

1. Stručný úvod

Poskytování služeb zdravotní péče je v současnosti v zemích OECD jedním z nejdůležitějších odvětví z hlediska počtu zaměstnaných pracovních sil, objemu přerozdělovaných finančních prostředků¹ či technologického pokroku. Ve většině členských zemí OECD bylo postupně dosaženo značných úspěchů pokud jde o zdravotní stav obyvatelstva či zvyšující se dostupnost služeb zdravotní péče. Stále však přetrvávají vážné obavy ohledně dostatečnosti finančních zdrojů a způsobů, jakým jsou tyto zdroje využívány. Spravedlivá a zároveň efektivní alokace služeb zdravotní péče a přiměřený způsob jejich financování to jsou zásadní otázky, které řeší všechny země bez rozdílu.

Rychlé technologické změny, rostoucí nároky ze strany pacientů a stárnutí populace jsou další faktory, které zesilují potřebu reformy ve zdravotnictví, a proto se dlouhodobě zvyšuje poptávka po souboru finančních údajů a ukazatelů týkajících se produkce a spotřeby služeb zdravotní péče. Stejně tak zde již delší dobu přetrvává silný deficit v oblasti mezinárodního srovnávání výdajů na zdravotnictví, potažmo srovnatelnosti srovnávaného. Právě proto vznikl v OECD projekt zdravotnických účtů (a System of Health Accounts; SHA), který by měl nedostatky v oblasti mezinárodní srovnatelnosti překlenout zavedením jednotného standardu (platformy). Tento systém představuje svým způsobem koncepční základ - soubor metodických pravidel pro sběr dat a konečné vykazování výdajů na zdravotnictví². K dosažení jednotnosti a srovnatelnosti významně přispěla nyní už nedílná součást systému - mezinárodní klasifikace pro zdravotnické účty (International Classification for Health Accounts; ICHA).

Systém zdravotnických účtů v té podobě, jak jej navrhlo OECD, se od doposud užívaných národních statistik liší jednak ve vymezení výdajů, které jsou sledovány (výdaje na zdravotnictví jsou zde chápány komplexněji než je tomu běžné u nás), a jednak ve strukturování těchto výdajů podle jednotlivých rozměrů. V zásadě lze říci, že specifika tohoto systému spočívá právě ve vícerozměrném pohledu na příslušné výdaje. Výchozí architektura systému člení výdaje na zdravotnictví podle 3 základních rozměrů:

- 1) **druh** zdravotní péče (používá se též širší pojem **funkce** zdravotní péče);
- 2) **poskytovatel** zdravotní péče;
- 3) **zdroj financování**.

Takto navržený systém nám v konečném výsledku je schopen odpovědět na následující otázky (vše v korunovém vyjádření):

- 1) jaká péče byla vyprodukována (ambulantní, lůžková, domácí, doprava apod.)?
- 2) kde byla tato péče poskytnuta (nemocnice, LDN, poliklinika, samostatná ordinace lékaře apod.)?
- 3) jakým způsobem (odkud) byla péče uhrazena (veřejné zdravotní pojištění, státní rozpočet, přímý výdaj pacienta)?

Pro každý rozměr zvlášť existuje samostatná mezinárodní ICHA klasifikace, která byla ovšem v zájmu srozumitelnosti domácím uživatelům mírně modifikována.

1.1. Odlišnosti Systému zdravotnických účtů v porovnání s dosavadními statistikami

Jak již bylo předesláno, zásadní odlišnost oproti dosavadnímu vykazování zdravotnických výdajů spočívá v trochu odlišném vymezení samotného předmětu sledování – výdaje na zdravotnictví jsou v základní filozofii zdravotnických účtů pojímány daleko komplexněji (a šířeji) než tomu u nás bývalo a stále je zvykem. Kupříkladu část dlouhodobé ošetrovatelské péče poskytované v zařízeních sociální péče je též považována za zdravotní péči (byť nejméně intenzivní) a proto se do výdajů na zdravotnictví zahrnují platy zdravotnického personálu zaměstnaného v sociálních zařízeních (bez ohledu na to, že u nás tato péče není hrazena z veřejného zdravotního pojištění). Patrná je z toho nezávislost na domácích podmínkách a pravidlech, zda je ta která činnost považována za zdravotní péči a zda (a jakým způsobem) je jako zdravotní péče financována.

