

2. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů

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

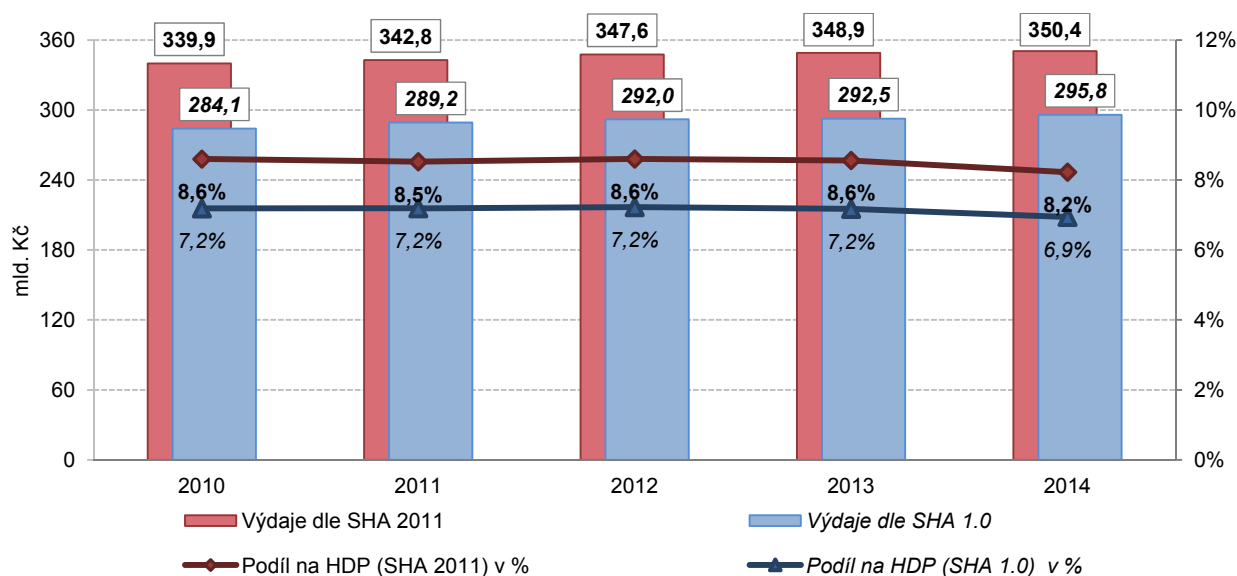
2.1 Nová metodika zdravotnických účtů

V souladu s metodickým manuálem jsou do zdravotnických účtů zahrnovány výdaje související se zdravotní péčí o naše občany na území České republiky. Výdaje na zdravotní péči můžeme členit na běžné (provozní) a kapitálové (investiční). Údaje o investičních výdajích jsou v rámci zdravotnických účtů k dispozici pouze za pořízení dlouhodobého hmotného majetku financovaného přímo ze státního nebo místních rozpočtů.

V období let 2010 - 2014 v propočtu dle nové metodiky zdravotnických účtů stouply **celkové výdaje** na zdravotní péči z 339,9 mld. Kč v roce 2010 na 350,4 mld. Kč v roce 2014. Běžné výdaje na zdravotní péči se zvýšily z 334,5 mld. Kč na 346,9 mld. Kč, tj. o 3,7 % (ročně průměrně o 0,9 %). Dynamika vývoje počtu obyvatel ČR byla v porovnání s tímto tempem nižší (přírůstek středního stavu počtu obyvatel činil 0,1 %), a tak průměrné běžné výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele vzrostly z 31 812 Kč na 32 962 Kč ročně (tj. o 3,6 %). Celkové kapitálové výdaje financované přímo ze státního nebo místních rozpočtů v oblasti zdravotní péče naopak v uvedeném období poklesly z 5,3 mld. Kč na 3,5 mld. Kč (o 33,6 %).

V porovnání s vývojem hlavního makro ukazatele ekonomického výkonu - HDP, celkové výdaje na zdravotní péči (včetně kapitálových) zaostávaly a jejich podíl na HDP se v uvedených letech snížil z 8,6 % na 8,2 % (propočteno v metodice SHA 2011) respektive ze 7,2 % na 6,9 % (propočteno v původní metodice SHA 0.1) – viz graf č. 2.1.

