



národní
úložiště
šedé
literatury

Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010 až 2016

Odbor statistik rozvoje společnosti
2018

Dostupný z <http://www.nusl.cz/ntk/nusl-394319>

Dílo je chráněno podle autorského zákona č. 121/2000 Sb.

Tento dokument byl stažen z Národního úložiště šedé literatury (NUŠL).

Datum stažení: 24.04.2024

Další dokumenty můžete najít prostřednictvím vyhledávacího rozhraní [nusl.cz](http://www.nusl.cz) .

Výsledky zdravotnických účtů ČR

v letech 2010 až 2016

Zdravotnictví, pracovní neschopnost

Praha, 2018

Kód publikace: 260005-18

Č. j.: CSU-1615/2018-63

Zpracoval: Odbor statistik rozvoje společnosti

Ředitel odboru: Ing. Martin Mana

Kontaktní osoba: Mgr. Vladimíra Kalnická, e-mail: vladimira.kalnicka@czso.cz

Zajímají Vás nejnovější údaje o inflaci, HDP, obyvatelstvu, průměrných mzdách a mnohé další? Najdete je na stránkách ČSÚ na internetu: www.czso.cz

KONTAKTY V ÚSTŘEDÍ

Český statistický úřad | Na padesátém 81, 100 82 Praha 10 | tel.: 274 051 111 | www.czso.cz
Oddělení informačních služeb | tel.: 274 052 648, 274 052 304, 274 052 451 | e-mail: infoservis@czso.cz
Prodejna publikací ČSÚ | tel.: 274 052 361 | e-mail: prodejna@czso.cz
Evropská data (ESDS), mezinárodní srovnání | tel.: 274 052 347, 274 052 757 | e-mail: esds@czso.cz
Ústřední statistická knihovna | tel.: 274 052 361 | e-mail: knihovna@czso.cz

INFORMAČNÍ SLUŽBY V REGIONECH

Hl. m. Praha | Na padesátém 81, 100 82 Praha 10 | tel.: 274 052 673, 274 054 223
e-mail: infoservispraha@czso.cz | www.praha.czso.cz

Středočeský kraj | Na padesátém 81, 100 82 Praha 10 | tel.: 274 054 175
e-mail: infoservisstc@czso.cz | www.stredocesky.czso.cz

České Budějovice | Žižkova 1, 370 77 České Budějovice | tel.: 386 718 440
e-mail: infoserviscb@czso.cz | www.cbudejovice.czso.cz

Plzeň | Slovanská alej 36, 326 64 Plzeň | tel.: 377 612 108, 377 612 249
e-mail: infoservisplzen@czso.cz | www.plzen.czso.cz

Karlovy Vary | Sportovní 28, 360 01 Karlovy Vary | tel.: 353 114 529, 353 114 525
e-mail: infoserviskv@czso.cz | www.kvary.czso.cz

Ústí nad Labem | Špálova 2684, 400 11 Ústí nad Labem | tel.: 472 706 176, 472 706 121
e-mail: infoservisul@czso.cz | www.ustinadlabem.czso.cz

Liberec | Nám. Dr. Edvarda Beneše 585/26, 460 01 Liberec 1 | tel.: 485 238 811
e-mail: infoservislbc@czso.cz | www.liberec.czso.cz

Hradec Králové | Myslivečkova 914, 500 03 Hradec Králové 3 | tel.: 495 762 322, 495 762 317
e-mail: infoservis hk@czso.cz | www.hrdeckralove.czso.cz

Pardubice | V Ráji 872, 531 53 Pardubice | tel.: 466 743 480, 466 743 418
e-mail: infoservispa@czso.cz | www.pardubice.czso.cz

Jihlava | Ke Skalce 30, 586 01 Jihlava | tel.: 567 109 062, 567 109 080
e-mail: infoservisvys@czso.cz | www.jihlava.czso.cz

Brno | Jezuitská 2, 601 59 Brno | tel.: 542 528 115, 542 528 105
e-mail: infoservisbrno@czso.cz | www.brno.czso.cz

Olomouc | Jeremenkova 1142/42, 772 11 Olomouc | tel.: 585 731 516, 585 731 509
e-mail: infoservisolom@czso.cz | www.olomouc.czso.cz

Ostrava | Repinova 17, 702 03 Ostrava | tel.: 595 131 230, 595 131 232
e-mail: infoservis_ov@czso.cz | www.ostrava.czso.cz

Zlín | tř. Tomáše Bati 1565, 761 76 Zlín | tel.: 577 004 931, 577 004 935
e-mail: infoservis-zl@czso.cz | www.zlin.czso.cz

OBSAH

1. Úvod.....	4
1.1 Trojstranný pohled na výdaje na zdravotní péči.....	4
1.2 Nová mezinárodní metodika SHA 2011.....	4
1.3 Zdravotnické účty jako součást zdravotnických informací.....	5
1.4 Co přináší další stránky publikace.....	5
2. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů.....	6
2.1 Celkové výdaje na zdravotní péči - základní údaje.....	6
2.2 Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování.....	7
2.3 Výdaje na zdravotnictví podle druhů péče.....	12
2.4 Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele.....	19
3. Specifické výsledky o výdajích na zdravotní péči.....	22
3.1 Výdaje zdravotních pojišťoven.....	22
3.1.1. Celkové výdaje zdravotních pojišťoven.....	22
3.1.2. Výdaje zdravotních pojišťoven podle diagnóz MKN-10.....	23
3.2. Výdaje domácností na zdravotní péči.....	30
3.2.1. Celkové výdaje domácností.....	30
3.2.2. Výdaje domácností podle druhu zdravotní péče	31
3.3. Výdaje na dlouhodobou péči.....	35
3.3.1. Celkové výdaje na dlouhodobou péči.....	35
3.3.2. Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči.....	37
3.3.3. Výdaje na dlouhodobou sociální péči.....	38
3.4 Výdaje za léky.....	40
3.4.1 Celkové výdaje na léky.....	40
3.4.2 Výdaje za léky podle místa jejich spotřeby.....	42
3.4.3 Výdaje za léky podle zdrojů jejich financování.....	44
4. Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotní péči.....	46
5. Metodická příloha.....	51
5.1 Základní rozdíly mezi původní metodikou SHA 1.0 a novou metodikou SHA 2011...	51
5.2 Výdaje na dlouhodobou péči.....	51
5.3 Vysvětlení některých pojmů.....	54
6. Klasifikace.....	57
7. Tabulková příloha.....	61

Úvod

Péče o lidské zdraví je bezesporu jednou z nejdůležitějších společensky organizovaných aktivit. Postupem času – s rozvojem poznání a uplatnění jeho výsledků v praktické činnosti na straně jedné a s prodloužováním lidského života na straně druhé – se význam zdravotní péče stále zvyšuje. Z ekonomického a sociálního pohledu vyžaduje zdravotnictví stále více zdrojů, které čerpá cestou složitých přerozdělovacích vztahů. Konečně s rozvojem globalizace a s ní souvisejících integračních tendencí se zvyrazňuje potřeba sdílení informací o zdravotnictví a poskytování zdravotní péče v mezinárodním měřítku.

V této souvislosti byl v roce 2000 položen metodický základ pro sběr, zpracování a vyhodnocení mezinárodně srovnatelných dat v oblasti zdravotnictví ve formě tzv. zdravotnických účtů (dále také „SHA“ z anglického **System of Health Accounts**) a jejich mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (dále „ICHA“, z anglického International Classification for Health Accounts). Od roku 2016 jsou zdravotnické účty sestavovány na základě **Nařízení** Evropského parlamentu a Rady č.1338/2008 o statistice Společenství v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

1.1 Trojstranný pohled na výdaje na zdravotní péči

Systém zdravotnických účtů je nástrojem, který slouží ke komplexnímu vyjádření veškerých **běžných (neinvestičních) výdajů na zdravotní péči**, resp. na zdravotnictví v širším slova smyslu. Jeho hlavním specifickým rysem je **vícerozměrnost** členění výdajů. Hlavními rozměry jsou:

- (1) funkce (druh) poskytované zdravotní péče (ICHA – HC¹, viz klasifikace č. 2 v příloze, dále jen HC),
- (2) typ poskytovatele (ICHA – HP², viz klasifikace č. 3 v příloze, dále jen HP),
- (3) konečný zdroj financování (ICHA – HF³, viz klasifikace č. 1 v příloze, dále jen HF).

Tyto tři základní rozměry se libovolně kombinují, čímž dostáváme maticově uspořádané tabulky zdravotnických výdajů, které jsou hlavními výstupy zdravotnických účtů:

- výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a zdroje financování (HC x HF)
- výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a typu poskytovatele (HC x HP)
- výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele a zdroje financování (HP x HF)

Vícerozměrné členění poskytuje uživatelům těchto informací podstatně propracovanější a detailnější pohled na zdravotnické výdaje (užitečná je zejména informace o zastoupení a podílu jednotlivých zdrojů při financování zdravotní péče), nicméně je také z pochopitelných důvodů náročnější na získávání a úpravu požadovaných dat.

1.2 Nová mezinárodní metodika SHA 2011

Zdravotnické účty je možné využít na mezinárodní i národní úrovni. Mezinárodní srovnání je umožněno jednotnou metodikou, která vznikla ve spolupráci OECD, WHO a EUROSTATU. Stejně tak lze jejich výsledky využít i na úrovni národní, kde mohou poskytovat informace potřebné pro analýzy výdajů na zdravotní péči a pro přijetí odpovídajících odborných a politických rozhodnutí v této oblasti.

Období referenčního roku 2014 bylo poznamenáno přechodem od vstupní metodiky zdravotnických účtů (SHA 1.0) z roku 2000 k vyššímu vývojovému stupni představovanému **metodickým manuálem SHA 2011**. Při zachování základního principu sledování výdajů, spočívajícím v kombinaci druhu vynakládané péče, typu jejího poskytovatele a odpovídajícího zdroje financování, přibírá nový metodický přístup do zpracování další data za některé oblasti zdravotnictví. Mezi ně z pohledu obsahu patří zejména **prevence a dlouhodobá péče**. Tyto druhy zdravotní péče se posouvají více do centra pozornosti v souvislosti s rostoucím významem

¹ International Classification for Health Accounts – Health Care Functions,

² International Classification for Health Accounts – Health Care Providers

³ International Classification for Health Accounts – Health Care Sources of Funding



prevence pro zjištění a snazší léčení i vážných onemocnění a dále s prodlužováním délky lidského života. Výše uvedené nové přístupy přinášejí - v porovnání s dosavadními - nejen další poznatky a informace o složitých otázkách zdravotní péče, ale současně i úplnější výsledky výdajů na zdravotní péči. V souladu s metodickým manuálem SHA jsou do zdravotnických účtů zahrnovány výdaje související se zdravotní péčí o naše občany na území České republiky.

Do celkových výdajů na zdravotní péči jsou dle výše uvedené platné metodiky SHA 2011 do celkových výdajů na zdravotní péči zahrnovány **pouze běžné (neinvestiční) náklady**. Český statistický úřad (dále jen ČSÚ) přistoupil k tomuto pohledu plně v roce 2018 právě v rámci této publikace. Cílem bylo zabezpečit co nejlepší mezinárodní srovnatelnost. Pokud tedy není uvedeno jinak, veškeré uvedené údaje za roky 2010 až 2016 tak zahrnují pouze neinvestiční (běžné) výdaje na zdravotní péči.

1.3 Zdravotnické účty jako součást zdravotnických informací

ČSÚ poprvé zpracoval zdravotnické účty ČR za referenční rok 2000. Před zahájením prací bylo nutné vyřešit otázky týkající se zdrojů spolehlivých dat a vhodnosti stávajících metodických nástrojů (zejména klasifikací). Ukázalo se, že bude vhodné vycházet především z **administrativních zdrojů dat vedených zdravotními pojišťovnami** (veřejné zdravotní pojištění), komerčními pojišťovnami (cestovní a jiné zdravotní pojištění) a ministerstvem financí ČR (výdaje veřejných rozpočtů).

Tam, kde nebyla k dispozici vhodná administrativní data, bylo nutné přistoupit k využití výsledků **statistických zjišťování ČSÚ**. V případě domácností to jsou údaje statistiky rodinných účtů. Výdaje neziskových institucí na zdravotní péči (např. Červený kříž, Liga proti rakovině atd.) jsou zjišťovány v rámci šetření neziskových institucí a výdaje podnikové sféry (zejména na preventivní péči) pomocí šetření o úplných nákladech práce. Můžeme říci, že využitím výše zmíněných datových zdrojů byla evidována a zpracována data za naprostou většinu zdravotnických výdajů.

Nutno dodat, že zdravotnické účty zpracovávané ČSÚ nepředstavují jediný přístup ke kvantifikaci výdajů na zdravotnictví v České republice. Tyto výdaje jsou ročně také kalkulovány například ministerstvy financí a zdravotnictví ČR s využitím dat zdravotních pojišťoven předkládaných ve čtvrtletní periodicitě dle vyhlášky č. 362/2010 Sb. Mezi uvedenými přístupy a z nich vycházejícími daty jsou některé odlišnosti. Z pohledu času jsou údaje zdravotnických účtů k dispozici zhruba 16 měsíců po skončení referenčního období. Rozdíly jsou také v obsahu obou soustav dat o výdajích na zdravotní péči.

Zdravotnické účty **mají komplexnější záběr**, zahrnují veškeré výdaje na prevenci (včetně podnikové sféry), výdaje dlouhodobé péče poskytované v sociálních zařízeních, sociální dávky a také výdaje režijního charakteru vynakládané v rámci zdravotnictví. Rozhodující rozdíl obou systémů dat však spočívá v tom, že zdravotnické účty jsou sestavovány podle mezinárodně platné metodiky (OECD, WHO, EUROSTAT). Z této skutečnosti je zřejmé, že přesahují úzké národní pojetí a představují tak jedinou soustavu dat o výdajích na zdravotní péči, která je mezinárodně srovnatelná.

1.4 Co přinášejí další stránky publikace

Po úvodní kapitole charakterizující zdravotnické účty a problematiku jejich uplatnění v našich podmínkách, následují informace o výsledcích zdravotnických účtů ČR, a to jak v souhrnném pohledu, tak i v detailnějším členění umožněném zejména využitím dosažitelných administrativních zdrojů dat a výstupů ze statistického šetření výdajů domácností.

Souhrnné výsledky jsou prezentovány z výše uvedených tří základních pohledů – druhu zdravotní péče, jejího poskytovatele a odpovídajícího zdroje financování. Specifické informace obsažené v další části publikace se vztahují k výdajům z veřejného zdravotního pojištění (podle věku, pohlaví a diagnóz), výdajům domácností na zdravotní péči, ke dlouhodobé péči a k výdajům na léky. Textová část publikace je zakončena kapitolou uvádějící výsledky zdravotnických účtů v mezinárodním porovnání. Publikaci uzavírají přílohy obsahující metodické poznámky, vysvětlení některých pojmů, přehled mezinárodních klasifikací a tabulky s podrobnými výsledky za rok 2016 i s časovými řadami od roku 2010.

2. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů

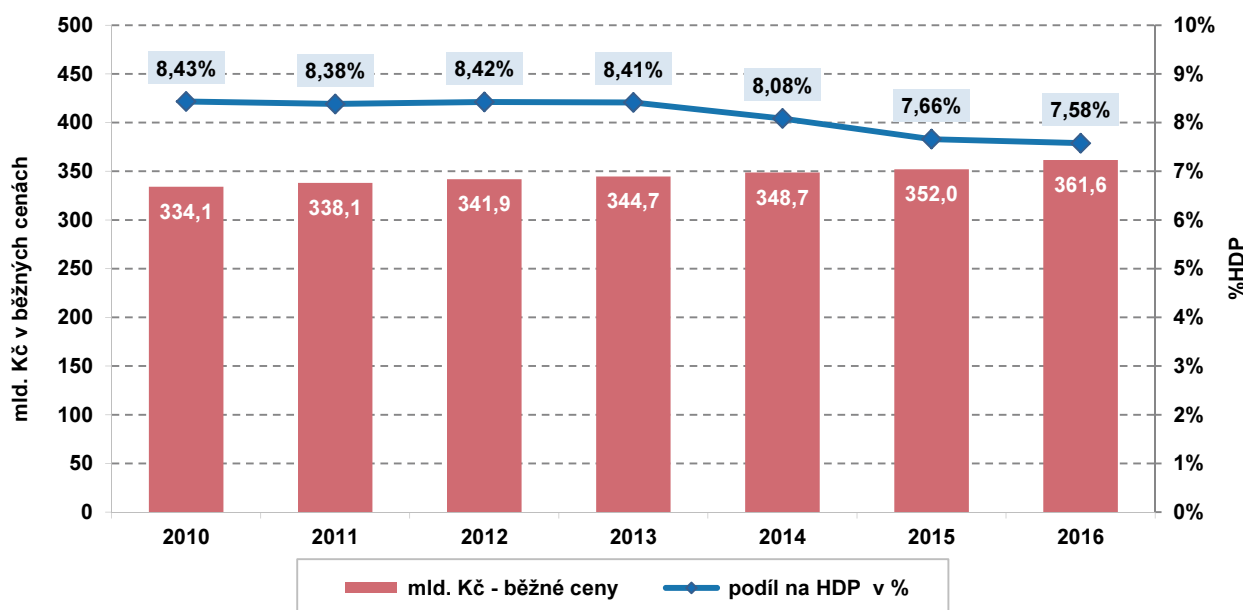
V této části publikace jsou uvedeny základní informace vycházející ze zpracování zdravotnických účtů České republiky za referenční roky 2010 až 2016 z pohledu jejich tří rozměrů, což jsou **zdroje financování, druh zdravotní péče a typ jejího poskytovatele**. Otázky metodického charakteru týkající se 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 Celkové výdaje na zdravotní péči – základní údaje

V roce 2016 dosáhly celkové výdaje na zdravotní péči⁴ v České republice **361,6 mld. Kč**. Meziročně vzrostly o 9,6 mld. Kč (2,7 %), tj. nejvíce od roku 2010, kdy má ČSÚ k dispozici srovnatelné údaje o výdajích na zdravotní péči podle mezinárodní metodiky SHA 2011. Výše uvedený meziroční celkový nárůst výdajů na zdravotní péči v ČR byl zapříčiněn téměř stejnou měrou jak nárůstem prostředků ze zdravotního pojištění, tak přímo hrazené péče ze státního rozpočtu. Výdaje zdravotních pojišťoven meziročně vzrostly o 3,2 mld. Kč (1,4 %) a výdaje ze státního rozpočtu o 3,3 mld. Kč (6,2 %). Přímé platby domácností (pacientů) – třetí hlavní zdroj financování zdravotní péče v Česku – meziročně vzrostly o 1,9 mld. Kč (3,8 %).

V letech 2010 až 2016 rostly celkové výdaje na zdravotní péči v běžných cenách v průměru o 1,33 % ročně. Od roku 2010 včetně bylo za zdravotní péči v Česku vynaloženo celkem téměř 2 421 miliard korun z toho v posledních třech letech (2014 až 2016) to byl cca jeden bilion (1 062 mld. Kč).

Graf č. 2.1 Celkové výdaje na zdravotní péči v Česku, 2010 - 2016 (mld. Kč; podíl na HDP)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Zatímco v absolutních hodnotách každoročně výdaje na zdravotní péči v Česku rostou, v případě **podílu na HDP** – základní poměrový ukazatele používaný pro mezinárodní srovnání – došlo v roce 2014 poprvé k výraznému meziročnímu poklesu z 8,4 % na 8,1 %. Klesající trend však pokračoval i v dalších letech až na hodnotu 7,6 % v roce 2016. Výdaje na zdravotní péči v posledních letech tedy rostou pomalejším tempem, než roste celá česká ekonomika.

Výdaje na zdravotní péči v České republice ve vztahu k jeho HDP patří **v rámci zemí EU** k těm nižším. V roce 2015 – novější definitivní mezinárodní údaje nejsou k dispozici – jsme se hodnotou tohoto ukazatele

⁴ Zahrnují pouze běžné (provozní/neinvestiční) výdaje na zdravotní péči. Kapitálové (investiční) výdaje, které se dle manuálu SHA 2011 v rámci mezinárodní srovnatelnosti do výdajů na zdravotnictví nezahrnují, jsou v Česku k dispozici pouze v rámci výdajů na zdravotní péči financovaných přímo ze státního rozpočtu.



umístili na pomyslném žebříčku zemí EU až v jeho druhé polovině, a to spolu s Maďarskem na 18. místě. Více jak 11 % ve vztahu k HDP ze zemí EU vydaly na zdravotní péči pouze Německo, Švédsko a Francie. Nejméně vydaly na zdravotní péči Polsko (6,3 % jejich HDP), Lotyšsko (5,7 %) a Rumunsko (5,0 %).

Průměrné výdaje na zdravotní péči vztahované **na jednoho obyvatele** ČR vzrostly od roku 2010 z 31 767 Kč na 34 230 Kč v roce 2016 (tj. o 7,8 %). Výdaje na zdravotní péči připadající na 1 obyvatele jsou například ve Švédsku nebo v Dánsku – kde v roce 2015 dosáhly 5,0 tisíc EUR – cca 4krát vyšší než v případě České republiky (1,2 tisíc EUR na obyvatele). I v Německu a v Rakousku je tento ukazatel 3,5krát vyšší než u nás. Naopak v Česku vydáváme na zdravotní péči na 1 obyvatele více než na Slovensku (o 16 %), v Maďarsku (o 44 %) a v Polsku (o 62 %).

Výše uvedené celkové částky od roku 2010 zahrnují (neinvestiční) běžné výdaje na zdravotní péči. Pro úplnost informací uvádíme, že z veřejných rozpočtů šlo v roce 2016 **na investice, vzdělávání zdravotnického personálu či výzkum a vývoj** v oblasti zdravotní péče celkem dalších 6,5 mld. Kč. V porovnání s předchozím rokem se tyto investiční výdaje zvýšily o 721 miliónů Kč (tj. o 12,6 %). Téměř 5 mld. Kč bylo použito v roce 2016 na nákup a modernizaci přístrojového vybavení a výstavbu a rekonstrukci zdravotnických zařízení. V meziročním srovnání byl zaznamenán finanční nárůst o jednu pětinu. Naopak o 14 % méně finančních prostředků ze státního rozpočtu (tj. 1,2 mld. Kč) plynulo v roce 2016 na výzkum a vývoj ve zdravotnictví v porovnání s rokem 2015.

2.2 Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování

Manuál SHA 2011 k zdravotnickým účtům definuje tři základní **zdroje financování** zdravotní péče, a to:

- veřejné zdroje,
- soukromé zdroje bez přímých plateb domácností,
- přímé platby domácností.

Do prvně jmenované skupiny – veřejné zdroje – patří především finanční prostředky získané v rámci **povinného zdravotního pojištění** (podrobněji viz kapitola 3.1) a dále prostředky z veřejných rozpočtů, které zahrnují jak finanční zdroje získané na zdravotní péči přímo ze **státního rozpočtu** - nejčastěji z kapitoly Ministerstva zdravotnictví ČR a MPSV, tak zdroje místních rozpočtů, kam patří především zdroje získané na zdravotní péči z **krajských rozpočtů**.

Do soukromých zdrojů (bez přímých plateb domácností) jsou zahrnuty **dobrovolné platby** na zdravotní péči **neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a závodní (podniková) preventivní péče**. Přímé platby domácností (podrobněji viz kapitola 3.2) zahrnují **přímé výdaje příjemců zdravotní péče (pacientů)** nebo jejich případnou **spoluúčast**.

Tab. 2.1 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle zdrojů financování, 2010 - 2016 (mil. Kč)

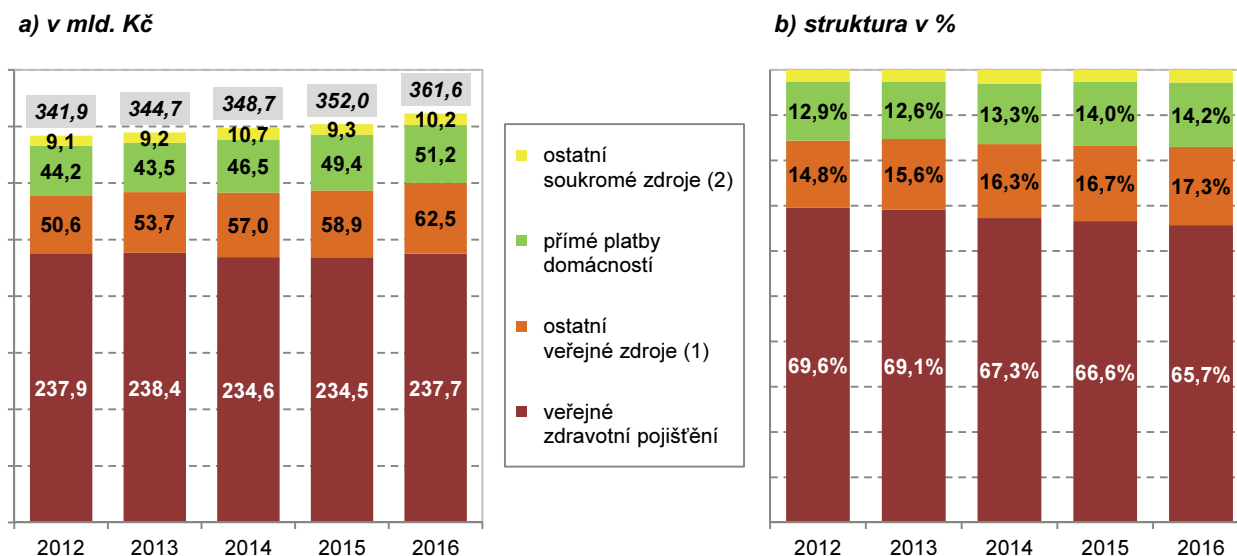
Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Index 2016/2015
Veřejné zdroje celkem	282 166	284 847	288 564	292 053	291 572	293 359	300 210	102,3
veřejné zdravotní pojištění	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 460	237 700	101,4
státní rozpočet	45 187	44 582	44 638	47 499	50 721	52 622	55 895	106,2
krajské a obecní rozpočty	5 091	5 928	5 998	6 200	6 250	6 277	6 614	105,4
Soukromé zdroje celkem	9 217	9 205	9 110	9 202	10 668	9 322	10 222	109,7
soukromé zdravotní pojištění	427	477	520	475	537	478	484	101,3
neziskové instituce	7 888	7 820	7 719	7 726	7 757	7 929	8 479	106,9
podniky - závodní preventivní péče	901	908	871	1 001	2 374	915	1 259	137,6
Přímé platby domácností¹⁾	42 705	44 028	44 239	43 465	46 490	49 358	51 215	103,8
Výdaje na zdravotní péči celkem	334 088	338 080	341 913	344 720	348 730	352 039	361 647	102,7

1) údaje za rok 2016 jsou předběžné

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

V podrobnějším členění v rámci výše uvedených konečných zdrojů financování měly v letech 2010 až 2016 největší podíl na celkových výdajích na zdravotní péči **platby hrazené zdravotními pojišťovnami z veřejného pojištění** (237,7 mld. Kč; 65,7 % podíl v roce 2016), následované **státním rozpočtem** (55,9 mld. Kč; 15,5 %) a **domácnostmi** (51,2 mld. Kč; 14,2 %). Podrobnější údaje za posledních pět let přináší následující graf 2.2.

Graf č. 2.2 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle hlavních zdrojů financování, 2012 – 2016 (mld. Kč; %)



(1) zahrnují přímé výdaje na zdravotní péči ze státního rozpočtu ČR a z místních rozpočtů

(2) zahrnují dobrovolné platby na zdravotní péči neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a podnikovou preventivní péči

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Podíl veřejných zdrojů na financování zdravotní péče je v Česku čtvrtý nejvyšší ze zemí EU

České zdravotnictví je dlouhodobě financováno primárně z veřejných zdrojů, a to především z veřejného zdravotního pojištění. V sledovaném období let 2010 až 2016 se **veřejné zdroje** podílely z 83 až 85 % na financování na zdravotní péči v ČR. Tento podíl byl v roce 2015 čtvrtý nejvyšší v rámci zemí EU. Obdobně vysoký podíl veřejných zdrojů na financování zdravotní péče jako v České republice je i v Dánsku, Švédsku nebo v sousedním Německu nebo na Slovensku. Naopak v např. v Polsku nebo ve Slovinsku se veřejné zdroje podílely na financování zdravotní péče přibližně ze 70 % a v Maďarsku ze dvou třetin.

I když se jednotlivé státy EU a OECD výrazně odlišují ve způsobu financování zdravotní péče, obecně lze říci, že ve všech sledovaných zemích převládá financování z veřejných zdrojů nad soukromými. Výjimkou jsou pouze Spojené státy spolu s Mexikem, kde jsou výdaje z veřejných a soukromých zdrojů zhruba rovnoměrně rozděleny.

V roce 2016 šlo z veřejných zdrojů na zdravotní péči v Česku **celkem** 300,2 mld. Kč. Od roku 2010 včetně to bylo dohromady 2 033 miliard korun, z toho v posledních třech letech (2014 až 2016) 885 miliard. **Na jednoho obyvatele** šlo z veřejných zdrojů na zdravotní péči v letech 2010 až 2016 v průměru 27,6 tis. Kč ročně - v roce 2016 to bylo 28,4 tis. Kč. Ve vztahu k celkovým výdajům veřejných rozpočtů tvořily v roce 2016 výdaje na zdravotní péči v pojetí SHA 16 %.

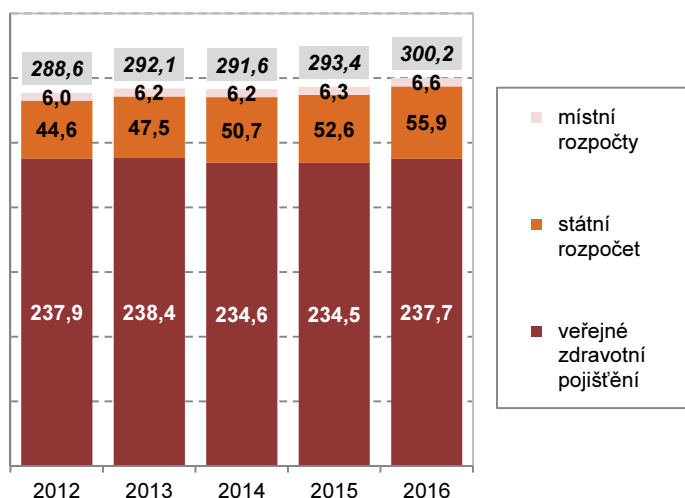
V rámci veřejného financování zdravotní péče u nás jednoznačně převládá jeho financování prostřednictvím **plateb z veřejného zdravotního pojištění**. Veřejné zdravotní pojišťovny se v roce 2016 podílely ze 79,2 % (237,7 mld. Kč) na financování zdravotní péče z veřejných zdrojů. V posledních letech podíl tohoto zdroje však klesá.

Naopak od roku 2012 vzrostl podíl **státního rozpočtu** na financování zdravotní péče z veřejných zdrojů z 15,5 % (44,6 mld. Kč) na 18,6 % (55,9 mld. Kč) v roce 2016. **Místní (krajské a obecní) rozpočty** jsou v Česku pouze doplňkovým zdrojem financování zdravotní péče. Z 6,6 mld. Kč výdajů na zdravotní péči

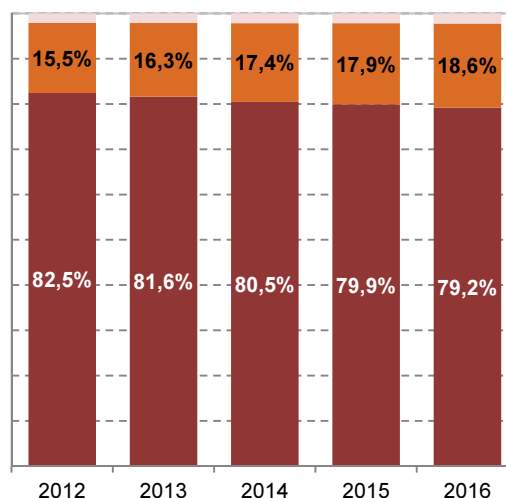
v roce 2016, která byla hrazena z krajských a obecních rozpočtů, polovina (3,3 mld. Kč) připadla na dopravu pacientů – záchrannou službu.

Graf č. 2.3 Výdaje na zdravotní péči v Česku financované z veřejných zdrojů, 2012 – 2016 (mld. Kč; %)

a) v mld. Kč



b) struktura v %



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Platby z povinného zdravotního pojištění se v Česku podílejí 2/3 na financování zdravotní péče

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).

Veřejné zdravotní pojišťovny se v roce 2016 podílely jí podstatnou částí na krytí výdajů na zdravotní péči v České republice. V roce 2016 to bylo ze dvou třetin – v roce 2012 dokonce ze 70 %. V absolutním vyjádření šlo za posledních pět let na zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění nejvíce finančních prostředků v roce 2013 (238,4 mld. Kč) a nejméně pak v roce 2015 (234,5 mld. Kč). Lze tedy konstatovat, že financování zdravotní péče z toho zdroje je v posledních letech poměrně stabilní. V těchto částkách jsou kromě peněz, které jdou přímo na zdravotní péči, zahrnuty i výdaje na programy preventivní péče a vlastní provoz zdravotních pojišťoven. *Podrobněji viz kapitola 3.1 této publikace.*

Výdaje státního rozpočtu na zdravotní péči v roce 2016 meziročně stouply o více než 3 miliardy Kč

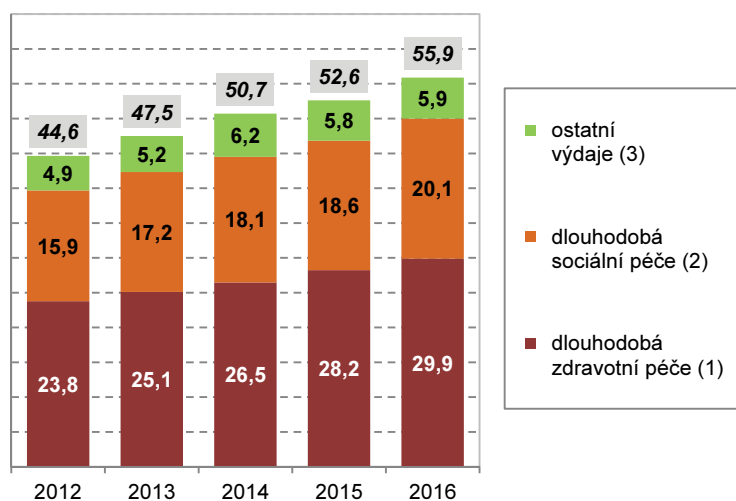
V roce 2016 šlo přímo ze **státního rozpočtu** na zdravotní péči celkem 55,9 mld. Kč⁵, tj. o 3,3 mld. Kč (6,2 %) více finančních prostředků než v roce 2015. Od roku 2013 lze pozorovat poměrně výrazné meziroční nárůsty výdajů na zdravotní péči financované přímo ze státního rozpočtu. Jestliže v letech 2010 až 2012 ze státního rozpočtu směřovalo každoročně do českého zdravotnictví cca 45 mld. Kč, tak v roce 2016 to bylo o čtvrtinu (11 mld. Kč) více finančních prostředků. V roce 2016 se státní rozpočet podílel 15,5 % na financování zdravotní péče v České republice.

Za posledních pět let šlo ze státního rozpočtu na zdravotní péči celkem 251 mld. Kč. Pokud vztáhneme tyto prostředky k celkovému státnímu rozpočtu, tak zdravotní péče v pojetí SHA 2011 se v roce 2016 podílela 4,0 % na celkových výdajích státního rozpočtu v porovnání s 3,8 % v roce předchozím.

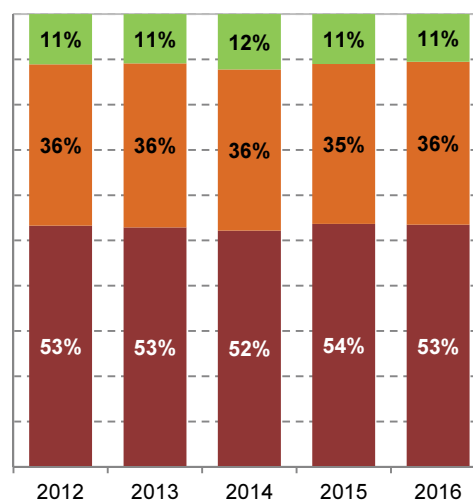
⁵ V roce 2016 dosáhly investiční (kapitálové) výdaje na nákup a modernizaci přístrojového vybavení a výstavbu a rekonstrukci zdravotnických zařízení financované přímo ze státního rozpočtu 5 mld. Kč, tj. o pětinu více než v roce 2015.