Dalšími příklady širšího vymezení mohou být: závodní preventivní péče (pracovně preventivní prohlídky), osvětové kampaně s preventivním zaměřením, sociální dávky poskytované při ošetřování nemocného člena rodiny či správná činnost řídicích institucí jako jsou MZ ČR nebo zdravotní pojišťovny. Okruh sledovaných výdajů je tedy skutečně širší a komplexnější - tím spíše je však třeba dávat pozor na to, aby nedošlo k mylné interpretaci při porovnávání s minulými údaji, které pocházejí z jiných zdrojů než jsou zdravotnické účty. Konkrétní rozdíly dostatečně vyplnou až při prezentaci samotných rozměrů, resp. klasifikací pro tyto rozměry.

Systém zdravotnických účtů je založen na strukturování výdajů podle 3 základních rozměrů (typ péče, typ poskytovatele, zdroj financování), nicméně zároveň je také koncipován jako otevřený systém, který lze v závislosti na potřebách tvůrců zdravotní politiky a v závislosti na dostupných datech rozšiřovat o další libovolné rozměry (diagnóza, věk a pohlaví pacienta, odbornost poskytující péči apod.) případně prohlubovat kombinováním nákladových údajů v nepeněžními veličinami (počty lékařů, ošetrovací dny, počty hospitalizací, počty návštěv v ambulancích lékařů atd.). V současné fázi,

¹ Odhaduje se, že v průměru tvoří v těchto zemích celkové výdaje na zdravotnictví zhruba 8% HDP.

² Přestože existuje věčný rozdíl mezi pojmy výdaj a náklad spočívající v odlišném časovém rozlišení, budou se v celém následujícím textu oba pojmy zaměňovat a používat ve shodném smyslu jako náklady.

kdy je ve většině zemí OECD Systém zdravotnických účtů teprve zkušebně zaváděn, je nicméně hlavní pozornost soustředěna na zmíněné 3 základní rozměry a nákladové údaje.

1.2. Klasifikace pro základní rozměry Systému zdravotnických účtů

I. Klasifikace druhů zdravotní péče: DRPECE (též funkce zdravotní péče)

V jistém smyslu je klasifikace samotné zdravotní péče klíčová, neboť definuje hranice, od nichž se dále odvíjí i vymezení celého předmětu sledování (tzn. výdaje na zdravotnictví). Definice zdravotní péče je následující:

Zdravotní péči vykonávají akreditované instituce a nebo jednotlivci a využívají při tom lékařských, zdravotnických a ošetrovatelských znalostí a technologií, jejichž cílem je:

- podpora zdraví a prevence onemocnění;
- léčení nemocí a snižování předčasné úmrtnosti;
- péče o osoby s chronickými nemocemi, které potřebují ošetrovatelskou péči;
- péče o osoby se zdravotním postižením, invalidy a handicapované, kteří potřebují ošetrovatelskou péči;
- asistence pacientům při důstojném umírání;
- zabezpečování a řízení veřejného zdravotnictví;
- zabezpečování a řízení zdravotnických programů, zdravotního pojištění a jiných opatření finanční povahy.

Z tohoto pohledu není např. plastická operace za účelem zkrášlení zdravotní péčí, stejně tak jako jí nejsou služby léčitelů, jelikož se v tomto případě nejedná o akreditované osoby se zdravotnickým vzděláním.

V základním schématu zdravotnických účtů se zdravotní péče dělí na **osobní služby** zdravotní péče (péče jako taková, která je poskytována jednotlivým pacientům; odpovídá oddílům 01 až 07) a **kolektivní (veřejné) služby** zdravotní péče (prevence a správní činnost řídicích orgánů; odpovídá oddílům 08 a 09). Jistě cítíme, že zahrnutím kolektivních služeb se podstatně rozšiřuje okruh výdajů – mimo jiné i z tohoto důvodu mluvíme o výdajích na zdravotnictví spíše než o výdajích na zdravotní péči. Dalším specifickým je definice samostatného oddílu: **činnosti související se zdravotnictvím** (oddíl R.1 až R.4), kam patří příbuzné činnosti, které souvisejí s poskytováním zdravotní péče byť ne bezprostředně. Jedná se např. o tvorbu hrubého fixního kapitálu (investice), vědu a výzkum, vzdělávání zdravotnického personálu a činnost hygienických pracovišť.

