

Analýza – Kapitola VIII.
Ekonomika zdravotnictví v KHK

Obsah

Analýza – Kapitola VIII. (Textová část)	3
Úvod	4
Ekonomická role krajů ve zdravotnictví	5
Vybrané ekonomické kapitoly zdravotnictví kraje	7
Veřejné finanční zdroje zdravotnictví	7
Platby zdravotních pojišťoven do krajského zdravotnictví	8
Výsledky hospodaření poskytovatelů zdravotní péče v KHK	10
Platby poskytovatelům zdravotní péče z krajského rozpočtu	11
Seznam použité literatury a citací	12
Analýza - Kapitola VIII. (Obrazová část)	13
Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy	38

Stručný uživatelský manuál

- V sekci [Analýza – Kapitola VIII. \(Textová část\)](#) nabízejí **červené názvy obrazů** (nebo červený odkaz na obraz) možnost přejít na konkrétní obraz. Návrat zpět k původnímu textu je možný kombinací kláves Alt a šipka doleva.
- V části s názvem „[Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy](#)“ jsou pro snazší orientaci uvedeny nejprve komentáře a následně obrazy, které jsou součástí jiných kapitol Analýzy. Jedná se však pouze o prvotní obrazy, na které je odkazováno v textové části této kapitoly. V případě, že je v komentáři uveden odkaz na další obraz, pak již není součástí této přílohy a je uveden v příslušné kapitole Analýzy. **Modrý název obrazu** je zde zároveň přímým odkazem na konkrétní obraz. **Zelený název obrazu** je přímým odkazem zpět na komentář ke konkrétnímu obrazu.

Analýza – Kapitola VIII. (Textová část)

Ekonomika zdravotnictví v KHK

Úvod

Při tvorbě Koncepce se původně nepočítalo s podrobnějšími ekonomickými analýzami celého krajského zdravotnického systému ani z pohledu jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, ani plátců (tj. zdravotních pojišťoven). V některých případech, zejména u soukromých subjektů (např. stovky soukromých ambulancí), ani nejsou potřebné a použitelné údaje o hospodaření veřejně k dispozici.

U veřejnoprávních organizací, kde lze data získávat, je hospodaření vyrovnané, Tam, kde není, je vesměs podporováno zřizovateli ve formě dotačních programů investičního charakteru či úhradami na úrovni běžných (provozních) prostředků za plnění závazku veřejné služby. Přes občasná politická či manažerská vyjádření či varování některých poskytovatelů tak nehrozilo žádnému poskytovatelskému subjektu v době přípravy analýzy v r. 2019-2021 insolvenční řízení a hospodaření bylo spíše vyrovnané či jen únosně ztrátové.

Pro podrobnější hospodářské analýzy největších zdravotnických subjektů v kraji, tj. FN HK a ZH KHK, nebyla pracovní skupina pro Koncepci autorizována a pro detailní analýzy neměla dostatečnou kapacitu ani vnitropodniková data.

Z uvedených důvodů se analýzy primárně finanční stránkou zdravotnictví v kraji nezabývaly a soustředily se na věci zdravotnického a organizačního charakteru. Především na demografický a zdravotní vývoj v kraji, na kapacity a výkony poskytovatelů zdravotních služeb a jejich vztahy a na rostoucí problematiku dostupnosti zdravotnického personálu na trhu práce a částečně i na jeho vzdělávání. Slabiny a silné stránky byly prostřednictvím analýz hledány spíše z pohledu zdravotnického provozu krajského systému, populačního zdraví v kraji a stavu uspokojování zdravotnických potřeb jednotlivých občanů, nežli z pohledu jednotlivých poskytovatelů a jejich hospodářských činností.

Krátká ekonomická pasáž v této kapitole však nakonec vložena byla, ale zabývá se převážně jen toky peněz od zdravotních pojišťoven do KHK a dalších krajů a také porovnáním krajů v oblasti vlastních rozpočtů a jejich využitím pro svůj krajský zdravotnický segment. Jinak zůstalo u rozhodnutí, že hospodaření jednotlivých subjektů analyzováno nebude. Pokud se někde v rámci SWOT analýz objevuje, jde jen o doplňkové a orientační konstatování na základě všeobecně známých faktů, nikoliv o systematické posuzování hospodářských výsledků a trendů.

Ekonomická role krajů ve zdravotnictví

Přestože je výsledné hospodaření systému výsledkem hospodaření jeho součástí, je potřeba případné hospodářské neefektivity systému jako celku zkoumat v první řadě na úrovni samostatných hospodářských jednotek, jejich vedení a zřizovatelů, a to zejména tam, kde se ukazují nějaké nenaplněné zdravotnické potřeby. Úloha kraje je v tomto případě omezená na roli zřizovatele svých zdravotnických zařízení a musí se zde samozřejmě chovat jako dobrý hospodář, ale těžko může zkoumat vnitřní záležitosti jak velkých (např. FN HK), tak malých (např. lékařských ordinací) poskytovatelů zdravotních služeb, u kterých není zřizovatelem. Tuto sféru pracovní skupina pro Koncepti hlouběji neanalyzovala.

Strukturu ZH KHK a.s. řešila ve volebním období r.2016-2020 Rada KHK, která je v pozici nejvyššího orgánu holdingu, tj. valné hromady. Ta v uspořádání holdingu provedla určité změny a v závěru svého funkčního období diskutovala i o možnosti řešit fúzi krajských nemocnic do jednoho kompaktního celku, aniž by došlo k nějakému rozhodnutí. Nové zastupitelstvo KHK začátkem r. 2021 strukturu ZH KHK zmrazilo. Nerozhodnutý zůstává stav nemocniční lékárny v Jičíně, kterou se vedení nemocnice snaží zachovat ve své organizaci, tj. mimo centralizovaný útvar Královéhradecká lékárna a.s.

K této organizační problematice lze konstatovat, že v ČR již po velmi dlouhou dobu nepanuje jednota uspořádání nemocnic pod kontrolou krajů, a ty nejčastěji zůstávají ve vlastnictví kraje, ale ve velmi rozličném hospodářském formátu. Existují kraje, kde je počet krajských nemocnic minimální (např. HMP) a kraje, kde jsou nemocnice z části či úplně privatizované anebo dlouhodobě pronajaté komerčním subjektům (např. Olomoucký kraj). Jednoznačná shoda na tom, který z těchto modelů je nejlepší však nepanuje, ale protože některé kraje mají problémů s nemocnicemi více a některé méně, lze konstatovat, že rozhodujícím faktorem je kvalita vedení nemocnic i kvalita vedení celého zdravotnického systému ze strany kraje. Klíčová je i schopnost vyjednat si za poskytované služby lepší úhrady od zdravotních pojišťoven. Je však potřeba zdůraznit, že i když rozdíly financování zdravotnictví krajů jsou, spíše se dlouhodobě snižují a bude-li jednou konečně doladěn systém plateb dle systému DRG, měly by být dále potlačovány. V další části této kapitoly však bude dokladováno, že Královéhradecký kraj určitě výrazněji podfinancován není ([viz obr. 8.9 a 8.10](#)).

Jak bylo v Koncepti opakovaně zdůrazňováno, kraj se nemá starat jen o své nemocnice a popřípadě další, jím zřizované poskytovatele zdravotní péče. Musí k tomu plnit i další, možná nadřazenou politickou úlohu ve zdravotnictví, kterou je dohled nad fungováním celého krajského zdravotnictví. Mělo by fungovat tak, aby zlepšovalo nebo alespoň udržovalo kvalitní populační zdraví, a aby byly zároveň uspokojovány i oprávněné individuální zdravotní potřeby jeho občanů. Zdravotní služby musejí být ekvitní, tj. pro všechny, kteří je oprávněně potřebují ve stejné míře dostupné časově, geograficky, finančně a ve stejné míře kvality tak, jak to zdravotnický systém v dané době dokáže. V krajích, kde jsou fakultní nemocnice a nebo další zdravotnická zařízení, zřizovaná státem (Psychiatrické nemocnice, Rehabilitační ústavy atd.), která mají nadkrajskou působnost by měl mít kraj i představu o tom, zda je v pořádku přístup občanů z vlastního kraje (zejména okresů, kde tato zařízení nejsou) a aby tato zařízení fungovala i pro ty kraje, které je potřebují. V tomto směru má KHK poměrně velkou výhodu v přítomnosti FN HK, která velké množství pacientů z okresů mimo okres Hradec Králové přebírá.

Kraj má na plnění svých úkolů ve zdravotnickém systému nástroje, které sice nejsou samospasitelné, ale pokud se dobře využívají, mohou k optimalizaci zdravotnického systému výrazně přispět. Kraj může v oblasti přenesené působnosti a správních postupů např. ovlivnit strukturu poskytovatelů, kontrolovat dodržování podmínek oprávnění k poskytování zdravotních služeb, zajišťuje stížnostní agendy aj. V rámci samostatné působnosti koordinuje zdravotnickou soustavu a usměrňuje její vytváření. Politickými nástroji může působit na ostatní zřizovatele zdravotnických služeb, včetně MZ ČR, které je v KHK zřizovatelem FN HK a Státních léčebných lázní Janské Lázně, ale i na zdravotní pojišťovny jako na nejvýznamnější plátce služeb, popřípadě i na další státní instituce, jako např. KHS KHK, se kterými musí spolupracovat.

V rámci této kapitoly je však třeba též zdůraznit, že kraj má ve své pravomoci finanční rozpočet, který může používat nejen pro svá zdravotnická zařízení, ale i pro podporu dalších zdravotnických potřeb tam, kde jsou služby pro občany ohrožené a kde je není schopen zajistit vlastními zařízeními. Proto byl určitý ekonomický pohled do analýzy zařazen a tato pasáž se zabývá nejen toky peněz od zdravotních pojišťoven do KHK a dalších krajů, ale také krajů v oblasti vlastních rozpočtů a jejich využitím pro svůj krajský zdravotnický segment ([viz obr. 8.11-8.15](#)).

Vybrané ekonomické kapitoly zdravotnictví kraje

Veřejné finanční zdroje zdravotnictví

Základní pohled na finanční toky do zdravotnictví je v této Analýze v kapitole I. Zdravotnický systém ČR /Financování zdravotnictví. V této části jsou rekapitulována pouze základní fakta o finančních tocích ve zdravotnictví celé ČR podle Zdravotnické ročenky 2018 ÚZIS ČR.¹

Obr. 8.1 Veřejné výdaje na zdravotnictví (mld. Kč)

Tabulka ukazuje, že toky veřejných zdrojů překročily v r. 2018 již 300 mld. Kč., přestože podíl z HDP pro zdravotnictví 7,7 % stále zůstává výrazně pod úrovní vyspělých evropských zemí. (viz kapitola I. Zdravotnický systém ČR, obr. 1.6). Z celkové částky veřejných zdrojů pro zdravotnictví tvoří zdravotní pojištění 92,2 % (včetně příspěvku státu za státní pojištění) a velká většina z této částky po odečtení vlastních nákladů zdravotních pojišťoven jde na hrazené zdravotní služby. Necelých 13 mld. rozdělí kraje a z této částky je asi 1/3 povinných výdajů (většina z toho na zdravotnickou záchrannou službu, ostatní na menší položky jako dětské domovy pro děti do 3 let věku, protialkoholní záchytnou službu, prohlídky těl zemřelých aj.). Zbytek celkové částky (2/3) kraje přerozdělují dle svých investičních i neinvestičních priorit. Ze státního rozpočtu (mimo příspěvku na státní pojištění) jde přes rozpočet MZ ČR částka 8,6 mld. Kč, určená na provoz MZ ČR, hygienickou službu, SÚKL, ÚZIS ČR, leteckou záchrannou službu a různé zdravotnické programy. Dle stavu ekonomiky státu a EU programů plynou přes MZ ČR též investice, které se pohybují mezi 2-5 mld. Kč., z větší části do přímo řízených organizací MZ ČR. (Pozn.: soukromé zdroje ve zdravotnictví jsou komentovány v kapitole 1 – Zdravotnický systém ČR, obr. 1.5a a 1.5b)

Obr. 8.2 Náklady zdravotního pojištění na jednotlivé segmenty péče (r. 2018)

Tabulka ukazuje, jak jsou prostředky zdravotního pojištění rozdělené na hlavní segmenty zdravotních služeb. Nejvyšší částky jsou konzumovány v lůžkových službách, v ambulantním segmentu a za léky na předpis. Je zde potřeba připomenut již dříve zdůrazňovaný fakt, že pod hlavičkou ústavní péče jsou zařazené i náklady na ambulantní služby, poskytované v nemocnicích.

Obr. 8.3 Vývoj proporce nákladů zdravotního pojištění na vybrané segmenty zdravotní péče

Obr. 8.4 Vývoj nákladů zdravotního pojištění ve vybraných segmentech zdravotní péče

Grafy jednotlivých segmentů ukazují proporce segmentů a jejich časový vývoj. Zde je patrný výrazný nárůst v čase ve všech segmentech s výjimkou stagnujících nákladů na léky na recepty. Tato stagnace ale platí jen pro běžná léčiva, zatímco velmi rychle rostoucí náklady na léky podávané v centrech (nejvíce protinádorová léčba a biologické přípravky) jsou sice přímo hrazené ZP, ale jsou zahrnuté v nákladech ambulantního a lůžkového sektoru a nikoli v položce nákladů na léky na recepty. V r. 2018 narostly náklady na centrové léky již téměř na 1/2 nákladů za léky na recepty (viz obr. 8.10a).

¹ Zdravotnická ročenka České republiky 2018. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdroccz-2018.pdf>

Obr. 8.5 Náklady zdravotního pojištění na ambulantní péči (r. 2018)

Obr. 8.6 Náklady zdravotního pojištění na ústavní péči (r. 2018)

V obou tabulkách je podrobnější struktura nákladů v segmentech ambulantní a lůžkové péče. V ambulantní sféře dominují náklady na specializovanou péči (bližší diskuze o proporcí primární péče a specializované péče viz kapitola III. - Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK a kapitola V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK). Ve sféře lůžkové náklady na akutní lůžkovou péči tvoří finančně nejvýznamnější nákladovou položku akutní nemocnice.

Platby zdravotních pojišťoven do krajského zdravotnictví

Metodické poznámky

V našem otevřeném zdravotnickém systému se mohou pojištěnci pohybovat mezi kraji a čerpat péči i jinde než v kraji, kde mají trvalé bydliště (tj. tam, kde tvoří skupinu tzv. kmenových pojištěnců). Vzhledem k možnosti migrace pacientů za péčí je proto potřeba ve statistických šetřeních (ať se jedná např. o počty provedených výkonů nebo o jejich finanční úhrady) rozlišovat dva pohledy, které musejí být u každé tabulky, resp. grafu jasně uvedené, a to v následujícím duchu:

1. zda se jedná o výkony nebo úhrady, které byly provedené v daném kraji (tj. bez ohledu na to, zda pro kmenové pacienty bydlící v kraji nebo pro pacienty z jiných krajů)
2. nebo se jedná o výkony nebo úhrady za kmenové pacienty daného kraje (tj. provedené buď v daném kraji nebo v jakémkoli jiném kraji).

