

Výsledky zdravotnických účtů ČR

v letech 2010 až 2018

Zdravotnictví, pracovní neschopnost

Praha, 2020

Kód publikace: 260005-20

Č. j.: CSU-002066/2020-63

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: infoservishk@czso.cz | www.hradeckralove.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

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 4 |
| Trojstranný pohled na výdaje na zdravotní péči | 4 |
| Mezinárodní metodika SHA 2011 | 4 |
| Zdravotnické účty jako součást zdravotnických informací..... | 5 |
| Co přinášejí další stránky publikace | 5 |
| 1. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů..... | 6 |
| 1.1. Celkové výdaje na zdravotní péči – základní údaje..... | 6 |
| 1.2. Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování | 8 |
| 1.3. Výdaje na zdravotnictví podle druhu poskytnuté péče | 15 |
| 1.4. Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele..... | 23 |
| 2. Výdaje zdravotních pojišťoven | 27 |
| 2.1. Celkové výdaje zdravotních pojišťoven | 27 |
| 2.2. Výdaje zdravotních pojišťoven podle druhů zdravotní péče a poskytovatelů..... | 28 |
| 2.3. Výdaje zdravotních pojišťoven podle diagnóz | 31 |
| 2.4. Výdaje zdravotních pojišťoven podle věku a pohlaví | 36 |
| 3. Výdaje domácností na zdravotní péči..... | 39 |
| 3.1. Celkové výdaje domácností na zdravotní péči | 39 |
| 3.2. Výdaje domácností podle druhu zdravotní péče | 40 |
| 4. Výdaje na dlouhodobou péči | 45 |
| 4.1. Celkové výdaje na dlouhodobou péči | 45 |
| 4.2. Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči..... | 47 |
| 4.3. Výdaje na dlouhodobou sociální péči | 49 |
| 5. Výdaje za léky..... | 52 |
| 5.1. Celkové výdaje za léky | 52 |
| 5.2. Výdaje za léky podle místa jejich spotřeby | 55 |
| 5.3. Výdaje za léky podle zdrojů jejich financování | 56 |
| Metodická příloha | 59 |
| Základní rozdíly mezi metodikou SHA 1.0 a stávající metodikou SHA 2011 | 59 |
| Výdaje na dlouhodobou péči..... | 59 |
| Vysvětlení některých pojmů | 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.

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) zdroj financování (ICHA – HF¹, viz klasifikace č. 1 v příloze, dále jen HF).
- (2) druh poskytované zdravotní péče (ICHA – HC², viz klasifikace č. 2 v příloze, dále jen HC),
- (3) typ poskytovatele (ICHA – HP³, viz klasifikace č. 3 v příloze, dále jen HP),

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.

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**, který se blíže zaměřuje na prevenci a dlouhodobou péči zdravotní. Tyto druhy zdravotní péče se posouvají více do centra pozornosti v souvislosti s rostoucím významem prevence pro včasné zjištění a snazší léčení i vážných onemocnění a dále s prodloužováním délky lidského života. Údaje za dlouhodobou péči sociální,

¹ International Classification for Health Accounts – Health Care Sources of Funding

² International Classification for Health Accounts – Health Care Functions,

³ International Classification for Health Accounts – Health Care Providers



kteří jsou součástí této analýzy, nejsou zatím v mezinárodním měřítku srovnatelné, a proto se celkové výdaje liší od databáze EUROSTATU.

Do celkových výdajů na zdravotní péči jsou dle výše uvedené platné metodiky SHA 2011 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 2018 tak zahrnují pouze neinvestiční (běžné) výdaje na zdravotní péči.

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 jako vstupní prohlídky a podobně) 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 14 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 na dlouhodobou péči poskytovanou 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.

Co přináší 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 2018 i s časovými řadami od roku 2010.

1. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů

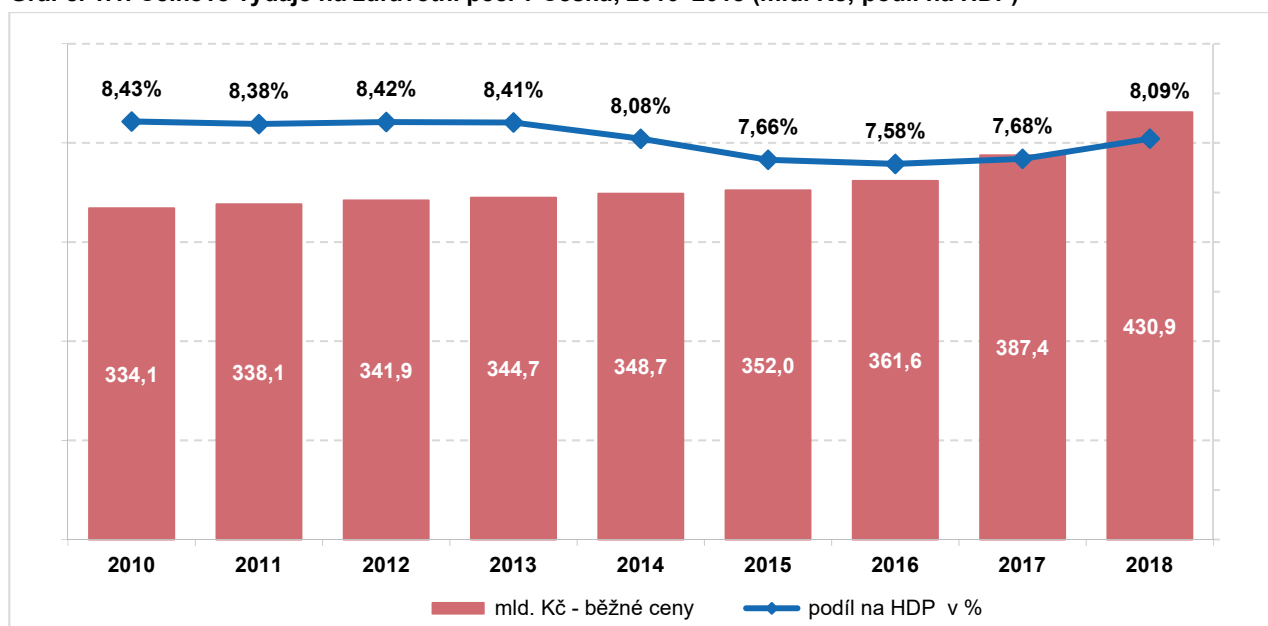
V této části publikace jsou uvedeny základní údaje ze zpracování zdravotnických účtů České republiky za referenční roky 2010 až 2018 z pohledu jejich tří rozměrů, což jsou **zdroje financování, druh zdravotní péče a typ jejího poskytovatele**. Otázky metodického charakteru týkající se užívaných pojmů či metodických nástrojů (klasifikací apod.), které není nutno s ohledem na srozumitelnost textu řešit bezprostředně na místě, jsou blíže specifikovány v metodické příloze.

1.1. Celkové výdaje na zdravotní péči – základní údaje

V roce 2018 dosáhly **celkové výdaje na zdravotní péči**⁴ v České republice **430,9 mld. Kč**. Meziročně vzrostly o **43,5 mld. Kč (11,2 %)**, tj. nejvíce od roku 2010, kdy má ČSÚ k dispozici srovnatelné údaje o výdajích na zdravotní péči podle mezinárodní metodiky SHA 2011. V letech 2010 až 2018 rostly celkové výdaje na zdravotní péči v běžných cenách v průměru o 3,2 % ročně. Od roku 2010 včetně bylo na zdravotní péči v Česku vynaloženo celkem 3,2 biliony korun z toho v posledních pěti letech (2014 až 2018) 1,9 bilion Kč.

Uvedený meziroční celkový nárůst výdajů na zdravotní péči v ČR o 43,5 mld. Kč byl zapříčiněn především 13% navýšením prostředků **z veřejného zdravotního pojištění** (nárůst o 31,7 mld. Kč) a více než 10% vyššími výdaji **ze státního rozpočtu** (nárůst o 7,4 mld. Kč). V meziročním srovnání výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči vzrostly zejména výdaje na specializovanou ambulantní péči, a to téměř o jednu třetinu. *Podrobněji viz kapitola č. 2 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. Přímé platby domácností* – třetí hlavní zdroj financování zdravotní péče v Česku – vzrostly meziročně o 3,7 mld. Kč (6,9 %).

Graf č. 1.1. Celkové výdaje na zdravotní péči v Česku, 2010–2018 (mld. Kč; podíl na HDP)



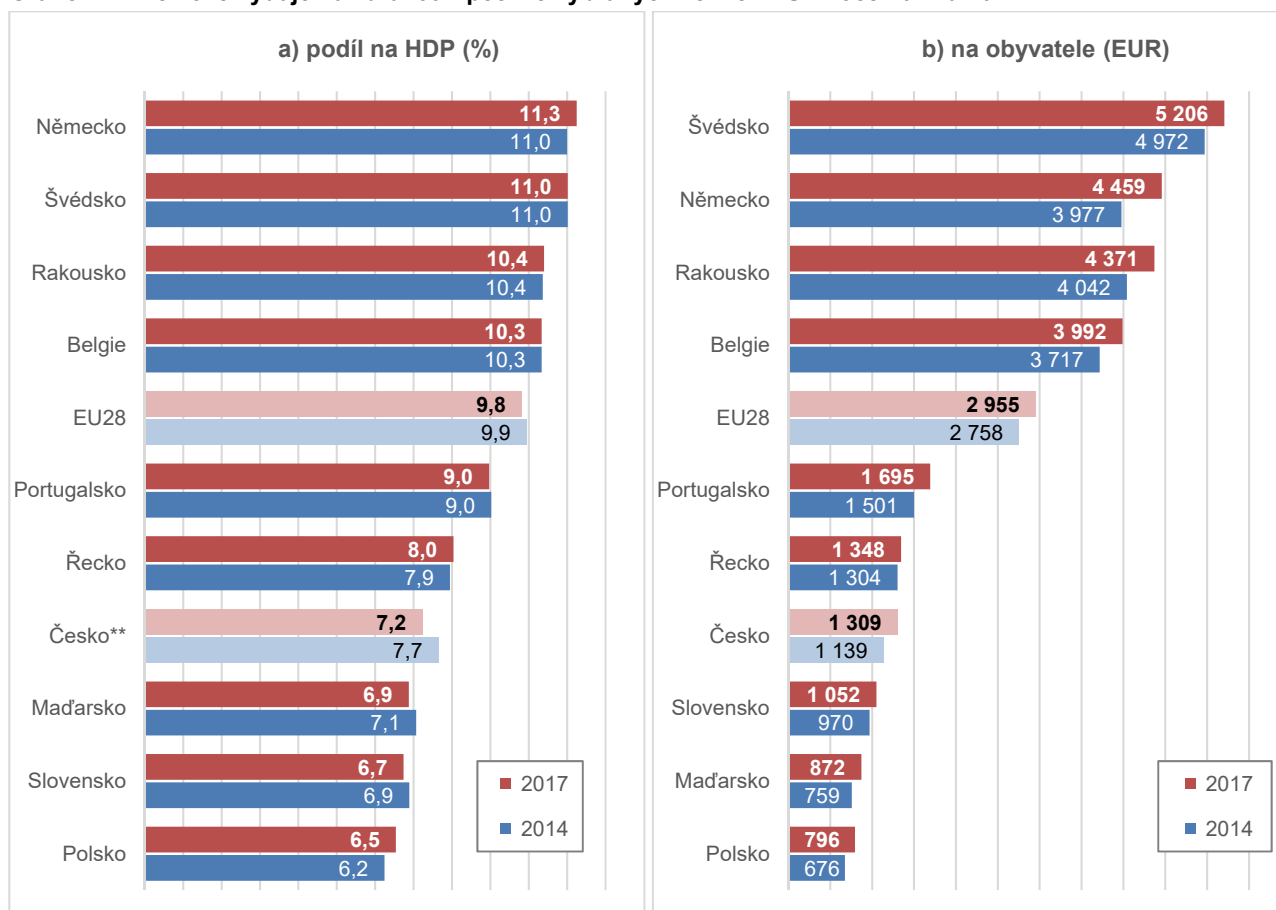
Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Zatímco v absolutních hodnotách každoročně výdaje na zdravotní péči v Česku rostou, v případě jejich **podílu na hrubém domácím produktu (HDP)** – základní poměrový ukazatel používaný pro mezinárodní srovnání – došlo po letech stagnace, kdy se tento poměrový ukazatel pohyboval kolem hodnoty 8,4 % HDP, v roce 2014 poprvé k meziročnímu poklesu z 8,41 % na 8,08 %. Klesající trend pokračoval i v dalších letech, a to až do roku 2016, kdy výdaje na zdravotní péči ve vztahu k HDP dosáhly 7,58 %. V těchto letech tak výdaje na zdravotní péči rostly pomalejším tempem, než rostla celá česká ekonomika. V posledních dvou letech výdaje na zdravotní péči rostou rychleji než HDP. V roce 2018 meziročně vzrostly o 0,4 procentního bodu a po třech letech tak opět překonaly hranici podílu 8 % na HDP.

⁴ Zahnují pouze běžné (provozní/neinvestiční) výdaje na zdravotní péči.

Výdaje na zdravotní péči v České republice **ve vztahu k jejímu HDP patří v rámci zemí EU dlouhodobě k těm nižším.** V roce 2017 se přiblížil průměr za země EU u tohoto ukazatele desetiprocentnímu podílu na HDP. Podle těchto posledních kompletních údajů za všechny státy Evropské unie, se Česká republika umístila na pomyslném žebříčku zemí EU za Řeckem na 17. místě, tedy v jeho druhé polovině. V porovnání s našimi sousedy Česko investuje do zdravotní péče ve vztahu ke svému HDP sice výrazně nižší částky než Německo a Rakousko, ale více než náš soused na severu (Polsko) a na východě (Slovensko) či Maďarsko.

Graf č. 1.2. Celkové výdaje na zdravotní péči ve vybraných zemích EU v roce 2014 a 2017*



*Vzhledem k tomu, že většina zemí EU nevykazuje výdaje za dlouhodobou sociálně zdravotní péči, nejsou v současné době podle manuálu SHA 2011 tyto výdaje započítávány pro mezinárodní srovnání do celkových výdajů na zdravotní péči.

** Při započtení příspěvků na dlouhodobou péči sociální – jde především o peněžité dávky pro osoby dlouhodobě nemocné či zdravotně postižené, které ČSÚ zařazuje do celkových výdajů na zdravotní péči, by tento podíl dosáhl hodnoty 7,68 % (viz předchozí graf č. 1.1).

Zdroj: Eurostat 2020 a vlastní dopočty ČSÚ

Ze zemí EU jich v roce 2017 sedm vynaložilo na zdravotní péči více jak 10 % jejich HDP. Nejvíce (11,3 %) to bylo ve Francii a v Německu. Výdaje na zdravotní péči ve výši cca desetiny HDP jsou vynakládány i v Rakousku či ve Švédsku nebo Belgii. Nejen Česko, ale další dva naši sousední státy, Slovensko a Polsko zůstaly u tohoto poměrového ukazatele daleko pod průměrem zemí EU. Ze zemí mimo EU, dlouhodobě nejvíce finančních prostředků na zdravotní péči ve vztahu k HDP vydávají Spojené státy (17,1 % v roce 2017) a dále pak s odstupem Švýcarsko (12,4 %) a Japonsko (10,9 %).

Kromě podílu celkových výdajů na zdravotní péči na HDP, který je ovlivněn jak vyspělostí, tak i specifikem jednotlivých ekonomik, se pro mezinárodní srovnání vyjadřují celkové výdaje na zdravotní péči připadající na jednoho obyvatele. V tomto porovnání sice úroveň ČR převyšuje blízké země Polsko, Maďarsko a Slovensko, ale zdaleka nedosahuje hodnot ostatních západních a skandinávských zemí EU.

I když průměrné výdaje na zdravotní péči vztážené **na jednoho obyvatele** Česka vzrostly od roku 2013 z 1 139 EUR na 1 309 EUR v roce 2017 (tj. o 15 %; 170 EUR), jde stále o výrazně nižší částky nejen v porovnání s Rakouskem či Německem, ale i s obdobně velkým (dle počtu obyvatel) Portugalskem. *Podrobněji viz kapitola 6 Mezinárodní srovnání.*

1.2. Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování

Financování zdravotní péče je základním rozměrem zdravotnických účtů. Každý ze zdrojů financování má svoji specifickou úlohu. Mezinárodní 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 2) a dále prostředky z **veřejných rozpočtů**, které zahrnují jak finanční zdroje získané na zdravotní péči přímo ze **státního rozpočtu** - nejčastěji z kapitoly MZ a MPSV, tak zdroje místních rozpočtů, kam patří především zdroje 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) zahrnují **přímé výdaje příjemců zdravotní péče (pacientů)** nebo jejich případnou **spoluúčast**.

Tab. č. 1.1. Výdaje na zdravotní péči v Česku podle zdrojů financování, 2010, 2014 až 2018 (mil. Kč)

| Zdroje financování zdravotní péče | 2010 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Index 2018/2017 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| Veřejné zdroje celkem | 282 166 | 291 572 | 293 359 | 300 210 | 322 033 | 361 852 | 112,4 |
| veřejné zdravotní pojištění | 231 889 | 234 602 | 234 460 | 237 700 | 252 169 | 283 913 | 112,6 |
| státní rozpočet | 45 187 | 50 721 | 52 622 | 55 895 | 62 090 | 69 503 | 111,9 |
| krajské a obecní rozpočty | 5 091 | 6 250 | 6 277 | 6 614 | 7 774 | 8 436 | 108,5 |
| Soukromé zdroje celkem (bez přímých plateb domácností) | 9 217 | 10 668 | 9 322 | 10 222 | 11 303 | 11 305 | 100,0 |
| soukromé zdravotní pojištění | 427 | 537 | 478 | 484 | 539 | 564 | 104,6 |
| neziskové instituce | 7 888 | 7 757 | 7 929 | 8 479 | 8 995 | 9 544 | 106,1 |
| podniky - závodní preventivní péče | 901 | 2 374 | 915 | 1 259 | 1 769 | 1 197 | 67,7 |
| Přímé platby domácností¹⁾ | 42 705 | 46 490 | 49 358 | 51 215 | 54 051 | 57 765 | 106,9 |
| Výdaje na zdravotní péči celkem | 334 088 | 348 730 | 352 039 | 361 647 | 387 388 | 430 922 | 111,2 |

1) údaje za rok 2018 jsou předběžné

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

České zdravotnictví je dlouhodobě financováno primárně **z veřejných zdrojů**, a to především prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. V sledovaném období let 2010 až 2018 se veřejné zdroje podílely z 83 až 85 % na financování zdravotní péče v ČR. V podrobnějším členění v rámci výše uvedených konečných zdrojů financování měly v letech 2010 až 2018 největší podíl na celkových výdajích na zdravotní péči **platby hrazené zdravotními pojišťovnami z veřejného pojištění** (283,9 mld. Kč; 65,9 % podíl v roce 2018), následované **státním rozpočtem** (69,5 mld. Kč; 16,1 %) ^{5, 6} a **domácnostmi** (57,8 mld. Kč; 13,4 %).

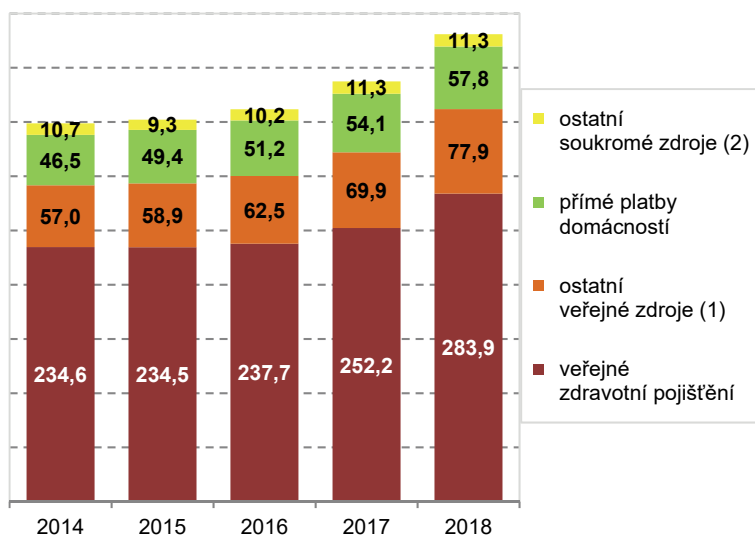
⁵ V rámci zdravotnických účtů a celkových běžných nákladů na zdravotní péči se zde nezahrnují např. investiční výdaje na nákup a modernizaci přístrojového vybavení a výstavbu a rekonstrukci zdravotnických zařízení, výdaje na zdravotnický výzkum a vývoj a vzdělávání zdravotnického personálu, které jsou financované ze státního rozpočtu.

⁶ Ze státního rozpočtu jsou rovněž hrazeny platby na zdravotní pojištění za nevdělečně 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 státní pojištěnce 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 2018 v porovnání s rokem 2017 zvýšila o 49 Kč na stávajících 969 Kč za osobu a měsíc. Z všeobecné pokladní správy bylo vydáno celkem za rok 2018 na tuto platbu 68,4 mld. Kč za 5,9 mil. pojištěnců, což je 57 % všech osob zdravotně pojištěných na území ČR.

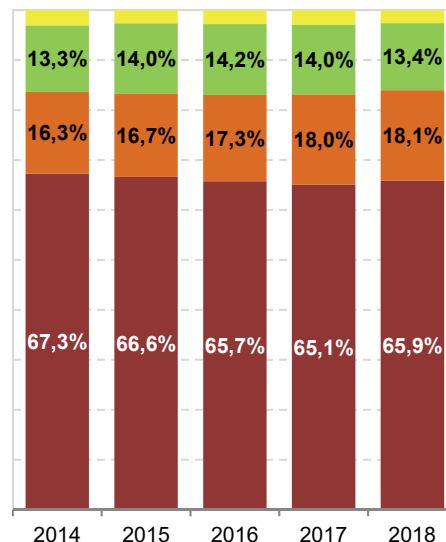


Graf č. 1.3. Výdaje na zdravotní péči v Česku podle hlavních zdrojů financování, 2014–2018 (mld. Kč; %)

a) v mld. Kč



b) struktura v %



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

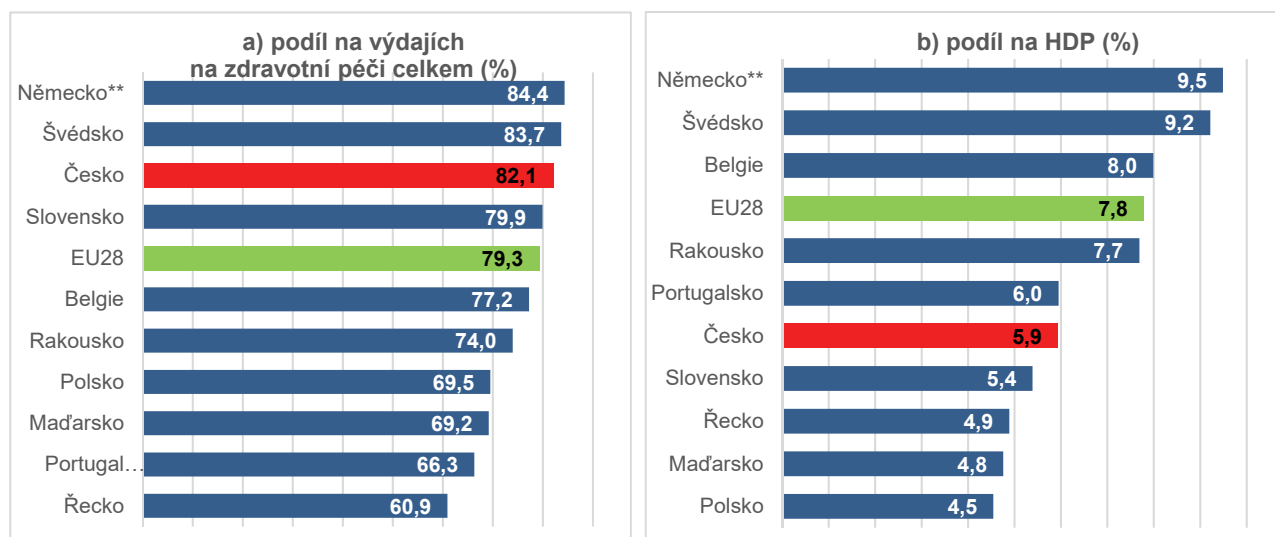
(2) zahrnují dobrovolné platby na zdravotní péči neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a podnikovou preventivní péči

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

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

I bez výdajů na sociálně zdravotní péči ze státního rozpočtu, je **podíl veřejných zdrojů (veřejné rozpočty a povinné pojištění)** na financování celkové zdravotní péče v Česku, jeden z nejvyšších ze zemí EU. V roce 2017 byl jejich podíl sedmý nejvyšší, a to za Francií a Chorvatskem a před Nizozemskem. Nejvyšší byl v roce 2017 v sousedním Německu a Lucembursku, a dále pak ve dvou skandinávských zemích – v Dánsku a ve Švédsku – ve všech těchto zemích se tento podíl pohyboval kolem 84 %. Pod průměrem zemí EU28 (79,3 % v roce 2017) se z našich sousedních zemí vyskytovalo Rakousko a Polsko. Vůbec nejnižší podíl veřejných zdrojů na financování celkové zdravotní péče byl v Bulharsku a na Kypru.

Graf č. 1.4. Zdravotní péče financovaná z veřejných zdrojů ve vybraných zemích EU v roce 2017*



* Bez započtení výdajů na dlouhodobou sociální péči financovanou ze státního rozpočtu.

** V Německu (obdobně i ve Francii, Nizozemsku, Švýcarsku či USA) je část ze všeobecného (povinného) zdravotního pojištění (v případě Německa cca 10 %) hrazeno zaměstnavateli pojištěných osob.

Zdroj: Eurostat 2020 a vlastní dopočty ČSÚ

Pokud vztáhneme veřejné výdaje na zdravotní péči k HDP, je tento podílový ukazatel ze zemí EU nejvyšší v sousedním Německu a dále v Dánsku, Švédsku a Francii – v těchto zemích jde na zdravotní péči z veřejných (povinných) zdrojů kolem 9 % jejich HDP (údaje za rok 2017). Česko je v tomto ukazateli pod

průměrem EU, který je roven 7,8 %, a to přibližně na úrovni Portugalska. V deseti státech EU nedosáhl podíl výdajů na zdravotní péči financovaných přímo z veřejných rozpočtů nebo prostřednictvím povinného zdravotního pojištění 5 % HDP. Kromě Řecka, jde o země, které do EU vstoupily až po 1. lednu 2004.

