

**Vysoká škola ekonomická v Praze
Fakulta managementu
Jindřichův Hradec**

IMZH

Bakalářská práce

Šárka Smetanová

2008

**Vysoká škola ekonomická v Praze
Fakulta managementu
Jindřichův Hradec**

IMZH

Vývoj objemu a struktury výdajů za poskytované zdravotní služby v ČR

Vypracoval:

Šárka Smetanová

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Ondřej Lešetický

Jindřichův Hradec, únor 2008

Prohlášení:

Prohlašuji, že diplomovou práci „Vývoj objemu a struktury výdajů za poskytované zdravotní služby v ČR“ jsem vypracovala samostatně. Použitou literaturu a podkladové materiály uvádím v příloženém seznamu literatury.

Jindřichův Hradec, únor 2008

podpis studenta

Anotace

Vývoj objemu a struktury výdajů za poskytované zdravotní služby v ČR

Vývoj objemu a struktury výdajů na zdravotnictví v období 2000 – 2005, identifikace a zhodnocení významu hlavních „cost-drivers“.

Jindřichův Hradec, únor 2008

Poděkování

Chtěla bych poděkovat panu Ing. Ondřeji Lešetickému z Vysoké školy ekonomické v Praze, Fakulty managementu v Jindřichově Hradci za cenné rady, náměty a inspiraci při vedení mé bakalářské práce.

Šárka Smetanová

Jindřichův Hradec, únor 2008

Obsah

1. Úvod.....	1
2. Základní pojmy	3
Zdraví.....	3
Zdravotnictví.....	4
Zdravotnická služba	5
Nemoc	5
Funkcionalistická definice zdraví a nemoci.....	6
3. Ministerstvo zdravotnictví České republiky	6
4. Legislativa ve zdravotnictví.....	8
5. Výdaje ve zdravotnictví	8
5.1. Financování podle typu zdravotnického zařízení.....	10
5.1.1. Ambulantní zdravotní péče	10
5.1.2. Akutní lůžková péče.....	11
5.1.3. Lékárny a financování léků.....	11
5.2. Systém zdravotnických účtů	12
6. Zdravotní pojištění	13
6.1. Trojúhelník zdravotní péče	14
7. Vývoj celkových výdajů ve zdravotnictví	16
8. Analýza výdajů na zdravotnictví	18
8.1. Podle zdrojů financování.....	18
8.2. Podle druhů péče	20
8.3. Podle typu poskytovatele	21
9. Výdaje veřejných rozpočtů	23
9.1. Podle druhu péče	23
9.2. Podle jednotlivých složek financování	24
10. Výdaje zdravotních pojišťoven.....	26
10.1. Podle druhu péče	26
10.2. Podle typu poskytovatele	28
11. Výdaje domácností.....	29

11.1. Podle druhu péče	29
11.2. Podle typu domácnosti	30
12. Mezinárodní srovnání	31
13. Závěr	32

1. Úvod

Zdravotnictví má u nás i v Evropě stále větší význam. Vývoj nových technologií ve zdravotnické péči a vývoji nových léků trvale zlepšuje zdraví populace. S tím souvisí také neustále rostoucí výdaje na zdravotní péči. Prevence a zdravý životní styl jsou důvody vyššího průměrného věku, kterého se dožívají občané nejvyspělejších zemí světa.

Obyvatelstvo v Evropě je nejstarší na světě a počet seniorů rok od roku roste. Každý šestý občan Evropské unie je starší 65 let. Průměrný věk občanů v ostatních státech světa je mnohem nižší.

Výdaje na zdravotní péči stále rostou nejvíce díky větší pozornosti věnované zdravotnictví jako celku, vývoji nových lékařských technologií a nových léků, a současně se na zvyšování nákladů podílí stárnutí populace.

Ve všech vyspělých zemích světa rostou veřejné výdaje na zdravotnictví více než ekonomika. Nejvíce peněz do zdravotnictví na světě dávají Spojené státy Americké, následuje Švýcarsko, Norsko a Lucembursko.

Velký nárůst nákladů na zdravotnictví byl zapříčiněn i růstem výdajů na léky v posledních letech. Do veřejných výdajů se počítají státní výdaje či peněžní prostředky proudící do zdravotnictví přes zdravotní pojištění.

Prvních šest kapitol se věnuje teoretické části. Jsou zde vysvětleny základní pojmy ve zdravotnictví, přes právní úpravu až po rozbor jednotlivých způsobů financování různých druhů zdravotní péče. Jedná se hlavně o ambulantní a lůžkovou péči a financování léků. Následují stručné informace o zdravotním pojištění.

Kapitoly 7 až 11 se zabývají vývojem výdajů na zdravotnictví v České republice v letech 2000 až 2005. Tyto výdaje jsou rozděleny na výdaje z veřejných rozpočtů, pojišťoven, domácností a celkové výdaje. Toto rozdělení je dále členěno podle druhu péče, typu poskytovatele, zdrojů financování atd.

Kapitola 12 se stručně věnuje srovnání čtyř evropských států z hlediska podílu výdajů na zdravotnictví na HDP a závěr obsahuje zopakování nejdůležitějších poznatků.

2. Základní pojmy

Zdraví je pro nás určitou základní hodnotou, která nemá hmotnou povahu, není zbožím a nedá se koupit ani prodat. V některých případech se setkáváme se záměnou zdraví a zdravotní péče a v tomto případě by se dalo zdraví považovat za zboží. Ale pokud si kupujeme zdravotní péči, nedá se říci, že si kupujeme zdraví v celém rozsahu. Můžeme pouze zlepšit svůj zdravotní stav nákupem léků nebo služeb lékařů. Existují totiž onemocnění jejichž následky nemůžeme odvrátit. Například stáří nebo důsledky některých úrazů jsou nevyléčitelné.

Dříve bylo chápáno zdraví ze statického pohledu, nyní se již chápe zdraví z pohledu dynamického, tj. vnímání zdraví již ne jako stav, ale jako proces.

Definice pojmu zdraví se časem vyvíjí. Může se vyjádřit negativně nebo pozitivně. Negativní definice označuje zdraví jako absenci choroby. Pozitivní vymezení se snaží nalézt pozitivní znaky zdraví. Dále se můžeme setkat ještě s funkcionálním pojmem zdraví, tím je schopnosti vyrovnat se s každodenními činnostmi.

„Světová Zdravotnická Organizace (WHO) definuje zdraví jako „stav kompletní a dokonalé fyzické, mentální a sociální pohody, a nesestává se jen z absence nemoci nebo duševní vady či poruchy.“¹ Toto je přesná definice zdraví, ale dá se považovat za idealistickou, nerealistickou a subjektivní. Podle této WHO definice by bylo 70-95% lidí nezdravých. Zdraví je zde chápáno jako stav, tedy ve statickém pojetí.

Nově je chápáno zdraví jako proces, v dynamickém pojetí, „které chápe zdraví v širokých souvislostech. Kritizuje definice, které vycházejí ze statického, konečného, dokonalého stavu organismu, kterého se reálně nedá dosáhnout. Tyto definice nezohledňují procesy, které v momentě posuzování v organismu probíhají a dosud se neprojeví ani subjektivními ani objektivními příznaky. Nezohledňují ani dynamiku vztahu lidského organismu k vnějšímu prostředí, ani vliv faktorů vnitřního prostředí,

¹ Durdisová J.: *Ekonomika zdraví*, Vysoká škola ekonomická, Praha, 2005, str. 9

které se projevují v dědičnosti a genetické výbavě organismu. Moderní definice zdraví by měla odpovídat celostnímu chápání jednotky organismu a prostředí, zdraví a choroby jako dynamického procesu. “²

Zdraví je ovlivňováno řadou podmínek, situací a také přírodním a sociálním prostředím. Dá se tedy říci, že zdraví je schopnost se s tímto prostředím vyrovnat bez poškození životních funkcí. Oproti tomu choroba je tedy nemožnost se vyrovnat s nároky prostředí bez poškození životních funkcí.

Evropský systém klade důraz na solidaritu, rovnost, dostupnost, humanitu, demokratičnost a zajištění co nejlepší péče v souvislosti s ekonomickými možnostmi země. Tuto péči jako veřejnou službu zajišťuje stát a vytváří pro její uskutečňování právní, organizační a ekonomické prostředí. Plní tak povinnosti dané mj. Ústavou a Listinou základních práv a svobod.

Česká republika stejně jako řada jiných států střední a východní Evropy v oblasti financování zdravotnictví zvolila cestu veřejného zdravotního pojištění a odstátnění zdravotnických služeb. Potíže však přetrvávají v oblasti financování a úhrad služeb a také na straně poskytovatelů zdravotnických služeb. V současné době se u nás vede spor o podobu našeho zdravotnictví. Zda je budovat jako tržní zdravotnictví anebo jako veřejnou službu občanům. Zdravotnictví by mělo být v první řadě veřejnou službou občanům a aby bylo základní jistotou a právem pro všechny, kdo je budou potřebovat. Zdravotnictví není zadarmo, vynakládáme na něj více jak 7% hrubého domácího produktu. To, že péče není hrazena pacientem v okamžiku její spotřeby, neznamená, že je zadarmo.

Zdravotnictví *„je soubor opatření, postupů a zařízení tvořící systém organizace zdravotní péče. Zdravotní péči se rozumí prevence, ošetřování a zvládání chorob a ochrana duševního a fyzického zdraví využitím služeb zdravotního, ošetřujícího a pomocného personálu.“³ Zdravotnická zařízení jsou například*

² Durdisová J.: *Ekonomika zdraví*, Vysoká škola ekonomická, Praha, 2005, str. 10

³ Wikipedia, <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotnictv%C3%AD>, cit. [26.1.2008] online.

nemocnice, polikliniky, ordinace lékařů, zdravotnická záchranná služba, hygienická služba, specializované léčebné ústavy, výzkumné ústavy a laboratoře.