Statistiky a jejich interpretace se v obou případech výrazně liší, i když jsou vzájemně provázané objemem migrace pacientů za péčí do jiných krajů (**viz obr. 8.8 a 8.9**). Statistika dle prvního pohledu (vše, co je provedeno v kraji, bez ohledu na bydliště pacienta) závisí na zdravotnických kapacitách v příslušném kraji a na faktu, jak je kraj atraktivní pro pacienty odjinud. Statistiky dle druhého pohledu (bez ohledu na kraj, kde byly služby pro kmenové pacienty sledovaného kraje čerpány) dokumentují, zda je dostupnost péče pro pacienty příslušného kraje dostatečná, ať je poskytnuta kdekoliv.

Zde je vhodné připomenout, že vysoká migrace pacientů za péčí může mít kladné i záporné konotace. Záporné např. u běžných výkonů, za kterými musejí pacienti zbytečně daleko cestovat. Kladné naopak v případě vysoce specializované péče, kde pacient i při určité obtížnosti dojíždění dostane péči v centru, které má s danou vzácnější chorobou vysoké zkušenosti díky koncentraci pacientů a potřebných technologií.

Statistiky na bázi kmenových pacientů byly dlouho nepřístupné a používaly je jen zdravotní pojišťovny. Začínají však být k dispozici i prostřednictvím ÚZIS ČR, kde jsou tč. ještě doladěny, ale pro dostupnost péče, férovost úhrad či lokální nadbytečnost provádění některých výkonů by měly být vysoce přínosné. Nutno ještě dodat, že věková standardizace, popřípadě i korekce na lokálně odlišný výskyt některých chorob zatím chybí, ale jejich vytvořením se může posuzování těchto statistik postupně zdokonalovat.

Obr. 8.7 Struktura pojištěnců v krajích k 1.1.2018

Přestože působení jednotlivých zdravotních pojišťoven není předmětem analýz situace v KHK, je na prezentovaném grafu pouze pro informaci zobrazena struktura pojištěnců v jednotlivých krajích. Nadpoloviční většina ze všech pojištěnců v KHK je u VZP (57 %), což

je o 1 procentní bod nad průměrem ČR. Demonstruje to fakt, že tam, kde nebyla pro analýzu k dispozici jiná data než od VZP, je možné pojištěnce VZP považovat za poměrně reprezentativní vzorek populace a datům přisuzovat patřičnou váhu.

Platby za poskytování péče v KHK

Obr. 8.8 Náklady na pojištěnce, ošetřené v příslušném kraji v r. 2018

Grafy demonstrují první variantu statistiky – výkony provedené poskytovateli v daném kraji (viz metodická poznámka výše). Relevantní a jednoduše srozumitelný je jen svislý graf vpravo, který ukazuje celkové úhrady ZP v daném kraji, a to jak pro vlastní, tak i pro odjinud migrující pacienty. Na vodorovném grafu vlevo jsou tyto náklady přepočtené na občany, ale ne na všechny ošetřené, ale jen na ty s trvalým bydlištěm v kraji. Takto vytvořenou statistikou vzniká dojem zdánlivého přeplácení některých krajů, což je nejvíce patrné na celkovém sloupci pro Hlavní město Prahu, kam masivně migrují občané ČR za vysoce specializovanými službami (např. dětská kardiologie, transplantace jiných orgánů než ledvin nebo za řešením složitých vrozených vad). Stejný fenomén v menším je patrný i u krajů, kde jsou fakultní nemocnice. Všechny tyto kraje mají takovouto zavádějící metodikou vypočtené náklady na pacienty vyšší než kraje bez fakultních nemocnic. Jediné, co je tedy možno z levého grafu konstatovat, je proto fakt, že alokovat peníze na léčbu do krajů podle počtu jejich obyvatel by bylo bez přihlídnutí k migraci a náročnosti pacientů chybné. Poznámka: proporce modrých sloupců (kmenoví obyvatelé kraje, kteří čerpali služby „doma“) a červených sloupců (mimokrajští pacienti) v tomto případě závisí jak na jednotkových nákladech příslušných pacientů, tak na jejich počtu, což činí interpretaci obtížnou. Číslo nad červenomodrými sloupci jsou proto zavádějící a vypovídající je jen zelený sloupec průměr ČR.

Platby ZP za kmenové pojištěnce KHK

Obr. 8.9 Průměrné úhrady ZP na 1 kmenového pojištěnce příslušného kraje, r. 2018

Jedná se o klíčový graf, který naznačuje, že KHK není zdravotními pojišťovnami oproti průměru ČR podfinancován. Graf ukazuje úhrady za kmenové občany krajů bez ohledu na to, ve kterém kraji jim byly zdravotní služby poskytnuty a demonstruje tak druhou variantu statistiky – viz metodická poznámka výše. Na rozdíl od předchozího **obr. 8.8** ukazuje náklady ZP na 1 kmenového pojištěnce příslušného kraje, čerpané kdekoli. Průměry krajů na jednoho pojištěnce jsou zde proto jiné a přinejmenším Praha již zdaleka tolik neční nad ostatními. V doprovodném textu na obrázku je logika pohledu na náklady na pojištěnce jednotlivých krajů znovu diskutována, a i když není metodika ještě dopracována, lze nad čísly již poměrně spolehlivěji debatovat. Např. tak, že když je KHK ve výši úhrad na 1 kmenového pojištěnce na druhém místě po Praze, jsou vlastně občané v Praze či KHK oproti ostatním mírně pojišťovnami přepláceni. Protiargumentem samozřejmě zůstává fakt, že KHK má nejstarší populaci v ČR, což v budoucnu vyřeší věková standardizace kmenových pojištěnců (ZP ji v minulosti používaly).

Obr. 8.10a - i Úhrady ZP za 1 průměrného kmenového pojištěnce krajů, r. 2018

Na **obr. 8.10a** je datová tabulka k předcházejícímu grafu, rozšířená o náklady na léčiva v lékových centrech, které byly vyjmuty z ambulantního i nemocničního segmentu. V dalších sekcích uvedeného **obr. 8.10b - 8.10i** jsou všechny sloupce tabulky zobrazené v grafech. Ve většině parametrů jsou úhrady na jednoho kmenového pacienta KHK s výjimkou plateb pro ambulantní sektor vyšší, než je průměr ČR. Závěry jsou podobné jako u předchozího grafu, ale je nutno přidat i další komentáře.

Údaje o úhradách na bázi kmenových pojištěnců mají potenciál zobrazovat, s jakou mírou ekvity jsou zdroje ZP alokovány. V celku (obr 8.10i), ale i na větší části dílčích úhradových položek převažují platby v krajích s fakultními nemocnicemi mírně nad průměrem celé ČR. Mírné rozdíly ekvity mezi kraji, pokud se jejich existence potvrdí v dalších studiích, mohou být vysvětleny rozvojovými postupy ve velkých a vysoce specializovaných nemocnicích a budou nejspíše tolerovány, aby nehrozilo, že se v ČR vývoj medicíny zastaví. Tyto údaje ale budou jistě evokovat i nové diskuze o férovosti plateb pro velké a menší nemocnice, ale je nutno klást i otázky, zda nižší úhrady v některých krajích nejsou způsobené horší dostupností vysoce specializované péče. Zejména u rozdílu nákladů na kmenové pojištěnce v oblasti centrových léků to vyvolává určité pochybnosti, zda není center málo nebo zda není příslušná nemoc poddiagnostikovaná, popřípadě zda nejde jen o nějaký metodický artefakt. Věc v každém případě vyžaduje další zkoumání na úrovni ÚZIS ČR, už jen proto, že se s metodikou úhrad za kmenové pojištěnce pracuje po delší době a není dosud plně doladěna (např. chybí ještě věková standardizace).

Diskuze tč. nelze jednoznačně uzavřít, ale je již přesto nyní možno vyslovit závěr, že KHK není oproti jiným krajům ČR v žádném případě podfinancován a musí si tak v rámci existujících celostátních problémů zdravotnictví umět poradit s případnými finančními problémy sám. Zároveň je to ale i upozornění pro FN HK, že jí situace přináší určitý závazek vůči jiným krajům, kde fakultní nemocnice, popřípadě i specializovaná centra nejsou. Rovněž je to i upozornění pro kraj, že pokud takováto výhoda díky FN HK v kraji existuje, je potřeba pěstovat dobré vztahy mezi ní a dalšími nemocnicemi tak, aby se tato výhoda rozprostřela rovnoměrně mezi všechny občany kraje, kteří mimořádnou péči díky svému onemocnění potřebují. Podle migrační analýzy uvnitř kraje v kapitole VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatric v KHK však do této doby přichází do FN HK 45,6 % pacientů z okresu Hradec Králové, 30,7 % pacientů z ostatních okresů KHK a 23,7 % z ostatních krajů² (viz obr. 6.27). Nedostatek vysoce specializované péče pro všechny občany KHK tedy pravděpodobně nehrozí, ale kontrola její dostupnosti je však na místě.

Výsledky hospodaření poskytovatelů zdravotní péče v KHK

Obr. 8.11 Hospodaření poskytovatelů akutní lůžkové péče v krajích, r. 2016–2018

Hospodářské výsledky nemocnic v KHK byly dle tabulky za r. 2016–18 v této době mírně záporné, nejvíce v r. 2017 (cca 75 mil. Kč, přepočteno z částky vyjádřené jako průměr na 1 obyvatele kraje). Vzhledem k tomu, že majoritní poskytovatel FN HK měl v uvedeném období kladné hospodářské výsledky, jde o minusové hospodaření v kraji převážně na vrub nemocnic kraje, které jsou navíc krajem dlouhodobě dotované (viz dále). Tento hospodářský výsledek v r. 2018 zůstal negativní, ale zlepšil se.

Tabulka s výsledky hospodaření poskytovatelů zdravotní péče v krajích (pouze akutních lůžkových zdravotnických zařízení) v letech 2016–2018 je jediným komplexním zdrojem informací o hospodaření nemocnic v KHK.² Z dílčích zdrojů byly pro tuto analýzu k dispozici výroční zprávy FN HK a pak již jen orientační shrnující zprávy o negativním stavu hospodaření nemocnic ZH KHK, (zejména Nemocnice Náchod a naopak o pozitivním hospodaření v Nemocnici Jičín) v rámci projednávání úhrad vyrovnávací platby za plnění závazků veřejné služby ve Výboru zdravotním Zastupitelstva KHK. O výsledcích

² Výroční zprávy Fakultní nemocnice Hradec králové 2004–2018. Dostupné online z: <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>

hospodaření za ostatní subjekty, zejména komerční, včetně velkého množství zdravotnických zařízení, působících v ambulantní sféře, nejsou potřebné údaje, respektive pro potřeby Koncepce a Analýzy použitelné údaje o hospodaření veřejně dostupné.

Platby poskytovatelům zdravotní péče z krajského rozpočtu

Celkové výdaje

Obr. 8.12 Výdaje krajů (běžné i kapitálové) na zdraví z místních rozpočtů jako procento z celkových výdajů za r. 2010-2018

Graf ukazuje celkové kumulované výdaje krajů na zdraví (dohromady běžné i kapitálové) v letech 2010-2018 v procentech celkových rozpočtových výdajů. Relativní celkové výdaje na zdravotnictví jsou v KHK na konci sledovaného období třetí nejvyšší po Kraji Vysočina a Plzeňském kraji. Průměrné roční náklady KHK na zdraví byly v roce 2018 cca 647,7 mil. Kč.

Běžné výdaje

Obr. 8.13 Běžné výdaje krajů na zdravotnictví na 1 obyvatele, r. 2018

Komentář ze zdroje dat (ÚZIS ČR, volně citováno) konstatuje, že „pořadí ve vydávaných běžných výdajích je ovlivněno rozdílným spektrem vlastnictví ZZ mezi kraji. Některé kraje podstatně přispívají i na provoz poskytovatelů akutní lůžkové péče, které zřizují. Běžné výdaje KHK jsou v přepočtu na 1 obyvatele kraje ve srovnání krajů nadprůměrné. Kraj se v tomto parametru během let 2016-2018 pohybuje na 3. místě v celkovém pořadí. Objem běžných výdajů KHK v čase nadto postupně roste z celkových 440,4 mil. Kč v roce 2016 na cca 647,7 mil. Kč v roce 2018“ (komentovaný časový vývoj není na tomto grafu dokumentován, ale na dalších grafech zdroje je průkazný).

Obr. 8.14 Struktura běžných výdajů v oblasti zdravotnictví v Kč na 1 obyvatele, r. 2018

Stratifikace nákladů běžných výdajů na prezentovaném grafu demonstruje podrobnější strukturu provozních výdajů v r. 2018 v KHK. Vzájemné proporce výdajů jsou prakticky stejné i v letech 2017 a 2016 (na obrázku neprezentováno) a data tak jasně ukazují, že celkové nadprůměrné provozní náklady jdou jednoznačně na vrub podpory akutních nemocnic ve vlastnictví KHK. Naopak provozní výdaje na ZZS, které mají ze zákona prakticky mandatorní charakter, jsou v KHK oproti jiným krajům podprůměrné. Ostatní provozní výdaje, které mají již podstatně nižší dopad do celkového rozpočtu zdravotnictví, se pohybují již blízko průměrů celé ČR. V zobrazení výdajů na akutní lůžkovou péči stojí za povšimnutí kraje, které nemají potřebu své nemocnice dotovat tak výrazně jako KHK, a přitom jejich hospodářský výsledek r. 2018 je kladný (OLK, JHČ, ZLK, STČ, HMP, PAK, viz **obr. 8.11**).

Kapitálové výdaje

Obr. 8.15 Struktura kapitálových výdajů v oblasti zdravotnictví

Na rozdíl od vysoké podpory provozních nákladů v akutních nemocnicích byla investiční politika KHK v letech 2016–2018 umírněná a celkově oproti jiným krajům podprůměrná. Do ZZS a lůžkových zdravotnických zařízení následně a dlouhodobé péče šly během tří let mírně nadprůměrné investice, ale naopak investice do akutních nemocnic zůstaly výrazně podprůměrné. Tento fenomén se však jistě rychle obrátí díky zahájení masové výstavby v Nemocnici Náchod, jejíž 1. etapa byla dokončena v září roku 2020 a vynaložilo se na ni cca 1,4 mld. Kč.