Graf č. 2.1 Vývoj výdajů na zdravotní péči v ČR a jejich podílu na HDP, 2010 -2014 (mld. Kč; %) - srovnání hodnot podle metodiky SHA 1.0 a nové metodiky SHA 2011



Zdroj: ČSÚ 2016, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2014

Jak je patrné, širší pojetí zdravotní péče dle nové metodiky SHA mělo v podílu výdajů na zdravotní péči na celkovém HDP dopad ve výši 1,3 procentního bodu. I přes svůj širší záběr výdaje na zdravotní péči v posledních dvou letech, ovlivněných návratem hospodářského oživení, neudržely rostoucí tempo ukazatele ekonomického výkonu a jejich podíl v relaci k hodnotě HDP klesal.

2.2 Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování

Na otázku o zdroji financování zdravotní péče odpovídá první ze tří výše zmíněných pohledů – systém či způsob financování (v manuálu SHA 2011 „financing scheme“). Nový manuál SHA 2011 rozeznává tři základní systémy financování zdravotní péče a to:

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

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

Přes dvě třetiny výdajů na zdravotní péči hradí zdravotní pojišťovny

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

Kromě toho provozují zdravotní pojišťovny také vlastní programy preventivní péče a v neposlední řadě hradí provoz vlastních organizací.

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

Systém (konečný zdroj) financování zdravotní péče - HF	2010	2011	2012	2013	2014	Index 2014/2013
1 Veřejné zdroje	288 768	291 272	294 861	297 412	296 641	99,7
1.1 Veřejné rozpočty	56 879	56 935	56 934	59 058	62 013	105,0
1.1.1 Státní rozpočet	48 835	47 692	47 028	49 315	52 485	106,4
1.1.2 Místní rozpočty	8 044	9 243	9 906	9 743	9 528	97,8
1.2 Zdravotní pojišťovny	231 889	234 337	237 927	238 354	234 628	98,4
2 Soukromé zdroje bez přímých plateb domácností	9 217	9 205	9 110	9 202	10 668	115,9
2.1 Soukromé pojištění	427	477	520	475	537	113,1
2.2 Neziskové organizace	7 888	7 820	7 719	7 726	7 757	100,4
2.3 Závodní preventivní péče	901	908	871	1 001	2 374	237,2
3 Domácnosti	41 867	42 275	43 634	42 247	43 102	102,0
Celkový součet	339 852	342 753	347 605	348 860	350 411	100,4

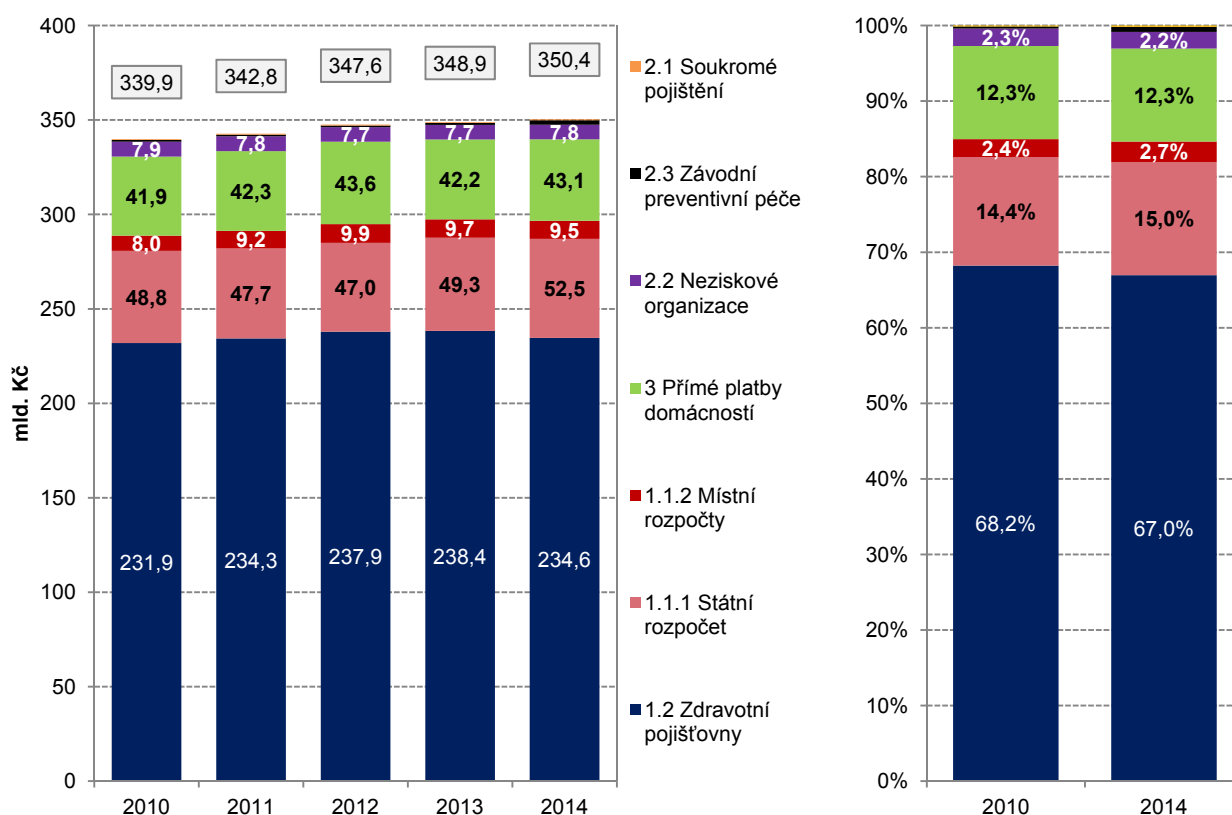
Zdroj: ČSÚ 2016, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2014

