí.

Další skupinou výdajů preventivní péče jsou programy pro včasné odhalení nemocí zahrnující různé typy screeningů, diagnostické testy a lékařské prohlídky.

Výdajově nejvýznamnější položkou preventivní péče jsou programy pro sledování zdravotního stavu obyvatelstva zahrnující aktivní monitoring celkového zdravotního stavu i jeho dílčích aspektů. Preventivní programy z této skupiny se zaměřují na určitá období života jako je těhotenství (předporodní a poporodní péči), růst a vývoj dítěte, skupiny stárnoucích lidí nebo na zubní a všeobecné preventivní prohlídky, na které bylo vydáno v roce 2015 téměř 5,5 mld. Kč.

## 2.4 Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele

Konečně třetí pohled na problematiku zdravotní péče nám dává odpověď na otázku, kdo ji poskytuje. Rozhodující je proto typ poskytovatele přiřazený nositeli právní subjektivity, který automaticky přejímají i všechna začleněná zařízení bez vlastní právní subjektivity. Bude-li například lékárna, specializovaná ambulance nebo léčebna dlouhodobě nemocných zařazena v rámci širšího subjektu nemocnice, pak se veškeré výdaje na toto zařízení objeví ve výdajích nemocnice. Podle druhu péče pak poznáme, za jakou péči byly peníze vydány, což v případě lékárny v nemocnici mohou být například léky na předpis, u ambulance ambulantní léčebná péče a u léčebny dlouhodobě nemocných dlouhodobá lůžková péče.

***Od roku 2010 se zvýšily výdaje nemocnic o téměř 7 miliard Kč (o 5 %)***

Jak ukazují data v tabulce č. 2.3, dvě pětiny finančních prostředků ve zdravotnictví směřuje do nemocnic. V roce 2015 z toho 89 % připadalo na všeobecné nemocnice a zbývajících 11 % výdajů na zdravotní péči náleželo specializovaným nemocnicím (sem patří například psychiatrické nemocnice, zařízení následné péče, rehabilitační nemocnice a nemocnice lázeňské léčebně rehabilitační péče včetně lázní).

V pořadí za nimi následovaly výdaje v **zařízeních ambulantní péče** (v roce 2015 dosahovaly jedné pětiny celkových výdajů). V této skupině  poskytovatelů připadalo 55 % výdajů na samostatné **ordinace lékařů** a 24 % na **ordinace stomatologů**.

Kategorie poskytovatelů zahrnující lékárny a výdejny prostředků zdravotnické techniky zahrnuje specializované provozovny, které se zaměřují na maloobchodní prodej farmaceutických výrobků nebo zdravotnických prostředků a lékařských nástrojů jako jsou optické brýle, naslouchátka, ortopedické a protetické pomůcky. Rovněž zahrnují montáž a opravy v kombinaci s prodejem výrobků. Výdaje **lékáren a výdejen prostředků zdravotnické techniky** se v letech 2013 – 2014 postupně snižovaly. Klesající trend se v roce 2015 zastavil a dosažená hodnota 47,5 mld. Kč odpovídá úrovni z předchozího roku.

**Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče** (HP 8.1) zahrnují výdaje na péči zajišťovanou osobou blízkou v souvislosti s pobíráním ošetřovného a příspěvku na péči (blíže viz metodická příloha). Mírné meziroční zvýšení výdajů domácností o 5 % souvisí především se zvýšením výdajů ze státního rozpočtu na ošetřovné.

**Ostatní odvětví** jako poskytovatelé zdravotní péče (HP 8.2) zahrnují širokou škálu poskytovatelů zdravotní péče např. závodní preventivní péči, zařízení pro seniory bez ošetřovatelské péče, poskytovatele domácí péče zaměřené na sebeobsluhu a soběstačnost klienta, školy s pracovníky v oblasti zdravotnictví apod.