Zdravotní péče se dělí na nemateriální činnosti a materiální spotřebu, dále na základní a specializovanou, garantovanou a negarantovanou, standardní a nadstandardní zdravotní péči. Nejčastěji se péče člení na ambulantní a ústavní.

Zdravotní péči můžeme dále členit na primární, sekundární a terciární. **Primární** péče je základní nebo-li všeobecná. Je místem odkud se pacienti dostávají na specializovaná oddělení. Zahrnuje „*péči praktických lékařů pro dospělé, péči praktických lékařů pro děti a dorost, základní gynekologickou péči a základní stomatologickou péči.*“⁴ **Sekundární** péče je péče specializovaná. Jsou to služby na poliklinikách a v nemocnicích. **Terciární** je péče vysoce specializovaná a náročná. Vyžaduje tým odborníků. Nejvíce je využívána primární péče a nejméně terciární. Oproti tomu náklady jsou největší na terciární péči.

Poskytovatelé zdravotní péče jsou zdravotnická zařízení a další organizace zařazené do sítě zdravotnických zařízení. Tyto zařízení mohou být státní a nestátní, lůžková a ambulantní, smluvní a nesmluvní, dále lékárny a zvláštní dětská zařízení.

Zdravotnická služba je nemateriální činností, kterou vykonává zdravotnický personál ve zdravotnických zařízeních. Služba je soubor činností, jež mají nehmotnou povahu.

Zdravotnická služba je lékařská péče o organismus člověka, kontrola zdravotní nezávadnosti prostředí a ovlivňování zdravotního vědomí občanů.

Nemoc je stav fyzický nebo duševní, který se projevuje změnou funkcí buněk a v důsledku i poškozením těchto buněk, tkání a orgánů. Nemoc je stav, který nemocnému způsobuje subjektivní potíže, tato definice ale z lékařského hlediska nezahrnuje všechny nemoci - například vysoký krevní tlak nebo nádorová onemocnění.

⁴ Durdisová J.: *Ekonomika zdraví*, Vysoká škola ekonomická, Praha, 2005, str. 22

Funkcionalistická definice zdraví a nemoci určuje některé funkce organismu jako správné a jiné jako patologické, bez ohledu na to, jestli ty patologické způsobují nějaké subjektivní potíže. Doktor Heřman Šikl pak definuje nemoc jako narušení a ztrátu homeostázy, selhání adaptačních mechanismů organismu vlivem nepříznivých vlivů vnějšího prostředí.

3. Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Ministerstvo zdravotnictví ČR je ústředním orgánem státní správy na úseku zdravotní péče a ochrany veřejného zdraví.

Ministerstvo bylo zřízeno zákonem č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky. Tento kompetenční zákon (ve znění pozdějších předpisů) vymezuje základní působnost ministerstva.

„Oblasti působnosti

Ministerstvo zdravotnictví je ústředním orgánem státní správy pro:

- zdravotní péči a ochranu veřejného zdraví*
- zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost*
- zacházení s návykovými látkami, přípravky, prekursorů a pomocnými látkami*
- vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdrojů, přírodních léčebných lázní a zdrojů přírodních minerálních vod*
- léčiva a prostředky zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostiku a léčení lidí*
- zdravotní pojištění*
- zdravotnický informační systém*

Ministerstvo:

- *přímo řídí některá zdravotnická zařízení*
- *řídí Český inspektorát lázní a zřidel, který je jeho součástí*
- *řídí Inspektorát omamných a psychotropních látek, který je jeho organizační součástí*

Sídlo: *Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2*⁵

Obrázek č. 1 – Sídlo ministerstva zdravotnictví ČR



Zdroj: Wikipedia

⁵Wikipedia-http://cs.wikipedia.org/wiki/Ministerstvo_zdravotnictv%C3%AD_%C4%8Cesk%C3%A9_republiky,cit. [26.1.2008] online

4. Legislativa ve zdravotnictví

Základní právní předpis platný v České republice v režimu zdravotnického práva je **Zákon o péči o zdraví lidu**. Tento zákon vymezuje hlavní zásady péče o zdraví lidu. Je to zákon, který vyšel v r. 1966 jako 20/1966 Sb. Z toho vyplývá, že byl platný na území České a Slovenské republiky, v ČR tento zákon platí po řadě novelizací dále, v SR byl přijat zákon nový.

5. Výdaje ve zdravotnictví

Jakákoliv lidská činnost souvisí s vynaložením zkušeností a dovedností, ale také s vynaložením určitých finančních prostředků na tuto činnost. To se týká samozřejmě i zdravotnictví.

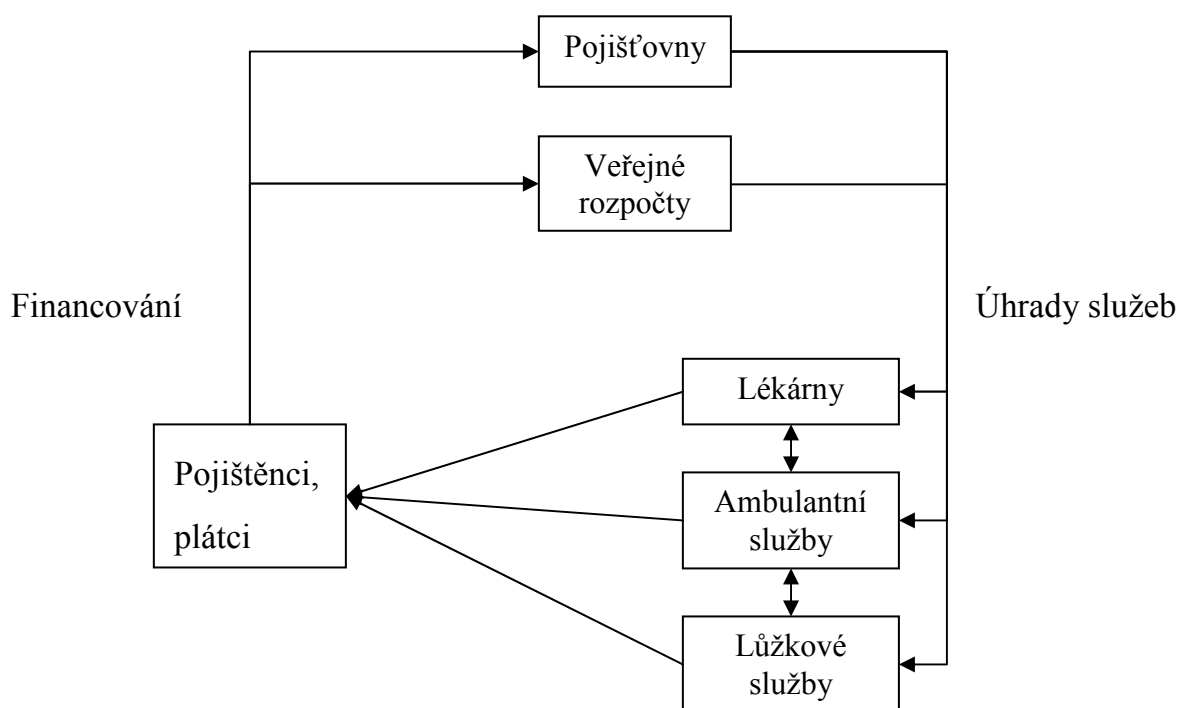
Názory na výši výdajů na zdravotnictví se liší. *„Ten kdo potřebuje pomoc v nemoci či úrazu, by si ve většině případů přál jakkoliv náročnou službu, aby mohl věřit, že se mu vrátí nebo zlepší jeho dosavadní zdravotní stav. Ten, kdo zdravotnické služby poskytuje, by nechtěl být omezován žádnými limity, aby si mohl být jist tím, že poskytl službu na nejvyšší možné úrovni, kterou mohl poskytnout.“*⁶

Problémem by zde bylo kdo by náklady hradil. Většina pacientů by nebyla schopna zaplatit požadovanou péči a poskytovatel by byl možná ochoten se podílet na nákladech jen v případě, že by byly minimální. Obě strany se zde snaží snižovat své náklady. To vedlo k vytvoření nemocenského pojištění. Pacient platí pravidelné částky, protože v době nemoci by si je najednou nemohl dovolit a poskytovatel nemůže své služby maximalizovat vůči jednomu pacientovi a omezovat tak prostředky pro jiné.

Vedle zdravotního pojištění existují další zdroje financování zdravotnictví: příjmy z daní, přímé úhrady, dary, půjčky. Nejvíce jsou zdr. služby financovány z veřejných prostředků. Přímé platby jsou jen okrajovou formou financování.

⁶ Papeš Z., Ulrich M., Zdravotnická ekonomika, Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, str. 15

Obrázek č. 2 – Financování a úhrady zdravotnických služeb



Zdroj: Kolektiv autorů, *Financování českého zdravotnictví*, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, str. 21

Ve zdravotnictví došlo v posledních letech ke značnému nárůstu nákladů a tento nárůst je třeba nějakým způsobem tlumit. „Podíl celkových výdajů na zdravotní péči z hrubého domácího produktu je jedním z ukazatelů efektivity zdravotnictví a odráží se v něm také cena práce v daném státě. HDP je makroekonomická veličina, zachycující celkovou peněžní hodnotu toku zboží a služeb, vytvořených za dané období výrobními faktory v národním hospodářství bez ohledu na to, jsou-li vlastněny občany státu, nebo cizinci.