Mezinárodní ICHA klasifikace druhů péče člení osobní služby způsobem, který by byl domácím uživateli patrně cizí – proto uvádíme pouze domácí (modifikovanou) verzi této klasifikace. Základní koncepce byla nicméně zachována – od samotných služeb zdravotní péče (lůžková, ambulantní, lázeňská atd.) se odlišují podpůrné služby zdravotní péče (laboratoře, doprava, záchranná služba-ZZS) a zdravotnické výrobky vydávané ambulantním pacientům (léčiva na předpis a prostředky zdravotnické techniky-PZT na poukaz)³. Za zmínku také stojí samostatné sledování domácí péče (jakákoliv péče, která byla poskytnuta v domácnosti pacienta) a jednodenní péče⁴ (pacient je formálně přijat do zařízení, avšak nepřespává zde) v mezinárodní klasifikaci. Z důvodu prozatím nejasných domácích kritérií pro odlišení jednodenní péče, byla v domácí verzi klasifikace osamostatněna prozatím pouze domácí péče (oddíl 04).

Dalším specifickým rysem je vyčlenění prevence (resp. preventivních prohlídek a očkování; oddíl 08) a služeb komplementu (oddíl 05) z ambulantní péče. To je pochopitelně další zdroj nesouladu s dřívějšími statistikami, jelikož jednotlivé pojmy (jako v tomto případě ambulantní péče) mají odlišnou náplň resp. vymezení.

Zřejmě nejzávažnější nesoulad ovšem vyplývá z toho, že zdravotnické účty uvažují druh péče a poskytovatele péče jako dva naprosto nezávislé rozměry, zatímco dosavadní statistiky nikoliv. Prolínáním obou rozměrů tak dříve vznikal nepřehledný komplex. Docházelo tak ke kuriózní situaci, kdy např. do výdajů na ústavní péči byla zařazována veškerá péče poskytovaná v zařízeních ústavní péče (tedy i ambulantní péče, služby komplementu či doprava). Druhy péče tak ve skutečnosti spíše odpovídaly poskytovatelům péče resp. úhradovým segmentům.

Důsledným oddělováním obou rozměrů přináší zdravotnické účty velice cenný náhled na strukturu zdravotní péče poskytovanou jednotlivými typy zdravotnických zařízení (to platí především pro nemocnice).

Domácí klasifikace zdravotní péče (DRPECE) je uvedena v následující tabulce.

³ Léčiva spotřebovaná např. v rámci lůžkové péče v nemocnici jsou zahrnuta pod lůžkovou péči. Jedná se tedy skutečně pouze o ta léčiva a PZT, která byla spotřebována mimo zdravotnická zařízení.

⁴ Obecně lze říci, že ve vyspělejších zdravotnických systémech zemí OECD se pozornost stále více soustředí na alternativní formy poskytování zdravotní péče, kdy buď velká a nebo celá část léčebného/doléčovacího procesu se přesouvá mimo zdravotnické zařízení, z čehož plynou určité pozitivní efekty. Typickým příkladem je domácí léčba chronicky nemocných, jednodenní chirurgické zákroky a následné doléčování doma apod.