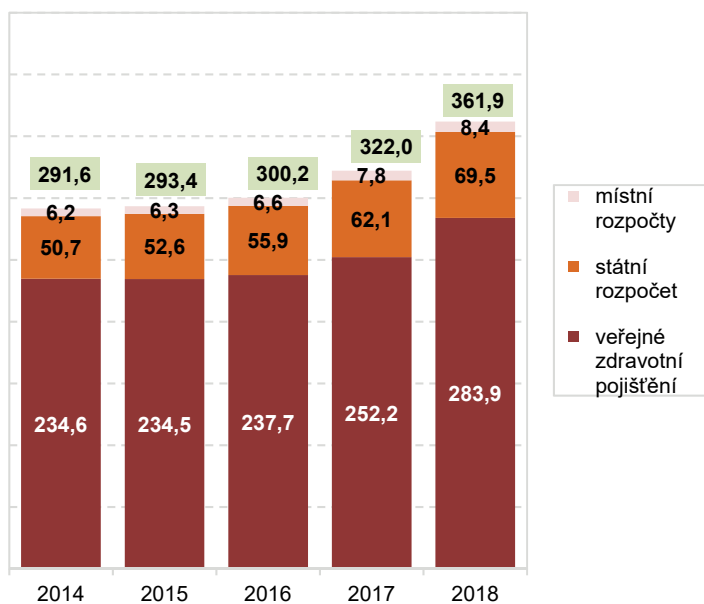
Lucembursko, Německo, Francie, Slovensko, Chorvatsko a Nizozemsko patří k zemím se systémem založeným především na **všeobecném povinném zdravotním pojištění**, ze kterého je financováno mezi 75 a 80 % z celkových nákladů na zdravotní péči. K této skupině se blíží i Česká republika, kde zdravotní pojišťovny hradí cca dvě třetiny z celkových nákladů na zdravotní péči - bez započtení peněžitých dávek pro osoby dlouhodobě nemocné či zdravotně postižené dokonce 70 %. Je ovšem nutno podotknout, že na rozdíl od Česka nebo Slovenska v případě Německa i Francie je část z tohoto všeobecného povinného zdravotního pojištění (cca 10 %) hrazeno zaměstnavateli pojištěných osob či prostřednictvím soukromého povinného pojištění. V Nizozemsku je takto financovaná dokonce převážná část povinného zdravotního pojištění. Ve Švédsku a Dánsku je naopak zdravotní péče převážně financovaná prostřednictvím daní **přímo z rozpočtů centrálních a místních vlád**. *Podrobněji viz kapitola 6 Mezinárodní srovnání.*

Výdaje na zdravotní péči ze státního rozpočtu významně rostou

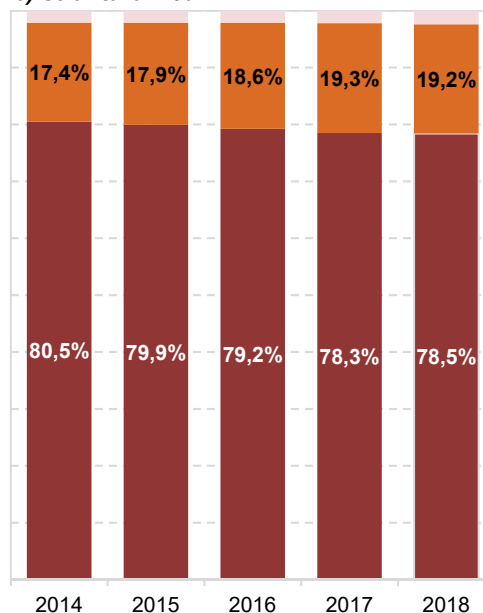
V roce 2018 šlo z **veřejných zdrojů** na zdravotní péči v Česku celkem 361,9 mld. Kč – meziročně o 12,4 % (39,8 mld. Kč) více. Celkově bylo za posledních pět let (2014 až 2018) vydáno z veřejných rozpočtů na zdravotní péči 1,6 bilionu korun. V průměru **na jednoho obyvatele** šlo v roce 2018 na zdravotní péči z veřejných zdrojů 34,1 tis. Kč o 3,6 tisíce více než v roce předchozím.

Graf č 1.5. Výdaje na zdravotní péči v Česku financované z veřejných zdrojů, 2014–2018 (mld. Kč; %)

a) v mld. Kč



b) struktura v %



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

V rámci veřejného financování zdravotní péče u nás jednoznačně převládá jeho financování prostřednictvím **plateb z veřejného zdravotního pojištění**. Veřejné zdravotní pojišťovny se v roce 2018 podílely ze 78,5 % (283,9 mld. Kč) na financování zdravotní péče z veřejných zdrojů. V posledních letech podíl tohoto zdroje však klesá. Od roku 2014 vzrostl podíl **státního rozpočtu** na financování zdravotní péče z veřejných zdrojů z 17,4 % (50,7 mld. Kč) na 19,2 % (69,5 mld. Kč) v roce 2018. **Místní (krajské a obecní) rozpočty** jsou v Česku pouze doplňkovým zdrojem financování zdravotní péče. Z výdajů ve výši 8,4 mld. Kč na zdravotní péči v roce 2018, která byla hrazena z krajských a obecních rozpočtů, jedna polovina (4,2 mld. Kč) připadla na dopravu pacientů – zdravotnickou záchrannou a dopravní službu provozovanou kraji.

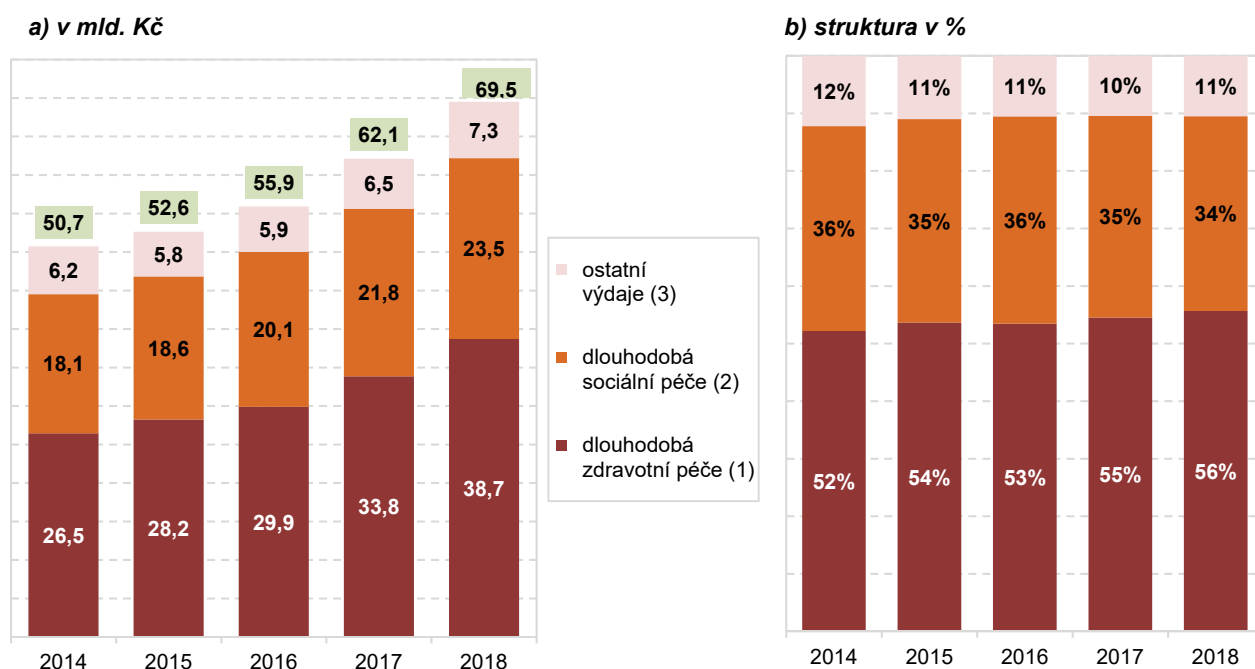
Platby z povinného zdravotního pojištění se v Česku podílejí ze 2/3 na financování zdravotní péče

Veřejné zdravotní pojišťovny⁷ se v roce 2018 podílely ze dvou třetin na financování zdravotní péči v Česku. V absolutním vyjádření šlo od roku 2014 na zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění nejvíce finančních prostředků v roce 2018 (283,9 mld. Kč) a nejméně pak v roce 2015 (234,5 mld. Kč). V roce 2018 vydaly zdravotní pojišťovny na zdravotní péči meziročně o 12,6 % (31,7 mld. Kč) více finančních prostředků – jde o nejvyšší nárůst v sledovaném období let 2010 až 2018. 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 č. 2 této publikace.*

Výdaje státního rozpočtu na zdravotní péči dosáhly v roce 2018 historického maxima

V roce 2018 šlo přímo ze **státního rozpočtu** na zdravotní péči celkem 69,5 mld. Kč⁸, tj. o 7,4 mld. Kč (11,9 %) více finančních prostředků než v roce 2017. V roce 2018 se státní rozpočet podílel 16,1 % na financování zdravotní péče v České republice.

Poznámka: V roce 2018 investoval stát ze státního rozpočtu do nákupu a modernizace přístrojového vybavení a výstavby a rekonstrukce zdravotnických zařízení 6,0 mld. Kč, tj. téměř o třetinu více než v roce 2017. Do výdajů na výzkum a vývoj ve zdravotnictví stát investoval 1,7 mld. Kč a na vzdělávání zdravotnického personálu připadlo 548 mil. Kč. Jde o finanční prostředky, které v rámci výše uvedené metodiky zdravotnických účtů se do celkových běžných nákladů na zdravotní péči nezahrnují.

Graf č. 1.6. Výdaje na zdravotní péči v Česku financované přímo ze státního rozpočtu, 2014–2018

(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 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

⁷ V České republice mají klíčové postavení z hlediska financování zdravotní péče zdravotní pojišťovny, jejichž příjmy plynou z veřejného zdravotního pojištění, kterého je povinné účastna každá osoba s trvalým pobytem na našem území. V případě zaměstnaneckého poměru odvádí zaměstnavatel na zdravotní pojištění 13,5 % z vyměřovacího základu, z toho 1/3 hradí zaměstnanec a 2/3 zaměstnavatel. V některých případech je plátcem pojistného tohoto pojištění stát (například za nezaopatřené děti, důchodce aj.).

⁸ 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. Podrobnější informace jsou k dispozici v kapitole č.4 *Výdaje na dlouhodobou péči*. 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 2018 šlo na **dlouhodobou zdravotní péči** ze státního rozpočtu celkem 38,7 mld. Kč z celkových 56,7 mld. Kč. Touto částkou se tak stát prostřednictvím státního rozpočtu podílel z více než dvou třetin na financování této dlouhodobé zdravotní péče. Většina z těchto finančních prostředků (30,5 mld. Kč; 79 %) bylo v roce 2018 určeno na dlouhodobou lůžkovou zdravotní péči, zahrnující např. domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro zdravotně postižené a další zařízení. Na domácí dlouhodobou zdravotní péči směřovalo 6 mld. Kč, což je o 16 % více než v roce 2017.

Na **sociální dlouhodobou péči** vynaložil stát v roce 2018 ze státního rozpočtu 23,5 miliard korun. Jde především o příspěvky na péči pro zdravotně postižené a seniory (18,0 mld. Kč; nárůst o 3,6 % oproti roku 2017) a příspěvky na mobilitu a na zvláštní kompenzační pomůcku pro zdravotně postižené (2,6 mld. Kč). 2,8 mld. Kč směřovaly v roce 2018 ze státního rozpočtu i na sociální služby související s dlouhodobou péčí (zvýšení o téměř jednu pětinu v porovnání s rokem 2017). 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 č. 4.*

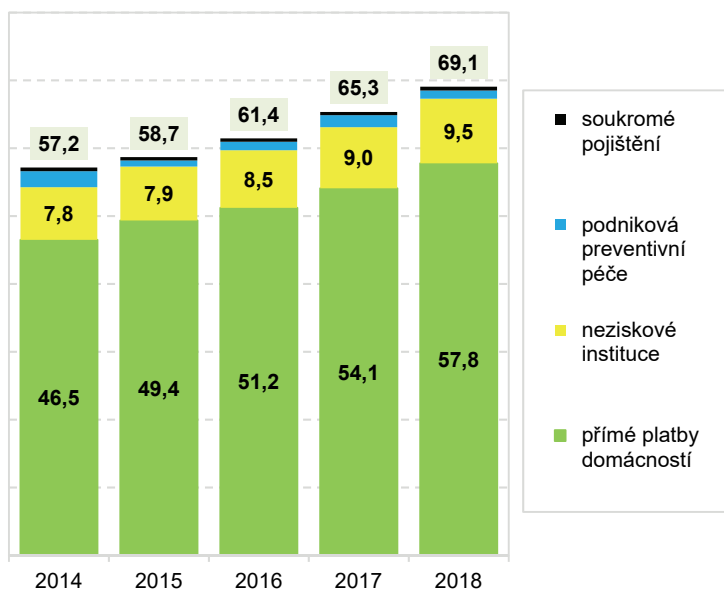
Mezi ostatní výdaje na zdravotní péči hrazené ze státního rozpočtu patří především **preventivní zdravotní péče**, do které stát v roce 2018 investoval téměř 2 mld. Kč. Výdaje související se **správou rezortu zdravotnictví** dosáhly v roce 2018 částky 2,4 mld. Kč.

České domácnosti zaplatily za zdravotní péči v roce 2018 o čtvrtinu více než před pěti lety

V posledních pěti letech rostou v Česku výdaje na zdravotní péči financované ze **soukromých zdrojů**, a to z 57,2 mld. Kč v roce 2014 na 69,1 mld. Kč v roce 2018. Podíl výdajů ze soukromých (dobrovolných) zdrojů na celkových výdajích na zdravotní péči se dlouhodobě pohybuje okolo 16,5 %. Nejvýznamnější položkou v rámci těchto soukromých zdrojů tvoří **přímé platby domácností (pacientů)** za poskytnutou zdravotní péči včetně výdajů za léky a ostatní zdravotnický materiál.

Graf č. 1.7. Výdaje na zdravotní péči v Česku financované ze soukromých zdrojů, 2014–2018 (mld. Kč; %)

a) v mld. Kč



b) struktura v %

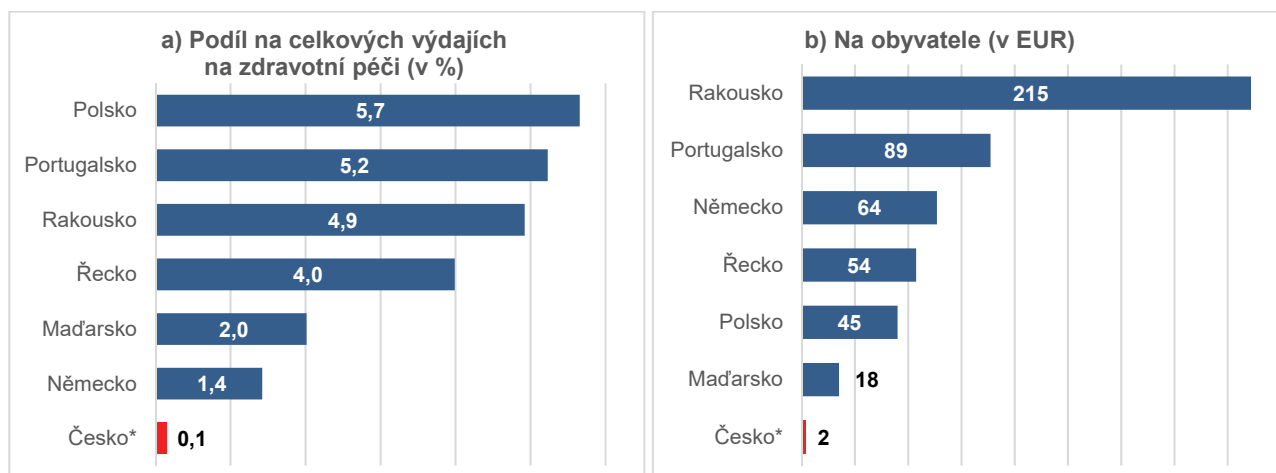


Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Skupina ostatních **dobrovolných plateb** na zdravotní péči (soukromé zdravotní pojištění, výdaje na zdravotní péči neziskových organizací a závodní péče), přes vysokou dynamiku růstu, představuje spíše doplňkový finanční zdroj. Na celkových výdajích na zdravotní péči v Česku se tyto soukromé zdroje (bez přímých výdajů domácností) v roce 2018 podílely necelými 3 % (11,3 mld. Kč) a na celkových soukromých zdrojích pak 16,4 %.

Soukromé dobrovolné zdravotní pojištění v datech zdravotnických účtů České republiky zahrnuje pouze cestovní pojištění⁹ a jeho podíl na celkových nákladech na zdravotní péči je tak v Česku zcela zanedbatelný. Obdobné konstatování platí např. i pro Slovensko, Estonsko či Rumunsko. Soukromé dobrovolné zdravotní pojištění či připojištění hraje ze zemí EU významnou roli ve Slovinsku, v Irsku a na Kypru, kde v roce 2017 představovalo více než desetinu výdajů na zdravotní péči – nejvyšší byl tento podíl ve Slovinsku (14,3 %). V Irsku a ve Slovinsku soukromé dobrovolné zdravotní pojištění tvořilo cca polovinu z celkových soukromých zdrojů (včetně přímých plateb domácností) využitých na financování zdravotní péče v těchto zemích. V Polsku se toto soukromé (dobrovolné) zdravotní pojištění podílelo téměř 6 % na financování zdejší zdravotní péče, v případě Rakouska to bylo téměř 5 %. V obou jmenovaných zemích se tento zdroj podílel přibližně jednou pětinou na financování zdravotní péče ze soukromých zdrojů. V přepočtu na jednoho obyvatele byly výdaje na zdravotní péči ze soukromého pojištění však v případě Rakouska téměř 5krát vyšší než v Polsku.

Graf č. 1.8. Zdravotní péče financovaná ze soukromého zdravotního pojištění ve vybraných zemích EU, 2017

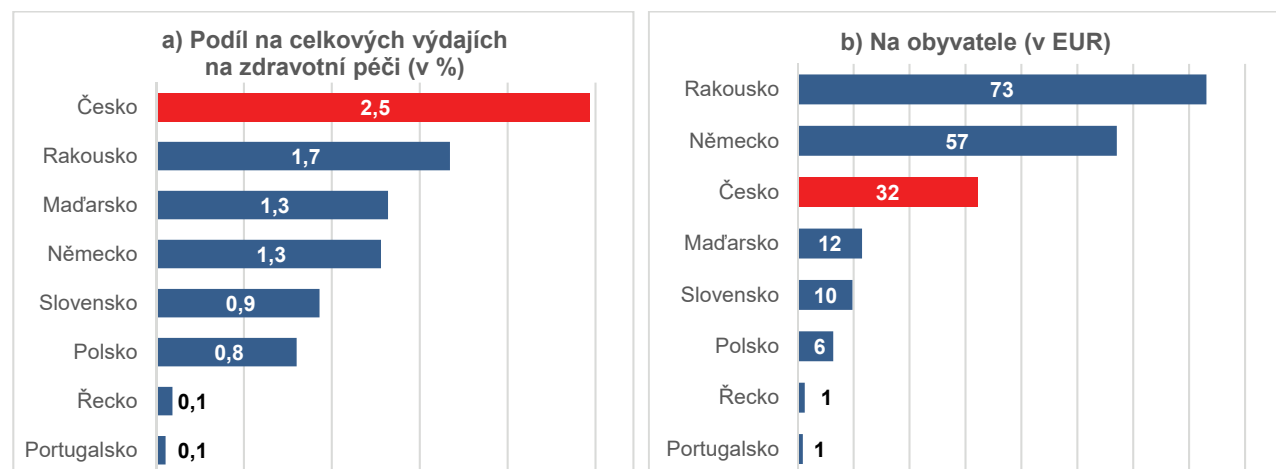


* Zahrnuje pouze cestovní připojištění

Zdroj: Eurostat 2020 a vlastní dopočty ČSÚ

Neziskové instituce (např. Červený kříž) jsou v Česku orientovány zejména charitativně. V roce 2018 dosáhl jejich podíl 2,2 % na financování zdravotní péče – nejvíce ze zemí EU. V absolutní hodnotě vynaložily neziskové instituce částku 9,5 mld. Kč, tj. o 0,5 mld. Kč více než v roce předchozím. V přepočtu na jednoho a obyvatele vynaložily neziskové instituce na zdravotní péči v Česku o cca polovinu více než v Polsku či třikrát více než v Maďarsku.

Graf č. 1.9. Výdaje neziskových institucí na zdravotní péči ve vybraných zemích EU, 2017



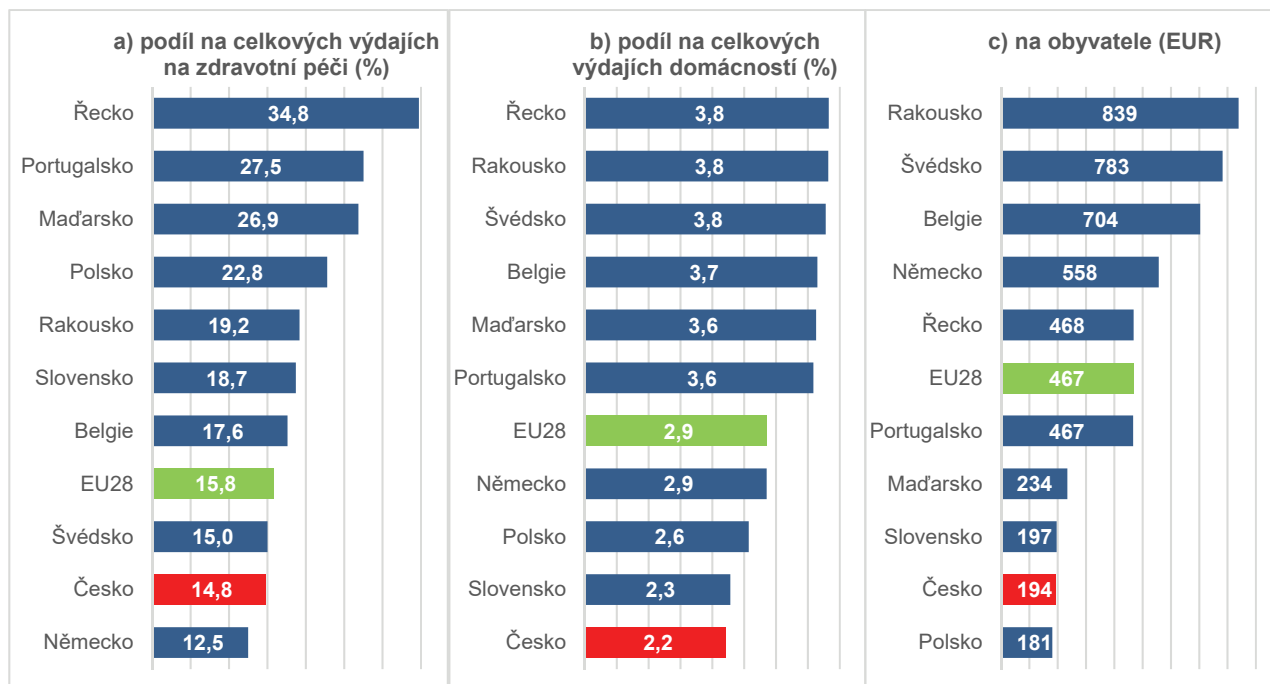
Zdroj: Eurostat 2020 a vlastní dopočty ČSÚ

⁹ V Česku obyvatelé kromě cestovního připojištění nemohou k hrazení zdravotní péče využívat dobrovolné zdravotní připojištění.

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. **Spoluúčast** na léčivech a zdravotnických prostředcích tvoří až tři pětiny výdajů domácností na zdravotní péči. Významný podíl výdajů domácností představují též platby u stomatologů 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 a regulační poplatky za pohotovostní služby. *Podrobnější informace jsou k dispozici v kapitole č. 3 Výdaje domácností na zdravotní péči.*

Graf č. 1.10. Přímé platby domácností na zdravotní péči ve vybraných zemích EU v roce 2017



Poznámka: Polsko, Portugalsko a Rakousko jsou státy s významným (cca 5%) podílem financování zdravotní péče prostřednictvím dobrovolného zdravotního pojištění (více graf č. 1.8); v Německu je pak 7 % ze zdravotní péče financováno ze soukromého povinného zdravotního pojištění.

Zdroj: Eurostat 2020 a vlastní dopočty ČSÚ

V Česku se v roce 2017 domácnosti - soukromé výdaje na zdravotní péči přímo placené obyvatelstvem - podílely z 14,8 % na celkových běžných výdajích na zdravotní péči. Jde sice o vyšší podíl než v případě Německa, ale mnohem nižší než např. v Rakousku, Polsku či Maďarsku.

Pokud bychom přímé výdaje domácností na zdravotní péči přepočítaly na jednoho obyvatele, tak v roce 2017 by nejvyšší částka ze zemí EU připadala na obyvatele Rakouska – 839 Eur – následované třemi severskými státy, tj. Švédskem, Finskem a Dánskem. V roce 2017 dosáhly, při použití běžné směnného kurzu, průměrné výdaje domácností v zemích EU na jejich jednoho obyvatele téměř 2,5krát vyšší částky než v domácnostech českých. Nižší než v Česku byly přímé výdaje domácností na zdravotní péči na jednoho obyvatele pouze ve třech zemích EU, a to v Polsku, Chorvatsku a Rumunsku.

Zajímavé jsou i údaje o tom, jakou zátěž pro domácnosti v jednotlivých zemích EU tvoří jejich přímé výdaje za zdravotní péči. Mezi země EU s nejvyšším podílem těchto výdajů na celkových výdajích domácností patří následující „nové“ členské státy EU: Malta, Bulharsko, Lotyšsko a Kypr, za kterými následuje Řecko a Rakousko. Česko naopak patří spolu s Chorvatskem, Francií, Lucemburskem, Slovenskem, Slovinskem a Rumunskem mezi země s nejnižším podílem výdajů na zdravotní péči na celkových výdajích domácností. Opět je třeba zdůraznit, že na rozdíl např. od Chorvatska, Francie či Slovinska (graf č. 1.8), v Česku (kromě cestovního připojištění) nemohou domácnosti využívat dobrovolné zdravotní připojištění.



1.3 Výdaje na zdravotnictví podle druhu poskytnuté péče

Druhý významný pohled na problematiku zdravotní péče souvisí s druhem poskytované péče. Zdravotní péče může být spotřebována 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, podpůrné služby (laboratoře, zobrazovací metody a dopravu pacientů) a v neposlední řadě i léky a terapeutické pomůcky. Výdaje na individuální spotřebu pokrývají v Česku dlouhodobě cca 90 % výdajů na zdravotní péči.

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 zdravotnických programů** a jejich **finanční správy**.