Výše celkových výdajů na zdravotní péči na jednoho obyvatele je závislá na výši HDP na jednoho obyvatele. Státy si nemohou dovolit vydávat na zdravotní péči více než jim dovoluje výše jejich HDP“⁷

⁷ Kol. autorů, *Financování českého zdravotnictví*, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, str. 50

Každá oblast zdravotnictví je financována jiným způsobem. Některé zdravotnické subjekty se postupem času staly samostatnými privátními subjekty. Tato samostatná zařízení jsou v rukách soukromníků a poskytují určité druhy zdravotní péče. Privatizovány byly celé polikliniky i menší nemocnice.

Většina velkých nemocnic zůstává v rukou státu. Ty vykonávají téměř všechny druhy zdravotnické péče.

Financování zdravotní péče se postupně mění stejně jako se mění struktura zdravotnických zařízení.

5.1. Financování podle typu zdravotnického zařízení

5.1.1. Ambulantní zdravotní péče

Do této oblasti bychom mohli zařadit praktické lékaře, ambulantní specialisty, zdravotnickou záchrannou službu atd.

Praktičtí lékaři uzavírají smlouvy se zdravotními pojišťovnami podle toho, kterou pojišťovnu si vybral pacient a každý měsíc jim účtují úhradu za poskytnutou péči. Lékaři dostávají fixní odměny za každého pacienta ve své registraci. Dále praktičtí lékaři dostávají platby za určité výkony. Tyto úkony jsou sepsány zdravotní pojišťovnou. Lékař je povinen ošetřit i pacienty, kteří u něho registrováni nejsou. V tomto případě dostane od zdravotní pojišťovny zapláceno i za tyto pacienty.

Specialisté představují neproblémovější oblast z hlediska financování jejich výkonů. Způsob jejich financování se několikrát změnil. Po několik let byly platby prováděny za zdravotní výkony. Ministerstvo zdravotnictví vytvořilo Seznam zdravotních výkonů. Každému výkonu byl přiřazen určitý počet bodů a každý bod měl svou tak zvanou korunovou výši. Právě hodnota jednoho bodu byla předmětem sporů mezi lékaři a pojišťovnami. Dalším systémem bylo stanovení maximální sumy peněz, kterou lékaři nemohli překročit. Tento způsob financování opět nebyl vyhovující. Nyní je systém maximálních úhrad počítán na jednoho ošetřeného pacienta.

Zdravotnická záchranná služba je financována dvěma způsoby. Prvním způsobem je paušální sazba, která představuje 112% oproti referenčnímu období.

Druhým způsobem je hodnota bodu v Kč, kterou určují vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR. Její financování je možná jednodušší než u jiných zdravotnických oborů, ale ideální není, protože počet ošetřených pacientů se může velmi lišit.

5.1.2. Akutní lůžková péče

Zdravotní péče v lůžkových zařízeních je hrazena „*paušální sazbou na jednoho ošetřeného pojištěnce v lůžkové péči, ambulanci, dopravě a jiné péči plus položky nad rámec paušální sazby, hodnotou bodu v Kč v odborných léčebných ústavech a léčebnách dlouhodobě nemocných podle příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR.*“⁸

Nemocnice jsou financovány paušální platbou, ta je dána na základě údajů z předešlého roku. Předpokládá se, že 75% nákladů nemocnice je fixních a nezávisí na množství pacientů či výkonů. Podobně jako u nás je financována většina evropských států. Avšak tento systém paušálních plateb by měl být doplněn o motivační faktory. Určitá část by mohla zůstat financována paušálně, ale určité výkony by měly být financovány výkonovým systémem.

V současné době přecházejí právní formy nemocnic na akciové společnosti. Státní nemocnice nyní fungují jako příspěvkové organizace. Forma akciové společnosti by zavedla mnohem přísnější pravidla v hospodaření a větší kontrolu ze strany dozorčích rad.

5.1.3. Lékárny a financování léků

Platba za léky je součástí zdravotního pojištění. Léky jsou vydávány prostřednictvím lékáren. Lékárny jsou buď soukromé nebo spadají pod zdravotnické zařízení. Léky se vydávají zdarma, s doplatkem nebo s plnou úhradou. Lékárna pak požaduje úhradu od zdravotních pojišťoven. Spotřeba léků u nás stále stoupá a pojišťovny hledají způsoby, jak výdeje léků regulovat.

⁸ Kolektiv autorů, Management ve zdravotnictví, Computer Press, a.s., 2003, str. 122

„Způsob financování léků určuje Ministerstvo zdravotnictví ČR. Léky jsou distribuovány až po jejich registraci Státním ústavem pro kontrolu léčiv, který odpovídá za jejich obsah. Stát reguluje i ceny léků. Maximální ceny jsou stanoveny Ministerstvem financí ČR.

*Od roku 1995 se používá tzv. **Generický princip kategorizace a úhrad**. Ve skupině léků je alespoň jeden, který je plně hrazen zdravotní pojišťovnou a u ostatních léků rozdíl mezi úhradou a cenou doplácí pacient.“⁹ Plně hrazeny jsou především léky české výroby.*

Tímto způsobem je zajištěno, že i velmi nemocní se dostanou ke kvalitním a účinným lékům, ke kterým by se při své finanční situaci dostat nemohli.

5.2. Systém zdravotnických účtů

Zdravotnictví se týká každého člena společnosti a vzhledem k výši finančních částek, které do něho plynou je i významným odvětvím ekonomiky. Z tohoto důvodu bylo třeba nějakým způsobem shromažďovat a porovnávat informace z oblasti zdravotnictví. Proto byly vytvořeny tzv. zdravotnické účty. Sestavují se v zemích OECD a mají jednotnou podobu.

„Systém zdravotnických účtů je nástrojem, který slouží ke komplexnímu vyjádření veškerých výdajů na zdravotní péči, resp. na zdravotnictví v širším slova smyslu. Jeho hlavním specifickým rysem je vícerozměrnost členění výdajů. Hlavními rozměry jsou: (1) funkce (druh) poskytované zdravotní péče, (2) typ poskytovatele, (3) konečný zdroj financování.

Tyto tři základní rozměry se libovolně kombinují, čímž dostáváme maticově uspořádané tabulky zdravotnických výdajů, které jsou hlavním výstupem zdravotnických účtů: výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a zdroje financování, výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a typu poskytovatele, výdaje na zdravotní

⁹ Kolektiv autorů, Management ve zdravotnictví, Computer Press, a.s., 2003, str. 125

*péči podle typu poskytovatele a zdroje financování.*¹⁰

Tento pohled udává mnohem detailnější informace o výdajích ve zdravotnictví jejich uživatelům. Problémem zde je mezinárodní podoba systému zdravotnických účtů, která neodpovídá podobě zdravotní péče v České republice. Zvednutí systému zdravotních účtů ve standardní podobě bude České republice trvat několik let.

6. Zdravotní pojištění

Pojištění je způsob jak pomoci snížit dopad nepříznivých životních situací, zmírňuje pocit nejistoty, kryje momentální potřeby. V České republice je pojištění soukromé a sociální. *„Sociální pojištění je jakékoliv pojištění, které sleduje sociální cíle a je garantováno státem, jako součást sociálního zabezpečení státu Patří sem zdravotní pojištění, které slouží k úhradě zdravotní péče. Dále do sociálního pojištění patří nemocenské pojištění, na základě kterého se pojištěnci vyplácí finanční částka jako náhrada mzdy v době, kdy pro nemoc není schopen pracovat.“*¹¹ Nemocenské pojištění je součástí sociálního pojištění, které musí povinně platit zaměstnanci, dobrovolně si ji mohou zvolit osoby samostatně výdělečně činné.

Zdravotní pojištění je placeno za každého občana České republiky. Hradí si ho každý občan sám za sebe nebo ho za něj platí stát, například dětem, studentům, důchodcům, apod. Každý pojištěný občan má nárok na bezplatnou základní zdravotní péči.

„Ze zdravotního pojištění se hradí náklady zdravotní péče. Plně jsou hrazeny nezbytné lékařské úkony, léky a zdravotnický materiál. Na některé léky a zákroky pacient připlácí, některé hradí zcela.

Výše pojistného je 13,5 % z vyměřovacího základu. Pro zaměstnance je vyměřovacím základem hrubá mzda, z níž zaměstnavatel strhává 4,5 %, dalších 8 %

¹⁰ ČSÚ - [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302534/\\$File/330607u.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302534/$File/330607u.pdf) cit. [28.1.2008] online

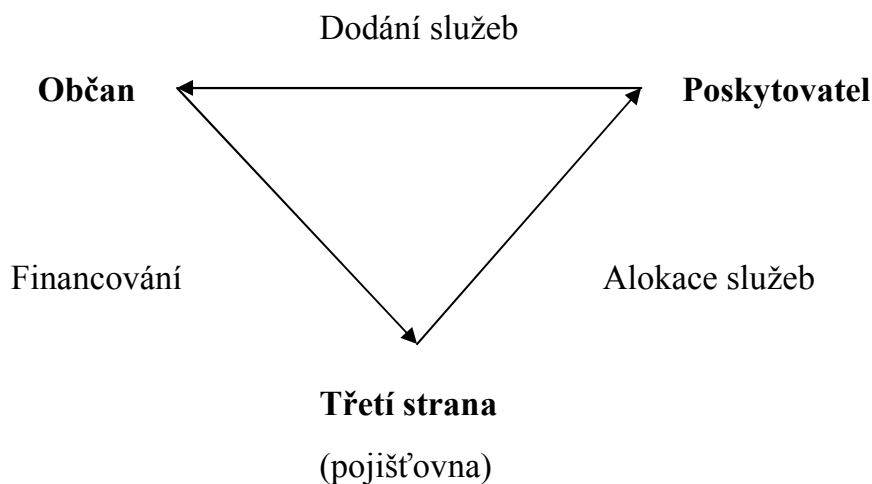
¹¹ Kolektiv autorů, Management ve zdravotnictví, Computer Press, a.s., 2003, str. 31

*příplácí jako vedlejší náklad práce k hrubé mzdě.*¹²

Zdravotní pojištění platíme zdravotním pojišťovnám. Zdravotní pojišťovny jsou soukromým subjektem a v České republice jich nyní působí devět (Česká národní zdravotní pojišťovna, Hutnická zaměstnanecká pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Revírní bratrská pokladna, Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA, Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE, Zdravotní pojišťovna MV ČR). Konkurence mezi pojišťovnami je v současné době veliká. Snaží se nabízet doplňkový program nad rámec základní lékařské péče plně hrazené ze zákona a tyto výhody, které jsou nástrojem konkurenčního boje se pojištěným vyplácí. Mezi tyto výhody patří příspěvek na ozdravné pobyty, hormonální antikoncepci a mnoho dalších.