Domácí klasifikace druhů zdravotní péče (DRPECE)-1.část		
kód DRPECE	Druh péče	Zkratka
00	Neznámý druh péče	Nezn
01	Lůžková péče	Lůž
01.1	Lůžková akutní péče	Akut
01.1.1	Standardní lůžková péče	Stand
01.1.2	Intenzivní a resuscitační lůžková péče	Intenziv
01.2	Lůžková dlouhodobá chronická péče	Chron
01.3	Lůžková ošetrovatelská péče	Ošetřov
02	Lázeňská péče a péče v ozdravovnách	Láz
03	Ambulantní péče	Amb
03.1	Všeobecná ambulantní péče	Všeobec
03.1.1	Péče praktických lékařů pro dospělé	PL dosp
03.1.2	Péče praktických lékařů pro děti a dorost	PL děti
03.1.3	Lékařská služba první pomoci	LSPP
03.2	Gynekologická péče	Gyn
03.3	Rehabilitační péče	Rehab
03.4	Stomatologická péče	Stom
03.5	Specializovaná ambulantní péče	Spec
03.9	Ostatní ambulantní péče	Ost
04	Domácí péče	Dom
04.1	Domácí péče poskytovaná odborností 925	925
04.9	Domácí péče poskytovaná lékaři a sestrami mimo odbornost 925	Ost
05	Podpůrné služby komplementu	Kompl
05.1	Laboratorní služby	Lab
05.2	Diagnostické zobrazování	Zobraz
05.3	Transfúzní služba	Transf
06	Doprava a záchranná služba	Dopr & ZZS
06.1	Doprava	Dopr
06.2	Záchranná služba	ZZS
07	Léčiva a PZT vydávané pacientům	Lék & PZT
07.1	Léčiva	Lék
07.1.1	Léky na předpis	Předp
07.1.2	Volně prodejné léky	Volně
07.2	PZT	PZT
07.2.1	Brýle a další produkty oční optiky	Brýle
07.2.2	Ortopedické a protetické pomůcky	Ortop
07.2.3	Pomůcky pro sluchově postižené	Nasl
07.2.4	Technické zdravotnické prostředky včetně invalidních vozíků	TZP
07.2.9	Ostatní PZT	Nerozl
08	Prevence a veřejné zdravotnické služby	Prev
08.1	Očkování	Očk
08.2	Preventivní prohlídky	Prohl
08.3	Pracovní lékařství (preventivní prohlídky závodní péče)	Prac
08.4	Preventivní programy	Progr
09	Správa a řízení (řídící činnost státní správy a zdrav. pojišťoven)	Správa
R	Činnosti související se zdravotnictvím a se zdravotní péčí	Souvis
R.1	Tvorba fixního kapitálu u poskytovatelů zdravotní péče	HTK
R.2	Výchova a vzdělávání zdravotnického personálu	Vzděláv
R.3	Výzkum a vývoj ve zdravotnictví	V & V
R.4	Kontrola nezávadnosti potravin, pitné vody a hygienických podmínek	Hygiena

Druh péče byl v případě výdajů zdravotních pojišťoven vymezen smluvními odbornostmi⁵ z číselníku smluvních odborností VZP. Smluvní odbornost lze chápat jako okruh nasmlouvané péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. V tomto případě se tedy zřejmě jednalo o nejpřirozenější prostředek, jak definovat jednotlivé kategorie zdravotní péče. Na druhou stranu takto jemné definování přinášelo i jisté problémy pokud jde o nákladové ocenění poskytnutých služeb - zdravotní pojišťovny totiž neprovádějí úhradu za jednotlivé smluvní odbornosti, nýbrž za tzv. segmenty úhrady. Výpočet nákladů musel být tudíž proveden aproximativní kalkulací přes počet bodů vykonaných

⁵ V ojedinělých případech dokonce pomocí konkrétních výkonů.

jednotlivými smluvními odbornostmi a zpětně propočtenou průměrnou hodnotu bodu. Osamostatnění druhu péče od rozměru poskytovatele tak bylo dosaženo za cenu jisté nepřesnosti.

V případě nákupu zdravotní péče z ostatních zdrojů financování (domácnosti, státní rozpočet) bylo ohodnocení jednotlivých druhů péče často obtížnější a méně podrobné (některé komplikace budou ještě zmíněny). To je na druhou stranu zmírněno tím, že tyto zdroje financování nepředstavují tak významný podíl na celkových výdajích na zdravotnictví.

II. Klasifikace poskytovatelů zdravotní péče: POSKYT

Z podobných důvodů jako v předešlém případě budeme nadále pracovat pouze s domácí modifikací mezinárodní ICHA klasifikace poskytovatelů zdravotní péče. Opět ovšem platí, že základní rysy původní klasifikace byly převzaty, liší se pouze terminologie a seskupení jednotlivých kategorií. Klasifikace poskytovatelů zdravotní péče pokrývá jak **primární**, tak **sekundární producenty** zdravotní péče. Hlavní činností primárních producentů je poskytování služeb zdravotní péče. Primární producenty můžeme v naší praxi ztotožnit s pojmem zdravotnická zařízení⁶. Sekundární producenti zdravotní péče poskytují služby zdravotní péče jako vedlejší (sekundární) činnost, kterou vykonávají vedle své hlavní činnosti. Jako příklad je zde možné uvést zařízení sociální péče, která poskytují především služby sociální péče, nicméně velice často v kombinaci se službami (ošetřovatelské) zdravotní péče.