**Tabulka č. 2.3 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle typu poskytovatele (mil. Kč)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Typ poskytovatele (ICHA-HP)** | **2010** | **2011** | **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **Index 2015/2014** |
| 1 Nemocnice | 133 211 | 133 567 | 134 498 | 136 679 | 139 786 | 139 935 | 100,1 |
| 1.1 Všeobecné nemocnice | 114 664 | 117 190 | 116 896 | 119 020 | 121 397 | 125 124 | 103,1 |
| 1.2 Specializované nemocnice | 18 547 | 16 377 | 17 602 | 17 659 | 18 389 | 14 811 | 80,5 |
| 2 Lůžková zařízení dlouhodobé péče | 20 756 | 20 944 | 21 037 | 21 895 | 22 574 | 24 413 | 108,1 |
| 2.1 Zařízení ošetřovatelské dlouhodobé péče | 11 521 | 11 662 | 11 569 | 11 928 | 11 890 | 12 883 | 108,4 |
| 2.2 Léčebny pro mentálně postižené,  psychiatrické a závislé | 8 005 | 8 183 | 8 294 | 8 883 | 9 695 | 10 606 | 109,4 |
| 2.9 Ostatní lůžková zařízení | 1 230 | 1 100 | 1 174 | 1 084 | 989 | 924 | 93,4 |
| 3 Poskytovatelé ambulantní péče | 66 878 | 69 798 | 68 801 | 71 780 | 72 072 | 71 447 | 99,1 |
| 3.1 Samostatné ordinace lékaře | 37 679 | 37 915 | 37 764 | 39 236 | 38 564 | 38 998 | 101,1 |
| 3.2 Samostatné ordinace zubních lékařů | 16 674 | 17 169 | 16 143 | 16 704 | 17 447 | 17 167 | 98,4 |
| 3.3 Ostatní poskytovatelé zdravotní péče | 2 959 | 3 164 | 3 162 | 3 425 | 3 562 | 3 524 | 98,9 |
| 3.4 Ambulantní centra | 7 578 | 9 437 | 9 652 | 10 281 | 10 407 | 9 826 | 94,4 |
| 3.5 Poskytovatelé služeb domácí péče | 1 456 | 1 388 | 1 397 | 1 427 | 1 492 | 1 531 | 102,6 |
| 3.9 Ostatní poskytovatelé ambulantní péče | 532 | 725 | 684 | 706 | 600 | 402 | 67,0 |
| 4 Poskytovatelé doplňkových služeb | 11 301 | 11 214 | 11 855 | 11 449 | 11 518 | 12 271 | 106,5 |
| 4.1 Doprava pacientů a záchranná služba | 6 855 | 6 985 | 7 212 | 6 836 | 6 835 | 7 404 | 108,3 |
| 4.2 Laboratoře | 4 446 | 4 229 | 4 643 | 4 613 | 4 683 | 4 867 | 103,9 |
| 5 Lékárny a výdejny PZT\* | 60 907 | 62 704 | 63 783 | 59 680 | 55 564 | 54 671 | 98,4 |
| 5.1 Lékárny | 51 469 | 54 193 | 55 468 | 50 258 | 47 159 | 47 539 | 100,8 |
| 5.2 Prodejci a dodavatelé zdravot. zboží a techniky | 7 341 | 6 494 | 6 312 | 7 518 | 6 493 | 5 248 | 80,8 |
| 5.9 Ostatní prodejci | 2 096 | 2 017 | 2 003 | 1 904 | 1 913 | 1 883 | 98,4 |
| 6 Poskytovatelé preventivní péče | 891 | 788 | 737 | 778 | 759 | 774 | 101,9 |
| 7 Správa systému zdravotní péče | 10 953 | 11 311 | 10 870 | 11 462 | 11 483 | 10 949 | 95,3 |
| 7.1 Státní správa | 4 205 | 4 368 | 4 098 | 4 363 | 4 435 | 4 459 | 100,5 |
| 7.2 Správa zdravotních pojišťoven | 6 748 | 6 943 | 6 772 | 7 100 | 7 048 | 6 490 | 92,1 |
| 8 Ostatní odvětví ekonomiky | 20 167 | 19 913 | 20 039 | 21 485 | 23 970 | 23 525 | 98,1 |
| 8.1 Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče | 13 788 | 13 362 | 13 620 | 14 593 | 15 207 | 15 991 | 105,2 |
| 8.2 Ostatní poskytovatelé zdravotní péče | 6 379 | 6 551 | 6 419 | 6 893 | 8 763 | 7 534 | 86,0 |
| 9 Nerozlišeno | 15 625 | 14 266 | 16 590 | 14 870 | 16 073 | 15 742 | 97,9 |
| **Celkem** | **340 690** | **344 506** | **348 210** | **350 079** | **353 799** | **353 727** | **100,0** |