6.1. Trojúhelník zdravotní péče

Obrázek č. 3 – Trojúhelník zdravotní péče



Zdroj: Kolektiv autorů, *Financování českého zdravotnictví*, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, str. 22

¹²Mesec - <http://www.mesec.cz/texty/zdravotni-pojisteni/> cit. [1.2.2008] online

Nejjednodušším by byl vztah mezi pacientem a lékařem s přímou úhradou, ale rozvoj zdravotních služeb a cen byl důvodem pro hledání jiných způsobů hrazení zdravotní péče. *„Výsledkem je systém sdílení tohoto rizika v rámci skupin obyvatel. Realizace spočívá v modelech zdravotního pojištění nebo ve formě národní zdravotní služby. Zdrojem financování jsou zde komerční pojištění, příspěvky na sociální nebo veřejné zdravotní pojištění nebo daně.“*¹³

V trojúhelníku zdravotní péče je důležitou součástí právě Třetí strana, která byla z historického hlediska a z hlediska pokroku nezbytná. Jedná se o předplacenou zdravotní péči. Takto poskytovaná a hrazená péče není pro nikoho zadarmo.

Trojúhelník zdravotní péče je možno rozšiřovat například o roli státu nebo dodavatele technologií a léčiv.

¹³ Kolektiv autorů, *Financování českého zdravotnictví*, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, str. 22

7. Vývoj celkových výdajů ve zdravotnictví

Vývoj výdajů na zdravotnictví je zde členěn na veřejné a soukromé. Za veřejné výdaje jsou považovány výdaje státního rozpočtu a rozpočtů krajů a obcí a dále výdaje veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka č. 1 – Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví

Rok	Výdaje v mil Kč			Výdaje na 1 obyv. v Kč	Podíl výdajů na HDP v %
	celkem	v tom			
		veřejné	soukromé		
2000	146 835	132 962	13 873	14 294	6,71
2001	161 300	145 206	16 094	15 776	6,86
2002	178 923	162 297	16 626	17 540	7,26
2003	195 155	175 592	19 563	19 130	7,57
2004	206 752	184 825	21 927	20 256	7,34
2005	215 584	191 356	24 228	21 065	7,20

Zdroj: <http://www.czso.cz>

Celkové výdaje na zdravotnictví dosáhly v roce 2005 cca 215 mld. Kč a oproti roku 2004 vzrostly o cca 4,3 %. U veřejného zdravotního pojištění činil nárůst 3,5 % a celkové výdaje systému veřejného zdravotního pojištění dosáhly 191 mld. Kč. V přepočtu na 1 obyvatele bylo celkem ve zdravotnictví vynaloženo 21 065 Kč.

Pro ukazatel podílu výdajů na zdravotnictví na celkovém hrubém domácím produktu používá ÚZIS ČR výši hrubého domácího produktu (HDP) dle statistik Českého statistického úřadu. Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP se pohybuje v ČR v posledních letech kolem 7 %.

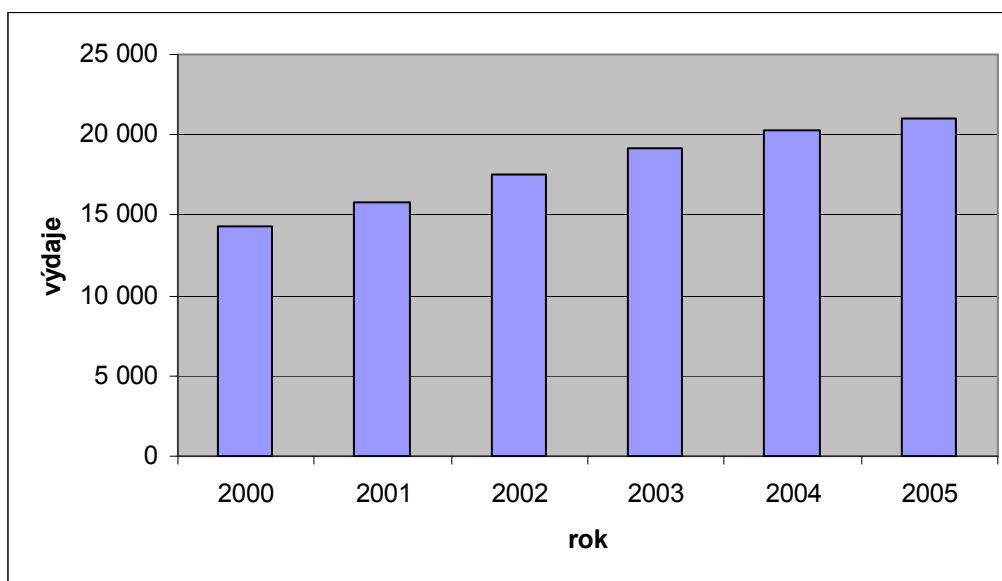
Tabulka č. 2 - Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví

Rok	Výdaje v mil Kč					Výdaje na 1 obyv. v Kč
	celkem	státní a územní rozpočty		zdravotní pojišťovny		
		celkem	neinvestiční	celkem	zdr. péče	
2000	132 962	17 170	8 496	115 792	111 421	12 943
2001	145 206	17 346	9 137	127 860	123 350	14 202
2002	162 297	20 279	9 830	142 018	137 295	15 910
2003	175 592	23 891	10 202	151 701	146 368	17 212
2004	184 825	21 495	11 675	163 330	157 798	18 108
2005	191 356	21 263	10 756	170 093	164 343	18 698

Zdroj: <http://www.czso.cz>

Zdravotní pojišťovny vynaložily celkem cca o 7 mld. Kč více než v roce 2004. Celkem veřejné výdaje na zdravotnictví vzrostly o 3,5 % oproti roku 2004.

Graf č. 3 – Vývoj výdajů na zdravotnictví na jednoho obyvatele



Z grafu je patrné, že vývoj objemu výdajů na jednoho obyvatele se neustále zvyšuje.

Tabulka č. 3 – Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků

Rok	Objem distribuovaných léčivých přípravků	
	v mld. Kč	na 1 obyvatele v Kč
2000	38,392	3 737
2001	44,230	4 326
2002	48,032	4 709
2003	52,216	5 118
2004	56,990	5 583
2005	64,570	6 309

Zdroj: <http://www.czso.cz>

Objem distribuovaných léčivých přípravků se oproti roku 2004 zvýšil o 13% a oproti roku 2000 o 68%.

8. Analýza výdajů na zdravotnictví

System zdravotnických účtů umožňuje oddělit jednotlivé složky a rozdělit výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování, druhů péče nebo typu poskytovatele. Je možné zavést i další hlediska jako jsou např. věk, pohlaví nebo diagnóza.

8.1. Podle zdrojů financování

Největší podíl na financování zdravotnictví mají tyto tři položky: zdravotní pojišťovny, veřejné rozpočty a domácnosti. Ostatní zdroje jsou obtížně dostupné.

Tabulka č. 4 – Celkové výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování

Zdroj financování	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Vládní výdaje	132 962	145 206	162 297	175 592	184 825	191 356
Veřejné rozpočty	17 170	17 346	20 279	23 891	21 495	21 263
- Státní rozpočet	8 319	14 761	17 164	10 968	10 485	12 334
- Místní rozpočty	8 851	2 585	3 115	12 923	11 010	8 930
Zdravotní poj.	115 792	127 860	142 018	151 701	163 330	170 093
Soukromý sektor	13 873	16 094	16 626	19 563	21 927	24 228
Ostat. soukr. poj.	-	-	-	466	459	512
Domácnosti	13 873	16 094	16 626	19 097	20 934	23 110
Korporace	-	-	-	-	534	606
Celkem	146 835	161 300	178 923	195 155	206 752	215 584

Zdroj: <http://www.czso.cz>

Celkové výdaje se od roku 2000 do roku 2005 zvýšily o 47 %. Výdaje zdravotních pojišťoven, které nejvíce financují zdravotní péči, vzrostly od roku 2000 o 47 %, pomalejší růst byl na straně veřejných rozpočtů (24 %). Oproti tomu růst byl zaznamenán u přímých výdajů domácností (o 67 %).

Nerovnoměrný je vývoj v čase, nevíce v případě veřejných rozpočtů, které v roce 2001 stagnovaly (růst pouze o 1 %), v roce 2002 vzrostly razantně (16,9 %), v roce 2003 dokonce o 17,8 % a v roce 2004 a 2005 poklesly o 10,0 % a o 1,1 %.

