

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

Institut managementu zdravotnických služeb

Bakalářská práce

Lucie Ježková

2007

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

Institut managementu zdravotnických služeb

Financování zdravotní péče v České republice

Vypracovala:

Lucie Ježková

Vedoucí bakalářské práce:

Ing. Ondřej Lešetický

Jindřichův Hradec, červen 2007

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

pro akademický rok 2006/2007

Název práce: Financování zdravotní péče v České republice.

Zadání práce: Podíl výdajů na zdravotnictví k celkovým výdajům státního rozpočtu, decentralizace (SR, municipální rozpočty a parařiskální fondy), podíl k HD a komparace s vybranými zeměmi v rámci EU.

Jméno studenta: Lucie Jeřková

Ročník: 2.

Obor: MANAGEMENT

Vedoucí práce: Ing. Ondřej Lešetický

Katedra: Institut managementu zdravotnických služeb

Termín zadání: 23.6.2006

Termín odevzdání: Dle vyhlášky o průběhu státních závěrečných zkoušek v ak. roce 2006/2007

V Jindřichově Hradci 23.6.2006



Ing. Vladimír Příbyl

proděkan pro pedagogickou činnost

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci „Financování zdravotní péče v České republice“ jsem vypracovala samostatně. Použitou literaturu a podkladové materiály uvádím v příloženém seznamu literatury.

Jindřichův Hradec, červen 2007

.....
podpis studenta

Anotace

Financování zdravotní péče v České republice

Podíl výdajů na zdravotnictví k celkovým výdajům státního rozpočtu, decentralizace (SR, municipální rozpočty a parafiskální fondy), podíl k HDP a komparace s vybranými zeměmi v rámci EU.

červen 2007

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce panu Ing. Ondřeji Lešetiskému za pozornost, kterou věnoval mé práci, za jeho odborné rady a metodické vedení při řešení této bakalářské práce. Dále děkuji paní Mgr. Janě Starčevské za zkontrolování mé bakalářské práce po gramatické stránce.

OBSAH

1. ÚVOD	1
2. VÝDAJE STÁTNÍHO ROZPOČTU	2
3. ANALYZOVÁNÍ VÝDAJŮ NA ZDRAVOTNICTVÍ A KOMPARACE S OSTATNÍMI ZEMĚMI OECD	11
3. 1. PODLE ZDROJŮ FINANCOVÁNÍ.....	11
3. 2. PODLE TYPU POSKYTOVATELE.....	16
3. 3. PODLE ROZMĚRU „DRUHU PÉČE“	17
3. 4. POROVNÁNÍ VÝDAJŮ NA ZDRAVOTNICTVÍ SE ZEMĚMI EU	19
4. ZVÝŠOVÁNÍ EKONOMICKÉ NÁROČNOSTI ZDRAVOTNICTVÍ	24
4. 1. NARŮSTÁNÍ NABÍDKY ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB.....	25
4. 2. DEVITALIZACE OBYVATELSTVA	25
4. 3. ŘEŠENÍ OPTIMÁLNÍ ALOKACE ZDROJŮ.....	29
5. ZÁVĚR.....	32
6. LITERATURA.....	34

1. ÚVOD

O problémech ve zdravotnictví čte v novinách většina z nás nebo můžeme o nich slyšet v televizi téměř každý den. Právě proto jsem si na zpracování mé bakalářské práce zvolila téma „Financování zdravotní péče v České republice“.

Zdravotnický sektor patří mezi nejvýznamnější odvětví ekonomiky a proto ani on se nevyhne řadě problémů. Z tohoto důvodu bych čtenářům chtěla přiblížit, co za konflikty ve zdravotnictví vlastně „stojí“ a dále ukázat jaké jsou důvody zvyšování ekonomické náročnosti ve zdravotnictví.

Málokdo z nás má představu kolik stát vynakládá na zdravotnictví a jaký je vlastně podíl výdajů na zdravotnictví ku celkovým výdajům státního rozpočtu. Proto bych v mé práci chtěla hlavně pracovat s číselnými daty a ukázat kolik Česká republika vynakládá na zdravotnictví ve srovnání s ostatními resorty a podle čeho se dají výdaje na zdravotnictví analyzovat. A zejména číselně porovnat výdaje na zdravotnictví České republiky se zeměmi Evropské unie.

2. VÝDAJE STÁTNÍHO ROZPOČTU

Státní rozpočet představuje přehled předpokládaných výdajů na činnosti pro zajištění funkce státu a přehled očekávaných příjmů tvořících zdroje pro financování těchto výdajů v rozpočtovém roce. Příjmy a výdaje státního rozpočtu se člení do jednotlivých rozpočtových kapitol. Každá kapitola má svého správce – ministerstvo, jiný orgán státní správy nebo organizační složku státu. Kapitoly jsou dále členěny formou tzv. závazných ukazatelů.

Příjmy a výdaje státního rozpočtu, které mají všeobecný charakter nebo z jiného důvodu nejsou přiřazeny některému správci kapitoly, tvoří zvláštní rozpočtovou kapitolu Všeobecná pokladní správa. Součástí této kapitoly je i vládní rozpočtová rezerva pro krytí nepředvídaných výdajů, která se vytváří ve výši nejméně 0,3 % výdajů státního rozpočtu.

Příjmy a výdaje státního rozpočtu spojené s obsluhou a splácením státního dluhu tvoří zvláštní rozpočtovou kapitolu Státní dluh. Rozpočtové kapitoly Všeobecná pokladní správa a Státní dluh spravuje Ministerstvo financí. Význam této kapitoly kvůli rozpočtovým schodkům bohužel stále narůstá.

Některé specifické funkce státu jsou kromě toho financovány prostřednictvím státních fondů stojících mimo státní rozpočet (např. Státní fond dopravní infrastruktury nebo Státní fond životního prostředí). Každý státní fond se zřizuje zákonem, v němž je upravena působnost fondu, včetně tvorby a způsobu použití jeho finančních zdrojů.

Státní rozpočet vychází z tzv. střednědobého výhledu, který je vždy zpracováván zároveň s návrhem státního rozpočtu, a to na období dvou let následujících po roce, na který je zpracován návrh státního rozpočtu. Na každý z roků střednědobého výhledu je sestavován i střednědobý výdajový rámec obsahující celkové výdaje státního rozpočtu a státních fondů.

Příjmy a výdaje státního rozpočtu, jeho tvorba, funkce a obsah jsou definovány zákonem č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech. Státní rozpočet členěný do rozpočtových kapitol se závaznými ukazateli je vydán zákonem o státním rozpočtu. Výsledky rozpočtového hospodaření za každý rok jsou v podobě státního závěrečného účtu schvalovaný Poslaneckou sněmovnou. Vše kolem státního rozpočtu by tedy mělo mít pevný řád. [1]

Výdaje státního rozpočtu jsou ovlivněny hospodářskou politikou vlády, která sestavovala státní rozpočet. V zásadě však hovoříme o dvou skupinách výdajů:

1. **transferové platby** – Peníze určené jako platby obyvatelstvu formou sociálních dávek, důchodů, podpor v nezaměstnanosti atd. Stát zde hraje významnou roli v procesu přerozdělování, kdy svůj podíl na vyrobených statcích a službách (HDP) získávají i ti, kteří se z různých důvodů nemohli podílet na procesu výroby (děti, nemocní, nezaměstnaní, fyzicky či psychicky postižení, důchodci atd.) a potřebují prostředky k obživě;
2. **vládní výdaje** – Peníze na chod státních institucí, veřejného školství, zdravotnictví, obrany státu, vládní investice (např. výstavba dálnic), vládní dotační programy.

Z jiného pohledu můžeme výdaje členit na:

1. **mandatorní** – povinné (stát se k nim zavázal v rozličných zákonech), stát je musí uhradit bez ohledu na skutečnou výši svých příjmů, jinak by porušil své zákony a riskoval by rozvrat ekonomiky
2. **nemandatorní** – ostatní, které nemusí, ale chce realizovat (podle aktuální hospodářské politiky vlády)

Výdaje státního rozpočtu je třeba vidět v kontextu s příjmy. Vždy by se našla řada dobrých důvodů, proč by stát měl financovat to či ono, ale zároveň s tím musí být vyřčeno, kde na to má stát vzít (zvýšit daně, zvýšit odvody sociálního pojištění či zadlužit se a mít o to méně peněz v budoucnu). Platí zásada, že rozvinutá ekonomika má více peněz na přerozdělování než ekonomika zaostalá. Primární by tedy měla být snaha zvýšit výkonnost ekonomiky (růst HDP) a pak budeme mít i větší státní rozpočet, ze kterého si můžeme dovolit financovat více věcí. [2]

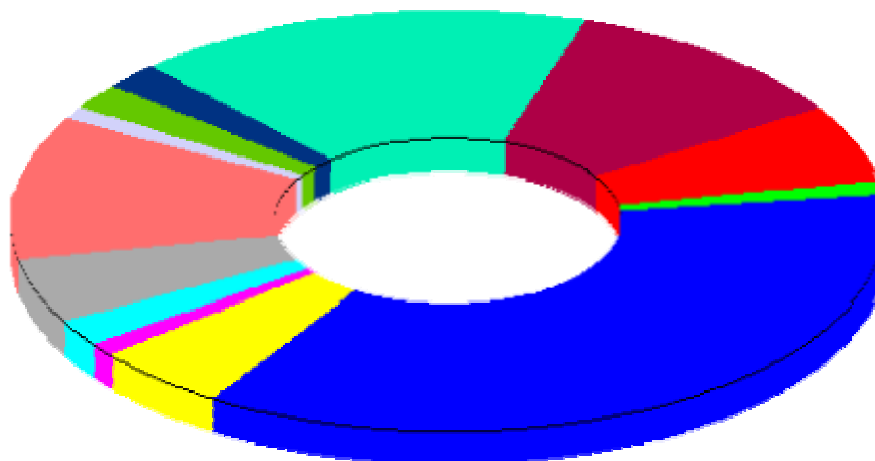
Tabulka č.1 – Celkové výdaje státního rozpočtu České republiky podle kapitol za rok 2005 (v tis. Kč)