Seznam použité literatury a citací

1. *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>
2. *Výroční zprávy Fakultní nemocnice Hradec králové 2004–2018*. Dostupné online z: <https://www.fnhk.cz/o-fakulni-nemocnici/vyrocní-zpravy>

Analýza - Kapitola VIII. (Obrazová část)

Ekonomika zdravotnictví v KHK

Obr. 8.1 Veřejné výdaje na zdravotnictví (mld. Kč)

Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2018, Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019, adaptováno dle str.154, tab. 5.1. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

Veřejné výdaje na zdravotnictví v mld.Kč	rok 2018
Veřejné zdravotní pojištění	295,290
Územní rozpočty	12,901
Státní rozpočet	8,617
Celkem	316,808

Obr. 8.2 Náklady zdravotního pojištění na jednotlivé segmenty péče (r. 2018)

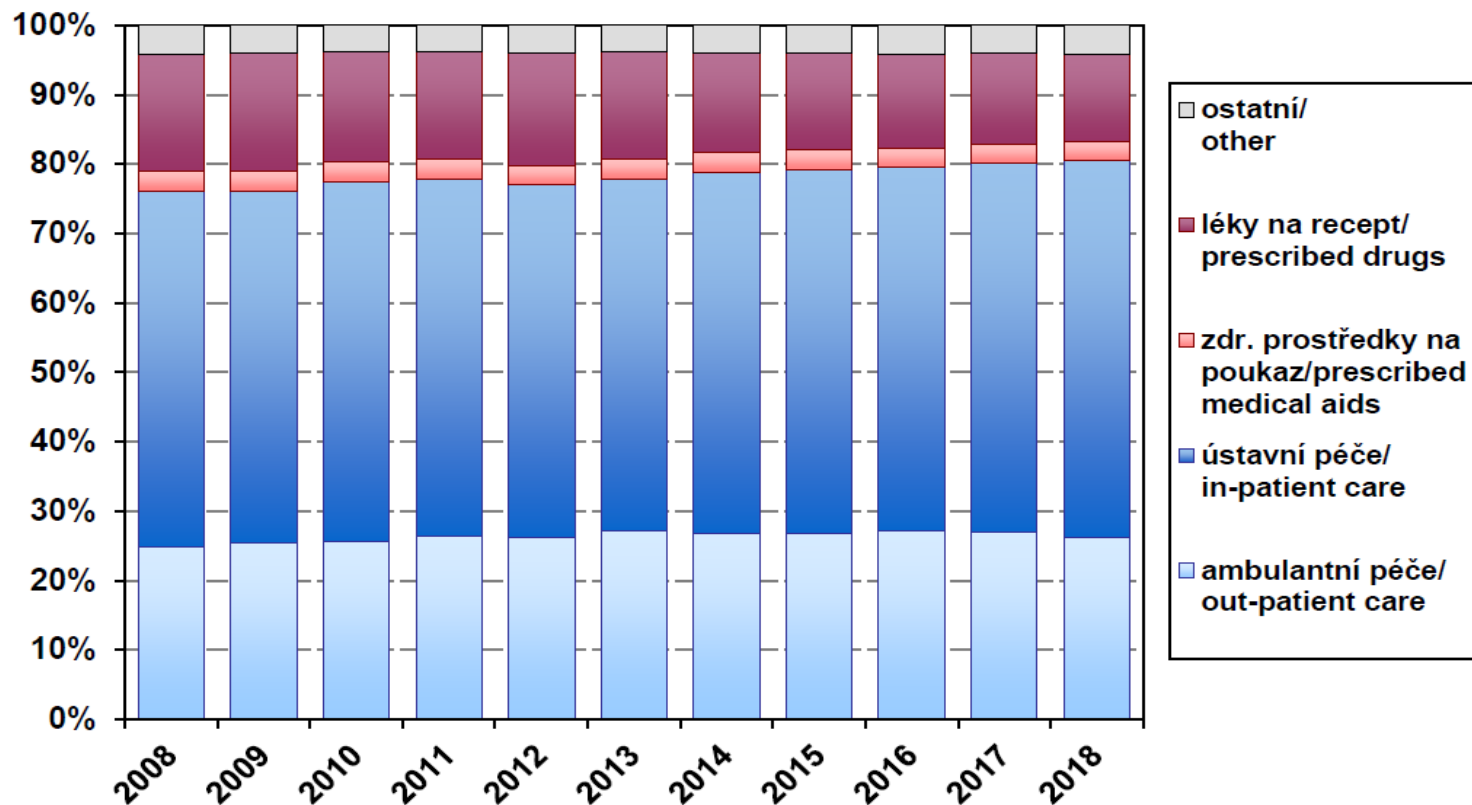
Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2018, Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019, *adaptováno dle str.158, tab. 5.5.*
ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

Náklady zdravotního pojištění na péči dle segmentů	mld. Kč	%
Zdravotní péče, hrazená z veř. zdrav. pojištění, z toho:	286,395	100,0
ambulantní péče	75,094	26,2
ústavní péče	155,361	54,2
lázeňská péče	3,387	1,2
zdr. dopravní služba	1,582	0,6
zdr. záchranná služba	2,806	1,0
léky na recepty	36,148	12,6
zdr. prostředky na poukazy	7,944	2,8
léčení v zahraničí	1,053	0,4
ostatní	3,022	1,1

Obr. 8.3 Vývoj proporce nákladů zdravotního pojištění na vybrané segmenty zdravotní péče (r. 2018)

Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2018, Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019, str.160 graf dole. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

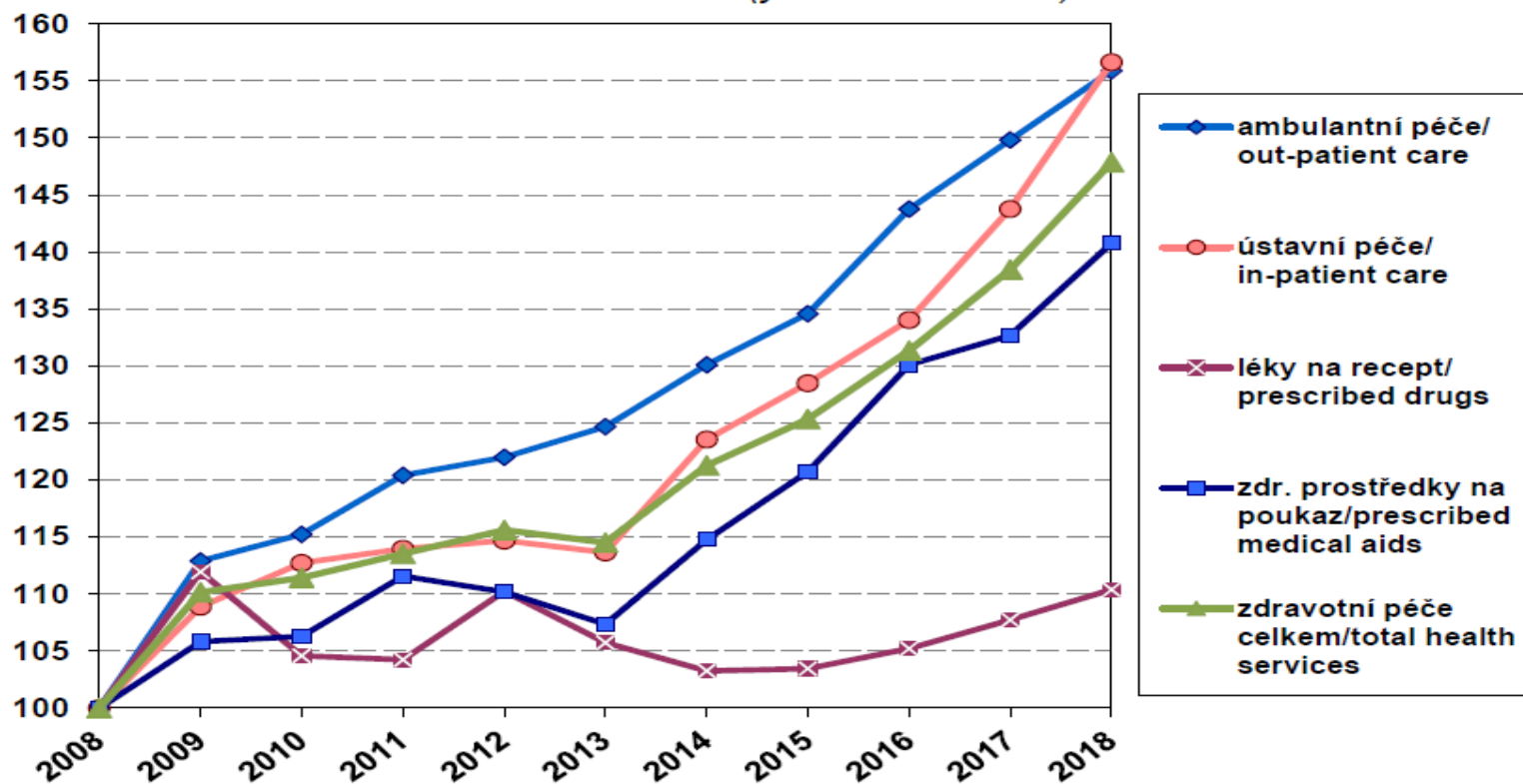
Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů
Structure of costs of health insurance companies by segments of health care



Obr. 8.4 Vývoj nákladů zdravotního pojištění ve vybraných segmentech zdravotní péče

Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2018, Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019, str.160, graf nahoře. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

Index nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči dle segmentů (rok 2008 = 100)
Index of costs of health insurance companies by segments of health care (year 2008 = 100)



Obr. 8.5 Náklady zdravotního pojištění na ambulantní péči (r. 2018)

Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2018, Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019, adaptováno dle str.158, tab. 5.5. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

Náklady zdravotního pojištění na ambulantní péči	mld. Kč	%
Ambulantní péče celkem, z toho:	75,094	100,0
stomatologická péče	11,149	14,8
praktičtí lékaři	15,983	21,3
rehabilitační péče	3,067	4,1
diagnostická péče	11,079	14,8
domácí zdravotní péče	2,007	2,7
specializovaná ambulantní péče	29,424	39,2
jiné	2,385	3,2

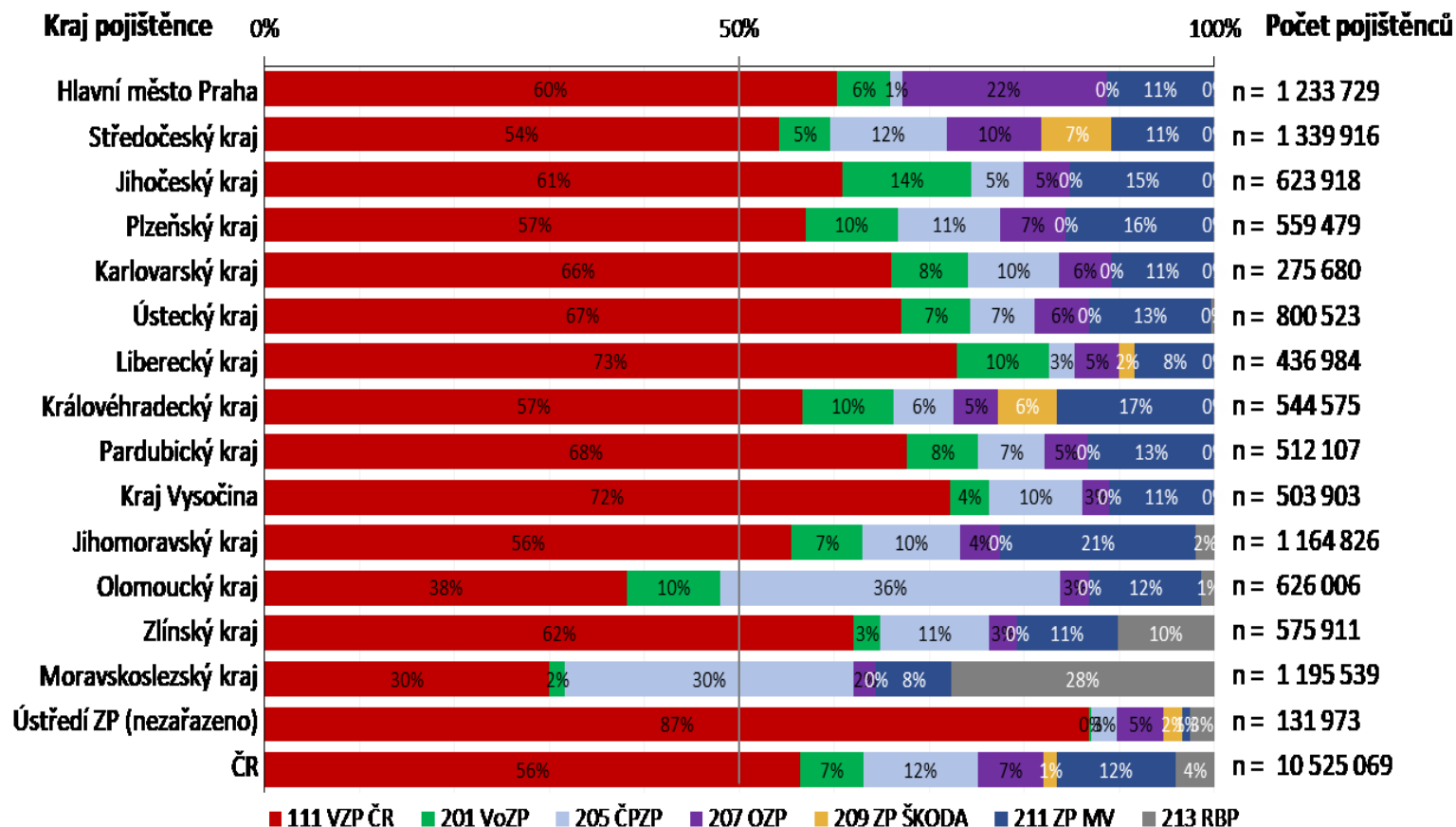
Obr. 8.6 Náklady zdravotního pojištění na ústavní péči (r. 2018)

Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2018, Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019, adaptováno dle str.158, tab. 5.5. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

Náklady zdravotního pojištění na ústavní péči	mld. Kč	%
Ústavní péče celkem, z toho:	155,361	100,0
akutní nemocnice	141,683	91,2
OLÚ bez LDN	8,918	5,7
LDN	3,476	2,2
ošetřovatelská péče	1,059	0,7
hospicová péče	0,224	0,1

Obr. 8.7 Struktura pojištěnců v krajích k 1.1.2018

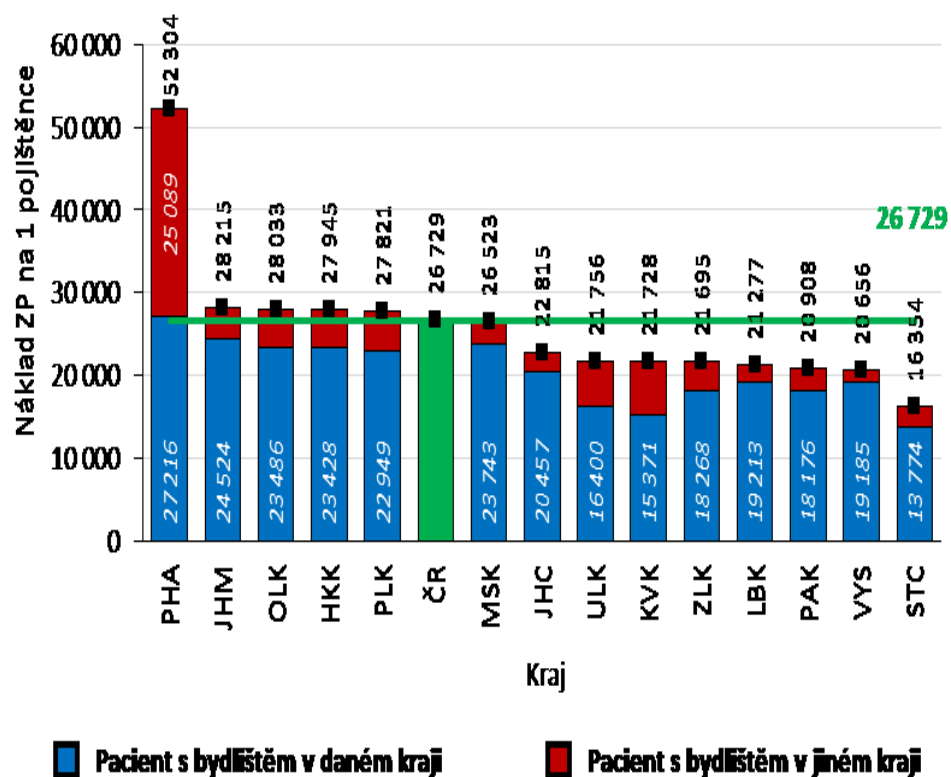
Zdroj: MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 06-39. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