„Mezi roky 2000 a 2001 je výrazná změna v místních rozpočtech. Je to tím, že okresní rozpočty byly až do roku 2000 zahrnuty v místních rozpočtech. V letech 2001 a 2002 se výdaje okresních rozpočtů oddělily od místních, a tak je bylo možné zahrnout do výdajů centrálních rozpočtů, kam podle manuálu Systému zdravotnických účtů patří. V roce 2003 došlo k jejich zániku v souvislosti s reformou veřejné správy a s převodem pravomocí okresů na kraje a obce, proto byl u místních rozpočtů zaznamenán značný nárůst.“¹⁴

¹⁴ ČSÚ-[http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA0030253A/\\$File/330607a1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA0030253A/$File/330607a1.pdf), cit. [1.2.2008] online

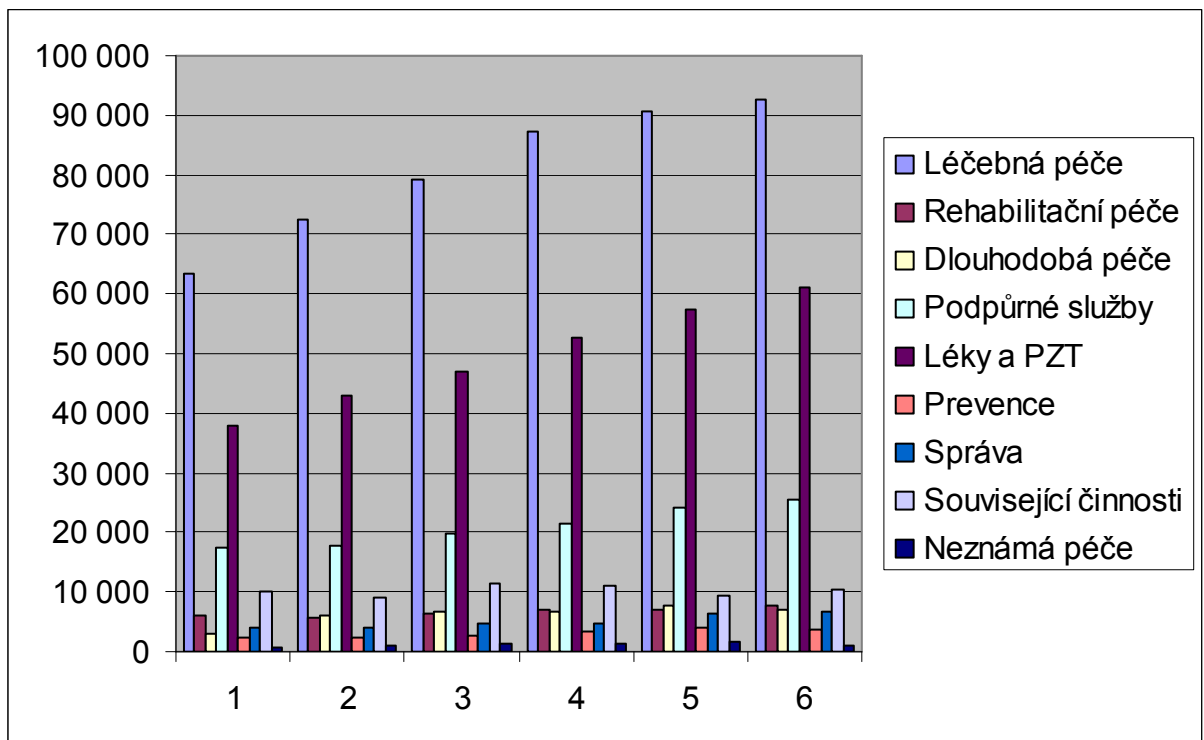
8.2. Podle druhů péče

Výdaje na zdravotnictví se dají rozlišovat také podle druh péče. Do zdravotní péče můžeme zahrnout osobní služby zdravotní péče, ty jsou poskytovány jednotlivým osobám a kolektivní služby, do které patří celá oblast veřejného zdraví. Osobní zdravotní péče se dále dělí jak podle základních funkcí, tak i podle způsobu poskytování. Do ambulantní péče řadíme ambulantní péči poskytnutou jak praktickými lékaři tak i nemocnicemi.

Tabulka č. 5 - Celkové výdaje na zdr. podle druhů péče (v mil. Kč)

Druh péče	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Léčebná péče	63 590	72 331	79 096	87 223	90 677	92 643
- lůžková	30 586	38 423	42 137	47 673	46 965	46 840
- denní	1 906	1 652	1 780	1 831	2 081	2 199
- ambulantní	30 883	32 044	34 941	37 471	41 388	43 362
- domácí	215	212	238	248	244	242
Rehabilitační péče	5 874	5 746	6 311	7 032	7 183	7 624
- lůžková	3 679	3 470	3 832	4 311	4 284	4 542
- ambulantní	2 195	2 276	2 480	2 721	2 899	3 082
Dlouhodobá péče	3 082	5 987	6 720	6 741	7 750	7 114
- lůžková	3 826	4 541	5 226	5 038	6 222	5 432
- domácí	1 215	1 446	1 493	1 703	1 528	1 682
Podpůrné služby	17 500	17 618	19 810	21 351	24 025	25 560
Léky a PZT	37 966	43 040	47 006	52 550	57 484	60 973
Prevence	2 197	2 339	2 684	3 223	3 977	3 600
Správa	3 887	4 162	4 613	4 806	6 394	6 640
Související činnosti	10 020	9 158	11 472	10 938	9 340	10 304
Neznámá péče	771	929	1 219	1 297	1 587	1 127
Celkem	146 835	161 300	178 923	195 155	208 403	215 584

Graf č. 2 – Výdaje na zdravotnictví podle druhu péče



Zde můžeme vidět grafické srovnání výdajů na zdravotnictví podle druhu péče. Nejvýraznější výdaje jsou poskytovány na léčebnou péči kde lůžková a ambulantní péče tvoří 97 % léčebné péče. Na druhém místě jsou výdaje na léky. Zde největší část tvoří výdaje za léky na předpis a tempo růstu je zde nadprůměrné. Třetí nejvýraznější částky jsou u podpůrných služeb, do kterých patří laboratoře, zobrazování, doprava a zdravotnická záchranná služba. Pomalu se zvyšují i výdaje na prevenci, ale tyto částky nejsou zdaleka tak výrazné. Závodní preventivní péče je částečně hrazena podniky, např. každoroční očkování proti chřipce.

8.3. Podle typu poskytovatele

„Klasifikace poskytovatelů zdravotní péče ICHA-HP je přepracovanou a modifikovanou verzí těch částí Mezinárodní standardní průmyslové klasifikace, které souvisejí se zdravotní péčí. Každá samostatná organizace vlastní identifikační číslo (IČO) je považována za jednoho poskytovatele bez ohledu na další členění subjektu.

Rozhodující je typ poskytovatele přiřazený nositeli právní subjektivity, který automaticky přejímají i všechna začleněná zařízení bez vlastní právní subjektivity. Bude-li například lékárna zařazena v rámci širšího subjektu nemocnice, pak se veškeré výdaje na tuto lékárnu objeví ve výdajích nemocnice. Podle rozměru druh péče pak poznáme, za jakou péči byly peníze vydány, což v případě lékárny v nemocnici mohou být například léky na předpis.“¹⁵

Tabulka č. 6 - Celkové výdaje na zdr. podle typu poskytovatele (v mil. Kč)

Typ poskytovatele	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nemocnice	58 567	65 396	72 988	84 627	94 313	97 251
- všeobecné	52 417	59 015	65 857	74 540	83 748	86 559
- psychiatrické	2 152	2 334	2 570	2 886	2 935	3 027
- specializované	3 997	4 047	4 561	7 201	7 630	7 665
Ústavy	2 144	2 445	2 752	2 173	3 473	2 453
Zařízení ambul. péče	27 235	29 797	32 863	38 399	41 915	43 749
- ordinace lékaře	13 347	14 611	16 037	17 612	19 270	20 108
- ordinace zubaře	6 221	6 563	6 999	7 194	7 534	7 575
- ostatní VŠ, SŠ	726	825	938	1 050	1 106	1 139
- ostat. zařízení	2 974	3 157	3 546	3 795	4 495	5 227
- laboratoře	1 911	2 066	2 523	2 941	3 012	3 190
- poskyt. dom. péče	426	484	587	661	785	788
- ostat. amb. posk.	1 631	2 091	2 233	5 145	5 713	5 723
Lékárny a výdejny PZT	22 465	24 650	27 209	29 178	30 605	30 979
Provádění zdr. prog.	478	449	473	2 550	1 452	2 032
Správa a pojištění	4 390	4 527	5 164	6 249	7 794	8 140
Ostatní odvětví	-	-	-	1 004	1 264	1 424
Neznámý poskytovatel	31 557	34 036	37 475	30 976	27 586	29 556
Celkem	146 835	161 300	178 923	195 155	208 403	215 584

Zdroj: <http://www.czso.cz>

¹⁵ ČSÚ-[http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA0030253A/\\$File/330607a1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA0030253A/$File/330607a1.pdf), cit. [3.2.2008] online

Z tabulky můžeme vidět, že největší podíl na celkových výdajích měly každoročně nemocnice, z nichž největší část výdajů tvoří výdaje všeobecných nemocnic. Na druhém místě za nemocnicemi jsou zařízení ambulantní péče. Největší podíl výdajů v zařízeních ambulantní péče tvoří ordinace lékařů a ordinace zubařů. Dále pak lékárny a výdejny PZT.