Kapitola	VÝDAJE CELKEM			
	Schválený rozpočet	Rozpočet po změnách	Skutečnost	Plnění %
Kancelář prezidenta republiky	396 795	397 375	448 098,36	112,76
Poslanecká sněmovna Parlamentu	1 026 153	1 043 350	1 010 148,74	96,82
Senát Parlamentu	561 200	579 902	594 583,92	102,53
Úřad vlády	515 996	752 344	768 874,59	102,2
Bezpečnostní informační služba	1 177 143	1 180 690	1 109 912,67	94,01
Ministerstvo zahraničních věcí	4 809 784	6 419 256	6 441 229,71	100,34
Ministerstvo obrany	52 953 193	53 980 943	58 445 016,37	108,27
Národní bezpečnostní úřad	243 170	265 216	250 514,83	94,46
Kancelář Veřejného ochránce práv	92 055	92 055	61 416,88	66,72
Ministerstvo financí	15 324 854	15 782 437	16 084 506,02	101,91
Ministerstvo práce a sociálních věcí	333 805 505	336 268 347	337 895 397,67	100,48
Ministerstvo vnitra	51 872 067	51 193 711	51 516 745,45	100,63
Ministerstvo životního prostředí	4 117 506	4 390 940	4 602 900,12	104,83
Ministerstvo pro místní rozvoj	4 733 419	5 267 183	5 962 124,28	113,19
Grantová agentura ČR	1 325 610	1 326 866	1 339 733,02	100,97
Ministerstvo průmyslu a obchodu	13 241 530	13 450 033	14 213 175,86	105,67
Ministerstvo dopravy	16 024 357	23 462 924	26 838 548,71	114,39
Český telekomunikační úřad	464 245	469 034	467 292,90	99,63
Ministerstvo zemědělství	37 116 864	43 505 434	50 307 578,44	115,64
Ministerstvo školství, ml. a tělov.	71 490 266	101 749 841	102 577 249,55	100,81
Ministerstvo kultury	5 757 145	6 396 658	6 497 302,88	101,57
Ministerstvo zdravotnictví	8 226 162	9 190 809	9 676 455,53	105,28
Ministerstvo spravedlnosti	18 327 660	18 736 765	20 336 206,14	108,54
Ministerstvo informatiky	664 123	668 852	786 439,93	117,58
Úřad pro ochranu osobních údajů	92 391	92391	71 051,67	76,90
Úřad průmyslového vlastnictví	155 712	155 712	155 472,25	99,85
Český statistický úřad	1 080 273	1 114 339	1 166 614,97	104,69
Český úřad zeměměř. a katastrální	2 378 942	2 418 674	2 450 486,75	101,32
Komise pro cenné papíry	123 269	126 362	129 652,18	102,60
Český báňský úřad	158 405	158 405	158 400,59	100,00
Energetický regulační úřad	118 396	118 396	105 017,61	88,70
Úřad pro ochranu hosp. soutěže	143 801	143 801	145757,53	101,36
Ústavní soud	110 556	110 556	116 330,93	105,22
Akademie věd České republiky	4 439 780	4 500 139	4 565 620,02	101,46
Rada pro rozhlasové a televizní vysílání	33 959	40 434	40 371,96	99,85
Správa státních hmotných rezerv	1 919 467	1 919 467	1 955 775,19	101,89
Státní úřad pro jadernou bezpečnost	370 869	384 584	385 153,37	100,15
Nejvyšší kontrolní úřad	460 894	475 894	490 341,84	103,04
Státní dluh	33 679 500	25 875 075	25 431 178,80	98,28
Operace státních finančních aktiv	16 146 763	5 097 107	2 467 085	48,40
Všeobecná pokladní správa	202 735 864	169 113 342	164 732 255	97,41
CELKEM	908 415 643	908 415 643	922 798 018,23	101,58

ZDROJ:[10] Ministerstvo financí České republiky

Předchozí tabulka představuje soubor ukazatelů charakterizující výdaje státního rozpočtu České republiky z hlediska druhové klasifikace rozpočtové skladby. Zobrazuje hodnoty schváleného rozpočtu po změnách a skutečnosti (výsledku od počátku roku) jednotlivých ukazatelů za dané období podle kapitol. Údaj „Plnění %“ je dán podílem hodnot skutečnosti a rozpočtu po změnách v procentech. Dá se z ní vyčíst, že výdaje na zdravotnictví za rok 2005 činily přes devět a půl miliardy a že ku celkovým výdajům tvoří podíl 1 %. Na následujícím grafu můžete vidět, kolik z celkových výdajů státního rozpočtu zabírají jednotlivé resorty. [10]

Graf č.1



	kapitola	podíl
	307 - Ministerstvo obrany	6%
	312 - Ministerstvo financí	1%
	313 - Ministerstvo práce a sociálních věcí	36%
	314 - Ministerstvo vnitra	5%
	322 - Ministerstvo průmyslu a obchodu	1%
	327 - Ministerstvo dopravy	2%
	329 - Ministerstvo zemědělství	5%
	333 - Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy	11%
	335 - Ministerstvo zdravotnictví	1%
	336 - Ministerstvo spravedlnosti	2%
	396 - Státní dluh	2%
	398 - Všeobecná pokladní správa	17%
	kapitoly s podílem do 1%	11

ZDROJ:[10] Ministerstvo financí České republiky

Bezkonkurenčně nejvíce peněz z českého státního rozpočtu odčerpává Ministerstvo práce a sociálních věcí. Z celkem 923 mld. Kč výdajů státního rozpočtu pro rok 2005 na rozpočtovou kapitolu tohoto ministerstva připadlo celých 338 mld. Kč (tj. 36 %) a v letošním roce to činí 427 mld. Kč (tj. 41 %). Z toho v letošním roce přes 280 mld. Kč tvoří výdaje na důchody, 54 mld. Kč výdaje na dávky státní sociální podpory a 32 mld. Kč výdaje na dávky nemocenského pojištění. Na platy zaměstnanců ministerstvo předpokládá vydat 4,7 mld. Kč.

Druhou největší rozpočtovou kapitolou v oblasti výdajů je Všeobecná pokladní správa. V roce 2007 z ní stát plánuje vydat přes 144 mld. Kč. Největší výdajová položka této rozpočtové kapitoly – 47 mld. Kč – se skrývá pod ukazatelem s tajemným názvem „transfery veřejným rozpočtům ústřední úrovně“. Jedná se především o **platby státu na zdravotní pojištění za nevýdělečně činné skupiny obyvatelstva**. Zhruba 30 mld. Kč tvoří odvody a příspěvky do rozpočtu Evropské unie. Na státní záruky investiční pobídky a podporu exportu je přichystáno necelých 15 mld. Kč. O miliardu méně v této rozpočtové kapitole stát přichystal na státní podporu stavebního spoření. Vládní rozpočtové rezerva pro rok 2007 byla vytvořena ve výši 4 mld. Kč. Stejná částka je připravena na transfery mezinárodním organizacím a na zahraniční pomoc.

Třetí největší rozpočtovou kapitolu v oblasti výdajů je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. To chce letos vydat téměř 122 mld. Kč. Přes 75 mld. Kč z této částky má připadnout na přímé výdaje regionálního školství, 26 mld. Kč na vysoké školy a 10 mld. Kč na výzkum a vývoj. Na podporu sportu ministerstvo plánuje vydat přes 3 mld. Na platy svých zaměstnanců počítá s 387 mil. Kč.

Ministerstvo obrany a Ministerstvo vnitra hodlají v roce 2007 utratit po 54 mld. Kč. S největšími výdaji přitom obě ministerstva počítají na platy zaměstnanců (Ministerstvo obrany – 11 mld. Kč, Ministerstvo vnitra – 25 mld. Kč). Následuje rozpočtová kapitola Ministerstva zemědělství s celkovými výdaji 47 mld. Kč, z nichž 32 mld. Kč má připadnout na dotace Státnímu zemědělskému a intervenčnímu fondu. Na obsluhu a splácení státního dluhu je v rozpočtu počítáno s částkou 38 mld. Kč. [10]

Zdravotnictví v České republice

Zdravotnictví je svou podstatou specifickým ekonomickým odvětvím. Rozsahem se dotýká každého člena společnosti a většiny ekonomických subjektů. Vzhledem k výši částek, které jsou v této oblasti používány a přerozdělovány, se řadí mezi nejvýznamnější odvětví ekonomiky.

K faktorům, které přispívají ke zvýrazňování této oblasti, patří kvalita zdravotnické péče, zvyšování péče o zdraví obyvatelstva, prodlužování lidského života a další související aspekty jako např. změny ve věkové struktuře obyvatelstva, porodnost, trh s pracovními silami, rozvoj nových technologií, náročnost pacientů a řada dalších důvodů. Tyto důvody vám podrobněji popíšu v kapitole číslo čtyři. [3]

Do českého zdravotnictví ročně putuje téměř 200 miliard. Částku 180 miliard korun vydaly v roce 2005 zdravotní pojišťovny. Z této částky šla až polovina do nemocnic. Na léky směřovalo přibližně 25 procent, zbylá čtvrtina se rozdělila mezi praktické lékaře, ambulantní specialisty, zubaře, lázně, dopravu a laboratoře. Kromě zmiňovaných peněz od zdravotních pojišťoven se na této částce podílí stát devíti miliardami, které jsou určeny převážně na investice do nemocnic a hygienickou službu. Další prostředky plynou i z jiných resortů a krajů.

Struktura výdajů se příliš nemění, objem prostředků vydávaných do zdravotnictví ale stále roste. Tento nárůst je přímo úměrný nárůstu objemu peněz ve zdravotním pojištění. Výdaje na zdravotnictví můžeme analyzovat podle zdrojů financování, typu poskytovatele a druhů péče. (viz kapitola č.3)

Díky regulacím se podařilo lehce snížit podíl nemocnic na celkových výdajích. Tento trend je shodný s trendem EU, kde je výrazněji posilována ambulantní péče. Nejpalčivějším problémem tak zůstává nárůst výdajů na léky. [4]

Výdaje na zdravotnictví Jihočeského kraje

A teď bych se chtěla zaměřit na rozpočet Jihočeského kraje a hlavně na to, jakou část z výdajů rozpočtu tvoří výdaje na zdravotnictví.

Rozpočet na rok 2007 byl 19. 12. 2006 schválen zastupitelstvem Jihočeského kraje jako schodkový v těchto objemech:

příjmy	9 107 419 700,- Kč
výdaje	9 620 712 900,- Kč
schodek	513 293 200,- Kč

K profinancování schodku rozpočtu 2007 bude použita část hospodářského přebytku minulých let v objemu 63 293 200 Kč a objem 450 000 000 Kč z další tranže krajem přijatého úvěru.