Graf 2.4. Výdaje na zdravotní péči v Česku financované přímo ze státního rozpočtu, 2012 – 2016

a) v mld. Kč



b) struktura v %



(1) zahrnuje lůžkovou, denní a domácí dlouhodobou péči

(2) zahrnuje příspěvek na péči, na mobilitu, na kompenzační pomůcky a sociální služby

(3) zahrnuje lůžkovou a ambulantní akutní péči, dopravu pacientů, preventivní programy, řízení a správu systému zdravotnictví

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Úloha státního rozpočtu v oblasti přímého financování zdravotní péče spočívá především v podpoře zařízení dlouhodobé sociálně-zdravotní péče (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro zdravotně postižené a týdenní stacionáře) a poskytování peněžitých dávek pro osoby dlouhodobě nemocné či zdravotně postižené. Ze státního rozpočtu je navíc hrazena i správa rezortu zdravotnictví, tj. provoz Ministerstva zdravotnictví, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

V roce 2016 šlo na **dlouhodobou zdravotní péči** ze státního rozpočtu celkem 29,9 mld. Kč. Touto částkou se tak stát prostřednictvím státního rozpočtu podílel ze dvou třetin na financování této dlouhodobé zdravotní péče. Většina z těchto finančních prostředků (23,7 mld. Kč; 79 %) bylo v roce 2016 určeno na dlouhodobou lůžkovou zdravotní péči, na domácí dlouhodobou zdravotní péči směřovalo „jen“ 4,5 mld. Kč.

Na **sociální dlouhodobou péči** vynaložil stát v roce 2016 ze státního rozpočtu poprvé více jak 20 miliard korun (20,1 mld. Kč). Jde především o příspěvky na péči pro zdravotně postižené a seniory (16,2 mld. Kč) a příspěvky na mobilitu a na zvláštní kompenzační pomůcku pro zdravotně postižené (téměř 2 mld. Kč). Téměř dvě miliardy (1,9 mld. Kč) směřovalo v roce 2016 ze státního rozpočtu i na sociální služby související s dlouhodobou péčí. Jde především o financování chráněného bydlení či sociální rehabilitace a sociální akviziční služby pro osoby se zdravotním postižením. *Podrobněji se k otázce dlouhodobé sociálně-zdravotní péče vrátíme v kapitole 3.3.*

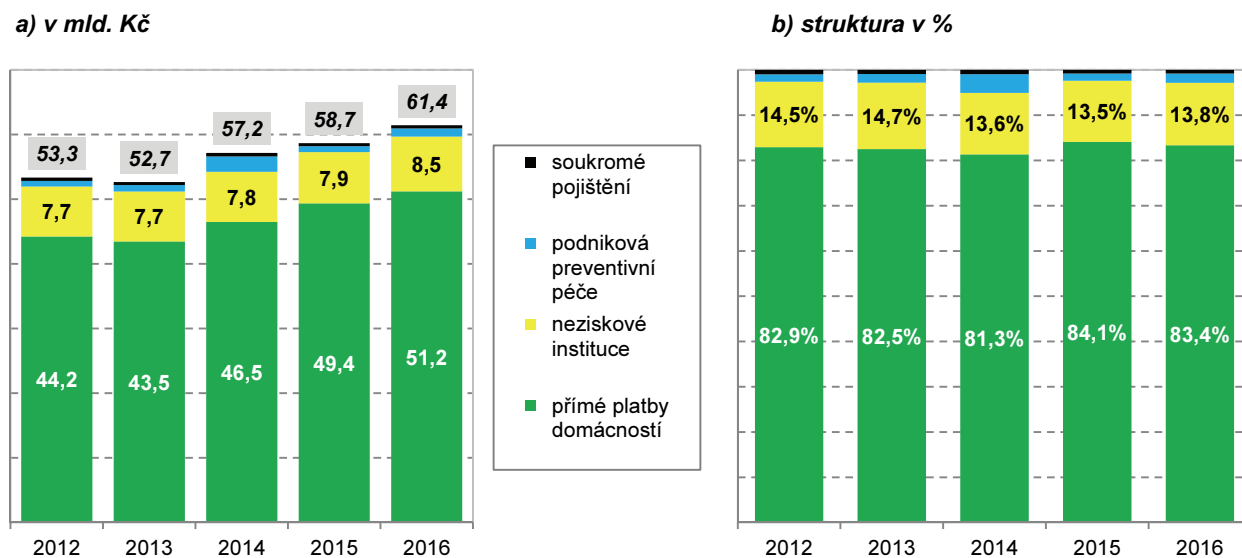
Mezi ostatní výdaje na zdravotní péči hrazené ze státního rozpočtu patří především **preventivní zdravotní péče**, do které stát v roce 2016 investoval 1,3 mld. Kč, a výše uvedené výdaje související se **správou rezortu zdravotnictví** (2,1 mld. Kč ve stejném roce).

Ze státního rozpočtu jsou rovněž hrazeny **platby na zdravotní pojištění za nevýdělečně činné skupiny obyvatelstva** (děti do ukončení jejich povinné školní docházky, studenty 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 tedy dle metodiky SHA alokovány do zdrojů zdravotních pojišťoven, které s nimi dále hospodaří.** Platba pojistného od státu se v roce 2016 v porovnání s rokem 2015 zvýšila o 25 Kč na stávajících 870 Kč za osobu a měsíc. Z všeobecné pokladní správy šlo celkem za rok 2016 na tuto platbu 62,3 mld. Kč, v roce 2015 to bylo 60,9 mld. Kč.



České domácnosti zaplatily za zdravotní péči v roce 2016 poprvé více než 50 miliard korun

V posledních třech letech roste v Česku nepatrně podíl financování zdravotní péče ze **soukromých zdrojů**, a to z 15,3 % (52,7 mld. Kč) v roce 2013 na 17,0 % (61,4 mld. Kč) v roce 2016. Nejvýznamnější položkou v rámci těchto soukromých zdrojů tvoří **přímé platby a spoluúčast domácností (pacientů)** za poskytnutou zdravotní péči včetně výdajů za léky a ostatní zdravotní materiál.

Graf č. 2.5 Výdaje na zdravotní péči v Česku financované ze soukromých zdrojů, 2012 – 2016 (mld. Kč; %)

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

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 (bez přímých výdajů domácností) v roce 2016 podílely necelými 3 % (10,2 mld. Kč) a na celkových soukromých zdrojích pak 16,6 %. Tato skupina zahrnuje různorodé finanční zdroje.

Soukromé zdravotní pojišťovny jsou v Česku založeny pouze na principu cestovního pojištění. Na rozdíl od některých jiných evropských států např. Slovinska, Francie či Irska, ve kterých je podíl výdajů na zdravotní péči financovaný ze **soukromého pojištění** přibližně 15 %, i z výše uvedeného, v Česku dosahuje jeho podíl jen 0,1 %.

Neziskové instituce (např. Červený kříž) jsou v Česku orientovány zejména charitativně a jejich podíl na financování zdravotní péče je poměrně vysoký – v roce 2015 s 2,3% podílem na financování zdravotní péče jsme byly v rámci zemí EU na prvním místě v tomto poměrovém ukazateli. 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. V převážné většině případů si domácnosti platí ambulantně užívané léky (ať už se jedná o doplatky 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, byť méně významné, jsou platby za lázeňské pobyty, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích a platby za různá potvrzení např. 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. V průběhu svojí existence prošly regulační poplatky různými změnami a postupně byly tři z nich zrušeny. Od ledna 2015 hradí pacienti pouze regulační poplatek za pohotovostní služby. *Podrobnější informace jsou k dispozici v kapitole 3.2 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. 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. Výdaje na individuální spotřebu pokrývají v Česku dlouhodobě 89 % celkových výdajů na zdravotní péči

Tabulka č. 2.2 Výdaje na zdravotnictví v Česku podle druhů péče, 2010 - 2016 (mil. Kč)

Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Index 2016/2015
Léčebná péče celkem	137 302	137 826	137 987	140 948	137 311	141 600	142 437	100,6
lůžková	55 948	55 740	54 422	53 489	52 473	51 431	50 938	99,0
ambulantní (bez stomatologické)	59 101	59 364	61 826	65 040	61 609	66 461	67 361	101,4
stomatologická	16 829	17 402	16 378	16 900	17 491	17 781	18 230	102,5
denní	5 238	5 137	5 185	5 333	5 561	5 735	5 720	99,7
domácí	186	183	177	186	179	192	187	97,7
Rehabilitační péče celkem	12 808	13 696	13 652	13 753	13 738	14 764	15 018	101,7
lůžková	5 886	6 485	6 266	6 255	6 407	6 911	7 483	108,3
ambulantní	6 922	7 211	7 386	7 498	7 331	7 853	7 535	95,9
Dlouhodobá péče celkem	52 761	53 055	53 007	55 837	62 113	61 018	65 264	107,0
zdravotní	35 762	37 005	37 081	38 596	44 035	42 407	45 116	106,4
sociální	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078	18 611	20 148	108,3
Doplňkové služby celkem	37 039	37 525	38 213	38 469	38 883	40 020	41 081	102,7
laboratorní služby	19 917	20 149	21 001	21 215	21 454	22 037	22 527	102,2
zobrazovací metody	9 729	9 855	9 861	10 044	10 490	10 484	10 698	102,0
doprava pacientů	7 393	7 521	7 351	7 210	6 939	7 499	7 856	104,8
Léčiva a zdrav. výrobky celkem	66 231	67 626	70 676	66 784	67 021	67 831	69 285	102,1
léčiva a zdravotnický materiál (1)	57 091	58 298	61 390	56 221	56 957	58 061	59 365	102,2
terapeutické pomůcky	9 141	9 329	9 286	10 563	10 064	9 770	9 921	101,5
Preventivní péče celkem	9 990	10 364	10 595	10 765	11 433	9 027	9 739	107,9
programy pro sledování zdravotního stavu	6 541	6 881	6 900	7 034	7 561	5 455	6 121	112,2
programy pro včasné odhalení nemocí	1 573	1 554	1 586	1 644	1 659	1 637	1 746	106,6
imunizační programy	1 389	1 432	1 484	1 458	1 576	1 267	1 172	92,5
informační a poradenské programy	487	497	626	629	637	668	700	104,8
Správa systému zdravotní péče	8 649	8 758	8 634	9 005	9 040	8 536	8 583	100,6
ostatní či nespecifikováno (2)	9 307	9 232	9 149	9 159	9 192	9 245	10 240	110,8
Zdravotní péče celkem	334 088	338 080	341 913	344 720	348 730	352 039	361 647	102,7

(1) zahrnují léky na předpis, volně prodejné léky a další zboží krátkodobé spotřeby např. obvazy, elastické kompresivní punčochy, inkontinenční pomůcky atd. **Nezahrnuje**, dle manuálu SHA, výdaje na léky **spotřebované přímo** ve zdravotnických zařízeních.

(2) zahrnuje programy na podporu zdraví v širším pohledu např. kontrolu a zavádění nových předpisů na ochranu pitné vody, potravin, bezpečnostní opatření spojená s nakládání s odpady, znečištění půdy a také nespecifikované druhy zdravotní péče

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016



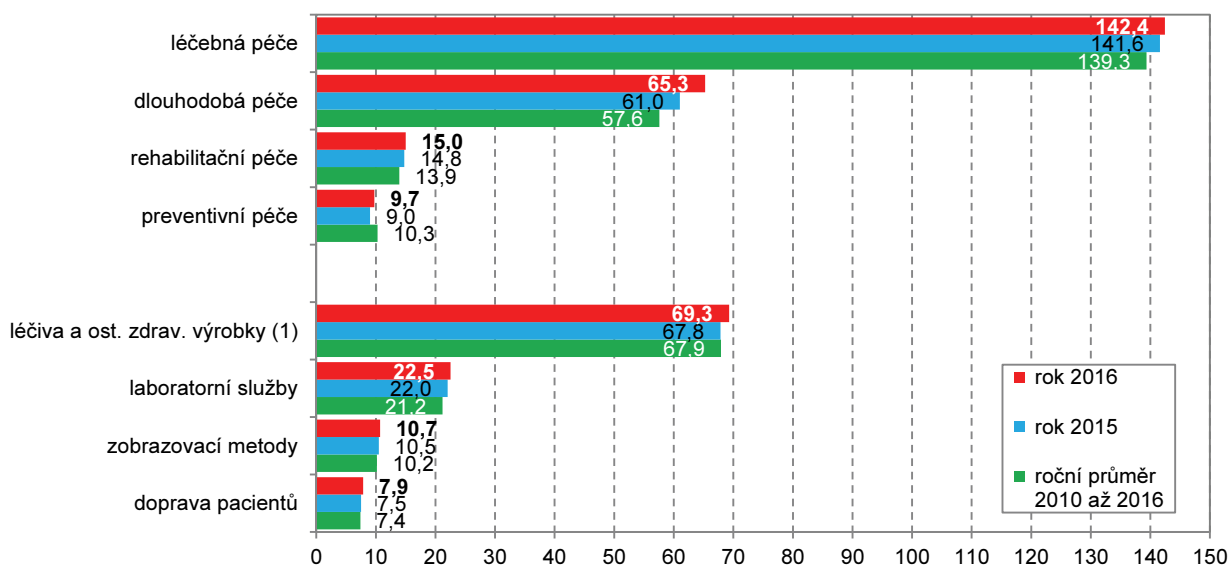
Do pojmu zdravotní péče podle metodiky SHA patří také služby, které jsou zaměřeny na zlepšení celkového zdravotního stavu populace či efektivity systému zdravotnictví. **Kolektivní** služby jsou zacíleny na celou populaci (nebo části populace) a mají zlepšit celkové zdravotní standardy nebo efektivitu a výkonnost systému zdravotnictví, To se týká zejména některých preventivních služeb a provádění a finanční správy zdravotnických programů.

Léčebná péče tvoří dvě pětiny z celkových výdajů na zdravotní péči

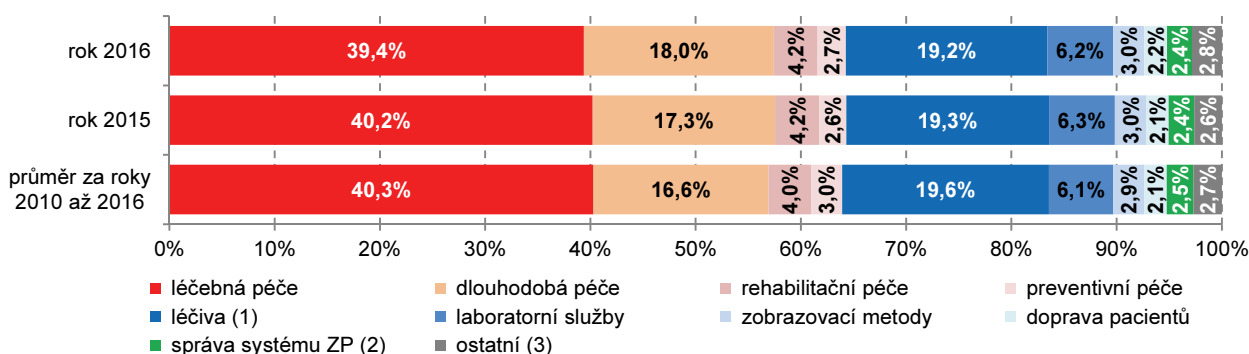
Z hlediska výše běžných (neinvestičních) výdajů na zdravotní péči v Česku, je dlouhodobě na prvním místě **péče léčebná**. V letech 2010 až 2016 na léčebnou péči v průměru směřovalo 40 % z finančních prostředků určených na celkovou zdravotní péči. Tento podíl se v čase téměř nemění.

Graf č. 2.6 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle vybraných druhů péče; 2010-2016

a) v mlrd. Kč



b) struktura (%)



1) zahrnují léky na předpis, volně prodejné léky a další zboží krátkodobé spotřeby např. obvazy, elastické kompresivní punčochy, inkontinenční pomůcky atd. **Nezahrnuje**, dle manuálu SHA, výdaje na léky **spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních**.

(2) zahrnují, zpracování zákonů a norem, vydávání licencí, dohled nad poskytovateli zdravotní péče, správu vládní politiky apod.

(3) zahrnují programy na podporu zdraví v širším pohledu např. kontrolu a zavádění nových předpisů na ochranu pitné vody, potravin, bezpečnostní opatření spojená s nakládáním s odpady, znečištění půdy a také ostatní blíže nespecifikované druhy zdravotní péče ZP – zdravotní péče

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

V posledních letech roste význam **dlouhodobé péče** s již téměř pětinným podílem (18 %) na celkových výdajích vynaložených na zdravotní péči v Česku v roce 2016 – průměr za roky 2010 až 2016 dosáhl 16,6 %. V rámci dlouhodobé péče jde nejvíce finančních prostředků do dlouhodobé zdravotní péče –

45,1 mld. Kč (12,5 %) v roce 2016. V čase však roste především význam dlouhodobé sociální péče, kam ve stejném roce směřovalo 20,2 mld. Kč (5,6 %).

Rehabilitační a především **preventivní péče** tvořila v Česku v letech 2010 až 2016 v průměru jen 7% podíl na celkových výdajích na zdravotní péči. V roce 2016 šlo na rehabilitační péči 15,0 mld. Kč (4,2 %) a na preventivní péči 9,7 mld. Kč (2,7 %).

Pětina výdajů na zdravotní péči v letech 2010 - 2016 byla vynaložena na **léčiva⁶, zdravotnický materiál a terapeutické výrobky** – v roce 2016 to bylo 19,2%. Přibližně jedna desetina (11 %) z finančních prostředků určených na zdravotní péči v Česku v celém sledovaném období směřovalo na **laboratorní služby, zobrazovací metody a dopravu pacientů (doplňkové služby)**. Necelých deset (8,6) miliard (2,4 %) v roce 2016 směřovalo na **správu systému zdravotní péče**.

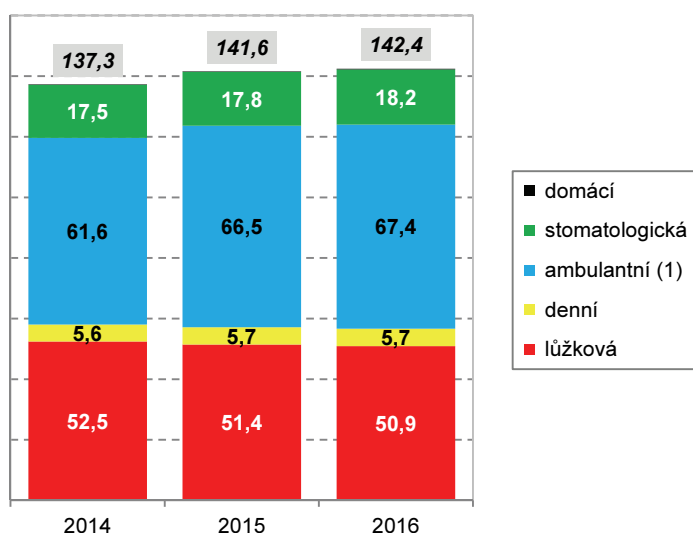
Výdaje na lůžkovou léčebnou péči mezi roky 2010 až 2016 klesly o téměř desetinu - 5 mld. Kč

V roce 2016 dosáhly v Česku výdaje na **léčebnou péči celkem** 142,4 mld. Kč. Meziročně výdaje na léčebnou péči vzrostly o 0,6 % (0,8 mld. Kč). Léčebná péče je v Česku z 85 % financovaná z veřejného zdravotního pojištění. Přibližně z desetiny (11,8 %; 16,9 mld. Kč v roce 2016) si pak na léčebnou péči přispívají sami pacienti, a to nejčastěji na péči stomatologickou (9,6 mld. Kč). *Podrobněji viz kapitola č.3.2 Výdaje domácností na zdravotní péči.*

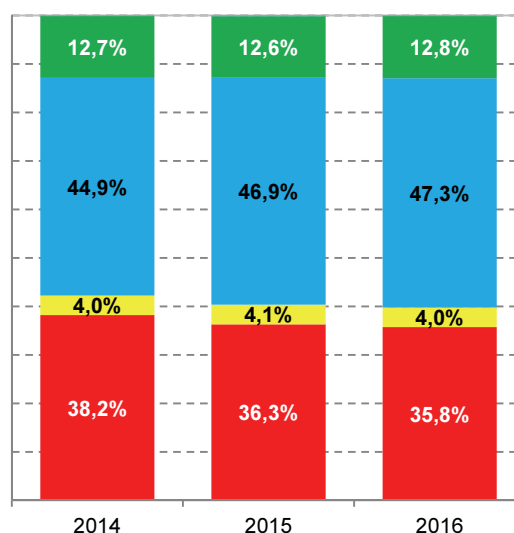
Z hlediska typu léčebné péče, v roce 2016 stále více jak třetinu (35,8 %) tvořila **péče lůžková** poskytovaná v nemocnicích. Výdaje na tuto **péči** však od roku 2010, kdy představovaly 41 % celkové léčebné péče, postupně klesají, a to z 55,9 mld. Kč v roce 2010 na 50,9 mld. Kč v roce 2016. *To částečně dokresluje i čísla o počtu případů hospitalizace v nemocnicích a počtu ošetrovacích dnů, které souvisí i s úsporami prostřednictvím redukce počtu lůžek akutní péče v nemocnicích a v menší míře i ostatních lůžkových zařízeních. Např. v porovnání s rokem 2010, kdy dosáhl počet ošetrovacích dnů v nemocnicích 15,2 miliónů, klesl jejich počet během následujících šesti let o více jak milión na 13,8 milióny ošetrovacích dnů v roce 2016. Ve stejné období se snížila i průměrná ošetrovací doba v nemocnicích z 6,8 dne v roce 2010 na 6,6 dne v roce 2016.*

Graf č. 2.7 Výdaje na léčebnou péči v Česku podle jejího typu, 2014 – 2016

a) v mld. Kč



b) struktura v %



(1) zahrnuje jak všeobecnou ambulantní péči poskytovanou nejčastěji praktickými lékaři pro děti a dospělé, tak i specializovanou (bez stomatologické) ambulantní péči poskytovanou nejčastěji specialisty v nemocnicích nebo samostatných ordinacích lékařů

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

⁶ zahrnuje léky na předpis a volně prodejné léky, nezahrnuje léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních

Domácnosti se podílejí z více jak poloviny na hrazení své stomatologické péče

Naopak výdaje na **ambulantní péči**, jak na specializovanou (bez stomatologické), tak všeobecnou - především v posledních dvou letech - rostou. V roce 2016 dosáhl objem finančních prostředků určených na specializovanou ambulantní péči 45,4 mld. Kč a na všeobecnou ambulantní péči 22,0 mld. Kč. *Jestliže specializovaná ambulantní péče je poskytována především v nemocnicích, tak všeobecná v samostatných ordinacích lékaře - např. na pracovištích praktického lékaře pro dospělé, pro děti a dorost, pracovištích lékařské pohotovostní služby atd.*

Výdaje na **denní léčebnou péči** se v období 2010 - 2016 pohybují stabilně nad hranicí 5 miliard Kč, s tím, že v roce 2016 šlo o částku 5,7 mld. Kč. *To však zatím plně neodpovídá současné snaze o zkrácení doby hospitalizace na nezbytné minimum a provádění některých zákroků, jejichž povaha to umožňuje, ambulantně či prostřednictvím denní léčebné péče. V současné době lze poskytovat jednodenní péči v šesti smluvních odbornostech: chirurgie (včetně dětské, úrazové a cévní chirurgie), plastická chirurgie (zahrnuje i popáleniny), gynekologie, urologie, ortopedie a ORL. Péče je poskytována vždy plánovaně, v žádném případě se nejedná o akutní péči. Obecně je při výběru výkonů vhodných k jednodenní péči na lůžku kladen důraz na minimálně invazivní výkony.*

Od roku 2012 roste objem výdajů na **stomatologickou péči**, kterou si z velké části hradí domácnosti samy. V roce 2016 šlo na ambulantní stomatologickou péči celkem 18,2 mld. Kč, z nichž si **domácnosti hradily** více jak polovinu (52,9 %; 9,6 mld. Kč). V porovnání s rokem 2012, kdy podíl domácností na financování zubařské péče činil 41,5 %, tak vzrostly jejich výdaje na tuto péči o 2,8 mld. Kč (41,9 %).

Výdaje na lůžkovou rehabilitační péči vzrostly mezi roky 2010 a 2016 o čtvrtinu

Výdaje za **rehabilitační péči** se v roce 2016 z poloviny týkaly léčby lůžkové, kam spadá především **lázeňská péče**. Na lůžkovou rehabilitační péči bylo v roce 2016 celkem vydáno 7,5 mld. Kč, tj. meziročně o 572 mil. Kč (8,3 %) více finančních prostředků. *Pravidla pro úhradu lázeňské péče ze zdravotního pojištění se změnila v říjnu 2012 a tato změna se projevila naplno v roce 2013, kdy poklesl počet přijatých pacientů pro komplexní lázeňskou péči na náklad zdravotního pojištění z 80,4 tisíc v roce 2012 na 59,6 tisíc v roce 2013 – pro zajímavost v roce 2010 byla takových pacientů 107 tisíc. 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. K opětovnému zvýšení výdajů došlo až v roce 2014, kdy od dubna začali lékaři předepisovat poukazy podle nových pravidel a mírný nárůst pokračoval i v následujících dvou letech.*

Podle údajů zdravotních pojišťoven vzrostly v roce 2016 meziročně o jednu čtvrtinu výdaje na **komplexní lázeňskou léčbu pacientů** (z 2,4 mld. Kč v roce 2015 na 3,1 mld. Kč v roce 2016), která je plně hrazena ze zdravotního pojištění. Lázeňská péče se ovšem nehradí jen ze zdravotního pojištění, ale velkou měrou si na ni přispívají i pacienti sami. V roce 2016 šlo z jejich kapes na lůžkovou rehabilitační péči celkem 2,7 mld. Kč, tj. 36 % z celkových výdajů na tuto péči.

Druhá polovina výdajů na rehabilitační péči připadá na její **ambulantní formu**, kdy pacienti docházejí na procedury do rehabilitačních zařízení popř. do lázní bez možnosti ubytování. Na rozdíl od lůžkové rehabilitační péče, byl zde zaznamenán 4,1% meziroční pokles v jejím financování. Tento pokles se však netýkal části, která je financovaná domácnostmi, které za tuto péči poprvé utratily více jak miliardu korun – 1 006 mil. Kč v roce 2016 v porovnání s 626 mil. Kč v roce 2010.

Zdravotní pojišťovny zaplatily v roce 2016 za screeningová vyšetření a diagnostické testy 1,5 mld. Kč

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. V roce 2016 bylo v Česku na tyto imunizační programy vynaloženo celkem 1,2 mld. Kč, tj. nejméně od roku 2010. Většina těchto výdajů (96 % v roce 2016) je hrazena přímo ze státního rozpočtu.

Výdajově nejvýznamnější položkou preventivní péče jsou **programy pro sledování zdravotního stavu obyvatelstva** zahrnující aktivní monitoring celkového zdravotního stavu i jeho dílčích aspektů. Preventivní programy z této skupiny se zaměřují na určitá období života jako je těhotenství (předporodní a poporodní péči), růst a vývoj dítěte, skupiny stárnoucích lidí nebo na zubní a všeobecné preventivní prohlídky, na které bylo v roce 2016 vydáno celkem 6,1 mld. Kč. Tato část preventivní péče je z 80 % (údaj za rok 2016) hrazena z veřejného zdravotního pojištění a zbytek připadá na podnikové zdroje v rámci závodní preventivní péče o jejich zaměstnance.

Další skupinou výdajů preventivní péče jsou **programy pro včasné odhalení nemocí** zahrnující různé typy screeningů, diagnostické testy a lékařské prohlídky. Zdravotní pojišťovny hradí některá preventivní vyšetření např. screening, zhoubných nádorů, screening sluchu u novorozenců nebo preventivní prohlídky ze základního fondu veřejného zdravotního pojištění. V roce 2016 bylo na tato preventivní vyšetření z veřejného zdravotního pojištění vynaloženo 1,5 mld. Kč. Ze státního a místních rozpočtů šlo na tuto péči dalších 269 mil. Kč.

Meziroční výdaje na dlouhodobou lůžkovou péči se zvýšily o 7 % a dosáhly částky 37,1 mld. Kč

Potřeba **dlouhodobé zdravotní péče** s ohledem na stárnutí populace každoročně narůstá a s tím souvisí i pozvolné zvyšování výdajů na tuto péči. V období 2010 – 2016 se celkové výdaje na dlouhodobou zdravotní péči zvýšily o čtvrtinu – v absolutním vyjádření šlo o nárůst o téměř 10 mld. Kč z 35,8 mld. Kč v roce 2010 na 45,1 mld. Kč v roce 2016. Výdaje na **dlouhodobou lůžkovou péči** představují 82 % z celkových výdajů na dlouhodobou zdravotní péči. Meziročně tyto výdaje vzrostly o 6,6 % (2,3 mld. Kč) na 37,1 mld. Kč v roce 2016. Výdaje na dlouhodobou domácí zdravotní péči se od roku 2010 zvýšily téměř o jednu třetinu.

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**, která zahrnuje především denní stacionáře a centra odlehčovacích služeb, ovšem tvoří pouze velmi malou část výdajů na zdravotní péči. *Podrobněji se budeme věnovat dlouhodobé zdravotní a sociální péči v samostatné kapitole č. 3.3.*



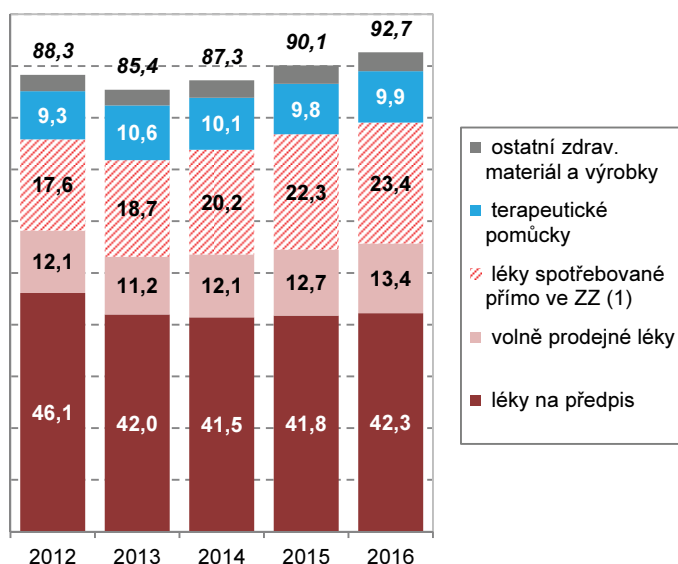
Výdaje domácností na volně prodejné léky překročily v roce 2016 hranici 13 mld. Kč

Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky se v roce 2016 podílely na celkových běžných výdajích na zdravotní péči 19,2 %, v absolutním vyjádření šlo 69,3 mld. Kč. Výdaje za léčiva a ostatní zdravotnický materiál dle mezinárodní metodiky SHA 2011 neobsahují výdaje za léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních. Pokud bychom do této položky zařadili i výdaje za tyto léky – podrobněji viz samostatná kapitola č.3.4 – pak by podíl léčiv a ostatních zdravotnických výrobků na celkových výdajích na zdravotní péči v Česku dosáhl v roce 2016 jedné čtvrtiny (92,3 mld. Kč).

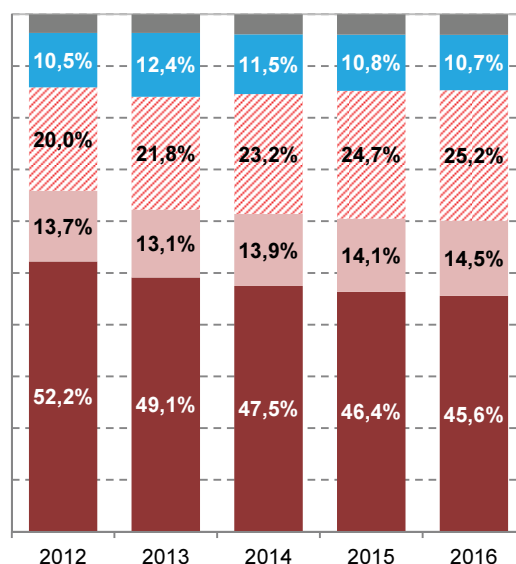
Léčiva a zdravotnický materiál (léky, dezinfekce, obvazy, náplasti, teploměry atd.) tvoří dlouhodobě až 86 % výdajů této skupiny. Při započtení i výše uvedených léků spotřebovaných přímo ve zdravotnických zařízeních dokonce téměř 90 %. Meziročně se výdaje v uvedené skupině léčiv zvýšily v roce 2016 o 2,2 % (v absolutních hodnotách o 1,3 mld. Kč), což je dáno zejména zvýšením výdajů za volně prodejné léky, které hradí domácnosti, a to o 5,5 %. Při započtení léků spotřebovaných přímo ve zdravotnických zařízeních, výdaje za léčiva meziročně vzrostla o 3,0 % (2,4 mld. Kč).

Graf č. 2.8 Výdaje na léčiva a ostatní zdravotnické výrobky v Česku, 2012 – 2016

a) v mld. Kč



b) struktura v %



(1) zahrnují spotřebu léků např. v nemocnicích, zařízeních pro dlouhodobě nemocné a hospicového typu, lázeňských léčebnách, poliklinikách
ZZ – zdravotnická zařízení

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Výdaje na terapeutické pomůcky (brýle, naslouchadla, berle, invalidní vozíky, apod.) se podílely 14 % na celkových výdajích na léčiva a ostatní zdravotnický materiál a výrobky – při započtení i výdajů za léky přímo spotřebované ve zdravotnických zařízeních by byl tento podíl cca 11 %. Za dioptrické brýle, kontaktní čočky a ostatní výrobky oční optiky utratí pacienti každoročně v průměru 4 mld. Kč, z čehož 92 % těchto výdajů hradí domácnosti a zbývajících 8 % zdravotní pojišťovny.

V letech 2010 až 2016 rostly výdaje na léčiva a ostatní zdravotnické výrobky v Česku v průměru v běžných cenách o 0,75 % ročně. Od roku 2010 včetně bylo za tyto položky vynaloženo celkem téměř půl biliónu korun (475,5 mld. Kč), z toho v posledních třech letech (2014 až 2016) to bylo 204,1 miliard. Průměrné výdaje na léčiva a zdravotnické výrobky zdravotní péči vztahované na jednoho obyvatele dosáhly v roce 2016 částky 6 558 Kč. Pokud bychom do této částky započty i výdaje za léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních, pak by šlo o částku 8 773 Kč.