Od roku 2000 nejvíce vzrostly výdaje státní správy. Je to způsobeno lepší strukturou získávaných údajů z veřejných rozpočtů. Stejně tak i u položek provádění zdravotnických programů a ostatní ambulantní poskytovatelé. Nadprůměrný růst byl zaznamenán v případě nemocnic a zařízení ambulantní péče. Podprůměrný růst od roku 2000 vykázaly např. lékárny a výdejny PZT.

9. Výdaje veřejných rozpočtů

9.1. Podle druhu péče

Veřejné rozpočty jsou doplňkovým zdrojem financování zdravotnické péče. Financují hlavně vědu a výzkum, vzdělávání pracovníků nebo hygienu, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Pomáhají také ztrátovým zařízením dotacemi. Ošetrovatelské péče v sociálních zařízeních je také financována z veřejného rozpočtu, protože není tato péče považována za zdravotní péči, nehradí se ani ze zdravotního pojištění. Největší finanční zátěží je Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) a zřizovatelé těchto zařízení. Další oblastí která je financována z veřejného rozpočtu jsou *„transfery domácnostem při ošetřování nemocného člena rodiny. Za poskytovatele péče se považují samotné domácnosti.“*¹⁶

¹⁶ ČSÚ - [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302535/\\$File/330607a2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302535/$File/330607a2.pdf), cit. [3.2.2008] online

Tabulka č. 7 – Výdaje veřejných rozpočtů podle druhu péče (v mil Kč)

Druh péče	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Léčebná péče	2 840	3 110	3 480	7 438	4 997	3 801
Dlouhodobá péče	2 415	2 752	2 872	2 458	2 183	2 310
Podpůrné služby	1 299	1 500	1 639	2 011	2 552	2 694
Léky a PZT	13	10	10	6	16	5
Prevence	450	422	511	759	740	466
Správa	240	268	284	323	1 595	1 644
Související činnosti	9 296	8 544	10 657	10 087	8 607	9 549
Neznámá péče	616	740	826	809	805	793
Celkem	17 170	17 346	20 279	23 891	21 495	21 263

Zdroj: <http://www.czso.cz>

Z tabulky je vidět, že největší výdaje byly na související činnost, do které patří tvorba kapitálu, vzdělávání, věda a výzkum, hygiena a sociální služby. Největší položkou zde byla tvorba kapitálu. U této položky dochází přes různé výkyvy také ke snižování. Druhou položkou je léčebná péče, kde 90 % léčebné péče je tvořena péčí lůžkovou. V roce 2004 a 2005 sice tato položka klesala, přesto z dlouhodobějšího hlediska má rostoucí charakter. Výdaje na dlouhodobou péči klesají, což je zapříčiněno zkracováním dlouhodobého pobytu v nemocnicích. Výdaje na zdravotní záchrannou službu a dopravu stouply v posledních třech letech o 1 055 mil. Kč. Velká část výdajů plyne také na vědu a výzkum a za služby hygienických stanic.

9.2. Podle jednotlivých složek financování

Výdaje veřejných rozpočtů můžeme dělit na centrální a místní, ale také podle jednotlivých ministerstev.

Tabulka č. 8 – Složky veř. rozpočtů při financování zdrav. péče (v mil Kč)

Zdroj financování	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Centrální rozpočty	8 319	14 761	17 164	10 968	10 485	12 334
- min. zdravotnictví	5 396	4 813	5 744	6 476	7 428	8 349
- MPSV	1 535	1 793	1 815	1 646	1 239	2 173
- min. obrany	1 200	1 005	1 332	1 477	1 626	1 572
- ostatní	189	183	185	1 369	192	240
- okresy	-	6 967	8 089	-	-	-
Místní rozpočty	8 851	2 585	3 115	12 923	11 010	8 930
Celkem	17 170	17 346	20 279	23 891	21 495	21 263

Zdroj: <http://www.czso.cz>

V položce místních rozpočtů byl mezi roky 2000 a 2001 výrazný pokles. Je to zapříčiněno tím, že okresní rozpočty se až do roku 2000 nevyčleňovaly zvlášť, ale byly zahrnuty v místních rozpočtech. Můžeme si také všimnout rostoucí tendence u ministerstva zdravotnictví.

V letech 2004 a 2005 poklesly výdaje u místních rozpočtů, to bylo vykompenzováno růstem výdajů u centrálních rozpočtů v roce 2005.

„Celkově výdaje veřejných rozpočtů vzrostly o 24 % s průměrným ročním tempem růstu 4,4 %, i přesto však jejich podíl na financování zdravotní péče proti jiným zdrojům financování mírně klesá.“¹⁷

¹⁷ ČSÚ - : [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302535/\\$File/330607a2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302535/$File/330607a2.pdf), cit. [4.2.2008] online

10. Výdaje zdravotních pojišťoven

Nejvíce financují zdravotní péči zdravotní pojišťovny, asi z 80 %. *„Výdaje zdravotních pojišťoven jsou získávány ve velmi podrobné struktuře a dají se členit podle druhu péče, typu poskytovatele, věku a pohlaví.“*¹⁸ Dále se budeme věnovat členění výdajů pouze podle druhu péče a typu poskytovatele, podrobné informace týkající se věku a pohlaví vynecháme. Dá se také říci, že údaje od zdravotních pojišťoven jsou nejkvalitnějšími informacemi.

10.1. Podle druhu péče

V tabulce č. 9 můžeme vidět, že největší výdaje byly na léčebnou péči. Polovina výdajů byla právě na tuto péči. Z toho lůžková péče tvoří zhruba 50 % léčebné péče. Na druhém místě jsou opět léky a PTZ. Jejich podíl na výdajích zdravotních pojišťoven je asi 25 %. Z toho největší položkou jsou léky na předpis.

Další významná část výdajů byla na podpůrné služby. *„Mezi podpůrné služby se zahrnují rozmanité služby, které zabezpečují zejména nelékaři, jako jsou laboratorní služby, diagnostické zobrazování a doprava pacientů.“*¹⁹ Nejméně výdajů ve sledovaném období bylo vydáno na prevenci. Celkové výdaje vzrostly za sledované období o 54 301 mil. Kč, což je zhruba 47 %. Největší růst můžeme sledovat u dlouhodobé péče, nejvíce u domácí dlouhodobé péče.

¹⁸ ČSÚ - [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302542/\\$File/330607a3.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302542/$File/330607a3.pdf), cit. [4.2.2008] online

¹⁹ ČSÚ - [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302542/\\$File/330607a3.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302542/$File/330607a3.pdf), cit. [4.2.2008] online

Tabulka č. 9 – Výdaje zdr. pojišťoven podle druhu péče v mil Kč

Druh péče	2000	2001	2002	2003	2004	2005
1 Léčebná péče	57 689	65 907	72 206	75 584	80 598	83 490
1.1 Lůžková péče	27 944	35 488	38 792	39 876	41 720	42 673
1.2 Denní péče	1 906	1 652	1 780	1 831	2 081	2 199
1.3 Ambulantní péče	27 624	28 554	31 396	33 629	36 553	38 377
1.3.1 Základní péče	6 064	6 394	6 595	7 168	7 686	7 805
1.3.2 Stomatologická péče	6 663	6 997	7 470	7 759	8 077	8 531
1.3.3 Specializovaná péče	14 525	14 734	16 858	18 168	20 212	21 434
1.3.4 Ostatní péče	371	429	474	534	578	607
1.4 Domácí péče	215	212	238	248	244	242
2 Rehabilitační péče	5 447	5 336	5 853	6 465	6 693	6 807
2.1 Lůžková péče	3 330	3 140	3 433	3 815	3 872	3 908
2.2 Ambulantní péče	2 117	2 196	2 420	2 650	2 821	2 899
3 Dlouhodobá péče	2 626	3 235	3 848	4 283	4 457	4 804
3.1 Lůžková péče	2 196	2 745	3 247	3 584	3 659	3 941
3.2 Domácí péče	430	490	601	699	798	863
4 Podpůrné služby	16 201	16 118	18 171	19 340	21 473	22 865
4.1 Laboratoře	9 949	9 657	10 993	11 829	13 345	14 467
4.2 Zobrazování	4 428	4 244	4 836	5 170	5 758	6 097
4.3 Doprava a ZZS	1 824	2 217	2 342	2 341	2 369	2 302
5 Léky a PZT	27 555	30 651	34 230	37 744	41 631	43 514
5.1 Léky	25 666	28 493	31 794	35 100	38 778	40 428
5.1.1 Předepsané léky	24 488	27 198	30 367	33 565	37 124	38 673
5.1.2 Ostatní léky	1 178	1 295	1 426	1 534	1 655	1 755
5.2 PZT	1 889	2 158	2 436	2 645	2 853	3 086
5.2.1 Brýle	405	421	438	439	425	427
5.2.2 OP pomůcky	795	909	1 019	1 111	1 194	1 240
5.2.3 Naslouchadla	95	102	111	114	116	113
5.2.4 PZT	144	177	204	220	218	216
5.2.5 Ostatní PZT	450	548	664	761	900	1 089
6 Prevence	1 748	1 917	2 173	2 464	2 704	2 528
6.1 Matka a dítě	86	97	120	136	142	219
6.2 Přenosné nemoci	91	111	125	117	126	125
6.3 Nepřenosné nemoci	1 130	1 383	1 597	1 871	2 058	1 789
6.4 Pracovní lékařství	6	24	29	37	41	42
6.5 Ostatní prevence	435	302	302	303	337	354
7 Správa	3 646	3 895	4 329	4 482	4 799	4 996
7.1. ZP	3646	3 895	4 329	4 482	4 799	4 996
8 Související činnosti	725	615	815	851	733	754
8.1 Tvorba kapitálu	725	615	815	851	733	754
9 Neznámá péče	155	188	394	487	241	333
Celkem	115 792	127 860	142 018	151 701	163 330	170 093