Souhrnné informace o hospodaření Jihočeského kraje za rok 2005 a rozpočtu na rok 2006 pro občany kraje jsou k dispozici na stránkách www.kraj-jihocesky.cz v části hospodaření kraje. V následující tabulce uvidíte, kolik bylo vynaloženo ve skutečnosti na sektor zdravotnictví v roce 2005 a jaký byl schválený rozpočet na rok 2006.

Tabulka č.2

Výdaje v tis. Kč		2005			2006
Oblast		Schválený rozpočet	Upravený rozpočet	Skutečnost	Schválený rozpočet
Zdravotnictví	služba první pomoci	6000,0	6 500,0	6 500,0	7000,0
	nemocnice	81 155,0	155 847,5	150 762,4	119 200,0
	zdravotnická záchranná služba	172 000,0	164 160,0	155 974,0	179 800,0

ZDROJ:[7] Internetové stránky jihočeského kraje

Z tabulky je patrné, že nejvíce výdajů v Jihočeském kraji bylo vynaloženo na zdravotní záchrannou službu. Dále jsou výdaje vynakládány na chod nemocnic a nejméně na službu první pomoci. [7]

V následující tabulce můžete vidět předpokládaný vývoj výdajů na zdravotnictví v dalších sedmi letech. Bohužel tento výhled byl zpracovaný o dva měsíce dříve než rozpočet na rok 2007, takže údaj o celkových výdajích roku 2007 není shodný.

Tabulka č.3 – Střednědobý rozpočtový výhled Jihočeského kraje na r. 2007 – 2013 (schválený 17.10. 2006)

Výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč)	Rok							
	1.8.2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1 Zdravotnický provoz	215,5	194,5	201,3	205,0	210,1	215,0	241,6	250
1.1 Nemocnice	47,0	44,1	45,6	46,4	47,6	48,7	58,9	65,0
1.2 Na oddlužení	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.3 Terénní (ZZS + LSPP)	168,8	147,8	153,0	157,6	161,0	165,0	179,6	185,0
2 Investice zřiz. a založ. organizace	127,3	100,0	98,7	121,3	129,9	150,0	150,0	160,0
3 Prostředky grantové a dotační politiky	3,9	4,0	5,0	6,0	7,0	8,0	9,5	10,0
Celkem	346,8	298,5	305,0	332,3	347,0	373,0	401,1	420,0
Výdaje celkem	9 712,5	10 096,5	10 007,9	10 531,8	11 076,1	11 521,9	12 027,5	12 477,1

ZDROJ:[7] Internetové stránky jihočeského kraje

Při zpracovávání podílu výdajů na zdravotnictví ku celkovým výdajům budu pracovat s daty ze střednědobého rozpočtového výhledu, protože Jihočeský kraj nedává občanům k dispozici podrobnější údaje o rozpočtu roku 2007.

Podíl (v %)	3,57	2,96	3,05	3,16	3,13	3,24	3,33	3,37
--------------------	------	------	------	------	------	------	------	------

Z propočtů můžete vidět, že se podíl výdajů na zdravotnictví ku celkovým výdajům v následujících letech bude pohybovat kolem tří procent. To znamená, že Jihočeský kraj vynakládá na zdravotnictví více procent než v rámci celé České republiky. [7]

Teď bych ještě pro představu chtěla ukázat, jak je na tom, co se týká výdajů na zdravotnictví, Středočeský kraj a jestli se jeho podíl výdajů na zdravotnictví výrazně liší od Jihočeského kraje. Když se zaměříme pro porovnání na rok 2007, tak podíl výdajů na zdravotnictví ku celkovým výdajům Středočeského kraje se předpokládá ve výši 4,94 %. Zatímco v rámci Jihočeského kraje podíl činí 2,96 %. Je vidět, že se podíly výdajů na zdravotnictví ku celkovým výdajům v rámci těchto dvou krajů od sebe liší o skoro 2 %.

Tento rozdíl je způsoben hlavně tím, že ve Středočeském kraji se nejenom vynakládá více peněz na zdravotnictví (a to 773 800 tis. Kč) , ale i celkové výdaje Středočeského kraje jsou cca o pět mld. vyšší než v Jihočeském kraji. Podle mého názoru je to způsobeno tím, že do Středočeského kraje patří i hlavní město České republiky. Ve Středočeském kraji se vyskytuje více nemocnic, a proto se vynakládá i více peněz na zdravotnictví. [8]

Tabulka č.4 – Příjmy a výdaje Středočeského kraje (v tis. Kč)

PŘÍJMY							
Ukazatel	r. 2001	r. 2002	r. 2003	r. 2004	r. 2005	r. 2006	r. 2007
Podíly na daních		1 266 790	1 414 622	1 530 000	5 838 278	5 840 000	6 100 000
Ostatní příjmy	15 167	95 510	153 990	316 218	258 868	171 022	329 391
Vlastní příjmy celkem	15 167	1 362 300	1 568 612	1 924 218	6 097 146	6 011 022	6 429 391
Dotace	1 100 205	3 103 624	10 233 217	11 315 495	7 275 558	8 116 029	9 237 143
Příjmy celkem	1 115 372	4 465 924	11 801 829	13 239 713	13 372 704	14 127 051	15 666 534

VÝDAJE							
Kapitola	r. 2001	r. 2002	r. 2003	r. 2004	r. 2005	r. 2006	r. 2007
01-Činnost zastupitelstva	20 924	18 971	39 120	110 532	123 873	119 929	123 114
02-Činnost krajského úřadu	89 695	186 109	401 913	531 723	495 224	404 722	422 699
03-Informatika						42 027	39 738
04-Doprava		130 692	1 354 244	2 779 840	2 895 994	2 418 219	3 827 067
05-Školství	956 200	3 017 074	6 978 716	7 110 743	7 254 481	7 954 641	8 352 865
06-Kultura	13 900	111 090	291 672	313 384	312 592	304 406	282 864
07-Zdravotnictví	11 521	30 246	1 162 550	845 521	756 832	530 380	773 880
08-Regionální rozvoj	3 461	21 681	94 383	299 112	287 103	147 363	118 641
09-Mimořádné situace		525 038	340 308				
09-Evropská integrace						61 922	75 656
10-Životní prostředí		15 855	78 593	179 518	182 096	171 750	179 410
11-Správa majetku		10 942	10 224	9 717	11 130	10 574	10 574
12-Finanční řízení						3 800	6 000
17-Sociální věci		15 000	847 198	863 582	828 748	787 484	793 905
Fond Investic						800 000	250 000
Fond na předfin.projektů spolufin. Z EU a EHP						200 000	177 443
Ostatní	3 552	874	9 319	196 041	224 631	169 834	232 679
Výdaje celkem	1 099 253	4 083 572	11 608 240	13 239 713	13 372 704	14 127 051	15 666 534

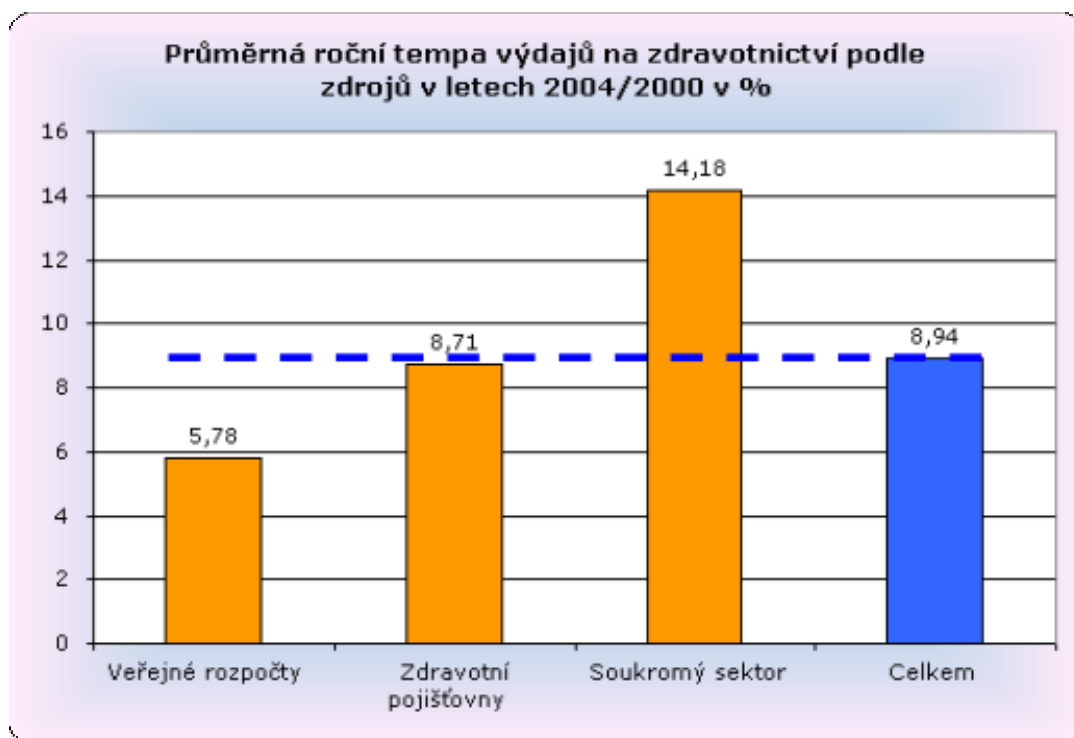
3. ANALYZOVÁNÍ VÝDAJŮ NA ZDRAVOTNICTVÍ A KOMPARACE S OSTATNÍMI ZEMĚMI OECD

3. 1. PODLE ZDROJŮ FINANCOVÁNÍ

Analyzování výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování se rozděluje do třech sektorů a to na *soukromý sektor* (domácnosti), *veřejné rozpočty* a *zdravotní pojišťovny*.