Přeprava pacientů hrazená z veřejného zdravotního pojištění stála téměř 4 mld. Kč

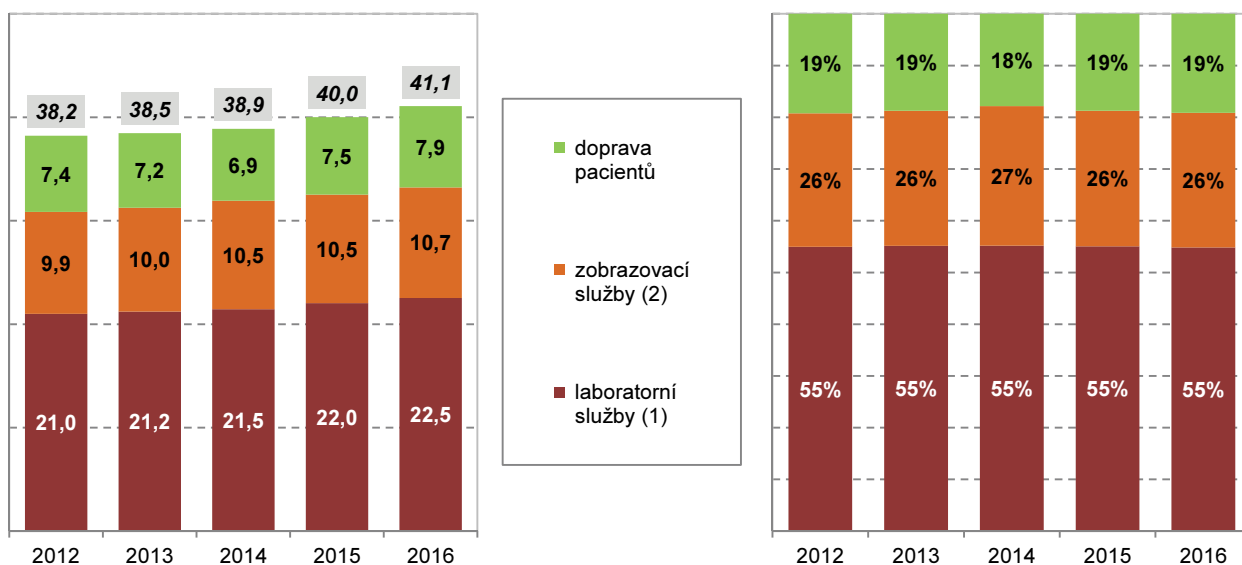
Doplňkové služby tvoří dlouhodobě 11 % celkových výdajů na zdravotnictví. Více než polovinu výdajů (22,5 mld. Kč v roce 2016) z této kategorie představují výdaje na **laboratorní vyšetření**. Výdaje za **zobrazovací metody** dosáhly ve stejném roce hodnoty 10,7 mld. Kč. Výdaje na **dopravu pacientů** se po mírném propadu v roce 2014 v následujícím roce zvýšily o 8 % a zaujaly téměř pětinu výdajů ze skupiny doplňkových služeb, přičemž největší podíl na těchto výdajích má pochopitelně zdravotnická záchranná služba (ZZS). Podle metodiky SHA se však výdaje na ZZS nerozlišují zvlášť, ale jsou spojeny s celkovými výdaji na dopravu.

Kromě dopravy pacientů, která je z poloviny hrazena přímo ze státního rozpočtu či místních rozpočtů, jsou výše uvedená laboratorní vyšetření a zobrazovací metody jsou plně hrazeny z veřejného pojištění.

Graf č. 2.9 Výdaje na doplňkové služby v oblasti zdravotní péče v Česku, 2012 - 2016

a) v mld. Kč

b) struktura v %



(1) laboratorní vyšetření zahrnují především testy z klinické biochemie a mikrobiologie, testy krevní srážlivosti, genetiky, ale také z cytologie, která je nezbytnou součástí gynekologických prohlídek

(2) do kategorie zobrazovací metody patří např. klasické, ale i kontrastní RTG snímkování, ultrazvuková diagnostika, vyšetření pomocí počítačové tomografie (CT), zobrazování magnetickou rezonancí

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016



2.4 Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele

Konečně třetí pohled na problematiku zdravotní péče nám dává odpověď na otázku, kdo ji poskytuje. 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 ambulantní léčebná péče a u léčebny dlouhodobě nemocných dlouhodobá lůžková péče.*

V České republice existuje Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS), který poskytuje kompletní přehled o všech poskytovatelích zdravotních služeb, bez ohledu na jejich zřizovatele. Poskytuje údaje o profilu a rozsahu péče poskytované jednotlivými zdravotnickými zařízeními, obsahuje kontaktní údaje na daná zdravotnická zařízení a další podrobnější informace. Správcem a provozovatelem registru je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS).

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

Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Index 16/15
Nemocnice	133 211	133 567	134 498	136 679	136 872	137 195	138 935	101,3
všeobecné nemocnice	114 664	117 190	116 896	119 020	118 723	122 520	122 602	100,1
specializované nemocnice	18 547	16 377	17 602	17 659	18 149	14 676	16 333	111,3
Lůžková zařízení dlouhodobé péče (1)	20 756	20 944	21 037	21 895	22 574	24 426	26 014	106,5
zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče	11 521	11 662	11 569	11 928	11 890	12 896	13 773	106,8
léčebny pro mentálně postižené, psychiatrické a závislé	8 005	8 183	8 294	8 883	9 695	10 606	11 648	109,8
Zařízení ambulantní péče	66 878	69 798	68 801	71 780	71 988	72 856	74 342	102,0
samostatné ordinace lékařů	37 679	37 915	37 764	39 236	38 481	40 159	41 153	102,5
samostatné ordinace zubních lékařů	16 674	17 169	16 143	16 704	17 447	17 495	18 030	103,1
ambulantní centra a ostatní zařízení (2)	12 525	14 714	14 894	15 840	16 060	15 202	15 159	99,7
Ostatní přímí poskytovatelé ZP	20 167	19 913	20 039	21 485	23 970	23 525	25 587	108,8
domácnosti (3)	13 788	13 362	13 620	14 593	15 207	15 991	17 393	108,8
ostatní (4)	6 379	6 551	6 419	6 893	8 763	7 534	8 194	108,8
Poskytovatelé doplňkových služeb	11 116	11 019	11 381	11 051	11 240	11 960	12 989	108,6
doprava pacientů a záchranná služba	6 670	6 789	6 738	6 438	6 558	7 093	7 660	108,0
laboratoře	4 446	4 229	4 643	4 613	4 682	4 867	5 329	109,5
Lékárny a ostatní prodejci zdrav. zboží	60 738	62 654	63 684	59 653	55 541	56 592	58 179	102,8
lékárny	51 469	54 193	55 468	50 258	47 159	48 684	49 725	102,1
ost. prodejci zdravotnického zboží (5)	9 268	8 462	8 216	9 395	8 382	7 908	8 454	106,9
Správa systému zdravotní péče	10 794	11 019	10 539	11 292	11 311	10 845	11 067	102,0
státní správa	4 046	4 075	3 767	4 192	4 263	4 355	4 581	105,2
správa zdravotních pojišťoven	6 748	6 943	6 772	7 100	7 048	6 490	6 486	99,9
<i>ostatní nebo nerozlišeno (6)</i>	10 429	9 166	11 933	10 885	15 234	14 639	14 535	99,3
Poskytovatelé zdravotní péče celkem	334 088	338 080	341 913	344 720	348 730	352 039	361 647	102,7

(1) zahrnují mj. domovy pro seniory s ošetrovatelskou péčí, léčebny pro dlouhodobě nemocné, zařízení hospicového typu

(2) zahrnují ambulance nelékařů – např. psycholog, ergoterapeut, ambulantní chirurgická centra, zařízení asistované reprodukce

(3) ve skupině domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče je zahrnuto ošetrovné a příspěvek na péči zajišťovanou osobou blízkou

(4) zahrnuje poskytovatele, kteří poskytují zdravotní péči jako sekundární produkt své činnosti např. závodní preventivní péče, školní péče, lékařskou péči v zařízeních vězeňské služby

(5) e-shopy se zaměřením na prodej léků, zdravotnického materiálu a terapeutických pomůcek

(6) poskytovatelé preventivní péče a také blíže neurčené či nespecifikované typy poskytovatelů

ZP – zdravotní péče

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Od roku 2010 se zvýšily výdaje nemocnic o téměř 6 miliard Kč (o 4,3 %)

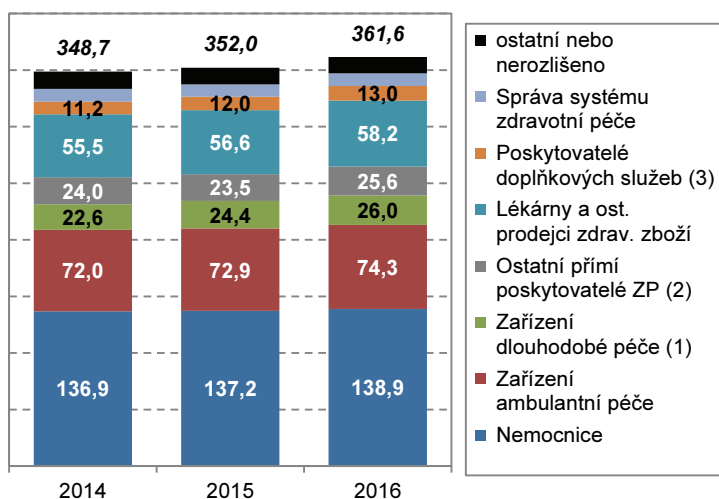
V Česku od roku 2010 téměř dvě pětiny (38,4 % v roce 2016) finančních prostředků ve zdravotnictví směřuje

do **nemocnic**. V roce 2016 z toho 88 % připadalo na **všeobecné nemocnice** a zbývajících 12 % výdajů na zdravotní péči náleželo **specializovaným nemocnicím**, kam podle mezinárodní metodologie SHA 2011 patří např. psychiatrické nemocnice, zařízení následné péče, rehabilitační nemocnice a nemocnice léčebně rehabilitační péče včetně lánů.

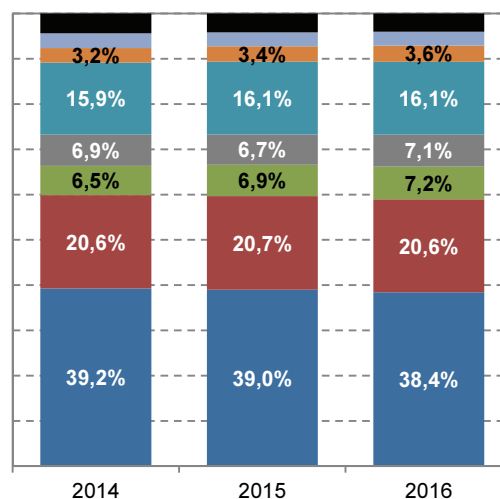
V pořadí za nimi následovaly výdaje v **zařízeních ambulantní péče** (v roce 2016 dosahovaly jedné pětiny celkových výdajů). V této skupině poskytovatelů připadalo 55 % výdajů na **samostatné ordinace lékařů** a 24 % na **ordinace stomatologů**.

Graf 2.10 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle poskytovatelů, 2014 – 2016

a) v mld. Kč



b) struktura v %



(1) zahrnují např. domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, léčebny pro psychiatrické a závislé pacienty
 (2) zahrnují domácnosti, zařízení pro seniory bez ošetrovatelské péče, poskytovatele závodní preventivní péče apod.
 (3) zahrnují dopravu pacientů včetně záchranné služby a laboratoře; ZP – zdravotní péče

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Kategorie poskytovatelů **lékárny a ostatní prodejci zdravotnického zboží** zahrnuje specializované provozovny, které se zaměřují na **maloobchodní prodej** farmaceutických výrobků nebo zdravotnických prostředků a lékařských nástrojů jako jsou optické brýle, naslouchátka, ortopedické a protetické pomůcky. Rovněž zahrnují montáž a opravy v kombinaci s prodejem těchto výrobků. Pokud jde o **samostatné lékárny**, které se v roce 2016 podílely z 86 na této kategorii, došlo po poklesu jejich příjmů v letech 2013 a 2014 z 55,5 mld. Kč v roce 2012 na 47,2 mld. Kč v roce 2014 k mírnému navýšení v posledních dvou letech na 49,7 mld. Kč v roce 2016.

Výdaje v **zařízeních dlouhodobé péče** se v roce 2016 pohybovaly na úrovni 26 mld. Kč, což je 7 % z celkových nákladů na zdravotní péči. V porovnání s rokem 2010 se jejich výdaje zvýšily o jednu čtvrtinu, tj. v absolutním vyjádření o 5,2 mld. Kč.

Mezi roky 2015 a 2016 rostly procentuálně v rámci této kategorie nejrychleji (o 10 %) výdaje v **léčebnách pro mentálně postižené a psychiatrické pacienty**. **Lůžková zařízení dlouhodobé péče** zahrnující domovy pro seniory, jejichž hlavním finančním zdrojem je státní rozpočet (87 %), se v roce 2016 podílely z 53 % (13,8 mld. Kč) na výše uvedených zařízeních dlouhodobé péče. Meziročně zde výdaje na zdravotní péči vzrostly o 6,8 % (877 mil. Kč). V roce 2016 bylo v České republice 514 lůžkových zařízení pro seniory s kapacitou 37 247 lůžek.

Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče zahrnují výdaje na péči zajišťovanou osobou blízkou v souvislosti s pobíráním ošetrovného a příspěvku na péči (blíže viz metodická příloha). Meziroční zvýšení výdajů domácností o 8,8 % souvisí především se zvýšením výdajů ze státního rozpočtu na příspěvky na péči, které dosáhly v roce 2016 částky 16,2 mld. Kč. Výdaje na ošetrovné se v posledních dvou letech pohybují okolo 1,1 mld. Kč.

Na ošetrovné má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat z důvodu, že musí ošetrovat nemocného



člena domácnosti, nebo pečovat o zdravé dítě mladší 10 let z důvodů, že školské nebo dětské zařízení bylo uzavřeno z důvodu nepředvídané události, dítěti byla nařízena karanténa, nebo osoba, která jinak o dítě pečuje, sama onemocněla. Podpůrní doba u ošetrovného počíná prvním kalendářním dnem potřeby ošetřování a činí nejdéle 9 kalendářních dnů.

Ostatní odvětví jako poskytovatelé zdravotní péče (8,1 mld. Kč za rok 2016) zahrnují širokou škálu poskytovatelů zdravotní péče např. závodní preventivní péči, zařízení pro seniory bez ošetrovatelské péče, poskytovatele domácí péče zaměřené na sebeobsahu a soběstačnost klienta, školy s pracovníky v oblasti zdravotnictví apod.

Výdaje poskytovatelů **dopravních služeb** pro pacienty přesáhly poprvé od roku 2010 částku 7,5 mld. Kč, což je nárůst o 15 %. Podobný vývoj mají i výdaje **zdravotnických laboratoří**, které dosáhly výše 5,4 mld. Kč, což je nejvíce od roku 2010.

Správa systému zdravotní péče zahrnuje vládní instituce, které naplňují v rámci své činnosti množství strategických dokumentů z oblasti zdravotnictví, normy pro lékaře a ostatní zdravotnický personál a přidělování licencí poskytovatelům zdravotní péče (např. Ministerstvo zdravotnictví, Ústav zdravotnických informací a statistiky) a v neposlední řadě zdravotní pojišťovny veřejného zdravotního pojištění. Výdaje na zdravotní péči z hlediska tohoto typu poskytovatelů se dlouhodobě pohybují mírně přes 10 mld. Kč.

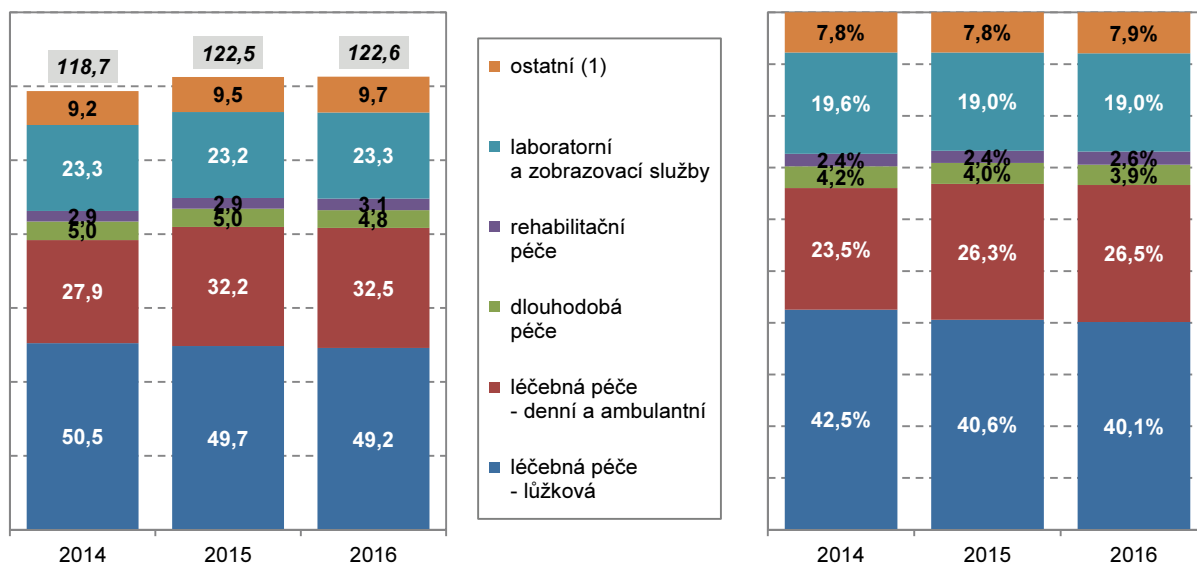
Za ambulantní a denní péči zaplatily nemocnice více než čtvrtinu svých celkových nákladů

Většina z finančních prostředků (nejsou zde zahrnuty investiční výdaje na pořízení přístrojového vybavení financovaného ze státního rozpočtu) je ve všeobecných nemocnicích vynaložena stále na **lůžkovou léčebnou péči**. V roce 2016 na ni šlo 49,2 mld. Kč, tj. 40,1 %. Před dvěma roky to bylo 50,5 mld. Kč (42,5 %). V posledních dvou letech roste význam denní a ambulantní léčebné péče. V roce 2016 výdaje všeobecných nemocnic na ambulantní a denní péči dosáhly hodnoty 32,5 mld. Kč, což je 26,5 % z celkových výdajů těchto nemocnic.

Graf č. 2.11 Výdaje na zdravotní péči ve všeobecných nemocnicích v Česku, 2014 – 2016

a) v mld. Kč

b) struktura v %



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Podle sdělení Ústavu zdravotnických informací a statistik byla koncem roku 2016 síť zdravotnických zařízení ústavní péče složena ze 189 nemocnic (akutní a následné péče) s celkovým počtem 60 221 lůžek a 126 odborných léčebných ústavů (včetně ozdravoven a hospiců, bez lázeňských léčeben) s celkem 17 753 lůžky.

3. Specifické výsledky o výdajích na zdravotní péči

Všechny zdroje dat potřebné k sestavení zdravotnických účtů nepřinášejí údaje na stejné úrovni podrobnosti a ve stejné kvalitě. V rámci specifických výsledků jsou uvedeny zejména informace vycházející z podrobných údajů, které mají k dispozici **zdravotní pojišťovny**. Patří sem také informace, které přinášejí bližší pohled na sociálně či ekonomicky významnou oblast zdravotní péče - **účast domácností, dlouhodobá péče či výdaje za léky**.

3.1 Výdaje zdravotních pojišťoven

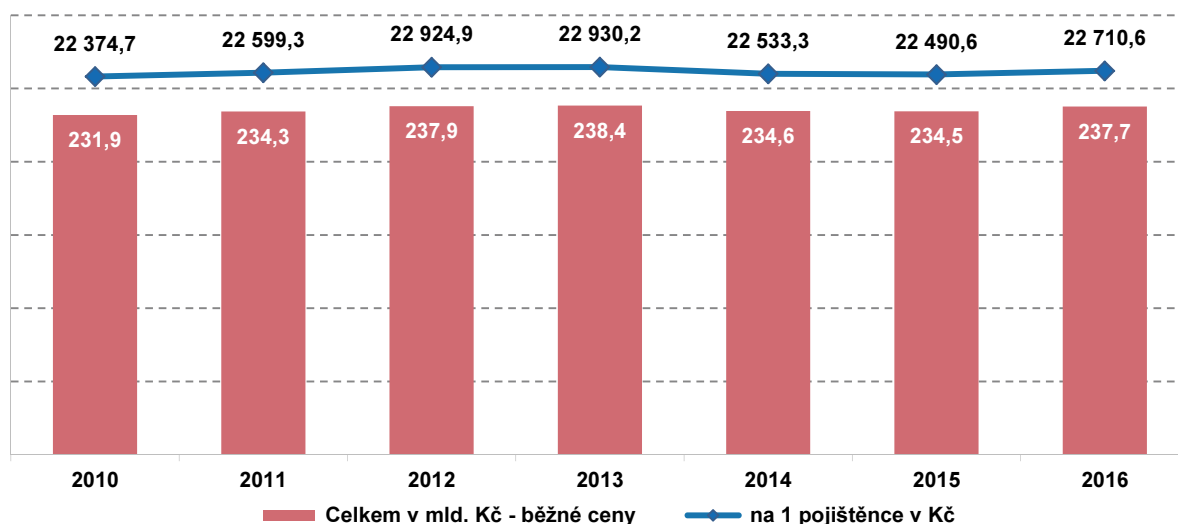
Zdravotní péče je v našem systému hrazená převážně z veřejného zdravotního pojištění a pouze v některých případech bývá doplněna o spoluúčast pacientů (např. doplatky za některé léky, stomatologická péče apod.). Následující kapitola podává jak ucelenou informaci o **celkových výdajích** zdravotních pojišťoven na zdravotní péči, tak i podrobné informace o **výdajích na jednotlivé druhy diagnóz** podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále také „MKN-10“) a nechybí ani výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči **na 1 pojištěnce podle pohlaví, věku a diagnóz**.

3.1.1. Celkové výdaje zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny vydaly v roce 2016 na zdravotní péči celkem 237,7 mld. Kč a touto částkou se tak ze dvou třetin podílely na financování zdravotní péče v České republice. V roce 2014 byl v rámci sledovaného období poprvé zaznamenán meziroční pokles výdajů na zdravotní péči financovaný z povinného zdravotního pojištění. Zatímco v roce 2013 dosáhly celkové výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči 238,4 mld. Kč, o rok později to bylo o 3,8 mld. Kč (1,6 %) méně. V následujícím roce zůstala výše financování z toho zdroje na téměř stejné úrovni. V roce 2016 výdaje na zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění meziročně vzrostly o 3,2 mld. Kč (1,4 %) na výše zmíněných 237,7 mld. Kč.

Za zdravotní péči v letech 2010 až 2016 zaplatily zdravotní pojišťovny celkem 1 649,3 mld. Kč a průměrné výdaje zdravotních pojišťoven **na jednoho pojištěnce** v tomto období dosáhly částky 22 652 Kč.

Graf č. 3.1.1 Výdaje na zdravotní péči v Česku financované ze zdrojů zdravotních pojišťoven, 2010-2016



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 – 2016

V **mezinárodním srovnání** podíl výdajů na zdravotní péči v České republice financovaný z povinného zdravotního pojištění vysoce převyšuje průměr zemí OECD (36 % v roce 2015). Náš stát se tak řadí k zemím jako je například Nizozemsko, Německo, Slovensko, Francie či Nizozemsko, kde je systém financování zdravotní péče založený především na zdrojích ze všeobecného zdravotního pojištění.



3.1.2. Výdaje zdravotních pojišťoven podle diagnóz MKN-10

V této kapitole se budeme podrobně věnovat výdajům na zdravotní péči v členění podle jejich **diagnóz** definovaných podle **Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotnických problémů z roku 2010** (dále jen MKN-10), a to v členění podle pohlaví a věku pojištěnců.

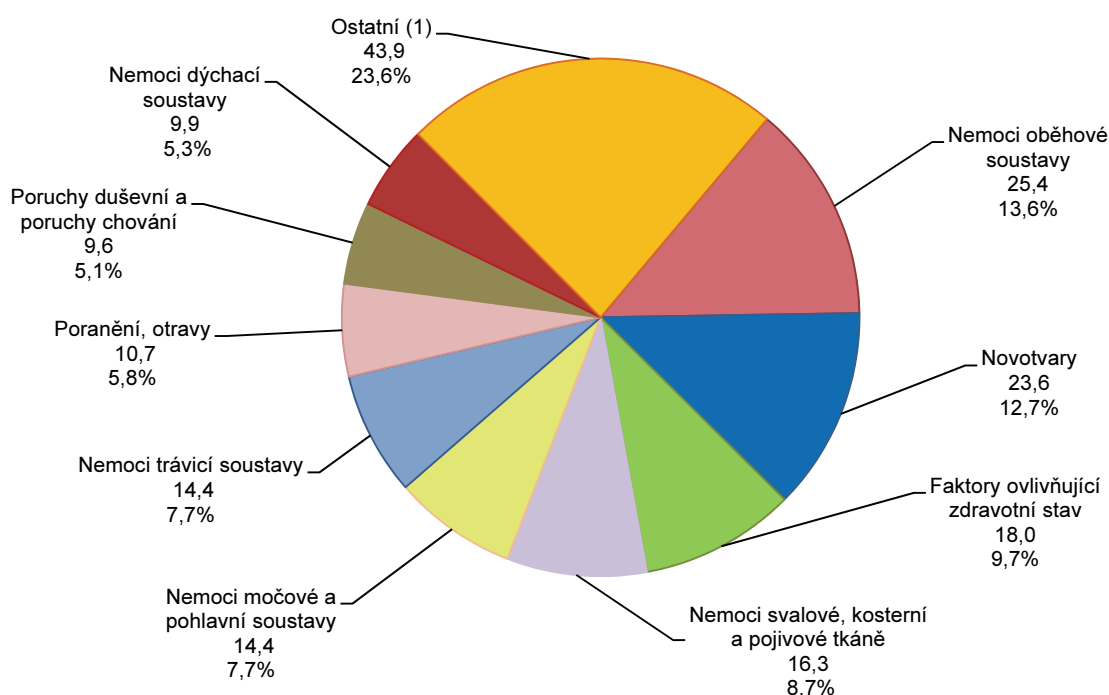
Nejvíce peněz vydávají zdravotní pojišťovny na léčení nemocí srdce a cév

Na celkových výdajích u jednotlivých kapitol diagnóz se podílí jednak četnost daných onemocnění v populaci a pochopitelně také nákladnost jejich léčby. Nejnákladnější skupinou onemocnění jsou dlouhodobě **nemoci oběhové soustavy** (25,4 mld. Kč), kam spadají mimo jiné ischemické choroby srdeční (např. infarkt myokardu, angina pectoris aj.) a cévní nemoci mozku (mrtvice), což jsou jak vysoce nákladná, tak i relativně častá onemocnění.

Podle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS ČR) patří **kardiovaskulární onemocnění k nejčastějším příčinám úmrtí v Česku u obou pohlaví. V roce 2016 byly příčinou 41 % úmrtí mužů a 48 % úmrtí žen, celkem zapříčinily téměř 48 tisíc případů úmrtí z celkového počtu 108 tisíc.**

Na druhém místě nákladných diagnóz zůstávají **novotvary** (23,6 mld. Kč), které představují poměrně vysoké náklady v souvislosti s nárůstem nově hlášených případů onkologických pacientů a zaváděním moderních, ale také velmi drahých léků do praxe.

Graf č. 3.1.2 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle diagnóz MKN-10*, 2016 (v mld. Kč; %)



(1) zahrnuje výdaje na další kapitoly diagnóz v grafu neuvedené: např. nemoci nervové soustavy, nemoci oka, nemoci ucha, nemoci kůže, některé infekční a parazitární nemoci, těhotenství, porod a šestinedělí atd.

Poznámka: výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle diagnóz MKN-10 uvedené v tomto grafu neobsahují údaje za „neznámou“ diagnózu ve výši 51,4 mld. Kč. Položka neznámá diagnóza zahrnuje výdaje, které není možné rozčlenit na konkrétní diagnózy. Jedná se například o kapitační platby registrujícím lékařům, návštěvní službu v rámci domácí péče, léky na recept, různé bonusy a příspěvky a také náklady pojišťoven na správu a provoz vlastních organizací.

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

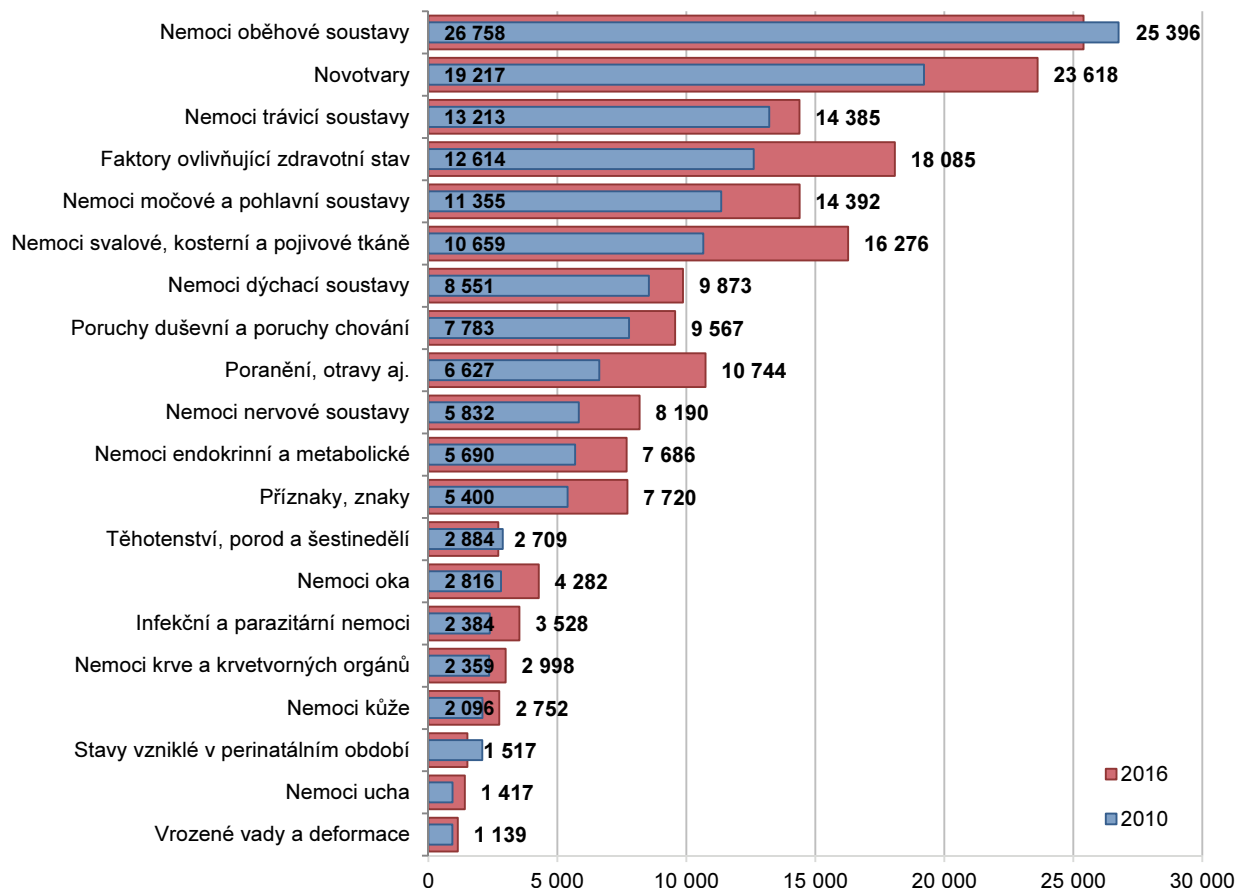
Třetí nejnákladnější kapitolou jsou **faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami** (18,0 mld. Kč). Jedná se obsahově o velmi různorodou skupinu příčin čerpání zdravotní péče. Patří sem nejrůznější prohlídky (preventivní, zubní, gynekologické, v těhotenství, oční atd.), laboratorní vyšetření, screeningové vyšetření, očkování, lékařské pozorování, kosmetické výkony, přizpůsobení

a seřízení implantovaných nebo protetických pomůcek, následná vyšetření po chemoterapii, dárcovství orgánů a tkání, hospitalizace novorozenců po porodu, doprovod dítěte při hospitalizaci a další.

Výdaje na onkologickou léčbu v roce 2016 dosáhly 23,6 miliard korun, stejně jako v roce 2015

I když i v roce 2016 – jak již bylo uvedeno výše – vykazaly zdravotní pojišťovny největší objem výdajů na zdravotní péči (25,4 mld. Kč) za **nemoci oběhové soustavy**, bylo to o 5 % méně než v roce 2010. Pokles výdajů na jejich léčbu byl v tomto období zaznamenán ve všech věkových skupinách s výjimkou dětí do 9 let. Podle informací zdravotních pojišťoven se výdaje v rizikových věkových skupinách 60 - 69 let na tuto diagnózu v letech 2015 – 2016 snížily o 9 %. Z důvodu nemoci oběhového systému bylo v roce 2016 hospitalizováno více než 298 tisíc pacientů, což je o 8 % méně v porovnání s rokem 2010.

Graf č. 3.1.3 Výdaje zdravotních pojišťoven v Česku podle diagnóz MKN-10, 2010 a 2016 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

V roce 2016 vydaly zdravotní pojišťovny na léčbu **onkologických onemocnění** 23,6 mld. Kč, což odpovídá úrovni z roku 2015. Vysoké výdaje na onkologickou léčbu souvisí s možnostmi nových moderních léčebných i diagnostických metod, přístrojů a léčivých prostředků a bohužel také se zvyšujícím se počtem nově hlášených onkologických onemocnění v populaci. Nádorová onemocnění jsou stále druhou nejčastější příčinou úmrtí, po nemocech oběhové soustavy. Diagnostikována jsou u více než čtvrtiny zemřelých. U mužů se týkají zejména plic, tlustého střeva a prostaty. U žen je zaznamenána nejvýznamnější část úmrtí v důsledku novotvarů plic, tlustého střeva, prsu a pohlavních orgánů. K nejnákladnějším skupinám onkologických onemocnění patří nádory trávicího ústrojí a nádory mízní, krevetvorné a příbuzné tkáně.

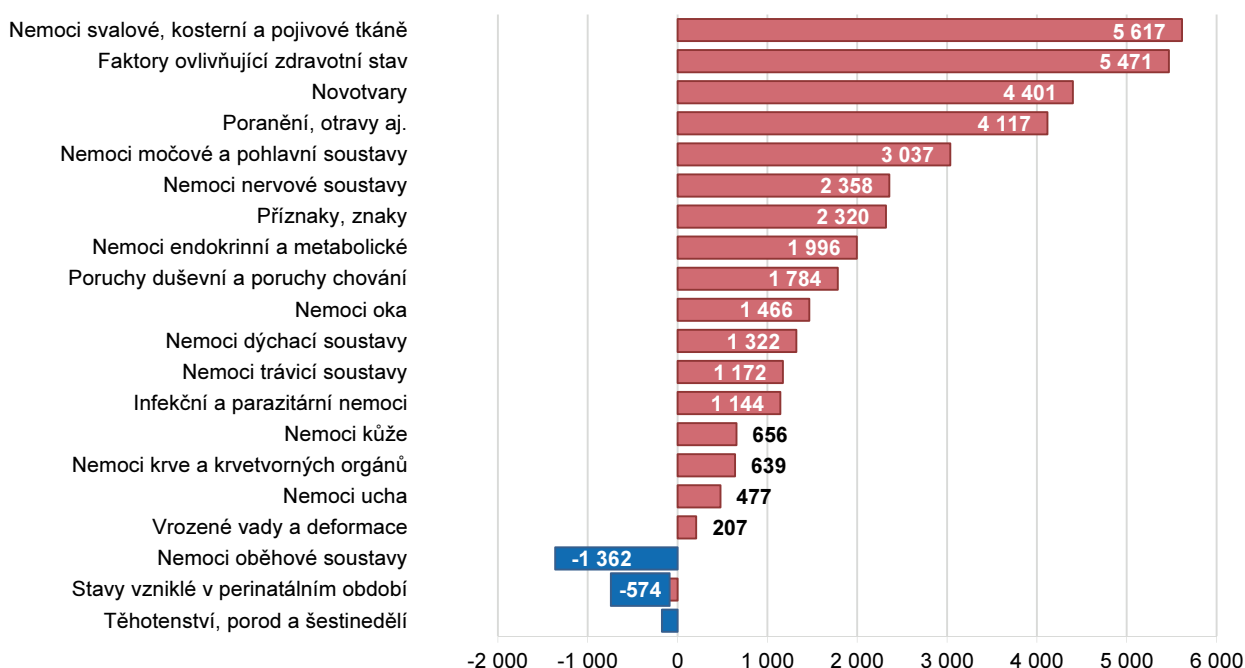


Léčba **nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně** stála v roce 2016 zdravotní pojišťovny 16,3 mld. Kč, což je o polovinu více než v roce 2010. Dlouhodobě se výdaje za léčbu nemocí pohybového ústrojí obecně řadí na přední místa pomyslného žebříčku.