Tabulka č. 1.2 Výdaje na zdravotnictví v Česku podle druhu péče, 2010 a 2014 až 2018 (mil. Kč)

| Druh péče | 2010 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Index 2018/2017 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| Léčebná péče celkem | 137 302 | 137 311 | 141 600 | 142 437 | 151 875 | 173 622 | 114,3 |
| lůžková | 55 948 | 52 473 | 51 431 | 50 938 | 56 302 | 59 818 | 106,2 |
| ambulantní (bez stomatologické) | 59 101 | 61 609 | 66 461 | 67 361 | 69 255 | 86 179 | 124,4 |
| stomatologická | 16 829 | 17 491 | 17 781 | 18 230 | 19 743 | 20 694 | 104,8 |
| denní | 5 238 | 5 561 | 5 735 | 5 720 | 6 386 | 6 715 | 105,1 |
| domácí | 186 | 179 | 192 | 187 | 189 | 216 | 114,1 |
| Rehabilitační péče celkem | 12 808 | 13 738 | 14 764 | 15 018 | 17 145 | 18 283 | 106,6 |
| lůžková | 5 886 | 6 407 | 6 911 | 7 483 | 8 027 | 8 508 | 106,0 |
| ambulantní | 6 922 | 7 331 | 7 853 | 7 535 | 9 117 | 9 775 | 107,2 |
| Dlouhodobá péče celkem | 52 761 | 62 113 | 61 018 | 65 264 | 72 181 | 80 221 | 111,1 |
| zdravotní | 35 762 | 44 035 | 42 407 | 45 116 | 50 382 | 56 685 | 112,5 |
| sociální | 16 999 | 18 078 | 18 611 | 20 148 | 21 799 | 23 536 | 108,0 |
| Doplňkové služby celkem | 37 039 | 38 883 | 40 020 | 41 081 | 43 524 | 51 018 | 117,2 |
| laboratorní služby | 19 917 | 21 454 | 22 037 | 22 527 | 23 793 | 28 335 | 119,1 |
| zobrazovací metody | 9 729 | 10 490 | 10 484 | 10 698 | 11 154 | 13 430 | 120,4 |
| doprava pacientů | 7 393 | 6 939 | 7 499 | 7 856 | 8 577 | 9 253 | 107,9 |
| Léčiva a zdravotnické výrobky celkem | 66 231 | 67 021 | 67 831 | 69 285 | 72 578 | 76 357 | 105,2 |
| léčiva a zdravotnický materiál (1) | 57 091 | 56 957 | 58 061 | 59 365 | 61 989 | 65 265 | 105,3 |
| terapeutické pomůcky | 9 141 | 10 064 | 9 770 | 9 921 | 10 588 | 11 092 | 104,8 |
| Preventivní péče celkem | 9 990 | 11 433 | 9 027 | 9 739 | 10 540 | 10 787 | 102,3 |
| programy pro sledování zdrav. stavu | 6 541 | 7 561 | 5 455 | 6 121 | 6 887 | 6 549 | 95,1 |
| programy pro včasné odhalení nemocí | 1 573 | 1 659 | 1 637 | 1 746 | 1 788 | 1 787 | 99,9 |
| imunizační programy | 1 389 | 1 576 | 1 267 | 1 172 | 1 161 | 1 779 | 153,2 |
| informační a poradenské programy | 487 | 637 | 668 | 700 | 704 | 673 | 95,6 |
| Správa systému zdravotní péče | 8 649 | 9 040 | 8 536 | 8 583 | 8 634 | 9 188 | 106,4 |
| ostatní či nespécifikováno (2) | 9 307 | 9 192 | 9 245 | 10 240 | 10 911 | 11 447 | 104,9 |
| Zdravotní péče celkem | 334 088 | 348 730 | 352 039 | 361 647 | 387 388 | 430 922 | 111,2 |

(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 nakládáním s odpady, znečištění půdy a také nespécifikované druhy zdravotní péče

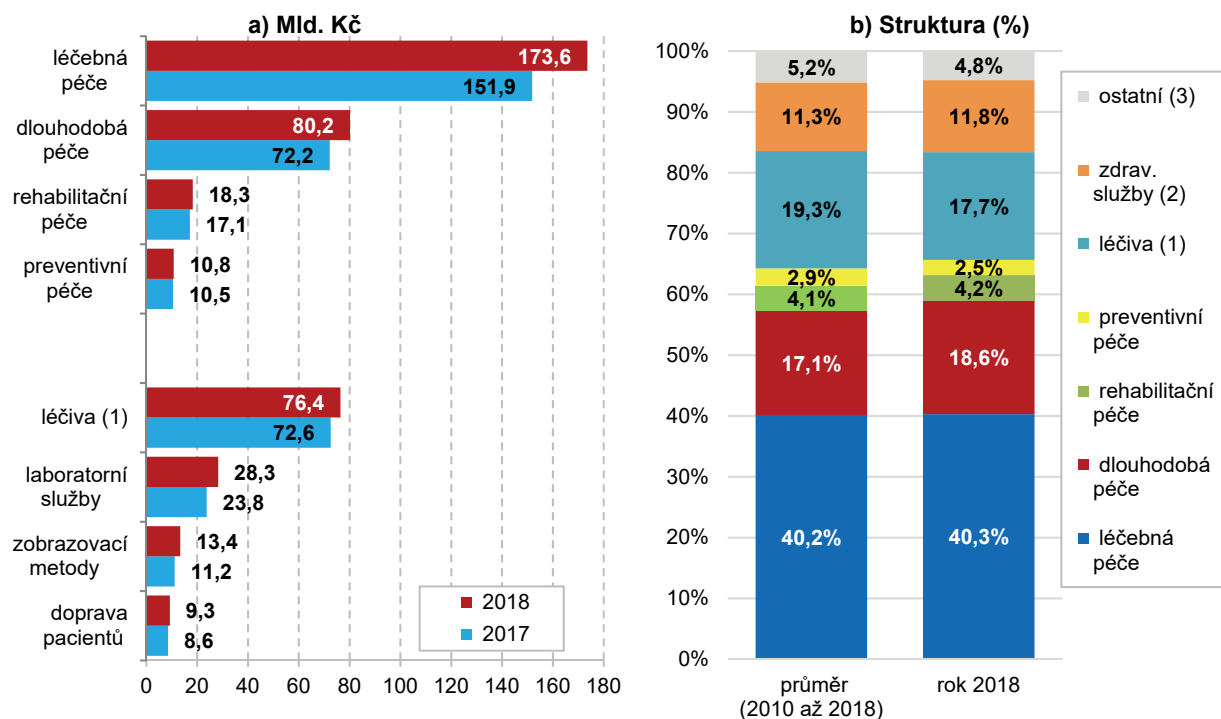
Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Dvě pětiny z celkových výdajů na zdravotnictví jde na léčebnou péči

Stejně jako v ostatních zemích, největší část z nákladů na zdravotní péči směřuje v Česku do **péče léčebné**. V letech 2010 až 2018 na léčebnou péči u nás směřovalo v průměru 40 % z celkových výdajů na zdravotní péči. V roce 2018 na ni bylo konkrétně vynaloženo 173,6 mld. Kč. Jde o pětinu vyšší částku než před dvěma lety v roce 2016. V období 2010–2016 se pohybovaly průměrné výdaje na léčebnou péči na hranici

140 mld. Kč. O rok později se zvýšily výdaje na léčebnou péči o 6,7 %. V posledním sledovaném roce došlo k jejich výraznému navýšení o 14,3 %. *Léčebná péče je v Česku z 86 % financovaná z veřejného zdravotního pojištění. Přibližně z desetiny (10,9 %; 18,9 mld. Kč v roce 2018) si pak na léčebnou péči přispívají sami pacienti, a to nejčastěji na péči stomatologickou (11,1 mld. Kč). Podrobněji viz následující kapitoly č. 2 a 3.*

Graf č. 1.11. Výdaje na zdravotní péči v Česku podle druhu poskytnuté péče či služeb



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

(2) zahrnuje laboratorní vyšetření a zobrazovací metody (např. sonografie, radiologické či CT vyšetření, magnetická rezonance).

(3) zahrnuje především **správu systému zdravotní péče** a dopravu pacientů.

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

V posledních dvou letech roste význam **dlouhodobé péče** s již téměř pětinným podílem (18,6 %) na celkových výdajích vynaložených na zdravotní péči v Česku. Průměr za období 2010–2018 dosáhl 17,1 %. V rámci dlouhodobé péče jde nejvíce finančních prostředků do dlouhodobé zdravotní péče – 56,7 mld. Kč (13,2 %) v roce 2018. V čase však roste především význam dlouhodobé sociální péče, kam ve stejném roce směřovalo 23,5 mld. Kč (5,5 %). Dohromady tak bylo na dlouhodobou péči v roce 2018 vynaloženo poprvé více než 80 miliard korun – o desetinu více oproti předchozímu roku a o polovinu více než v roce 2010. *Podrobnější informace jsou k dispozici v kapitole č. 4 Výdaje na dlouhodobou péči.*

Rehabilitační a především **preventivní péče**¹⁰ tvořila v Česku v letech 2010 až 2018 v úhrnu jen 7% podíl na celkových výdajích na zdravotní péči. V roce 2018 šlo na preventivní péči 10,8 mld. Kč (2,5 %) a na rehabilitační péči 18,3 mld. Kč (4,2 %). V porovnání s rokem 2017 výdaje na rehabilitační péči vzrostly o 7 %, a na preventivní péči o 2 %. *Podrobnější informace k těmto dvě kategoriím jsou uvedeny níže v textu.*

Téměř pětina výdajů na zdravotní péči v letech 2010–2018 byla vynaložena na **léčiva**¹¹, **zdravotnický materiál a terapeutické výrobky** – v roce 2018 to bylo 17,7 %. Více než jedna desetina (12 %) z finančních prostředků určených na zdravotní péči v Česku v celém sledovaném období směřovalo na **laboratorní**

¹⁰ Cílem preventivní péče je celkově dobrý zdravotní stav obyvatel. Preventivní programy jsou více cíleny na ty skupiny obyvatel, které jsou považovány za ohrožené (dětí, seniory, těhotné ženy) případně na určité zdravotní oblasti (např. zubní a všeobecné preventivní prohlídky).

¹¹ Zahrnuje léky na předpis a volně prodejné léky, nezahrnuje léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních.



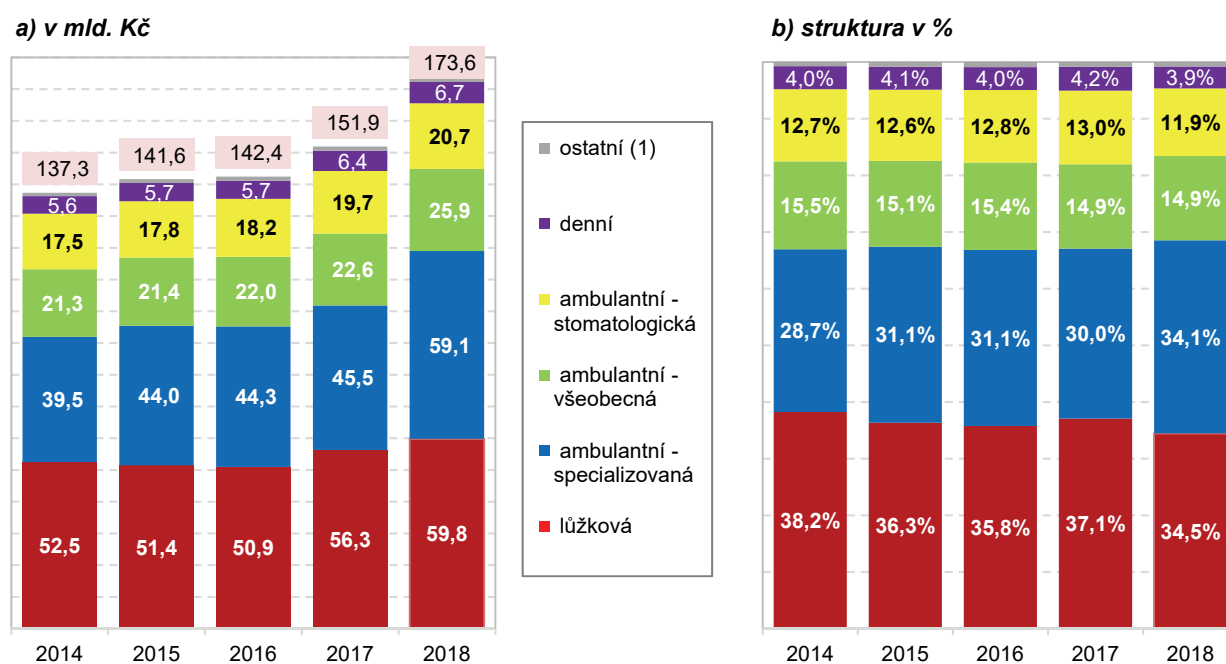
služby, zobrazovací metody a dopravu pacientů (doplňkové služby). V roce 2018 směřovaly 9,2 miliardy na **správu systému zdravotní péče** a zbylých 11,4 miliard na **ostatní výdaje** související se zdravotní péčí kam zařazujeme např. kontrolu a zavádění nových předpisů na ochranu pitné vody, potravin, bezpečnostní opatření spojená s nakládáním s odpady, znečištění půdy a také ostatní blíže nespecifikované druhy zdravotní péče.

Výdaje na specializovanou ambulantní péči meziročně vzrostly o 30 %

Z hlediska jednotlivých typů léčebné péče, v roce 2018 stále více jak třetinu (34,5 %) tvořila **péče lůžková** poskytovaná v nemocnicích. Výdaje na tuto péči však od roku 2010, kdy představovaly 41 % celkové léčebné péče, postupně klesaly – z částky 55,9 mld. Kč v roce 2010 na 50,9 mld. Kč v roce 2016. V roce 2017 tyto výdaje meziročně vzrostly o více jak desetinu na 56,3 mld. Kč. Nárůst pokračoval i v roce 2018, kdy bylo vydáno na lůžkovou péči 60 mld. Kč. Tento nárůst o 6,2 %, byl však přibližně poloviční, oproti celkovému nárůstu výdajů na zdravotní péči v Česku. Na rehabilitační lůžkovou péči bylo v roce 2018 vynaloženo 8,5 mld. Kč (graf 1.13).

Ambulantní péče může být poskytována v nemocnicích nebo praktickými lékaři a specialisty v soukromých zdravotnických zařízeních či jednotlivých ordinacích. Výdaje na ambulantní péči (bez stomatologické) v roce 2018 vzrostly o čtvrtinu na 85 mld. Kč, tj. o 20 miliard více v porovnání s rokem 2015. *Dalších cca 20 miliard šlo v roce 2018 na somatologickou ambulantní péči a 10 miliard na rehabilitační ambulantní péči (graf 1.13).*

Graf č. 1.12. Výdaje na léčebnou péči v Česku podle jejího typu, 2014–2018



(1) zahrnuje ambulantní péči blíže nespecifikovanou a domácí péči

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Rekordní meziroční nárůst celkových výdajů na léčebnou péči - o 21,7 mld. Kč - byl způsoben především, o téměř třetinu vyššími, výdaji na **specializovanou ambulantní péči**. Výdaje na tuto péči, která je poskytovaná nejčastěji specialisty v nemocnicích nebo samostatných ordinacích lékaře, meziročně vzrostly o 13,6 mld. Kč, na 59,1 miliard v roce 2018¹². Jde o stejnou částku, jaká šla na financování výše uvedené

¹² Rostoucí výdaje na specializovanou ambulantní péči byly ovlivněny částečně i změnami úhrad v této oblasti stanovenými vyhláškou č. 353/2017 Sb. Zásadní vliv mělo rozšíření seznamu výkonů pro specializovanou péči, navýšení její produkce a s tím související větší počet pacientů, kteří podstoupili vysoce odbornou léčbu.

léčebné péče lůžkové. V roce 2018 se tak oba tyto typy léčebné péče podílely z přibližně jedné třetiny (60 miliardami) na celkových výdajích na zdravotní péči v Česku.

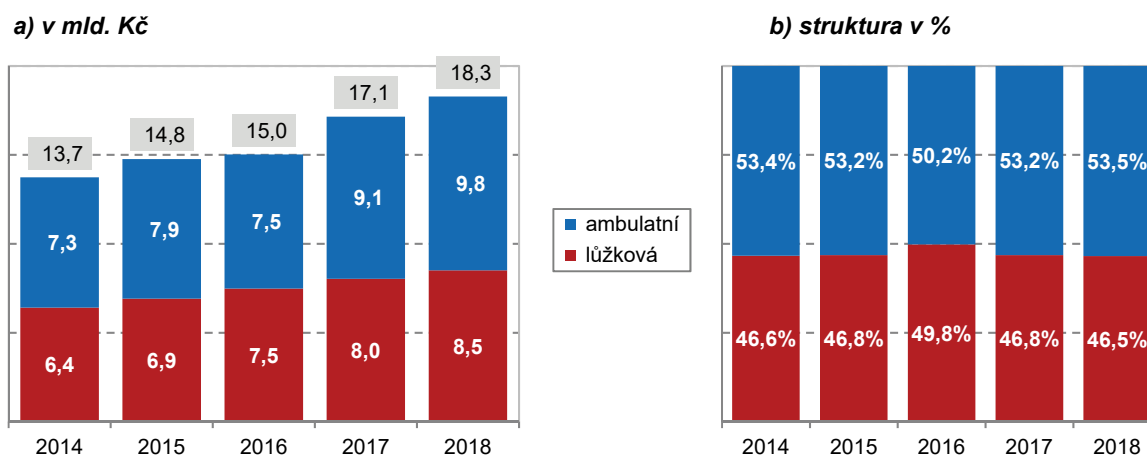
Meziročně výrazně vzrostla i **všeobecná ambulantní péče** poskytovaná nejčastěji praktickými lékaři pro děti a pro dospělé, a to z 22,6 mld. Kč v roce 2017 na 25,9 miliard v roce 2018. Výdaje na ambulantní **stomatologickou péči** v roce 2018 poprvé překonaly hranici 20 miliard korun. Meziročně však tyto výdaje vzrostly pomaleji (o 5 %) než v případě všeobecné a především specializované ambulantní péče. *Přibližně polovinu výdajů na stomatologickou péči si hradí přímo pacienti. Podrobněji viz kapitola č. 3. Výdaje domácností na zdravotní péči.*

Výdaje na **denní léčebnou péči** se v roce 2014 až 2016 pohybovaly kolem 5,7 miliard Kč. V roce 2017 se v porovnání s předchozím rokem zvýšily o 12 % a dosáhly částky 6,4 mld. Kč. Mírný meziroční nárůst o 5 % (329 mil. Kč) byl zaznamenán i v posledním sledovaném roce. *I přes toto zvýšení 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.*

Výdaje na lůžkovou rehabilitační péči vzrostly za dva roky o miliardu

Výdaje na **rehabilitační péči** jsou dlouhodobě rozděleny téměř na polovinu. Na lůžkovou rehabilitační péči, kam spadá především **lázeňská péče**, bylo v roce 2018 celkem vydáno 8,5 mld. Kč, což je o miliardu více než v roce 2016. Zdravotní pojišťovny zaplatily v roce 2018 za lázeňskou péči pacientů, **at' už komplexní nebo příspěvkovou**, částku ve výši 3,3 mld. Kč, což odpovídá úrovni z roku 2017¹³. *Lázeňská péče se ovšem nehradí jen ze zdravotního pojištění, ale velkou měrou si na ni přispívají i pacienti sami. V roce 2018 šlo z jejich kapes na veškerou lůžkovou rehabilitační péči celkem 3,1 mld. Kč, tj. 36 % z celkových výdajů na tuto péči.*

Graf č. 1.13. Výdaje na rehabilitační péči v Česku podle jejího typu, 2014–2018



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

¹³ Lázeňský fond v roce 2018 zahrnoval 93 lázeňských léčeben s kapacitou 23 395 lůžek. Na náklady zdravotních pojišťoven se léčilo v lázeňských zařízeních 109,1 tis. dospělých tuzemských pacientů - 101,5 tis. v rámci komplexní lázeňské péče a 7,6 tis. v rámci příspěvkové lázeňské péče. Zdravotní pojišťovny platily v roce 2018 plně hrazenou péči 10,7 tis. dětem a mladistvým. U dospělých se na celkových nákladech na lázeňskou péči nejvíce podílejí nemoci pohybového ústrojí (více než 57 %), nemoci nervové (cca 17 %) a nemoci oběhového ústrojí (7 %). U dětí a dorostu se jedná o nemoci dýchacího ústrojí (49 %), onemocnění nervové soustavy (19 %) a poruchy látkové výměny - nejčastěji diabetes mellitus a obezita (cca 10 %).



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. Meziročně zde bylo zaznamenáno 7% zvýšení v jejím financování na 9,8 mld. Kč v roce 2018.

Zdravotní pojišťovny zaplatily v roce 2018 za screeningová vyšetření 1,4 mld. Kč

Významné místo v preventivní péči mají **imunizační programy**. Výčet povinných očkování a nepovinných očkování hrazených z veřejného pojištění se v čase mění. V roce 2018 bylo v Česku na tyto imunizační programy vynaloženo celkem 1,8 mld. Kč, což je polovinu více než v roce předchozím. Rostoucí výdaje v roce 2018 jsou do určité míry odrazem zvýšeného zájmu o mimořádné očkování proti spalničkám.

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 a v roce 2018 na ně bylo vydáno celkem 6,5 mld. Kč. Tato část preventivní péče byla z 82 % hrazena z veřejného zdravotního pojištění, zbytek financovaly podniky v rámci jejich preventivní péče o své 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 2018 bylo na tato preventivní vyšetření z veřejného zdravotního pojištění vynaloženo 1,4 mld. Kč. Ze státního rozpočtu šlo na tuto péči dalších 414 mil. Kč.

Výdaje na dlouhodobou lůžkovou péči se meziročně zvýšily o 12 % a dosáhly částky 46,4 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 2010–2018 se celkové výdaje na dlouhodobou zdravotní péči zvýšily o dvě pětiny – v absolutním vyjádření šlo o nárůst o téměř 21 mld. Kč z 35,8 mld. Kč v roce 2010 na 56,7 mld. Kč v roce 2018. Výdaje na **dlouhodobou lůžkovou péči** představují po celé sledované období průměrně 82,7 % z celkových výdajů na dlouhodobou zdravotní péči.

Dlouhodobá domácí péče je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Výdaje na tuto péči překročily v roce 2018 poprvé hranici 8 mld. Kč a od roku 2010 došlo k navýšení o 80 % tj. 3,6 mld. Kč s průměrným ročním tempem růstu 7,62 %. **Denní dlouhodobá péče**, která zahrnuje především denní stacionáře a centra odlehčovací služeb, ovšem tvoří pouze velmi malou část výdajů na zdravotní péči (zhruba 2,2 mld. Kč v roce 2018). *Podrobněji se budeme věnovat dlouhodobé péči v samostatné kapitole č. 4.*

Domácnosti utratily v roce 2018 za volně prodejné léky 15,6 mld. Kč

Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky se v roce 2018 podílely na celkových běžných výdajích na zdravotní péči 17,7 %, v absolutním vyjádření šlo 76,4 mld. Kč.¹⁴ Průměrné výdaje na léčiva a zdravotnické výrobky vztažené na jednoho obyvatele dosáhly v roce 2018 částky ve výši 7 186 Kč. Pokud bychom do této částky započítali i výdaje za léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních, pak by šlo o částku 9 689 Kč.

Léčiva a zdravotnický materiál (léky, dezinfekce, obvazy, náplasti, teploměry atd.) tvoří dlouhodobě až 85 % výdajů této skupiny. Meziročně se výdaje v uvedené skupině léčiv zvýšily v roce 2018 o 5,3 % (v absolutních hodnotách o 3,2 mld. Kč), což je dáno zejména zvýšením výdajů za volně prodejné léky, které hradí domácnosti, a to o téměř 8 %.

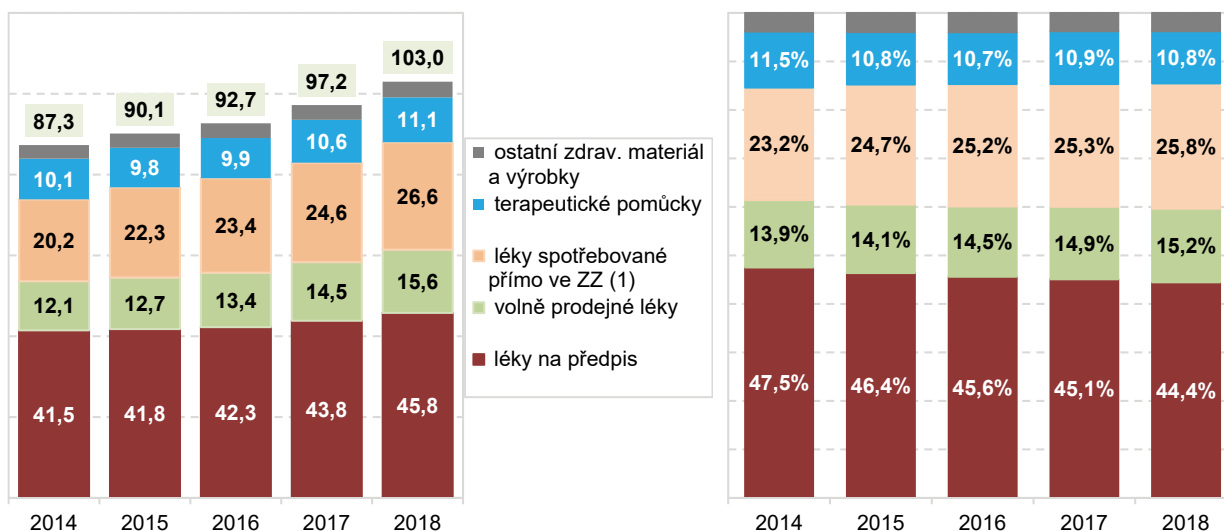
Výdaje na terapeutické pomůcky (brýle, naslouchadla, berle, invalidní vozíky, apod.) se podílely 15 % na celkových výdajích na léčiva a ostatní zdravotnický materiál a výrobky. Za **dioptrické brýle, kontaktní čočky a ostatní výrobky oční optiky** utratí pacienti každoročně v průměru 4 mld. Kč, z čehož 92 % těchto výdajů hradí domácnosti a zbývajících 8 % zdravotní pojišťovny.

¹⁴ 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. 5** – pak by podíl léčiv a ostatních zdravotnických výrobků na celkových výdajích na zdravotní péči dosáhl cca jedné pětiny (103,0 mld. Kč).