Celkové výdaje od roku 2000 do roku 2004 vzrostly o 41 %. To je v ročním průměru o 8,49 %. Dynamika jednotlivých zdrojů financování je ovšem odlišná. Nejvýraznější růst byl zaznamenán u soukromého sektoru a to o 51 %. Rozhodující část výdajů v soukromém sektoru tvoří přímé výdaje domácností. Jedná se o příplatky u předepsaných léčiv či platby plných cen u volně prodejných léků a prostředky zdravotnické techniky. Výdaje zdravotnických pojišťoven vzrostly od roku 2000 o 40 %. Pomalejší růst byl na straně veřejných rozpočtů, a to o 25 %. [3]

Graf č.2



ZDROJ:[3] Analýza zdravotních účtů ČR

Tabulka č.5 – Celkové výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v mil. Kč)

Zdroj financování	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Index 2005/2004	Průměrné roční tempo růstu
1 Vládní výdaje	132 962	145 206	162 297	175 592	184 825	191 356	143,9	7,55
1.1 Veřejné rozpočty	17 170	17 346	20 279	23 891	21 495	21 263	123,8	4,37
1.1.1 Státní rozpočet	8 319	14 761	17 164	10 968	10 485	12 334	148,3	8,19
1.1.3 Místní rozpočty	8 851	2 585	3 115	12 923	11 010	8 930	100,9	0,18
1.2 Zdravotní pojišťovny	115 792	127 860	142 018	151 701	163 330	170 093	146,9	7,99
2 Soukromý sektor	13 873	16 094	16 626	19 563	21 927	24 228	174,6	11,8
2.2 Ostatní soukr.pojištění	-	-	-	466	459	512	-	-
2.3 Domácnosti	13 873	16094	16 626	19 097	20 934	23 110	166,6	10,75
2.5 Korporace	-	-	-	-	534	606	-	-
Celkem	146 835	161 300	178 923	195 155	206 752	215 584	146,8	7,98

ZDROJ:[3] Analýza zdravotních účtů ČR

Největší zátěž financování zdravotní péče spočívá na zdravotních pojišťovnách, jejichž podíl se sice od roku 2000 snížil o 0,66 bodu, a to výlučně v důsledku růstu podílu soukromého sektoru respektive již zmíněných přímých plateb obyvatelstva.

Největší podíl na celkových výdajích měly v roce 2005 zdravotní pojišťovny se 79 %, veřejné rozpočty tvořily cca 9,8 %, domácnosti 10,7 % a ostatní zdroje 0,5 %. [3]

Graf č.3



ZDROJ:[3] Analýza zdravotních účtů ČR

K vyjádření přiměřenosti výše zdrojů vynakládaných na zdravotnictví se používá relativního ukazatele poměr výdajů na zdravotnictví k HDP. V zemích Evropské unie se tento průměr pohybuje okolo 7 %. [3]

Tabulka č.6 – Vztah mezi výdaji na zdravotnictví a HDP v běžných cenách

	2000		2002		2003		2004		2005		Prům.roční tempo růstu (v %)
	mld.Kč	Zdrav. jako % z HDP	mld.Kč	Zdrav. jako % z HDP	mld.Kč	Zdrav. jako % z HDP	mld.Kč	Zdrav. jako % z HDP	mld.Kč	Zdrav. jako % z HDP	
výdaje na zdrav.	146,8	6,7	178,9	7,3	195,2	7,6	206,8	7,4	215,6	7,2	7,98
HDP v běžných cenách	2189,2		2464,4		2577,1		2781,1		2978,2		

ZDOJ:[3] Analýza zdravotních účtů ČR

Výdaje na zdravotnictví rostly rychleji než HDP. Celkový nárůst zdravotnických výdajů od roku 2000 představoval 47 %, zatímco nárůst HDP činil pouze 36 %. Díky tomu došlo k mírnému navýšení podílu zdravotnických výdajů na HDP z 6,7 % v roce 2000 na 7,2 % v roce 2005.

Průměrné roční tempo růstu zdravotnických výdajů dosahuje 8,0 %, přičemž nejvyšší bylo mezi roky 2001 a 2002. HDP průměrně rostl o 6,4 % za rok, nejvíce mezi roky 2003 a 2004. [3]

Výdaje domácností na zdravotní péči

Výdaje domácností jsou zatím pouze doplňkovým zdrojem financování zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že do budoucna lze očekávat nárůst jejich významu ve smyslu zavedení finanční spoluúčasti pacientů, bude jistě zajímavé podívat se na úroveň finančních prostředků, které již nyní (resp. v období 2000 – 2005) investujeme do našeho zdraví.

Výdaje domácností související se zdravím se od roku 2000 zvyšovaly průměrným ročním tempem růstu ve výši 10,8 %. Nejvyšší část výdajů (v rozpětí od 74,9 % v roce 2000

do 77,5 % v roce 2003) každoročně směřovala na léky a PZT (zdravotnické zboží a prostředky), z toho výdaje určené na léky tvořily více než polovinu této položky. V období let 2000 – 2005 se pak výdaje na léky a PZT zvýšily o 68,1 %, přičemž jen výdaje na léky zaznamenaly nárůst ve výši 66,4 % a výdaje na PZT 73,3 %.

Tabulka č.7

Výdaje domácností na zdravotní péči podle druhu péče v letech 2000 - 2005 v České republice
v mil. Kč

Druh péče (ICHA-HC)	Rok						Index 2005/2000	Průměrné roční tempo růstu
	2000	2001	2002	2003	2004	2005		
Celkem	13 873	16 094	16 626	19 097	20 934	23 110	166,6	10,8
v tom:								
léčebná péče	3 061	3 314	3 410	3 736	4 624	4 840	158,1	9,6
lůžková	232	219	264	329	273	268	115,6	2,9
ambulantní	2 829	3 096	3 146	3 407	4 351	4 572	161,6	10,1
z toho stomatologická	1 835	2 088	2 217	2 393	3 300	3 072	167,4	10,9
rehabilitační péče	427	411	459	567	490	817	191,2	13,8
lůžková	349	330	399	495	412	634	181,5	12,7
ambulantní	78	80	60	72	77	183	234,9	18,6
léky a PZT ¹⁾	10 385	12 369	12 757	14 794	15 820	17 454	168,1	10,9
v tom:								
léky	7 881	9 282	9 879	11 312	11 892	13 114	166,4	10,7
v tom								
předepsané léky	2 144	2 881	2 972	3 289	3 678	4 770	222,5	17,3
volně prodejné léky	5 439	6 076	6 596	7 649	7 798	7 942	146,0	7,9
ostatní léky	298	325	311	374	416	401	134,7	6,1
PZT ²⁾	2 504	3 087	2 878	3 482	3 929	4 340	173,3	11,6
v tom								
brýle	2 006	2 473	2 306	2 790	3 148	3 343	166,6	10,8
OP pomůcky ³⁾	163	200	187	226	255	265	162,9	10,3
ostatní P ZT	335	413	385	466	526	732	218,5	16,9

¹⁾ výdej zdravotnického zboží ambulantním pacientům

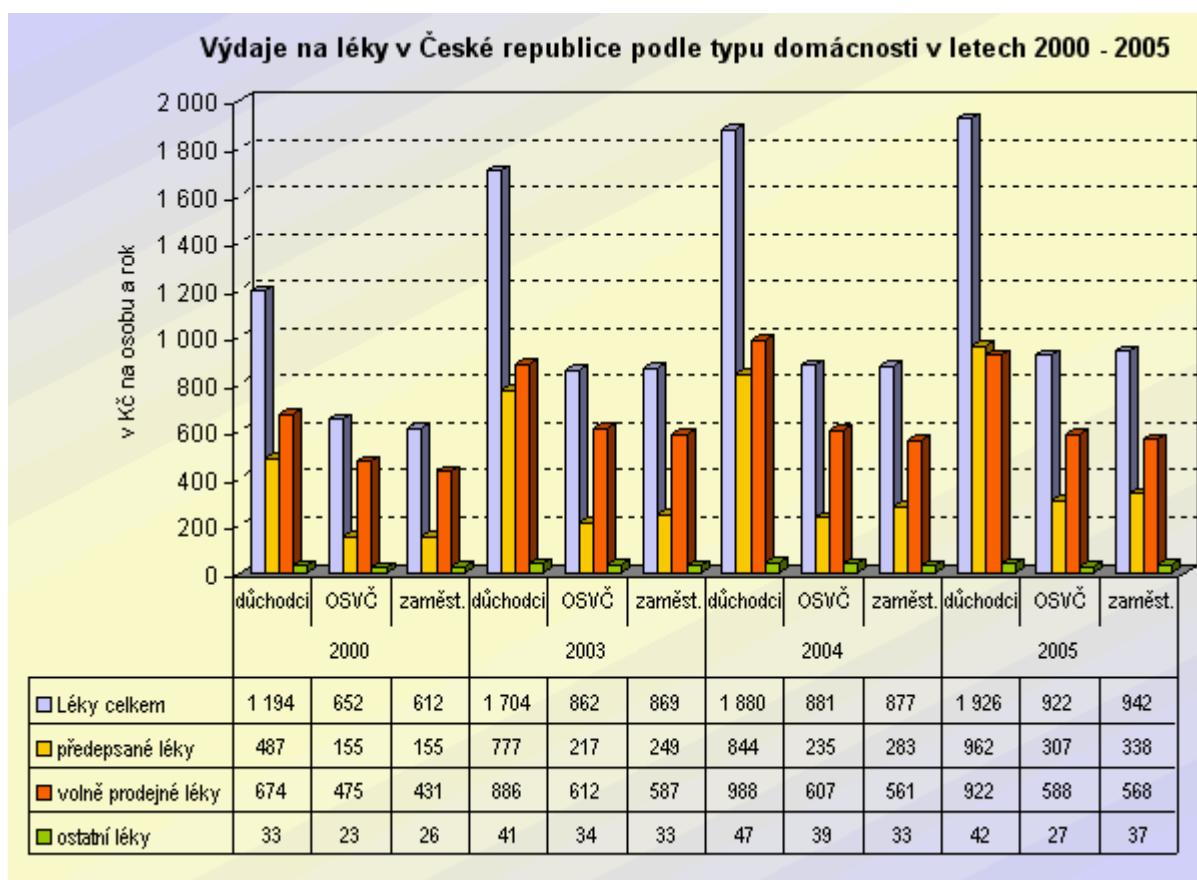
²⁾ zdravotnické prostředky a další zdravotnické zboží dlouhodobé spotřeby

³⁾ ortopedické a protetické pomůcky

ZDROJ:[3] Analýza zdravotních účtů ČR

Nejvyšší objem výdajů na léky (bez PZT) pak v přepočtu na osobu a rok připadají na kategorii domácností důchodců. Výdaje domácností osob samostatně výdělečně činných (OSVČ) a zaměstnanců jsou víceméně srovnatelné. Největší nárůst výdajů za léky v období 2000 – 2005 zaznamenaly domácnosti důchodců (o 61,4 %) a zaměstnanců (o 53,9 %), domácnosti OSVČ pak v roce 2005 vydaly za léky o 41,3 % více než v roce 2000. [3]