Mezi roky 2010 a 2016 procentuálně nejvíce vzrostly výdaje na léčení poranění a otrav

Od roku 2010 se v absolutních číslech nejvíce zvýšily náklady na léčení **nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně** (o 5,6 mld. Kč) a na kapitolu **faktory ovlivňující zdravotní stav** (o 5,5 mld. Kč), která zahrnuje různá vyšetření, poradny, hospitalizaci dětí po porodu, doprovod při hospitalizaci, laboratorní vyšetření a další obdobné zdravotnické úkony. Vysoce nadprůměrnou dynamiku v absolutních hodnotách měly i **diagnózy poranění a otrav** (o 4,4 mld. Kč) a již výše uvedená **onkologická onemocnění** (o 4,1 mld. Kč). Výdaje na léčbu nemocí **močové a pohlavní soustavy** stouply o 3 mld. Kč.

Graf č. 3.1.4 Změna výdajů zdravotních pojišťoven v Česku dle diagnóz MKN-10 mezi roky 2010 a 2016 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Procentuálně mezi roky 2010 a 2016 nejvíce vzrostly výdaje na léčbu **následků poranění a otrav** (nárůst o 62 %) a onemocnění svalové **nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně** (nárůst o 53 %).

Podle informací ÚZIS ČR jsou **nemoci svalové a kosterní soustavy** dlouhodobě druhou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti (dále jen PN). V roce 2016 tvořily necelou pětinu všech případů PN. Tyto nemoci se vyznačují poměrně dlouhou průměrnou dobou trvání jednoho případu PN, která v roce 2016 činila 66 dnů. Na celkovém počtu proustaných dnů se nemoci svalové a kosterní soustavy podílely 31 %, což je dlouhodobě nejvyšší podíl. Z této skupiny onemocnění se na pracovní neschopnosti nejvíce podílely onemocnění zad a páteře.

Poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin byly v roce 2016 mezi důvody pracovní neschopnosti na třetím místě. Poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin bylo důvodem 15 % proustaných dnů v PN. Průměrná doba PN u této skupiny činila 52 dní. Nejvíce případů PN z této skupiny příčin způsobila vymknutí, podvrtnutí a natažení kloubních vazů.

Ke snížení výdajů pojišťoven na zdravotní péči mezi roky 2010 a 2016 došlo u kapitol **těhotenství, porod a šestinedělí** o 6% a **stavy vzniklé v perinatálním období** o 27 %. V případě diagnózy stavy vzniklé v perinatálním období je poměrně výrazný pokles dán také relativně nízkou absolutní výší výdajů zdravotních pojišťoven na tento druh zdravotní péče. Nevelké absolutní snížení tak způsobí významný procentuální

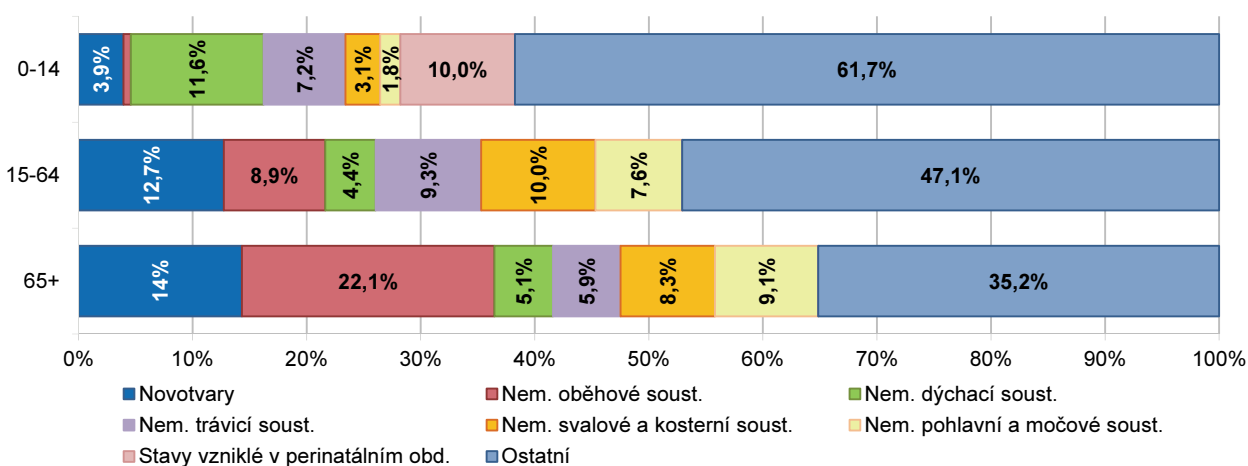
pokles. Tuto skutečnost ovlivnil s největší pravděpodobností pokles počtu narozených dětí v tomto období, který se snížil ze 117 tisíc v roce 2010 na 113 tisíc v roce 2016.

Zdravotní pojišťovny přispívají u dětí nejčastěji na léčbu onemocnění dýchacích cest a stavů vzniklých v perinatálním období

Následující graf č. 3.1.5 přináší přehled nejnákladnějších kapitol diagnóz z roku 2016 ve třech základních věkových skupinách.⁷ Ve věkových skupinách **15 – 64 let a 65 a více let** je výčet nejnákladovějších skupin diagnóz téměř totožný a mění se mírně pouze jejich pořadí. Nejmarkantnější **rozdíl** podle věku je ve výdajích zdravotních pojišťoven **na léčení nemocí kardiovaskulárního systému**. Ve věkové skupině 65+ tvoří téměř čtvrtinu výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči, zatímco ve skupině 15 – 64 let se jedná o desetinu. Z hlediska struktury příčin nemoci jsou stále nemoci oběhové soustavy nejčastějším důvodem pro hospitalizaci a také úmrtnosti. Podle demografické statistiky umírá polovina seniorů v České republice na nemoci oběhové soustavy (zejména na infarkt myokardu a cévní onemocnění), ve středním věku jsou nejčastějšími příčinami úmrtí zhoubné novotvary.

U dětí do 14 let je výčet finančně nejnáročnějších diagnóz z hlediska výdajů zdravotních pojišťoven odlišný. Jedná se zejména o nemoci **dýchací soustavy a stavy vzniklé v perinatálním období**, což je pravděpodobně ovlivněno nárůstem počtu předčasně narozených dětí s nízkou či velmi nízkou porodní hmotností. Zdravotní péče o tyto velmi ohrožené děti je značně nákladná a s vývojem stále dokonalejších léčebných metod, léků a přístrojů budou tyto náklady pravděpodobně nadále narůstat.

Graf č. 3.1.5 Výdaje zdravotních pojišťoven v Česku podle věkových skupin a diagnóz MKN-10*, 2016 (%)



* Poznámka: výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle diagnóz MKN-10 uvedené v tomto grafu neobsahují údaje za „neznámou“ diagnózu ve výši 51,4 mld. Kč. Položka neznámá diagnóza zahrnuje výdaje, které není možné rozčlenit na konkrétní diagnózy. Jedná se například o kapitační platby registrujícím lékařům, návštěvní službu v rámci domácí péče, léky na recept, různé bonusy a příspěvky a také náklady pojišťoven na správu a provoz vlastních organizací.

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Výrazně vyšší jsou výdaje na léčení nemocí oběhové soustavy u mužů než u žen

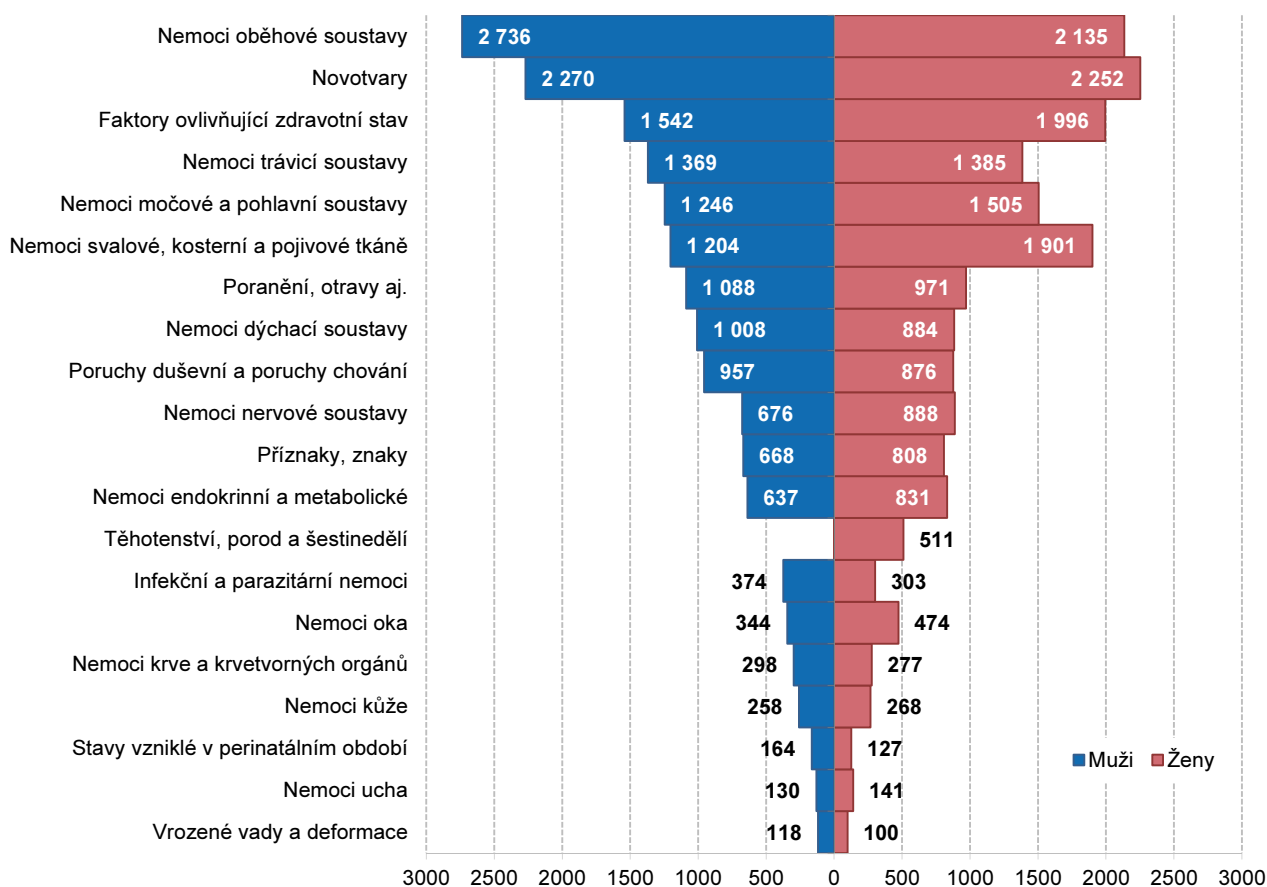
Graf č. 3.1.6 podává přehled o průměrných výdajích zdravotních pojišťoven podle diagnóz přepočtených na jednoho pojištěnce daného pohlaví. Je zde patrná převaha výdajů na zdravotní péči o **ženy** u nemocí svalové a kosterní soustavy, ale také u diagnóz ze skupiny faktory ovlivňující zdravotní stav. Také u nemocí močové a pohlavní soustavy a nemocí nervové soustavy jsou průměrné výdaje pojišťoven vyšší u žen než u mužů.

⁷ Nejsou zde samostatně zahrnuty diagnózy z kapitoly - Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, které jsou uvedeny v položce ostatní diagnózy.



Naopak vyšší výdaje pojišťoven na zdravotní péči o **muže** jsou zaznamenány u onemocnění oběhové soustavy. I v tomto případě odrážejí průměrné náklady jak četnost onemocnění, která může být pro muže a ženy různá, tak i nákladnost léčby. Při tom v jedné skupině diagnóz často najdeme diagnózy typické jak pro muže, tak pro ženy, které se svou frekvencí i nákladností léčby mohou velmi lišit.

Graf č. 3.1.6 Výdaje zdravotních pojišťoven v Česku na 1 pojištěnce podle pohlaví a diagnóz MKN-10, 2016 (Kč)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Nejvíce peněz vydaly zdravotní pojišťovny na péči o muže i ženy ve věku 70 až 74 let

Následující část je zaměřena na výdaje pojišťoven na zdravotní péči členěné **podle věku a pohlaví pojištěnců**, na které byla tato péče vykazána. Každá věková skupina má odlišný počet pojištěnců, který přímo úměrně ovlivňuje výši celkových vynaložených výdajů. Při vyčíslení výdajů na jednoho pojištěnce se ukazuje jako potřebné vzít v úvahu i věk pojištěnce, protože v různém věku se stejná nemoc může projevovat různě, mít odlišnou délku léčení, specifické komplikace, odlišný průběh a tudíž rozdílné náklady.

Z celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči připadlo zhruba 48 % na péči o **muže** a 52 % na péči o **ženy**. Vyšší výdaje na zdravotní péči o muže než na péči o ženy byly v roce 2016 pojišťovnami evidovány ve věkových skupinách 0 – 14 a 55 – 79 let. V ostatních věkových skupinách byly vyšší výdaje na zdravotní péči o ženy než o muže. U obou pohlaví se nejvyšší částka objevuje shodně ve věkové skupině 70 – 74 let.

V porovnání s rokem 2010 se celkové výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v roce 2016 zvýšily téměř o 6 miliard korun. Největší nárůst výdajů pojišťoven na zdravotní péči o muže byl mezi lety 2010 a 2016 zaznamenán ve **věkové skupině 70 až 74 let** (o 52 %) a výdaje na zdravotní péči o ženy se nejvíce zvýšily ve věkové skupině 85 a více let (o 36 %). V těchto skupinách rozlišených dle věku a pohlaví došlo zároveň k výraznému nárůstu počtu obyvatel a zároveň se jedná o věkové skupiny, u nichž je tradičně vysoká míra nemocnosti.

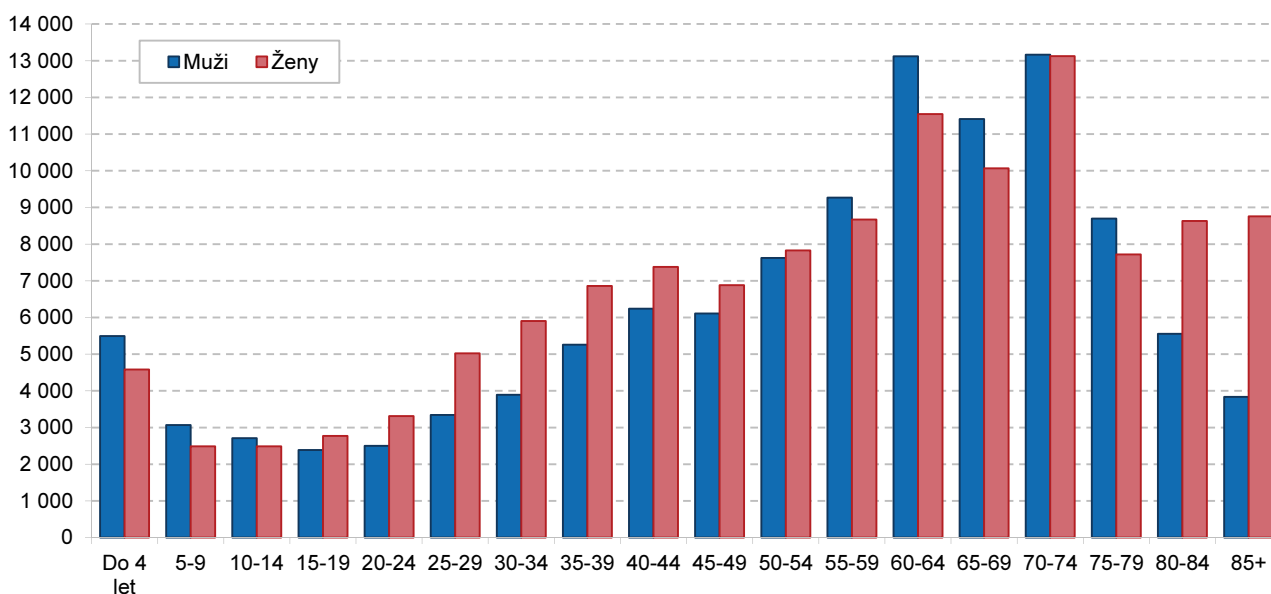
Tab. č. 3.1.1 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle věku a pohlaví, 2010 a 2016 (mil. Kč)

Věková skupina	2010			2016		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
0-4	5 256	4 072	9 328	5 493	4 581	10 074
0-5	2 716	2 188	4 904	3 066	2 486	5 552
10-14	2 584	2 627	5 211	2 709	2 487	5 196
15-19	2 964	3 385	6 349	2 389	2 771	5 159
20-24	2 831	3 673	6 504	2 501	3 313	5 814
25-29	3 503	5 446	8 949	3 343	5 023	8 367
30-34	4 650	7 589	12 239	3 892	5 905	9 797
35-39	4 780	5 975	10 755	5 257	6 859	12 116
40-44	5 368	5 759	11 127	6 240	7 377	13 617
45-49	5 499	6 229	11 728	6 111	6 882	12 993
50-54	8 201	8 664	16 865	7 623	7 828	15 451
55-59	10 631	10 095	20 726	9 266	8 668	17 934
60-64	13 828	11 523	25 351	13 120	11 547	24 667
65-69	11 282	11 942	23 224	11 409	10 067	21 476
70-74	8 650	10 182	18 832	13 165	13 125	26 289
75-79	7 730	9 707	17 437	8 696	7 719	16 415
80-84	5 092	8 071	13 163	5 557	8 631	14 188
85+	2 772	6 435	9 207	3 837	8 758	12 595
Celkem	108 332	123 557	231 889	113 673	124 027	237 700

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

K největšímu poklesu naopak došlo u výdajů na zdravotní péči o muže ve věkové skupině 15 – 19 let (o 19 %), což je důsledek snížení počtu mužů ve věku 15 – 19 let o jednu pětinu v porovnání s rokem 2010. Výdaje na péči o ženy ve věkové skupině 30 – 34 let poklesly o 22 %, což může být, s ohledem na důvody čerpání zdravotní péče mladými ženami, do jisté míry ovlivněno také poklesem porodnosti v uvedeném období.

Graf č. 3.1.7 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v Česku podle věku a pohlaví v roce 2016 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016



Výdaje na léčení žen jsou v průměru o 6 % vyšší než na léčení mužů

Následující tabulka č.3.1.2 přináší **průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle pohlaví a věku**.⁸ Obecně lze říci, že výdaje na zdravotní péči rostou spolu s věkem a v jednotlivých věkových skupinách se jejich výše liší i v závislosti na pohlaví.

Důvodem je čerpání velmi odlišné zdravotní péče u každé věkové skupiny. Poměrně vysoké výdaje na jednoho pojištěnce jsou vykazovány v nejmladší věkové skupině dětí do 4 let, což je dáno nákladnější péčí o novorozence (každý novorozenec je po porodu hospitalizován), zejména u předčasně narozených dětí. V následujících věkových skupinách až do 34 let se hodnota průměrných ročních výdajů na jednoho pojištěnce pohybuje kolem 10 tisíc Kč u mužů a 13,6 tisíc Kč u žen (výdaje na zdravotní péči jsou vyšší u žen než u mužů také z důvodů zajištění péče související s těhotenstvím a porodem). Od 35. roku věku se průměrné výdaje na zdravotní péči zvyšují s narůstajícím věkem. U mladších ročníků obou pohlaví jsou často průměrné výdaje na jednoho pojištěnce v dané věkové skupině ovlivněny nabídkou zdravotních pojišťoven na očkování nebo preventivní programy.

Celkově byly v roce 2016 průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na jednu pojištěnou ženu (23 385 Kč) o 5,8 % vyšší než průměrné výdaje na jednoho pojištěného muže (22 103 Kč). Průměrné výdaje na jednu pojištěnou ženu zůstaly mezi roky 2010 a 2016 stabilní. Výdaje na jednoho pojištěnce - muže vzrostly ve stejném období o 3,9 %. K největšímu nárůstu průměrných výdajů došlo u dívek nejmladší věkové skupiny do 4 let o 17,8 % a u mužů ve věkové skupině 35 – 39 let o 11,2 %. Naopak nejméně se za toto sedmileté období snížily průměrné výdaje u obou pohlaví ve věkové skupině 65 - 69 let – u mužů o 12 % a u žen o 33 %.

Vývoj průměrných ročních výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči **na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví** mezi roky 2010 a 2016 přehledně zachycuje následující tabulka č. 3.1.2.

Tabulka č. 3.1.2 Výdaje zdravotních pojišťoven v ČR na 1 pojištěnce podle věku a pohlaví, 2010 a 2016 (v Kč)

Věková skupina	2010			2016		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
0-4	17 666	14 361	16 014	19 277	16 912	18 095
5-9	11 156	9 514	10 335	10 190	8 651	9 420
10-14	11 014	11 822	11 418	10 733	10 404	10 568
15-19	9 667	11 659	10 663	10 123	12 459	11 291
20-24	8 345	11 412	9 879	8 578	12 112	10 345
25-29	9 618	15 907	12 763	9 708	15 484	12 596
30-34	10 281	17 854	14 068	10 748	17 347	14 047
35-39	10 922	14 566	12 744	12 149	16 906	14 528
40-44	15 088	17 168	16 128	13 823	17 243	15 533
45-49	15 761	18 675	17 218	17 097	20 244	18 671
50-54	23 815	25 436	24 626	21 901	23 213	22 557
55-59	28 516	26 057	27 287	29 048	27 010	28 029
60-64	39 756	30 036	34 896	38 049	31 114	34 581
65-69	45 612	40 172	42 892	35 657	27 061	31 359
70-74	54 245	47 241	50 743	59 108	45 387	52 248
75-79	62 624	50 086	56 355	64 924	39 046	51 985
80-84	65 217	53 670	59 444	66 387	58 510	62 448
85+	68 462	60 030	64 246	67 565	64 169	65 867
Celkem	21 267	23 445	22 356	22 103	23 385	22 744

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

⁸ Tabulka počtu pojištěnců podle věku a pohlaví je uvedena v příloze (viz tabulka č.12)

3.2. Výdaje domácností na zdravotní péči

Následující kapitola přináší přehled **základních údajů o celkových výdajích domácností na zdravotní péči** za uplynulých sedm let. Více pozornosti je věnováno výdajům **na léky**, které patří k nejnákladnějším položkám českých domácností. Zaměříme se rovněž na informace o výdajích domácností **na jednotlivé druhy zdravotní péče** a připomeneme si **vývoj regulačních poplatků** od jejich počátku do současné doby.

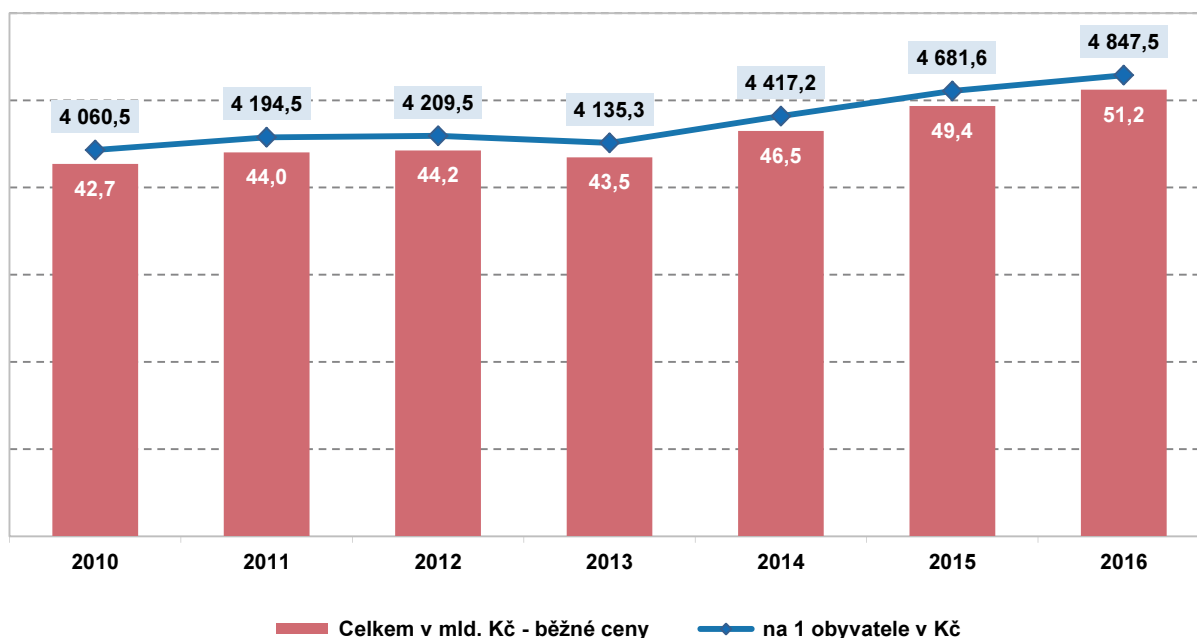
3.2.1. Celkové výdaje domácností

V roce 2016 přesáhly v Česku poprvé v historii výdaje domácností na zdravotní péči hranici 50 miliard Kč – na své zdraví vynaložily celkem 51,2 mld. Kč, tedy 14,2 % z celkových výdajů na zdravotní péči v České republice. V posledních třech letech pozorujeme nárůst výdajů domácností na zdravotní péči o téměř pětinu (18 %), a to ze 43,5 mld. Kč v roce 2013 na výše uvedených 51,2 mld. Kč v roce 2016. Za celé sledované období let 2010 až 2016 pak zaplatily české domácnosti z vlastních prostředků za zdravotní péči nad rámec veřejného zdravotního pojištění celkem 322 mld. Kč s průměrným ročním tempem růstu 3,1 %.

Nejvýraznější zastoupení domácností ve financování zdravotní péče měli ze zemí EU v roce 2015 v Bulharsku (48 %), v Lotyšsku (41 %) a v Řecku (35 %), oproti tomu nejmenší ve Francii (7 %). **Průměr zemí OECD** představoval 20 %. Přímé platby domácnosti se v České republice v uvedeném roce podílely z 13 % na financování zdravotní péče, tj. podobně jako např. ve skandinávských zemích (Norsko, Švédsko a Dánsko) či u našeho souseda v Německu. V Rakousku a na Slovensku se tento podíl (18 %) blížil výše zmíněnému průměru za země OECD a v Polsku dosáhl hodnoty 23 %.

V roce 2016 představovala výše uvedená částka 51,2 mld. Kč výdajů domácností na zdravotní péče 2,31 % **z celkových výdajů domácností** – pro zajímavost před deseti lety to bylo 1,77 %. Pokud bychom vztáhly přímé výdaje domácností na zdravotní péči **na jednoho obyvatele**, dosáhly bychom v roce 2016 hodnoty 4,9 tis. Kč oproti 4,1 tis. Kč v roce 2010.

Graf č. 3.2.1 Přímé výdaje domácností v Česku na zdravotní péči, 2010-2016



Poznámka: Výdaje domácností na zdravotní péči vychází z předběžných výsledků Národních účtů ČSÚ za rok 2016. Na základě revize dat Národních účtů ČSÚ budou v srpnu 2018 aktualizována data za rok 2016 v této publikaci.

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016



3.2.2. Výdaje domácností podle druhu zdravotní péče

Uvedené výdaje zahrnují přímé náklady domácností na zdravotní péči, nikoli platby, které jsou zpětně propláceny (např. refundace od zdravotních pojišťoven při úhradě naléhavé zdravotní péče v zahraničí či vstupní lékařské prohlídky do zaměstnání). Lidé platí z vlastní kapsy především léky, ať už se jedná o doplatky za medikamenty na předpis nebo volně prodejné léky a ostatní léčiva. Z rodinného rozpočtu jsou hrazeny i příplatky u stomatologů, regulační poplatky za pohotovostní služby a poplatky za různá potvrzení od praktického lékaře, platby za nadstandardní výkony, materiál a služby a v neposlední řadě kosmetické operace, služby dentální hygieny, nutričních terapeutů a další služby nehrzené z veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka č. 3.2.1 Výdaje domácností na zdravotní péči v Česku podle druhu zdravotní péče (mil. Kč), 2010-2016

Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Index 2016/2015
Léčebná péče celkem	13 315	13 337	13 038	13 758	15 301	16 279	16 865	103,6
Lůžková léčebná péče	540	639	925	775	837	903	907	100,4
Ambulantní léčebná péče celkem	12 828	12 761	12 204	13 059	14 546	15 465	16 047	103,8
Všeobecná ambulantní léčebná péče	2 382	2 171	2 302	2 429	2 622	2 758	2 902	105,2
Stomatologická ambulantní léčebná péče	7 118	7 737	6 802	7 362	8 436	9 236	9 637	104,3
Specializovaná ambulantní léčebná péče	3 328	2 853	3 100	3 268	3 488	3 471	3 508	101,1
Rehabilitační péče celkem	2 222	2 539	3 388	2 983	3 240	3 562	3 687	103,5
Lůžková rehabilitační (lázeňská) péče	1 596	1 888	2 732	2 289	2 473	2 667	2 681	100,5
Ambulantní rehabilitační péče	626	651	656	694	767	895	1 006	112,4
Léčiva a ost. zdrav. výrobky celkem	27 115	28 089	27 722	26 648	27 867	29 428	30 574	103,9
Léčiva a zdravotnický materiál celkem	21 380	22 347	22 163	21 102	22 264	23 535	24 428	103,8
Léky na předpis	8 932	9 439	9 394	9 303	9 496	10 121	10 295	101,7
Volně prodejné léky a léčiva	11 843	12 262	12 088	11 179	12 140	12 744	13 447	105,5
Ostatní zdravotnický materiál a výrobky	605	646	681	620	628	670	686	102,4
Terapeutické pomůcky celkem	5 735	5 742	5 559	5 546	5 603	5 893	6 146	104,3
Brýle a další produkty oční optiky	3 740	3 744	3 626	3 617	3 654	3 843	4 008	104,3
Ortopedické a protetické pomůcky	296	297	287	286	289	304	317	104,3
Ostatní terapeut. pomůcky a vybavení	1 699	1 701	1 646	1 643	1 660	1 746	1 821	104,3
Výdaje na zdravotní péči celkem	42 705	44 028	44 239	43 465	46 490	49 358	51 215	103,8

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Téměř pětinu z celkových výdajů na zdravotní péči zaplatí domácnosti za stomatologická ošetření

Nejvyšší procentuální nárůst výdajů domácností na zdravotní péči v roce 2016 byl v porovnání s předchozím rokem zaznamenán u výdajů na **ambulantní rehabilitační péči**, o 12 %. Absolutní výše výdajů domácností na tento druh zdravotní péče je velmi nízká a proto i nevelký absolutní nárůst způsobí významné procentuální zvýšení.

V porovnání s předchozím rokem zůstaly v roce 2016 stabilní výdaje na lůžkovou rehabilitační péči, jejíž podstatnou součástí je **lázeňská léčba**. Domácnosti se finančně podílejí především na příspěvkové lázeňské péči, která byla v roce 2013 na základě novely vyhlášky tzv. Indikačního programu o týden zkrácena, což se projevilo snížením těchto výdajů v tomto roce. V dubnu 2014 bylo toto omezení zrušeno a výdaje na lůžkovou rehabilitační péči pozvolna vzrostly, což se potvrdilo i v roce 2015. Lázeňský fond v roce 2016 zahrnoval 92 lázeňských léčeben s kapacitou 22 403 lůžek. Na náklady zdravotních pojišťoven se léčilo v lázeňských zařízeních 93 347 dospělých tuzemských pacientů (84 537 komplexní lázeňská péče a 8 810 příspěvková lázeňská péče). Zdravotní pojišťovny platily v roce 2016 dětem a mladistvým plně

hrazenou péči v 106 199 případech a v 8 810 případech částečně hrazenou zdravotní péči. U dospělých se na celkových nákladech na lázeňskou péči nejvíce podílejí nemoci pohybového ústrojí (více než 55 %), nemoci nervové (cca 16 %) a nemoci oběhového ústrojí (10 %). U dětí a dorostu se jedná o nemoci dýchacího ústrojí (cca 40 %), onemocnění nervové soustavy (27 %) a poruchy látkové výměny a žláz s vnitřní sekrecí, nejčastěji diabetes mellitus a obezitu (cca 11 %). V období 2010 – 2016 zaplatily české domácnosti za lázeňskou a rehabilitační péči přes 16 mld. Kč a průměrné roční tempo růstu dosáhlo 9 %.

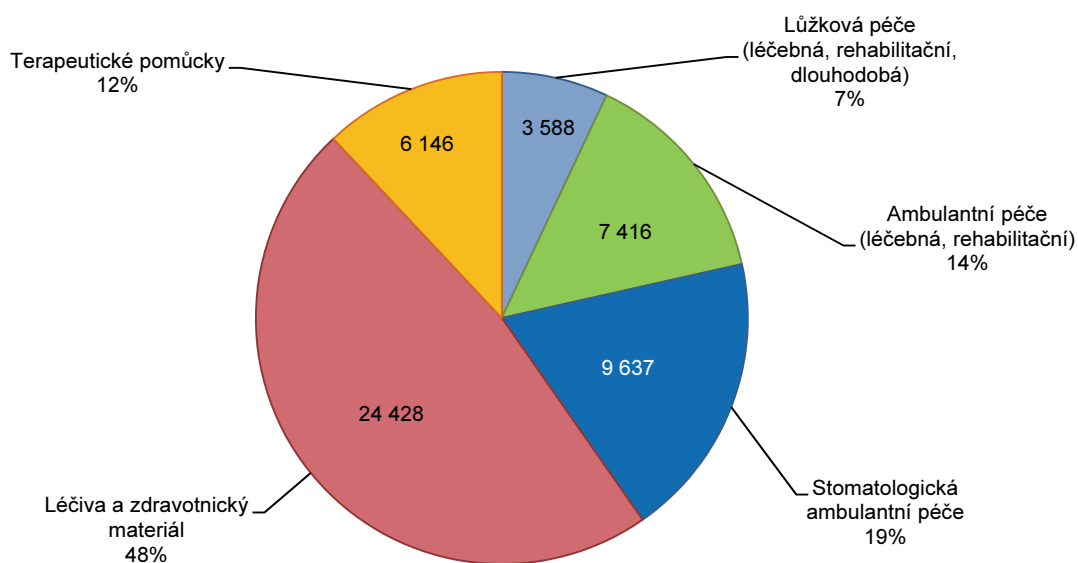
Výdaje domácností na **specializovanou ambulantní péči**, které zahrnují širokou škálu nejrůznějších úhrad například za služby nutričních terapeutů, center léčby obezity, center asistované reprodukce, dermatologické zákroky nehrazené ze zdravotního pojištění, kosmetické operace a další, zůstávají v porovnání s rokem 2015 stabilní.

Výdaje na **všeobecnou ambulantní léčebnou péči** (zejména péče praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost) meziročně mírně vzrostly (o 5 %). U všeobecné ambulantní péče se může, mimo jiné, jednat o výdaje na různá očkování nebo preventivní vyšetření nehrazená ze zdravotního pojištění.

Výdaje domácností na **stomatologickou ambulantní péči**, které jsou dlouhodobě vyšší než výdaje za všeobecnou i specializovanou ambulantní péči dohromady, vzrostly v roce 2016 v porovnání s předchozím rokem o 4 %. U stomatologů, kteří spolupracují se zdravotními pojišťovnami, si často pacienti připlácí za nestandardní lékařské úkony a materiály. Pokud zubař nemá uzavřenou smlouvu se zdravotními pojišťovnami, jsou veškeré zákroky hrazené dle ceníku příslušného pracoviště. V roce 2016 doplatil jeden obyvatel ČR z vlastní kapsy na stomatologický zákrok v průměru 912 Kč.

Výdaje domácností na **regulační poplatky** ve výši 90,- Kč za pohotovostní služby jsou zahrnuty v této analýze v ambulantní léčebné péči.

Graf č. 3.2.2 Výdaje domácností v ČR na zdravotní péči, 2016 (mil. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Zjednodušené schéma pro přehlednost dokresluje, jak se pohybovaly výdaje domácností na zdravotní péči v roce 2016. V daném roce utratily české domácnosti za **léky a ostatní zdravotnický materiál** téměř polovinu (48 %; 24,4 mld. Kč) svých výdajů na zdravotní péči.