Graf č. 1.14. Výdaje na léčiva a ostatní zdravotnické výrobky v Česku, 2014–2018

a) v mld. Kč

b) struktura v %



(1) zahrnují spotřebu léků např. v nemocnicích a ostatních zdravotnických zařízeních (ZZ)

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

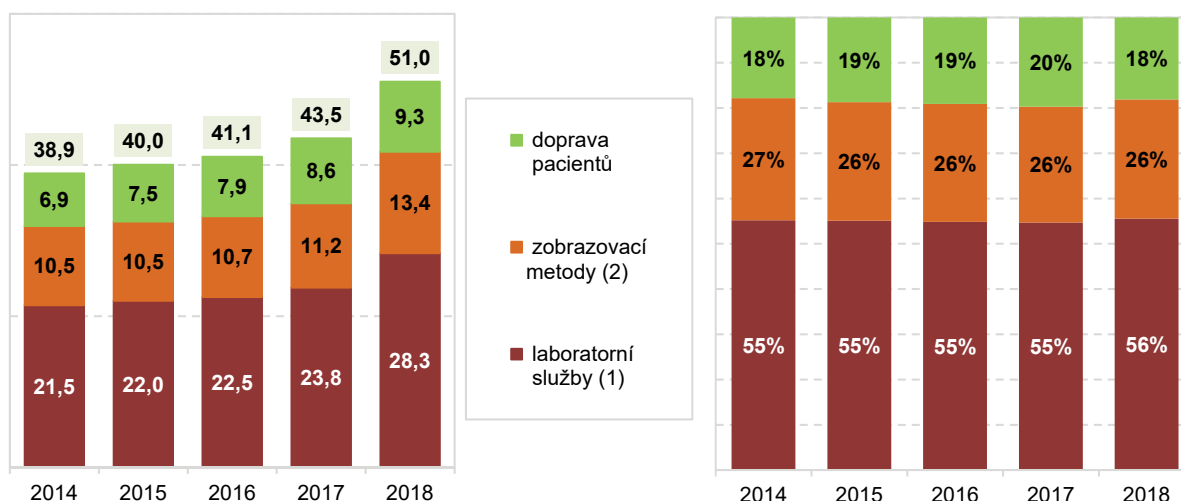
Přeprava pacientů hrazená z veřejného zdravotního pojištění stála téměř 4,6 mld. Kč

Doplňkové služby tvoří dlouhodobě 11 % celkových výdajů na zdravotnictví. Tři pětiny výdajů (28,3 mld. Kč v roce 2018) z této kategorie představují výdaje na **laboratorní vyšetření**. Výdaje za **zobrazovací metody** dosáhly ve stejném roce hodnoty 13,4 mld. Kč. Výdaje na **dopravu pacientů** se v porovnání s rokem 2014, zvýšily v roce 2018 o jednu třetinu 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 plně hrazeny z veřejného pojištění.

Graf č. 1.15. Výdaje na doplňkové služby v oblasti zdravotní péče v Česku, 2014–2018

a) v mld. Kč

b) struktura v %



(1) laboratorní služby zahrnují především testy z klinické biochemie a mikrobiologie, testy krevní srážlivosti, genetiky, ale také

z cytologie, která je nezbytnou součástí gynekologických prohlídek

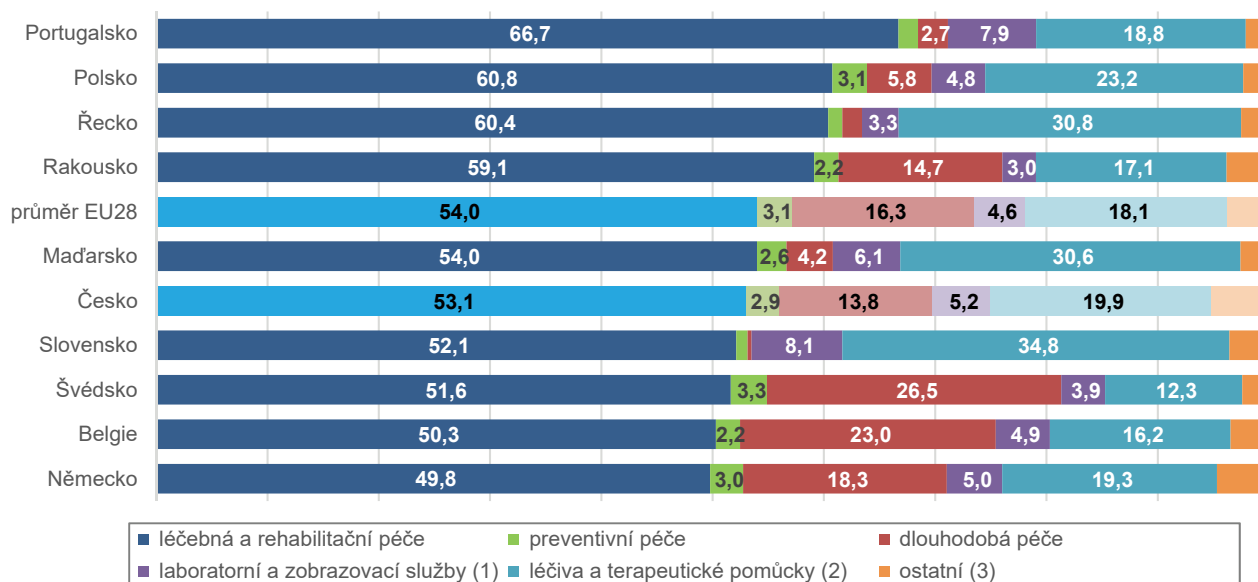
(2) do kategorie zobrazovací metody patří např. klasické, ale i kontrastní RTG snímkování, ultrazuková diagnostika, vyšetření pomocí počítačové tomografie (CT), zobrazování magnetickou rezonancí

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018



Výdaje na léčebnou a rehabilitační péči tvoří více jak polovinu z celkových výdajů na zdravotní péči

Ve všech zemích EU kromě Bulharska, Německa a Lotyšska se **léčebná a rehabilitační péče** podílela na více než polovině celkových běžných výdajů na zdravotnictví. Nejvyšší – cca dvoutřetinový - byl tento podíl v Portugalsku. V Polsku a Rakousku se výdaje na léčebnou a rehabilitační péči podílely z cca 60 % na celkových výdajích na zdravotní péči, v Česku to bylo z 53 %, tj. těsně pod celo-unijním průměrem. Struktura těchto výdajů na léčebnou a rehabilitační péči se však v sledovaných zemích výrazně liší podle toho, zda je poskytována jako lůžková, ambulantní nebo denní péče (graf č. 1. 17).

Graf č. 1.16. Výdaje na zdravotní péči ve vybraných zemích EU podle druhu poskytnuté péče či služeb; 2017 (%)

(1) zahrnuje i **dopravní služby pacientů**

(2) **nezahrnuje**, dle manuálu SHA, výdaje na léky **spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních**

(3) zahrnuje především **správu systému zdravotní péče**

Zdroj: Eurostat 2020 a vlastní dopočty ČSÚ

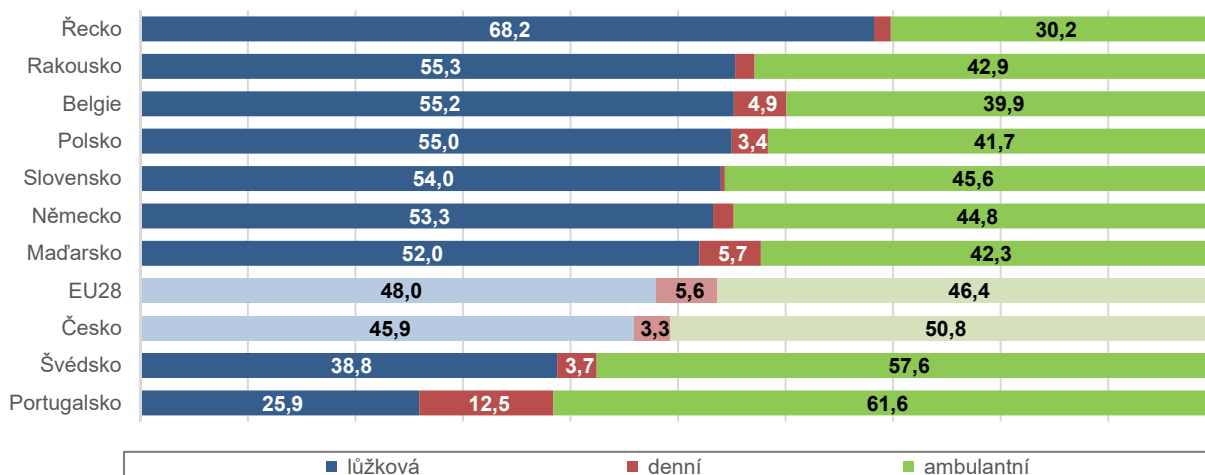
Pokud jde o podíl **dlouhodobé (zdravotní) péče** na celkových výdajích na zdraví, najdeme mezi státy EU poměrně výrazné rozdíly. Např. v Nizozemsku, Švédsku a Dánsku se podíl této dlouhodobé zdravotní péče pohybuje kolem jedné čtvrtiny. V Německu to byla v roce 2017 necelá pětina a v Rakousku 15 %, tj. obdobně jako v Česku (14 %). Ve všech ostatních zemích EU, které do EU přistoupily v roce 2004 a později kromě Česka, tvořily výdaje na dlouhodobou péči méně než desetinu z jejich celkových výdajů na zdraví.

Podíl výdajů na **preventivní péči** v roce 2017 v žádné ze zemí EU kromě Velké Británie nedosáhl hranice 5 % na celkových výdajích na zdraví. Stejně jako u dlouhodobé péče i tady platí, že tyto podílové hodnoty jsou vyšší spíše v severských a západních zemích EU, v porovnání s většinou zemí východní a jižní Evropy.

Naopak výdaje na **léčiva a terapeutické pomůcky** (bez výdajů na léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních) tvoří nejvyšší podíly na celkových výdajích na zdraví v jižních a východních zemích EU. V roce 2017 byl tento podíl nejvyšší v Bulharsku (43 %) za kterým následovalo Slovensko (35 %). V Řecku a v Maďarsku je na léčiva a zdravotnický materiál vydáváno cca 30 % z celkových nákladů na zdravotní péči v těchto zemích. V Česku a v Německu to byla necelá jedna pětina, tj. jde o nepatrně vyšší podíl, než byl unijní průměr (18 %). Ve Švédsku, Nizozemsku a Dánsku jde na ambulantně spotřebovaná léčiva a terapeutické pomůcky jen přibližně desetina z celkových výdajů na zdraví.

Pokud se podrobněji zaměříme na strukturu výdajů na výše uvedenou léčebnou a rehabilitační zdravotní péči podle její formy, je patrné, že jsou mezi jednotlivými zeměmi výrazné rozdíly. **Lůžková péče** zaujímá nejvyšší podíl na výdajích na léčebnou a rehabilitační péči v Řecku – kolem dvou třetin – a naopak nejméně v Portugalsku (cca jednu čtvrtinu). **Ambulantní péče** nejvíce z rozpočtu na léčebnou a rehabilitační péči ukrajuje v Portugalsku, Finsku a Švédsku a nejméně v Rumunsku a výše zmíněném Bulharsku.

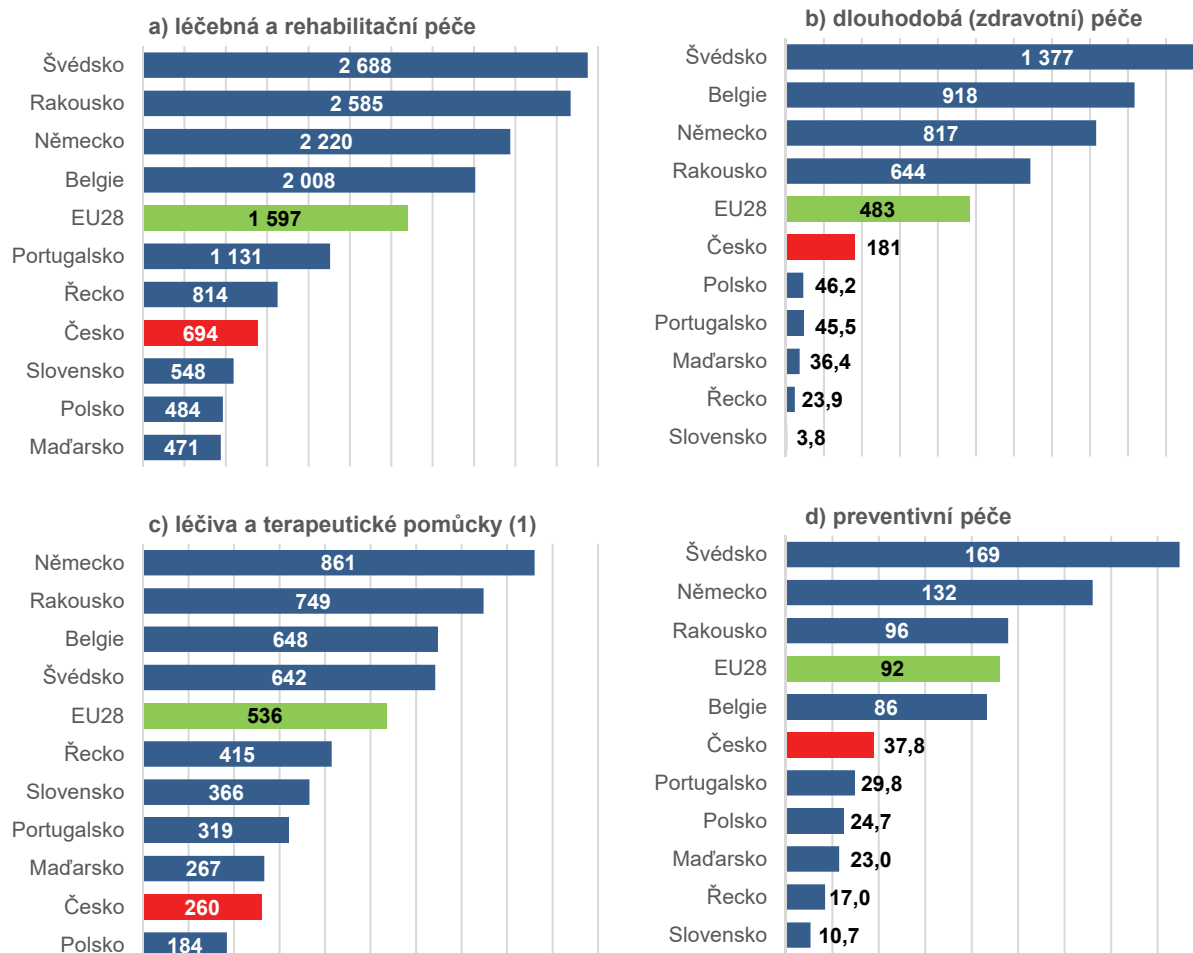
Graf č. 1. 17. Výdaje na léčebnou a rehabilitační péči ve vybraných v zemích EU v roce 2017 podle formy (v %)



Zdroj: Eurostat 2020 a vlastní dopočty ČSÚ

Srovnání výdajů na vybrané druhy zdravotní péče v zemích EU ne již podle procentuálního zastoupení jednotlivých druhů péče na celkových výdajích, ale absolutních výdajů v EUR vztažených na jednoho obyvatele nabízí následující graf 1.18.

Graf č. 1. 18. Výdaje na vybrané druhy zdravotní péči v zemích EU v roce 2017 (v EUR na obyvatele)



(1) nezahrnuje, dle manuálu SHA, výdaje na léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních

Zdroj: Eurostat 2020 a vlastní dopočty ČSÚ



1.4 Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele

Třetí pohled na problematiku zdravotní péče nám dává odpověď na otázku, kde je tato péče poskytována. *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 je zřízen Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS), který umožňuje 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 ČR).

Tabulka č. 1.3 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle typu poskytovatele, 2010, 2014 až 2018 (mil. Kč)

| Typ poskytovatele | 2010 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Index 2018/2017 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| Nemocnice | 133 211 | 136 872 | 137 195 | 138 935 | 149 191 | 172 646 | 115,7 |
| Všeobecné nemocnice | 114 664 | 118 723 | 122 520 | 122 602 | 132 507 | 153 888 | 116,1 |
| Specializované nemocnice | 18 547 | 18 149 | 14 676 | 16 333 | 16 684 | 18 759 | 112,4 |
| Lůžková zařízení dlouhodobé péče (1) | 20 756 | 22 574 | 24 426 | 26 014 | 28 431 | 32 314 | 113,7 |
| Zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče | 11 521 | 11 890 | 12 896 | 13 773 | 15 043 | 16 678 | 110,9 |
| Léčebny pro zdravotně postižené | 8 005 | 9 695 | 10 606 | 11 648 | 13 387 | 15 636 | 116,8 |
| Zařízení ambulantní péče | 66 878 | 71 988 | 72 856 | 74 342 | 78 513 | 86 622 | 110,3 |
| Samostatné ordinace lékaře | 37 679 | 38 481 | 40 159 | 41 153 | 42 952 | 48 158 | 112,1 |
| Samostatné ordinace zubních lékařů | 16 674 | 17 447 | 17 495 | 18 030 | 19 546 | 20 740 | 106,1 |
| Ambulantní centra a ostatní zařízení (2) | 12 525 | 16 060 | 15 202 | 15 159 | 16 014 | 17 724 | 110,7 |
| Ostatní přímí poskytovatelé zdravotní péče | 20 167 | 23 970 | 23 525 | 25 587 | 28 691 | 29 080 | 101,4 |
| Domácnosti (3) | 13 788 | 15 207 | 15 991 | 17 393 | 18 855 | 19 706 | 104,5 |
| Ostatní (4) | 6 379 | 8 763 | 7 534 | 8 194 | 9 836 | 9 374 | 95,3 |
| Poskyvatelé doplňkových služeb | 11 116 | 11 240 | 11 960 | 12 989 | 15 295 | 16 888 | 110,4 |
| Doprava pacientů a záchranná služba | 6 670 | 6 558 | 7 093 | 7 660 | 8 352 | 9 127 | 109,3 |
| Laboratoře | 4 446 | 4 682 | 4 867 | 5 329 | 6 943 | 7 761 | 111,8 |
| Lékárny a ostatní prodejci zdravot. zboží | 60 738 | 55 541 | 56 592 | 58 179 | 60 406 | 64 095 | 106,1 |
| Lékárny | 51 469 | 47 159 | 48 684 | 49 725 | 52 207 | 55 551 | 106,4 |
| Ostatní prodejci zdravotnického zboží (5) | 9 268 | 8 382 | 7 908 | 8 454 | 8 200 | 8 545 | 104,2 |
| Správa systému zdravotní péče | 10 794 | 11 311 | 10 845 | 11 067 | 10 572 | 12 346 | 116,8 |
| Státní správa | 4 046 | 4 263 | 4 355 | 4 581 | 4 202 | 5 562 | 132,4 |
| Správa zdravotních pojišťoven | 6 748 | 7 048 | 6 490 | 6 486 | 6 371 | 6 784 | 106,5 |
| ostatní nebo nerozlišeno (6) | 10 429 | 15 234 | 14 639 | 14 535 | 16 289 | 16 931 | 103,9 |
| Poskyvatelé zdravotní péče celkem | 334 088 | 348 730 | 352 039 | 361 647 | 387 388 | 430 922 | 111,2 |

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

(2) zahrnují ambulance nelékařů – např. psycholog, ergoterapeut, logoped, dentální hygiena, fyzioterapie apod.

(3) ve skupině domácností jako poskyvatelé 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 zdravotní péče, lékařskou péči v zařízeních vězeňské služby

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

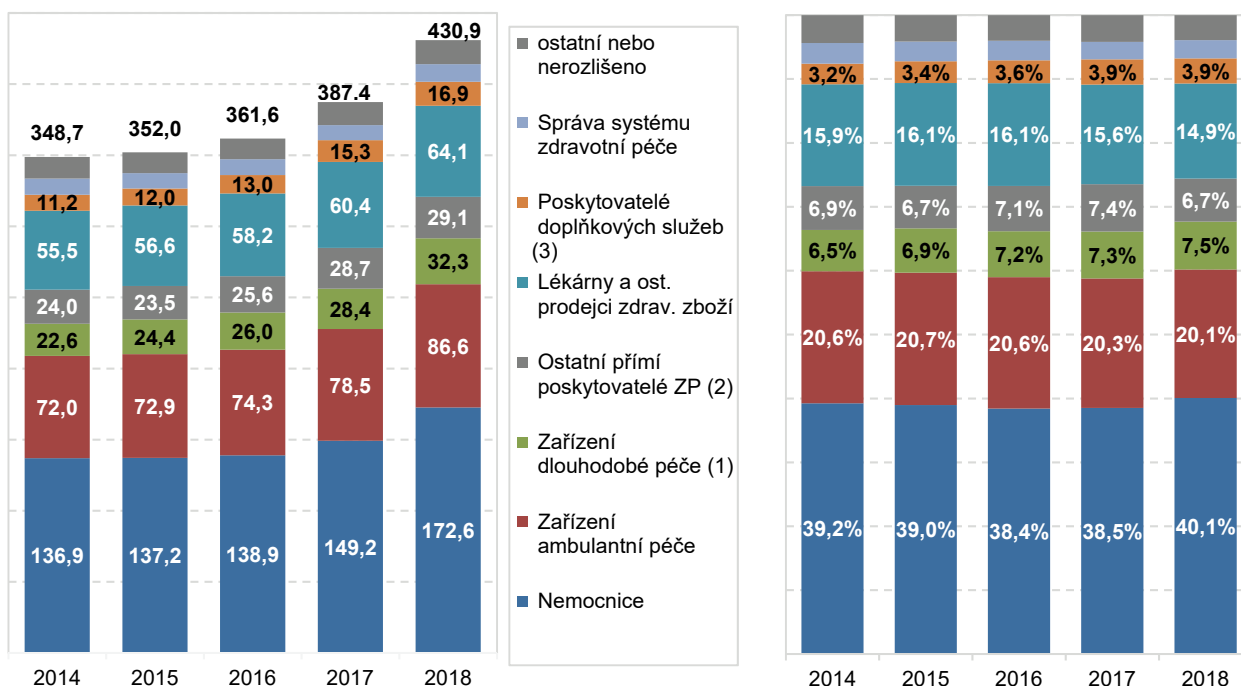
(6) poskyvatelé preventivní péče a také blíže neurčené či nespécifikované typy poskytovatelů

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Od roku 2010 se zvýšily výdaje na péči v nemocnicích o 39 miliard Kč (o 30 %)

V celém sledovaném období let 2010 až 2018 stabilně téměř dvě pětiny finančních prostředků na zdravotní péči směřují do **nemocnic**. V roce 2018 z toho 89 % připadalo na **všeobecné nemocnice** a zbývajících 11 % 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 lání. *Průměrná ošetrovací doba v nemocnicích (akutní a následné péče) zůstává stejná jako v roce 2017 a odpovídá hodnotě 6,2 dne.*

V pořadí za nimi následovaly výdaje v **zařízeních ambulantní péče** (v roce 2018 dosahovaly jedné pětiny celkových výdajů). V této skupině poskytovatelů připadalo 55 % výdajů na **samostatné ordinace lékařů** a 24 % na **ordinace stomatologů**.

Graf č. 1.19. Výdaje na zdravotní péči v Česku podle poskytovatelů, 2014–2018**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, poskytovatele závodní preventivní péče, školní zdravotní péče apod.
 (3) zahrnují dopravu pacientů včetně záchranné služby a laboratoře; ZP – zdravotní péče

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Výdaje v **lůžkových zařízeních dlouhodobé péče** se v roce 2018 pohybovaly na úrovni 32,3 mld. Kč, a jak je patrné z údajů za uplynulé roky, každoročně se zvyšovaly. V porovnání s rokem 2014 jejich výdaje vzrostly o dvě pětiny - v absolutním vyjádření o 9,7 mld. Kč - s průměrným ročním tempem růstu o 9,4 %.

Za výše uvedených pět let vzrostly procentuálně v rámci této kategorie nejvíce (o 62 %) výdaje v **zařízeních pro psychiatricky nemocné a osoby trpící závislostmi**. Meziročně jejich celkové výdaje vzrostly o 17 %, o jednu pětinu (v absolutních číslech 1,5 mld. Kč) se zvýšily zejména výdaje v domovech se zvláštním režimem. Lůžková zařízení **dlouhodobé ošetrovatelské péče**, kam patří např. domovy pro seniory a do kterých plynou peníze především ze státního rozpočtu (86 %), se v roce 2018 podílely ze 48 % (16,7 mld. Kč) na výše uvedených zařízeních dlouhodobé péče. Meziročně zde výdaje na zdravotní péči vzrostly o 10,8 % (1,6 mld. Kč). *V roce 2018 bylo v České republice 525 domovů pro seniory s kapacitou 37 048 lůžek, což je dlouhodobě stabilní počet.*



Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče zastupují výdaje na péči zajišťovanou osobou blízkou v souvislosti s pobíráním ošetřovného a příspěvku na péči (blíže viz metodická příloha). Uvedené výdaje dosáhly v roce 2018 částky 19,7 mld. Kč, což bylo o 4,5 % více než v roce předchozím. Výdaje na příspěvek na péči pobíraný osobami žijícími v soukromých domácnostech meziročně vzrostl z 17,5 mld. Kč v roce 2017 na 18,1 mld. Kč v roce 2018. Výdaje na ošetřovné se v daném roce zvýšily ze 1,4 mld. Kč na 1,6 mld. Kč, tedy o 16 %.

Na ošetřovné má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat z důvodu, že musí ošetřovat 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 nařizena karanténa, nebo osoba, která jinak o dítě pečuje, sama onemocněla. Podpůrčí doba u ošetřovného počíná prvním kalendářním dnem potřeby ošetřování a činí nejdéle 9 kalendářních dnů.

Ostatní odvětví jako poskytovatelé zdravotní péče (9,9 mld. Kč za rok 2018) zahrnují širokou škálu poskytovatelů zdravotní péče např. závodní preventivní péči, školní zdravotní péče, poskytovatele domácí péče zaměřené na sebeobsahu a soběstačnost klienta, školy s pracovníky v oblasti zdravotnictví apod.

Kategorie poskytovatelů **lékárny a ostatní prodejci zdravotnického zboží**, která se v roce 2018 podílela svými 64,1 mld. Kč 14,9 % na celkových výdajích na zdravotní péči, zahrnuje specializované provozovny, které se zaměřují na **maloobchodní prodej** farmaceutických výrobků a lékařských nástrojů nebo zdravotnických prostředků, jako jsou dioptrické brýle, naslouchátka, ortopedické a protetické pomůcky. Rovněž zahrnují montáž a opravy v kombinaci s prodejem těchto výrobků. **Samostatné lékárny** se v roce 2018 podílely z 87 % (55,6 mld. Kč) na této kategorii. V letech 2014–2016 se pohybovaly výdaje samostatných lékáren v průměru okolo 48,5 mld. Kč. O rok později došlo k meziročnímu navýšení o 5 % a stoupající tendence pokračovala i v roce 2018 na částku 55,6 mld. Kč. Mezi roky 2014–2018 došlo tak ke zvýšení o 18 % na výše uvedených 55,6 mld. Kč. *Lékařskou péči zajišťovalo (podle informací ÚZIS) 2 769 lékáren včetně odloučených oddělení výdeje léčiv a 208 výdejen zdravotnických prostředků. Na jednu lékárnou v roce 2018 připadalo v průměru 3 846 obyvatel.*

Výdaje na služby poskytovatelů **dopravy** pro pacienty přesáhly v roce 2018 poprvé od roku 2010 částku devíti miliard (9,1 mld. Kč), což je nárůst o více než jednu třetinu. Podobný vývoj mají i výdaje na služby **laboratoří**, které v roce 2018 dosáhly výše 7,8 mld. Kč, což je o cca tři čtvrtiny více v porovnání s rokem 2010.

Správa systému zdravotní péče zahrnuje vládní instituce, které spravují 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, zdravotní odbory krajských úřadů, Ústav zdravotnických informací a statistiky) a v neposlední řadě zdravotní pojišťovny. Výdaje na zdravotní péči z hlediska tohoto typu poskytovatelů se dlouhodobě pohybují mírně přes 10 mld. Kč.