Graf č.4

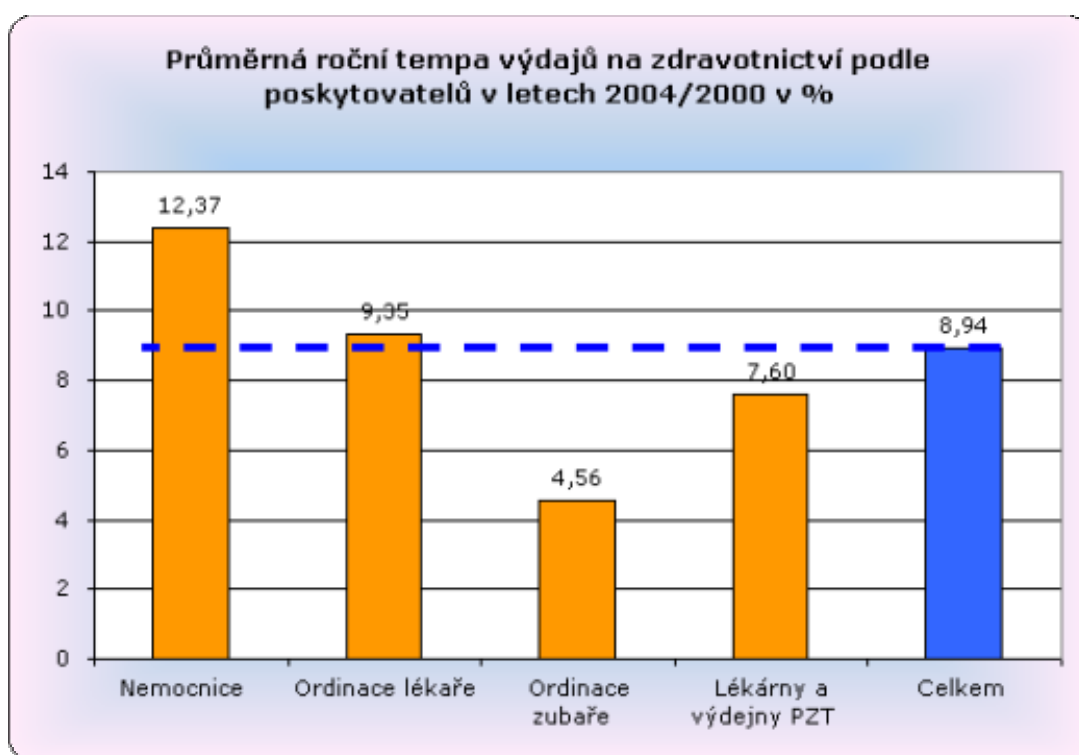


ZDROJ:[3] Analýza zdravotních účtů ČR

3. 2. PODLE TYPU POSKYTOVATELE

Dále bych se zaměřila na analyzování podle typu poskytovatele, kam spadají *nemocnice, ordinace lékaře, ordinace zubaře a lékárny a výdejny PZT*. Nejvyšší růst výdajů podle poskytovatelů byl zaznamenán od roku 2000 do roku 2004 u nemocnic a podprůměrný růst u ordinace zubařů a lékáren a výdejen PZT. [3]

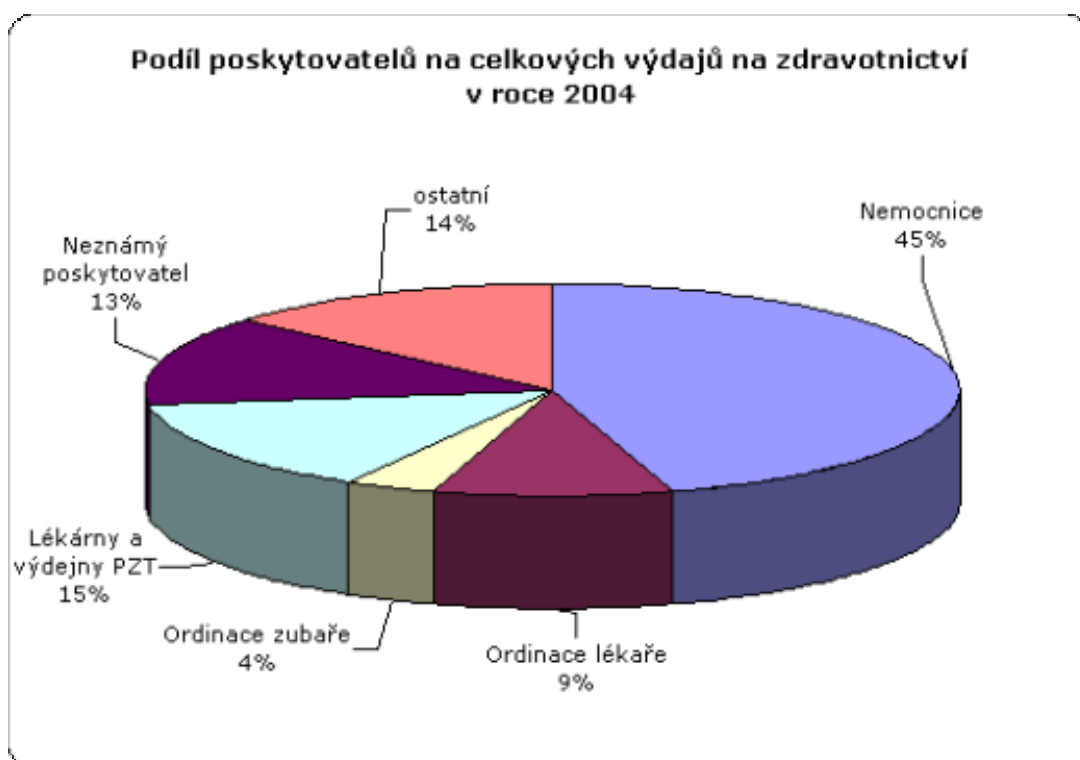
Graf č.5



ZDROJ:[3] Analýza zdravotních účtů ČR

Největší podíl na celkových výdajích měly každoročně nemocnice, z nichž 88 % výdajů tvoří výdaje všeobecných nemocnic. U nemocnic byl také zaznamenán největší růst podílu na celkových výdajích z 40,08 na 45,37. [3]

Graf č.6



ZDROJ:[3] Analýza zdravotních účtů ČR

3. 3. PODLE ROZMĚRU „DRUHU PÉČE“

Výdaje na zdravotnictví se dají analyzovat také podle rozměru „druhu péče“. Zdravotní péče zahrnuje *osobní služby zdravotní péče*, které jsou poskytovány jednotlivým osobám, a *kolektivní služby*, které zajišťují tradiční úkoly v oblasti veřejného zdraví.

Funkce osobní zdravotní péče jsou dále klasifikovány jak podle základních funkcí (léčebná, rehabilitační a dlouhodobá ošetrovatelská péče), tak i podle způsobu poskytování (lůžková, denní ambulantní a domácí péče).

Jednotlivé druhy péče jsou hodnoceny bez ohledu na to, kde byly poskytnuty. Do ambulantní péče tedy řadíme veškerou ambulantní péči poskytnutou jak praktickými lékaři, tak i například nemocnicemi. [3]

Tabulka č.8 – Celkové výdaje na zdravotnictví podle druhu péče (v mil. Kč)

Druh péče	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Index 2005/2000	Průměrné roční tempo růstu
1 Léčebná péče	63 590	72 331	79 096	87 223	90 677	92 643	145,7	7,82%
1.1 Lůžková péče	30 586	38 423	42 137	47 673	46 965	46 840	153,1	8,90%
1.2 Denní péče	1 906	1 652	1 780	1 831	2 081	2 199	115,4	2,90%
1.3 Ambulantní péče	30 883	32 044	34 941	37 471	41 388	43 362	140,4	7,02%
1.4 Domácí péče	215	212	238	248	244	242	112,4	2,36%
2 Rehabilitační péče	5 874	5 746	6 311	7 032	7 183	7 624	129,8	5,35%
2.1 Lůžková péče	3 679	3 470	3 832	4 311	4 284	4 542	123,4	4,30%
2.3 Ambulantní péče	2 195	2 276	2 480	2 721	2 899	3 082	140,4	7,02%
3 Dlouhodobá péče	5 041	5 987	6 720	6 741	7 750	7 114	141,1	7,13%
3.1 Lůžková péče	3 826	4 541	5 226	5 038	6 222	5 432	142,0	7,26%
3.3 Domácí péče	1 215	1 446	1 493	1 703	1 528	1 682	138,4	6,72%
4 Podpůrné služby	17 500	17 618	19 810	21 351	24 025	25 560	146,1	7,87%
4.1 Laboratoře	9 949	9 657	10 993	11 829	13 345	14 467	145,4	7,77%
4.2 Zobrazování	4 428	4 244	4 836	5 170	5 758	6 097	137,7	6,61%
4.3 Doprava a ZZS	3 123	3 717	3 981	4 352	4 922	4 996	160,0	9,85%
5 Léky a PZT	37 966	43 040	47 006	52 550	57 484	60 973	160,6	9,94%
5.1 Léky	33 547	37 775	41 673	46 412	50 670	53 542	159,6	9,80%
5.2 PZT	4 419	5 265	5 334	6 139	6 814	7 431	168,2	10,95%
6 Prevence	2 197	2 339	2 684	3 223	3 977	3 600	163,8	10,38%
6.1 Matka a dítě	86	97	120	136	142	219	254,6	20,55%
6.3 Přenosné nemoci	349	313	417	619	568	240	68,9	-7,18%
6.4 Nepřenosné nemoci	1 322	1 602	1 817	2 127	2 343	2 127	160,9	9,98%
6.5 Pracovní lékařství	6	24	29	37	575	648	-	-
6.9 Ostatní prevence	435	302	302	304	349	367	84,3	-3,36%
7 Správa	3 887	4 162	4 613	4 806	6 394	6 640	170,8	11,31%
7.1 Vláda + ZP	3 887	4 162	4 613	4 806	6 394	6 640	170,8	11,31%
R Související činnosti	10 020	9 158	11 472	10 938	9 340	10 304	102,8	0,56%
R.1 Tvorba kapitálu	7 260	6 038	8 293	7 757	7 396	7 634	105,2	1,01%
R.2 Vzdělávání	165	175	181	180	192	203	123,2	4,27%
R.3 Věda a výzkum	713	769	747	739	745	869	121,9	4,05%
R.4 Hygiena	1 806	2 090	2 170	2 197	946	1 495	82,8	-3,71%
R.6 Sociální služby	77	85	81	64	61	103	133,5	5,96%
0 Neznámá péče	771	929	1 219	1 297	1 587	1 127	146,1	7,88%

ZDROJ:[3] Analýza zdravotních účtů ČR

Největší podíl (cca 43 % v roce 2005) na celkových výdajích měla každoročně léčebná péče. Léčebná péče se dále dělí na lůžkovou, denní, ambulantní a domácí péči, kde lůžková a ambulantní péče tvoří dohromady cca 97 % léčebné péče. Výdaje na lůžkovou péči rostly rychleji než výdaje na ambulantní péči.