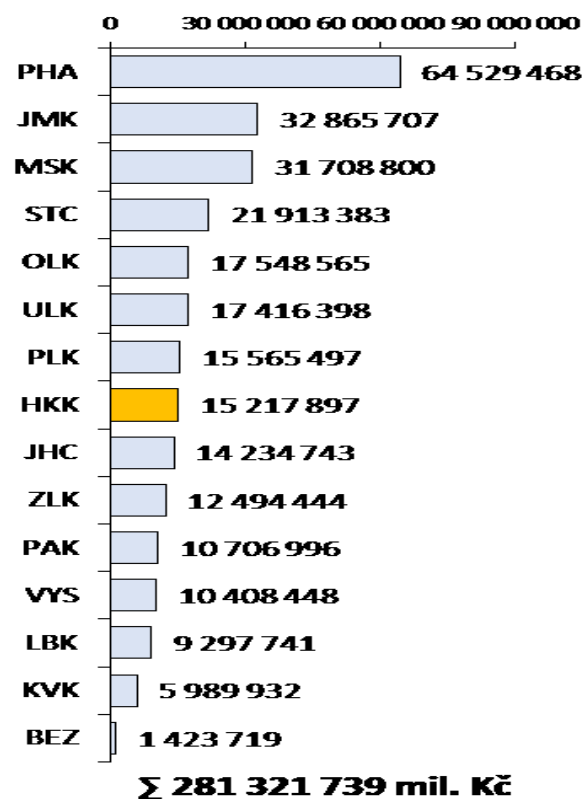
Obr. 8.8 Náklady na pojištěnce, ošetřené v příslušném kraji v r. 2018

Zdroj: NRHZZ, MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 06-48. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Náklady ZP za zdravotní služby poskytnuté v kraji, přepočtené na 1 pojištěnce

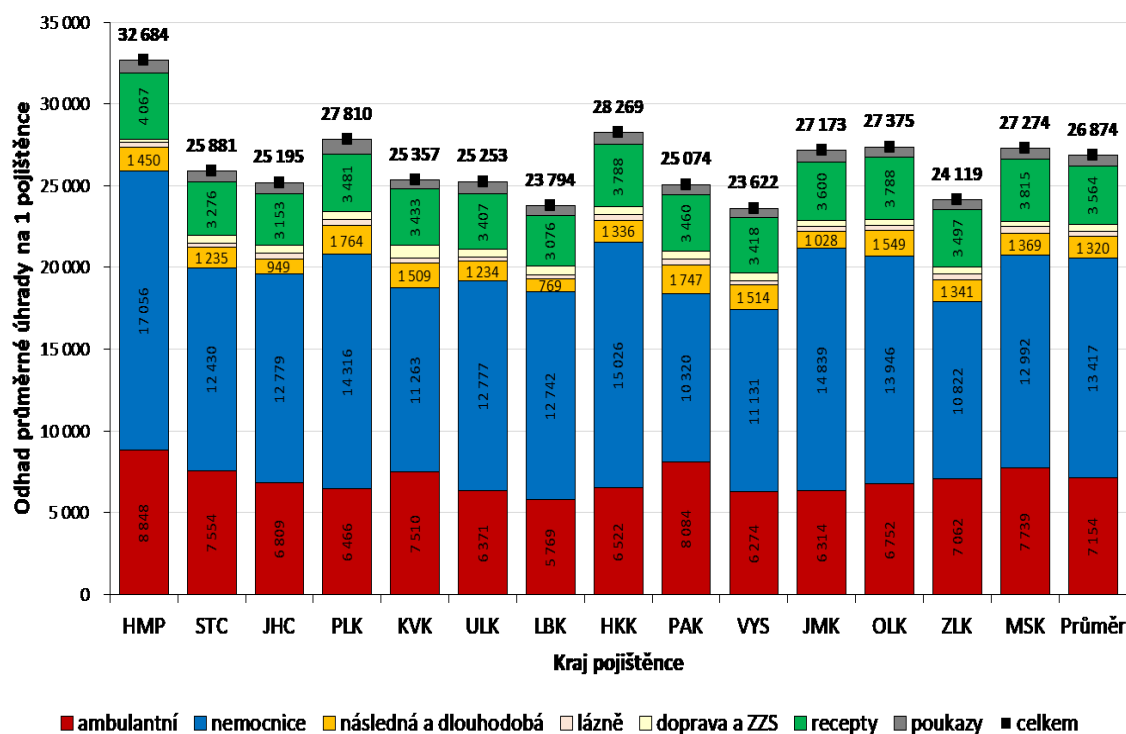


Celkové náklady ZP 2018 v tis. Kč



Obr. 8.9 Průměrné úhrady ZP na 1 kmenového pojištěnce příslušného kraje, r. 2018 (bez ohledu na kraj, kde byla péče čerpána)

Zdroj: NRHZS, MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 06-49. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Mezi regiony ČR probíhá významná migrace za zdravotními službami a velký podíl pojištěnců čerpá zdravotní služby mimo region svého trvalého bydliště. Z toho důvodu byla provedena analýza shrnující celkové úhrady pouze dle bydliště pojištěnce, bez ohledu kde péči čerpal. Zde prezentovaná data představují celkové úhrady, tedy objem zahrnující i úhrady za centrové léky (jak nemocniční, tak ambulantní segment). Je zřejmé, že v celkovém souhrnu existují mezi regiony rozdíly, které mohou být odrazem různé věkové struktury obyvatelstva, rozdílné morbidity starších obyvatel, a také rozdíly ve střední délce života (objemu človekoro-ků vyžadujících zdravotní péči, zejména u seniorních obyvatel). Rozdíly avšak mohou také odrážet odlišnou dostupnost zdravotní péče v různých regionech. Tyto závěry je nezbytné dále analyzovat s využitím individuálních dat o čerpané péči jednotlivými pojištěnci. Tato data budou k dispozici v průběhu roku 2020.

Obr. 8.10a Úhrady ZP za 1 průměrného kmenového pojištěnce krajů, r. 2018

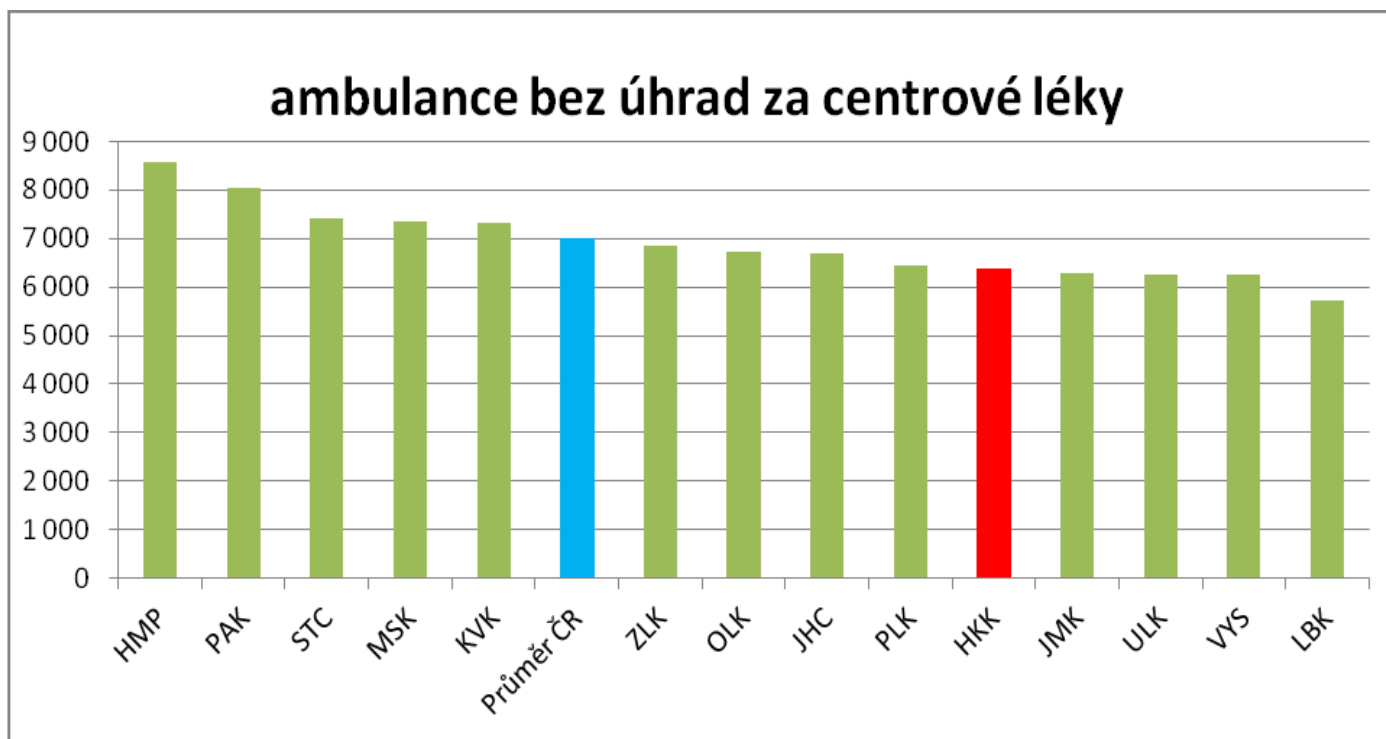
(Datová tabulka k předcházejícímu grafu, rozšířená o náklady na centrové léky)

Zdroj: NRHZS, MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 06-50, 06-51. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Kraj pojištěnce	ambulance*)	akutní nemocnice*)	centrové léky**)	následná a dlouhodobá lůžková péče	lůžně	doprava a ZS	recepty	poukazy	celkem
HMP	8 569	14 237	3 098	1 450	305	188	4 067	770	32 684
STC	7 425	11 230	1 329	1 235	286	456	3 276	644	25 881
JHC	6 695	11 781	1 112	949	305	485	3 153	715	25 195
PLK	6 435	12 514	1 833	1 764	354	526	3 481	903	27 810
KVK	7 336	10 490	947	1 509	302	789	3 433	552	25 358
ULK	6 270	11 478	1 400	1 234	278	458	3 407	727	25 252
LBK	5 737	11 652	1 122	769	287	539	3 076	613	23 795
HKK	6 372	13 123	2 053	1 336	373	456	3 788	768	28 269
PAK	8 038	9 481	885	1 747	381	467	3 460	614	25 073
VYS	6 250	10 099	1 056	1 514	283	449	3 418	552	23 621
JMK	6 287	13 065	1 801	1 028	323	343	3 600	725	27 172
OLK	6 713	12 698	1 287	1 549	332	361	3 788	647	27 375
ZLK	6 863	10 150	871	1 341	360	467	3 497	570	24 119
MSK	7 365	12 315	1 051	1 369	395	317	3 815	648	27 275
Průměr	7 011	12 023	1 537	1 320	326	409	3 564	686	26 876

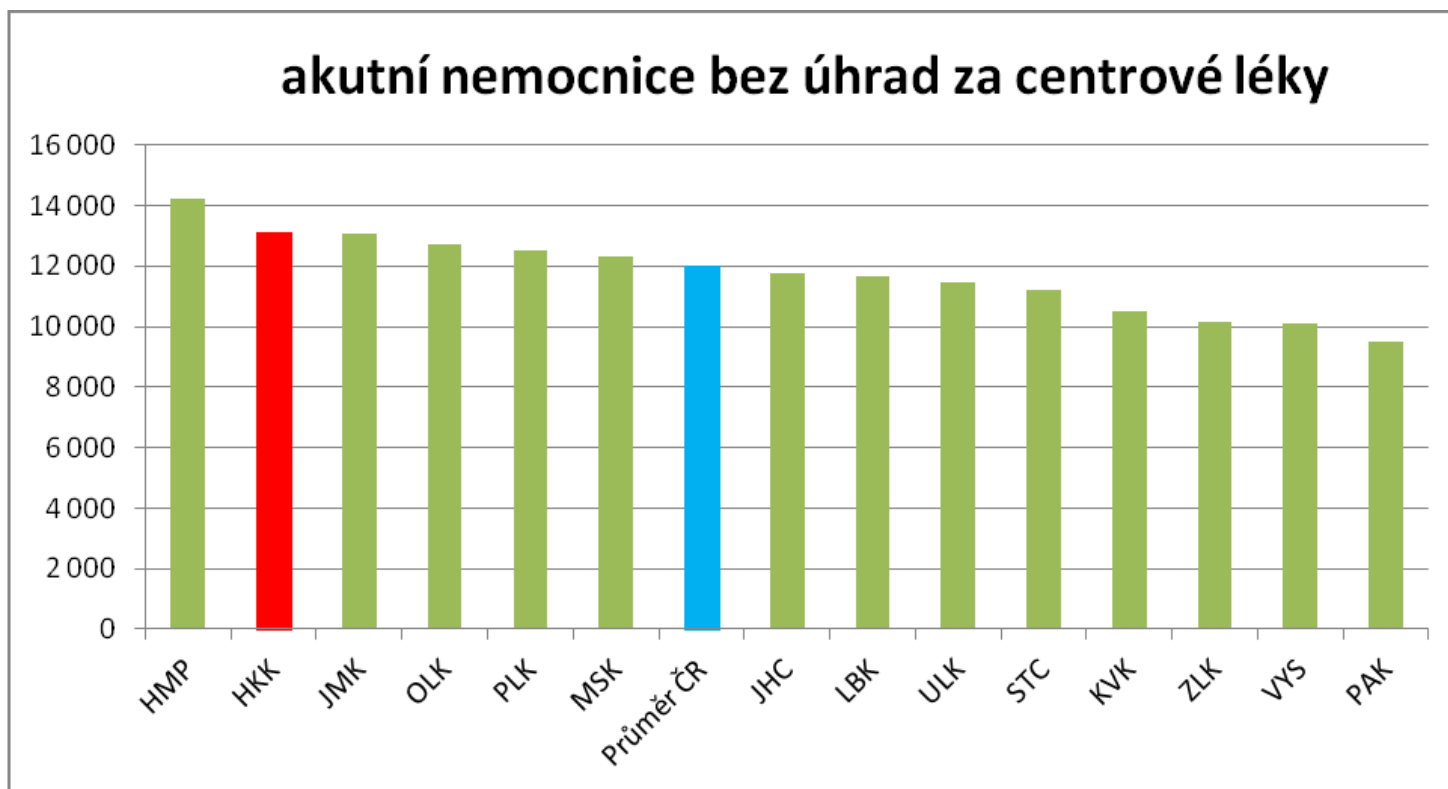
Obr. 8.10b Úhrady ZP za 1 průměrného kmenového pojištěnce krajů, r. 2018

Zdroj: NRHZS, MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, graf vytvořen dle tab. na obr. 8.10a a údajů z prezentace 06-50, 06-51. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