Zdroj: <http://www.czso.cz>

10.2. Podle typu poskytovatele

Další členění je podle typu poskytovatele. „Za poskytovatele zdravotní péče je považována každá samostatná organizace vlastníci identifikační číslo, bez ohledu na další členění tohoto subjektu.“²⁰

Tabulka č. 10 – Výdaje zdr. poj. podle typu poskytovatele v mil. Kč

Typ poskytovatele	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nemocnice	58 567	65 396	72 988	70 709	83 262	87 142
Ústavy	513	649	772	719	910	962
Zařízení ambulant. péče	27 235	29 797	32 863	35 690	38 571	40 265
Lékárny a výdejny PZT	22 465	24 650	27 209	29 172	30 580	30 974
Provádění zdr. programů	478	449	473	353	506	537
Správa a pojištění	4 390	4 527	5 164	5 350	5 546	5 762
Neznámý poskytovatel	2 144	2 393	2 549	9 707	3 956	4 452
Celkem	115 792	127 860	142 018	151 701	163 330	170 093

Zdroj: <http://www.czso.cz>

Z Tabulky č. 10 můžeme vidět, že nevíce výdajů směřuje do nemocnic. Mezi lety 2000 až 2005 vzrostly výdaje o 28 575 mil. Kč. Všeobecné nemocnice tvoří zhruba 90 % výdajů všech nemocnic.

Výdaje plynoucí na financování ústavů jsou zanedbatelné, ale přesto mají velkou stoupající tendenci.

Výdaje na zařízení ambulantní péče vzrostly o 13 030 mil. Kč a tvoří asi jednu čtvrtinu všech výdajů zdravotních pojišťoven podle typu poskytovatele. Zde největší položkou jsou ordinace praktických lékařů, které tvořily asi polovinu všech výdajů na ambulantní péči. Další podstatnou položkou jsou lékárny a výdejny PZT. Některé lékárny jsou také zařazeny pod nemocnice, takže výdaje jsou o tuto část sníženy.

²⁰ ČSÚ - [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302542/\\$File/330607a3.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302542/$File/330607a3.pdf), cit. [4.2.2008] online

11. Výdaje domácností

11.1. Podle druhu péče

Domácnosti jen doplňují ostatní zdroje financování zdravotní péče, ale je očekáván růst jejich významu. To, že domácnosti přispívají na zdravotní péči přináší nejen další finance, ale může i regulovat poptávku po zdravotní péči.

Následující tabulka vychází ze vzorku 3 000 domácností.

Tabulka č. 11- Výdaje domácností podle druhu péče v mil. Kč

Druh péče	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Léčebná péče	3 061	3 314	3 410	3 736	4 624	4 840
- lůžková	232	219	264	329	273	268
- ambulantní	2 829	3 096	3 146	3 407	4 351	4 572
Rehabilitační péče	427	411	459	567	490	817
- lůžková	349	330	399	495	412	634
- ambulantní	78	80	60	72	77	183
Léky a PZT	10 385	12 369	12 757	14 794	15 820	17 454
- předepsané	2 144	2 881	2 972	3 289	3 678	4 770
- volně prodejné	5 439	6 076	6 596	7 649	7 798	7 942
- ostatní	298	325	311	374	416	401
- PZT	2 504	3 087	2 878	3 482	3 929	4 340
Celkem	13 873	16 094	16 626	19 097	20 934	23 110

Zdroj: <http://www.czso.cz>

Celkové výdaje domácností na zdravotní péči se od roku 2000 do roku 2005 zvýšily o 9 237 mil. Kč, tedy o 67 %. Domácnosti vydávají nejvíce na léky a PZT. Největší položkou jsou zde volně prodejné léky. Největší nárůst můžeme sledovat u léku na předpis (o 123 %), u volně prodejných léků je tento nárůst jen o 46 %.

Největší výdaje domácností jsou podle ČSÚ na dioptrické brýle.

11.2. Podle typu domácnosti

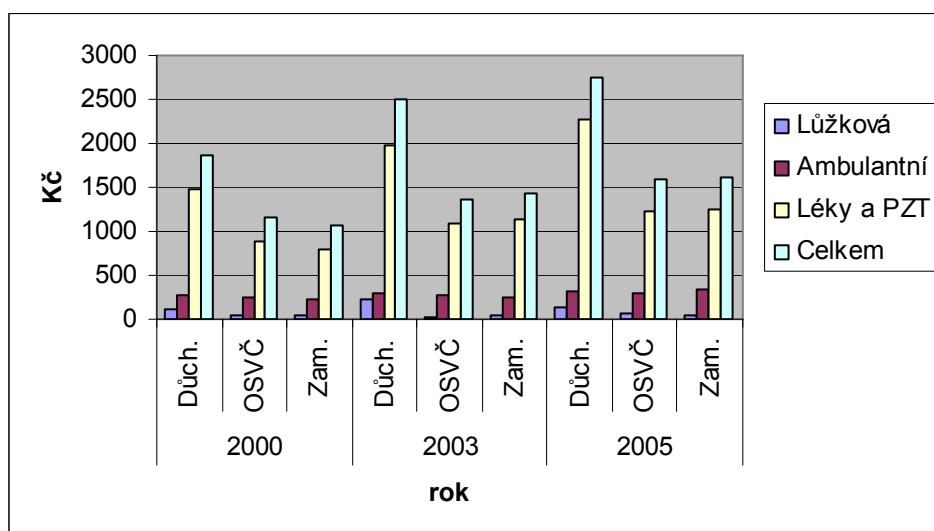
Nyní se podíváme na výdaje domácností podle typu domácnosti. Rozlišujeme výdaje za zaměstnance, OSVČ a důchodce. Údaje v následující tabulce jsou v korunách na osobu a rok.

Tabulka č. 12 – Výdaje na zdravotní péči na osobu a rok podle typu dom.

Druh péče	2000			2003			2005		
	Důch.	OSVČ	Zam.	Důch.	OSVČ	Zam.	Důch.	OSVČ	Zam.
Lůžková	110	36	35	222	18	37	145	59	41
Ambulantní	279	245	236	287	263	252	316	294	330
Léky a PZT	1 474	880	804	1 979	1 089	1 144	2 282	1 232	1 249
Celkem	1 864	1 162	1 075	2 489	1 369	1 434	2 743	1 585	1 619

Zdroj: <http://www.czso.cz>

Graf č. 3 – Výdaje domácností podle typu domácnosti na osobu a rok



Z grafu můžeme dobře vidět, že nejvíce, téměř dvojnásobek, na zdravotní péči vydávají důchodci a to na léky a PZT. U zaměstnanců se zvýšily výdaje téměř o 51 %, u OSVČ o 36 % a u důchodců o 47 %

12. Mezinárodní srovnání

Tabulka č. 13 – Srovnání podílu výdajů na zdravotnictví na HDP

Země	2001	2003	2005
Česká republika	6,9	7,5	7,5
Slovensko	5,7	5,9	7,2
Německo	10,7	11,1	11,1
Rakousko	7,7	7,7	7,7

Z tabulky můžeme vidět, že uvedené státy mají podíl zdravotnictví na HDP stabilní. Z hrubého domácího produktu v ČR si resort zdravotnictví bere stále zhruba stejně, těsně nad sedmi procenty.

Například v USA je podíl výdajů na HDP okolo 14 % .

13. Závěr

Systém zdravotnických účtů pomáhá lépe zvyšovat informovanost veřejnosti o výdajích. Analýza výdajů ve zdravotnictví od roku 2000 do roku 2005 nám dává dobrý přehled o stavu zdravotnictví v České republice. Můžeme dobře pozorovat jak se vyvíjí výdaje od kterých pacientů, komu bylo zapláceno a kolik. Můžeme pozorovat celkový růst těchto výdajů prakticky ve všech směrech našeho zdravotnictví. Ve všech evropských zemích je tento trend podobný. V celé Evropě se zvyšuje technický pokrok ve zdravotnictví, snižuje se porodnost a díky prevenci a dobré lékařské péči se zvyšuje průměrná doba života. Stárnutí populace je důležitým a aktuálním tématem. Díky tomu se zvyšují výdaje na zdravotní péči a tento trend se bude dále zvyšovat.

V České republice financují zdravotní péči zdravotní pojišťovny, dále veřejné rozpočty a domácnosti. Největším poskytovatelem zdravotní péče jsou všeobecné nemocnice.

Z veřejných rozpočtů byla financována věda a výzkum nebo provoz hygienických stanic. V posledních letech ale jejich výdaje poklesly.

Domácnosti vydávají na zdravotní péči stále více, největší podíl na jejich výdajích mají léky a PZT.

Zkracuje se také pobyt v lůžkových zařízeních a stále větší je navštěvování ambulantních zařízení, takže podíl ambulantní péče na celkových výdajích roste, ale podíl lůžkové péče na celkových výdajích v posledních letech klesá.

Vzhledem k nezadržitelnému růstu výdajů je nutná reforma našeho zdravotnictví, ale ideální a pro všechny příznivý stav zřejmě nenastane nikdy.