Za specializovanou ambulantní péči zaplatily všeobecné nemocnice 23 % svých celkových nákladů

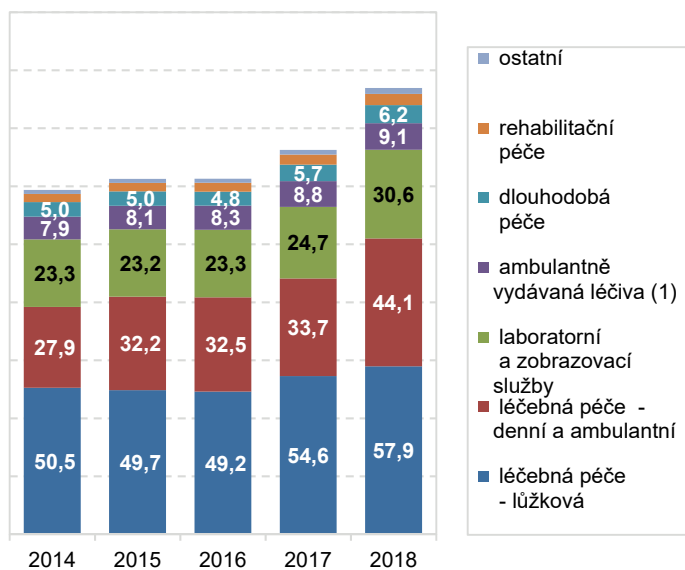
Výdaje nemocnic v roce 2018 dosáhly výše 172,6 mld. Kč, z toho činily výdaje **všeobecných nemocnic** 153,9 mld. Kč, což je o 16 % více (v absolutních hodnotách zhruba 21,4 mld. Kč) než v roce 2017. Uvedený meziroční nárůst ve velké míře souvisí s výrazným navýšením výdajů na specializovanou ambulantní péči, která je ve všeobecných nemocnicích také poskytována. Od roku 2010 se tyto výdaje zvýšily o téměř dvě pětiny s průměrným ročním tempem růstu 4,2 %.

V roce 2018 dosáhly výdaje všeobecných nemocnic na specializovanou ambulantní léčbu částky 35,6 mld. Kč z celkových 153,9 mld. Kč, což je téměř čtvrtina celkových výdajů všeobecných nemocnic. O rok dříve to byla jedna pětina.

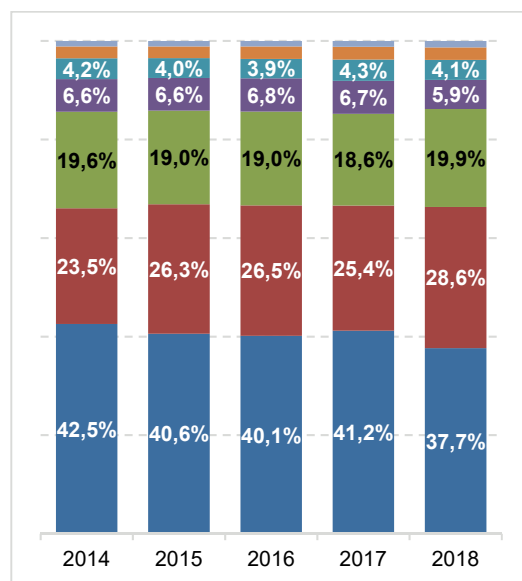
Většina z finančních prostředků je ve všeobecných nemocnicích vynaložena stále na **lůžkovou léčebnou péči**. V roce 2018 na ni šlo 57,9 mld. Kč, tj. 37,7 %. V roce 2014 to bylo 50,5 mld. Kč (42,5 %). Pětinu tvoří výdaje na **laboratorní a zobrazovací služby** s částkou 30,6 mld. Kč v roce 2018. Podíl výdajů na laboratorní a zobrazovací diagnostiku na celkových výdajích všeobecných nemocnic se od roku 2014 nemění.

Graf č. 1. 20. Výdaje na zdravotní péči ve všeobecných nemocnicích v Česku, 2014–2018

a) v mld. Kč



b) struktura v %



(1) nezahrnuje, dle manuálu SHA, výdaje na léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018



2. Výdaje zdravotních pojišťoven

Všechny zdroje dat potřebné k sestavení zdravotnických účtů nepřinášejí údaje na stejné úrovni podrobnosti a ve stejné kvalitě. Ze všech datových zdrojů umožňují nejkomplexnější a nejdetailnější pohled na financování zdravotní péče údaje **zdravotních pojišťoven**, které pokrývají zhruba dvě třetiny veškerých zdravotnických výdajů.

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.) nebo o přímé výdaje ze státního rozpočtu především na dlouhodobou péči.

Následující kapitola podává jak ucelenou informaci o **celkových výdajích** zdravotních pojišťoven na zdravotní péči, tak i podrobné informace o **výdajích na jednotlivé skupiny diagnóz** podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále také „MKN-10“) a nechybí ani průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči **na 1 pojištěnce podle pohlaví, věku a diagnóz**.

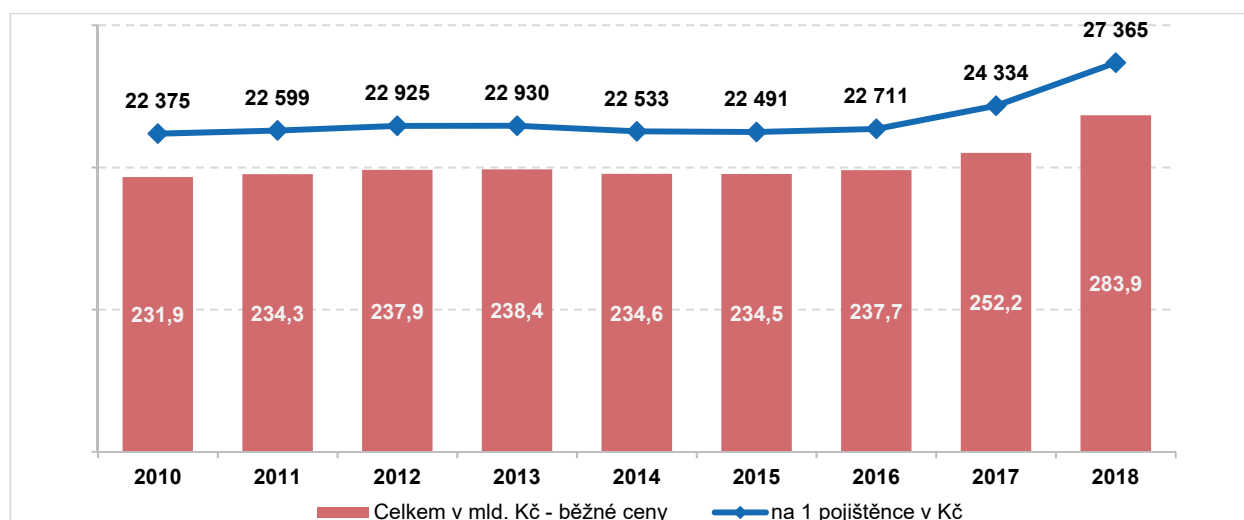
2.1. Celkové výdaje zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny vydaly v roce 2018 na zdravotní péči celkem **283,9 mld. Kč** a touto částkou se tak ze dvou třetin podílely na financování zdravotní péče v České republice. Výdaje zdravotních pojišťoven vzrostly od roku 2017 o 12,6 % a od roku 2010 o více než jednu pětinu (o 22,4 %). Na jednoho pojištěnce bylo v roce 2018 vynaloženo 27,4 tisíce Kč, což bylo o 5 tisíc Kč více než v roce 2010.

Za zdravotní péči v letech 2010 až 2018 zaplatily zdravotní pojišťovny celkem 2 185 mld. Kč, což je téměř pětinasobek výdajů domácností. Zaměříme-li se pouze na výdaje na zdravotní péči z veřejných zdrojů, pak v letech 2010–2015 dosahovaly výdaje zdravotních pojišťoven v průměru 81,5 % z uvedených financí. V uplynulých třech letech výdaje z veřejného zdravotního pojištění snížily svůj podíl na výdajích na zdraví z veřejných zdrojů o 2 %, a naproti tomu podíl výdajů ze státního rozpočtu na veřejných výdajích na zdraví ve stejném období vzrostl o 2,5 %. Podíl veřejného zdravotního pojištění na HDP v roce 2018 dosáhl 5,3 %, před devíti roky to bylo 5,9 %.

V **mezinárodním srovnání** podíl výdajů na zdravotní péči v České republice financovaný z povinného zdravotního pojištění v úrovni 69 % vysoce převyšuje průměr zemí OECD (37 % v roce 2017). Náš stát se tak řadí k zemím jako je například Německo, Slovensko, Francie Japonsko či Nizozemsko, kde je systém financování zdravotní péče založený především na zdrojích ze všeobecného zdravotního pojištění. V sousedním Polsku tvoří povinné zdravotní pojištění 59 % a v Rakousku 44 % celkových výdajů na zdravotní péči. *Podrobněji viz kapitola č. 6 Mezinárodní srovnání.*

Graf č. 2.1. Výdaje na zdravotní péči v Česku financované ze zdrojů zdravotních pojišťoven, 2010-2018



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010 – 2018

V roce 2014 byl v rámci sledovaného období poprvé zaznamenán nepatrný 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 tohoto 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 uvedených 237,7 mld. Kč. V roce 2017 byl zaznamenán nárůst o 14,5 mld. (o 6,1 %) Kč na částku 252,2 mld. Kč. Rok 2018 přinesl 12,6% navýšení výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči oproti roku předchozímu, což je největší meziroční nárůst od roku 2010.

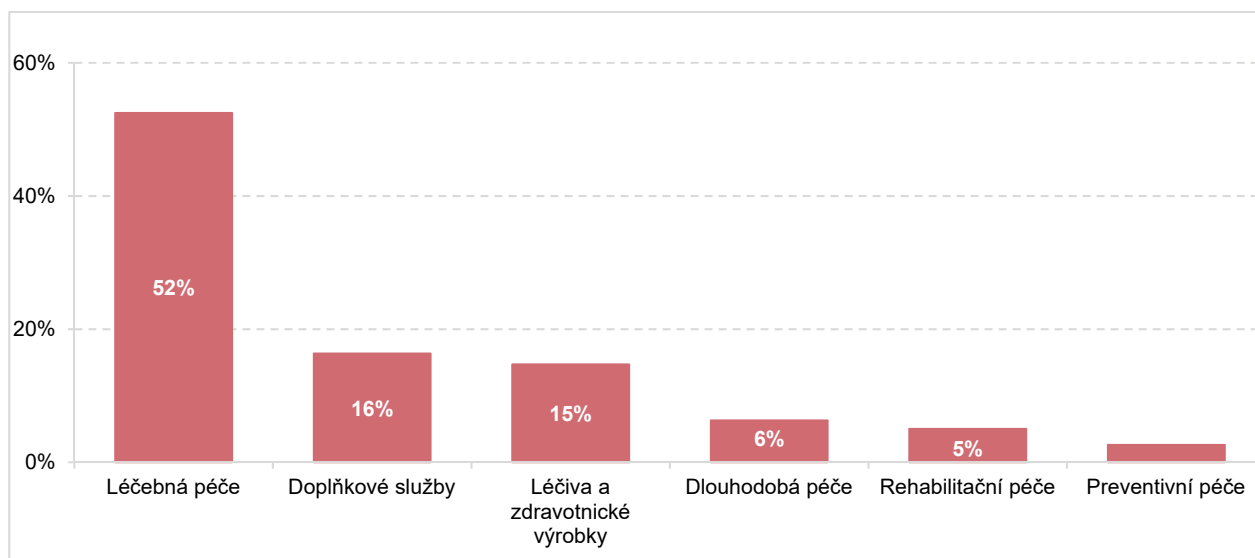
Zvýšení výdajů v roce 2018 bylo ovlivněno několika faktory. Hlavním důvodem byl nárůst objemu zdravotní péče v souvislosti s postupným stárnutím obyvatelstva. Důležitým faktorem nárůstu výdajů jsou změny v úhradové vyhlášce pro rok 2018, která umožňuje zdravotním pojišťovnám nasmlouvat a proplácet mobilní specializovanou paliativní péči. Tato změna umožňuje více pojištěncům prožít závěr života v domácím prostředí. V rámci této odbornosti jsou podle tzv. úhradové vyhlášky pro rok 2018 hrazeny multioborové týmy pracující podle potřeb pacienta. Multioborový tým tvoří lékař, klinický psycholog, fyzioterapeut, nutriční terapeut, sociální pracovník a zdravotní sestra. Významnou příčinou bylo také snížení limitu na tzv. započitatelné doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky. Změny se týkají dětí do 18 let a osob od 65 let věku. U těchto věkových skupin došlo ke snížení limitu na tzv. započitatelné doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky z 2500 Kč na 1000 Kč. U osob nad 70 let pak byl maximální roční limit započitatelných doplatek snížen na 500 Kč. Zdravotní pojišťovny vracely svým pojištěncům více finančních prostředků, které pojištěnci vynaložili na doplatky za léky.

Právě často diskutované léky předepisované specializovanými centry pro léčbu závažných nemocí stály v roce 2018 zdravotní pojišťovny **18,0 mld. Kč**, což je o 173 % více než v roce 2010 (6,6 mld. Kč). Biologická léčba se už týká celého spektra diagnóz neurologických, gastroenterologických, revmatologických, onkologických či hematoonkologických. Nárůst nákladů je přitom způsoben nejen tím, že jsou registrovány a schvalovány nové přípravky, ale také rozšiřováním indikací, kdy je možné použít ty léky, které už jsou na trhu. Pokud je léčba úspěšná, stabilizuje akutní onemocnění do chronické fáze, takže pak pacienti lék užívají měsíce i roky. *Podrobněji viz kapitola č. 5 Léky.*

2.2. Výdaje zdravotních pojišťoven podle druhů zdravotní péče a poskytovatelů

Více než polovinu výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči tvoří léčebná péče, která dosáhla v roce 2018 částky 149 mld. Kč, což je o 16 % více než v roce předchozím. Jedná se především o výrazné navýšení ambulantní péče, které se budeme věnovat samostatně. Zhruba 15 % výdajů tvořily diagnostické zdravotní služby zejména **laboratorní vyšetření a zobrazovací metody**. V meziročním srovnání byl zaznamenán pětinaový nárůst výdajů, který byl ovlivněn především vyšším počtem vykázaných zdravotních výkonů. Výdaje **na léky a zdravotnické výrobky** představovaly 15 %, což odpovídalo hodnotě 41,7 mld. Kč (z toho výše výdajů na léky na předpis je 33,7 mld. Kč). Meziročně zůstává dosažená částka bez výrazných změn. **Dlouhodobá péče** (17,8 mld. Kč) a **rehabilitační péče** (14,2 mld. Kč) mají v celkových výdajích zdravotních pojišťoven na zdravotní péči téměř shodné procentuální zastoupení. Stabilní zůstávají i výdaje na **preventivní péči**, které dosáhly v roce 2018 na úrovni 7,4 mld. Kč



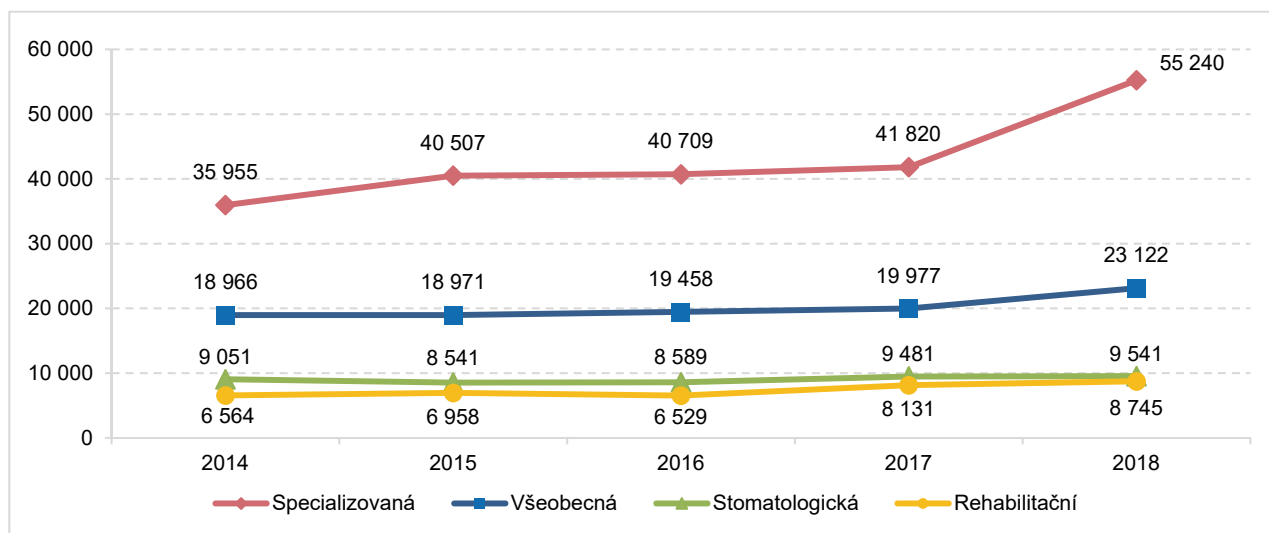
Graf č. 2.2. Výdaje na zdravotní péči v Česku financované ze zdrojů zdravotních pojišťoven, 2018

Poznámka: kategorie léčebná péče zahrnuje výdaje na lůžkovou, ambulantní (včetně stomatologické), denní a domácí péči

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Nejvíce peněz od zdravotních pojišťoven směřuje do ambulantní péče

V roce 2018 připadla největší část výdajů zdravotních pojišťoven na **ambulantní péči** včetně stomatologické a rehabilitační, celkem 96,7 mld. Kč (34 % z jejich celkových nákladů). Z toho na ambulantní péči lékařů specialistů připadalo 19 %, na péči praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost 8 % a shodně více než 3 % představovaly výdaje na ambulantní péči stomatologů a rehabilitačních pracovníků.

Graf č. 2.3. Výdaje zdravotních pojišťoven za ambulantní péči v ČR, 2014–2018 (mil. Kč)

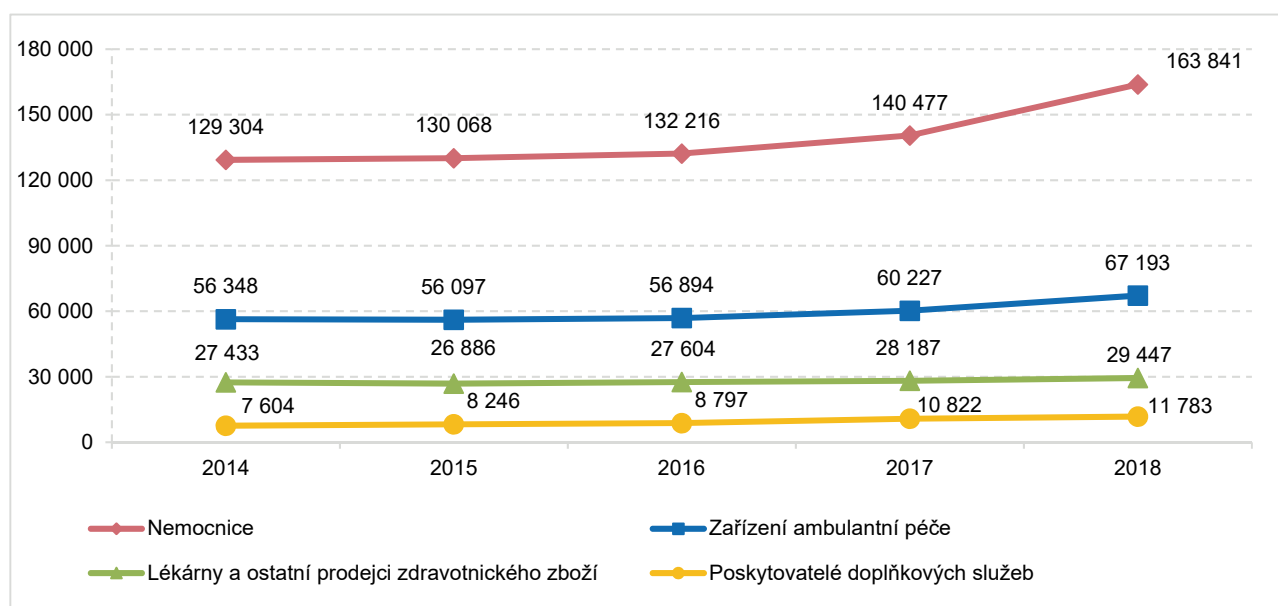
Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Poměrně stabilní vývoj byl zaznamenán u výdajů na **stomatologickou** ambulantní péči, jejichž úroveň za uvedené období se pohybovala okolo 9 mld. Kč. **Rehabilitační** ambulantní péče dosahovala v letech 2014 – 2016 průměrné hodnoty 6,7 mld. Kč a v následujících dvou letech se přehoupla přes hranici 8 mld. Kč. Za **všeobecnou** ambulantní péči vydávaly zdravotní pojišťovny v letech 2014–2017 průměrně 19,3 mld. Kč. V roce 2018 nastalo 16% zvýšení a uvedené výdaje překonaly 23 mld. Kč. Zdravotní pojišťovny zaplatily za **specializovanou péči** v roce 2014 zhruba 36 mld. Kč. O rok později se uvedené výdaje meziročně zvýšily o 13 %, v absolutních číslech na 40,5 mld. Kč. Podobná úroveň byla zachována až do roku 2017. O rok později došlo k výraznému posílení výdajů tohoto segmentu o jednu třetinu až na částku 55,2 mld. Kč, což

představovalo pětinu celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. Příčinou vysokého nárůstu bylo více faktorů najednou. Rostoucí výdaje byly ovlivněny změnami úhrad v oblasti specializované ambulantní péče stanovenými vyhláškou č. 353/2017 Sb. Zásadní vliv mělo rozšíření indikací pro specializovanou péči, navýšení její produkce a s tím související větší počet odláčených pacientů.

Ambulantní péče v České republice je poskytována v ambulantních částech nemocnic nebo praktickými lékaři a specialisty v samostatných ordinacích. Zdravotnictví v České republice se potýká s nedostatečnou koordinací primární péče mezi praktickými lékaři, specialisty a ambulantní nemocniční péčí. Pacienti mohou specialisty navštěvovat přímo bez doporučení praktického lékaře a tím se otevírá prostor pro nadměrné čerpání specializované ambulantní péče zejména v nemocnicích. Již v minulosti se diskutovalo o zavedení přísného gate-keepingu zavedením poplatků pro pacienty, kteří bez doporučení navštíví specialistu. **Gatekeeper** označuje v systému zdravotní péče osobu, bez jejíhož doporučení se nemůže pacient obrátit přímo na specialistu či nemocnici. Tento záměr se však setkal nesouhlasem u pacientů, lékařů – specialistů a dokonce i některých praktických lékařů

Graf č. 2.4. Výdaje zdravotních pojišťoven za vybrané poskytovatele zdravotní péče v ČR, 2014–2018 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018



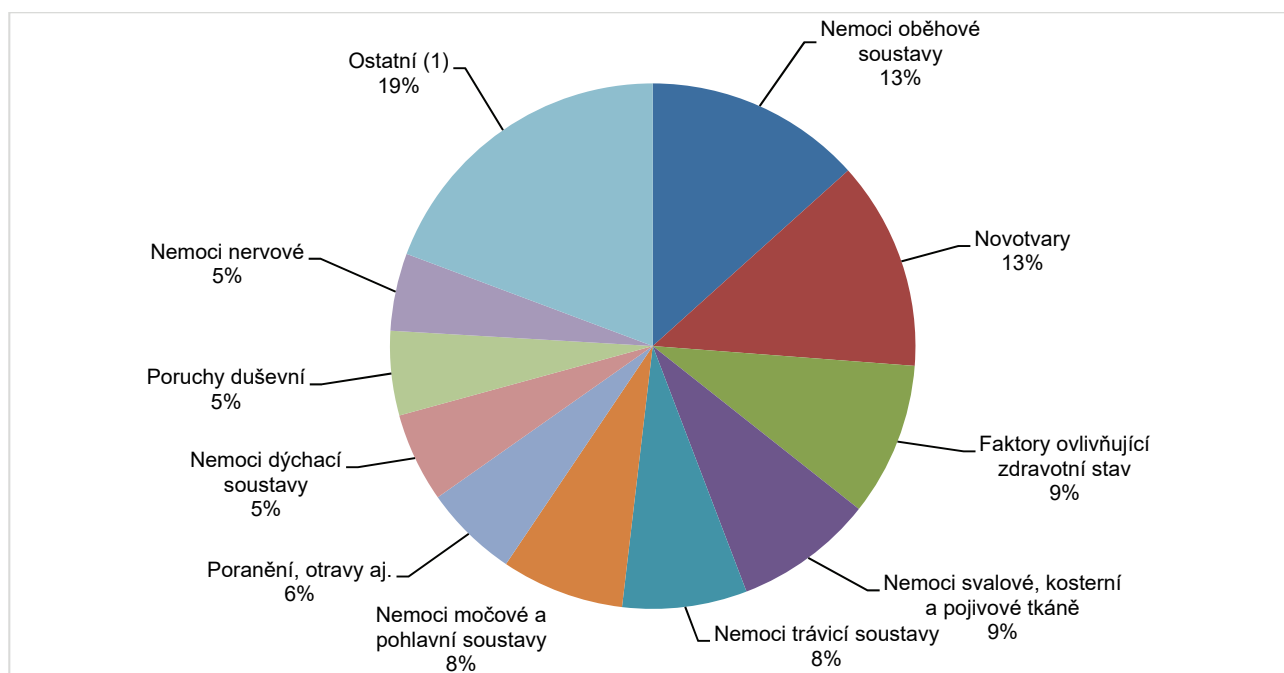
Výdaje zdravotních pojišťoven za zdravotní péči v nemocnicích se od roku 2017 výrazně zvýšily

Graf č.2.4. naznačuje poměrně stabilní vývoj výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči poskytovanou v **nemocnicích** v letech 2014–2016 s průměrnou částkou 130,5 mld. Kč. Následující rok přinesl meziroční zvýšení výdajů na nemocnice o 6 % na hranici 140 mld. Kč. Výraznější 17% nárůst byl pak zaznamenán v posledním sledovaném roce 2018, kdy se výdaje na zdravotní péči v nemocnicích vyšplhaly k hranici téměř 164 mld. Kč. Uvedený meziroční nárůst ve velké míře souvisí se zvýšením výdajů za specializovanou ambulantní péči, která je v nemocnicích také poskytována. Za zdravotní péči v nemocnicích v letech 2014 až 2018 zaplatily zdravotní pojišťovny celkem 696 mld. Kč, což je téměř 2,3 krát více než za péči v ambulantních zařízeních. Za první tři roky sledovaného období dosahovaly výdaje na **zařízení ambulantní péče** okolo 56 mld. Kč a v následujících dvou letech se postupně zvyšovaly až na 67,1 mld. Kč v roce 2018. Mezi roky 2016–2018 vzrostly výdaje na péči v zařízeních ambulantní péče o 18 %. Výdaje poskytovatelů **doplňkových služeb** (zejména laboratoří a dopravy pacientů) se v roce 2014 pohybovaly na úrovni 7,6 mld. Kč a v následujícím roce překročily hranici 8 mld. Kč a od té doby pozvolna rostou. Uvedené výdaje se mezi roky 2015–2018 zvýšily více než o dvě pětiny s průměrným ročním tempem růstu 12,1 %. Kategorie poskytovatelů zahrnující **lékárny a ostatní prodejce** zdravotnického zboží si od roku 2014 zachovává poměrně stabilní hodnoty pod úrovní 30 mld. Kč (okolo 11 %) na celkových výdajích zdravotních pojišťoven na zdravotní péči.