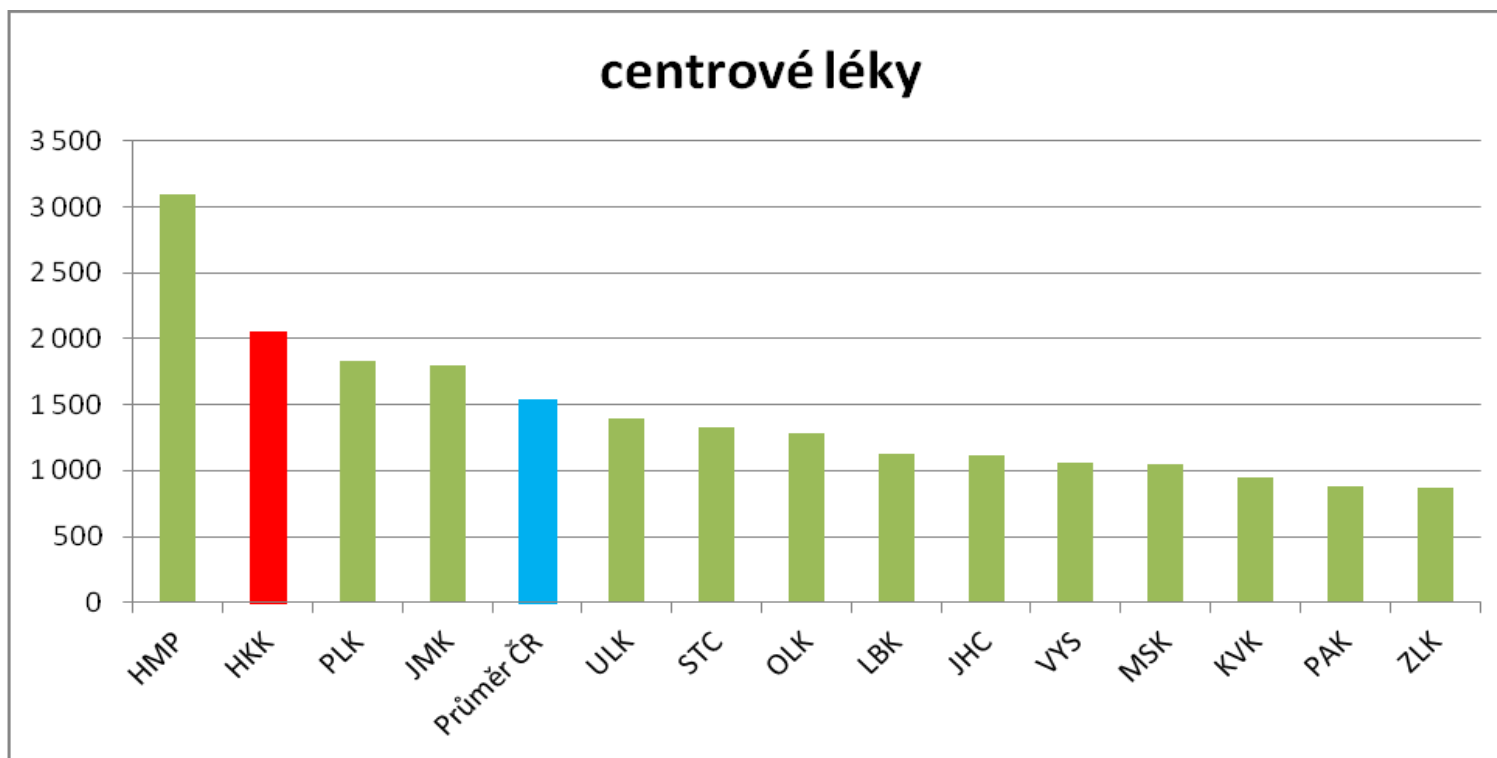
Obr. 8.10c Úhrady ZP za 1 průměrného kmenového pojištěnce krajů, r. 2018

Zdroj: NRHZS, MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, graf vytvořen dle tab. na obr. 8.10a a údajů z prezentace 06-50, 06-51. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



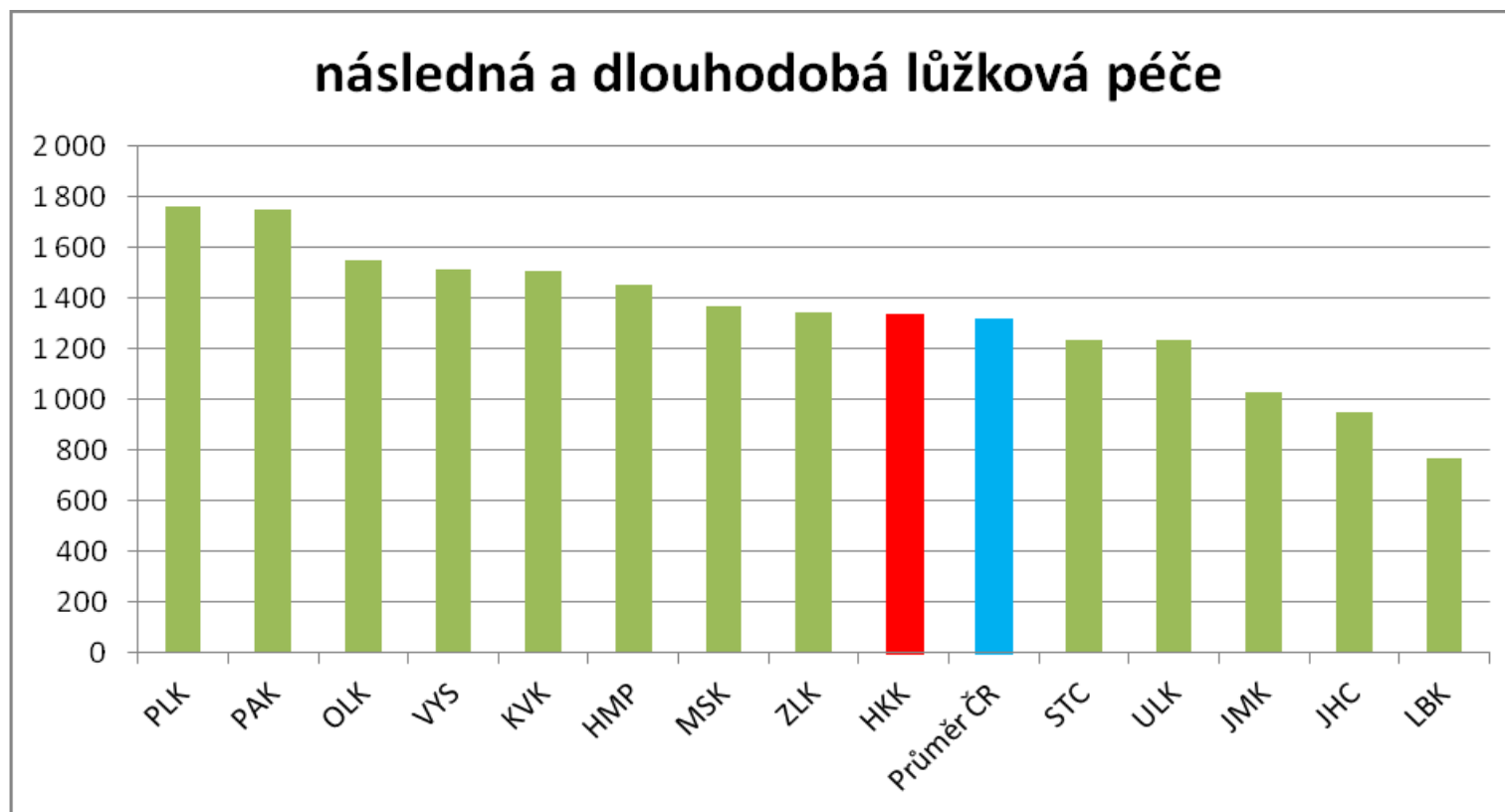
Obr. 8.10d Úhrady ZP za 1 průměrného kmenového pojištěnce krajů, r. 2018

Zdroj: NRHZS, MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, graf vytvořen dle tab. na obr. 8.10a a údajů z prezentace 06-50, 06-51. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



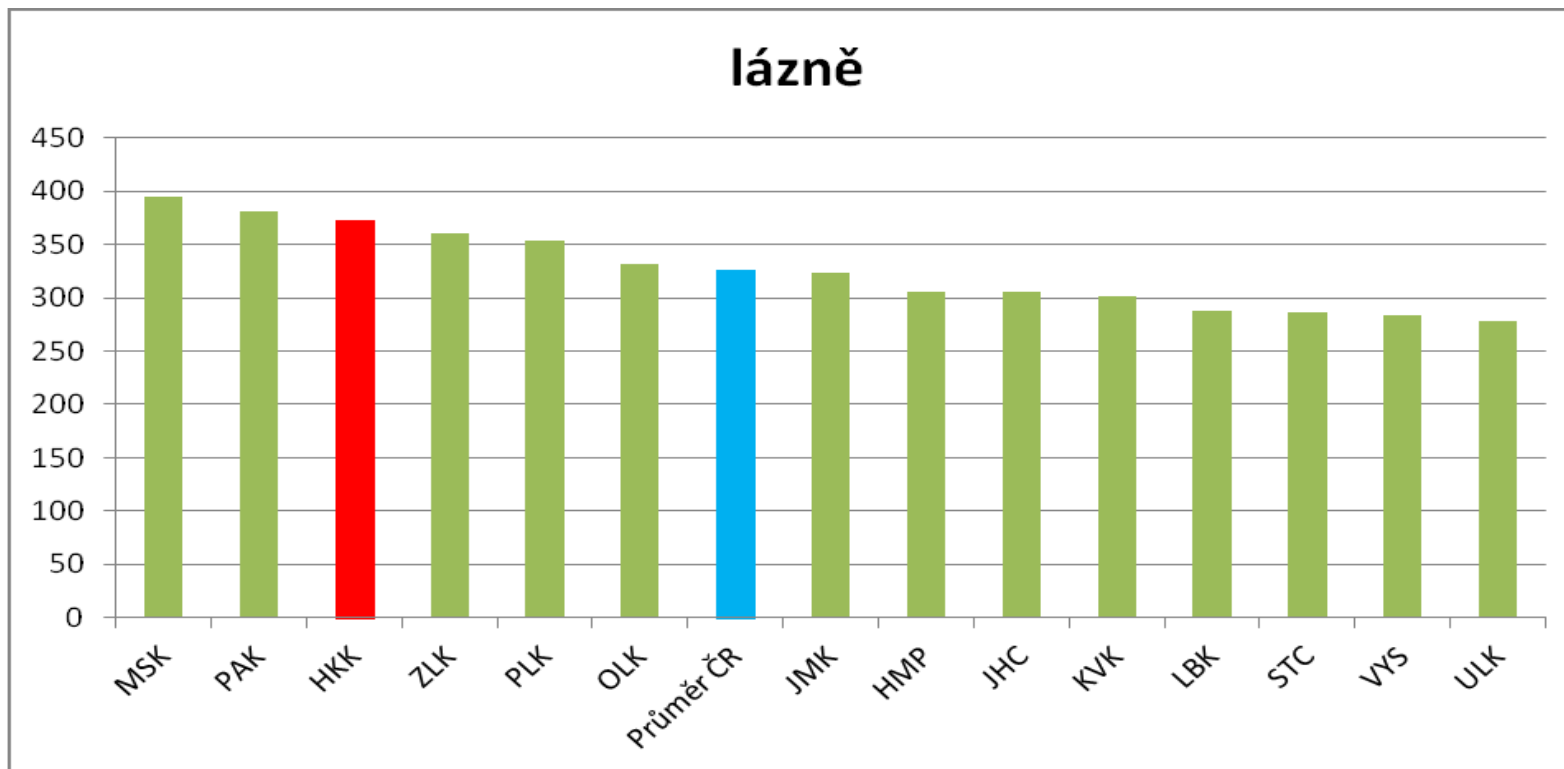
Obr. 8.10e Úhrady ZP za 1 průměrného kmenového pojištěnce krajů, r. 2018

Zdroj: NRHZZ, MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, graf vytvořen dle tab. na obr. 8.10a a údajů z prezentace 06-50, 06-51. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



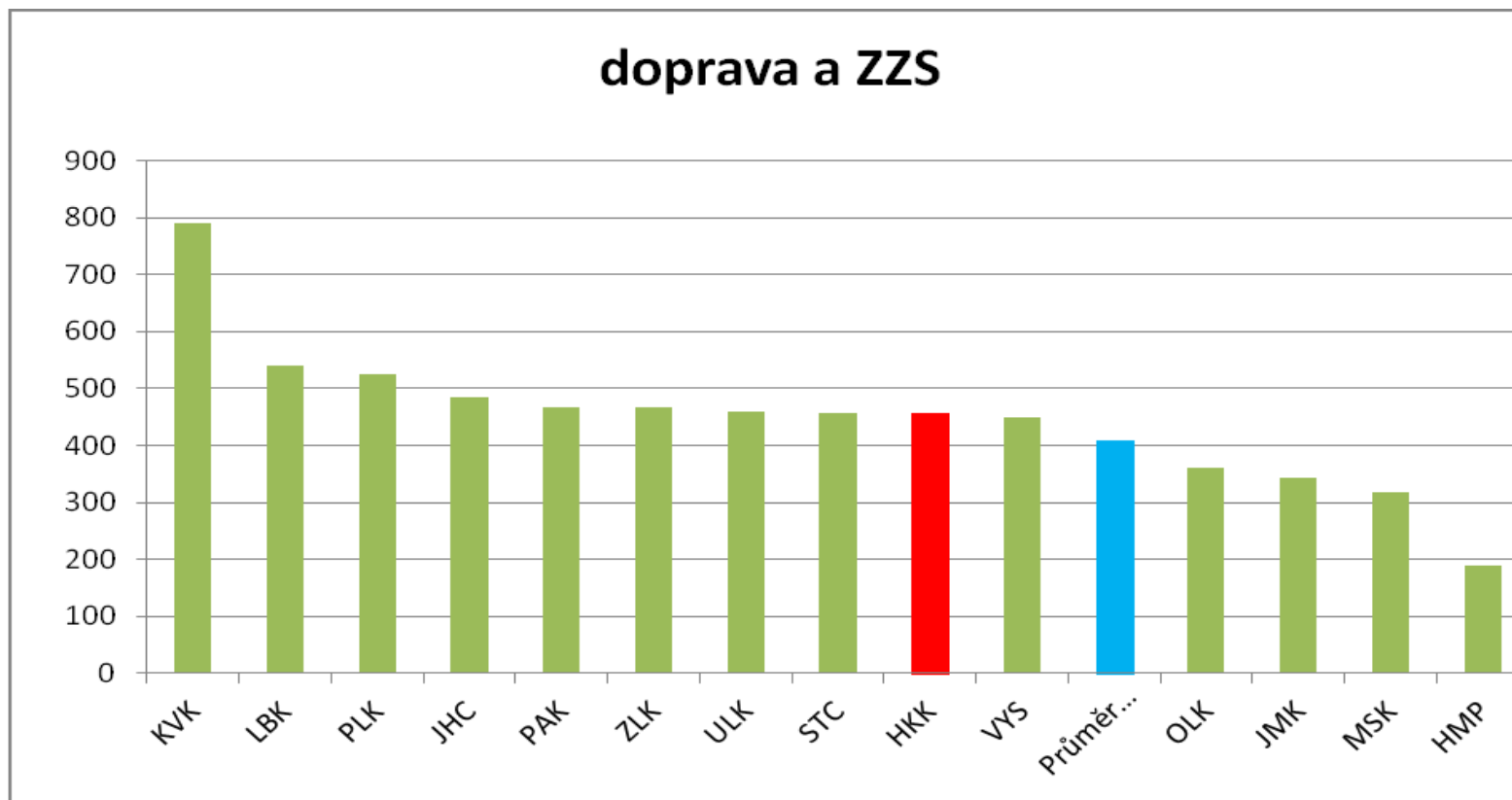
Obr. 8.10f Úhrady ZP za 1 průměrného kmenového pojištěnce krajů, r. 2018