Druhým nejnákladnějším druhem péče byly léky a PZT s 26 až 28 % podílem na celkových výdajích na zdravotnictví ve sledovaných letech. Největší položkou této funkce jsou tradičně léky na předpis. Roční tempo růstu je mírně nadprůměrné, což značí, že spotřeba léků relativně roste.

Druh péče 6.5 Pracovní lékařství zaznamenal velký nárůst mezi roky 2003 a 2004. Teprve za rok 2004 jsou k dispozici potřebné údaje o výdajích podniků na zdravotní péči, a tudíž časová řada u položky pracovní lékařství a samozřejmě i prevence neposkytuje srovnatelné údaje. [3]

3. 4. POROVNÁNÍ VÝDAJŮ NA ZDRAVOTNICTVÍ SE ZEMĚMI EU

Tok peněz do zdravotnictví se v jednotlivých zemích Evropské unie velice liší. Různá je i míra spoluúčasti pacienta při platbě za léky nebo ošetření. Kvalitní zdravotní péče je velice nákladná. Proto peněžní prostředky plynoucí do zdravotnictví v jednotlivých členských zemích Evropské unie neustále rostou. V posledních letech více než ekonomický růst. Současně se všude v Evropě zvyšuje spoluúčasť pacientů. Lékařské přístroje, chod nemocnic, zřizování speciálních ordinací, to jsou velice nákladné záležitosti. [15]

Výdaje na zdravotnictví

Podíl výdajů na zdravotnictví na celkovém hrubém domácím produktu (HDP) je často používaný ukazatel pro mezinárodní srovnání. Zjednodušeně představuje podíl výdajů na zdravotnictví na celkových výdajích na nákup zboží a služeb v dané zemi. Takovýto údaj je nutné považovat vždy pouze za orientační, do značné míry opticky zvýrazňuje země, kde je zdravotnictví doslova drahé oproti jiným službám a zbožím.

Tento podíl se v ČR v posledních letech pohybuje kolem 7 %. U ekonomicky srovnatelných zemích jako Řecko, Portugalsko a Maďarsko je tento ukazatel vyšší. Úroveň nižší než ČR vykazují Slovensko a Polsko, na zhruba srovnatelné úrovni kolem 7 % se pohybuje Irsko.

Ošidnost zjednodušeného chápání ukazatele podílu na HDP vynikne na příkladu Lucemburska – ještě v roce 2002 mělo nižší podíl výdajů na zdravotnictví na HDP než ČR, ačkoliv nelze z toho vykazovat, že bychom v té době Lucembursko překonávali.

Přes jisté zjednodušené chápání ukazatele podílu výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP, a přes výjimku Lucemburska potvrzující pravidlo, lze obecně odvodit, že ekonomicky vyspělejší země vydávají na zdravotnictví vyšší podíl svého hrubého domácího produktu, což souvisí nejen obecně s vyššími cenami zdravotní péče, ale i s vyspělejšími technologiemi, postupy a léčivými, používanými v těchto zemích. Podíl výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP rovněž nevypovídá o efektivitě využití vynaložených prostředků. [14]

Tabulka č.12 – Výdaje na zdravotnictví v OECD (v % z HDP)

Země	v mezinárodních dolarech	v % k HDP
Lucembursko	5090	8,0
Francie	3160	10,5
Rakousko	3120	9,6
Německo	3040	10,6
Nizozemí	3040	9,2
Belgie	3040	10,1
Dánsko	2880	8,9
Švédsko	2830	9,1
Irsko	2600	7,1
Velká Británie	2550	8,3
Itálie	2390	8,4
Finsko	2240	7,5
Řecko	2160	10,0
Španělsko	2090	8,1
Portugalsko	1810	9,6
Česká republika	1360	7,3
Maďarsko	1320	8,3
Polsko	810	6,5
Slovensko	780	5,9

ZDROJ:[15] www.zdrav.cz

Z předchozí tabulky je zřejmé, že nejvíce peněz do zdravotnictví jde v Evropské unii v Lucembursku (5090 dolarů v paritě kupní síly na obyvatele za rok), následuje Francie (3 160 dolarů) a Rakousko (3 120 dolarů).

Naopak nejnižší výdaje jsou na Slovensku (780 dolarů) a v Polsku (810 dolarů). V České republice jsou výdaje na zdravotní péči z více než 91 % kryty z veřejných výdajů. Soukromé výdaje tak činí pouze 9 %, což je nejméně ze všech členských zemí EU. [15]

Tabulka č.13 –Soukromé výdaje na zdravotní péči v EU (v %)

Stát	Podíl soukromých výdajů (v %)
Česko	9
Slovensko	11
Lucembursko	15
Švédsko	15
Dánsko	17
Velká Británie	17
Nizozemí	19
Německo	21
Francie	24
Itálie	24
Finsko	24
Irsko	25
Polsko	28
Belgie	29
Portugalsko	29
Španělsko	29
Rakousko	30
Maďarsko	30
Řecko	47

ZDROJ:[5] www.mesec.cz

V České republice je dokonce ošetřen i ten, kdo si neplatí zdravotní pojištění, které je ze zákona povinné. To se týká především osob samostatně výdělečně činných, které neodvádí zdravotní pojištění, nebo osob bez zdanitelných příjmů (tj. občanů, kteří nejsou nikde zaměstnaní ani nejsou evidováni na Úřadu práce, aby za ně hradil zdravotní pojištění stát).

Doplatky za léky nebo ošetření jsou u nás minimální. Občané ve všech zemích si platí zdravotní pojištění, a přesto musí za mnohé lékařské úkony doplácet a platit mnohdy až 40 % spoluúčast. Pobyt a stravování v nemocnicích není rozhodně zadarmo. [5]

Výdaje za léky

Průměrně je v zemích Evropské unie 55 % výdajů za léky hrazeno z veřejných zdrojů a zbývající část je hrazena částečně z hotovostních plateb a z menší části ze soukromého pojištění. Výdaje na léky jsou nejvyšší ve Francii (přes 600 dolarů na osobu).

V Česku tvoří výdaje za léky 22 % všech nákladů ve zdravotnictví, větší náklady na léky jsou již jenom v Maďarsku, Polsku, Slovensku, Itálii a Nizozemí. Nejnižšími relativními výdaji za léky se může pochlubit Dánsko a Švédsko (pod 10 %).

Vyšší spoluúčast Západoevropanů na ceně léků je hlavním důvodem, proč je zde nižší spotřeba léků – neplývá se jimi. Výdaje za léky jsou významnou výdajovou položkou ve zdravotnictví ve všech zemích. Ze všech nákladů ve zdravotnictví na léky v Evropské unii téměř 20 %. [15]

Míra spoluúčasti ve vybraných zemích

- **Francie** – Spoluúčast u léků činí 35 % (pro závažnější nemoci) a 65 % (pro lehčí nemoci – nachlazení, chřipka, kašel, ...) z ceny léků.
- **Lucembursko** – Výše spoluúčasti u normálních léků (dle zákonné vyhlášky) činí 40 % ceny léku, u odborných léků (dle zákonné vyhlášky) činí 80 % ceny léků.
- **Maďarsko** – Výše spoluúčasti se pohybuje od 0 % do 100 % ceny léku, ve většině případů (u nejpoužívanějších léků) činí 50 %.
- **Německo** – Výše spoluúčasti činí 10 % z ceny léku (neméně však 5 euro, levnější léky jsou tak hrazeny pacientem v plné výši).
- **Řecko** – Pacienti platí 25 % z ceny léku, u opakovaného používání 10 % z jeho ceny. [15]

Vedou léky na srdce

Pokud bychom vytvořili hitparádu nejvíce používaných léků v České republice za rok 2005, tak by jednoznačně zvítězily léky na kardiovaskulární onemocnění, tedy onemocnění srdce a cév.

Pořadí by zhruba bylo následující:

- 11,82 miliardy Kč – léky na kardiovaskulární systém
- 8,47 miliardy Kč – léky proti rakovině
- 7,9 miliardy Kč – léky na nervový systém
- 7 miliard Kč – léky na zažívací trakt a metabolismus [11]

4. ZVYŠOVÁNÍ EKONOMICKÉ NÁROČNOSTI ZDRAVOTNICTVÍ

V současnosti jsme svědky rapidního růstu nákladů na zdravotní péči jak v České republice tak i ve všech rozvinutých státech. Ani v dalších letech tomu nebude jinak jak jste mohli například vidět ve Střednědobém rozpočtovém výhledu jihočeského kraje. A co je důvodem růstu nákladů na zdravotní péči?

Fenoménem dnešní doby je **nadužívání**, které vede k úvahám o zavedení plateb ve zdravotnictví. Tento fenomén je vysvětlován jako jediný, což je typický pozitivistický přístup, prostě pohled jen na „špičku nosu“. [12]

Mezi důvody zvyšování ekonomické náročnosti zdravotnictví patří:

1. **demografické změny v populaci** (prodlužuje se střední délka života, populace celkově stárne);
2. **změny v profilu mortality a morbidity** (stále více převažují degenerativní, chronické a civilizační choroby);
3. **vývoj diagnostických metod** rozšiřuje spektrum léčebných diagnóz (AIDS, BSE, různé syndromy);
4. **nové terapeutické strategie** s multidisciplinárním přesahem (genetika, molekulární biologie, fyzika nízkých teplot, informatika) pro dříve neléčitelné choroby;
5. **stále větší tlak na kvalitu, bezpečnost a terapeutický efekt** nových léčebných preparátů;
6. **fenomén non-compliance** až již na straně pacienta nebo zdravotníků (preskripce léků či jejich užívání v rozporu s návodem nebo současnými odborně akceptovanými názory);
7. **rostoucí spotřeba zdravotnického materiálu**, a to zejména jednorázového. [9]

Jak jste mohli vidět na předchozí stránce tak důvodů zvyšování ekonomické náročnosti zdravotnictví je hned několik, ale já bych vám chtěla podrobněji popsat jen devitalizaci obyvatelstva a narůstání nabídky nových služeb v závislosti na vědeckých poznatcích. Tyto dva důvody působí v pozitivní korelaci, takže se ve výsledném efektu těžko rozeznává jeden od druhého. [12]

4. 1. NARŮSTÁNÍ NABÍDKY ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Tento fenomén koreluje hlavně se stárnutím obyvatelstva, avšak také s udržováním naživu nemocných obecně.