2.3. Výdaje zdravotních pojišťoven podle diagnóz

V této části se budeme podrobně věnovat výdajům na zdravotní péči podle **diagnóz**, na jejichž léčbu byly vynaloženy, definovaných podle jednotlivých tříd 10. revize **Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů** (dále jen MKN-10), a to v členění podle pohlaví a věku pojištěnců.

Graf č. 2.5. Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle diagnóz MKN-10, 2018 (v mld. Kč; %)



(1) Ostatní - zahrnuje výdaje na další kapitoly diagnóz v grafu neuvedené: např. nemoci endokrinní a metabolické 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 výdaje, které není možné rozčlenit na konkrétní diagnózy (70,4 mld. Kč). 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 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Nejvíce peněz vydávají zdravotní pojišťovny dlouhodobě 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. Pořadí se dlouhodobě nemění, roste ale celkový objem peněz vydávaných na péči. Výdaje na léčbu nemocí **oběhové soustavy** představují největší část zdravotnických nákladů a v roce 2018 na ně bylo vynaloženo 28,5 mld. Kč. Do uvedené skupiny spadají mimo jiné ischemické choroby srdeční – například infarkt myokardu, angina pectoris aj. a cévní nemoci mozku (mrtvice), což jsou vysoce nákladná i relativně častá onemocnění. V porovnání s rokem 2010 se zvýšily výdaje na léčení kardiovaskulárních chorob o 6,5 %, avšak částky vynaložené v posledních dvou letech zůstávají na stejné úrovni. Celkově nejvíce peněz na léčení pacientů s nemocemi srdce a cév bylo vydáno ve věkové skupině 70–74 let, a to 4,8 mld. Kč. Z hlediska pohlaví byly zaznamenány nejvyšší výdaje u mužů ve věkové skupině 65–69 let (2,9 mld. Kč) a u žen ve věku 70–74 let (2,0 mld. Kč).

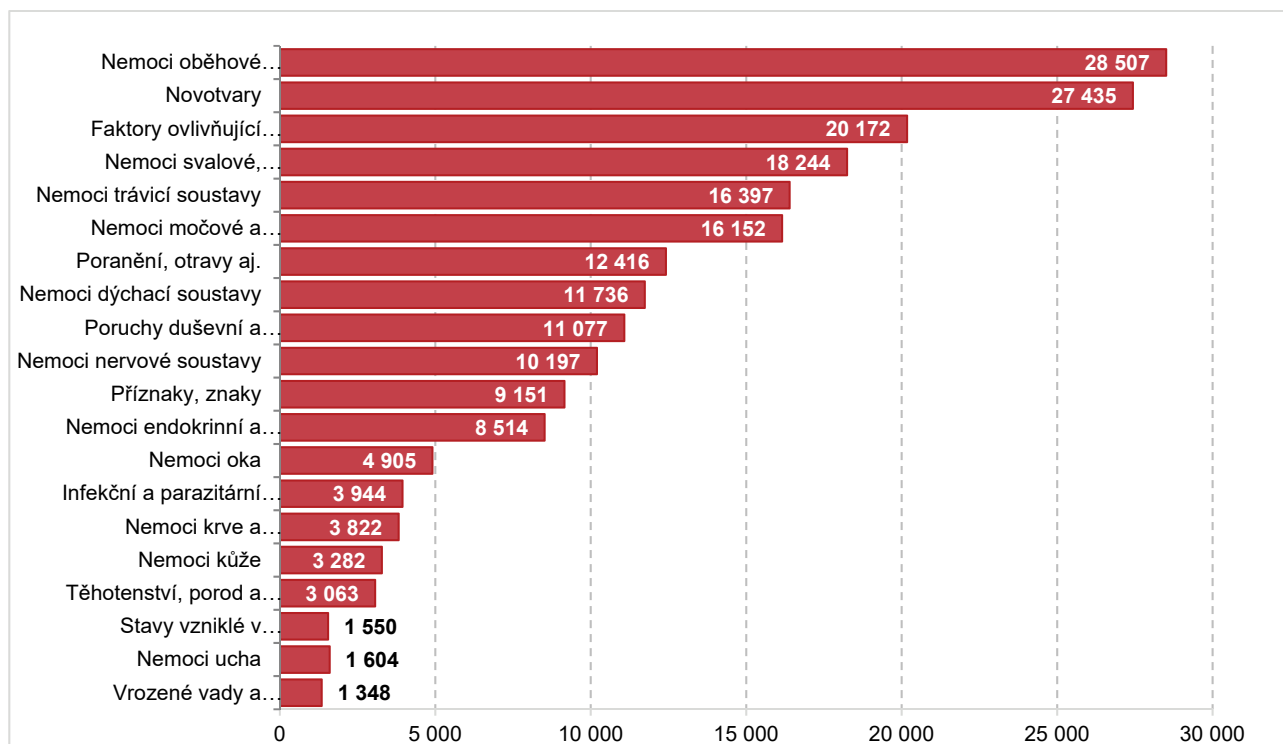
Nemoci oběhové soustavy byly dle údajů ÚZIS ČR druhým nejčastějším důvodem pro hospitalizaci. Tvořily 13 % z celkového počtu všech hospitalizací v nemocnicích s průměrnou ošetrovací dobou 7,6 dne. S nemocemi oběhové soustavy byli častěji hospitalizováni muži než ženy. Průměrný věk hospitalizovaných mužů byl 66,8 let a žen 71,6 let.

Za léčbu rakoviny zaplatily zdravotní pojišťovny 27,4 miliard korun

V daném roce poukázaly zdravotní pojišťovny na léčbu **onkologických onemocnění** 27,4 mld. Kč. Oproti roku 2010 se zvýšily výdaje na onkologickou léčbu o více než dvě pětiny, avšak meziroční srovnání představuje poměrně malý nárůst o 4 %. V roce 2018 připadlo na léčbu rakoviny 9,6 % z celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. Nejvíce peněz na léčbu novotvarů vydaly zdravotní pojišťovny za muže ve věkové skupině 70–74 let, 2,9 mld. Kč, a ženy 65–69 let, 2,2 mld. Kč. Za uplynulých devět let zaplatily zdravotní pojišťovny za léčení onkologických onemocnění celkem 197,5 mld. Kč a průměrné tempo růstu činilo 4,6 %.

Novotvary představovaly 7 % z celkového počtu hospitalizací s průměrným počtem ošetrovacích dní 6,3 dny a průměrným věkem u mužů 64,0 let a u žen 59,9 let.

Graf č. 2.6. Výdaje zdravotních pojišťoven v Česku podle diagnóz MKN-10 v roce 2018 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

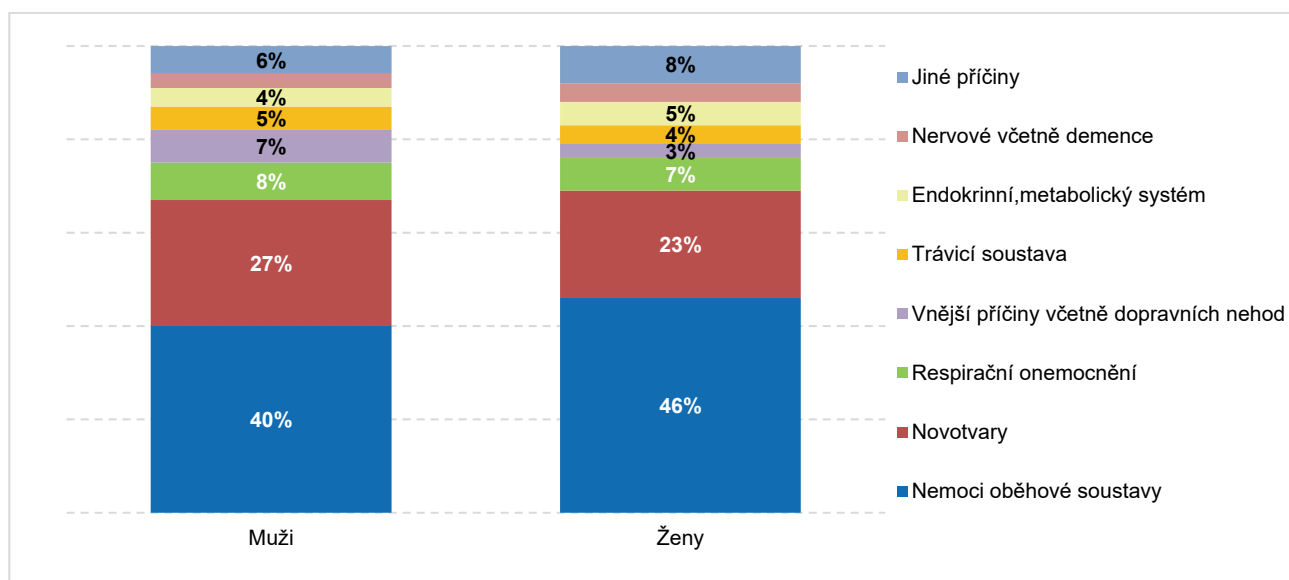


Třetí nejnákladnější kapitolou jsou **faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami** (20,2 mld. Kč). Jedná se obsahově o velmi různorodou skupinu příčin čerpání zdravotní péče. Patří sem nejrůznější prohlídky (preventivní, zubní, gynekologické, v těhotenství, oční atd.), laboratorní 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.

Podle informací ÚZIS ČR uvedená široká skupina tvořila 14 % všech hospitalizací s průměrným počtem ošetrovacích dní 5,8 v roce 2018. Velká část pobytů v nemocnici se netýká primárně nemocnosti. Nejčastěji sem spadají osoby hospitalizované za okolností souvisejících s reprodukcí, především se jednalo o hospitalizace novorozenců. Poměrně vysoké zastoupení představovaly hospitalizace zdravých osob, které doprovázely osoby nemocné (většinou rodiče doprovázející své nemocné děti). Mezi početně významné také patří hospitalizace z důvodu provádění chemoterapie, radioterapie, paliativní či jiné lékařské péče.

Léčba **nemocí svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně** stála v roce 2018 zdravotní pojišťovny 18,2 mld. Kč, což je o 71 % více než před devíti lety. Dlouhodobě se výdaje za léčbu nemocí pohybového ústrojí obecně řadí na přední místa pomyslného žebříčku. Zdravotní pojišťovny vydaly nejvíce financí za léčení pacientů - mužů ve věkové skupině 60–64 let (894 mil. Kč) a žen ve věku 65–69 let (1 470 mil. Kč).

Graf č. 2.7. Nejčastější příčiny úmrtí v Česku podle pohlaví a diagnóz MKN-10, 2018 (%)

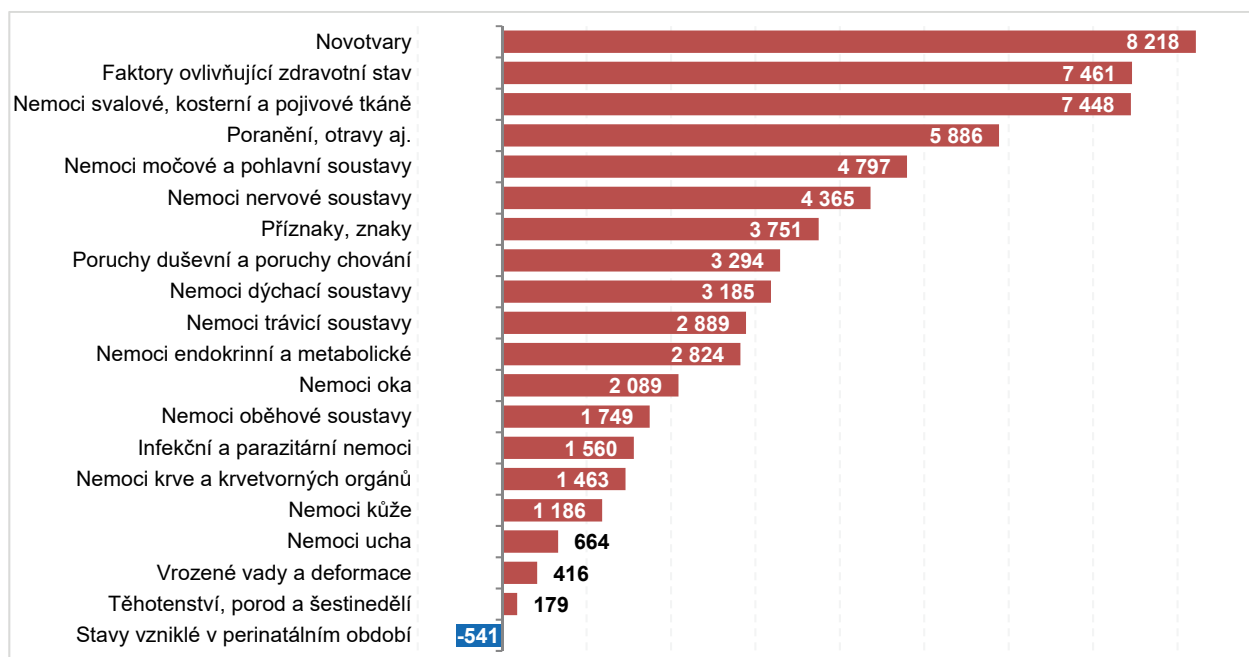


Zdroj: CSÚ 2020, Statistická ročenka ČR

Celkový počet zemřelých v České republice v roce 2018 činil 112 920 osob, z toho 57 273 mužů a 55 647 žen. K nejčastějším příčinám úmrtí v Česku u obou pohlaví patří kardiovaskulární onemocnění. V roce 2018 byly příčinou 40 % úmrtí mužů a 46 % úmrtí žen. Nádorová onemocnění jsou stále druhou nejběžnější příčinou úmrtí. U mužů se novotvary týkají zejména plic, prostaty a tlustého střeva. U žen je zaznamenána nejvýznamnější část úmrtí v důsledku novotvarů plic, prsu a slinivky. Třetí nejčastější skupinou příčin smrti byly nemoci dýchací soustavy, v jejichž důsledku zemřelo v roce 2018 více než 8 tisíc osob, což je 7,8 % ze všech úmrtí u mužů a 6,9 % ze všech úmrtí u žen.

V uplynulých letech procentuálně nejvíce vzrostly výdaje na léčení poranění a otrav

Od roku 2010 se v absolutních číslech nejvíce zvýšily náklady na léčení **novotvarů** (o 8,2 mld. Kč) a na kapitolu **faktory ovlivňující zdravotní stav** (o 7,5 mld. Kč), která zahrnuje různá vyšetření, poradny, hospitalizaci dětí po porodu, doprovod při hospitalizaci, laboratorní vyšetření a mnoho dalších obdobných zdravotnických úkonů. Vysoce nadprůměrnou dynamiku v absolutních hodnotách měly již výše uvedené **nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně** (o 7,4 mld. Kč) i **diagnózy poranění a otrav** (o 5,9 mld. Kč).

Graf č. 2.8. Změna výdajů zdravotních pojišťoven v Česku dle diagnóz MKN-10 mezi roky 2010 a 2018 (mil. Kč)

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Procentuálně mezi roky 2010 a 2018 nejvíce vzrostly výdaje na léčbu následků **poranění a otrav** (nárůst o 90 %), **nemoci nervové soustavy** (nárůst o 75 %) a **nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně** (nárůst o 71 %).

Podle informací ČSSZ jsou **nemoci svalové a kosterní soustavy** dlouhodobě druhou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti (dále jen PN) po onemocněních dýchacích cest. V roce 2018 tvořily pětinu všech případů PN. Tyto nemoci se vyznačují poměrně dlouhou průměrnou dobou trvání jednoho případu PN, která v roce 2018 činila 64 dnů. Na celkovém počtu prostonaných dnů se nemoci svalové a kosterní soustavy podílely 30 %, což je dlouhodobě nejvyšší podíl. Z této skupiny onemocnění se na pracovní neschopnosti nejvíce podílely ze dvou třetin onemocnění zad a páteře.

V roce 2018 pobíralo 421 487 lidí v České republice invalidní důchod různých stupňů). Více než čtvrtina z těchto důchodů (v absolutním čísle 116 170 osob) byla přiznána na základě dlouhotrvajících obtíží pohybového ústrojí. V této skupině převažovaly ženy 53 % oproti mužům 47 %. U žen byla nejvíce zastoupena věková skupina 55–59 let a u mužů 60–64 let (shodně 30 %).

Poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin byly v roce 2018 mezi důvody pracovní neschopnosti na třetím místě. Poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin byly důvodem 11 % prostonaných dnů v PN. Průměrná doba PN u této skupiny činila 52 dní. Nejvíce případů PN z této skupiny příčin způsobily zlomeniny končetin, vymknutí a natažení kloubních vazů.

Ke snížení výdajů pojišťoven na zdravotní péči mezi roky 2010 a 2018 došlo u kapitoly **stavy vzniklé v perinatálním období** o 26 %. V případě diagnóz z kapitoly stavy vzniklé v perinatálním období je poměrně výrazný relativní pokles dán také nízkou absolutní výší výdajů zdravotních pojišťoven na tento druh zdravotní péče. Nevelké absolutní snížení tak způsobí významný procentuální pokles.

U dětí jde nejvíce peněz na léčbu nemocí dýchacích cest a stavů vzniklých v perinatálním období

Následující graf č. 2.9 přináší přehled nejnákladnějších kapitol diagnóz z roku 2018 ve třech základních věkových skupinách.¹⁵ Ve věkových skupinách **15–64 let** a **65 a více let** je výčet nejnákladovějších skupin

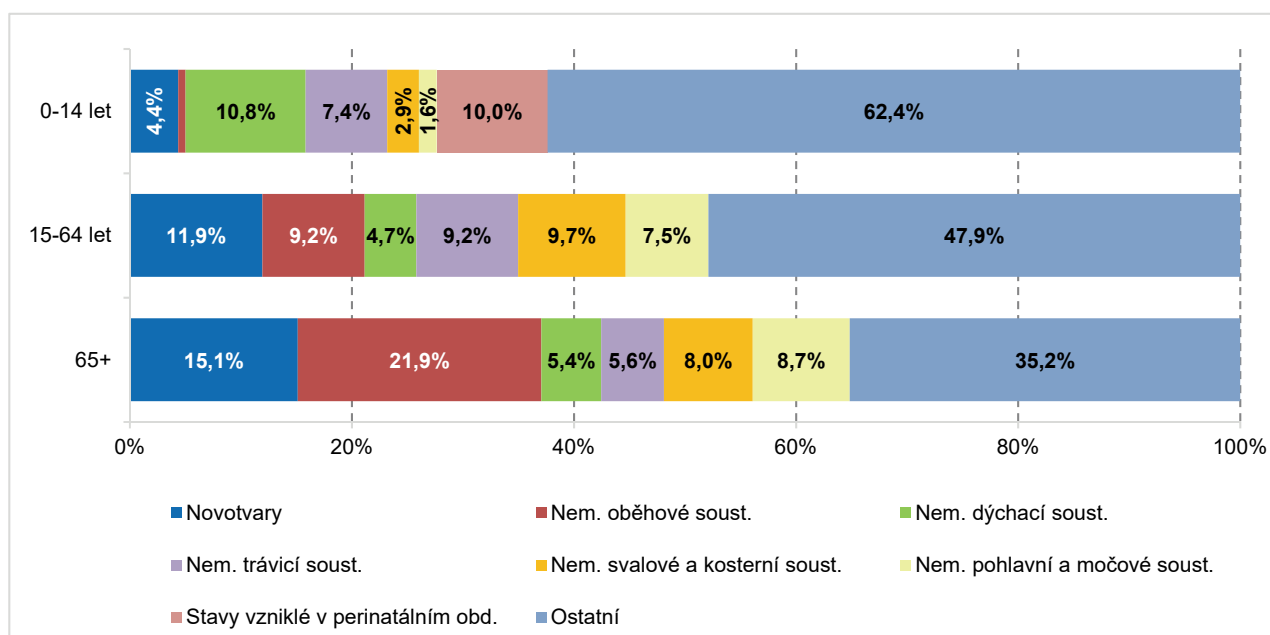
¹⁵ Nejsou zde samostatně uvedeny diagnózy z kapitoly - Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, které jsou zahrnuté v položce ostatní.



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 více než pětinu výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči, zatímco ve skupině 15–64 let se jedná o necelou desetinu. *Z hlediska struktury příčin nemocnosti jsou stále nemoci oběhové soustavy nejčastějším důvodem pro hospitalizaci a také nejčastější příčinou úmrtí. Podle demografické statistiky ČR umírá polovina seniorů starších 65 let 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** (shodně pokrývají desetinu výdajů), což je pravděpodobně ovlivněno nárůstem počtu předčasně narozených dětí s nízkou či velmi nízkou porodní hmotností.

Graf č. 2.9. Struktura výdajů zdravotních pojišťoven v Česku podle věkových skupin a diagnóz MKN-10, 2018 (%)



Poznámka: výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle diagnóz MKN-10 uvedené v tomto grafu neobsahují 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

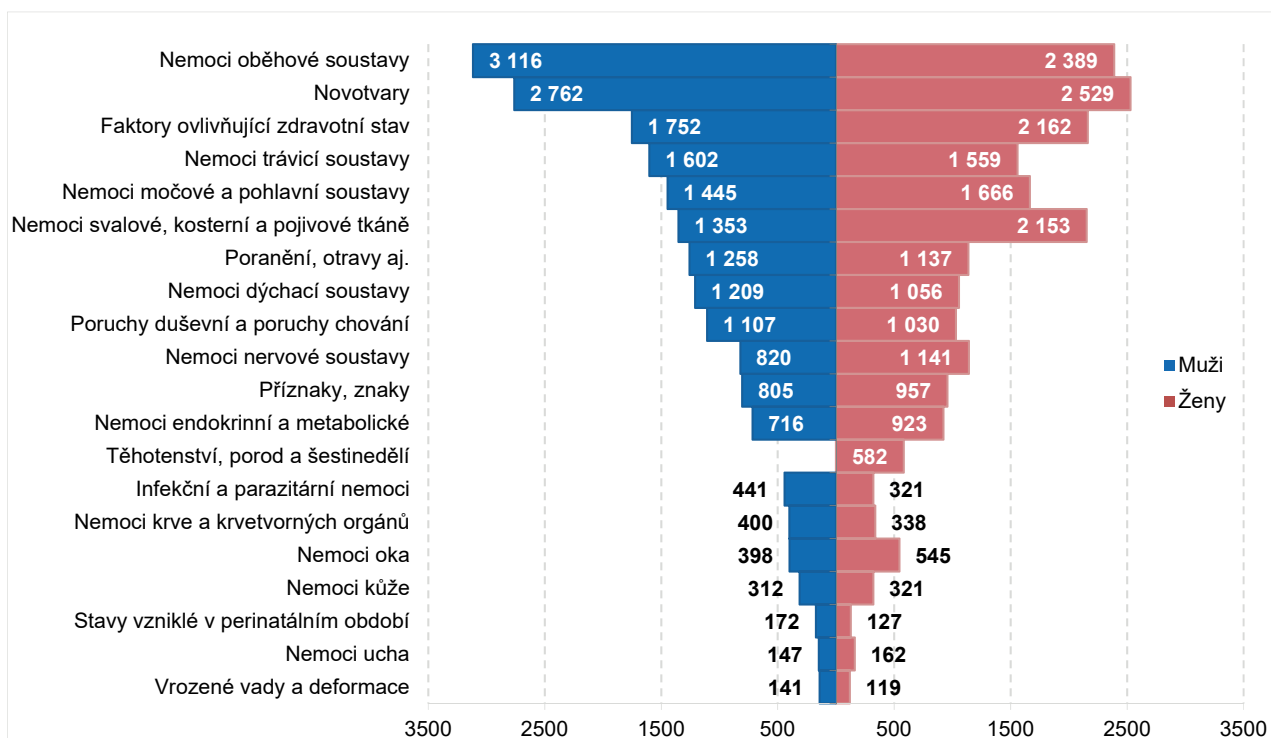
Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Výdaje na léčení nemocí oběhové soustavy jsou u mužů téměř o třetinu vyšší než u žen

Následující graf 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, které se nejčastěji objevují ve vyšším věku, kdy ženy početně muže převyšují, ale také u diagnóz ze skupiny faktory ovlivňující zdravotní stav (častěji své děti v nemocnici doprovází ženy). Také u nemocí močové a pohlavní soustavy a nemocí nervové soustavy jsou průměrné výdaje pojišťoven vyšší u žen než u mužů.

Naopak poměrně vysoké výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči o **muže** jsou zaznamenány u onemocnění oběhové soustavy. Mírně převažují i novotvary a nemoci dýchací soustavy. S vyrovnanými výdaji se setkáváme u onemocnění trávicího systému, duševních poruch a v kategorii poranění a otrav. I v těchto případech 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. 2.10. Výdaje zdravotních pojišťoven v Česku na 1 pojištěnce podle pohlaví a diagnóz MKN-10, 2018 (Kč)

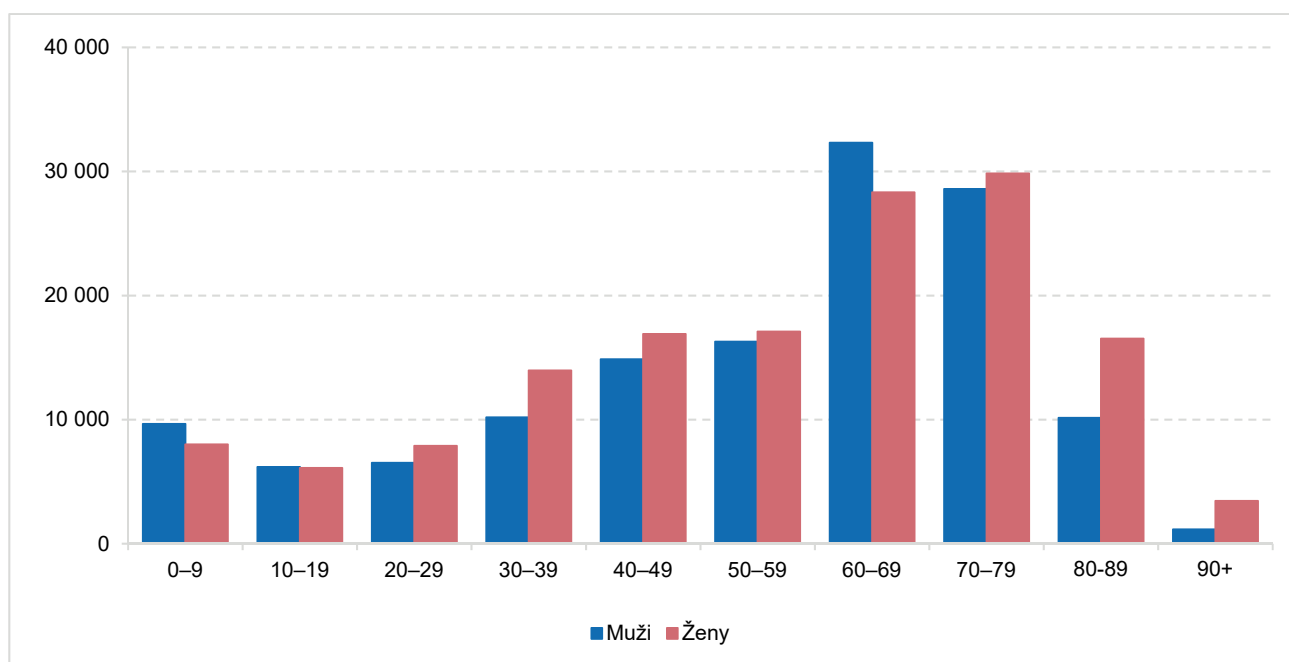


Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

2. 4. Výdaje zdravotních pojišťoven podle věku a pohlaví

Následující část je zaměřena na výdaje pojišťoven na zdravotní péči členěné **podle věku a pohlaví pojištěnců**, na které byla tato péče vykázána. 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 projevat různě, mít odlišnou délku léčení, specifické komplikace, odlišný průběh a tudíž rozdílné náklady.