Zdroj: NRHZS, MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, graf vytvořen dle tab. na obr. 8.10a a údajů z prezentace 06-50, 06-51. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



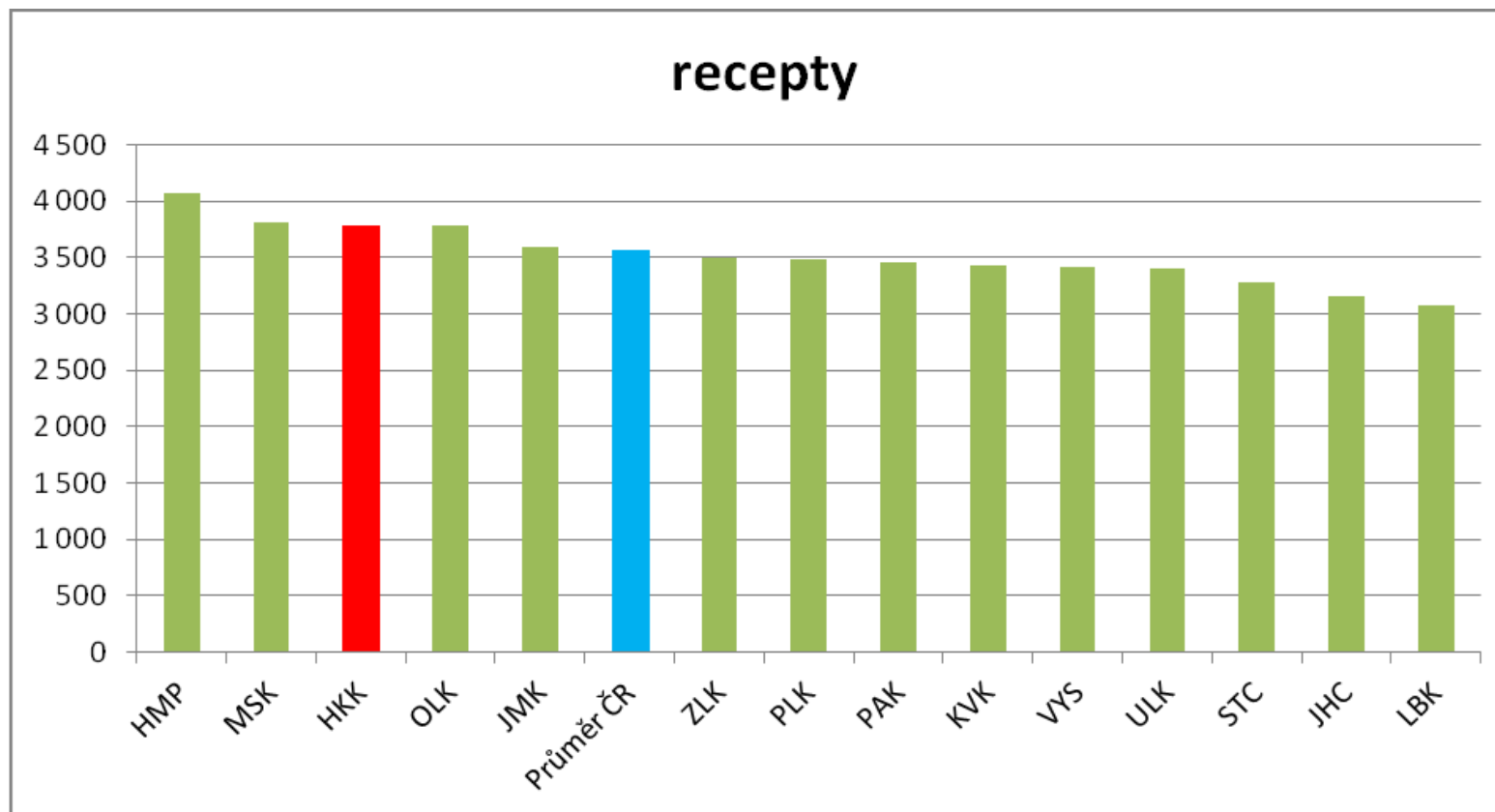
Obr. 8.10g Úhrady ZP za 1 průměrného kmenového pojištěnce krajů, r. 2018

Zdroj: NRHZZS, MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, graf vytvořen dle tab. na obr. 8.10a a údajů z prezentace 06-50, 06-51. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



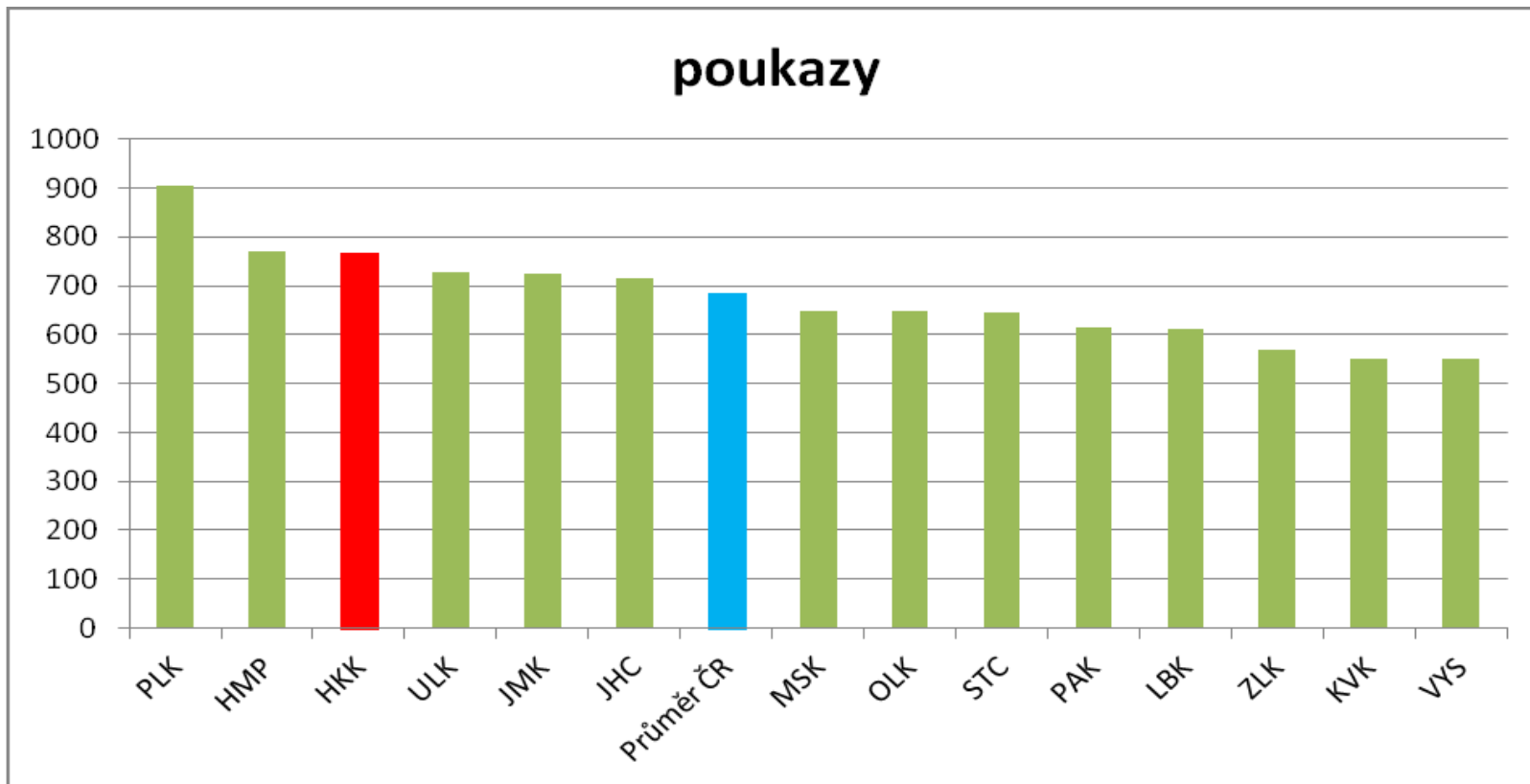
Obr. 8.10h Úhrady ZP za 1 průměrného kmenového pojištěnce krajů, r. 2018

Zdroj: NRHZS, MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, graf vytvořen dle tab. na obr. 8.10a a údajů z prezentace 06-50, 06-51. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



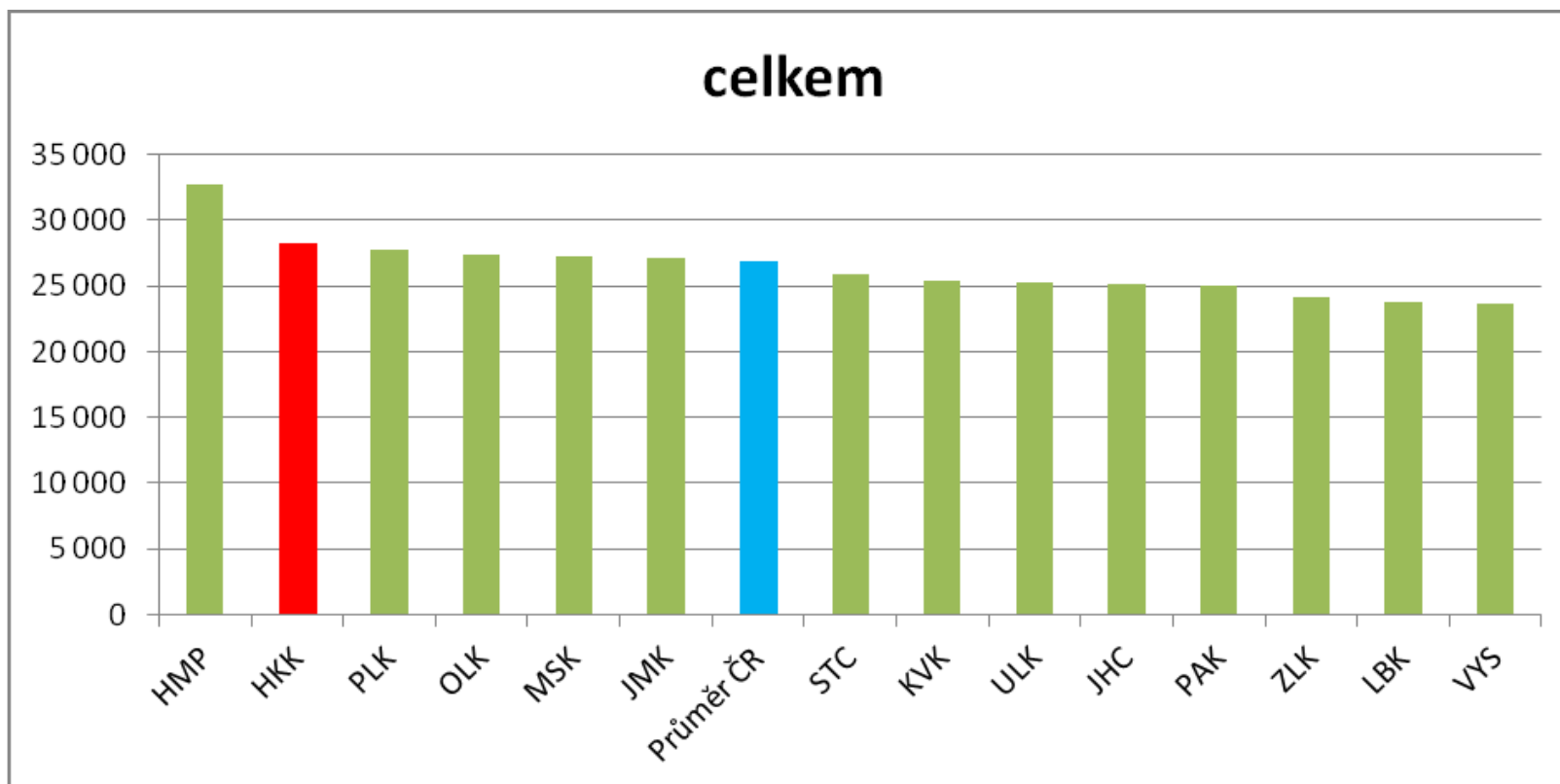
Obr. 8.10ch Úhrady ZP za 1 průměrného kmenového pojištěnce krajů, r. 2018

Zdroj: NRHZS, MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, graf vytvořen dle tab. na obr. 8.10a a údajů z prezentace 06-50, 06-51. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Obr. 8.10i Úhrady ZP za 1 průměrného kmenového pojištěnce krajů, r. 2018