Druhou nejdůležitější položkou dlouhodobě – s 19% (9,6 mld. Kč) podílem v roce 2016 – tvoří přímé platby pacientů za **zubařské výkony**, za které domácnosti v roce 2016 utratily 9,6 mld. Kč. Více než desetina z výdajů domácností na zdravotní péči směřuje na příspěvky na **ambulantní péči**, ať už léčebnou nebo rehabilitační, stejně jako na **terapeutické pomůcky**, nejčastěji brýle a kontaktní čočky. Na lůžkovou péči

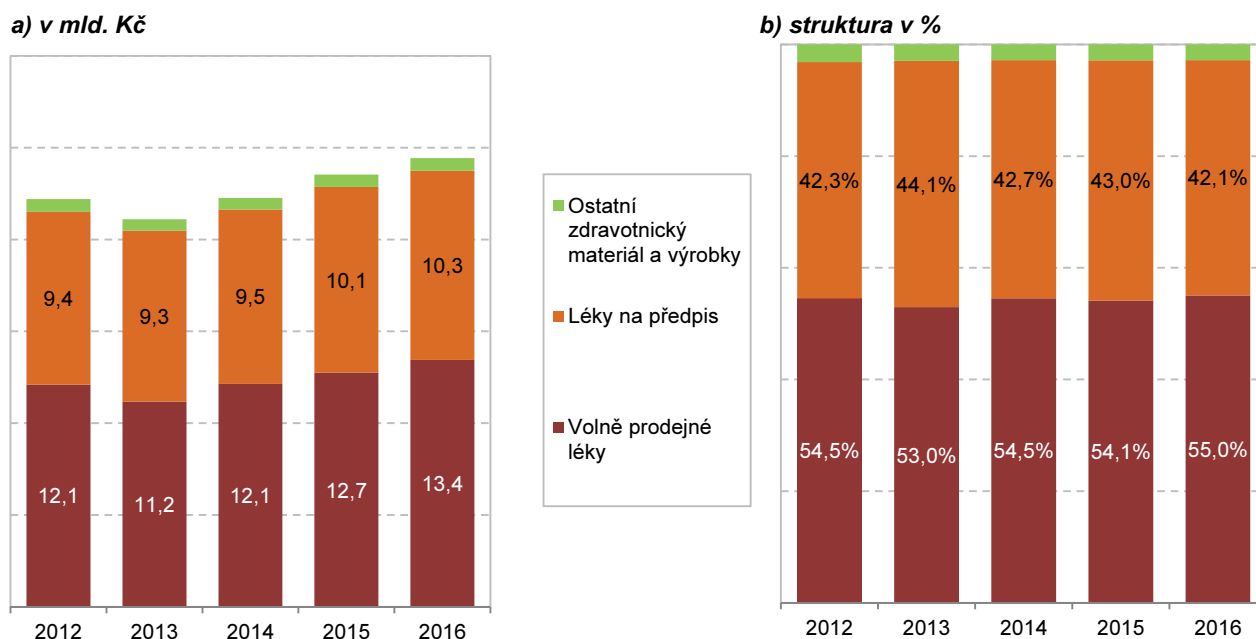


přispěly domácnosti částkou ve výši 3,6 mld. Kč (7 %), z níž největší podíl – 75 % – tvoří výdaje na lůžkovou rehabilitační péči včetně pobytu v lázeňských zařízeních.

Léky tvoří dlouhodobě největší část výdajů domácností na zdravotní péči

Největší část finančních prostředků na zdravotní péči vydávají domácnosti každoročně na **léciva a ostatní zdravotnické výrobky** (téměř 60 % v roce 2016). Více než tři čtvrtiny z této uvedené kategorie tvoří náklady na léky (na předpis i volně prodejné léky). Pětina výdajů z této kategorie směřuje na terapeutické pomůcky a vybavení (brýle, naslouchadla, ortopedické pomůcky, berle, invalidní vozíky apod.). Částka ve výši 30,6 mld. Kč (viz tabulka č. 3.2.1), kterou zaplatily domácnosti v roce 2016 za léčiva a ostatní zdravotnické výrobky, tvořila 8,5 % z celkových výdajů na zdravotní péči.

Graf č. 3.2.3 Výdaje domácností v ČR za léčiva a zdravotnický materiál, 2012-2016 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Výdaje domácností **na volně prodejné léky** se v letech 2012 – 2014 pohybovaly na úrovni 12 mld. Kč. Výjimku tvořil rok 2013, kdy došlo k jejich mírnému snížení, stejně jako u výdajů léků na předpis. Následující rok přinesl další opětovný nárůst výdajů, který pokračoval i v dalších letech. V meziročním srovnání 2015 a 2016 byl zaznamenán nárůst výdajů domácností **na volně prodejné léky** o 700 milionů Kč (o 5,5 %) a dosáhly zatím historického maxima 13,4 mld. Kč. Uvedená částka za nákup léků bez předpisu tvoří čtvrtinu celkových výdajů českých domácností na zdravotní péči.

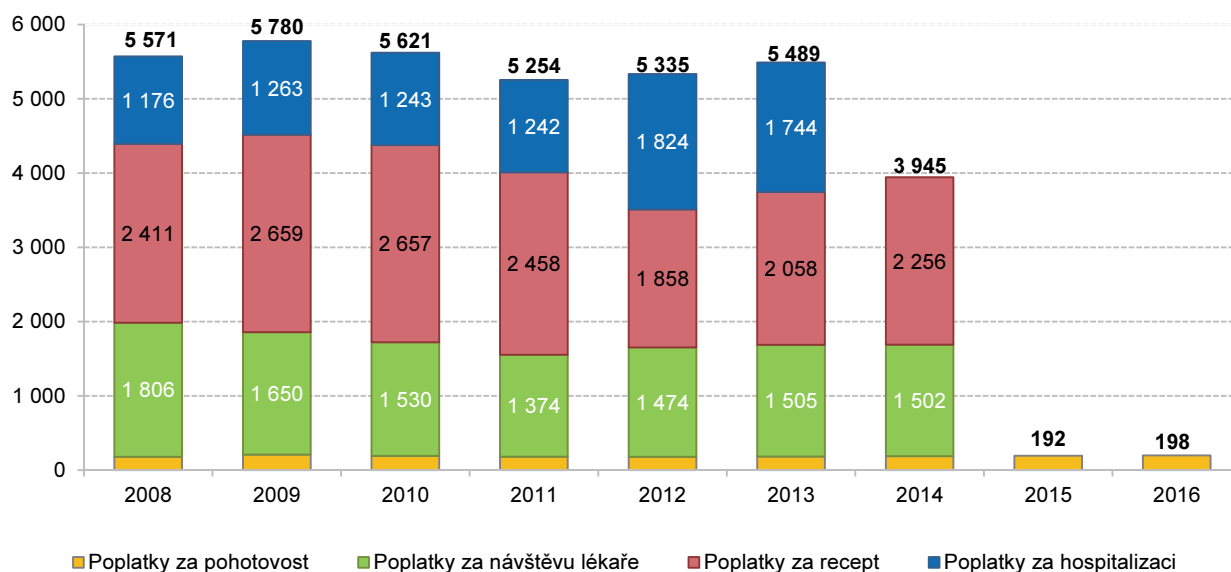
Obdobný vývoj výdajů domácností byl zaznamenán i u **léků na předpis**. V porovnání s rokem 2015 zůstaly výdaje domácností na tuto kategorii léků bez výrazných změn a jejich finanční hodnota se pohybovala na úrovni 10,3 mld. Kč.

Domácnosti uhradí každoročně zhruba 200 milionů Kč za regulační poplatek za návštěvu pohotovosti

V souladu se zákonem č.261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kterým byl mimo jiné změněn zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, začali pacienti od počátku roku 2008 hradit zdravotnickým zařízením **čtyři druhy regulačních poplatků – za návštěvu lékaře v běžných ambulancích i na pohotovosti, za hospitalizaci v nemocnici, ústavním či lázeňském zařízení a za recept**. Cílem regulačních poplatků bylo především lepší využití prostředků veřejného zdravotního pojištění, omezení zbytečných návštěv u lékařů, neúčelné předepisování a ušetření výdajů za levné léky a přesunutí finančních prostředků na péči pro těžce nemocné pacienty.

V průběhu uplynulých let došlo u jednotlivých regulačních poplatků k některým legislativním změnám nebo byly postupně úplně zrušeny. V platnosti nadále zůstává devadesátikorunový regulační poplatek za využití lékařské a zubní pohotovosti.

Graf č. 3.2.4 Výdaje domácností v Česku na regulační poplatky, 2008-2016 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Jak ukazuje výše uvedený graf, regulační poplatky přinesly do zdravotnického systému až do roku 2013 více než 5 mld. Kč. Po zrušení povinnosti pacientů hradit regulační poplatek ve výši 100 Kč na den za pobyt v lůžkových zařízeních se tato částka snížila zhruba na 4 mld. Kč. V letech 2015 – 2016 utratili lidé za využití pohotovostních služeb necelých 200 mil. Kč.

Na základě výše výdajů za regulační poplatky v roce 2016 mezi nejčastější diagnózy, se kterými lidé pohotovostní službu dlouhodobě vyhledávají, patří poranění, otravy a popáleniny (56 mil. Kč), nemoci dýchacích cest (25 mil. Kč) a onemocnění trávicí soustavy (21 mil. Kč). Podle výše regulačních poplatků podle věkových skupin a pohlaví vyhledávají nejčastěji pohotovostní služby s poraněními, otravami a popáleninami muži ve věku 20 – 29 let (3,3 mil. Kč) a dívky ve věku 10 – 14 let (2,4 mil. Kč). S obtížemi dýchacího ústrojí jsou nejčastějšími pacienty na pohotovosti děti do 4 let (chlapci 3,4 mil. Kč a dívky 2,7 mil. Kč) a s nemocemi zažívacího traktu lidé ve věku 25 – 29 let (shodná výše regulačního poplatku 1,2 mil. Kč).

Kdo a kdy neplatí za pohotovost

Pokud v rámci pohotovostní služby ošetřující lékař shledá, že stav pacienta vyžaduje hospitalizaci, regulační poplatek se neplatí. Regulační poplatek za pohotovost neplatí pojištěnci v dětských domovech pro děti do tří let, ve školských zařízeních pro výkon ústavní či ochranné výchovy a v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Dále je neplatí také pojištěnci svěřeni rozhodnutím soudu do pěstounské péče, poručnické péče nebo do péče jiné osoby podle občanského zákoníku.

Regulační poplatek nehradí ani pacienti z domovů pro osoby se zdravotním postižením, domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem nebo v lůžkových zdravotnických zařízeních, pokud jim po úhradě ubytování a stravy zbude méně než 800 korun měsíčně, případně žádný příjem nemají. Osvobození od poplatku jsou také ti, kdo se prokážou dokladem o dávce v hmotné nouzi, který není starší než 30 dnů.

Na návštěvní službu, tedy přivolání lékaře do domácnosti, se regulační poplatek jako za pohotovost nevztahuje.



3.3. Výdaje na dlouhodobou péči

Zdravotnické účty v minulosti zahrnovaly pouze výdaje na dlouhodobou zdravotní péči, která byla financována z veřejných zdrojů a zdravotních pojišťoven. V návaznosti na novou metodiku SHA 2011 byla do tohoto systému nově zařazena také položka dlouhodobá sociální péče a rozšířeny výdaje na dlouhodobou zdravotní péči lůžkovou a denní o vybraná zařízení sociálních služeb - např. denní a týdenní stacionáře, chráněné bydlení, pečovatelské služby atd. Před zahájením sběru dat bylo nutné definovat ve spolupráci se zástupci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR veškeré výdajové položky realizované v podmínkách ČR v oblasti **zdravotně-sociální péče**. Podrobné informace obsahuje metodická příloha.

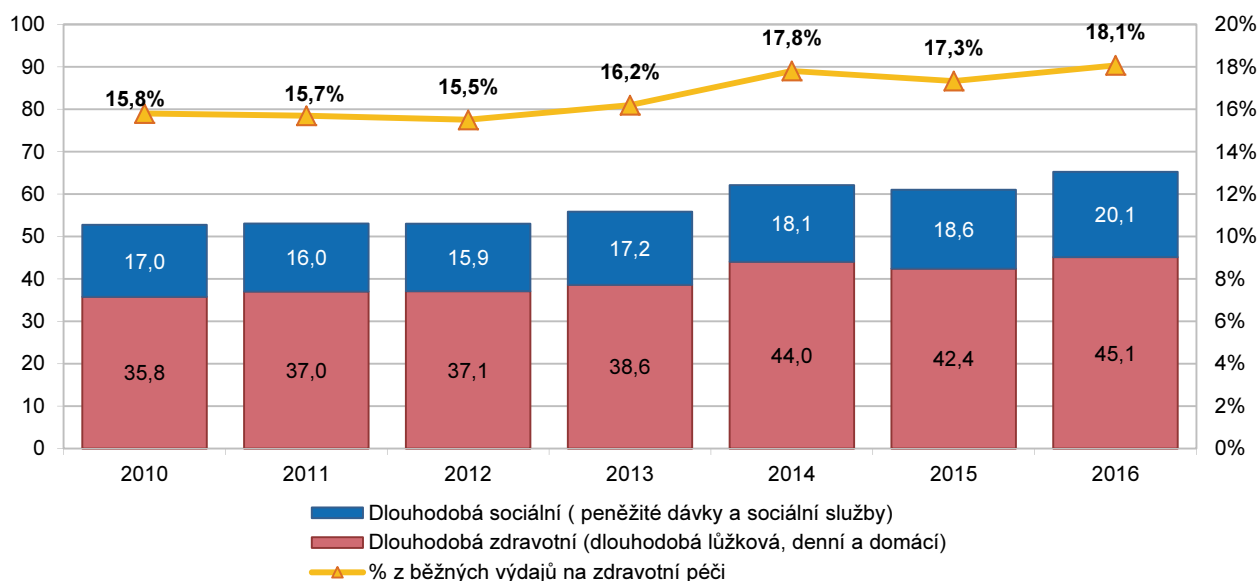
V praxi není jednoduché oddělit zdravotní a sociální stránku dlouhodobé péče, neboť stav pacienta (klienta) vyžaduje oba typy péče. V širším slova smyslu komplex dlouhodobé péče představují některé služby zdravotnické (léčba, rehabilitace, preskripce léků a pomůcek) a také pomocné a podpůrné sociální služby (zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zajištění chodu domácnosti, stravování, sociální aktivity).

Dlouhodobá péče tak **spojuje řadu zdravotních a sociálních služeb** přizpůsobených potřebám osob, které jsou v základních činnostech každodenního života dlouhodobě závislé na pomoci jiných v důsledku chronického onemocnění či jiných příčin postižení. Dlouhodobou péčí rozumíme jak péči v domácím prostředí, tak péči v institucích. Dlouhodobou péčí potřebují lidé v důsledku zhoršené schopnosti postarat se sami o sebe, která může být vrozená nebo získaná v průběhu života, obvykle bezprostředně souvisí se zhoršením zdravotního stavu. Služby dlouhodobé péče využívají nejčastěji lidé ve vyšším seniorském věku a osoby s tělesným či duševním postižením.

3.3.1. Celkové výdaje na dlouhodobou péči

V roce 2016 tvořily souhrnné výdaje na dlouhodobou péči 65,3 mld. Kč, což představovalo 18 % z běžných výdajů na zdravotní péči, které dosáhly v daném roce 361,6 mld. Kč. Přestože závislost na péči druhých osob přirozeně narůstá s věkem, je nutné mít na paměti, že potřeba dlouhodobé péče se týká také dětí a osob v produktivním věku. Pokud bychom však uvedenou částku 65,3 mld. Kč rozdělili mezi obyvatele ČR starší 65 let, kteří dlouhodobou péčí potřebují nejčastěji, pak by průměrné roční náklady na jednoho seniora tvořily 33,3 tisíc Kč. Sledované výdaje ve skupině dlouhodobé péče byly v roce 2016 složeny z 69 % (v absolutních hodnotách 45,1 mld. Kč) z **dlouhodobé péče zdravotní** a zbývajících 31 % (v absolutních hodnotách 20,1 mld. Kč) se vztahuje k níže uvedeným **službám sociální péče** určeným pro osoby potřebující zároveň péči zdravotnickou.

Graf č. 3.3.1 Výdaje na dlouhodobou zdravotní a související sociální péči v Česku, 2010-2016 (mld. Kč; %)

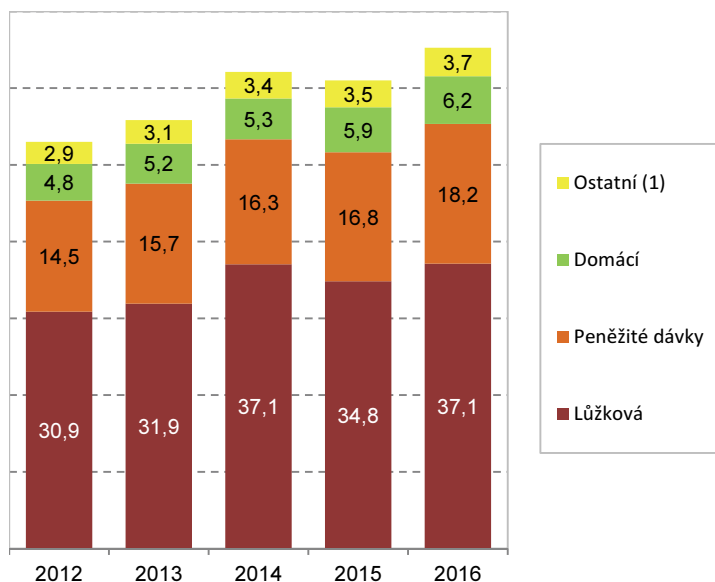


Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

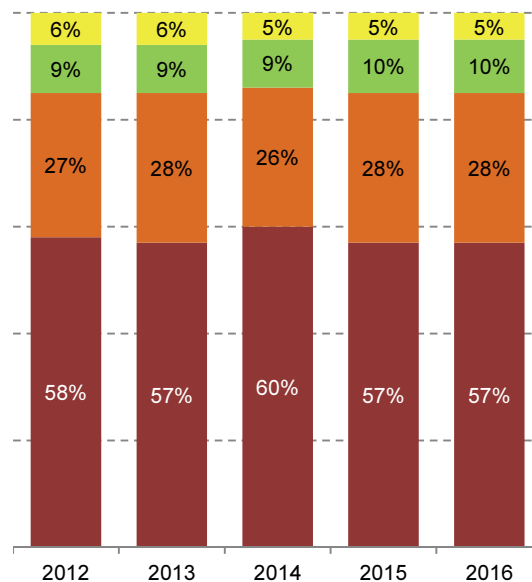
V letech 2010 až 2016 se podíl dlouhodobé péče na celkových běžných výdajích na zdravotní péči pohyboval v České republice **mezi 16 a 18 %**. Výdaje na dlouhodobou péči **sociální** od roku 2012 vzrostly o 26 % a v roce 2016 dosáhly v absolutních hodnotách prozatím maximální hodnoty 20,1 mld. Kč. Výdaje na dlouhodobou péči **zdravotní** dlouhodobě rostou. Od roku 2010 byl nárůst výdajů přerušen pouze jednou, v roce 2015. V meziročním srovnání 2015 – 2016 se uvedené výdaje zvýšily o 6 % tj. o 2,7 mld. Kč.

Graf č. 3.3.2 Výdaje na dlouhodobou péči v ČR podle typu poskytnuté péče, 2012-2016 (mld. Kč, %)

a) v mld. Kč



b) struktura (%)



Ostatní – denní dlouhodobá zdravotní péče, sociální služby

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Jak naznačuje předchozí graf, za uplynulých pět let dosahují výdaje **na dlouhodobou lůžkovou péči** 57 % z celkových výdajů na dlouhodobou péči. Stoupající trend z roku 2014, kdy bylo dosaženo maxima 60 %, se v dalších letech neopakoval. Výdaje za **peněžité dávky** (příspěvky na péči, na mobilitu a kompenzační pomůcky) hrazené ze státního rozpočtu se pohybují okolo 27 %. Výdaje na péči o dlouhodobě nemocného pacienta **v domácím prostředí** tvoří desetinu celkových výdajů na dlouhodobou péči.

Formu dlouhodobé péče ovlivňují tradice rodinného života

Systémy dlouhodobé péče se v jednotlivých zemích velmi liší, stejně jako vymezení zdravotní a sociální složky dlouhodobé péče. To znesnadňuje mezinárodní srovnatelnost údajů o dlouhodobé péči. Důvodem této situace je odlišný historický vývoj systémů zdravotnictví a sociálních služeb v zemích OECD. Jednotlivé země často dávají k dispozici jen údaje za ústavní nebo domácí část dlouhodobé péče nebo pouze za zdravotní či sociální část systému.

V **Evropě** vydávají **za dlouhodobou péči** nejvíce země, které se soustředí především na formální, tj. institucemi poskytovanou zdravotní péči ve specializovaných zařízeních nebo přímo v domácnostech uživatelů. Jde o skandinávské státy - Norsko, Švédsko, Dánsko, jejichž výdaje na dlouhodobou péči tvoří zhruba čtvrtinu celkových nákladů na zdravotní péči.

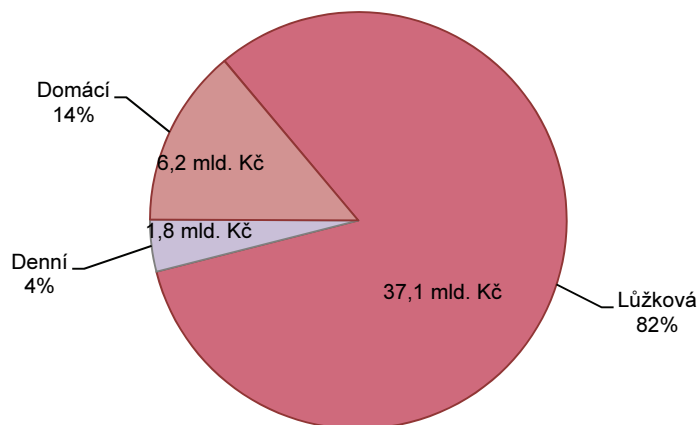
V mnoha zemích jižní Evropy, kde je kladen důraz na neformální péči, tj. péči, která je poskytována zejména rodinnými příslušníky či osobami blízkými, dosahují výdaje na dlouhodobou péči nižších hodnot v poměru k celkovým nákladům na zdravotní péči. Např. v Řecku byla vydána na dlouhodobou péči v roce 2015 pouze 2 % z celkových výdajů na zdravotní péči a v Portugalsku 3 %. Průměr zemí OECD v roce 2015 byl 14 %. V České republice bylo vyplaceno na dlouhodobou péči z veřejných zdrojů o 3 % více finančních prostředků než činil průměr OECD.



3.3.2. Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči

Dlouhodobá zdravotní péče je složena z řady služeb zdravotní a související osobní péče (např. podávání léků, ošetřování chronických ran, rehabilitace, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání běžných úkonů, pomoc při poskytnutí stravy atd.), které pacient čerpá s primárním cílem zmírnit bolest a zvládnout špatný zdravotní stav s určitým stupněm závislosti. Pro účely zdravotnických účtů ji členíme na **dlouhodobou lůžkovou, denní a domácí péči**.

Graf č. 3.3.3 Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči v ČR podle typu poskytnuté péče, 2016 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Celkové výdaje na dlouhodobou péči **zdravotní** dosáhly v roce **2016 výše 45,1 mld. Kč** a z nich **dlouhodobá lůžková péče** tvořila **více než čtyři pětiny** těchto výdajů. Zahrnuje lůžkovou péči jak v různých typech zdravotnických zařízeních (např. nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, ostatní specializované léčebny, hospice apod.), tak i v rámci poskytovatelů sociálních služeb (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře apod.). V roce 2016 byly služby dlouhodobé lůžkové péče financovány především ze státního rozpočtu a veřejného zdravotního pojištění. I když si na nadstandardní ubytování, stravu a některé druhy služeb klienti připlácí i z vlastní kapsy, pro dlouhodobou lůžkovou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb jsou k dispozici pouze výdaje z veřejných zdrojů.

Nejvíce finančních prostředků z kategorie dlouhodobé lůžkové péče bylo v letech 2010 až 2016 z veřejných rozpočtů vydáno na provoz domovů pro seniory (každoročně v průměru 10,6 mld. Kč), což dohromady za sledované období tvoří částku ve výši 74,3 mld. Kč. Zatímco v roce 2010 pobývalo v domovech pro osoby se zvláštním režimem více než 8,5 tisíc klientů, v roce 2016 se jejich počet zdvojnásobil, což se odráží na výrazně vyšších výdajích ze státního a místních rozpočtů na provoz zařízení tohoto typu. *V roce 2016 bylo vynaloženo z veřejných rozpočtů na domovy se zvláštním režimem 6,2 mld. Kč, což představuje 122% nárůst oproti roku 2010.*

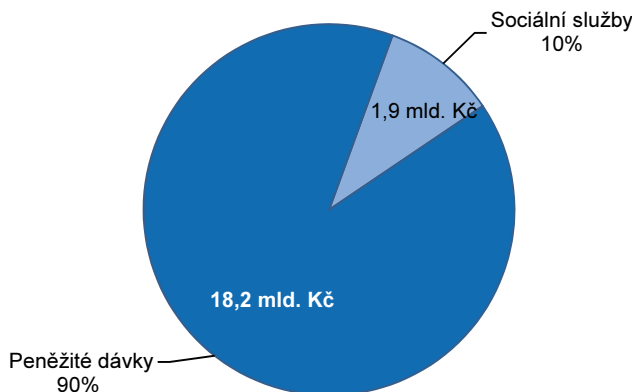
Více než desetina výdajů z celkových nákladů na dlouhodobou zdravotní péči spadá do kategorie **domácí péče**, prostřednictvím které jsou služby pacientům s chronickým popř. nevléčitelným onemocněním včetně hospicové péče poskytovány v domácím přirozeném prostředí. Vlastním sociálním prostředím pacienta se rozumí také pobytové zařízení nahrazující domácí prostředí pacienta např. zařízení sociálních služeb. Výdaje na domácí dlouhodobou péči jsou hrazeny především ze státního rozpočtu (72 %) a zdravotních pojišťoven (28 %).

Pouze 4 % z celkových nákladů na dlouhodobou zdravotní péči se týkají **denní péče**. Jedná se především o odlehčovací služby poskytované osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti. Cílem této služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Dále jde o denní stacionáře poskytující ambulantní služby ve specializovaném zařízení a centra denních služeb, směřující k posílení samostatnosti a soběstačnosti osob se zdravotním postižením a seniorů v nepříznivé sociální situaci. Výhradním zdrojem financování je státní rozpočet.

3.3.3. Výdaje na dlouhodobou sociální péči

Dlouhodobá sociální péče v systému zdravotnických účtů zahrnuje výdaje na služby, které zajišťují pomoc s činnostmi každodenního života, a dělí se na **sociální služby a peněžité dávky**. Obojí je financováno ze státního rozpočtu. Peněžité dávky tvoří většinu výdajů na dlouhodobou sociální péči. V roce 2015 byla pouze desetina výdajů v této kategorii určena na sociální služby.

Graf č. 3.3.4 Výdaje na dlouhodobou sociální péči v ČR podle typu poskytnuté péče, 2016 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

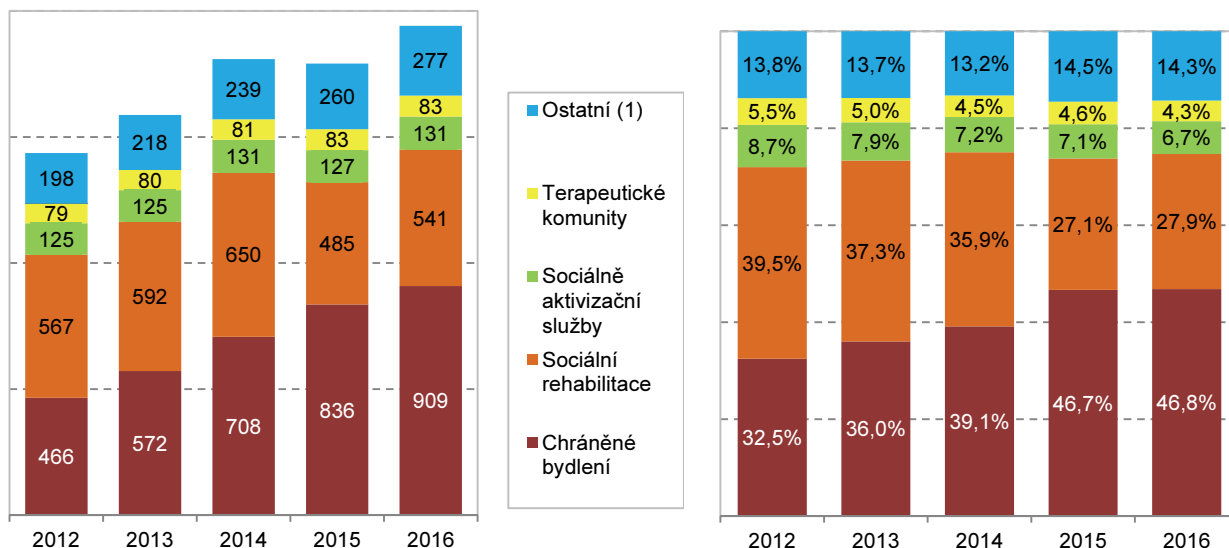
Téměř polovina výdajů na sociální služby byla investována do chráněného bydlení

V případě **sociálních služeb** dlouhodobé sociální péče se jedná výhradně nebo převážně o poskytování tzv. asistenčních služeb typu pomoc při zajištění chodu domácnosti (úklid, nákupy, zajištění stravy), zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytnutí ubytování, sociálně terapeutické, výchovné a vzdělávací činnosti nebo pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Graf č. 3.3.5 Výdaje na sociální služby dlouhodobé péče v ČR podle druhu služeb, 2012-2016

a) v mil. Kč

b) struktura (%)



(1) Ostatní služby následné péče, podpora samostatného bydlení, preventivní programy, tísňová péče, tlumočnické služby, průvodcovské a předčitatelské služby

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

V roce 2016 bylo investováno 909 miliónů Kč na **provoz chráněného bydlení**, což je o 9 % více než v roce předchozím. Chráněné bydlení je pobytová služba umožňující lidem se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním žít v běžném prostředí domácnosti. Výdaje na provoz chráněného bydlení mezi



roky 2010 a 2016 narostly o více než 90 %, což je dáno postupným zvyšováním kapacit tohoto typu ubytování. Za uvedené období se zvýšil počet lůžek v těchto zařízeních téměř o dvě pětiny.

Sociální rehabilitace zahrnuje soubor činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osob se zdravotním postižením směřujících k dosažení maximální možné soběstačnosti. Výdaje na služby sociální rehabilitace se až do roku 2014 každoročně zvyšovaly.

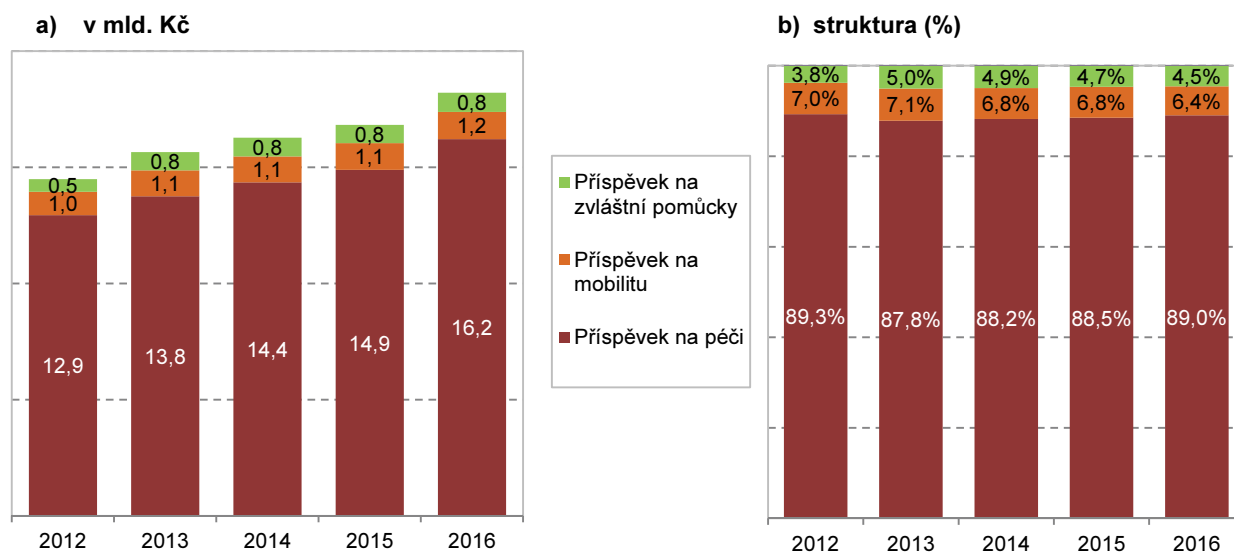
Výdaje státu na příspěvky na péči pro postižené a seniory vzrostly od roku 2015 o 9 %

Peněžitě sociální dávky zahrnují dávky dlouhodobé sociální péče pro jednotlivce nebo domácnosti, a to zejména **příspěvek na péči**, který byl zaveden v roce 2007. Ten je určen osobám, které z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné osoby při zvládnání základních životních potřeb. Z příspěvku je pak hrazena pomoc poskytovaná osobou blízkou, asistentem sociální péče nebo poskytovatelem sociálních služeb. Nárok na příspěvek má osoba starší jednoho roku.

Jak je patrné z absolutních hodnot v grafu č. 3.3.6, od roku 2012 se výdaje na peněžitě dávky pozvolna zvyšovaly a pohybovaly se pod hranicí 15 miliard Kč. Výše jednotlivých stupňů státních příspěvků na péči zůstala v období 2012 až 2015 stejná, avšak každoročně se měnil jejich počet. V srpnu 2016 se poprvé za dobu své existence navýšil příspěvek na péči u všech stupňů postižení o deset procent, a proto byla i jeho celková částka za uvedený rok vyšší o 1,2 mld. Kč v porovnání s rokem 2015 (viz graf č. 3.3.6.). Podle informací MPSV ČR byl vyplacen příspěvek na péči v roce 2016 měsíčně v průměru 346 tisícům osob, což je zhruba o 3 % více než v roce předchozím.

V kategorii **peněžitých dávek** dlouhodobé sociální péče patří z hlediska výdajů k nejnákladnějším **příspěvek na péči**, určený osobám, které z důvodu svého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné osoby (16 213 mil. Kč v roce 2016). V důsledku výše uvedeného zvýšení se v meziročním srovnání 2015 a 2016 vzrostly výdaje na příspěvky na péči téměř o 9 %.

Graf č. 3.3.6 Peněžitě dávky na sociální služby podle druhů příspěvku, 2012-2016



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Výdaje na příspěvek **na mobilitu** pro osoby s nárokem na průkaz ZTP nebo ZTP/P, které se opakovaně za úhradu dopravují, dosáhly v roce 2016 výše 1 167 mil. Kč. Od roku 2013 zůstává výše vyplaceného příspěvku na mobilitu bez výrazných změn. Příspěvky **na zvláštní pomůcku** pro osoby s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí nebo s těžkým zrakovým či sluchovým postižením dosáhly v roce 2016 celkem 827 mil. Kč.

3.4 Výdaje za léky

Tato kapitola podává přehled základních údajů o celkových výdajích na léky od roku 2010. Poskytuje především podrobné údaje o výdajích na léky **dle místa spotřeby a zdroje financování**. Místem spotřeby jsou v této souvislosti myšleny **ambulantně vydávané léky**, tedy ty, které jsou buď vydávány pacientům na lékařský předpis, nebo jsou nakupovány v rámci volného prodeje léků⁹. Výdaje na ambulantně vydávané léky jsou doplněny o informace o lécích spotřebovávaných v rámci léčby přímo **ve zdravotnických zařízeních** (obvykle v rámci hospitalizací).