Z hlediska dynamiky růstu výdajů se v roce 2014 meziročně nejrychleji zvyšovaly výdaje z relativně okrajových zdrojů, tedy závodní preventivní péče a soukromého zdravotního pojištění. K nárůstu výdajů na zdravotní péči došlo také u výdajů z veřejných rozpočtů a u výdajů domácností



V rámci uvedených konečných zdrojů financování měly v letech 2010 až 2014 největší podíl na celkových výdajích na zdravotní péči, více než dvě třetiny, výš uvedené zdravotní pojišťovny následované státním rozpočtem (15 %) a domácnostmi (12 %). Podrobněji viz následující graf č. 2.2.

Graf č. 2.2 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle hlavních zdrojů financování, 2010 - 2014 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2016, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2014

Výdaje státního rozpočtu na zdravotní péči meziročně stouply o 3 miliardy Kč

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

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

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

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

Výdaje na zdravotní péči financované **z veřejných rozpočtů** se v období let 2010 – 2012 pohybovaly těsně pod úrovní 57 miliard Kč. Stabilizace zejména u výdajů **státního rozpočtu** na zdravotnictví v prvních třech letech sledovaného období souvisela nepochybně s úsporami finančních prostředků. O rok později se výdaje z veřejných rozpočtů zvýšily zhruba o 2 miliardy a rok 2014 přinesl jejich další výrazný nárůst (o 3,2 mld. Kč) až na hodnotu 62 miliard Kč v roce 2014.

Skupina dobrovolných plateb na zdravotní péči, přes vysokou dynamiku růstu, představuje spíše doplňkový finanční zdroj. Na celkových výdajích na zdravotní péči v ČR se tyto **soukromé zdroje** v roce 2014 podílely 3 % (10,7 mld. Kč). Tato skupina zahrnuje různorodé finanční zdroje. Zatímco soukromé zdravotní pojišťovny jsou založeny na komerčním principu, neziskové instituce (např. Červený kříž) jsou orientovány zejména charitativně. Pro podnikovou sféru je účast na financování zdravotní péče, zejména péče preventivní, spíše vedlejší, i když (z pohledu právních norem) nutnou aktivitou.

V případě výdajů **domácností** přicházejí v úvahu přímé platby či spoluúčast na úhradách zdravotní péče pocházejících z jiných finančních zdrojů. V převážné většině případů si domácnosti platí ambulantně užívané léky (ať už se jedná o doplátky u předepsaných léčiv či platby plných cen u volně prodejných léků) a terapeutické pomůcky. Významný podíl výdajů domácností představují též platby za nadstandardní služby a materiál. Další byt méně významné jsou platby za lázeňské pobyty, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích a platby za různá potvrzení především u praktických lékařů. Od roku 2008 také přibýly regulační poplatky za ošetření u lékařů, za recepty v lékárnách, návštěvu pohotovosti nebo za hospitalizaci v nemocnicích a ostatních lůžkových zařízeních. Posledně jmenovaný regulační poplatek byl od ledna 2014 zrušen (podrobněji kapitola č. 4 Výdaje domácností na zdravotní péči),

2.3 Výdaje na zdravotnictví podle druhů péče

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

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

V nové metodice SHA byly vytvořeny další, doplňkové položky tak, aby byla umožněna hlubší analýza zdravotní politiky a alokování zdrojů. Nově jsou do výdajů na zdravotní péči zahrnuty položky dlouhodobé sociální péče (podrobněji viz metodologická příloha) a některé činnosti zahrnující podporu zdraví v širším pohledu (nakládání s odpady, kontrola hlučnosti, znečištění ovzduší a vody atd.).