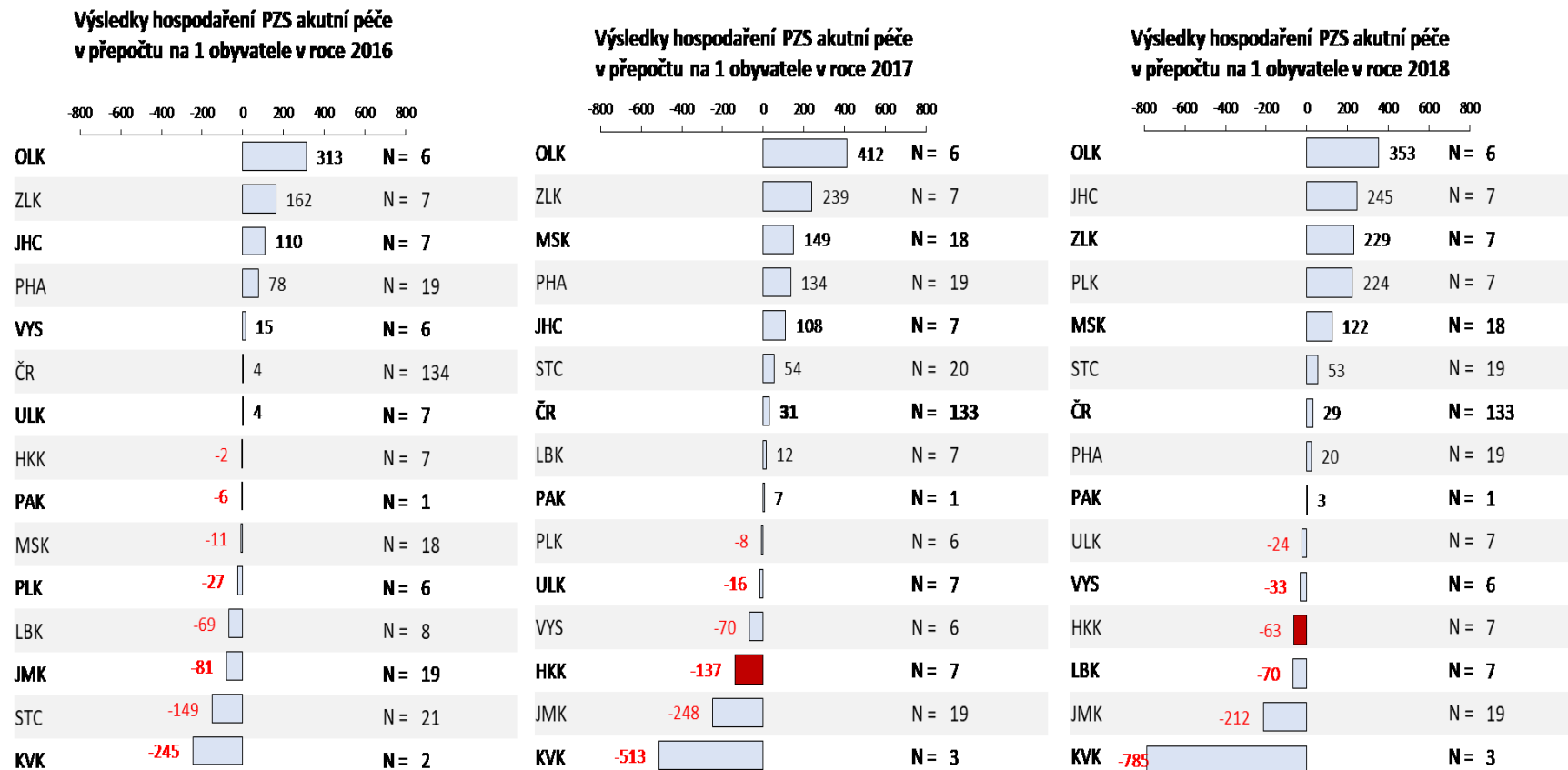
Zdroj: NRHZS, MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, graf vytvořen dle tab. na obr. 8.10a a údajů z prezentace 06-50, 06-51. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



Obr. 8.11 Hospodaření poskytovatelů akutní lůžkové péče v krajích, r. 2016 - 2018

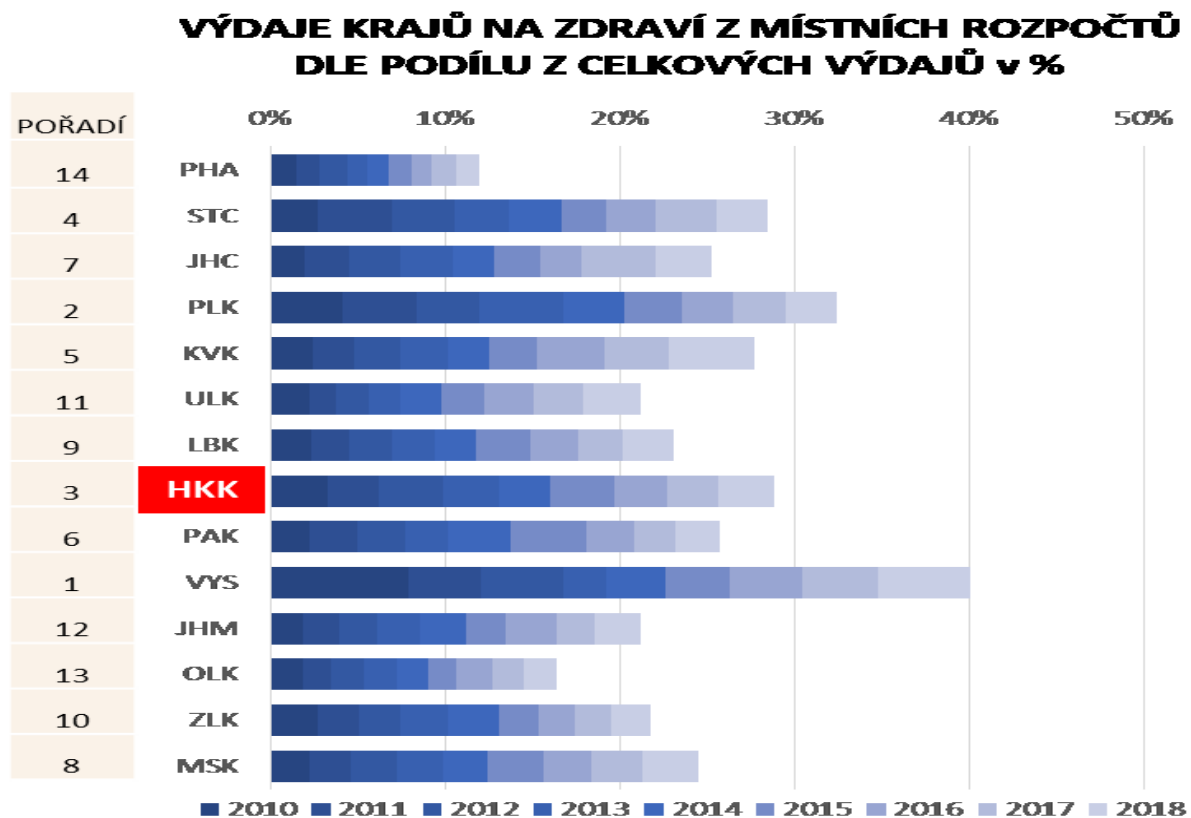
Zdroj: MZ ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 06-28.

Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Obr. 8.12 Výdaje krajů (běžné i kapitálové) na zdraví z místních rozpočtů jako procento z celkových výdajů za r. 2012-2018

Zdroj: Monitor státní pokladny, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 06-03. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



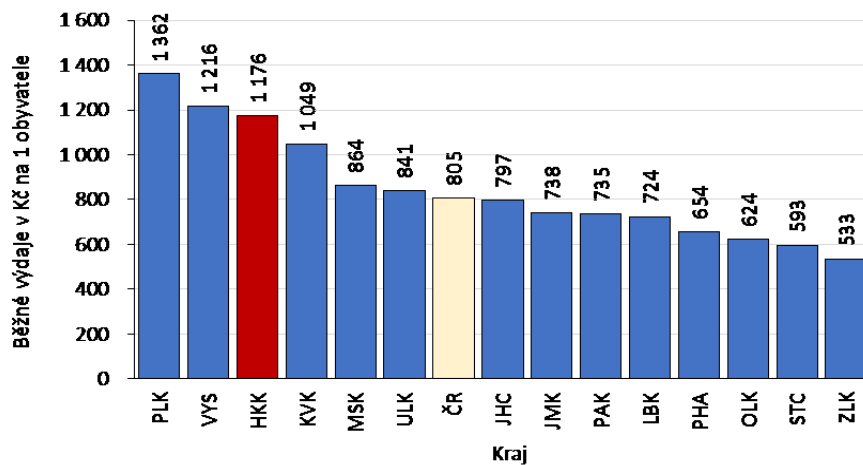
Zdroj: <http://monitor.statnipokladna.cz/2016/kraje/>

Obr. 8.13 Běžné výdaje krajů na zdravotnictví na 1 obyvatele, r. 2018

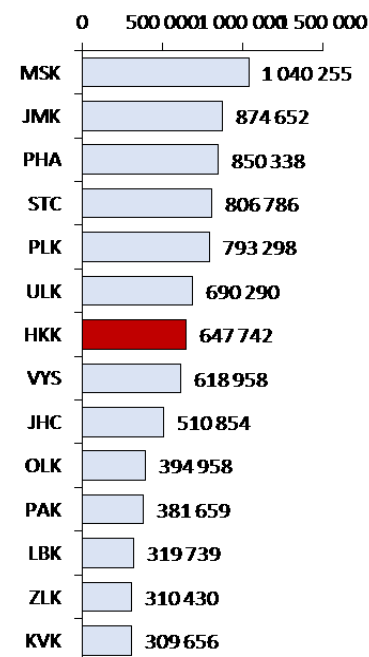
Zdroj: Monitor státní pokladny, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 06-14. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Průměrný běžný výdaj kraje v oblasti zdravotnictví na 1 obyvatele v Kč v roce 2018

KRAJE	PLK	VYS	HKK	KVK	MSK	ULK	ČR	JHC	JMK	PAK	LBK	PHA	OLK	STC	ZLK
v Kč	1 362	1 216	1 176	1 049	864	841	805	797	738	735	724	654	624	593	533



Běžné výdaje krajů v oblasti zdravotnictví v tis. Kč v roce 2018



Σ 8 549 617 tis. Kč

Obr. 8.14 Struktura běžných výdajů v oblasti zdravotnictví v KČ na 1 obyvatele, r. 2018

Zdroj: Monitor státní pokladny, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 06-20. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/

		Zdravotnická záchranná služba		Fakultní a ostatní nemocnice		Ostatní následná a dlouhodobá péče		Lékařská služba první pomoci		Všeobecná a ostatní ambulantní péče		Prevence před drogami, alkoholem, nikotínem aj.		Ostatní výdaje na zdravotnictví	
		0	350700	0	350700	0	250500	0	250500	0	250500	0	250500	0	250500
1.	JHC	592	VYS	610	OLK	151	PLK	83	VYS	40	PHA	53	KVK	172	
2.	KVK	534	HKK	582	PLK	150	OLK	42	PHA	40	JHM	18	LBK	134	
3.	PLK	489	PLK	505	PAK	138	ULK	42	JHM	31	PLK	16	PAK	132	
4.	LBK	441	MSK	285	JHM	133	PHA	31	PLK	28	JHC	15	PLK	91	
5.	ULK	435	KVK	227	ULK	116	STC	27	ZLK	27	ČR	12	ULK	88	
6.	VYS	427	ČR	190	HKK	112	JHM	26	ČR	20	HKK	5	PHA	87	
7.	ČR	396	ULK	149	KVK	109	ZLK	24	HKK	15	OLK	5	HKK	76	
8.	MSK	391	JHM	148	MSK	101	ČR	23	JHC	14	STC	3	MSK	71	
9.	HKK	382	JHC	110	ČR	92	JHC	16	STC	13	MSK	3	ČR	71	
10.	PAK	373	PHA	103	LBK	86	HKK	5	MSK	12	PAK	3	VYS	57	
11.	STC	370	ZLK	76	STC	85	PAK	3	OLK	12	ZLK	3	STC	50	
12.	OLK	369	PAK	74	VYS	79	VYS	2	PAK	11	LBK	3	JHC	48	
13.	ZLK	362	LBK	55	PHA	46	LBK	2	ULK	11	KVK	2	ZLK	40	
14.	JHM	346	STC	45	JHC	2	KVK	0	KVK	5	ULK	1	JHM	36	
15.	PHA	293	OLK	17	ZLK	0	MSK	0	LBK	4	VYS	0	OLK	29	

Obr. 8.15 Struktura kapitálových výdajů v oblasti zdravotnictví

(v Kč na 1 obyvatele dohromady za tři roky 2016-2018)

Zdroj: Monitor státní pokladny, citováno dle Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, adaptováno dle prezentace 06-15, 06-16, 06-17. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Kapitálové výdaje v Kč na 1 obyvatele	průměr ČR	krajů	KH kraj
investice celkem, z toho:	1 347		994
ZZS	121		168
ZZ následné a dlouhodobé péče	84		121
akutní nemocnice	972		572

Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy

Obr. 1.5a Náklady zdravotnictví jako procento hrubého domácího produktu v zemích OECD včetně podílu soukromých nákladů

Graf ukazuje relativní výši nákladů na zdravotnictví v zemích OECD, která je v ČR relativně nízká a ještě to bude diskutováno dále u obr. 1.6. Zde prezentované údaje však zobrazují nejen celkové náklady na zdravotnictví mezinárodně, ale zobrazují (ve světlých částech sloupců v grafu) i podíl samopláteckých soukromých nákladů (*out of pocket*).

Obr. 1.5b Vstup soukromých zdrojů do zdravotnictví

Tabulka vychází z grafu na obr. 1.5a. Soukromé zdroje do zdravotnictví nejsou tč. v ročence ÚZIS ČR zveřejňovány a dle OECD v r. 2018 činily v ČR 17,4 % z celého rozpočtu zdravotnictví. Z vyspělých evropských zemí je vstup soukromých zdrojů do zdravotnictví v Německu (15,5 %) a nižší, než u nás je ještě v Dánsku, Švédsku a Francii. Nejvyšší soukromé náklady jsou ve Švýcarsku (36,3 %), hodnota v Rakousku je 25,3 %. Soukromé náklady u nás jsou tvořeny především náklady na volně prodejná léčiva, doplatky na hrazené léky a na stomatologické výkony, ale patří sem i náklady na služby, nehrazené z veřejného zdravotního pojištění (např. kosmetická chirurgie aj.). Bližší analýza a dynamika těchto nákladů, podobně jako podíl šedé ekonomie však není tč. volně k dispozici. Podle mezinárodních hodnocení zvyšují relativně nízké soukromé náklady pro pacienty v ČR pozitivně dostupnost péče pro chudší část populace.

Obr. 1.6 Vývoj celkových výdajů na zdravotní péči v ČR a jejich podílu na HDP

Klíčovým ukazatelem úrovně financování zdravotnictví je samozřejmě celkový procentní podíl zdravotnického rozpočtu na hrubém domácím produktu, který se v ČR pohybuje na úrovni cca 7,5-8,5 % a v posledních letech klesal.⁵ V Evropě naopak toto procento plynule stoupá a ČR se tak ocitá cca o 2,5procentního bodu níže než vyspělé země EU. Tento rozdíl znamená deficit desítek miliard Kč, které by mělo zdravotnictví na naší technologické úrovni mít. Ukazuje to podfinancování našeho zdravotnictví a tento deficit se za dané výkonnosti zdravotnického systému mj. podílí na dlouhodobém, dnes již velmi viditelném personálním deficitu ve zdravotnictví.

Kritika podfinancování zdravotnictví ČR je jistě na místě, je však potřeba připustit, že i v efektivitě celého zdravotnického systému jsou rezervy. Příkladem může být Izrael, jehož organizace zdravotnictví a technologická vyspělost je známá, i když podíl jeho celkových zdravotnických nákladů na HDP je prakticky stejný jako u nás (viz obr. 1.5).

Částka za státní pojištění, která je odváděna za cca 60 % všech pojištěnců je skryta v rozpočtu ZP, kde tvoří cca pouhou čtvrtinu. Většinu zdravotnického rozpočtu tak tvoří ekonomicky aktivní osoby, resp. jejich zaměstnavatelé. Rozpočet je tak velmi závislý na ekonomické situaci státu a na demografickém vývoji, protože nízký státní příspěvek za případně rostoucí počty státních pojištěnců (mj. nezaměstnaných a důchodců) rozpočet v.z.p. oslabuje.

⁵ Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné z: <https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Obr. 6.27 Migrace hospitalizovaných do FN HK z okresů KHK (bez o. HK) a z jiných krajů

Tok migrujících pacientů směrem dovnitř je k dispozici jen pro okres Hradec Králové na základě údajů Fakultní nemocnice Hradec Králové. Z výroční zprávy FN HK r. 2018 vyplývá, že spektrum hospitalizovaných pacientů ve FN HK je následující

- 45,6 % z okresu Hradec Králové
- 30,7 % z mimohradeckých okresů
- 23,7 % z jiných krajů.