Seznam použité literatury

Odborná literatura:

- [1] Durdisová J.: *Ekonomika zdraví*, Vysoká škola ekonomická, Praha, 2005
- [2] Papeš Z., Ulrich M., *Zdravotnická ekonomika*, Univerzita Palackého v Olomouci, 2002
- [3] Kolektiv autorů, *Management ve zdravotnictví*, Computer Press, a.s., 2003
- [4] Kol. autorů, *Financování českého zdravotnictví*, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003

Další literatura:

- [1] Wikipedia <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotnictv%C3%AD>, cit. [26.1.2008] online
- [2] Wikipedia http://cs.wikipedia.org/wiki/Ministerstvo_zdravotnictv%C3%AD_%C4%8Cesk%C3%A9_republiky, cit. [26.1.2008] online
- [3] Wikipedia http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Palackeho_namesti.jpg, cit. [26.1.2008] online
- [4] ČSÚ [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302534/\\$File/330607u.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302534/$File/330607u.pdf) cit. [28.1.2008] online
- [5] Mesec <http://www.mesec.cz/texty/zdravotni-pojisteni/>, cit. [1.2.2008] online
- [6] ČSÚ <http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/p/3306-07>, cit. [1.2.2008] online
- [7] ČSÚ [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA0030253A/\\$File/330607a1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA0030253A/$File/330607a1.pdf) cit. [1.2.2008] online
- [8] ČSÚ [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302535/\\$File/330607a2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302535/$File/330607a2.pdf), cit. [3.2.2008] online

[9] ČSÚ

[http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302542/\\$File/330607a3.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302542/$File/330607a3.pdf),

cit. [4.2.2008] online

[10] ČSÚ

[http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302550/\\$File/330607a4.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA00302550/$File/330607a4.pdf),

cit. [5.2.2008] online

[11] Wikipedia

http://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1kon_o_p%C3%A9%C4%8Di_o_zdrav%C3%AD_lidu, cit. [5.2.2008] online

- 1 -

Přílohy

Příloha č. 1

Výňatek ze zákona o péči o zdraví a lidu č. 20/1966 Sb

Zákon o péči o zdraví lidu

Tímto zákonem je míněn zákon, který vyšel v r. 1966 jako 20/1966 Sb. Od roku 1990 zákon provází velké množství změn, ze kterých je patrná snaha začlenit české zdravotnictví do evropského trendu. Vzhledem k četnosti změn bývá některými odborníky celková úspěšnost tohoto počínání zpochybňována.

Nejdůležitější zásady

Obecně lze říci, že tento zákon stanoví práva a povinnosti občanů v oblasti zdravotnictví, ujasňuje vztahy mezi subjekty, které do procesu spojeného se zdravotnictvím vstupují. Dále hovoří o některých povinnostech těchto subjektů, financích, atp. Dále je zde zmiňována nutnost rozvoje vědy a techniky a uplatňování tohoto rozvoje v praxi a o důrazu na prevenci a ochranu zdraví.

Zákonem je dále stanovena spolupráce a vztahy mezi ministerstvem zdravotnictví České republiky, profesními organizacemi, občany a cizími státními příslušníky a to nejprve v rovině obecné (§ 10) a poté i v rovině konkrétnější. Z této oblasti mezi nejzajímavější patří mezi nejdůležitější § 11, kterým je definován způsob úhrady a kdo může zdravotní péči poskytovat.

Tímto zákonem je upravena, resp. nastavena i léčebně preventivní péče, která zahrnuje především: ambulantní péči, Záchranou službu, Lázeňskou péči, Lékárenskou péči, Posudkovou činnost. Stanovuje jejich základní ideje a udílí, zpravidla ministerstvu zdravotnictví ČR právo vyhláškou upravovat jejich činnosti. Dále je nastíněna problematika platby nejen občanů ČR, ale i cizím státním příslušníkům (§ 30).

Zákon se dále zabývá problematikou „odnímání částí lidského těla v souvislosti s léčebně preventivní péčí, lékařskou vědou, výzkumem a výukovými účely, odběr krve, tkání a orgánů.“ (§ 26), kde definuje obecně platné principy v některých případech dává ministerstvu zdravotnictví ČR pravomoc řešit věci vyhláškou. A řeší problematiku tzv. speciálních výkonů (sterilizace, pitva, atp.), takovéto úkony mohou být prováděny na vlastní žádost, někdy i v souladu s vyhláškou ministerstva zdravotnictví.

Část zákona se věnuje pravomocím ministerstva zdravotnictví ČR a orgánů státní zdravotní správy, dále zde nalezneme řešení problematiky posudků a odvoláním proti nim.

Povinnosti osob

Článek II hovoří o nutné snaze každého jednotlivce žít zdravě a o povinnosti každého občana „aktivně přispívat k vytváření zdravých podmínek a zdravého způsobu života a práce“. To dále rozvádí § 8. Další povinnosti občana stanoví § 9 z nichž nejdůležitější jsou: poskytnutí či zajištění pomoci člověku, který je v nebezpečí smrti či při podezření na vážné poškození

zdraví. Dále je zde zakotvena povinnost účasti na školení atp. v případě obecného zájmu a v některých případech i povinnost podrobit se léčení či jiným procedurám (mj. dezinfekce)

Práva občanů

O právech občanů se hovoří v § 9, kde je jmenováno právo na poskytování zdravotní péče, což je dále specifikováno tímto zákonem a dalšími zákony zejména zákonem o všeobecném pojištění a zákonem o ochraně veřejného zdraví. Druhým významným právem je právo volby lékaře, ze kterého je několik výjimek (vojáci, epidemie, atp.).

Významná práva, zabývající se preventivní léčbou, každého pacienta jsou definována v § 23, kde je stanoveno, že lékař je nemocného (popř. členy jeho rodiny) poučit o jeho nemoci, potřebných výkonech, atp. Je zde však tato povinnost oslabena tím, že to má učinit „vhodným způsobem“ a formulace směřuje k tomu, že tak činí za účelem, aby pacient mohl spolupracovat s na svém ozdravění. Toto je v rozporu se světovými trendy, které jednoznačně vedou k nároku na plné informování pacienta. Přesto je § 67b (12) zajištěna plná informovanost a „pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu“. Dále zákon ukládá, že „za osoby mladší 18 let nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům mají právo na tyto informace jejich zákonní zástupci“ (nejedná se o přesný citát, ale o citát upravený, aby zůstala zachována logika textu).

Dále je zde stanoveno, že vyšetření i léčba se musí dít se souhlasem pacienta. Pokud tento souhlas pacient neudělí, pak si tento fakt lékař musí nechat písemně potvrdit (tzv. revers). Tímto paragrafem jsou i stanoveny výjimky z tohoto ustanovení, jde především o děti a jinak k právním úkonům nezpůsobilé osoby, kde se v případě ohrožení života rozhodovací pravomoc přenáší na ošetřujícího lékaře. Další specifické případy jsou nemoci stanovené zvláštním předpisem (zpravidla nakažlivé choroby např. lepra), při ohrožení jiných osob (některé duševní choroby, intoxikace), nebo pokud není možno si takový souhlas vyžádat. Pokud k takové situaci dojde je zdravotnickému zařízení uložena povinnost tuto skutečnost do 24 hodin oznámit soudu.

Zdravotnická zařízení

Tímto zákonem je řešena a vlastně i specifikována tzv. „soustava zdravotnických zařízení“, kterou tvoří veškerá zdravotnická zařízení, ale i např. vědecká pracoviště, distributoři a výrobci léčiv a zdravotní techniky, školská a školící zařízení, atp. a to bez ohledu na zřizovatele. Zákon ukládá těmto zařízením povinnosti, specifikuje obecné podmínky za jakých mohou být taková zařízení zakládána (nejedná se pouze o nemocnice či specializovaná pracoviště, ale např. i lékárny a opravňuje ministerstvo zdravotnictví ČR zakázat zřízení či provoz zařízení jež by tyto podmínky nesplňovalo.

Co se pracovníků v tomto oboru týče, je ministerstvo zdravotnictví ČR povinno vyhláškou stanovit podmínky, průběh a funkce, které ve zdravotnických organizacích a zařízeních v působnosti ministerstva zdravotnictví a obcí budou obsazovány výběrovým řízením. To mu dává poměrně velkou moc kontrolovat jednotlivá zdravotnická zařízení a prosazovat v nich svoji politiku. § 55 jsou stanoveny povinnosti pracovníků ve zdravotnictví.

Zákon se dále zabývá výchovou, výukou a dalším vzděláváním, kde zmocňuje ministerstvo zdravotnictví ČR určit tato pracoviště (kliniky), podílet se na jejich rozvoji jmenovat a odvolávat jejich vedoucí pracovníky v některých případech je nuceno sladit svůj postup s ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky.

Osobní údaje a jejich dokumentace

Z povahy zdravotnických zařízení je zřejmé, že se jejich zaměstnanci nutně setkávají s citlivými osobními údaji, zejména o zdravotním stavu. Takové údaje jsou zpracovávány ve zdravotnické dokumentaci, zákon stanovuje její formu, ale i pracovníky oprávněné nahlížet do této dokumentace, jedná se o poměrně široké spektrum lidí, což bývá také předmětem kritiky. Osoby s tímto právem jsou povinny o skutečnostech, o nichž se ze zdravotnické dokumentace dozvěděly, zachovávat mlčenlivost. Dále je zde řešena problematika změny lékaře, zániku zdravotnického zařízení, atp. kdy je lékař, zdravotnické zařízení či další zúčastněné osoby či instituce, kdy jsou tyto povinni zachovávat mlčenlivost a předat tyto údaje správnímu úřadu, který má přesně určenu další činnost, jejímž cílem je zabránit nahlížení nepovolaným osobám do této dokumentace a zajistit co nejrychlejší zajištění nové adekvátní péče.