Následující tabulka a graf ukazují vývoj výdajů na zdravotní péči podle druhu poskytované péče.



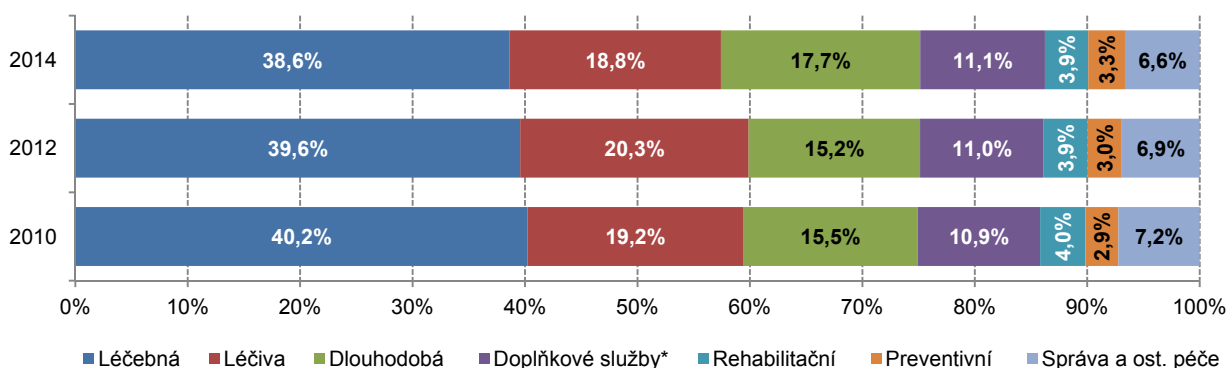
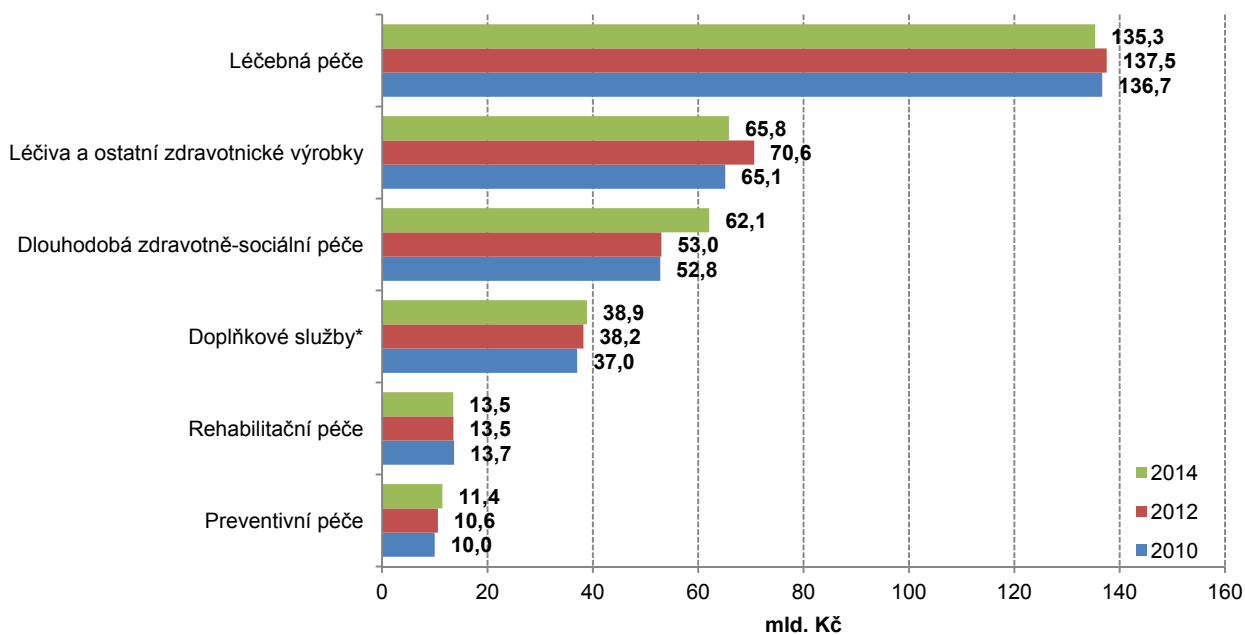
Tabulka č. 2.2 Výdaje na zdravotnictví v ČR podle druhů péče (mil. Kč)