Jako samostatný poskytovatel zdravotní péče se uvažuje nezávislý právní subjekt (platí tudíž rovnice: 1 poskytovatel = 1 IČO). V případě primárních poskytovatelů byla klasifikace naplněna z údajů registru zdravotnických zařízení ÚZIS (jednotlivé kategorie klasifikace POSKYT byly definovány pomocí kódů druhu zařízení z tohoto registru). V případě sekundárních poskytovatelů bylo použito vícero způsobů, jak přiřadit typ poskytovatele – za pomoci registrů smluvních zařízení zdravotních pojišťoven, za pomoci odvětví činnosti (OKEČ) příslušející danému IČO nebo v ojedinělých případech přímým určením na základě obsahu činnosti daného subjektu.

⁶ I to je jeden z důvodů, proč se upřednostňuje termín poskytovatel zdravotní péče – jedná se totiž o širší vymezení, do kterého se kromě zdravotnických zařízení řadí kupř. řídicí instituce či zařízení sociální péče (obecně jakékoliv subjekty, které alespoň částečně zajišťují jakoukoliv funkci zdravotní péče vymezenou v předešlém případě).

Domácí klasifikace poskytovatelů zdravotní péče (POSKYT)		
kód POSKYT	Typ poskytovatele	Zkratka
00	Neznámý druh zařízení	Nezn
01	Zařízení ústavní péče	Úst
01.1	Fakultní nemocnice	Fak nem
01.2	Ostatní nemocnice (vyjma nemocnic následné péče)	Ost nem
01.3	Nemocnice následné péče	Nem násl
01.4	Léčebna pro dlouhodobě nemocné	LDN
01.5	Odborný léčebný ústav	OLÚ
01.9	Ostatní nerozlišená zařízení ústavní péče	Nerozl
02	Zařízení sociální péče	Soc
02.1	Domov důchodců (včetně penzionů a hospiců)	DD
02.2	Ústav pro tělesně, smyslově či mentálně postižené	Ústav
02.3	Dětská zařízení (kojenecké ústavy, jesle, dětské stacionáře)	Dětské
02.9	Ostatní zařízení sociální péče	Nerozl
03	Lázně a ozdravovny	Láz & Ozdrav
03.1	Lázeňská léčebna	Lázně
03.2	Ozdravovna	Ozdrav
04	Samostatná zařízení ambulantní péče	Amb
04.1	Samostatná ordinace lékaře	Ord lék
04.2	Samostatná ordinace nelékaře VŠ a SŠ	Ord nelék
04.3	Sdružené ambulantní zařízení	SAZ
04.4	Zařízení domácí péče	Homecare
04.5	Hemodialyzační středisko	Hemod
04.6	Samostatné zařízení komplementu	Kompl
04.9	Ostatní nerozlišená zařízení ambulantní péče	Nerozl
05	Samostatné zařízení dopravy a ZZS	Dopr & ZZS
05.1	Doprava raněných, nemocných a rodiček	Dopr
05.2	Zdravotnická záchranná služba	ZZS
06	Lékárny, výdejny PZT, oční optiky	Lékár & Výd
06.1	Lékárny a výdejny léčiv	Lékár
06.2	Výdejna PZT	Výd PZT
06.3	Oční optika	Optik
07	Zařízení ochrany veřejného zdraví	Hyg
07.1	Zdravotní ústav	ZÚ
07.2	Krajská hygienická stanice	KHS
07.3	Okresní hygienická stanice	OHS
07.9	Ostatní zařízení hygienické služby	Nerozl
08	Instituce státní (zdravotní) správy a zdravotní pojišťovny	Správ
08.1	Ministerstvo zdravotnictví	MZČR
08.2	Státní zdravotní ústav	SZÚ
08.3	Státní ústav pro kontrolu léčiv	SÚKL
08.4	Ostatní organizační složky státu podřízené MZČR	Ost OSS
08.5	Zdravotní pojišťovny	Zdrpoj
09	Ostatní odvětví	Ost odv
09.1	Domácnosti	Domác
09.2	Podniky	Podnik

Lze postřehnout jistou podobnost s předchozí klasifikací pokud jde o uspořádání poskytovatelů zdravotní péče – i zde lze rozlišit na prvním místě poskytovatele osobních služeb zdravotní péče (oddíly 01 až 06 + oddíl 09) a poskytovatele s převažující činností v oblasti kolektivních služeb zdravotní péče (oddíly 07 a 08).