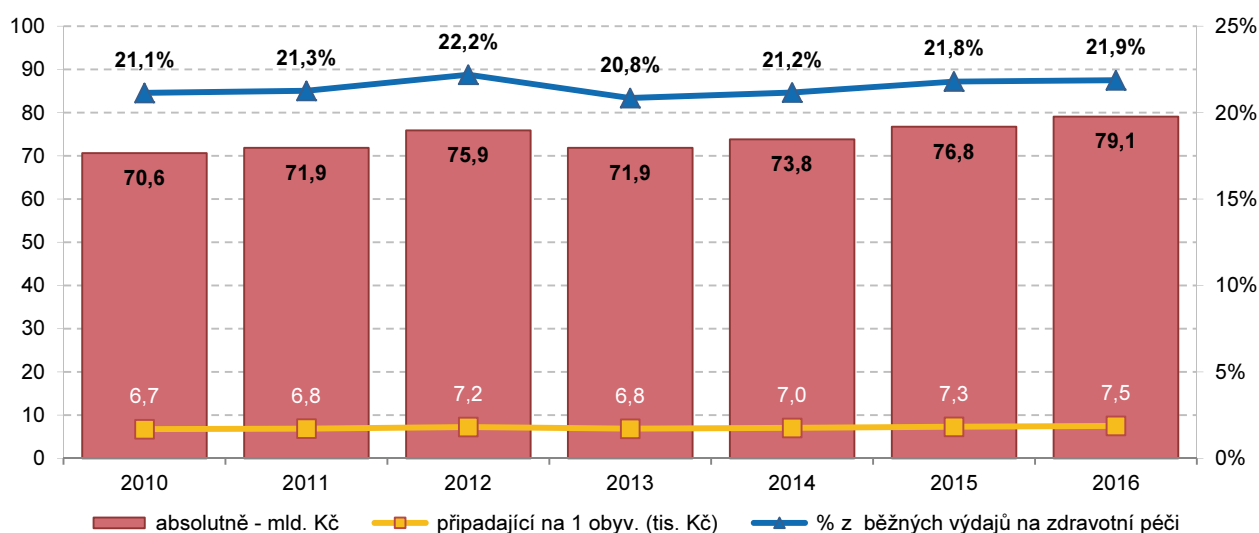
Pozornost je zaměřena rovněž na výdaje na léky **z hlediska jejich financování**. V České republice mají v tomto směru klíčové postavení zdravotní pojišťovny, které hradí až 70 % veškerých výdajů na léky. Zbývající část výdajů na léky si lidé platí z vlastních kapes.

3.4.1 Celkové výdaje za léky

V České republice bylo v roce 2016 vydáno **za léky celkem 79,1 mld. Kč¹⁰**, což představovalo 21,9 % běžných výdajů na zdravotní péči. Na jednoho obyvatele ČR bylo v roce 2016 za léky v průměru utraceno 7 487 Kč. Od roku 2010 včetně, tj. v uplynulých sedmi letech bylo za léky v České republice utraceno 520 mld. Kč, z nich 367 miliard připadlo na léky placené z veřejného zdravotního pojištění a zbylých 153 miliard na léky placené přímo domácnostmi.

Léky na předpis hrazené z veřejného pojištění tvoří dlouhodobě více než 40 % celkových výdajů na léky (40 % v roce 2016 v porovnání s 47 % v roce 2010). Výdaje za **léky spotřebované přímo v lůžkových zdravotnických zařízeních** dosáhly v roce 2016 téměř třetinový podíl. V absolutním vyjádření bylo na tyto léky v roce 2016 vynaloženo 23,4 mld. Kč, což je nejvíce od roku 2010. Zbývajících 30 % v roce 2016 zahrnovaly **přímé výdaje domácností na doplatky na léky na předpis** (10,3 mld. Kč) a **volně prodejné léky** (13,4 mld. Kč).

Graf č. 3.4.1 Celkové výdaje za léky v České republice, 2010-2016 (mld. Kč; na 1 obyv., %)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Jak je patrné z grafu č. 3.4.1, vývoj celkových výdajů za léky nevykazuje za období 2010 – 2016 jednoznačný trend. Celkové výdaje za léky postupně rostly mezi roky 2010 až 2012 až na částku

⁹ Charakteristika léků na předpis a volně prodejných léků je uvedena v kapitole Metodická příloha

¹⁰ Tento údaj zahrnuje celkové výdaje za léky a je metodicky odlišný od údajů uvedených v tabulce č. 2.2, kapitoly 2, ve které položka léky zahrnuje pouze výdaje za léky na předpis a volně prodejné léky včetně zdravotnického materiálu. Výdaje na léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních v rámci léčby jsou v této tabulce především součástí položek lůžková léčebná péče, lůžková rehabilitační péče a lůžková dlouhodobá zdravotní péče.



75,9 mld. Kč, poté byl zaznamenán jejich pokles na 71,9 mld. Kč, což bylo dáno nižšími výdaji na léky na předpis. Ve výročních zprávách SÚKL se uvádí, že při relativně stálém objemu léků na předpis byly patrně mírně klesající úhrady zdravotních pojišťoven za léky. V roce 2014 dosahovaly celkové výdaje na léky téměř k hranici 74 mld. Kč a vzestupný trend pokračoval i v letech následujících. V roce 2016 se výdaje za léky vyšplhaly těsně pod hranici 80 mld. Kč.

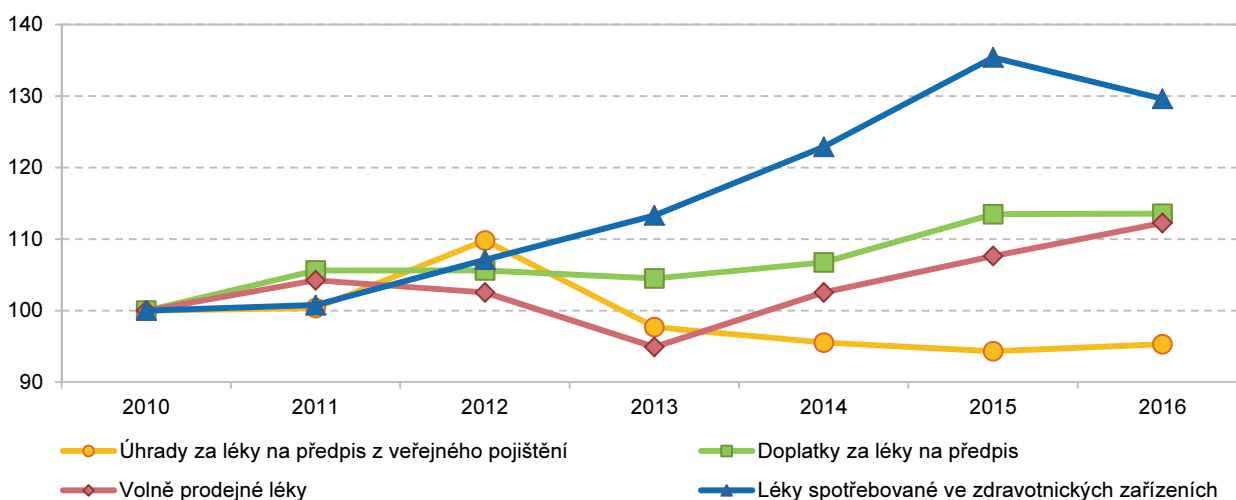
V **mezinárodním srovnání** jsou dostupné pouze výdaje na ambulantně podávané léky, ať už na předpis či volně prodejné. V roce 2015 výdaje na tyto ambulantně podávané léky se stejně jako v průměru za země OECD podílely z 19 % na celkových výdajích na zdravotní péči. Nejvyšší podíl těchto léků na celkové zdravotní péči byl zaznamenán na Slovensku (35 %) a v Maďarsku (32 %), nejnižší naopak v Lucembursku (11 %) a v Dánsku (10 %). *Bližší podrobnosti jsou uvedeny v kapitole s mezinárodním srovnáním.*

Rostou především výdaje za léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních

V roce 2016 **meziročně** vzrostly výdaje na léky o 3 % (2,3 mld. Kč), a to především díky výdajům za léky spotřebovaných přímo ve zdravotnických zařízeních, které se v porovnání s rokem 2015 zvýšily o 5 % (1,1 mld. Kč). V roce 2016 podobně vzrostly přímé výdaje domácností (jednotlivců) na volně prodejné léky (o 5,9 %; 0,7 mld. Kč). *Podrobněji viz podkapitola č. 3.4.3.*

Vývoj jednotlivých skupin výdajů za léky se ve sledovaném období lišil, jak ukazuje graf č.3.4.2). **U léků spotřebovaných ve zdravotnických zařízeních** lze sledovat postupný nárůst až do roku 2015, další rok došlo k mírnému poklesu na 1,3násobek hodnoty z roku 2010. **U léků na předpis z veřejného zdravotního pojištění** index výdajů ve sledovaném období průběžně kolísá s maximem v roce 2012 (110 % hodnoty roku 2010) a v následujících letech měl spíše sestupnou tendenci. **Doplatky na předepsané léky**, které hradí domácnosti, od roku 2013 výrazně vzrostly. Také u **volně prodejných léků** se index výdajů od roku 2013 postupně zvyšuje.

Graf 3.4.2 Vývoj výdajů za léky v Česku v letech 2010 - 2016 (index, 2010 = 100)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Následujících několik údajů o spotřebě léčiv je čerpáno ze zdrojů **Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL)**. V roce 2016 bylo do sítě zdravotnických zařízení v České republice dodáno 260,8 milionů balení léčivých přípravků, což ve srovnání s rokem 2010 znamená pokles o 16,8 %. Počet definovaných denních dávek¹¹ celkem v roce 2016 dosáhl 6 542,9 mil., od roku 2010 vzrostl o 7,7 %. Finanční hodnota distribuovaných léčivých přípravků byla 64,3 miliard Kč (v cenách stanovených výrobcem bez obchodní přírážky a DPH), oproti roku 2010 se jejich cena zvýšila o 9 %.

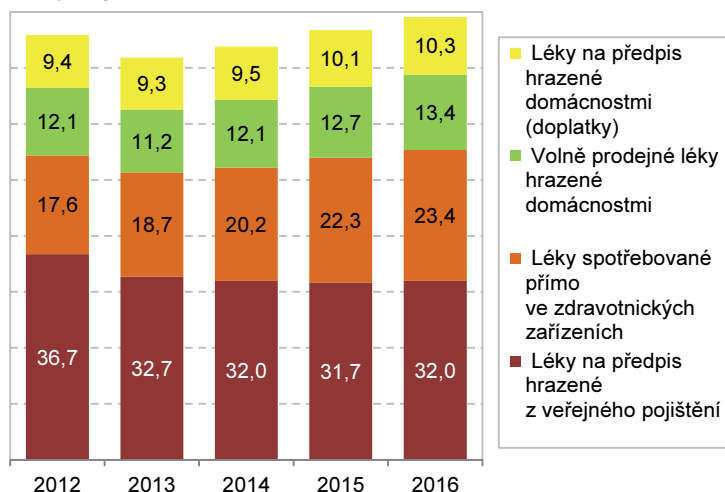
¹¹ Definovaná denní dávka je jednotka užívaná např. ke sledování spotřeby léčiv. Většinou se jedná o průměrnou denní udržovací dávku léku podávanou v léčbě daného onemocnění u dospělých pacientů.

3.4.2 Výdaje za léky podle místa jejich spotřeby

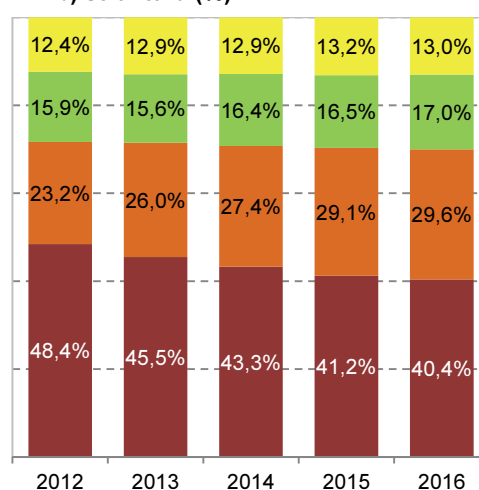
Za **ambulantně vydávané léky** hrazené z veřejného zdravotního pojištění a doplatků domácností bylo v roce 2016 vynaloženo téměř 56 mld. Kč, přičemž za léky vydané na předpis to bylo 42,3 mld. Kč a za volně prodejné léky 13,4 mld. Kč. Výdaje na ambulantně vydávané léky tak tvořily 15 % celkových výdajů na zdravotní péči, které v roce 2016 dosáhly výše 361,6 mld. Kč. Na **léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních** bylo v roce 2016 vydáno o třetinu více korun než v roce 2012 (23,4 mld. Kč oproti 17,6 mld. Kč). V roce 2016 léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních představovaly 6,5 % z celkových výdajů na zdravotní péči oproti 5,1 % v roce 2012.

Graf č. 3.4.3 Výdaje za léky v České republice podle místa spotřeby, 2012-2016 (mld. Kč; %)

a) v mld. Kč



b) struktura (%)



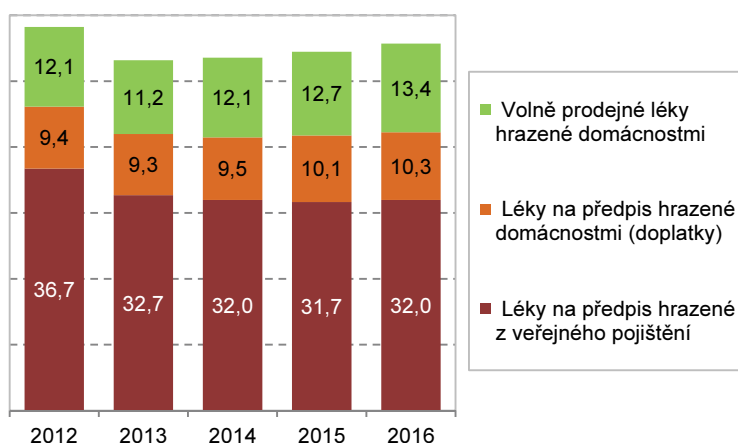
Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Jak je patrné z grafu č. 3.4.3, v roce 2012 dosáhly výdaje na **léky na předpis hrazené z veřejného zdravotního pojištění** zatím svého maxima ve výši 36,7 mld. Kč. O rok později došlo však k jejich snížení o 11 % (4 mld. Kč) a od té doby se výdaje na předepsané léky pohybují na úrovni 32 mld. Kč.

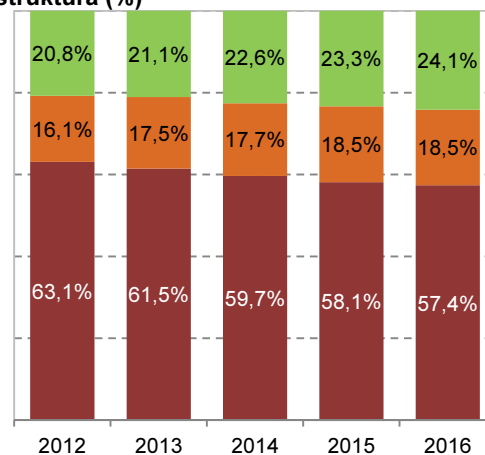
Celkové výdaje na léky vydávané ambulantně dosáhly v roce 2016 částky **55,7 mld. Kč**. Téměř tři pětiny výdajů (32 mld. Kč) tvořily výdaje za léky na předpis uhrazené z veřejného zdravotního pojištění. Za volně prodejné léky a doplatky za léky na předpis zaplatili pacienti dohromady 23,7 mld. Kč. V uplynulých pěti letech uhradily zdravotní pojišťovny pro své klienty léky na předpis za více než 165 mld. korun, na které pacienti doplatili z vlastních kapes ještě celkem 49 mld. korun.

Graf č. 3.4.4 Výdaje za ambulantně vydávané léky, 2012 - 2016 (mld. Kč; %)

a) v mld. Kč



b) struktura (%)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

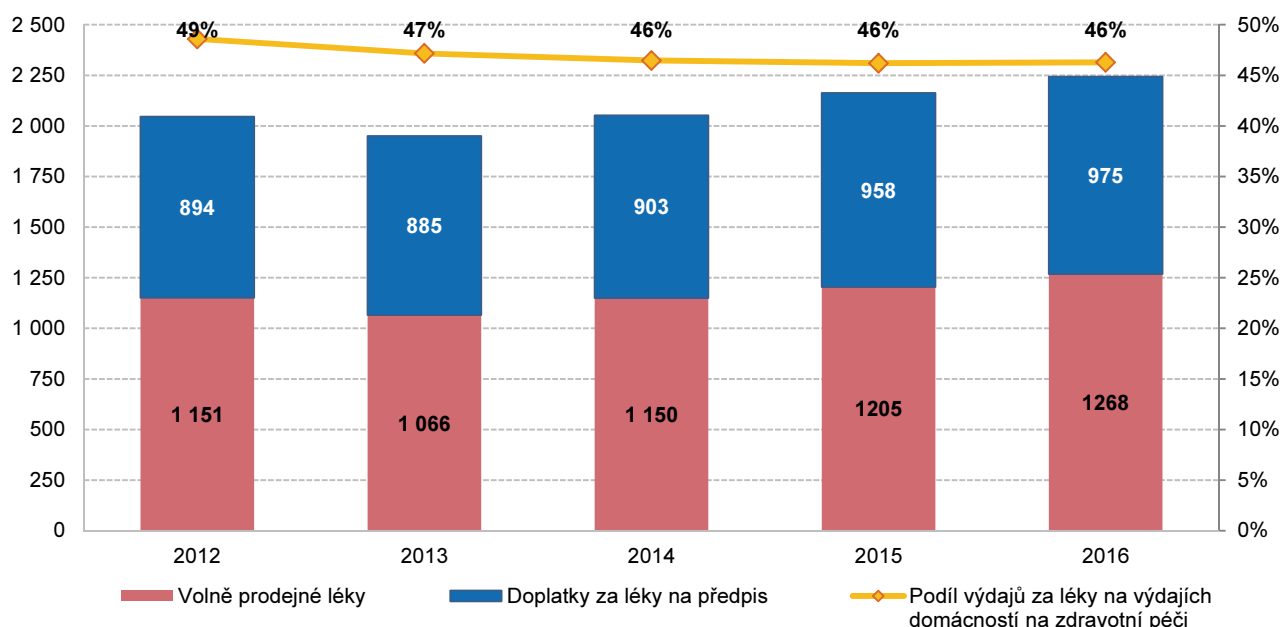
Jak dokumentuje graf č. 3.4.4 **výdaje na léky na předpis (hrazených z veřejného pojištění i doplatků domácností)**, tvořily v letech 2012 – 2016 až 76 % - 79 % ve skupině léků vydávaných ambulantně. **Doplatky pacientů za léky na předpis hrazené domácnostmi** se pohybovaly v letech 2012 až 2014 na úrovni 9,4 mld. Kč. V roce 2015 přesáhly 10 miliard Kč, stejně jako v roce 2016.

Každý obyvatel České republiky ročně zaplatí z vlastní peněženky za léky 2 tisíce korun

Z grafu č. 3.4.5 je patrný vývoj **výdajů domácností za doplatky za léky na předpis a za volně prodejné léky přepočtený na jednoho obyvatele**. V průměru na 1 obyvatele bylo v ČR v roce 2016 vydáno domácnostmi více než 2 200 Kč, přičemž z toho 975 Kč stály doplatky za léky na předpis a 1 268 Kč volně prodejné léky.

Doplatky na léky na předpis dosáhly v roce 2012 zhruba 890 Kč. Po mírném poklesu v roce 2013 (885 Kč) překonaly doplatky na 1 obyvatele v následujících třech letech hranici 900 Kč. Výdaje na volně prodejné léky se po mírném propadu v roce 2013 každoročně pozvolna zvyšují.

Graf č.3.4.5 Výdaje domácností v ČR za léky, 2012-2016 (na 1 obyvatele v Kč, podíl na zdravotní péči v %)



Maximální výdaje zdravotních pojišťoven na léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních

Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v roce 2016 dosáhly 237,7 mld. Kč, téměř 66 % z celkových výdajů na zdravotní péči v České republice. **Úhrady z veřejného pojištění** za léky na předpis a léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních dosáhly v roce 2016 výše 55,4 mld. Kč (viz graf č. 3.4.3) a tvořily tak 23 % celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. Podíl výdajů za uvedené skupiny léků na kompletních výdajích zdravotních pojišťoven na zdravotní péči zůstává od roku 2012 bez výrazných změn a pohybuje se v rozmezí 21 - 23 %.

Výdaje zdravotních pojišťoven **za léky na předpis** dosahují ve sledovaném období 2012 – 2016 v průměru okolo 32,5 mld. Kč. Výjimkou byl rok 2012, který znamenal pro zdravotní pojišťovny vyšší výdaje za léky na předpis (36,7 mld. Kč), především v důsledku zvýšení DPH z 10 na 14 %. Pokles výdajů **zdravotních pojišťoven** na léky na předpis byl v průběhu sledovaného období ovlivněn mnoha administrativními změnami např. snížením počtu úhrad z veřejného zdravotního pojištění, každoroční kolísání v počtu vydaných receptů, zařazení léčivých prostředků na Pozitivní listy, přesun nákladů na léčivé prostředky z receptu na zvlášť účtované léčivé přípravky (viz metodická příloha).

Výdaje zdravotních pojišťoven **za léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních** se každoročně zvyšují. V roce 2016 dosáhly výše 23,4 mld. Kč, což je téměř o 5,8 mld. Kč více než v roce 2012. Průměrné tempo růstu od roku 2012 činilo 7,4 %.

3.4.3 Výdaje za léky podle zdrojů jejich financování

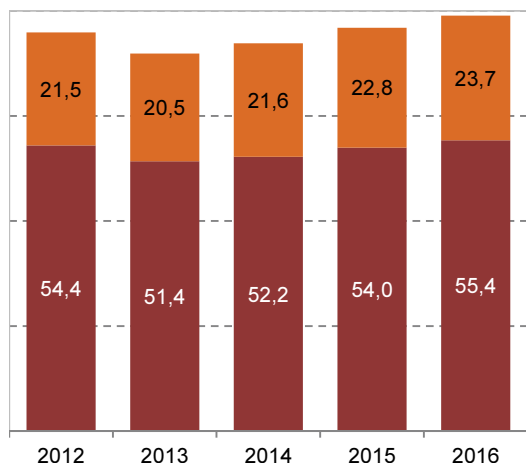
Polovina výdajů domácností na zdravotní péči jde na doplatky na léky a volně prodejné léky

Výdaje za léky představují největší položku výdajů domácností na zdravotní péči. V roce 2016 utratily domácnosti za volně prodejné léky a doplatky za léky na předpis celkem 23,7 mld. Kč, což představovalo více než 46 % veškerých výdajů domácností na zdravotní péči. Jak naznačuje graf č. 3.4.6, ve sledovaném období nedocházelo k výrazným změnám, co se týká relativní zátěže plateb za léky v rozpočtech domácností na zdravotní péči. Od roku 2012 se pohybuje mezi 46 % a 49 % výdajů domácností na zdravotní péči.

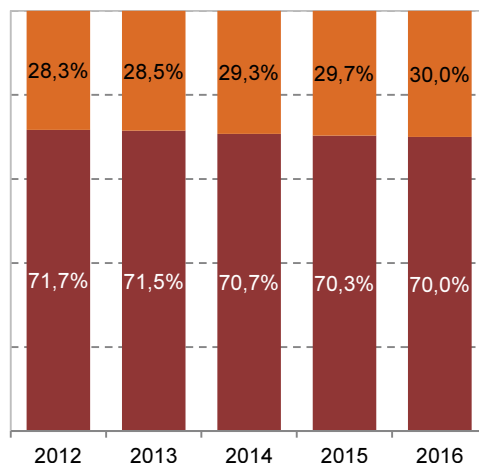
Z údajů v grafu č. 3.4.4 vyplývá, že v roce 2016 doplácely domácnosti celkem 10,3 mld. Kč za léky na předpis, což je o 0,9 mld. Kč více než v roce 2012 (9,4 mld. Kč). Domácnosti dále vydaly celkem 13,4 mld. Kč za volně prodejné léky, což představovalo nárůst o 10,7 % oproti roku 2012 (12,1 mld. Kč). Domácnosti utratily za léky za období 2012 – 2016 celkově 110,1 mld. Kč s průměrným ročním tempem růstu 2.1 %. Do ceny léků se mimo jiné promítá také aktuální výše snížené sazby daně z přidané hodnoty, která se ve sledovaném období několikrát změnila.

Graf č. 3.4.6 Výdaje za léky v České republice podle zdroje financování, 2012-2016 (mld. Kč; %)

a) v mld. Kč



b) struktura (%)



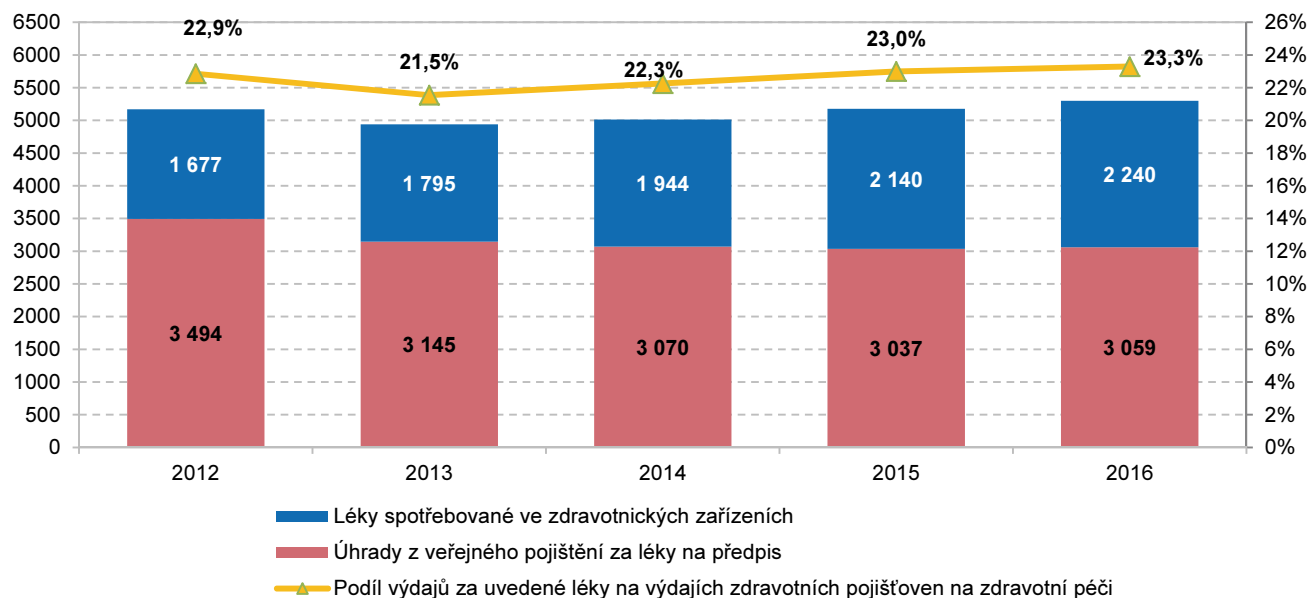
Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

V roce 2016 uhradily zdravotní pojišťovny za léky pro 1 pojištěného klienta 5,3 tisíce korun

Graf č. 3.4.7 znázorňuje přehled výdajů zdravotních pojišťoven za léky na předpis a za léky poskytnuté pacientům ve zdravotnických zařízeních na jednoho pojištěného veřejného zdravotního pojištění. Výdaje zdravotních pojišťoven za jmenované kategorie léků dosáhly v roce 2016 více než 5 tisíc Kč za 1 pojištěného, z čehož za léky na předpis to bylo 3 059 Kč a za léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních 2 240 Kč.



Graf č. 3.4.7 Výdaje zdravotních pojišťoven za léky, 2012-2016 (na 1 pojištěnce v Kč; podíl na zdrav. péči v %)

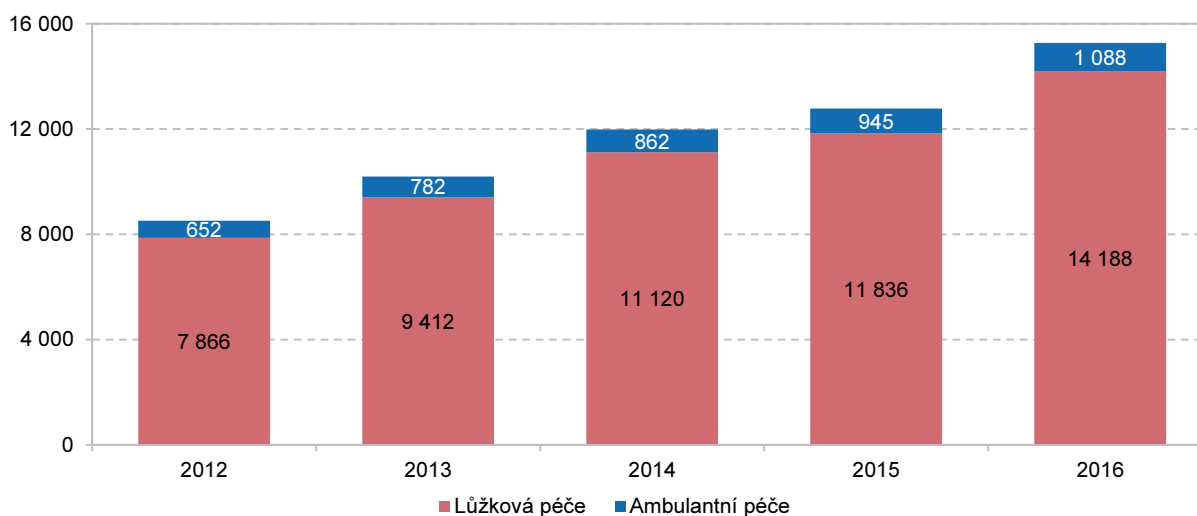


Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Výdaje zdravotních pojišťoven na centrové léky vzrostly meziročně o dvě pětiny

Zdravotní pojišťovny vydaly v roce 2016 za léky pro specializovaná centra více než 15 miliard korun. Za léčivé prostředky poskytované v rámci lůžkové péče bylo vydáno až 93 % celkových výdajů. Ve specializovaných pracovištích se léčí především metabolická, kardiovaskulární a neurologická onemocnění. Jedná se o léčivé přípravky poskytované v uvedených pracovištích, ať už formou ambulantní nebo lůžkové péče. S rozvojem léčebných metod roste ekonomická náročnost léčby, což dokazuje výrazné zvýšení nákladů zdravotních pojišťoven. Zatímco v roce 2012 vynaložily zdravotní pojišťovny na léčivé prostředky ve specializovaných centrech s lůžkovým oddělením 7,9 mld. Kč, v roce 2016 vzrostla částka o 80 % na stávajících 14,2 mld. Kč s průměrným ročním tempem růstu 15,9 %. Výdaje za léky poskytované při ambulantní léčbě v roce 2016 poprvé překročily hranici jedné miliardy Kč a v porovnání s rokem 2012 se zvýšily o dvě třetiny.

Graf č. 3.4.8 Výdaje zdravotních pojišťoven na léčivé přípravky poskytované ve specializovaných pracovištích, 2012-2016 (v mil. Kč)



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2017

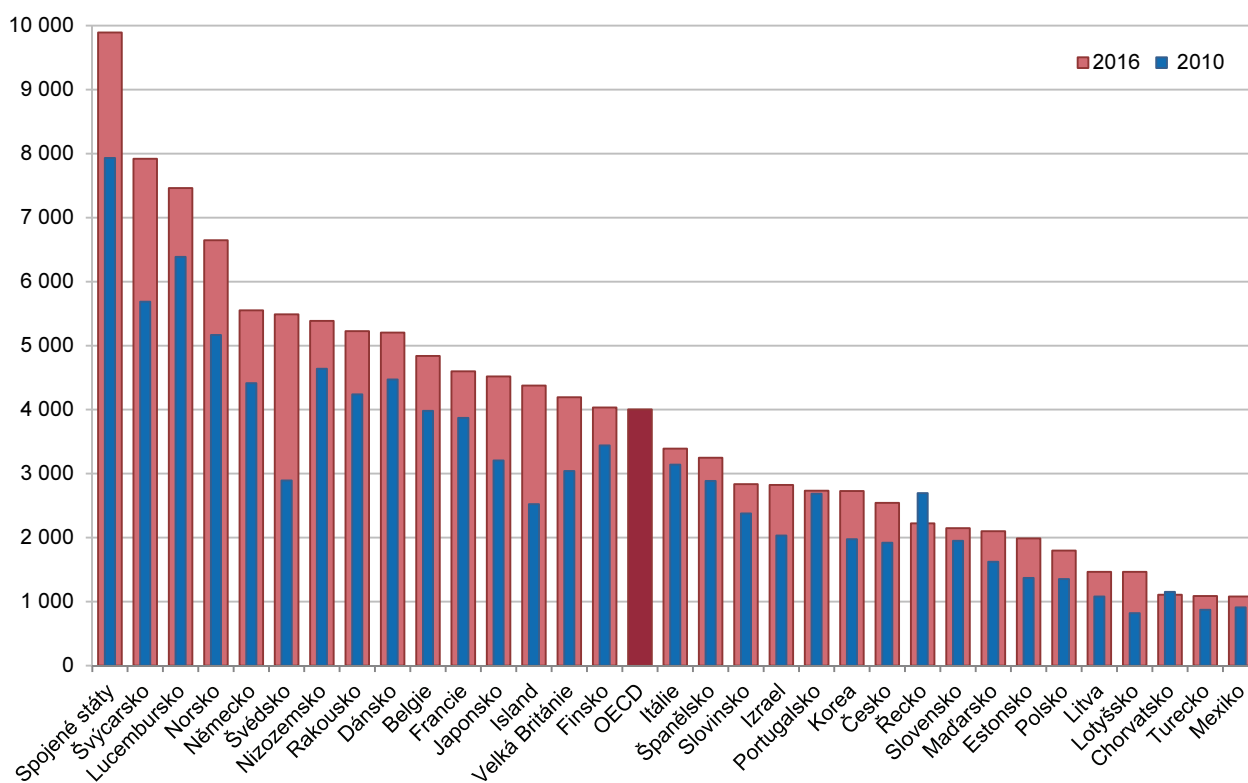
4. Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotní péči

V této části je prezentováno porovnání základních ukazatelů výdajů na zdravotní péči ve vybraných zemích Evropské Unie (EU) a Evropského sdružení volného obchodu (EFTA – Státy EFTA jsou Island, Lichtenštejnsko, Norsko a Švýcarsko a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Předkládané statistiky přináší pohled na financování našeho zdravotnictví v širším mezinárodním kontextu a mohou tak poskytnout užitečné podklady pro jeho hodnocení a přispět do diskuze o jeho budoucím směřování. Údaje byly převzaty z publikace Health at a Glance 2017 a doplněny dalšími údaji z databáze ukazatelů Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) <http://www.oecd-ilibrary.org/>.

Nejvíce peněz za zdravotní péči na jednoho obyvatele v roce 2016 vydaly Spojené státy

Jednoznačně nejvyšší částky na zdravotní péči v přepočtu na jednoho obyvatele mezi státy OECD zaplatily v roce 2016 Spojené státy, kdy se jednalo o téměř 10 tisíc USD přepočtených podle parity kupní síly (viz graf č. 4.1). K hranici 8 tisíc USD vynaložených na zdravotní péči na jednoho obyvatele se přiblížilo v daném roce Švýcarsko a Lucembursko, následované Norskem s téměř 7 tisíci USD. Za uvedenými zeměmi pak následují Německo, Švédsko, Nizozemsko, Rakousko či Dánsko, jejichž výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele se pohybují nad hranicí 5 tisíc USD. Na opačné straně žebříčku jsou Chorvatsko, Turecko a Mexiko s výdaji na jednoho obyvatele okolo jednoho tisíce USD. V průměru bylo na zdravotní péči na jednoho obyvatele v uvedených zemích OECD vydáno v roce 2016 zhruba 4 000 USD. Česká republika patří mezi státy s nižšími výdaji na zdravotní péči na obyvatele (hodnota okolo 2 500 USD). Z grafu č. 4.1 je patrná změna těchto výdajů mezi lety 2010 a 2016. V naprosté většině sledovaných zemí došlo k jejich nárůstu, pokles byl zaznamenán pouze v případě Řecka a Chorvatska. Více o vývoji tohoto ukazatele v čase viz graf č. 4.2 a příslušný text.