Druh péče (ICHA-HC)	2010	2011	2012	2013	2014	Index 2014/2013
1 Léčebná péče	136 695	137 047	137 546	139 827	135 346	96,8
1.1 Lůžková léčebná péče	56 170	55 747	54 386	53 434	52 416	98,1
1.2 Denní léčebná péče	5 238	5 137	5 185	5 333	5 561	104,3
1.3 Ambulantní léčebná péče	75 101	75 979	77 798	80 875	77 191	95,4
1.4 Domácí léčebná péče	186	183	177	186	179	96,3
2 Rehabilitační péče	13 663	13 719	13 544	13 510	13 498	99,9
2.1 Lůžková rehabilitační péče	6 615	6 508	6 149	6 075	6 221	102,4
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	7 049	7 211	7 395	7 435	7 277	97,9
3 Dlouhodobá zdravotní péče	35 787	37 006	37 077	38 590	44 029	114,1
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	29 841	30 761	30 864	31 914	37 056	116,1
3.2 Denní dlouhodobá zdravotní péče	1 480	1 486	1 444	1 496	1 640	109,6
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	4 466	4 759	4 770	5 180	5 333	102,9
4 Doplnkové služby	37 039	37 525	38 213	38 469	38 883	101,1
4.1 Laboratorní služby	19 917	20 149	21 001	21 215	21 454	101,1
4.2 Zobrazovací metody	9 729	9 855	9 861	10 044	10 490	104,4
4.3 Doprava pacientů	7 393	7 521	7 351	7 210	6 939	96,2
5 Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	65 120	66 628	70 625	66 934	65 844	98,4
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál	56 052	57 502	61 339	56 713	55 781	98,4
5.2 Terapeutické pomůcky	9 068	9 127	9 286	10 221	10 063	98,5
6 Preventivní péče	9 990	10 364	10 595	10 765	11 433	106,2
6.1 Informační a poradenské programy	487	497	626	629	637	101,2
6.2 Imunizační programy	1 389	1 432	1 484	1 458	1 576	108,1
6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí	1 573	1 554	1 586	1 644	1 659	100,9
6.4 Programy pro sledování zdravotního stavu	6 541	6 881	6 900	7 034	7 561	107,5
7 Správa systému zdravotní péče	8 649	8 758	8 634	9 005	9 040	100,4
7.1 Státní správa a samospráva + ZP*	8 636	8 744	8 616	8 993	9 025	100,4
7.2. Správa soukromého ZP*	13	14	19	12	15	125,0
HCR.1 Dlouhodobá sociální péče	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078	104,9
HCR.1.1 Sociální služby	1 404	1 433	1 435	1 587	1 809	114,0
HCR.1.2 Peněžité dávky	15 595	14 617	14 491	15 654	16 269	103,9
HCR.2 Podpora zdraví v širším pohledu	259	254	263	252	258	102,4
9 Ostatní zdravotní péče neuvedená jinde	9 048	8 978	8 886	8 907	8 934	100,3
R.1 Investiční náklady	5 323	5 108	4 940	3 851	3 536	91,8
R.2 Vzdělávání	256	252	262	236	255	108,1
R.3 Věda a výzkum	1 023	1 065	1 095	1 272	1 278	100,5
Celkem	339 852	342 753	347 605	348 860	350 411	100,4

*ZP = zdravotní pojištění

Zdroj: ČSÚ 2016, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2014

Graf č. 2.3 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle druhu péče, 2010, 2012 a 2014 (mld. Kč; %)



*Laboratorní služby, Zobrazovací metody a Doprava pacientů

Zdroj: ČSÚ 2016, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2014

V porovnání s předchozími roky, zejména pak s rokem 2013, byl zaznamenán pokles výdajů na **léčebnou péči**, která tvoří i nadále největší podíl celkových výdajů na zdravotní péči (cca 39 % v roce 2014). Léčebnou péči tvoří z 96 % lůžková a ambulantní léčebná péče, zbytek pokrývají domácí a denní léčebná péče.