Graf č. 2.11. Výdaje zdravotních pojišťoven v Česku podle věku a pohlaví, 2018 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

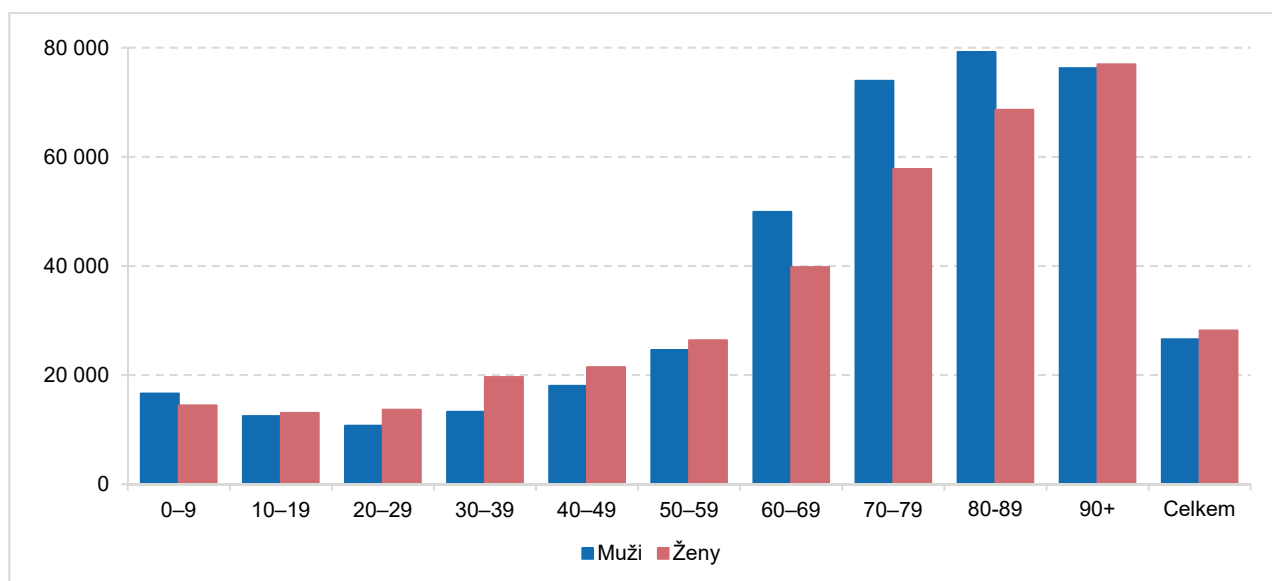


Zdravotní pojišťovny vydaly nejvíce peněz na péči o muže ve věku 60-69 let

Z celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči 283,9 mld. Kč připadlo zhruba 52 % na péči o **ženy** a 48 % na péči o **muže**. Vyšší výdaje na zdravotní péči o muže byly zaznamenány v roce 2018 v nejmladší věkové skupině **0–9 let a 60–69 let**. V ostatních věkových skupinách byly výraznější výdaje na zdravotní péči o ženy. Absolutně nejvyšší částka objevuje u mužů ve věkové skupině **60–69 let** (32,3 mld. Kč) a u žen ve věkové skupině **70–79 let** (29,8 mld. Kč).

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

Vývoj průměrných ročních výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči **na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví**¹⁶ v roce 2018 zachycuje následující graf č. 2.12. 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.

Graf č. 2.12. Výdaje zdravotních pojišťoven za 1 pojištěnce podle věku a pohlaví, 2018 (v Kč)

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

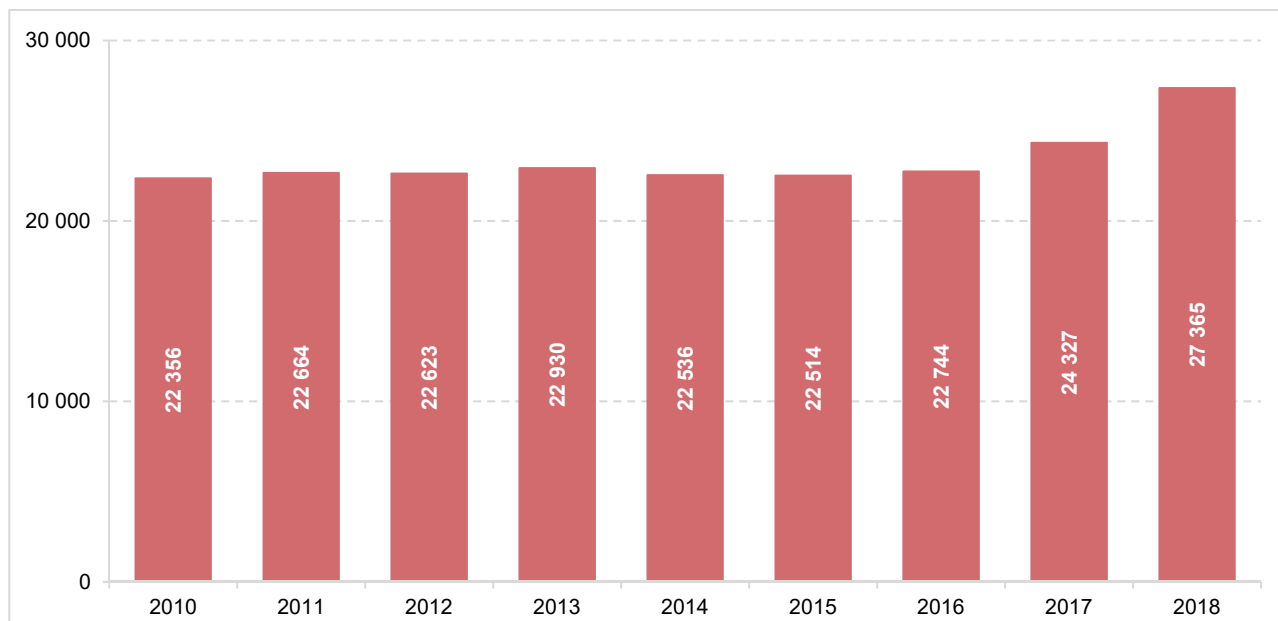
Celkově byly v roce 2018 průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na jednu pojištěnou ženu (**28 155 Kč**) o 6 % vyšší než průměrné výdaje na jednoho pojištěného muže (**26 553 Kč**).

Důvodem je čerpání velmi odlišné zdravotní péče u každé věkové skupiny. Poměrně vysoké výdaje na jednoho pojištěnce jsou vykazovány v nejmladší věkové, což je dáno nákladnější péčí o novorozence (každý novorozenec je po porodu hospitalizován), zejména u předčasně narozených dětí. U obou pohlaví jsou průměrné výdaje na jednoho pojištěnce ovlivněny očkovacím kalendářem, nabídkou nepovinných očkovaní nebo preventivními prohlídkami. S vyrovnanými výdaji na jednoho pojištěnce se setkáváme u obou pohlaví ve věku 10–19 let. V následujících věkových skupinách se u mužů do 39 let hodnota průměrných ročních výdajů na jednoho pojištěnce pohybuje kolem 12,0 tisíc Kč. Od 40. roku věku se průměrné výdaje na zdravotní péči zvyšují s narůstajícím věkem. U žen ve věku 20–29 let jsou výdaje na jednu pojištěnou ženu téměř totožné s předchozí věkovou kategorií a pohybují se okolo 13,0 tisíc Kč. U žen od 30 do 49 let činily průměrné roční výdaje 23,9 tisíc Kč. Výdaje na zdravotní péči na jednu pojištěnou ženu v uvedené věkové kategorii jsou výrazně vyšší než v případě mužů, jelikož tato skupina žen čerpá často zdravotní péči také v souvislosti s těhotenstvím a mateřstvím. U padesátníků se výdaje na jednu pojištěnou ženu i muže opět vyrovnávají a mezi 60 a 90 lety průměrné výdaje na jednoho muže značně převyšují výdaje na jednu ženu.

Vývoj průměrných ročních výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce za uplynulých devět let přehledně zachycuje následující graf.

¹⁶ Tabulka počtu pojištěnců podle věku a pohlaví je uvedena v příloze (viz tabulka č.21)

Graf č. 2.13. Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven v Česku na 1 pojištěnce v letech 2010–2018 (v Kč)



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018



3. Výdaje domácností na zdravotní péči

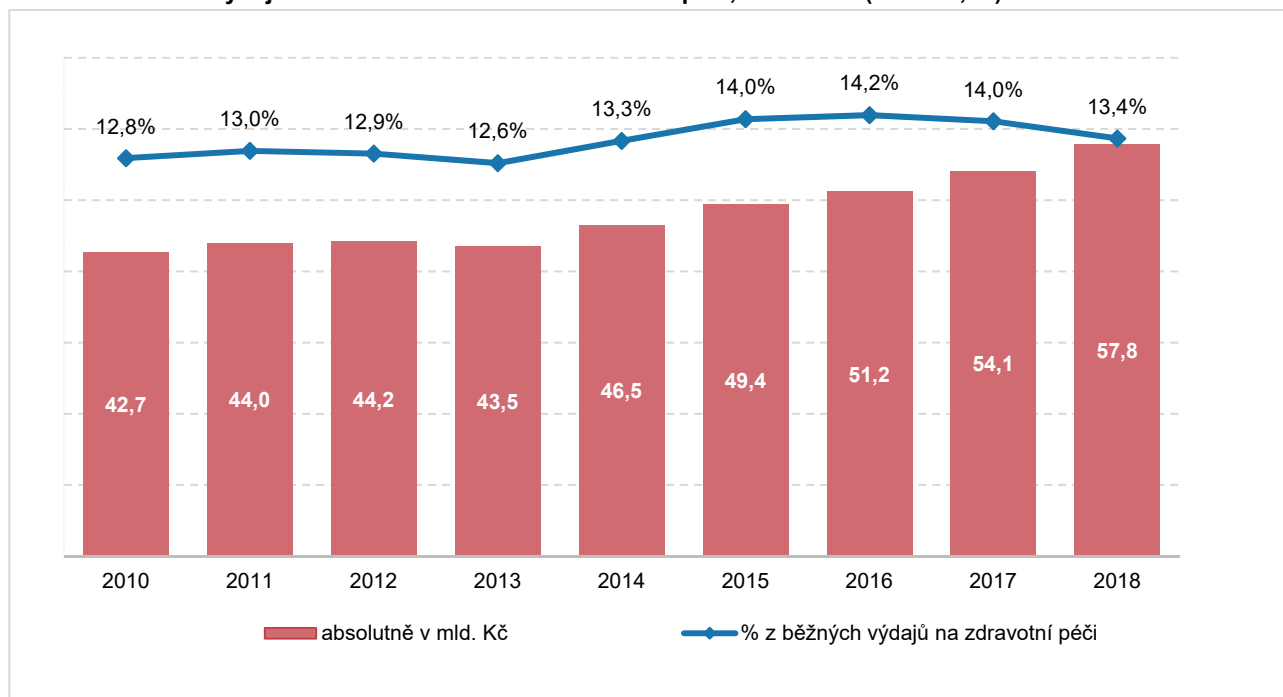
Systém zdravotní péče v České republice je založen především na veřejném zdravotním pojištění a poskytuje všeobecné pokrytí a široký rozsah hrazených služeb. Náklady na zdravotní péči každoročně stoupají a výnosy z veřejného zdravotního pojištění nestačí tento nárůst pokrýt, proto se zvyšují přímé platby občanů za lékařskou péči.

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

3.1. Celkové výdaje domácností na zdravotní péči

V roce 2018 dosáhly v Česku **celkové výdaje domácností na zdravotní péči** 57,8 mld. Kč, tedy 13,4 % z celkových výdajů na zdravotní péči. Od roku 2010 pozorujeme nárůst výdajů domácností na zdravotní péči o více než jednu třetinu (35 %). Od roku 2016 se výdaje domácností na zdravotní péči pohybují nad hranicí 50 mld. Kč. Za celé sledované období let 2010 až 2018 pak zaplatily české domácnosti z vlastních prostředků za zdravotní péči nad rámec veřejného zdravotního pojištění celkem 433,4 mld. Kč s průměrným ročním tempem růstu 3,9 %. Podíl výdajů na zdravotní péči na celkových výdajích domácností se pohybuje od roku 2010 na průměrné hodnotě 2,3 %. Přímé výdaje domácností na zdravotní péči **na jednoho obyvatele**, vzrostly v roce 2018 na částku 5,4 tis. Kč oproti 4,1 tis. v roce 2010 s ročním nárůstem 3,7 %.

Graf č. 3.1. Přímé výdaje domácností v Česku na zdravotní péči, 2010-2018 (mld. Kč; %)



Poznámka: Výdaje domácností na zdravotní péči vychází z předběžných výsledků Národních účtů ČSÚ za rok 2018. Na základě revize dat Národních účtů ČSÚ budou v červenci 2020 případně aktualizována data za rok 2018 v této publikaci.

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2018

V roce 2017 mělo z hlediska **mezinárodního srovnání** nejvýraznější zastoupení domácností ve financování zdravotní péče Lotyšsko a Mexiko (41%) oproti tomu nejmenší ve Francii (9 %). **Průměr zemí OECD** představoval 21 %. Výše přímých plateb domácností na zdravotní péči v České republice jsou srovnatelné se Švédskem, Kanadou či Německem. V Rakousku a na Slovensku tento podíl odpovídá 19 % a v Polsku dosáhl financování zdravotnictví prostřednictvím přímých výdajů pacientů 23 %. *Podrobněji viz kapitola č. 6 Mezinárodní srovnání.*

3.2. 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). 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 nebo vstupní vyšetření do zaměstnání u praktického lékaře, platby za nadstandardní výkony, materiál a služby a v neposlední řadě kosmetické operace, služby dentálních hygienistek, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů a další služby nehrzené z veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka č. 3.1. Výdaje domácností v Česku podle druhu zdravotní péče v letech 2010 a 2014 až 2018 (mil. Kč)

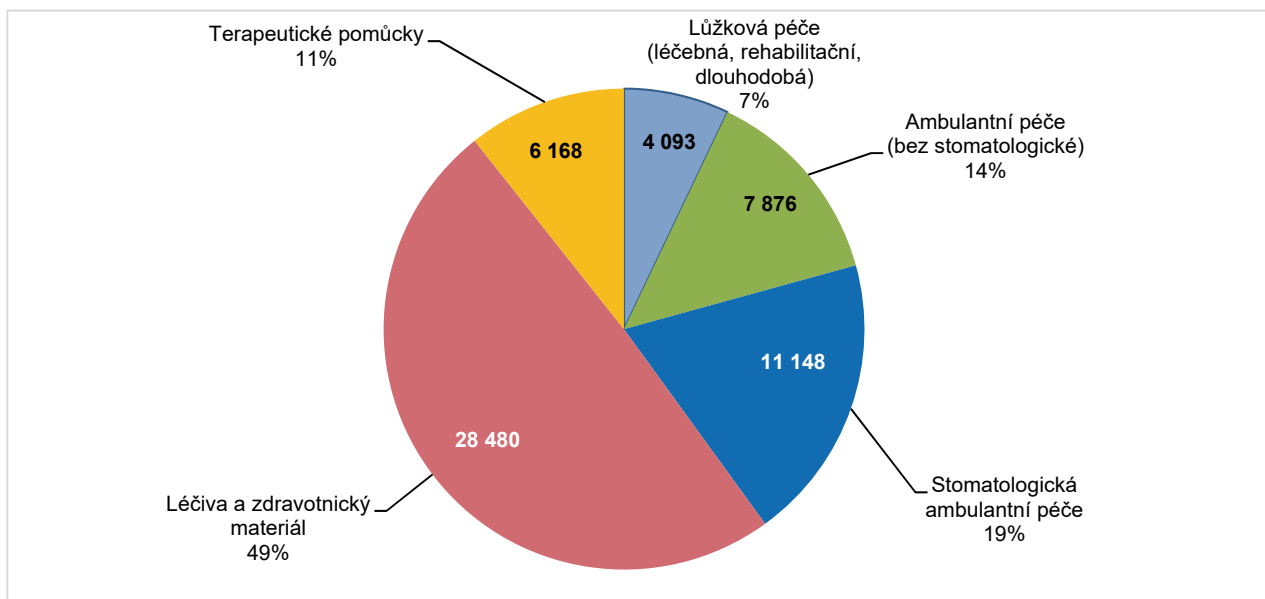
| Druh zdravotní péče | 2010 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Index 2018/2017 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------------|
| Léčebná péče | 13 315 | 15 301 | 16 279 | 16 865 | 17 801 | 18 927 | 106,3 |
| Lůžková léčebná péče | 487 | 755 | 814 | 818 | 899 | 933 | 103,8 |
| Ambulantní léčebná péče | 12 828 | 14 546 | 15 465 | 16 047 | 16 902 | 17 994 | 106,5 |
| Všeobecná ambulantní léčebná péče | 2 382 | 2 622 | 2 758 | 2 902 | 2 966 | 3 067 | 103,4 |
| Stomatologická ambulantní léčebná péče | 7 118 | 8 436 | 9 236 | 9 637 | 10 258 | 11 148 | 108,7 |
| Specializovaná ambulantní léčebná péče | 3 328 | 3 488 | 3 471 | 3 508 | 3 678 | 3 779 | 102,7 |
| Rehabilitační péče | 2 222 | 3 240 | 3 562 | 3 687 | 3 933 | 4 088 | 103,9 |
| Lůžková rehabilitační (lázeňská) péče | 1 596 | 2 473 | 2 667 | 2 681 | 2 946 | 3 058 | 103,8 |
| Ambulantní rehabilitační péče | 626 | 767 | 895 | 1 006 | 987 | 1 030 | 104,4 |
| Dlouhodobá lůžková péče | 53 | 82 | 89 | 89 | 98 | 102 | 104,1 |
| Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky | 27 115 | 27 867 | 29 428 | 30 574 | 32 220 | 34 648 | 107,5 |
| Léčiva a zdravotnický materiál | 21 380 | 22 264 | 23 535 | 24 428 | 26 259 | 28 480 | 108,5 |
| Léky na předpis | 8 932 | 9 496 | 10 121 | 10 295 | 11 058 | 12 101 | 109,4 |
| Volně prodejné léky a léčiva | 11 843 | 12 140 | 12 744 | 13 447 | 14 525 | 15 643 | 107,7 |
| Ostatní zdravotnický materiál a výrobky | 605 | 628 | 670 | 686 | 676 | 736 | 108,9 |
| Terapeutické pomůcky | 5 735 | 5 603 | 5 893 | 6 146 | 5 961 | 6 168 | 103,5 |
| Brýle a další produkty oční optiky | 3 740 | 3 654 | 3 843 | 4 008 | 3 887 | 4 022 | 103,5 |
| Ortopedické a protetické pomůcky | 296 | 289 | 304 | 317 | 308 | 319 | 103,6 |
| Ostatní terapeutické pomůcky a vybavení | 1 699 | 1 660 | 1 746 | 1 821 | 1 766 | 1 827 | 103,5 |
| Zdravotní péče celkem | 42 705 | 46 490 | 49 358 | 51 215 | 54 051 | 57 765 | 106,9 |

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018



Přehlednější strukturu výdajů domácností podle druhů zdravotní péče v roce 2018 dokládá následující graf.

Graf č. 3.2. Výdaje domácností v Česku na zdravotní péči, 2018 (mil. Kč; %)

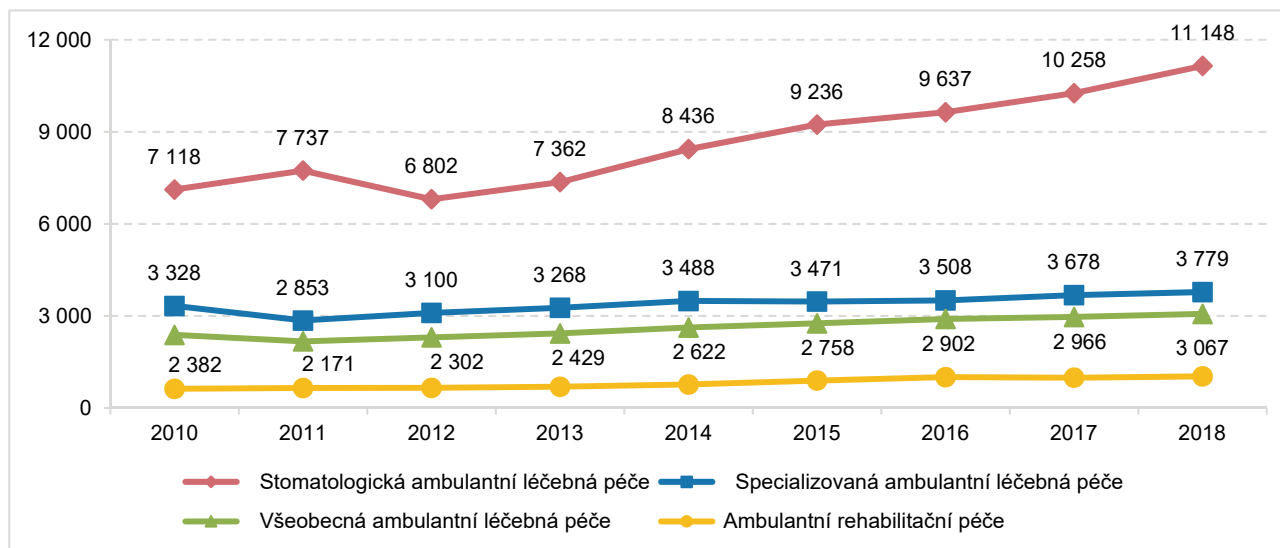


Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

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

Výdaje domácností na **stomatologickou ambulantní péči** v roce 2018 dosáhly částky 11,1 mld. Kč a v porovnání s předchozím rokem vzrostly o 9 %. Oproti roku 2010, kdy lidé zaplatili za stomatologická ošetření z vlastních zdrojů 7,1 mld. Kč, se v posledním sledovaném roce zvýšila uvedená částka o více než polovinu na stávajících 11,1 mld. Kč. Hodnota průměrného tempa růstu je 5,8 %. Celkově lidé vydali v období 2010–2018 na stomatologická ošetření nad rámec veřejného zdravotního pojištění téměř 78 mld. Kč. 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 veškerá ošetření hrazena pacientem dle ceníku příslušného pracoviště. V roce 2018 doplatil v průměru **jeden obyvatel** České republiky z vlastní kapsy na stomatologický zákrok **1 049 Kč** (v roce 2010 to bylo 677 Kč).

Graf č. 3.3. Výdaje domácností na ambulantní péči v Česku, 2010 - 2018 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Za **ambulantní zdravotní péči**, včetně stomatologické a rehabilitační, utratily domácnosti v roce 2018 celkovou částku 19 miliard Kč, což je třetina celkových výdajů domácností na zdravotní péči. V porovnání s rokem 2010 vzrostly výdaje téměř o dvě pětiny a průměrné tempo růstu činilo 4,4 %. Graf č.3.3. naznačuje poměrně stabilní vývoj výdajů domácností na všechny typy ambulantní péče, s výjimkou výše zmíněné péče stomatologické. Z údajů v tabulce č. 3.1. je patrné, že výdaje domácností na stomatologickou ambulantní péči jsou dlouhodobě vyšší než výdaje za ambulantní péči všeobecnou, specializovanou a rehabilitační dohromady.

Výdaje domácností na **specializovanou ambulantní péči ve výši 3,8 mld. Kč**, 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, zůstaly v porovnání s rokem 2017 stabilní. Také do výdajů na **všeobecnou ambulantní léčebnou péči** (zejména péče praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost) se meziročně nepromítly žádné výrazné změny a jejich úroveň zůstává na hranici **3 mld. Kč**. U všeobecné ambulantní péče se jedná, mimo jiné, o výdaje na různá očkování, vyšetření a potvrzení o zdravotním stavu k úrazovému pojištění, k řidičskému, zbrojnímu či zdravotnímu průkazu a v neposlední řadě preventivní vyšetření nehrazená z veřejného zdravotního pojištění.

Na lůžkovou rehabilitační péči, včetně lázeňské, si lidé v roce 2018 připlatili 3 miliardy korun

V roce 2018 zaplatily české domácnosti kompletně za **rehabilitační péči** čtyři miliardy (4,1 mld. Kč). Tyto výdaje se tak podílely 7,1 % na celkových přímých výdajích domácností na zdravotnictví. V období 2010–2018 zaplatily české domácnosti za **lůžkovou rehabilitační (lázeňskou) péči** celkem více než dvacet miliard (22,3 mld. Kč). Výdaje za uvedený druh péče v roce 2018 jsou o 92 % vyšší než v roce 2010, kdy dosáhly 1,6 mld. Kč. Výdaje za **ambulantní rehabilitační péči** od roku 2010 postupně rostly a v posledních třech letech se pohybují na úrovni 1 mld. Kč.