Graf č. 4.1 Průměrné výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele v zemích OECD (v USD PPP)



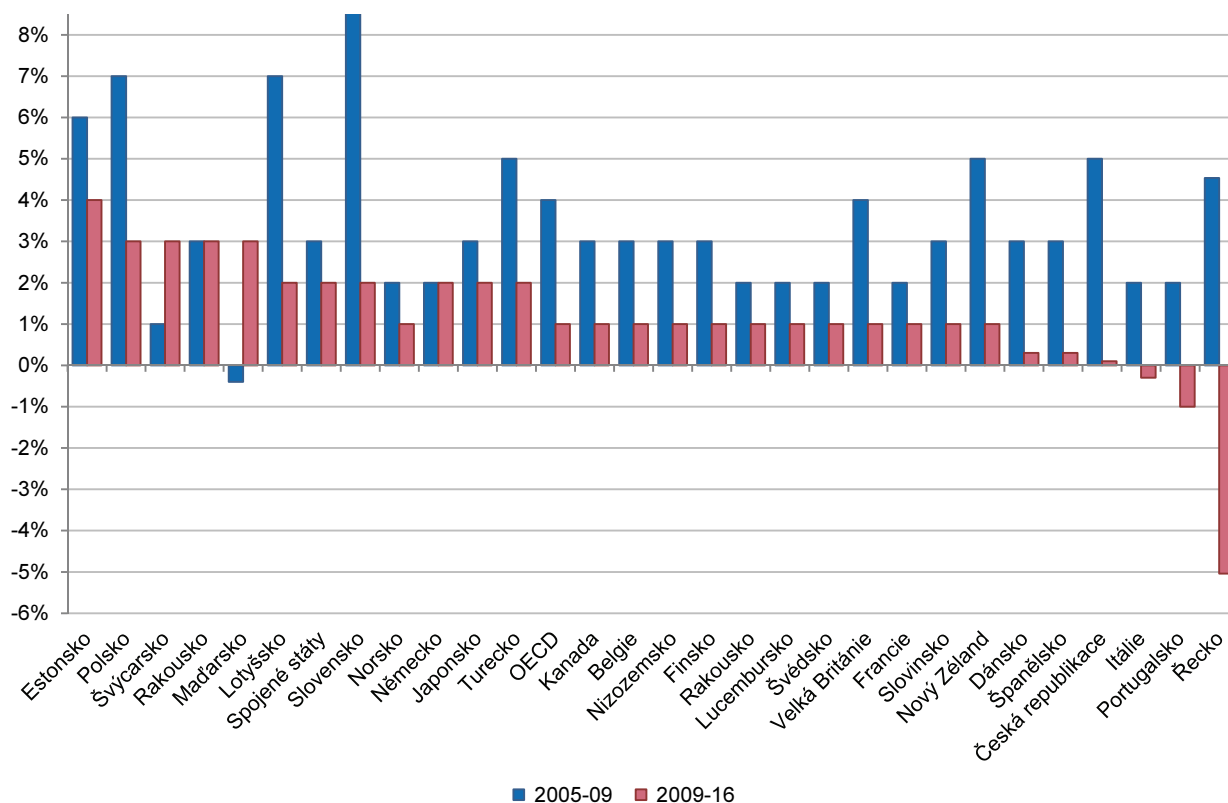
Data za rok 2016 - odhad OECD



Nejvyšší reálný pokles výdajů na zdravotní péči v letech 2009 – 2016 byl zaznamenán v Řecku

V letech 2005 až 2009 výdaje na zdravotní péči ve stálých cenách rostly v naprosté většině uvedených zemí. V letech 2009 – 2016 došlo v řadě zemí k výraznému obratu v ročních výdajích na zdravotní péči ve srovnání s obdobím po finanční krizi. Obecně se růst výdajů ve většině zemí OECD zpomalil. Pouze Švýcarsko a Maďarsko zaznamenaly vyšší průměrný růst ve srovnání s předchozím obdobím. Nejvýznamnější obrát ve vývoji výdajů na zdravotní péči mezi dvěma sledovanými obdobími zaznamenalo Řecko, kdy průměrné roční tempo růstu pokleslo ze 4,5 % na -5,0 % a Portugalsko z 2 % na -1 %.

Graf č. 4.2 Průměrné roční tempo růstu výdajů na zdravotní péči na jednoho obyvatele ve stálých cenách (v %)



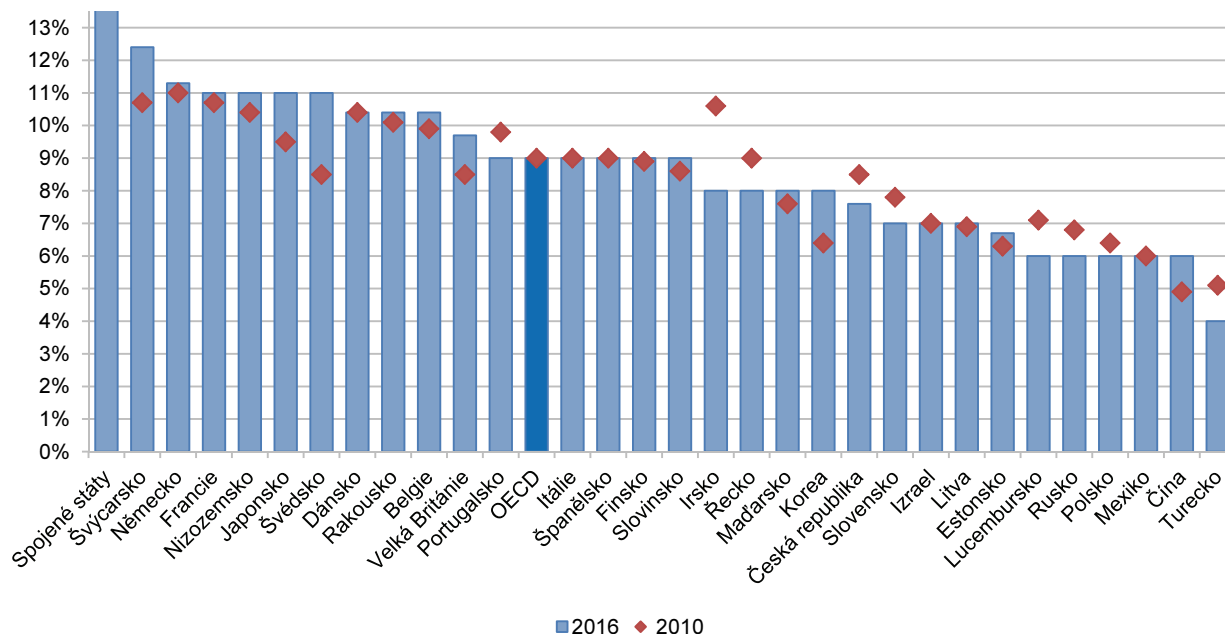
Data za rok 2016 - odhad OECD

Nejvyšší podíl výdajů na zdravotní péči na HDP vykazují Spojené státy

Celkové výdaje na zdravotnictví představovaly v USA v roce 2016 až 17 % HDP, což je nejvíce ze všech členských zemí OECD, následovány Švýcarskem 12 %. Poměrně velkou skupinu, která se pohybovala na úrovni 11 %, tvoří evropské země Německo, Švédsko, Francie, Nizozemsko, Dánsko, ale také Japonsko. Celkové běžné výdaje na zdravotní péči v České republice činily v daném roce 7,6 % HDP. Průměrné výdaje na zdravotnictví v členských zemích OECD přitom činily 9,0 % k HDP. Země střední a východní Evropy včetně Slovenska vydaly na zdravotnictví přibližně 6 % - 8 % HDP. Nejméně finančních prostředků na zdravotnictví k poměru k HDP vydaly v Turecku 4 %.

V grafu 4.3 je nastíněn také vývoj podílu výdajů na zdravotní péči na HDP i v letech 2016 a 2010. Vývoj podílu výdajů na zdravotní péči na HDP byl v roce 2010 významně ovlivněn světovou finanční a ekonomickou krizí a ukazuje na určitou setrvačnost financování zdravotnictví v závislosti na vývoji celé ekonomiky. Mezi lety 2010 a 2016 lze vývoj u většiny sledovaných států označit spíše za stagnaci. Výjimkou je Irsko, kde mezi roky 2010 a 2016 došlo k relativně významnému poklesu podílu výdajů na zdravotní péči ve vztahu k HDP, který byl ovšem zapříčiněn výrazným meziročním nárůstem HDP v této zemi.

Graf č. 4.3 Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP v zemích OECD v roce 2010 a 2016 (v %)



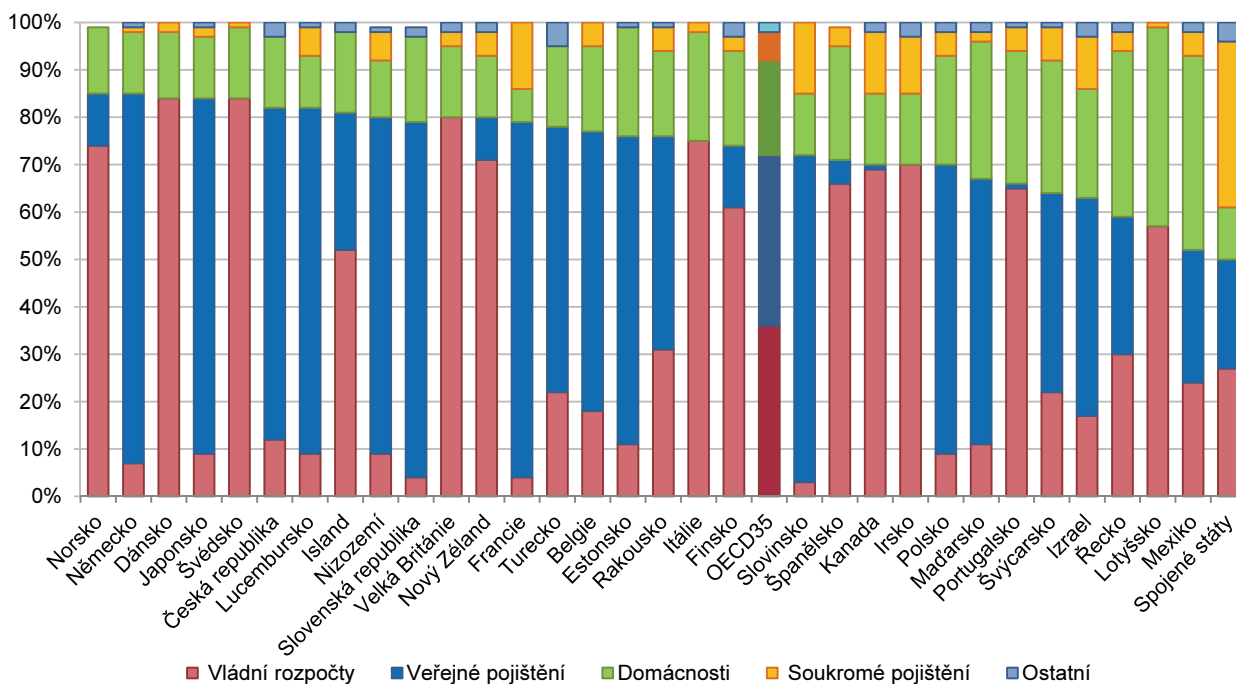
Data za rok 2016 - odhad OECD

Údaje za Spojené státy dosáhly hodnoty 17% v roce 2016 a 16% v roce 2010

Ve většině sledovaných zemí převládá financování zdravotní péče z veřejných zdrojů

Jednotlivé státy se výrazně odlišují ve způsobu financování zdravotní péče, obecně lze říci, že ve všech sledovaných zemích OECD převládá financování z veřejných zdrojů nad soukromými. USA spolu s Mexikem patří k zemím, kde jsou výdaje z veřejných a soukromých zdrojů zhruba rovnoměrně rozděleny. Ve Spojených státech je hlavním zdrojem financování zdravotní péče soukromé dobrovolné pojištění (35 %) a v Mexiku přímé platby domácností (41 %). Z grafu č. 4.4 je patrné, že nejvyšší podíl veřejných zdrojů na financování zdravotní péče vykazovalo v roce 2015 Norsko a Německo (85 %), následovány Dánskem, Švédskem a Japonskem (84 %).

Graf č. 4.4 Struktura výdajů na zdravotní péči podle zdrojů financování v zemích OECD v roce 2015 (v %)



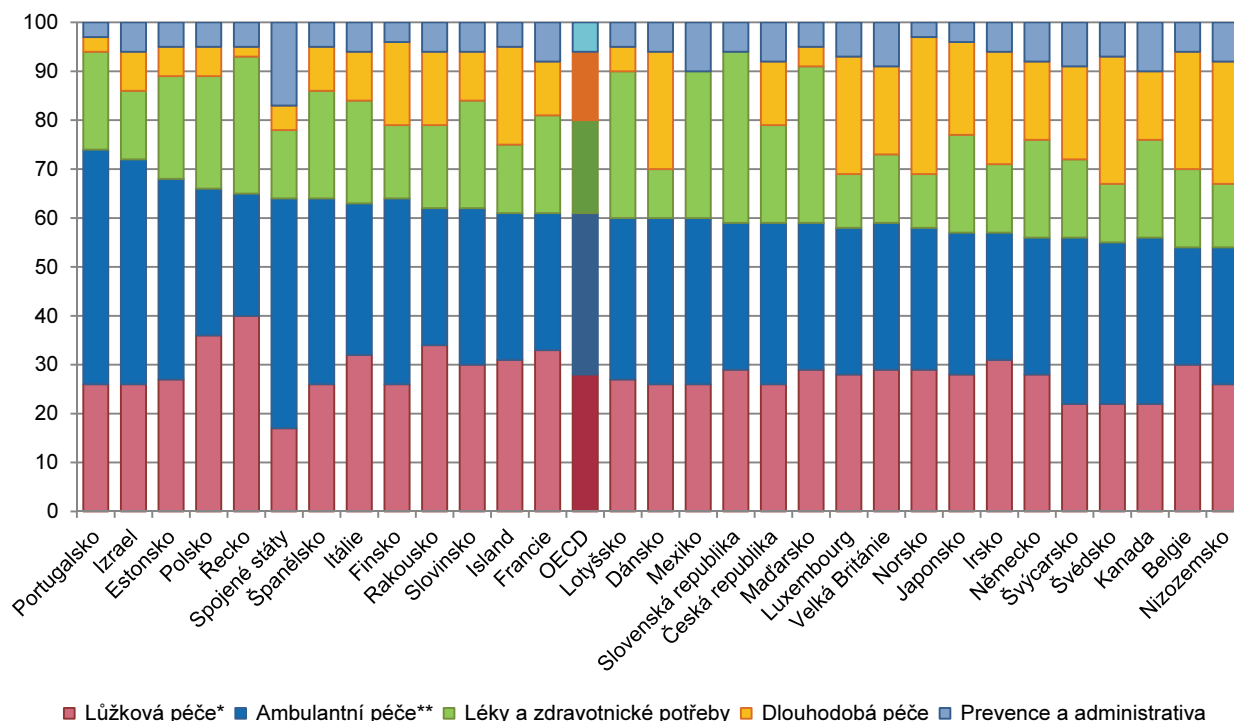
Výdaje z veřejných rozpočtů jsou také v České republice jedny z nejvyšších ze zemí OECD (83 %). Naopak nejnižší veřejné výdaje na zdravotní péči zaznamenáváme v již zmiňovaných Spojených státech a Mexiku, ale také Lotyšsku a Řecku (v průměru 58 %). Lotyšsko mělo v roce 2015 nejvyšší přímé platby domácností na zdravotní péči z uvedených států OECD (42 %).

Německo, Japonsko, Francie či Slovensko patří k zemím se systémem založeným především na všeobecném zdravotním pojištění, které se v těchto zemích podílí na veškerých výdajích na zdravotní péči více než 75 %. Do této skupiny patří i Česká republika, kde zdravotní pojišťovny hradí až dvě třetiny běžných nákladů na zdravotní péči. Ve Švédsku, Dánsku a Velké Británii, je naopak zdravotní péče financovaná především nebo výhradně přímo z rozpočtů centrálních a místních vlád s jejich podílem 80 % a více. Soukromé zdravotní pojištění či připojištění hraje významnější roli kromě výše uvedených Spojených států např. také ve Slovinsku, Francii a Irsku, kde představuje více než desetinu výdajů na zdravotní péči. Domácnosti se velmi významně podílí na financování zdravotní péče v Lotyšsku a Mexiku (více než 40 %) a také v Řecku (35 %). V České republice se domácnosti na zdravotní péči podílí ze 14 %, stejně je tomu také v Norsku a Dánsku. Naopak podíl domácností na financování zdravotní péče byl ze sledovaných zemích nejnižší ve Francii, pouze 7 %.

Za lůžkovou a ambulantní péči bylo v zemích OECD vydáno v průměru 60 % z celkových výdajů na zdravotní péči

Více než polovina všech výdajů na zdravotní péči byla v roce 2015 ve všech sledovaných zemích OECD vynaložena na lůžkovou a ambulantní péči (včetně doplňkových služeb jako jsou laboratorní a zobrazovací vyšetření a zdravotnická doprava). V Portugalsku se jednalo dokonce až o tři čtvrtiny celkových běžných výdajů. V průměru všech uvedených zemí OECD se jednalo ve zmiňovaném roce o 61 % veškerých financí vydaných za zdravotní péči. Výdaje na léky a zdravotnické potřeby tvořily v průměru 19 %, na dlouhodobou péči zdravotní 14 % a na preventivní péči a správu systému zdravotnictví odčerpaly 6 % (viz graf 4.5).

Graf č. 4.5 Struktura výdajů na zdravotní péči podle druhu péče v zemích OECD v roce 2015 (v %)



* Zahnuje léčebně-rehabilitační lůžkovou a jednodenní péči.

** Zahnuje domácí péči a doplňkové služby (laboratorní a zobrazovací vyšetření a zdravotnickou dopravu).

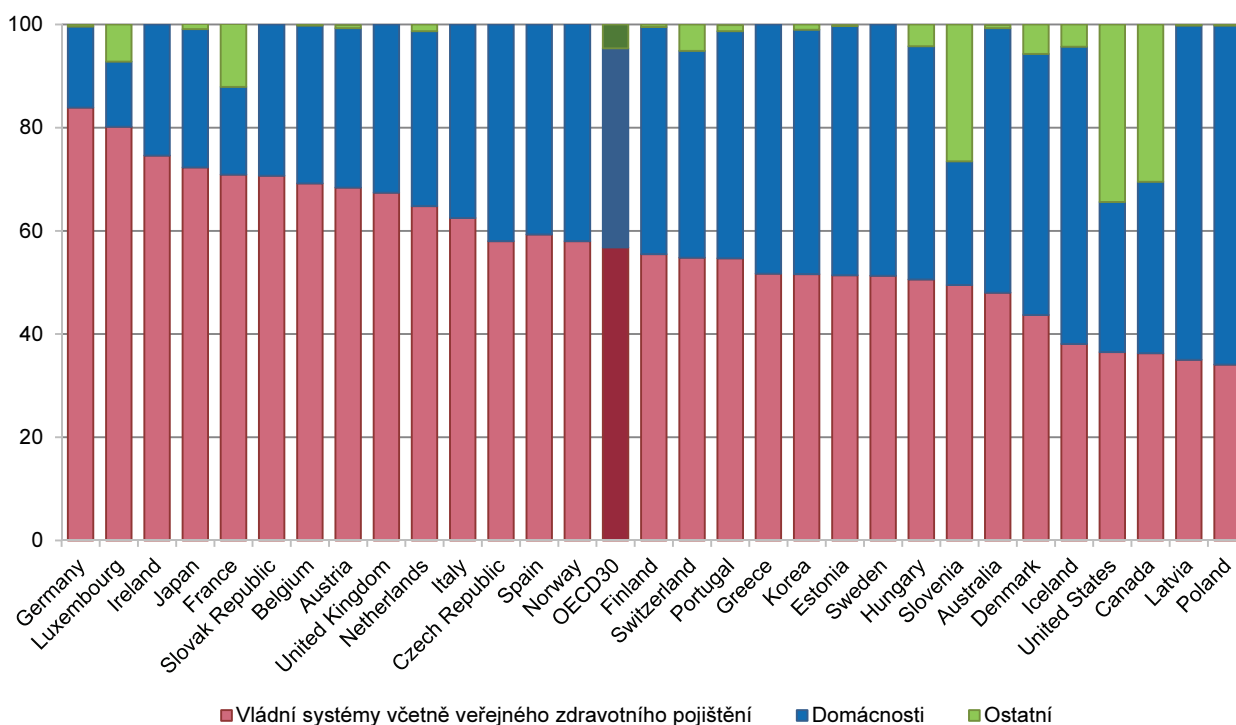
Pokud se zaměříme na strukturu výdajů na zdravotní péči podle konkrétních druhů péče v jednotlivých státech, je patrné, že jsou mezi zeměmi výrazné rozdíly. Lůžková péče zaujímá nejvyšší podíl výdajů

na zdravotní péči v Řecku a Polsku v průměru 38 % a naopak nejméně například ve Švédsku nebo Švýcarsku 22 %. Ambulantní péče nejvíce z rozpočtu na zdravotní péči ukrajuje v Portugalsku (48 %) nebo také v Estonsku (41 %) a nejméně v Belgii 24 %. Ještě větší rozdíly mezi jednotlivými státy zaznamenáváme ve výdajích na dlouhodobou péči zdravotní. V tomto případě se hodnoty pohybují od méně než 2 % na Slovensku a v Řecku až po více než 25 % v Belgii a Švédsku. Významné rozdíly jsou i v případě výdajů za léky. Nejméně, zhruba desetinu všech výdajů na zdravotní péči, zaplatili za léky v Dánsku, Norsku a také v Lucembursku. Naopak nejvíce peněz za léky bylo vydáno na Slovensku a v Maďarsku (více než 30 %). Výdaje na kolektivní služby, tedy prevenci a správu systému zdravotní péče, se pohybovaly od 3 % v Norsku a Portugalsku až po 9 % v evropských zemích jako je Velká Británie a Švýcarsko.

V Bulharsku jsou ze soukromých zdrojů hrazeny přibližně dvě třetiny výdajů za léky

Výdaje za léky představují významnou položku v běžných výdajích na zdravotní péči a v zemích OECD se pohybují v rozpětí od 10 % v Dánsku až po 35 % na Slovensku. Průměrná hodnota zemí OECD je 19 % (viz předchozí graf). Jak je patrné z grafu 4.6, zdroj financování léků se v jednotlivých zemích výrazně odlišuje. V Německu a Nizozemsku jsou léky z více než 80 % hrazeny z veřejných zdrojů. V osmi státech zahrnují veřejné a povinné programy méně než polovinu částky vynaložené na léky. Nejméně je tomu v Lotyšsku a Polsku, ve kterých jsou až dvě třetiny výdajů na léky hrazeny z rozpočtů domácností. Ve Spojených státech a Kanadě pochází třetina výdajů na léky ze soukromého pojištění.

Graf č. 4.6 Struktura výdajů na léky* podle zdrojů financování v zemích OECD v roce 2015 (v %)



* V mezinárodním srovnání jsou k dispozici výdaje za ambulantně poskytované léky

Údaje za Českou republiku v grafu č. 4.6 byly aktualizovány v souladu se zpracováním zdravotnických účtů za rok 2015



5. Metodická příloha

5.1 Základní rozdíly mezi původní metodikou SHA 1.0 a novou metodikou SHA 2011

Metodický manuál SHA 2011 zavedl v porovnání s předcházejícím SHA 1.0 některé změny a vylepšení. Spočívají zejména v rozšíření a současně i v prohloubení pohledu na systém zdravotní péče. Obojí se týká především oblasti preventivní a dlouhodobé péče.

Nový manuál člení výdaje na **preventivní péči** podle druhu preventivních programů, nikoli podle druhů nemocí či cílové skupiny pacientů, jak tomu bylo dříve. Tato změna umožňuje nalezení a kvantifikaci vazby mezi náklady na daný preventivní program (např. imunizační programy či včasného odhalení nemocí) a dosaženými výsledky ve zdravotním stavu účastníků programu.

Nemalý význam má skutečnost, že z pohledu stupně či úrovně prevence umožňuje manuál členění preventivní péče na primární a sekundární. Primární prevence zahrnuje služby, které se snaží zabránit kontaktu s určitými rizikovými faktory, ovlivňujícími vznik chorob. Jejím cílem je předcházet vzniku nových případů onemocnění, předvídat jejich vznik a snížit jejich závažnost např. očkování proti klíšťové encefalitidě, invazivním pneumokokovým infekcím, chřipce apod. Sekundární prevence zahrnuje opatření zaměřená na včasné odhalení (již probíhající) nemocí. Efektivní sekundární intervence zvyšuje možnost méně nákladných a pacienta zatěžujících léčebných zásahů a předchází progresi onemocnění. Mezi příklady sekundární prevence patří screeniny zhoubných nádorů, screeniny sluchu u novorozenců a částečně i pravidelné preventivní prohlídky. Souhrnně lze preventivní péči (podobně jako činnosti řízení a správy zdravotní péče) označit za kolektivní služby zdravotní péče, které jsou zaměřena na celou populaci či skupiny osob. Na druhé straně manuál rozeznává individuální spotřebu zdravotní péče, ta se vztahuje k pacientům – jednotlivcům.

V souvislosti s fenoménem stárnutí obyvatelstva vyspělých zemí se v rámci zdravotní péče zvyšuje význam **dlouhodobé péče**, které se budeme podrobněji věnovat v další části metodické přílohy.

5.2 Výdaje na dlouhodobou péči

Oblast dlouhodobé péče byla v posledních letech ve spolupráci OECD, EUROSTAT a WHO metodicky vyjasněna a lze předpokládat i zlepšení mezinárodního sčítání dat. Upravená metodika SHA 2011 rozlišuje dvě skupiny - **dlouhodobou péči zdravotní a sociální**. Prolínání dlouhodobé zdravotní a sociální složky péče u většiny sociálních služeb předznamenalo jejich nutné rozčlenění do položek **HC.3 Dlouhodobá zdravotní péče nebo HCR.1 Dlouhodobá sociální péče**.

Na základě charakteru, rozsahu základních činností a cílových skupin uživatelů, kterým jsou jednotlivé druhy sociálních služeb poskytovány, byl na základě doporučení OECD použit princip dominujících činností zabezpečovaných poskytovateli sociálních služeb. Jedná-li se o sociální služby výhradně nebo převážně zaměřené na poskytování služeb osobní péče (personal care services), jako je získání dovedností a návyků, pomoc při zvládnutí běžných denních činností, péče o vlastní osobu, dojde k začlenění pod položku **Dlouhodobá zdravotní péče HC.3**, která zahrnuje v ČR tři formy:

Lůžková dlouhodobá péče (HC 3.1) zahrnuje služby dlouhodobého charakteru poskytované v zařízeních, jako jsou nemocnice, pečovatelské ústavy, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře apod. s možností zajištění zdravotní péče pacientům (klientům), kteří jsou v daném zařízení ubytováni.

Denní dlouhodobá péče (HC 3.2) je poskytována v denních stacionářích, v centrech denních služeb a patří do ní také odlehčovací služby.

Domácí dlouhodobou péči (HC 3.4) představují služby poskytované klientům v přirozeném prostředí jejich domova. Mimo jiné do ní patří osobní asistence a pečovatelská služba.

Dlouhodobá sociální péče HCR 1 se dělí na následující podkategorie:

Sociální služby zahrnují služby tzv. asistenčního charakteru jako je dovážka nebo příprava oběda, pomoc při zajištění chodu domácnosti (úklid, nákupy), zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické, výchovné a vzdělávací činnosti nebo pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů pacienta (klienta). Vymezení širokého rozsahu sociálních služeb je upraveno zákonem č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Údaje o výdajích na sociální služby jsou k dispozici pouze ze státního rozpočtu, nikoliv z přímých výdajů domácností.

Peněžité dávky dlouhodobé sociální péče představují finanční transfery ve prospěch jednotlivých osob či domácností. Pokrývají obvykle služby neformální péče zajišťované členy rodiny nebo odměnu poskytovatelům formální péče sociální podpory, kteří pomáhají pacientům (klientům) v každodenních běžných činnostech. Nenahrazují dávky na ochranu příjmu pro případ nemoci nebo invalidity. V podmínkách ČR odpovídají nové metodice SHA 2011 dávky pro osoby se zdravotním postižením, tj. příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku a část výdajů příspěvku na péči.

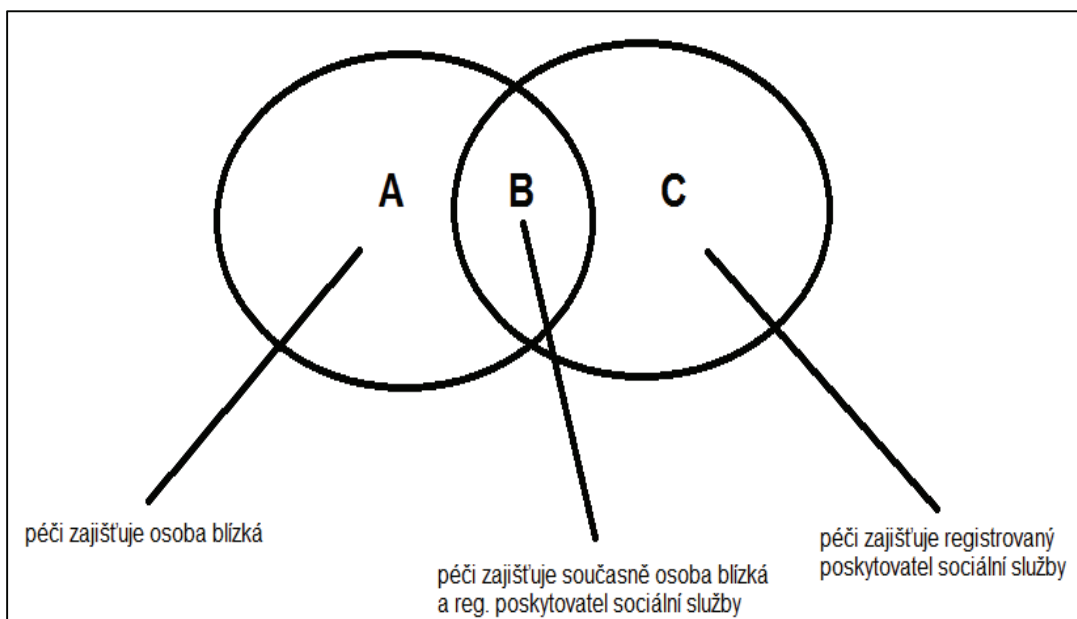
Dávky pro osoby se zdravotním postižením:

- **příspěvek na mobilitu** - opakující se nároková dávka, která je určena osobě se zdravotním postižením starší 1 roku, která se opakovaně za úhradu v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována. V roce 2016 činila výše dávky 400 Kč měsíčně. Účel dopravy, na který je příspěvek využíván, současná legislativa nestanovuje. Dojíždka do a ze zdravotnického nebo sociálního zařízení tak může být jedním z účelů dopravy.
- **příspěvek na zvláštní pomůcku** – nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku (jednorázová dávka) má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se přitom pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok.

Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na které je dávka určena, je obsažen v příloze č. 1 vyhlášky č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Jedná se např. o dodatečnou úpravu motorového vozidla, stavební práce spojené s uzpůsobením domácnosti, zajištění přístupu do domu či bytu (schodišťová plošina) a další. Výše příspěvku na zvláštní pomůcku se stanoví s přihlédnutím k četnosti a důvodu dopravy, příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných a celkovým sociálním a majetkovým poměrům.

Příspěvek na péči – jedná se o peněžitou periodickou sociální dávku, která je určena na zajištění služeb kompenzujících nesoběstačnost osob. Tyto služby mohou být zajištěny jak nákupem služeb od poskytovatelů sociálních služeb, tak prostřednictvím blízkých osob, které o nesoběstačné pečují v rámci rodiny nebo společné domácnosti. Nárok na příspěvek má osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. Stupeň závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat, a potřeby každodenní mimořádné péče jiné fyzické osoby u osob do 18 let věku a potřeby každodenní pomoci, dohledu nebo péče jiné fyzické osoby u osob starších 18 let věku.





Pro správné vykazování výdajů na příspěvek na péči v manuálu SHA 2011 představují jednotlivé množiny a jejich průnik:

- Množina „A“ – průnik „B“ = péče je zajišťována výhradně osobou blízkou (v domácnosti příjemce příspěvku),
- Množina „C“ – průnik „A“ = péče je zajišťována výhradně registrovaným poskytovatelem sociální služby (zpravidla v zařízení sociálních služeb),
- Průnik „B“ – současné poskytování péče osobou blízkou i registrovaným poskytovatelem sociálních služeb (zpravidla v domácnosti příjemce příspěvku). U této kombinace však není sledováno (není po příjemcích vyžadováno) proporční rozdělení výše vyplaceného příspěvku (nebo rozsahu poskytované péče) mezi jednotlivé způsoby využití.

Jelikož příspěvky na péči využívané na nákup péče poskytované v rámci registrovaných sociálních služeb představují současně příjmy těchto služeb, nejsou z tohoto důvodu do zdravotnických účtů (za účelem vyloučení duplicity vykazovaných výdajů) zahrnuty. V diagramovém vyjádření výše se jedná o péči, resp. výdaje na příspěvky na péči, reprezentovanou množinou „C“ (a zčásti i oblastí průniku „B“, viz vysvětleno níže). Dále oblast (resp. výdaje na příspěvky na péči) vyjádřená jako množina „A“ – průnik „B“ bude zahrnuta do SHA 2011 v celém rozsahu. Oblast průniku „B“, u které nejsou k dispozici informace o podílu rozdělení výše vyplaceného příspěvku (nebo rozsahu poskytované péče) mezi jednotlivé způsoby využití, bude zahrnuta v odhadované výši jedné poloviny skutečných výdajů na příspěvek na péči.

Pro dokreslení reálného rozsahu jednotlivých výše uvedených množin lze na reálných statistických údajích uvést, že za rok 2016 bylo vyplaceno celkem cca 346 tis. příspěvků na péči. Z tohoto počtu byla péče osobou blízkou zajištěna cca 75% příjemců (celá množina „A“), péče registrovaným poskytovatelem sociální služby cca 27% příjemců (celá množina „C“). Zhruba 2% příjemců, která tvoří průnik množin A+C, využívá kombinovaný způsob poskytnutí péče.

Z hlediska výdajů na příspěvek na péči podle způsobu jeho využití bylo do SHA 2011 dle výše uvedeného přístupu odhadem zahrnuto cca 70 % z celkových výdajů na příspěvek na péči, které v roce 2016 činily 16 213 mil. Kč.

5.3 Vysvětlení některých pojmů

Výdaje představují jakýkoli (ekonomicky zdůvodnitelný) úbytek peněžních prostředků. Vznikají v souvislosti s úhradou nákupů služeb či hmotných popř. peněžních aktiv.

Náklady představují účelnou spotřebu ekonomických zdrojů v peněžním vyjádření uskutečňovanou v souvislosti s předmětem činnosti dané jednotky.

Pro zjednodušení se v předcházejícím textu termíny „výdaje“ a „náklady“ striktně nerozlišují a používá se pro ně zejména název „výdaje“.

Běžné výdaje jsou výdaji provozního charakteru, které ovlivňují hospodářský výsledek dané jednotky v příslušném ročním (účetním) období.

Investiční (kapitálové) výdaje zvyšují hodnotu aktiv investiční povahy a přinášejí prospěch zejména v budoucích obdobích. Odpovídají výdajům na nefinanční aktiva, jejichž životnost je delší než 1 rok a pořizovací cena nepřekračuje částku 40 tis. Kč - v případě aktiv hmotných nebo částku 60 tis. Kč v případě aktiv nehmotných (tyto částky se mohou v návaznosti na platné předpisy upravující zdaňování a účtování, měnit).

Zdravotní péče. V systému zdravotnických účtů se zdravotní péčí rozumí péče prováděná akreditovanými institucemi nebo jednotlivci, kteří využívají lékařských, zdravotnických a ošetrovatelských znalostí a technologií s cílem:

- podpory 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 uvedené charakteristiky zdravotní péče vyplývá, že např. plastická operace provedená za účelem zkrášlení není zdravotní péčí. Stejně tak do zdravotní péče nepatří služby léčitelů, kteří nejsou akreditovanými osobami se zdravotnickým vzděláním.