Výdaje na **lůžkovou péči** od roku 2010, kdy představovaly 41 % celkové léčebné péče, postupně klesají a v roce 2014 dosáhly svého historického minima ve výši 52 miliard. Kč.

Na druhou stranu velmi mírně narůstá objem výdajů na **ambulantní léčebnou péči**, a to v souvislosti s vývojem a využitím anestetik s krátkou dobou účinnosti a s novými operačními metodami. Výdaje na denní léčebnou péči se v období 2010 - 2014 pohybovaly stabilně nad hranicí 5 miliard Kč. To odpovídá současné snaze o zkrácení doby hospitalizace na nezbytné minimum a provádění některých zákroků, jejichž povaha to umožňuje, ambulantně nebo v režimu jednodenní chirurgie. Tento přístup je finančně výhodnější a pro pacienty většinou příjemnější než pobyt v nemocnici.



Dalším nejnákladnějším druhem péče po léčebné péči jsou **léčiva a ostatní zdravotnické výrobky** s 19% podílem na celkových výdajích na zdravotní péči. Léčiva a zdravotnický materiál (léky na předpis i volně prodejné a další zboží jako dezinfekce, obvazy, náplasti, teploměry atd.) tvoří dlouhodobě až 85 % výdajů této skupiny. Zbývajících 15 % představují výdaje za terapeutické pomůcky (brýle, naslouchadla, berle, invalidní vozíky, apod.). Snížení výdajů za léky vydané na předpis bylo částečně ovlivněno zavedením tzv. Pozitivních listů VZP, což jsou seznamy doporučených léků s nejnižší cenou, které znamenají přínos pro pojišťovnu, zdravotnická zařízení i pacienty.

Výdaje za **lůžkovou rehabilitační péči** se z podstatné části týkají **lázeňské péče**. Zejména v roce 2013 byly výdaje na lázeňskou péči výrazně omezeny. Pravidla pro úhradu lázeňské péče ze zdravotního pojištění se změnila v říjnu 2012. Vyhláška zkrátila u dospělých pacientů zdravotními pojišťovnami plně hrazené pobyty ze čtyř týdnů na tři, upravila indikační seznam a u některých diagnóz odstranila možnost opakování hrazeného pobytu. Vzhledem k tehdy platné vyhlášce se v roce 2013 snížily o 74 mil. Kč výdaje na lůžkovou rehabilitační péči. K opětovnému nárůstu výdajů došlo až v roce 2014, kdy od dubna začali lékaři předepisovat poukazy podle nových pravidel.

Potřeba **dlouhodobé péče** bude s ohledem na stárnutí populace narůstat a s tím souvisí každoroční pozvolné zvyšování výdajů zejména na dlouhodobou lůžkovou péči (v období 2010 – 2014 se zvýšily téměř o čtvrtinu). Právě výdaje na dlouhodobou lůžkovou péči představují 84 % z celkových výdajů na dlouhodobou péči. Výdaje na dlouhodobou domácí péči se od roku 2010 zvýšily o jednu pětinu. Dlouhodobá domácí péče je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. V souvislosti se změnou metodiky SHA 2011 se podařilo rozšířit zdroje dat a tím se zaměřit také na výdaje za denní dlouhodobou péči, která byla sledována v minulosti pouze okrajově. Denní dlouhodobá péče ovšem tvoří pouze velmi malou část výdajů na zdravotní péči. Podrobněji se budeme věnovat dlouhodobé zdravotní a sociální péči v samostatné kapitole této analýzy.

Nové vymezení preventivní péče

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

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

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

Výdajově nejvýznamnější položkou preventivní péče jsou programy pro sledování zdravotního stavu obyvatelstva zahrnující aktivní monitoring celkového zdravotního stavu i jeho dílčích aspektů.

2.4 Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele

Konečně třetí pohled na problematiku zdravotní péče nám dává odpověď na otázku, kdo ji poskytuje. V tomto směru má významné místo klasifikace poskytovatelů zdravotní péče ICHA-HP (viz blíže metodická příloha). Na tomto místě je důležité upozornit, že každá samostatná organizace, která má vlastní identifikační číslo (IČO), je považována za jednoho poskytovatele a to bez ohledu na další členění subjektu.