Toto spektrum se dlouhodobě výrazněji nemění. Jak slouží jednotlivé kliniky pro pacienty okresů KHK mimo okres Hradec Králové ukazuje tabulka rovněž.

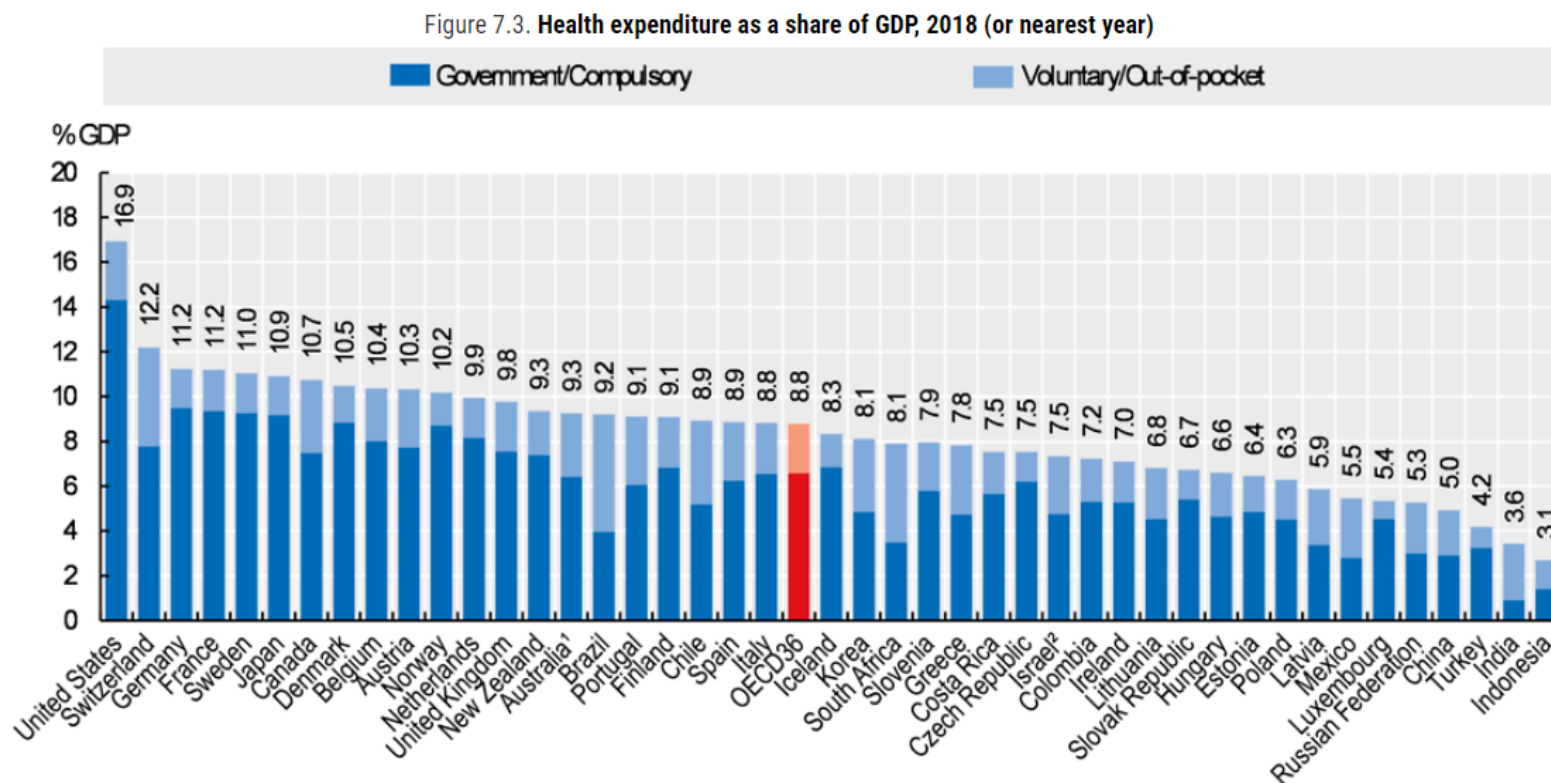
Pokud vezmeme v úvahu tu část pacientů ve FN HK, která má bydliště v KHK (což je 76,3 %) a budeme ji pro naše účely považovat za 100 %, lze potom dva sloupce (% z okresu HK a % mimo okres HK) interpretovat následovně. Ze sta procent pacientů s bydlištěm v KHK, kteří jsou hospitalizováni ve FN HK, je cca 60 % pacientů z okresu Hradec Králové, kde FN HK funguje jako městská, okresní a krajská nemocnice dohromady. Zbývajících 40 % pacientů z mimohradeckých okresů jsou pacienti, kteří přinejmenším z větší části vyžadují vyšší typ péče v referenčním centru. Bez další hlubší analýzy nelze bohužel s jistotou konstatovat, zda je zabezpečení těžkých pacientů mimo okres Hradec Králové, kteří patří do referenčního centra (FN HK) dostatečné či nedostatečné, ale v každém případě je z uvedených čísel patrné, že kapacita ve FN HK pro tyto pacienty je robustní. (Pozn.: podíl jednotlivých klinik FN HK na péči o celokrajské pacienty je detailněji zpracován v kapitole VII. Problematika vybraných specializovaných oborů a lékařské péče v KHK).

Obr. 1.5a Náklady zdravotnictví jako procento hrubého domácího produktu v zemích OECD včetně podílu soukromých nákladů

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paříž: OECD Publishing, 2019, str. 153, graf 7.3. ISBN 978-92-64-38208-4 (print).

Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docs/server/4dd50c09->

[en.pdf?expires=1599649482&id=id&acname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871](https://www.oecd-ilibrary.org/docs/server/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&acname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871)



Note: Expenditure excludes investments, unless otherwise stated.

1. Australia expenditure estimates exclude all expenditure for residential aged care facilities in welfare (social) services. 2. Includes investments.

Source: OECD Health Statistics 2019, WHO Global Health Expenditure Database.

Obr. 1.5b Vstup soukromých zdrojů do zdravotnictví

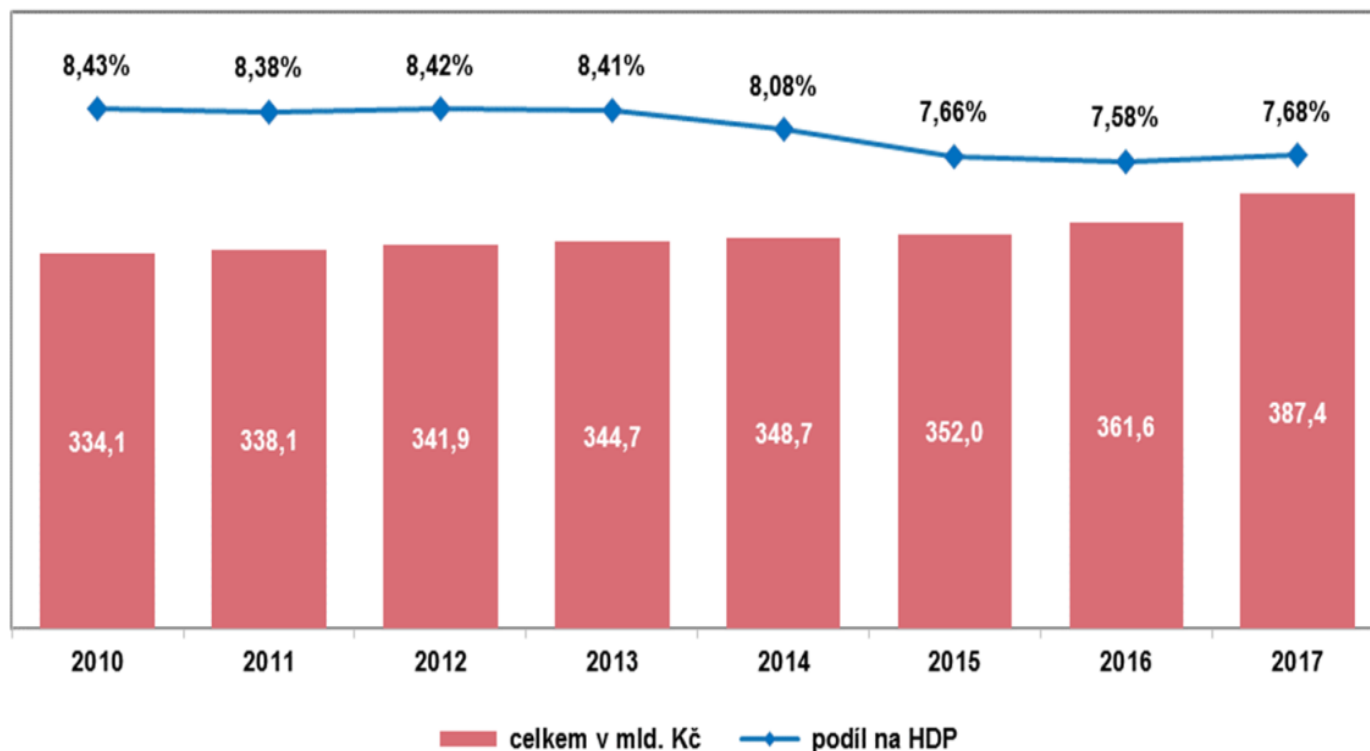
Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paříž: OECD Publishing, 2019, str. 153, webový odkaz pod grafem 7.3, adaptovaná tabulka. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&acname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>

	Government/ Compulsory	Voluntary/ Out-of- pocket	Total	Voluntary-out of pocket / Total
United States	14,3	2,6	16,9	15,46 %
Switzerland	7,8	4,4	12,2	36,30 %
Germany	9,5	1,7	11,2	15,54 %
France	9,3	1,9	11,2	16,58 %
Sweden	9,3	1,8	11,0	16,11 %
Japan	9,2	1,7	10,9	15,91 %
Canada	7,5	3,3	10,7	30,32 %
Denmark	8,8	1,6	10,5	15,60 %
Belgium	8,0	2,4	10,4	22,72 %
Austria	7,7	2,6	10,3	25,26 %
Norway	8,7	1,5	10,2	14,52 %
Netherlands	8,2	1,8	9,9	17,89 %
United Kingdom	7,5	2,2	9,8	22,88 %
New Zealand	7,4	1,9	9,3	20,78 %
Australia ¹	6,4	2,8	9,3	30,73 %
Brazil	4,0	5,2	9,2	56,91 %
Portugal	6,0	3,1	9,1	33,54 %
Finland	6,8	2,2	9,1	24,68 %
Chile	5,2	3,7	8,9	41,69 %
Spain	6,2	2,6	8,9	29,54 %
Italy	6,5	2,3	8,8	25,77 %
OECD36	6,6	2,2	8,8	25,17 %

	Government/ Compulsory	Voluntary/ Out-of- pocket	Total	Voluntary-out of pocket / Total
Iceland	6,8	1,5	8,3	17,91 %
Korea	4,8	3,3	8,1	40,22 %
South Africa	3,5	4,4	8,1	54,66 %
Slovenia	5,8	2,2	7,9	27,07 %
Greece	4,7	3,1	7,8	39,56 %
Costa Rica	5,7	1,9	7,5	24,90 %
Czech Republic	6,2	1,3	7,5	17,42 %
Israel ²	4,8	2,6	7,5	34,54 %
Colombia	5,3	1,9	7,2	26,50 %
Ireland	5,3	1,8	7,1	25,76 %
Lithuania	4,5	2,3	6,8	33,48 %
Slovak Republic	5,4	1,3	6,7	19,93 %
Hungary	4,6	2,0	6,6	29,71 %
Estonia	4,9	1,6	6,4	24,76 %
Poland	4,5	1,8	6,3	28,23 %
Latvia	3,4	2,5	5,9	42,60 %
Mexico	2,8	2,6	5,5	48,52 %
Luxembourg	4,5	0,8	5,4	14,76 %
Russian Federation	3,0	2,3	5,3	43,06 %
China	2,9	2,0	5,0	40,23 %
Turkey	3,3	0,9	4,2	21,98 %
India	0,9	2,5	3,6	69,73 %
Indonesia	1,4	1,3	3,1	40,79 %

Obr. 1.6 Vývoj celkových výdajů na zdravotní péči v ČR a jejich podílu na HDP (2010-2017, mld. Kč)

Zdroj: ČSÚ 2019, Zdravotnické účty ČR 2010-2017, citováno dle Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 06-38. Dostupné z: https://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



Výpočet celkových výdajů je proveden dle modelu ČSÚ na základě mezinárodních metodických postupů, tzn., že do výdajů zdravotních pojišťoven zahrnuje i další položky, nejenom výdaje za základního fondu zdravotního pojištění. Zároveň jsou do celkových výdajů zahrnuty i výdaje ze státního rozpočtu, místních rozpočtů, domácností a ze systému dobrovolných plateb. Z grafu je zřejmé, že výdaje na zdravotní péči sice rostou, ale HDP roste rychleji.

Obr. 6.27 Migrace hospitalizovaných do FN HK z okresů KHK (bez o. HK) a z jiných krajů

Zdroj: Výroční zprávy Fakultní nemocnice Hradec Králové za r. 2018 [online]. Fakultní nemocnice Hradec Králové, ©2005–2019, str. 17.

Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>

Klinika/oddělení	Počet hospitalizací	% z KHK			% mimo KHK
		% z okresu HK	% mimo okres HK	celkem	
III. interní gerontometabolická klinika	2 167	71,4	13,6	85,0	15,0
Rehabilitační klinika	797	64,5	16,9	81,4	18,6
Klinika infekčních nemocí	1 317	56,8	27,9	84,7	15,3
Ortopedická klinika	2 246	55,8	24,3	80,1	19,9
II. interní gastroenterologická klinika	1 660	54,9	20,0	74,9	25,1
Porodnická a gynekologická klinika	4 278	54,2	24,0	78,2	21,8
Plicní klinika	1 199	51,3	32,5	83,8	16,2
Chirurgická klinika	3 810	50,9	26,9	77,8	22,2
I. interní kardioangiologická klinika	3 503	47,8	40,3	88,1	11,9
Neurologická klinika	1 973	45,5	34,1	79,6	20,4
Dětská klinika	3 842	44,8	27,1	71,9	28,1
Psychiatrická klinika	1 143	43,6	37,2	80,8	19,2
Urologická klinika	2 077	43,5	28,1	71,6	28,4
Klinika onkologie a radioterapie	1 636	41,4	40,8	82,2	17,8
KARIM	475	40,4	37,1	77,5	22,5
Klinika otorinolaryngologie a chir. hlavy a krku	2 120	37,5	40,3	77,8	22,2
Klinika nemocí kožních a pohlavních	388	35,1	42,0	77,1	22,9
Odd. dětské chirurgie a traumatologie	1 440	34,4	32,0	66,4	33,6
Neurochirurgická klinika	2 262	28,8	41,0	69,8	30,2
Oční klinika	885	27,1	52,0	79,1	20,9
Kardiochirurgická klinika	1 430	22,0	36,0	58,0	42,0
IV. interní hematologická klinika	2 045	20,0	32,2	52,2	47,8
FN HK celkem	42 693	45,6	30,7	76,3	23,7