Z důvodu komplexnějšího vymezení pojmu zdravotní péče se v klasifikaci objevují i nezdravotnická zařízení jako jsou např. zařízení sociální péče (oddíl 02) či instituce státní správy a zdravotní pojišťovny (oddíl 08). Za zmínku též stojí zařazení očních optik (06.3) mezi poskytovatele zdravotní péče, třebaže v naší praxi nejsou oční optiky považovány za zdravotnická zařízení.

Specifickým případem je zařazení podniků a domácností mezi poskytovatele zdravotní péče. Podniky mohou poskytovat závodně preventivní péči prostřednictvím lékařů, kteří jsou přímými zaměstnanci podniku⁷. Domácnosti považujeme za poskytovatele zdravotní péče tehdy, jestliže je kterýmkoliv z členů domácnosti poskytována ošetrovatelská péče jinému členu domácnosti. Tato péče je pak ohodnocena výší transferu, který domácnost pro tento účel obdržela⁸.

V případě oddílů 04 Samostatná zařízení ambulantní péče a 05 Samostatná zařízení dopravy a ZZS si je třeba uvědomit, že se jedná skutečně o samostatná zařízení ve smyslu nezávislých právních subjektů s vlastním IČO. Pakliže je více různorodých zařízení začleněných pod jedním právním subjektem, pak všechna tato zařízení automaticky přejímají typ poskytovatele nadřazeného právního subjektu. Typickým případem jsou nemocnice – představme si případ, kdy v rámci právního subjektu, který je definován jako nemocnice, existuje vedle samotné nemocnice i zařízení LDN a doprava, popřípadě ještě nemocniční lékárna. Všechny podřízené subjekty budou v tomto případě zahrnuty do kategorie nemocnice a nevyčleňují se zvlášť. Koneckonců k dispozici je zde rozměr druh péče, který nám dává přehled o struktuře vykonávané péče v rámci příslušného poskytovatele.

Mimochodem obdobný problém nastává při definici sdružených ambulantních zařízení. V zásadě lze říci, že o sdružené ambulantní zařízení se jedná pouze tehdy, jsou-li zde pracující lékaři přímými zaměstnanci tohoto zařízení. Pokud však lékaři pracují na vlastní účet pod vlastním IČO, pak se jedná o případ samostatných ordinací lékařů, které spojuje pouze práce v jedné budově.

III. Klasifikace zdrojů financování: FINANC

Třetím a posledním základním rozměrem zdravotnických účtů je rozměr zdroj financování zdravotní péče. Jednotlivé země OECD se mohou výrazně lišit z pohledu uspořádání systému financování zdravotní péče a zátěže na jednotlivé složky tohoto systému (financování je téměř vždy vícezdrojové). Tento rozměr slouží k tomu, abychom mohli analyzovat úlohu a zastoupení jednotlivých složek systému financování zdravotní péče, případně jejich vývoj v čase.

V ČR existují 3 hlavní zdroje financování:

- zdravotní pojišťovny (veřejné zdravotní pojištění);
- veřejné rozpočty (státní rozpočet, místní rozpočty);
- přímé výdaje domácností.

Kromě těchto 3 základních pilířů zde existují i další (vedlejší) zdroje financování, které však mají momentálně zanedbatelný význam a v souhrnu tvoří odhadem méně než 1 % celkových výdajů na zdravotnictví. Těmito zdroji jsou: smluvní zdravotní pojištění pro cizince, cestovní zdravotní připojištění, podniky (v případě, že část závodně-preventivní péče hradí sami), neziskové organizace (Červený kříž apod.). Jelikož prozatím neexistují spolehlivá a dostupná data o těchto zdrojích financování, resp. jejich zjišťování je teprve ve fázi příprav, nejsou v této publikaci uvedena žádná konkrétní čísla z této oblasti a nadále se budeme zabývat pouze výše zmíněnými hlavními zdroji financování.