Pokud se jedná o preventivní zásahy, je tato snaha produktivní, protože udržuje ve zdraví lidi pracovně nasazené a tím podporuje schopnost obyvatelstva být ekonomicky úspěšné a vytvářet hodnoty pro společnost, v neposlední řadě i platit výdaje na zdravotnictví.

Neproductivní je zachraňovat lidi s negativní prognózou, ale toto je z humanitního hlediska dosti neetické. V poslední době se hodně naráží na téma eutanázie a potraty nekvalitních plodů, která ovšem naráží na dosud uznávané humanitní ideály. [12]

4. 2. DEVITALIZACE OBYVATELSTVA

Devitalizace obyvatelstva má dva fenomény a to:

1. celková fyzická devitalizace daná způsobem života bez fyzického pohybu, zhoršováním životního prostředí a nezdravými životními návyky;
2. stárnutí obyvatelstva.

První fenomén je řešitelný změnou společenských pravidel a životních způsobů (způsobu stravování a fyzického pohybu).

Druhý fenomén je dán jednak denatalizací (snižováním porodnosti a tím k převaze starších lidí) a jednak novými zdravotnickými metodami, které udržují naživu staré a

nemocné lidi, kteří dříve umírali. U tohoto fenoménu je možné se zaměřit pouze na porodnost.[12]

Obávanou hrozbou je skutečnost, že k poklesu obyvatel dochází v době, kdy věkem nejintenzivnější plodnosti prochází velmi početné ročníky žen narozených v 70. letech. Od nich se původně očekávalo vytvoření sekundární populační vlny právě k vlně vzniklé v letech 1971 až 1980. Od roku 1996 se počet živě narozených dětí na jednu ženu drží pod hladinou 1,2 dítěte. Předpověď plodnosti, stejně jako srovnání minulého vývoje v některých evropských zemích můžete vidět v následujících tabulkách. [6]

Tabulka č.9 – Porovnání prognóz plodnosti žen v ČR

Rok	Prognózované hodnoty - úhrnná plodnost (počet živě narozených dětí na jednu ženu v produktivním věku)	
	ČSÚ	OSN
2010	1,32	1,23
2020	1,44	1,38
2030	1,50	1,63
2040	-	1,78
2050	-	1,85

ZDROJ:[6] www.neviditelnypes.cz

Tabulka č.10 – Porovnání prognóz plodnosti žen v ČR a některých evropských zemí

Země	Úhrnná plodnost (počet živě narozených dětí na 1 ženu v produktivním věku)						
	1960	1970	1980	1990	2000	Minimum	Minimum v roce
ČR	2,12	1,90	2,10	1,89	1,14	1,13	1999
Dánsko	2,57	1,99	1,55	1,67	1,77	1,38	1983
Itálie	2,41	2,43	1,64	1,33	1,24	1,17	1995
Německo	2,37	2,03	1,56	1,45	1,38	1,28	1985
Nizozemí	3,12	2,57	1,60	1,62	1,72	1,47	1983
Rakousko	2,70	2,29	1,65	1,45	1,34	1,32	1999

ZDROJ[6] www.neviditelnypes.cz

A jak to vypadá se seniory v České republice? Podle demografů se podíl seniorů v české populaci zvýší z 14,2 % v roce 2005 na 31,3 % v roce 2050. Česká republika musí počítat s tím, že počet seniorů ve věku vyšším než 75 let se do roku 2030 minimálně zdvojnásobí, z nichž 25 až 30 procent bude ve špatném zdravotním stavu. [4]

Největší problém představuje rapidní snižování počtu obyvatel v produktivním věku. Dynamický nárůst počtu seniorů spolu se stagnací nebo poklesem podílu dětské složky budou charakteristiky příštího vývoje. Co to bude konkrétně pro zdravotnictví znamenat? Například to, že v roce 2050 by se z veřejných zdrojů pokrylo jen 50 % potřebné péče. Pokud by se měla pokrýt celá, pak by se sazby pojistného na zdravotní pojištění musela zdvojnásobit. A to je zcela neúnosné zvýšení daňové zátěže.

V současné době je polovina české populace starší 37 let, v roce 2065 se hranice posune až k 50 letům. Délka života se prodlužuje. Mezi roky 1991 a 2002 vzrostla naděje dožití při narození u mužů na 72 let z 68,2 a u žen na 78,5 z 75,7 let. A tento trend bude pokračovat. Počet osob v produktivním věku je dnes na historickém maximu a za 60 let by tento počet měl klesnout o čtvrtinu. Lidé v poproduktivním věku se stanou jedinou složkou populace, která poroste. [6]

Ukažme si to na příkladu:

Vývoj poměru počtu osob v poproduktivním věku (starších 60 let) na počtu osob v produktivním věku (15 -59 let)

- nyní: **29 osob** na 100 obyvatel
- za 30 let: **58 osob** na 100 obyvatel
- rok 2050: **75 osob** na 100 obyvatel

Jak jsou na tom lidé v Evropě? Obyvatelstvo v Evropě je nejstarší na světě, počet penzistů rok od roku roste, vždyť každý šestý občan Evropské unie je starší 65 let. Příčin je několik: ta pozitivní je, že se neustále prodlužuje věk dožití, a ta negativní je, že se všechny členské země potýkají s nízkou porodností.

Nejvíce obyvatel starších 65 let žije v Itálii (18,2 %), v Německu (17,5%) a v Řecku (17,3 %). Nejmladší obyvatelstvo žije v Irsku, kde je podíl občanů starších 65 nejnižší (11,1 %), následuje Slovensko (11,8 %).

Průměrný věk občanů v ostatních státech světa je mnohem nižší. Mohla bych uvést například Brazílii 27 let a Čínu 31,5 let (přitom se v posledních letech rodí v Číně díky státní podpoře rodin s jedním dítětem málo dětí).

V členských zemích Evropské unie se výrazně zvýšila střední délka života (za posledních čtyřicet let se zvýšila o 10 let na současných 77 let). [5]

Možnosti řešení devitalizace obyvatelstva a narůstání nabídky zdravotnických služeb

V rámci humanitních ideálů je možno řešit pouze celkovou fyzickou devitalizaci nikoliv negovat zvyšování nabídky služeb. Je to sice jen poloviční řešení, ale takové, které nám zajistí alespoň zastavení zhoubného vývoje nekonečného růstu výdajů na zdravotnictví, který společnost nemůže hradit. Pokud bude růst výdajů na zdravotnictví v souladu s celkovým ekonomickým růstem, je možno považovat vývoj za udržitelný. Pokud se ovšem devitalizace obyvatelstva nezastaví, není možno považovat řešení čistě ekonomickým přerozdělením plateb za zdravotní pojišťovny na pacienty za konečné.

Jediným opravdovým řešením je jen vitalizace obyvatelstva skládající se ze dvou prvků a to:

1. udržování zdravotního stavu obyvatelstva na vysoké úrovni zdravým způsobem života i za pomoci zdravotnictví (prevence, kvalitní léčba banálních chorob);
2. dostatečná porodnost. [12]

4. 3. ŘEŠENÍ OPTIMÁLNÍ ALOKACE ZDROJŮ

Náklady spojené s poskytováním zdravotní péče každoročně narůstají, zdroje na jejich pokrytí zůstávají omezené a zdravotnické systémy se tak dostávají do mikro a makroekonomické nerovnováhy. Hovoří se někdy o tzv. „rozporu dvou inkonzistentních cílů“ – léčba pacienta bez ohledu na náklady na jedné straně (medicínské hledisko) a finanční stabilita systému zdravotní péče na straně druhé (ekonomické hledisko).

Konečné (praktické) řešení takového paradoxu a optimální alokace zdrojů závisí sice na vlastním systému zdravotní péče, jeho financování a zdravotní politice, ale v praxi se vyvinuly následující nejčastěji používané koncepty:

1. Navýšení rozpočtu v „kapitole“ zdravotnictví, což je vzhledem k fiskálním následkům a zejména hrozbě nárůstu veřejného zadlužení jen v málokteré zemi akceptovatelné. Další nevýhodu představují omezení daná oscilacemi ekonomického cyklu.
2. Přesun zodpovědnosti za vlastní zdravotní stav jednotlivce/pacienta a to zejména prostřednictvím podpory tzv. „health-promotion“, důrazem na prevenci a samoléčení pomocí volně prodejných léčiv, systémem bonusů a nebo naopak malusů při čerpání zdravotní péče a také varianty soukromého zdravotního připojištění formou individuálních pojistných plánů. Tento koncept ovšem vyžaduje poměrně striktní rozlišení tzv. základní a nadstandartní zdravotní péče.
3. Racionální farmakoterapie ve smyslu používání cost-efektivních léčebných postupů. Úhelným kamenem tohoto přístupu je pak nalezení odpovědi na otázku „Jaká je vlastně hodnota (přínos) farmakoterapie pro pacienta, poskytovatele, zdravotní systém či společnost ve srovnání s jejími náklady?“. Léčiva by pak měla být vybírána výhradně podle charakteru onemocnění a minimalizace finančních nákladů při zajištění dostatečné účinnosti. [9]

Reforma zdravotnictví

V poslední době mluví naše vláda stále častěji o **reformě zdravotnictví**. Koncem března tohoto roku ministr zdravotnictví Tomáš Julínek představil novinářům své záměry do roku 2010. To, že reforma je nutná, je více než zřejmé. Populace v ČR stárne a v budoucnu bude tlak na veřejné zdravotní pojištění neúnosný. Aby se systém nezhroutil a aby se zachovala úroveň, budou muset sáhnout hlouběji do kapsy pacienti.