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

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

Typ poskytovatele (ICHA-HP)	2010	2011	2012	2013	2014	Index 2014/2013
1 Nemocnice	134 163	133 598	134 345	136 444	139 543	102,3
1.1 Všeobecné nemocnice	114 886	117 197	116 860	118 965	121 340	102,0
1.2 Psychiatrické nemocnice	8 757	6 812	8 615	8 518	8 770	103,0
1.3 Specializované nemocnice	10 519	9 588	8 869	8 962	9 432	105,3
2 Lůžková zařízení dlouhodobé péče	20 781	20 945	21 033	21 889	22 568	103,1
2.1 Zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče	11 546	11 662	11 565	11 922	11 884	99,7
2.2 Léčebny pro mentálně postižené, psychiatrické a závislé	8 005	8 183	8 294	8 883	9 695	109,1
2.9 Ostatní lůžková zařízení	1 230	1 100	1 174	1 084	989	91,2
3 Poskyvatelé ambulanci péče	66 176	69 012	68 404	70 651	70 110	99,2
3.1 Samostatné ordinace lékaře	37 202	37 752	37 590	38 556	37 992	98,5
3.2 Samostatné ordinace zubních lékařů	16 179	16 547	15 904	16 391	16 173	98,7
3.3 Ostatní poskyvatelé zdravotní péče	3 229	3 163	3 178	3 290	3 446	104,7
3.4 Ambulanci centra	7 578	9 437	9 652	10 281	10 407	101,2
3.5 Poskyvatelé služeb domácí péče	1 456	1 388	1 397	1 427	1 492	104,5
3.9 Ostatní poskyvatelé ambulanci péče	532	725	684	706	600	85,0
4 Poskyvatelé doplňkových služeb	11 301	11 214	11 855	11 449	11 518	100,6
4.1 Doprava pacientů a záchranná služba	6 855	6 985	7 212	6 836	6 835	100,0
4.2 Laboratoře	4 446	4 229	4 643	4 613	4 683	101,5
5 Lékárny a výdejny PZT*	59 795	61 706	63 732	59 830	54 387	90,9
5.1 Lékárny	50 430	53 397	55 417	50 750	45 983	90,6
5.2 Prodejci a dodavatelé zdravotnického zboží a přístrojů	7 289	6 352	6 312	7 277	6 480	89,0
5.9 Ostatní prodejci	2 075	1 957	2 004	1 803	1 925	106,7
6 Poskyvatelé preventivní péče	891	788	737	778	759	97,6
7 Správa systému zdravotní péče	11 126	11 448	11 017	11 607	11 632	100,2
7.1 Státní správa	4 205	4 368	4 098	4 363	4 435	101,7
7.2 Správa zdravotních pojišťoven	6 748	6 943	6 772	7 100	7 048	99,3
7.3 Agentury správy soukromého pojištění	13	14	19	12	15	122,9
7.9 Ostatní zdravotní správa	159	123	128	133	134	100,9
8 Ostatní odvětví ekonomiky	20 167	19 913	20 039	21 485	23 970	111,6
8.1 Domácnosti jako poskyvatelé zdravotní péče	13 788	13 362	13 620	14 593	15 207	104,2
8.2 Podniky jako poskyvatelé pracovní lékařské péče	6 379	6 551	6 419	6 893	8 763	127,1
9 Ostatní poskyvatelé nezařazení jinde	15 452	14 130	16 443	14 725	15 924	108,1
Celkem	339 852	342 753	347 605	348 860	350 411	100,4