*Poznámky:*

*Do skupiny HP2.9 Ostatní lůžková zařízení patří např. zařízení pro sluchově a zrakově postižené osoby, geriatrická rehabilitační centra, která nesplňují podmínky nemocnic ani zařízení pro mentálně postižené (či zařízení dlouhodobé ošetřovatelské péče).*

*\*PZT = prostředky zdravotnické techniky zahrnují např. dioptrické brýle a jiné výrobky oční optiky, pomůcky pro nedoslýchavé, protetické pomůcky, úpravy a opravy uvedených pomůcek*

*Do skupiny HP 8.1 Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče je zahrnuto ošetřovné a příspěvek na péči (výdaje na péči zajišťovanou osobou blízkou). Na ošetřovné má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat z důvodu, že musí ošetřovat nemocného člena domácnosti, nebo pečovat o zdravé dítě mladší 10 let z důvodů, že školské nebo dětské zařízení bylo uzavřeno z důvodu nepředvídané události, dítěti byla nařízena karanténa, nebo osoba, která jinak o dítě pečuje, sama onemocněla. Podmínkou nároku na ošetřovné je, že ošetřovaná osoba žije se zaměstnancem v domácnosti; to neplatí v případě ošetřování nebo péče o dítě mladší 10 let rodičem Podpůrčí doba u ošetřovného počíná prvním kalendářním dnem potřeby ošetřování a činí nejdéle 9 kalendářních dnů. Jde-li o osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči aspoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku, činí podpůrčí doba nejdéle 16 kalendářních dnů.*

***Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015***

**Graf 2.5 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle vybraných typů poskytovatele, 2011, 2013 a 2015 (mld. Kč; %)**

1. **v mld. Kč**

*Kategorie „ostatní poskytovatelé“ zahrnuje např. poskytovatele preventivní péče, Ministerstvo zdravotnictví, správu povinného zdravotního pojištění, správu soukromého zdravotního pojištění, podniky apod. Výdaje na zdravotní péči od ostatních poskytovatelů: rok 2011 – 32,9 mld. Kč, 2013 – 34,0 mld. Kč, rok 2015 – 35,0 mld. Kč*

1. **struktura (%)**

***Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015***

1. Ze státního rozpočtu jsou rovněž hrazeny platby na zdravotní pojištění za nevýdělečně činné skupiny obyvatelstva (děti do ukončení jejich povinné školní docházky, studenty do 26 let, osoby na mateřské a rodičovské dovolené, osoby, které pobírají některý z důchodů, uchazeče o zaměstnání, pokud jsou v evidenci úřadu práce atd.). Konečným zdrojem financování zdravotní péče (ať již lůžkové, ambulantní či jiné) o tyto osoby jsou většinou zdravotní pojišťovny, které jsou primárním příjemcem těchto finančních prostředků. Tyto prostředky jsou tedy dle metodiky SHA alokovány do zdrojů zdravotních pojišťoven, které s nimi dále hospodaří. [↑](#footnote-ref-1)