Jak ukazuje průzkum Centra pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR z prosince roku 2006 spokojenost se zdravotním systémem v ČR vyjadřuje v současnosti přibližně třetina českých občanů (32 %), jen o málo nižší je však podíl těch, kteří s ním spokojeni nejsou (29 %). Nejvíce nespokojených je mezi lidmi staršími 60 let.

Nadpoloviční většina českých občanů (51 %) se domnívá, že kvalita zdravotní péče v České republice nedoznala v posledním roce výraznějších změn. Necelá polovina českých občanů (45 %) je v současnosti spokojena s lékařskou péčí u nás. Ani spokojena, ani nespokojena se cítí přibližně třetina obyvatel naší země (32 %). Nespokojenost s lékařskou péčí vyjádřila pětina oslovených (21 %). Velké problémy v českém zdravotnictví jsou podle českých občanů zejména s financováním veřejného zdravotnictví, s hospodařením v oblasti léků a s fungováním pojišťoven. Malé nebo vůbec žádné problémy jsou podle dotázaných naopak v oblasti kvality poskytované péče, dostupnosti lékařské péče a vztahů mezi lékaři a pacienty.

Jak tedy vypadá reforma, kterou navrhuje ministerstvo zdravotnictví? Mezi hlavní Julínkovy záměry patří poplatky u lékaře, o nichž budou poslanci jednat v červnu, a pokud je schválí, začnou platit od ledna příštího roku. Podle slov ministra zdravotnictví, poplatky za návštěvu lékaře, recept či pobyt v nemocnici by dohromady s doplatky za léky nejspíš neměly překročit 5000 korun. V čem spočívá smysl poplatků? Podle pojišťoven poplatky omezí zbytečnou zdravotní péči a tím mohou ušetřit pojišťovněm ročně 6 až 7 miliard korun. Otázkou však je, zda budou pacienti ochotni platit za základní lékařskou péči, i když se zřejmě nebude jednat o závratné částky.

Tabulka č.11

Úkon	Poplatek
Recept od lékaře	20 - 30 Kč
Za den v nemocnici	20 - 50 Kč
Za návštěvu specialisty	50 Kč

ZDROJ:[13] www.dumfinanci.cz

Velké diskuze se vedou o poplatek za recept. Lékárníci ho totiž nechtějí vybírat. Chtějí, aby poplatek za recept vybíral lékař, který recept předepisuje. „Jestliže mají poplatky omezit počet receptů a předepisovaných léků, vybírat peníze za recept až u lékárníka je pozdě, to už nemá efekt,“ říká prezident České lékárnické komory Lubomír Chudoba.

Ministr Julínek je přesvědčen o tom, že díky poplatkům ubude zbytečných vyšetření a plýtvání. Uvedl, že lékaře navštěvují lidé v ČR průměrně třináctkrát za rok. V sousedním Německu je to sedmkrát a v Portugalsku čtyřikrát. Ministr dodal, že v roce 2005 bylo na deset miliónů obyvatel Česka vydáno 93,5 miliónů receptů na léky. Ušetřené a vybrané peníze by putovaly do nákladné léčby, dodal ministr. Věří, že poplatky také posílí roli pacienta, který za své peníze bude žádat kvalitnější péči. [13]

Podle ministra dávají poplatky pacientovi do rukou určitou suverenitu. Když platí tak vymáhá. Myslím, že by s ním většina lidí v České republice nesouhlasila, ale jak jinak řešit problém, že nejméně deset procent výdajů ve zdravotnictví je zbytečných? Na tomto názoru se shodlo několik odborníků na konferenci, kterou pořádala česká asociace dodavatelů zdravotnických potřeb CzechMed. Podle nich to ročně znamená částku ve výši asi 20 miliard korun. Pojišťovny, zdravotnická zařízení i pacienti nejsou totiž motivováni k hospodárnému využívání prostředků. A tím už se vracíme k fenoménu nadužívání a složité otázce jak nekonečné výdaje ve zdravotnictví řešit. [16]

5. ZÁVĚR

Po přečtení mé bakalářské práce jste si na problematiku zdravotnictví jistě udělali svůj vlastní úhel pohledu, ale dle mého názoru je zavedení reformy zdravotnictví nutné, ať už jí nastolí současný ministr zdravotnictví či některý z jeho nástupců.

Předpokládám, že reforma zdravotnictví ještě několikrát změní svojí podobu než bude zavedena. Proto jsem se vám v mé bakalářské práci pouze snažila nastínit, jak by měla vypadat podle současného ministra zdravotnictví a bude jen záležet na politických dohodách a ústupcích jak moc se změní.

Jistě se ptáte co mě natolik ovlivnilo, že nastolení reformy zdravotnictví pokládám za důležité. Důvodů pro reformu je hned několik.

V současnosti jsme svědky rapidního růstu nákladů na zdravotní péči a i podle odhadů na následující roky se předpokládá, že tento trend bude pokračovat. Položme si tedy otázku „Co zapříčinilo tento negativní trend“?.

Podle dostupných materiálů na tuto tematiku můžu říct, že příčin je hned několik. V současnosti dochází k demografickým změnám v populaci (prodlužuje se střední délka života, populace stárne, porodnost nedosahuje předpokladů), k změnám v profilu mortality a morbidit (stále více převažují chronické a civilizační choroby), dále k vývoji nových diagnostických metod, ke vzniku nových terapeutických strategií, k narůstání nabídky zdravotnických služeb, k nárůstu spotřeby zdravotnického materiálu a k řadě dalších důvodů, které přispívají k zvyšování nákladů na zdravotní péči.

Z dostupných průzkumů demografů jsem se dozvěděla, že by mělo dojít k dynamickému nárůstu počtu seniorů spolu se stagnací nebo poklesem podílu dětské složky. Co by to konkrétně znamenalo pro zdravotnictví? Za několik desítek let by se z veřejných zdrojů pokrylo jen 50 % potřebné péče. Pokud by se měla pokrýt celá, pak by se sazby pojistného na zdravotní pojištění musely zdvojnásobit. Tím by došlo k zcela neúnosnému zvýšení daňové zátěže.

Jak tedy vyřešit tento paradox a zajistit potřebné zdroje? V praxi se vyvinuly tři nejčastěji používané koncepty a to:

1. navýšení rozpočtu pro zdravotnický sektor
2. využívání cost-efektivních léčebných postupů
3. přesun zodpovědnosti za vlastní zdravotní stav na pacienta

První z těchto konceptů není zas až tak dobře aplikovatelný v České republice, protože by došlo k nárůstu veřejného zadlužení. Dle mého názoru to z ekonomického hlediska není moc vhodné řešení.

Druhý koncept by chtěl využívat cenově výhodné a efektivní léčebné postupy. Tento koncept zní velmi dobře, ale podle mého názoru by bylo složité ho v České republice zavést.

Poslední by chtěl pacienta přinutit, aby kladl důraz na prevenci a samoléčení pomocí volně prodejných léčiv. Dále by jeho nastolením mělo dojít k zavedení systému bonusů a nebo naopak malusů při čerpání zdravotní péče a také varianty soukromého zdravotního připojištění formou individuálních pojistných plánů.

Vždyť i podle dostupných průzkumů vyplívá, že český pacient navštěvuje lékaře častěji než je tomu v okolních zemích (např. v Německu). S tímto se ztotožňuje i současně navrhovaná reforma. Chtěla by pacienta donutit, aby kladl větší důraz na prevenci a nenavštěvoval lékaře tak často. Samozřejmě vím, že existuje řada lidí, která potřebuje léky k dennímu životu. I s tímto by reforma jistě měla počítat, ale dokážu si představit jak je obtížné tento problém vyřešit. Jistě má současně navrhovaná reforma řadu nedostatků a bude důležité jak moc si na ní naše vláda „dá záležet“.

6. LITERATURA

- [1] Bukač, P. : Kde stát nejvíc utrácí; článek; 2007
<http://www.mesec.cz/clanky/kde-stat-nejvic-utraci/>
- [2] Centrum pro rozvoj ekonomického vzdělávání: Makroekonomie
http://ceed.cz/makroekonomie/37_vydaje_statniho_rozpocetu.htm
- [3] Český statistický úřad: Analýza zdravotních účtů ČR; 2006
<http://www.spcr.cz/statistika/zu.htm>
- [4] ČTK: Výdaje na zdravotnictví se budou výrazně zvyšovat; článek; 2006
ČTK: Z peněz zdravotních pojišťoven mají nejvíce nemocnice; článek; 2005
<http://forum.czechmed.cz/?q=node/1094>
http://www.novinky.cz/ekonomika/z-penez-zdravotnich-pojistoven-maji-nejvice-nemocnice_66602_t8dhh.html
- [5] Gola, P. : Nejnižší výdaje na zdravotní péči; článek; 2005
<http://www.mesec.cz/clanky/cesko-nejnizsi-vydaje-na-zdravotni-peci/>
- [6] Chytilová, D. : Stárneme. Poradí si s tím zdravotnictví? ; článek; 2005
http://archiv.neviditelnypes.lidovky.cz/clanky/2005/05/43413_69_0_0.html
- [7] Internetové stránky jihočeského kraje - <http://www.kraj-jihocesky.cz>
- [8] Internetové stránky středočeského kraje - <http://www.kraj-stredocesky.cz>
- [9] Lešetický, O. ,Střítecký, R.: Ekonomika a financování zdravotní péče; studijní text; FM VŠE; 2005
- [10] Ministerstvo financí: Celkové výdaje státního rozpočtu podle kapitol; 2005
http://193.86.120.48/cps/rde/xbcr/mfcr/SZU2005_G_T8_pdf.pdf
- [11] Pergl, V. : Za léky se loni utratilo 64,6 miliardy; Odborný web pro sestry a ostatní lékařské pracovníky
<http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=171808&tmplid=804>
- [12] Podracký, V. : Nekonečné výdaje zdravotnictví; článek; 2007
<http://www.eportal.cz/ShowArticle.aspx?ArtId=975>
- [13] Sarkysian, I. : Reforma zdravotnictví; článek; 2007
<http://dumfinanci.cz/?text=148-reforma-zdravotnictvi>
- [14] ÚZIS: Vybrané ukazatele ekonomiky zdravotnictví v mezinárodním srovnání
- [15] Zdraví a zdravotnictví: Nejvíce peněz ve zdravotnictví je v Lucembursku; článek; 2007
<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=7841>
- [16] Zdravotnické noviny: Nejméně desetina výdajů ve zdravotnictví je zbytečná; článek; 2007
<http://www.istrategie.cz/scripts/detail.php?id=297945>