Domácí klasifikace zdrojů financování zdravotní péče (FINANC)		
kód FINANC	Zdroj financování	Zkratka
00	Neznámý zdroj financování	Nezn
01	Veřejné financování	Veř
01.1	Státní rozpočet + okresní rozpočty	Centrál
01.1.1	Ministerstvo zdravotnictví	MZČR
01.1.2	Ministerstvo práce a sociálních věcí	MPSV
01.1.3	Ministerstvo obrany	MO
01.1.4	Ostatní kapitoly SR	Ost kap
01.1.5	Okresní rozpočty	Okresy
01.2	Místní rozpočty	Místní
01.2.1	Města a obce	Mě&obc
01.2.2	Kraje	Kraje
01.3	Zdravotní pojišťovny	Zdrpoj
02	Soukromé financování	Soukr
02.1	Soukromé připojištění	Soukr poj
02.2	Přímé výdaje domácností	Domácnosti
02.3	Podniky	Podnik
02.4	Neziskové instituce	NISD

Každý z uvedených zdrojů financování má svoji specifickou úlohu. Klíčové postavení mají samozřejmě **zdravotní pojišťovny**, jejichž příjmy plynou z veřejného zdravotního pojištění, kterého je povinně účastna každá osoba s trvalým pobytem v ČR. Nejedná se však o pojištění v pravém slova smyslu, jelikož pojistné neodpovídá zdravotnímu riziku

⁷ V našich podmínkách je ovšem daleko běžnější, že závodně preventivní péči poskytují samostatně ordinující lékaři (04.1), kteří jsou daným podnikem nasmlouváni k poskytnutí příslušné péče.

⁸ V případě ČR existuje speciální druh sociální dávky: podpora při ošetřování nemocného člena rodiny. Výše těchto dávek je pak použita k ocenění domácí péče poskytované samotnými domácnostmi.

pojištění. Hlavní zásadou veřejného zdravotního pojištění je solidarita (pojistné je úměrné nikoliv zdravotnímu riziku, ale příjmům pojištěnce⁹) a rovnost (každý má nárok na stejně kvalitní péči). Veřejné zdravotní pojištění tudíž financuje veškerou zdravotní péči garantovanou zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (v platném znění). V zásadě tak lze říci, že zdravotní pojišťovny kryjí většinu výdajů na zdravotní péči, ostatní zdroje financování mají pak spíše doplňkovou úlohu.

Veřejné rozpočty se dělí na centrální a místní rozpočty. Do centrálních rozpočtů řadíme státní rozpočet a okresní rozpočty¹⁰ jako speciální kapitolu státního rozpočtu. Úloha veřejných rozpočtů spočívá především ve financování specifických činností, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se především o výdaje na vědu a výzkum související se zdravotnictvím, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní programy a kampaně, činnost hygienických stanic, částečně též výdaje na investiční projekty. Veřejné rozpočty vystupují též jako zdroj financování v tom směru, že se z nich hradí provoz institucí státní (zdravotní) správy¹¹: Ministerstva zdravotnictví, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

Přímé výdaje domácností jsou též doplňkovým zdrojem financování, jejich význam však postupně roste. V převážné většině případů si domácnosti platí léky (ať už se jedná o příplatky u předepsaných léčiv či platby plných cen u volně prodejných léků) a PZT (prostředky zdravotnické techniky). Významný podíl výdajů domácností představují též platby za nadstandardní služby u stomatologů. Další byt' méně významné jsou platby za lázně, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích a platby za různá potvrzení především u praktických lékařů.

⁹ Pojistné na veřejné zdravotní pojištění je obecně rovno 13,5 % z vyměřovacího základu. U zaměstnanců je vyměřovacím základem hrubá mzda, přičemž ovšem pouze 1/3 je skutečně strhávána zaměstnanci ze mzdy, zbylé 2/3 jsou nákladem zaměstnavatele. U OSVČ odpovídá vyměřovací základ 35 % z rozdílu mezi příjmy a výdaji. Osoby bez zdanitelných příjmů mají jako vyměřovací základ stanovenou minimální mzdu. Speciálním případem jsou pak tzv. státní pojištěnci, za které pojistné odvádí stát (jedná se především o nezaopatřené děti, studenty, důchodce, nezaměstnané, vojáky základní služby apod.). V tomto případě je vyměřovací základ taxativně stanovený (většinou jako určitý podíl z minimální mzdy).

¹⁰ V souvislosti se změnou státoprávního uspořádání a zánikem okresů zaniká i tento zdroj financování a těžiště se více přesouvá na místní rozpočty (města, obce, kraje).

¹¹ Už dříve jsme uvedli, že činnost institucí státní (zdravotní) správy považujeme za kolektivní služby zdravotní péče. Financování provozu těchto institucí tudíž považujeme za financování zdravotní péče (zdravotnictví).