Léčebná péče je souhrnem zdravotnických služeb pacientům zahrnujícím zejména stanovení diagnózy, provedení odpovídajících vyšetření, stanovení postupu léčby nemoci (odstranění bolesti a potíží), provádění léčby potřebnými postupy včetně využití léků a odpovídajících zdravotnických výrobků a následné sledování zdravotního stavu.

Rehabilitační péče je souhrnem zdravotnických služeb prováděných v zařízeních rehabilitační péče (včetně lázeňských) zaměřených na odstranění zdravotních omezení a potíží pociťovaných pacientem a opětovné docílení odpovídajícího zdravotního stavu (obvykle po provedené léčebné péči).

Formální péčí je myšlena dlouhodobá odborná ošetrovatelská péče poskytovaná ve specializovaných ústavech či přímo domácnostech uživatelů. Formální péče je založena na nakupování služeb.

Neformální péče není zajišťována žádným zvláštním zařízením, ale je poskytována především příbuznými či osobami blízkými. Tato kategorie je neplacená, avšak osoba, která neformální péči poskytuje, může dostávat peníze formou státních příspěvků pro poskytovatele neformální péče nebo přímo od osoby, které je péče poskytnuta.

Domácnosti celkem – od roku 2006 jsou ve zpravodajském souboru již zahrnuty všechny typy domácností zastoupené v populaci. Váha jednotlivých skupin domácností odpovídá jejich podílu zjištěnému v šetření



Životní podmínky. Počet domácností důchodců bez ekonomicky aktivních členů byl pro zjišťování zredukován, při zpracování se tato disproporce eliminuje převážením. Průměrná zpravodajská domácnost bývá cca o 10 % menší než průměrná hospodářská domácnost v ČR podle šetření Životní podmínky, protože z důvodů náročnosti vedení zápisů jsou ve zpravodajském souboru SRÚ méně zastoupeny vícečlenné resp. vícegenerační domácnosti.

Domácnosti zaměstnanců jsou domácnosti s osobou v čele v pracovním nebo služebním poměru, která pracuje na základě pracovní smlouvy nebo na základě dohody (o pracovní činnosti, o provedení práce). Zaměstnanci jsou i pracující členové produkčních družstev (včetně zemědělských), společníci s.r.o. a komanditisté komanditních společností, kteří pro společnost vykonávají práci na základě pracovní smlouvy a pobírají za ni odměnu, která je příjmem ze závislé činnosti.

Domácnosti nezaměstnaných jsou domácnosti v čele s osobou, která nemá žádnou placenou práci, ale pracovat by chtěla, tzn. že si buď aktivně hledá zaměstnání nebo má v plánu podnikat, případně hodlá zaměstnání hledat; není rozhodující, zda pobírá hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání či nikoliv.

Domácnosti důchodců bez ekonomicky aktivních členů jsou domácnosti s osobou v čele, která pobírá jakýkoliv druh důchodu kromě sirotčího, a nepracuje buď vůbec, nebo má její pracovní činnost pouze omezený rozsah (tzn. příjmy z pracovní činnosti nepřesáhnou za rok 55 200 Kč); podmínka omezené ekonomické aktivity platí i pro ostatní členy domácnosti.

Doplatky na léky - pacient doplácí rozdíl mezi cenou přípravku v lékárně a stanovenou úhradou z veřejného zdravotního pojištění. Doplatek pacienta (rozdíl mezi cenou léčivého přípravku a úhradou pojišťovny) nemůže pojišťovna jakkoli ovlivnit. Jeho výše se může v jednotlivých lékárnách lišit, protože se zde promítá cenová politika všech účastníků distribučního řetězce – jak výrobce, tak distributora a konkrétní lékárný.

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Cílem služby je posílit samostatnost a soběstačnost osob v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Denní stacionáře poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Domovy se zvláštním režimem se poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a další typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob., Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života. Služba obsahuje činnosti poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím pracovní terapie. Služba obsahuje činnosti pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění a podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Sociální rehabilitace - jedná se o soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných činností pro samostatný život. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Terénní a ambulantní služba obsahuje činnosti nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Forma pobytové služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují. Služba obsahuje sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.



6. Klasifikace

Klasifikace č. 1 Mezinárodní klasifikace financování zdravotní péče podle SHA 2011

Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (zdroj financování)	
ICHA-HF	ICHA-Zdroj financování
1	Veřejné zdroje
1.1	Veřejné rozpočty
1.1.1	Státní rozpočet
1.1.2	Místní rozpočty
1.2	Zdravotní pojišťovny
2	Soukromé zdroje bez přímých plateb domácností
2.1	Soukromé pojištění
2.2	Neziskové organizace
2.3	Závodní preventivní péče
3	Přímé výdaje domácností

Zdroj: Manuál SHA 2011, OECD

Klasifikace č. 2 Mezinárodní klasifikace druhů zdravotní péče podle SHA 2011

Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (druh péče)	
ICHA-HC	ICHA-Druh péče
1	Léčebná péče
1.1	Lůžková léčebná péče
1.1.1	Všeobecná lůžková léčebná péče
1.1.2	Specializovaná lůžková léčebná péče
1.2	Denní léčebná péče
1.2.1	Všeobecná denní léčebná péče
1.2.2	Specializovaná denní léčebná péče
1.3	Ambulantní léčebná péče
1.3.1	Všeobecná ambulantní léčebná péče
1.3.2	Ambulantní stomatologická péče
1.3.3	Specializovaná ambulantní léčebná péče
1.3.9	Všechna ostatní ambulantní léčebná péče
1.4	Domácí léčebná péče
2	Rehabilitační péče
2.1	Lůžková rehabilitační péče
2.2	Denní rehabilitační péče
2.3	Ambulantní rehabilitační péče
2.4	Domácí rehabilitační péče
3	Dlouhodobá zdravotní péče
3.1	Lůžková dlouhodobá zdravotní péče
3.2	Denní dlouhodobá zdravotní péče
3.3	Ambulantní dlouhodobá zdravotní péče
3.4	Domácí dlouhodobá zdravotní péče
4	Doplňkové služby
4.1	Laboratorní služby
4.2	Zobrazovací služby
4.3	Doprava pacientů
5	Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky
5.1	Léčiva a zdravotnický materiál
5.1.1	Léky na předpis
5.1.2	Volně prodejné léky a léčiva
5.1.3	Ostatní zdravotnický materiál a výrobky
5.2	Terapeutické pomůcky
5.2.1	Brýle a další produkty oční optiky
5.2.2	Pomůcky pro sluchově postižené
5.2.3	Ortopedické a protetické pomůcky
6	Preventivní péče
6.1	Informační a poradenské programy
6.2	Imunizační programy
6.3	Programy pro včasné odhalení nemoci
6.4	Programy pro sledování zdravotního stavu
HCR.1	Dlouhodobá sociální péče
HCR.1.1	Sociální služby
HCR.1.2	Peněžité dávky
HCR.2	Podpora zdraví v širším pohledu
9	Ostatní zdravotní péče neuvedená jinde

Zdroj: Manuál SHA 2011, OECD



Klasifikace č. 3 Mezinárodní klasifikace podle typu poskytovatele zdravotní péče podle SHA 2011

Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (poskytovatel)	
ICHA-HP	ICHA-Poskytovatel
1	Nemocnice
1.1	Všeobecné nemocnice
1.2	Psychiatrické nemocnice
1.3	Specializované nemocnice
2	Lůžková zařízení dlouhodobé péče
2.1	Zařízení ošetřovatelské dlouhodobé péče
2.2	Léčebny pro mentálně postižené, psychiatrické a závislé pacienty
2.9	Ostatní lůžková zařízení
3	Poskytovatelé ambulantní péče
3.1	Samostatné ordinace lékařů
3.2	Samostatné ordinace zubních lékařů
3.3	Ostatní poskytovatelé zdravotní péče
3.4	Ambulantní centra
3.5	Poskytovatelé služeb domácí péče
3.9	Ostatní poskytovatelé ambulantní péče
4	Poskytovatelé doplňkových služeb
4.1	Doprava pacientů a záchranná služba
4.2	Laboratoře
4.3	Ostatní poskytovatelé doplňkových služeb
5	Lékárny a výdejny prostředků zdravotnické techniky
5.1	Lékárny
5.2	Prodejci a dodavatelé zdravotnického zboží a přístrojů
5.9	Ostatní prodejci
6	Poskytovatelé preventivní péče
7	Správa systému zdravotního péče
7.1	Státní správa
7.2	Správa zdravotních pojišťoven
7.3	Agentury správy soukromého pojištění
7.9	Ostatní zdravotní správa
8	Ostatní odvětví ekonomiky
8.1	Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče
8.2	Ostatní poskytovatelé zdravotní péče
9	Ostatní poskytovatelé nezařazení jinde

Zdroj: Manuál SHA 2011, OECD

Klasifikace č. 4 Kapitoly diagnóz podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10

MKN-10
I. Některé infekční a parazitární nemoci
II. Novotvary
III. Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek
V. Poruchy duševní a poruchy chování
VI. Nemoci nervové soustavy
VII. Nemoci oka a očních adnex
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku
IX. Nemoci oběhové soustavy
X. Nemoci dýchací soustavy
XI. Nemoci trávicí soustavy
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období
XVII. Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde
XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin
XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti
XXI. Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami
XXII. Kódy pro speciální účely
00 Neznámá diagnóza

Zdroj: Manuál SHA2011, OECD



7. Tabulková příloha

Tabulka č. 1 Výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a zdrojů financování za rok 2016 (v mil. Kč)

HC x HF	Veřejné zdroje	Státní rozpočet	Místní rozpočty	Zdravotní pojišťovny	Soukromé zdroje	Soukromé pojištění	Neziskové organizace	Závodní péče	Domácnosti	Celkový součet
1 Léčebná péče	125 102	1 324	2 578	121 200	470	470			16 865	142 437
1.1 Lůžková léčebná péče	49 755	1 011	2 209	46 535	365	365			818	50 938
1.2 Denní léčebná péče	5 720			5 720						5 720
1.3 Ambulantní léčebná péče	69 440	313	369	68 757	105	105			16 047	85 592
1.4 Domácí léčebná péče	187			187						187
2 Rehabilitační péče	11 331			11 331					3 687	15 018
2.1 Lůžková rehabilitační péče	4 802			4 802					2 681	7 483
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	6 529			6 529					1 006	7 535
3 Dlouhodobá zdravotní péče	45 027	29 886	45	15 097					89	45 116
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	37 043	23 655	45	13 344					89	37 132
3.2 Denní dlouhodobá zdravotní péče	1 765	1 737		28						1 765
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	6 219	4 494		1 725						6 219
4 Doplnkové služby	41 081	540	3 365	37 176						41 081
4.1 Laboratorní služby	22 527			22 527						22 527
4.2 Zobrazovací metody	10 698			10 698						10 698
4.3 Doprava pacientů	7 856	540	3 365	3 951						7 856
5 Léčiva a ostatní zdravotnický materiál	38 711		1	38 710					30 574	69 285
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál	34 937			34 937					24 428	59 365
5.2 Terapeutické pomůcky	3 775		1	3 774					6 146	9 921
6 Preventivní péče	8 480	1 294	147	7 039	1 259			1 259		9 739
6.1 Informační a poradenské programy	700	12	15	673						700
6.2 Imunizační programy	1 172	1 120	25	27						1 172
6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí	1 746	161	108	1 477						1 746
6.4 Programy pro sledování zdravotního stavu	4 862			4 862	1 259			1 259		6 121
7 Správa systému zdravotní péče	8 569	2 079	4	6 486	14	14				8 583
7.1 Státní správa a samospráva a zdrav. pojištění	8 569	2 079	4	6 486						8 569
7.2 Správa soukromého ZP					14	14				14
HCR.1 Dlouhodobá sociální péče	20 148	20 124	24							20 148
HCR.1.1 Sociální služby	1 941	1 917	24							1 941
HCR.1.2 Peněžité dávky	18 207	18 207								18 207
HCR.2 Podpora zdraví	353	353	0							353
9 Ostatní zdravotní péče	1 408	296	451	662	8 479		8 479			9 887
Celkový součet	300 210	55 895	6 614	237 700	10 222	484	8 479	1 259	51 215	361 647

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2016

Tabulka č. 2 Výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a typu poskytovatele v roce 2016 (v mil. Kč)

HC x HP	Nemocnice	Lůžkové zařízení LTC*)	Zařízení ambulantní péče	Poskytovatelé doplňkových služeb	Léčárny a výdejny PZT	Poskytovatelé preventivních programů	Správa systému zdravotní péče	Ostatní odvětví	Nerozlišeno	Celkový součet
1 Léčebná péče	83 723	25	57 311	473	50	7			847	142 437
1.1 Lůžková léčebná péče	50 525		10	22					381	50 938
1.2 Denní léčebná péče	3 160		2 520	37					4	5 720
1.3 Ambulantní léčebná péče	30 029	20	54 610	414	49	7			462	85 592
1.4 Domácí léčebná péče	9	5	171	0	1				1	187
2 Rehabilitační péče	9 859	695	3 925	4	52				481	15 018
2.1 Lůžková rehabilitační péče	7 403	63	0	2					15	7 483
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	2 456	632	3 925	2	52				467	7 535
3 Dlouhodobá zdravotní péče	11 930	25 284	1 626	5	15			6 231	25	45 116
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	11 836	25 249	19	5					23	37 132
3.2 Denní dlouhodobá zdravotní péče	17		10		0			1 737	0	1 765
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	76	35	1 597	0	15			4 494	2	6 219
4 Doplňkové služby	23 982	9	4 434	12 060	0	414			182	41 081
4.1 Laboratorní služby	14 402	8	2 732	4 891		414			80	22 527
4.2 Zobrazovací metody	9 021	0	1 608	44					24	10 698
4.3 Doprava pacientů	559	1	94	7 124	0				78	7 856
5 Léčiva a ostatní zdravotnický materiál	8 553	0	1 837	0	58 044				851	69 285
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál	7 625		1 435		50 017				287	59 365
5.2 Terapeutické pomůcky	928	0	402	0	8 027				564	9 921
6 Preventivní péče	716	0	5 203	374	14	0		1 259	2 173	9 739
6.1 Informační a poradenské programy	142		128	2					428	700
6.2 Imunizační programy									1 172	1 172
6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí	402	0	487	369	9				478	1 746
6.4 Programy pro sledování zdravotního stavu	172	0	4 588	2	5	0		1 259	94	6 121
7 Správa systému zdravotní péče							8 583			8 583
7.1 Státní správa a samospráva a zdrav. pojiš.							8 569			8 569
7.2 Správa soukrom. ZP							14			14
HCR.1 Dlouhodobá sociální péče						57	1 994	18 097		20 148
HCR.1.1 Sociální služby						57		1 884		1 941
HCR.1.2 Peněžité dávky							1 994	16 213		18 207
HCR.2 Podpora zdraví						353				353
9 Ostatní zdravotní péče	171	0	6	73	2		504		9 130	9 887
Celkový součet	138 935	26 014	74 342	12 989	58 179	831	11 081	25 587	13 689	361 647

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2016, *) Dlouhodobá péče = LTC – Long - term care



Tabulka č. 3 Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele a zdroje financování v roce 2016 (v mil. Kč)

HP x HF	Veřejné zdroje	Státní rozpočet	Místní rozpočty	Zdravotní pojišťovny	Soukromé zdroje	Soukromé pojištění	Neziskové organizace	Závodní péče	Domácnosti	Celkový součet
1 Nemocnice	135 436	1 011	2 209	132 216					3 499	138 935
1.1 Všeobecné nemocnice	121 784	683	1 437	119 664					818	122 602
1.2 Psychiatrické nemocnice	5 550			5 550						5 550
1.3 Specializované nemocnice	8 102	328	772	7 002					2 681	10 783
2 Lůžková zařízení dlouhodobé péče	25 925	23 655	45	2 226					89	26 014
2.1 Zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče	13 684	12 007	45	1 633					89	13 773
2.2 Léčebny pro mentálně postižené, psychiatrické a závislé pacienty	11 648	11 648								11 648
2.9 Ostatní lůžková zařízení	593			593						593
3 Poskytovatelé ambulantní péče	57 289	304	91	56 894					17 053	74 342
3.1 Ordinace lékařů	35 881	276	91	35 514					5 272	41 153
3.2 Ordinace zubních lékařů	8 393			8 393					9 637	18 030
3.3 Ostatní poskytovatelé zdravotní péče	1 447			1 447					2 144	3 591
3.4 Ambulantní centra	9 784	29	0	9 755						9 784
3.5 Poskytovatelé služeb domácí péče	1 784			1 784						1 784
4 Poskytovatelé doplňkových služeb	12 989	549	3 643	8 797						12 989
4.1 Doprava pacientů a záchranná služba	7 660	549	3 643	3 468						7 660
4.2 Laboratoře	5 329			5 329						5 329
5 Lékárny a výdejny prostředků zdravotnické techniky	27 605		1	27 604					30 574	58 179
5.1 Lékárny	25 297			25 297					24 428	49 725
5.2 Prodejci a dodavatelé zdravotnického zboží a přístrojů	2 307			2 307					4 325	6 632
5.9 Ostatní prodejci	1		1						1 821	1 822
6 Poskytovatelé preventivní péče	831	386	24	422						831
7 Správa systému zdravotní péče	11 067	4 369	212	6 486		14				11 067
7.1 Státní správa	4 581	4 369	212							4 581
7.2 Správa zdravotních pojišťoven	6 486			6 486						6 486
7.3 Agentury správy soukromého pojištění					14	14				14
8 Ostatní odvětví ekonomiky	24 328	24 328								24 328
8.1 Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče	17 393	17 393								17 393
8.2 Ostatní poskytovatelé zdravotní péče	6 935	6 935			1 259			1 259		8 194
9 Nerozlišeno	4 741	1 294	390	3 057	8 949	470	8 479			13 689
Celkový součet	300 210	55 895	6 614	237 700	10 222	484	8 479	1 259	51 215	361 647

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2016

Tabulka č. 4 Výdaje na zdravotnictví z veřejných rozpočtů podle druhu zdravotní péče, 2010-2016 (mil. Kč)

Druh péče (ICHA-HC)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 Léčebná péče	3 369	3 331	3 417	3 786	4 446	3 856	3 902
1.1 Lůžková léčebná péče	2 788	2 754	2 858	3 234	3 879	3 179	3 220
1.3 Ambulantní léčebná péče	581	577	559	552	567	676	682
3 Dlouhodobá zdravotní péče	22 643	23 785	23 780	25 110	26 459	28 290	29 931
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	18 510	18 893	18 946	19 913	20 971	22 304	23 700
3.2 Denní dlouhodobá zdravotní péče	1 480	1 486	1 444	1 496	1 640	1 680	1 737
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	2 653	3 406	3 390	3 702	3 848	4 306	4 494
4 Doprava pacientů	3 425	3 575	3 642	3 694	3 636	3 714	3 905
6 Preventivní péče	1 132	1 154	1 195	1 138	1 534	1 500	1 441
6.2 Imunizační programy	908	931	963	908	1 300	1 240	1 145
6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí	224	223	232	230	234	260	296
7 Státní správa a samospráva a ZP	1 888	1 801	1 843	1 893	1 977	2 033	2 083
HCR.1 Dlouhodobá sociální péče	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078	18 611	20 148
HCR.1.1 Sociální služby	1 404	1 433	1 435	1 587	1 809	1 791	1 941
HCR.1.2 Peněžité dávky	15 595	14 617	14 491	15 654	16 269	16 820	18 207
HCR.2 Podpora zdraví v širším pohledu	259	254	263	252	258	294	353
9 Ostatní zdravotní péče neuvedená jinde	563	559	570	585	584	601	747
Celkový součet	50 277	50 509	50 636	53 699	56 971	58 899	62 509

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2016

Tabulka č. 5 Výdaje z veřejných rozpočtů podle poskytovatelů zdravotní péče, 2010-2016 (mil. Kč)

Typ poskytovatele (ICHA-HP)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 Nemocnice	3 249	3 275	3 402	3 794	4 340	3 646	3 220
1.1 Všeobecné nemocnice	1 889	2 115	2 336	2 719	3 104	2 583	2 119
1.3 Specializované nemocnice	1 360	1 160	1 066	1 075	1 236	1 063	1 100
2 Lůžková zařízení dlouhodobé péče	18 049	18 372	18 402	19 353	20 510	21 837	23 700
2.1 Zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče	10 044	10 189	10 108	10 470	10 815	11 231	12 052
2.9 Ostatní lůžková zařízení	8 005	8 183	8 294	8 883	9 695	10 606	11 648
3 Poskytovatelé ambulantní péče	354	313	303	319	327	398	395
4 Doprava pacientů a záchranná služba	3 425	3 575	3 642	3 694	3 636	3 714	4 192
6 Poskytovatelé preventivní péče	318	296	302	302	312	352	410
7 Správa systému zdravotní péče	4 045	4 075	3 767	4 192	4 263	4 355	4 581
8 Ostatní odvětví ekonomiky	19 266	19 005	19 168	20 485	21 596	22 610	24 328
8.1 Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče	13 788	13 362	13 620	14 593	15 207	15 991	17 393
8.2 Ostatní poskytovatelé zdravotní péče	5 478	5 643	5 548	5 892	6 389	6 619	6 935
9 Ostatní poskytovatelé nezařazení jinde	1 571	1 599	1 651	1 561	1 987	1 986	1 685
Celkem	50 277	50 509	50 636	53 699	56 971	58 899	62 509

Zdroj: Zdravotnické účty 2010 - 2016



Tabulka č. 6 Výdaje zdravotních pojišťoven podle druhu zdravotní péče, 2010-2016 (mil. Kč)

Druh péče (ICHA-HC)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 Léčebná péče	120 204	120 694	121 031	122 942	117 042	121 000	121 200
1.1 Lůžková léčebná péče	52 268	51 960	50 241	49 109	47 331	47 053	46 535
1.2 Denní léčebná péče	5 238	5 137	5 185	5 333	5 561	5 735	5 720
1.3 Ambulantní léčebná péče	62 512	63 413	65 428	68 314	63 972	68 020	68 757
1.4 Domácí léčebná péče	186	183	177	186	179	192	187
2 Rehabilitační péče	10 586	11 157	10 264	10 770	10 498	11 201	11 331
2.1 Lůžková rehabilitační péče	4 290	4 597	3 534	3 966	3 934	4 244	4 802
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	6 296	6 560	6 730	6 804	6 564	6 958	6 529
3 Dlouhodobá zdravotní péče	13 066	13 157	13 210	13 410	17 494	14 028	15 097
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	11 253	11 804	11 830	11 931	16 009	12 475	13 371
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	1 813	1 352	1 380	1 478	1 485	1 553	1 725
4 Doplnkové služby	33 614	33 949	34 570	34 775	35 247	36 306	37 176
4.1 Laboratorní služby	19 917	20 149	21 001	21 215	21 454	22 037	22 527
4.2 Zobrazovací metody	9 729	9 855	9 861	10 044	10 490	10 484	10 698
4.3 Doprava pacientů	3 968	3 945	3 708	3 516	3 303	3 785	3 951
5 Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	39 115	39 535	42 952	40 135	39 153	38 401	38 710
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál	35 711	35 951	39 227	35 119	34 693	34 526	34 937
5.2 Terapeutické pomůcky	3 404	3 584	3 725	5 016	4 460	3 876	3 774
6 Preventivní péče	7 957	8 302	8 529	8 626	7 525	6 612	7 039
6.1 Informační a poradenské programy	483	492	620	624	629	644	673
6.2 Imunizační programy	481	501	521	551	276	276	268
6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí	1 354	1 336	1 359	1 418	1 433	1 401	1 477
6.4 Programy pro sledování zdravotního stavu	5 640	5 973	6 029	6 033	5 187	4 292	4 621
7 Státní správa a samospráva a ZP	6 748	6 943	6 772	7 100	7 048	6 490	6 486
9 Ostatní zdravotní péče neuvedená jinde	599	600	599	596	595	422	662
Celkem	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 460	237 700

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2016

Tabulka č. 7 Výdaje zdravotních pojišťoven podle poskytovatelů zdravotní péče, 2010-2016 (mil. Kč)

Typ poskytovatele (ICHA-HP)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 Nemocnice	123 200	123 492	123 682	126 869	129 304	130 068	132 216
1.1 Všeobecné nemocnice	108 414	110 479	110 144	112 842	114 864	119 123	119 664
1.2 Psychiatrické nemocnice	8 757	6 812	8 615	8 518	8 770	4 825	5 550
1.3 Specializované nemocnice	6 029	6 201	4 923	5 509	5 669	6 120	7 002
2 Lůžková zařízení dlouhodobé péče	2 654	2 509	2 544	2 466	1 982	2 500	2 226
2.1 Zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče	1 424	1 410	1 370	1 382	993	1 577	1 633
2.9 Ostatní lůžková zařízení	1 230	1 100	1 174	1 084	989	924	593
3 Poskyvatelé ambulantní péče	53 070	56 017	55 493	57 602	56 348	56 097	56 894
3.1 Samostatné ordinace lékaře	32 327	33 263	32 662	34 016	32 919	34 551	35 514
3.2 Samostatné ordinace zubních lékařů	9 552	9 428	9 337	9 338	9 008	8 255	8 393
3.3 Ostatní poskyvatelé zdravotní péče	2 157	2 501	2 446	2 548	2 527	1 951	1 447
3.4 Ambulantní centra	7 578	9 437	9 651	10 273	10 403	9 810	9 755
3.5 Poskyvatelé služeb domácí péče	1 456	1 388	1 397	1 427	1 492	1 530	1 784
4 Poskyvatelé doplňkových služeb	7 691	7 443	7 739	7 357	7 604	8 246	8 797
4.1 Doprava pacientů a záchranná služba	3 245	3 214	3 096	2 744	2 922	3 379	3 468
4.2 Laboratoře	4 446	4 229	4 642	4 613	4 682	4 867	5 329
5 Lékárny a výdejny PZT*	33 394	34 299	35 704	32 771	27 433	26 886	27 604
5.1 Lékárny	30 089	31 846	33 305	29 156	24 895	25 149	25 297
5.2 Prodejci a dodavatelé zdravotnického zboží a přístrojů	3 305	2 453	2 399	3 615	2 538	1 736	2 307
6 Poskyvatelé preventivní péče	572	492	435	476	447	422	422
7 Správa zdravotních pojišťoven	6 749	6 944	6 773	7 100	7 048	6 490	6 486
9 Ostatní poskyvatelé nezařazení jinde	4 559	3 140	5 558	3 712	4 436	3 751	3 057
Celkem	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 460	237 700

Zdroj: Zdravotnické účty 2010 - 2016



Tabulka č. 8 Výdaje zdravotních pojišťoven podle klasifikace diagnóz MKN-10, 2010-2016 (mil. Kč)

MKN - 10	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
01 Infekční a parazitární nemoci	2 384	3 223	2 804	2 891	3 239	3 376	3 528
02 Novotvary	19 217	19 666	16 080	19 092	22 437	23 682	23 618
03 Nemoci krve a krevetvorných orgánů	2 359	2 469	1 987	2 502	2 993	3 198	2 998
04 Nemoci endokrinní a metabolické	5 690	5 719	5 889	6 271	6 965	7 469	7 686
05 Poruchy duševní a poruchy chování	7 783	7 888	7 661	7 737	8 744	9 268	9 567
06 Nemoci nervové soustavy	5 832	6 303	5 876	7 010	7 975	8 463	8 190
07 Nemoci oka	2 816	3 187	3 155	3 374	3 863	4 159	4 282
08 Nemoci ucha	940	1 021	1 101	1 157	1 284	1 418	1 417
09 Nemoci oběhové soustavy	26 758	26 932	21 769	21 595	26 985	27 132	25 396
10 Nemoci dýchací soustavy	8 551	8 520	7 976	8 377	8 933	9 948	9 873
11 Nemoci trávicí soustavy	13 213	14 034	13 012	13 189	14 223	14 943	14 385
12 Nemoci kůže	2 096	2 232	2 086	2 313	2 591	2 798	2 752
13 Nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně	10 659	9 725	12 112	12 511	15 686	16 440	16 276
14 Nemoci močové a pohlavní soustavy	11 355	11 970	12 176	12 584	13 430	14 317	14 392
15 Těhotenství, porod a šestinedělí	2 884	2 606	2 443	2 423	2 591	2 749	2 709
16 Stavy vzniklé v perinatálním období	2 091	1 933	1 676	1 655	1 594	1 771	1 517
17 Vrozené vady a deformace	932	1 019	991	990	1 103	1 201	1 139
18 Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	5 400	5 714	6 010	6 254	6 947	7 536	7 720
19 Poranění, otravy aj.	6 530	5 889	8 839	8 937	10 399	11 037	10 744
20 Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti	97	69	84	90	103	95	102
21 Faktory ovlivňující zdravotní stav	12 614	14 928	15 756	17 167	16 462	17 817	17 983

*Pozn.: Celkové výdaje na zdravotní péči financované ze všeobecného zdravotního pojištění uvedené v tabulce neobsahují údaje za ostatní výdaje zdravotních pojišťoven, které nebylo možno v jednotlivých letech přiřadit ke konkrétní diagnóze.

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2016

Tabulka č. 9 Souhrnný přehled výdajů na dlouhodobou péči, 2010-2016 (mil. Kč)

Dlouhodobá péče	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dlouhodobá péče celkem	52 786	53 056	53 004	55 831	62 107	61 017	65 264
z toho: dlouhodobá péče zdravotní	35 787	37 006	37 078	38 590	44 029	42 407	45 116
dlouhodobá péče sociální	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078	18 611	20 148
Dlouhodobá péče zdravotní	35 787	37 006	37 078	38 590	44 029	42 407	45 116
z toho: lůžková dlouhodobá péče	29 841	30 761	30 864	31 914	37 056	34 842	37 132
domácí dlouhodobá péče	4 466	4 759	4 770	5 180	5 333	5 859	6 219
denní dlouhodobá péče	1 480	1 486	1 444	1 496	1 640	1 706	1 765
Dlouhodobá péče sociální	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078	18 611	20 148
z toho: peněžité dávky	15 595	14 617	14 491	15 654	16 269	16 820	18 207
sociální služby	1 404	1 433	1 435	1 587	1 809	1 791	1 941
Peněžité dávky	15 595	14 617	14 491	15 654	16 269	16 820	18 207
z toho: příspěvek na péči	13 788	12 722	12 938	13 750	14 353	14 891	16 213
příspěvek na mobilitu	964	916	1 008	1 116	1 111	1 146	1 167
příspěvek na zvláštní pomůcky	843	979	545	788	805	783	827
Sociální služby	1 404	1 433	1 435	1 587	1 809	1 791	1 941
z toho: chráněné bydlení	471	488	466	572	708	836	909
sociální rehabilitace	502	542	567	592	650	485	541
sociálně aktivizační služby	159	142	125	125	131	127	131
terapeutické komunity	77	72	79	80	81	83	83
služby následné péče	48	57	59	64	66	64	71
podpora samostatného bydlení	30	34	41	44	52	62	67
preventivní programy	59	42	39	50	54	58	57
tísňová péče	30	31	30	30	32	35	36
tlumočnické služby	17	16	20	21	24	28	33
průvodcovské a předčitatelské služby	11	9	9	9	11	13	13

Zdroje financování dlouhodobé péče: veřejné rozpočty, zdravotní pojišťovny a domácnosti

Zdroj: Zdravotnické účty 2010 – 2016

Tabulka č.10 Výdaje domácností na léky v České republice, 2010 - 2016

Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Výdaje domácností na léky (v mil. Kč)							
Domácnosti celkem	19 682	20 872	21 466	20 946	20 465	22 865	23 742
Doplatky za léky na předpis	8 605	9 115	9 402	9 258	9 061	10 121	10 295
Volně prodejné léky	11 077	11 757	12 064	11 688	11 404	12 744	13 447
Výdaje domácností na léky na 1 obyvatele ČR (v Kč)							
Domácnosti celkem	1 968	2 067	2 046	1 950	2 052	2 163	2 243
Doplatky za léky na předpis	846	895	894	885	903	958	975
Volně prodejné léky	1 122	1 172	1 151	1 066	1 150	1 205	1 268
Podíl výdajů domácností na léky na celkových výdajích domácností na zdravotní péči (v %)							
Domácnosti celkem	48,5	49,3	48,6	47,1	46,5	46,2	46,3
Doplatky za léky na předpis	20,8	21,4	21,3	21,4	20,4	20,4	20,1
Volně prodejné léky	27,6	28,0	27,4	25,7	26,0	25,7	26,2

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2016



Tabulka č. 11 Výdaje zdravotních pojišťoven a domácností na léky

Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Výdaje na léky (v mil. Kč)							
Léky celkem	69 611	71 047	75 849	72 299	72 672	76 823	79 100
Ambulantně vydávané léky	53 142	54 451	58 208	53 637	52 430	54 525	55 700
Léky na předpis	42 065	42 694	46 144	41 949	41 026	41 781	42 253
Úhrady z veřejného pojištění za léky na předpis	33 460	33 579	36 742	32 691	31 965	31 660	31 958
Doplatky za léky na předpis	8 605	9 115	9 402	9 258	9 061	10 121	10 295
Volně prodejné léky	11 077	11 757	12 064	11 688	11 404	12 744	13 447
Léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních	16 469	16 596	17 641	18 662	20 241	22 307	23 400
Výdaje na léky (v %)							
Léky na předpis hrazené z veřejného pojištění	48,1	47,3	48,4	45,2	44,0	41,2	40,4
Léky na předpis hrazené domácnostmi (doplatky)	12,4	12,8	12,4	12,8	12,5	13,2	13,0
Volně prodejné léky hrazené domácnostmi	15,9	16,5	15,9	16,2	15,7	16,6	17,0
Léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních	23,7	23,4	23,3	25,8	27,9	29,0	30,0

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2016

Tabulka č. 12 Počet pojištěnců podle věkových skupin a pohlaví (v tis.)

	2010		2013		2014		2015		2016	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
0-4	297 499	283 519	295 316	281 364	290 779	279 951	285 291	271 321	284 945	270 888
5-9	243 439	229 956	273 875	260 001	286 092	272 221	295 383	281 738	300 934	287 362
10-14	234 580	222 194	236 654	223 731	240 261	226 733	245 744	232 156	252 452	239 011
15-19	306 567	290 317	253 595	240 385	240 937	228 335	236 715	223 582	235 946	222 388
20-24	339 220	321 814	330 071	311 971	322 592	304 132	309 476	290 843	291 578	273 520
25-29	364 188	342 338	351 185	330 610	348 214	328 333	344 392	324 678	344 395	324 418
30-34	452 267	425 043	395 636	370 434	379 193	355 159	366 744	344 566	362 094	340 408
35-39	437 623	410 191	471 772	444 765	464 125	438 182	450 974	424 426	432 682	405 715
40-44	355 761	335 426	388 178	366 072	413 643	388 956	435 055	410 408	451 425	427 803
45-49	348 875	333 530	359 399	342 056	353 613	336 762	351 876	334 846	357 443	339 924
50-54	344 349	340 602	319 181	311 384	330 767	321 174	341 708	331 221	348 068	337 235
55-59	372 797	387 405	356 263	365 568	343 392	350 897	330 464	334 979	319 001	320 935
60-64	347 813	383 635	348 836	380 984	348 795	379 304	347 942	376 860	344 807	371 136
65-69	247 340	297 265	296 072	351 115	303 630	357 766	313 233	366 238	319 958	372 019
70-74	159 456	215 525	188 286	247 163	203 087	264 822	211 942	275 584	222 725	289 170
75-79	123 431	193 800	119 131	182 246	120 876	183 448	126 376	189 352	133 935	197 699
80-84	78 073	150 375	82 980	152 661	84 533	152 586	84 283	150 440	83 705	147 510
85+	40 485	107 191	45 860	119 958	49 648	123 087	53 257	130 718	56 784	136 484
Celkem	5 093 764	5 270 124	5 112 290	5 282 468	5 123 257	5 288 091	5 130 854	5 293 956	5 142 877	5 303 623
Celkový součet	10 363 888		10 394 758		10 411 348		10 424 810		10 446 500	

Zdroj: Zdravotní pojišťovny v ČR