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

*PZT = prostředky zdravotnické techniky

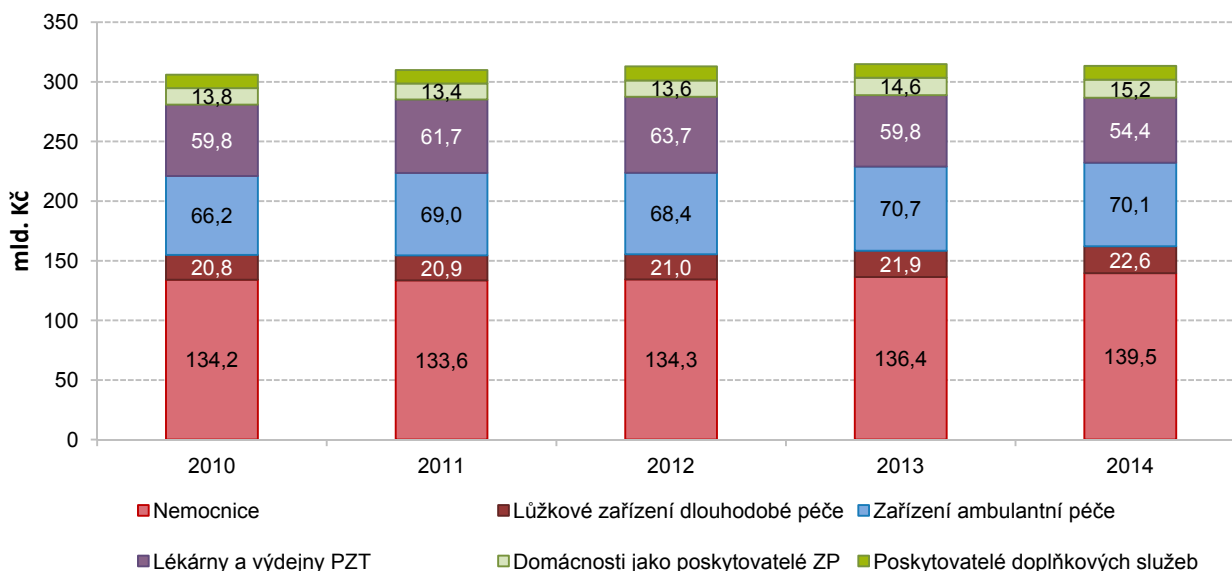
Zdroj: ČSÚ 2016, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2014



Klasifikace poskytovatelů podle SHA 2011 zachovává kontinuitu s SHA 1.0. Dosavadní kategorie zůstaly zachovány, i když částečně pod různými kódy. Klasifikace poskytovatelů zdravotní péče ICHA-HP zahrnuje nadále jak primární, tak sekundární producenty zdravotní péče.

Hlavní činností **primárních poskytovatelů** je poskytování služeb zdravotní péče. Jako příklad je možné uvést nemocnice anebo ambulance praktických lékařů. **Sekundární poskytovatelé** zdravotní péče poskytují služby zdravotní péče navíc k jejich hlavním aktivitám. Příkladem je Ministerstvo zdravotnictví nebo zdravotní pojišťovny, které se zabývají především řízením zdravotní politiky a zdravotního pojištění.

Graf 2.4 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle vybraných typů poskytovatele, 2010-2014 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2016, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2014

Jak je patrné z grafu 2.4, největší podíl na výdajích za zdravotní péči (v roce 2014 dvě pětiny z celkových výdajů) šel na vrub **nemocnic**. V roce 2014 z toho 87 % připadalo na všeobecné nemocnice a zbývajících 13 % výdajů na zdravotní péči v nemocnicích bylo téměř rovnoměrně rozděleno mezi psychiatrické nemocnice (včetně odvykacích zařízení) a specializované nemocnice (sem patří například nemocnice následné péče, rehabilitační nemocnice a nemocnice lázeňské léčebně rehabilitační péče včetně lázní).

V pořadí za nimi následovaly výdaje v **zařízeních ambulantní péče** (v roce 2014 dosahovaly jedné pětiny celkových výdajů). V této skupině poskytovatelů připadalo 54 % výdajů na **ordinace lékařů** a 23 % na **ordinace stomatologů**.

Klesající tendence poznamenaly výdaje **lékáren a výdejen prostředků zdravotnické techniky**, které se oproti roku 2013 snížily o desetinu a proti roku 2012 dokonce o 15 %. Výdaje lékáren ve výši necelých 46 miliard jsou nejmenší od roku 2010, což do jisté míry souvisí se snižováním výdajů za léky, které probíhalo v uplynulých dvou letech.

Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče (HP 8.1) zahrnují výdaje na péči zajišťovanou osobou blízkou v souvislosti s pobíráním ošetrovného a příspěvku na péči (viz blíže metodická příloha). Mírné meziroční zvýšení výdajů domácností o 4 % souvisí s nepatrným nárůstem počtu případů výplaty ošetrovného i s vyšším počtem proplacených dní.

Ostatní odvětví jako poskytovatelé zdravotní péče (HP 8.2) zahrnují širokou škálu poskytovatelů zdravotní péče např. závodní preventivní péči, zařízení pro seniory bez ošetrovatelské péče, poskytovatelé domácí péče zaměřené na sebeobsahu a soběstačnost klienta, školy zaměstnávající zdravotníky apod. Meziročně vzrostly výdaje v této kategorii poskytovatelů o více než jednu čtvrtinu a to především v souvislosti se zvýšenými náklady na preventivní prohlídky zaměstnanců.