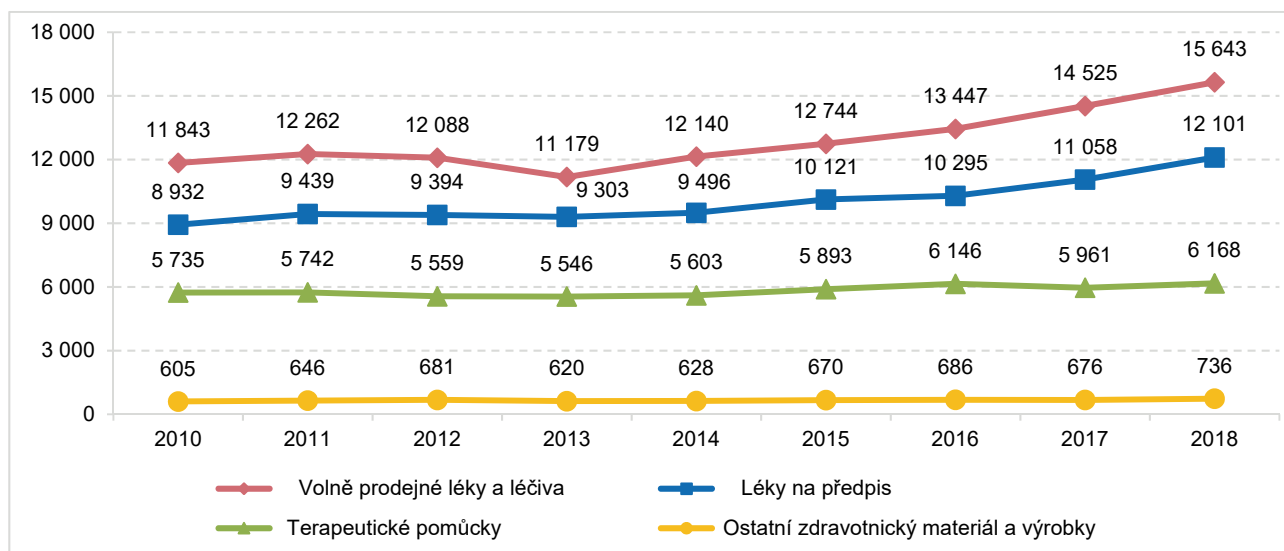
Domácnosti se finančně podílejí především na příspěvkové lázeňské péči, která byla v roce 2013 na základě novely vyhlášky tzv. Indikačního programu o týden zkrácena (ze tří na dva týdny), což se projevilo snížením těchto výdajů v daném roce. V dubnu 2014 bylo toto omezení zrušeno a výdaje na lůžkovou rehabilitační péči opět pozvolna vzrostly, což se potvrdilo i v následujících třech letech. Příspěvková lázeňská péče je poskytována především pacientům s chronickým onemocněním většinou jednou za dva roky a z veřejného zdravotního pojištění jsou jim hrazeny pouze léčebné procedury. V roce 2018 využilo tento druh lázeňské rehabilitační péče 7 662 tuzemských pacientů (pro zajímavost v roce 2010 jich bylo 14 989). Samoplátcí, kteří si hradí všechny náklady spojené s pobytem a léčbou z vlastní kapsy, činili v roce 2018 téměř polovinu z celkového počtu 208 436 tuzemských lázeňských pacientů. V tomto případě nemusí mít klient lékařské doporučení a doba pobytu není nijak omezena. Až 89 % tuzemských samoplátců navštěvuje lázně z důvodu onemocnění pohybového ústrojí a 5 % kvůli nemocem dýchacího systému. Zdravotní pojišťovny uhradily komplexní léčbu 101 509 pacientům. Nejvíce dospělých pacientů (59 %) se takto léčí s nemocemi pohybového ústrojí a 49 % dětí s onemocněními dýchacích cest.

Pro úplnost přidáváme ještě informaci, která se týká výdajů na **lůžkovou léčebnou péči**. V roce 2018 byl v porovnání s předchozím rokem zaznamenán jejich 4% nárůst. Celková výše výdajů domácností na tento druh zdravotní péče je velmi nízká a pohybuje se okolo 0,9 mld. Kč.

Léky tvoří dlouhodobě největší část výdajů domácností na zdravotní péči

Největší část finančních prostředků na zdravotní péči vydávají domácnosti každoročně **na léčiva a ostatní zdravotnické výrobky** (34,7 mld. Kč v roce 2018). Čtyři pětiny z této kategorie tvoří náklady na léky na předpis i volně prodejné léky. Zbývající podíl výdajů z této kategorie směřuje na terapeutické pomůcky a vybavení (brýle, naslouchadla, ortopedické pomůcky, berle, invalidní vozíky, pomůcky pro diabetiky apod.). V porovnání s rokem 2017 se výdaje domácností na terapeutické pomůcky zvýšily pouze mírně (cca o 3 %) což bylo ovlivněno i skutečností, že zdravotní pojišťovny začaly hradit více výrobků z této kategorie. Částka ve výši 34,7 mld. Kč (viz tabulka č. 5), kterou zaplatily domácnosti v roce 2018 za léčiva a zdravotnické výrobky, tvořila **8 % z celkových výdajů na zdravotní péči**.



Graf č. 3.4. Výdaje domácností na léky a ostatní zdravotnické výrobky, 2010–2018 (mil. Kč)

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Výdaje domácností **na volně prodejné léky** od roku 2013 každoročně pozvolna rostou průměrným tempem růstu 7 %. V meziročním srovnání 2013 a 2018 byl zaznamenán nárůst výdajů domácností **na volně prodejné léky** o 4,5 mld. Kč (o 40 %) a jejich celková hodnota dosáhla 15,6 mld. Kč. Uvedená částka za nákup léků bez předpisu tvoří více než čtvrtinu celkových výdajů českých domácností na zdravotní péči.

Obdobný vývoj výdajů domácností byl zaznamenán i u **léků na předpis**. V roce 2018 na ně doplatily české domácnosti o 2,8 mld. Kč více než v roce 2013 a jejich finanční hodnota se pohybovala na úrovni 12,1 mld. Kč, což je nejvíce ve sledovaném období. Za uplynulých šest let vydali lidé z vlastních kapes na doplatky za léky na předpis celkem 62,4 mld. Kč a průměrné tempo růstu činilo 5,4 %.

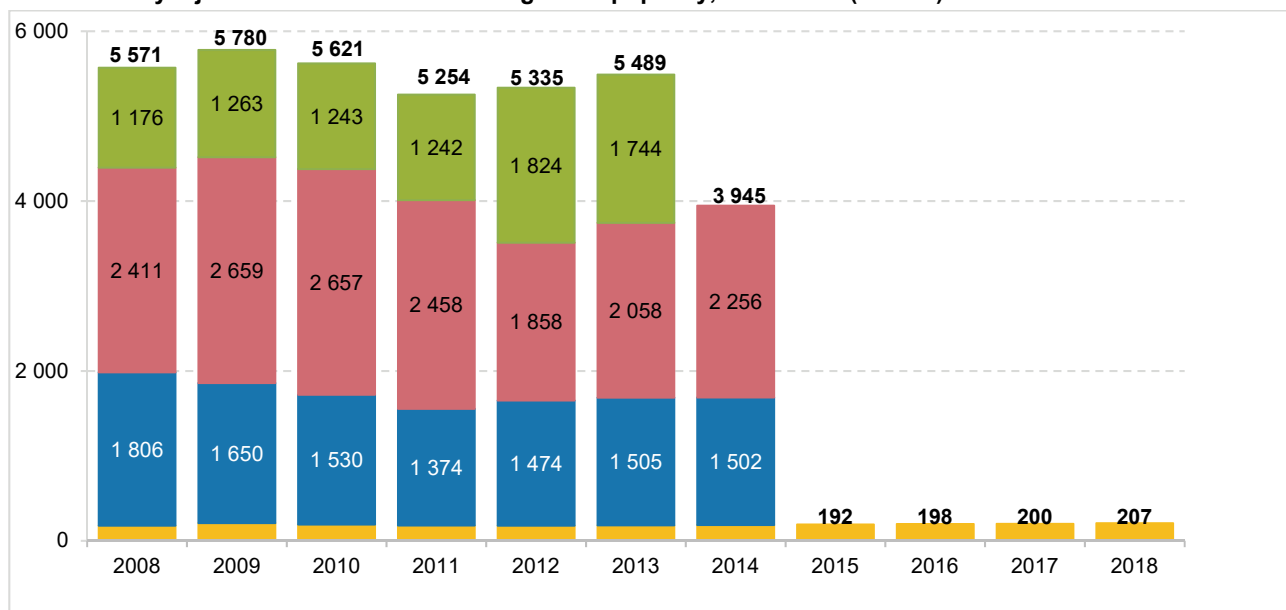
Průměrný Čech utratil za rok 2018 za zdravotní péči 5 436 Kč, z toho za léky na předpis 1 139 Kč, 1 472 Kč za volně prodejné medikamenty a 580 Kč za zdravotnické pomůcky.

Zdravotní pojišťovny vrací pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci přeplatky doplatek za léky do 60 kalendářních dnů po uplynutí čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. Od 1. ledna 2018 jsou tyto roční ochranné limity stanoveny, na 1000,- Kč u dětí mladších 18 let a u pojištěnců ve věku nad 65 let, na 500,- Kč u pojištěnců nad 70 let, u ostatních pojištěnců zůstává nastavený limit 5000,- Kč. Za rok 2018 vrátily zdravotní pojišťovny za nadlimitní doplatky na léky svým pojištěncům celkem 654,4 mil. Kč. O rok dříve to bylo 5,6 krát méně, tedy 116,6 mil. Kč. Výraznou většinu přeplatek vrací pojišťovny svým pojištěncům v nejstarší věkové skupině nad 70 let.

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 legislativním změnám nebo byly postupně úplně zrušeny. V platnosti nadále zůstává pouze devadesátikorunový regulační poplatek za využití lékařské a zubní pohotovosti.

Graf č. 3.5. Výdaje domácností v Česku na regulační poplatky, 2008–2018 (mil. Kč)

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Jak ukazuje výše uvedený graf, regulační poplatky přinášely do zdravotnického systému až do roku 2013 více než 5 mld. Kč ročně. 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 2015–2018 zaplatili lidé za využití pohotovostních služeb zhruba 200 mil. Kč ročně.

Na základě výše výdajů za regulační poplatky za pohotovost v roce 2018 můžeme zjistit, jaké příčiny pacienty na pohotovost nejčastěji přivedly. Mezi nejčastější diagnózy, se kterými lidé pohotovostní službu vyhledávají, patří **poranění, otravy a popáleniny** (28 %), nemoci **dýchacích cest** (13 %) a onemocnění **trávicí soustavy** (11 %) z celkových 207 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 ani 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 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.

4. 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 vybrané sociální služby - 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 (zvládání 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.

4.1. Celkové výdaje na dlouhodobou péči

V roce 2018 tvořily souhrnné výdaje na dlouhodobou péči 80,2 mld. Kč, což představovalo 18,6 % z běžných výdajů na zdravotní péči, které dosáhly v daném roce 430,9 mld. Kč. Přestože závislost na péči druhých osob přirozeně narůstá s věkem, je nutné mít na paměti, že potřeba dlouhodobé péče se může týkat také dětí a osob v produktivním věku. Pokud bychom však uvedenou částku 80,2 mld. Kč rozdělili mezi obyvatele ČR starší 65 let, kteří dlouhodobou péči potřebují nejčastěji, pak by průměrné roční náklady na jednoho seniora tvořily 38,4 tisíc Kč. Na konci roku 2018 žilo v České republice 2 086 tisíc obyvatel starších 65 let. Bylo jich o 450,8 tisíc více než před devíti lety a o 46,4 tisíc více než na konci roku 2017. Sledované výdaje ve skupině dlouhodobé péče byly v roce 2018 složeny ze 71 % (v absolutních hodnotách 56,7 mld. Kč) z **dlouhodobé péče zdravotní** a zbývajících 29 % (v absolutních hodnotách 23,5 mld. Kč) se vztahuje k níže uvedeným **službám sociální péče** určeným pro osoby potřebujících zároveň péči zdravotnickou. Dlouhodobě zůstává zastoupení uvedených výdajů na dlouhodobou péči stabilní.

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. Vzhledem k tomu, že většina zemí EU nevykazuje výdaje za dlouhodobou péči sociální, **nejsou** v současné době **započítávány** pro mezinárodní srovnání do celkových výdajů na zdravotní péči. V České republice zahrnují výdaje na dlouhodobou sociální péči ze státního rozpočtu především o peněžité dávky pro osoby zdravotně postižené a výdaje na sociální služby např. chráněné bydlení, sociální rehabilitaci, terapeutické komunity apod.

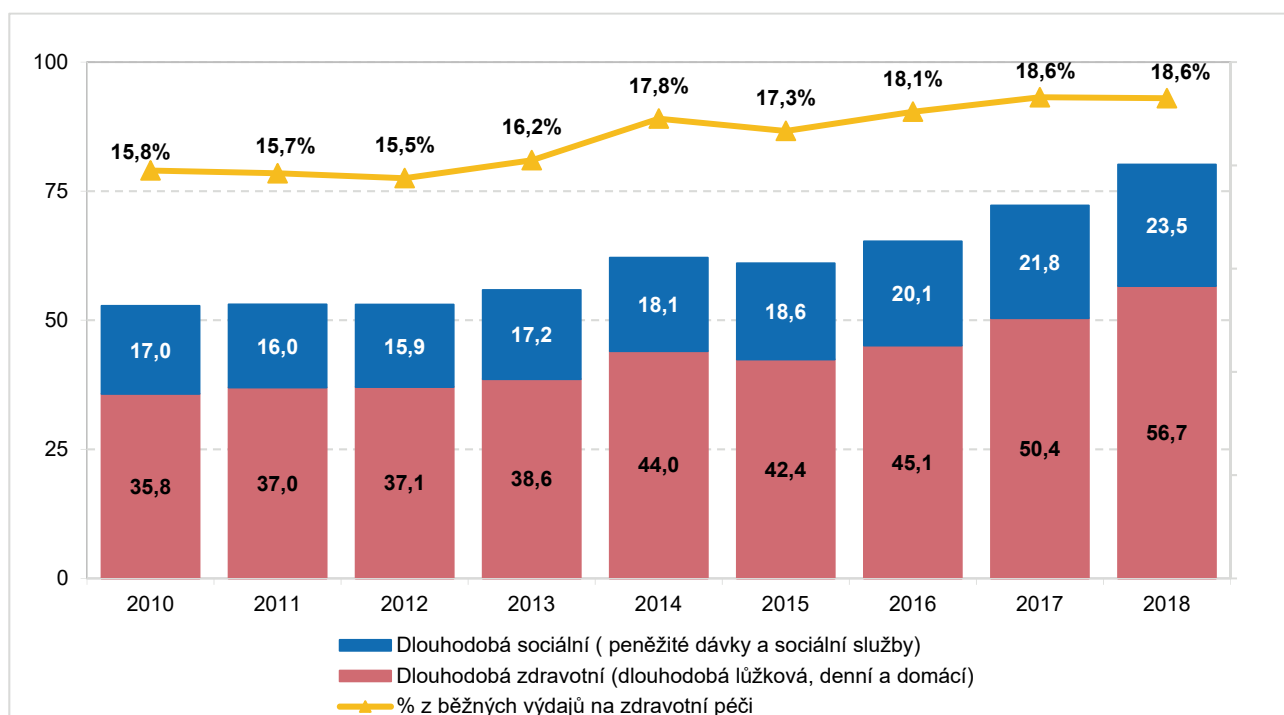
V **Evropě** vydávají za **dlouhodobou zdravotní péči** nejvíce země, které se soustředí především na formální, tj. institucemi poskytovanou zdravotní péči ve specializovaných zařízeních nebo přímo v domácnostech uživatelů. Jde především o skandinávské státy - **Norsko, Švédsko, Dánsko a také Nizozemsko**, jejichž výdaje na dlouhodobou péči zdravotní se pohybují okolo 25 % celkových nákladů na zdravotní péči. V mnoha zemích především jižní a střední 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 výdajům na zdravotní péči. Naprostý kontrast představují **Řecko, Portugalsko a Slovensko**, které vydaly na dlouhodobou péči zhruba 2 % z celkových

výdajů na zdravotní péči. V České republice bylo vyplaceno na dlouhodobou zdravotní péči zhruba 14 % finančních prostředků vydaných na zdravotní péči, což odpovídá průměru zemí OECD. Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči jsou v České republice hrazeny ze státního a místních rozpočtů (69 %) a zbývající část z veřejného zdravotního pojištění (31 %). U našich sousedů jako je Německo a Rakousko se hodnoty pohybovaly mezi 15 % – 18%, v Polsku dosáhly 6 %.

Výdaje na dlouhodobou péči se od roku 2010 zvýšily o polovinu a přesáhly 80 miliard Kč

V letech 2010 až 2018 se podíl dlouhodobé péče na celkových výdajích na zdravotní péči pohyboval v České republice mezi 16 a 19 %. Výdaje na dlouhodobou péči zdravotní každoročně rostou. Od roku 2010 byl nárůst výdajů přerušen pouze jednou a to v roce 2015. V dalších letech se již sestupný trend nepotvrdil a naopak mezi roky 2015–2018 se uvedené výdaje zvýšily o více než jednu třetinu a poprvé přesáhly hranici 55 mld. Kč. Průměrné tempo růstu od roku 2015 představuje 10,5 %. Výdaje na dlouhodobou péči sociální od roku 2010 vzrostly o třetinu a v roce 2018 dosáhly v absolutních hodnotách prozatím maximální hodnoty 23,5 mld. Kč.

Graf č. 4.1. Výdaje na dlouhodobou zdravotní a související sociální péči v Česku, 2010–2018 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Více než polovinu výdajů na dlouhodobou péči tvoří péče lůžková

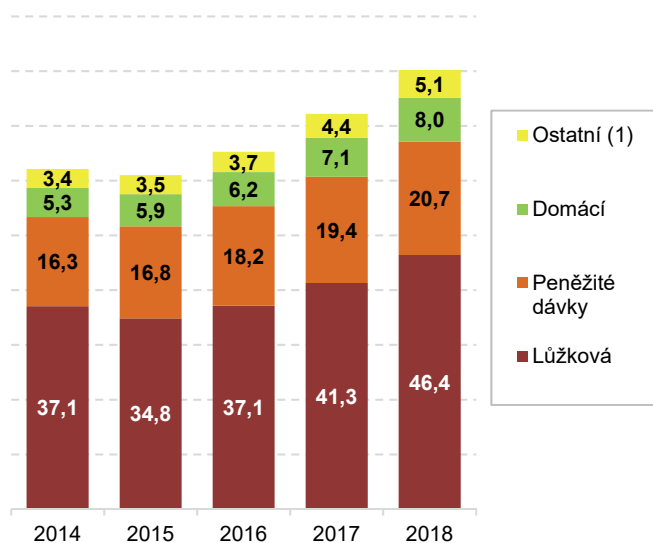
Výdaje na dlouhodobou péči v České republice ve vztahu k HDP představovaly v roce 2014 hodnoty 1,44 %, v roce 2018 vzrostly na 1,51 %. Jak naznačuje následující graf č. 4.2, v uplynulých pěti letech dosahují výdaje na dlouhodobou lůžkovou péči hodnoty okolo 57 % z celkových výdajů na dlouhodobou péči. V roce 2014 se vyšplhaly uvedené výdaje na hranici 60 %, ale tato hodnota se v dalších letech neopakovala. V absolutních číslech se výdaje na tento druh péče mezi roky 2017–2018 zvýšily o 5,1 mld. Kč (12 %). Vzhledem k demografickému stárnutí populace a rostoucím nárokům na dlouhodobou péči je nárůst výdajů v této oblasti očekávaný.

Výdaje za peněžité dávky (příspěvky na péči, na mobilitu a kompenzační pomůcky) hrazené ze státního rozpočtu se pohybují okolo 27 % celkových výdajů na dlouhodobou péči. Výdaje na péči o dlouhodobě nemocného pacienta v domácím prostředí tvoří stabilně desetinu celkových výdajů na dlouhodobou péči.



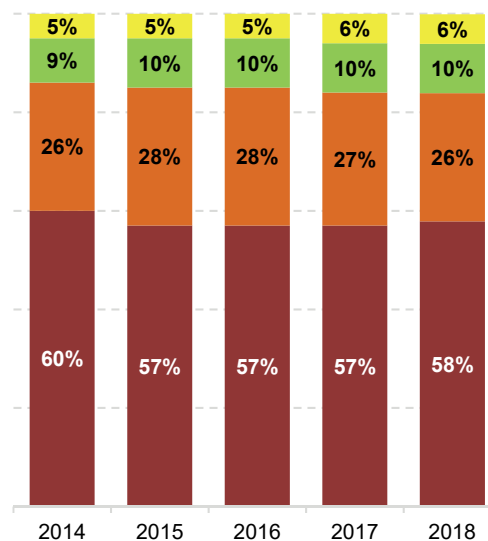
Graf č. 4.2. Výdaje na dlouhodobou péči v Česku podle typu poskytnuté péče, 2014–2018 (mld. Kč, %)

a) v mld. Kč



(1) Ostatní – denní dlouhodobá zdravotní péče, sociální služby

b) struktura (%)



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

4.2. 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.

Celkové výdaje na dlouhodobou péči **zdravotní** dosáhly v roce **2018 výše 56,7 mld. Kč** a z nich dlouhodobá **lůžková péče** tvořila **více než čtyři pětiny** těchto výdajů. Zahrnuje lůžkovou péči jak v různých typech zdravotnických zařízení (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 2018 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 údaje pouze o výdajích z veřejných zdrojů.

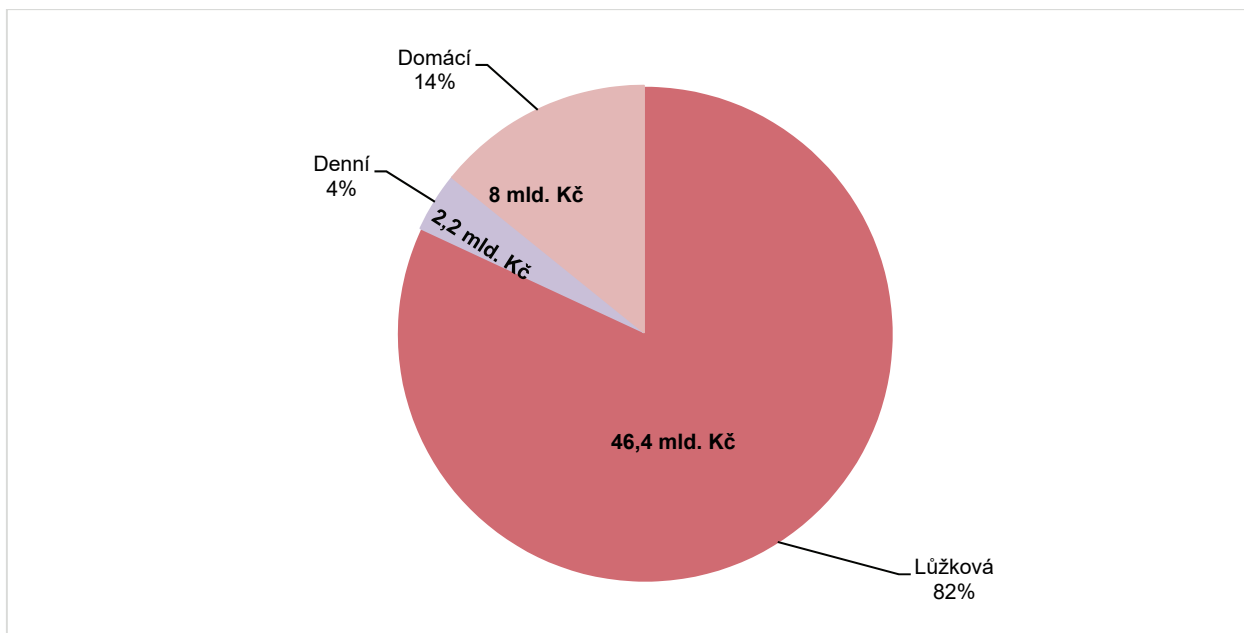
Nejvíce finančních prostředků z kategorie dlouhodobé lůžkové péče bylo v letech 2014 až 2018 z veřejných rozpočtů vydáno na provoz domovů pro seniory, dohromady za pětileté sledované období tvoří částku ve výši 60,8 mld. Kč. Výdaje na péči v uvedených zařízeních pro seniory se v roce 2018 pohybovaly na úrovni 14,4 mld. Kč, tedy o třetinu více než v roce 2014. *V roce 2018 bylo na území České republiky 525 domovů pro seniory a tento počet se v posledních letech příliš nemění.*

Každoroční významný růst počtu zařízení, lůžek i klientů **domovů se zvláštním režimem** se odráží na výrazně vyšších výdajích ze státního a místních rozpočtů na provoz zařízení tohoto typu. *V roce 2018 bylo vynaloženo z veřejných rozpočtů na domovy se zvláštním režimem 8,8 mld. Kč, což je téměř dvojnásobná částka v porovnání s rokem 2014.*

Od roku 2014 se výdaje na domácí dlouhodobou zdravotní péči pohybují v rozmezí 12–14 % z celkových nákladů na dlouhodobou zdravotní péči. Kategorie **domácí dlouhodobé péče** zahrnuje služby, které jsou pacientům s chronickým popř. nevy léčitelným onemocněním včetně hospicové péče poskytovány v domácím přirozeném prostředí. V absolutních hodnotách bylo vynaloženo na domácí dlouhodobou péči 8,0 mld. Kč, což je o polovinu více než v roce 2014. Výdaje na domácí dlouhodobou péči, jako jsou výdaje na ošetřovné

člena rodiny, pečovatelskou službu a služby osobní asistence, jsou hrazeny především ze státního rozpočtu (75 %) a zbývající část z rozpočtu zdravotních pojišťoven (25 %).

Graf č. 4.3. Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči v Česku podle typu poskytnuté péče, v roce 2018 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Součástí domácí péče jsou **služby agentur domácí péče** (nazývané také homecare), které fungují v České republice od roku 1991. Domácí zdravotní péče, tedy ošetrovatelská, léčebně rehabilitační nebo paliativní péče, je určena dospělým i dětským pacientům všech věkových kategorií na základě indikace ošetroujícího lékaře – obvykle tuto péči předepisuje praktický lékař, ale na omezenou dobu si tuto službu může vyžádat i lékař propouštějící pacienta z nemocnice (nejvýše však 14 dnů po ukončení hospitalizace). Ve všech těchto případech je pak domácí péče pacientovi hrazena z veřejného zdravotního pojištění a vykonává ji v domácím prostředí pacienta kvalifikovaná zdravotní sestra, která dochází k pacientovi domů a provádí pouze zdravotní výkony dle indikace lékaře. V roce 2018 dosáhly výdaje zdravotních pojišťoven na služby poskytovatelů domácí péče téměř 2,0 mld. Kč, což bylo o třetinu více než v roce 2014.

Na **ošetřovné** člena domácnosti bylo v roce 2018 vydáno ze státního rozpočtu 1,6 mld. Kč, což představuje zvýšení zhruba o 16 % v porovnání s rokem 2017. Jen pro upřesnění, uvedená částka byla vyplacena za 557 863 případů ošetřovného. Výdaje na jeden případ ošetřovného dosáhl 2 926 Kč. Meziroční srovnání ukázalo, že v tomto období se o 7,5 % zvýšil, jak počet případů ošetřovného, tak počet proplacených dní.

Na **ošetřovné** má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat z důvodu, že musí ošetřovat 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. Podpůrčí doba u ošetřovného počíná prvním kalendářním dnem potřeby ošetřování a činí nejdéle 9 kalendářních dnů.



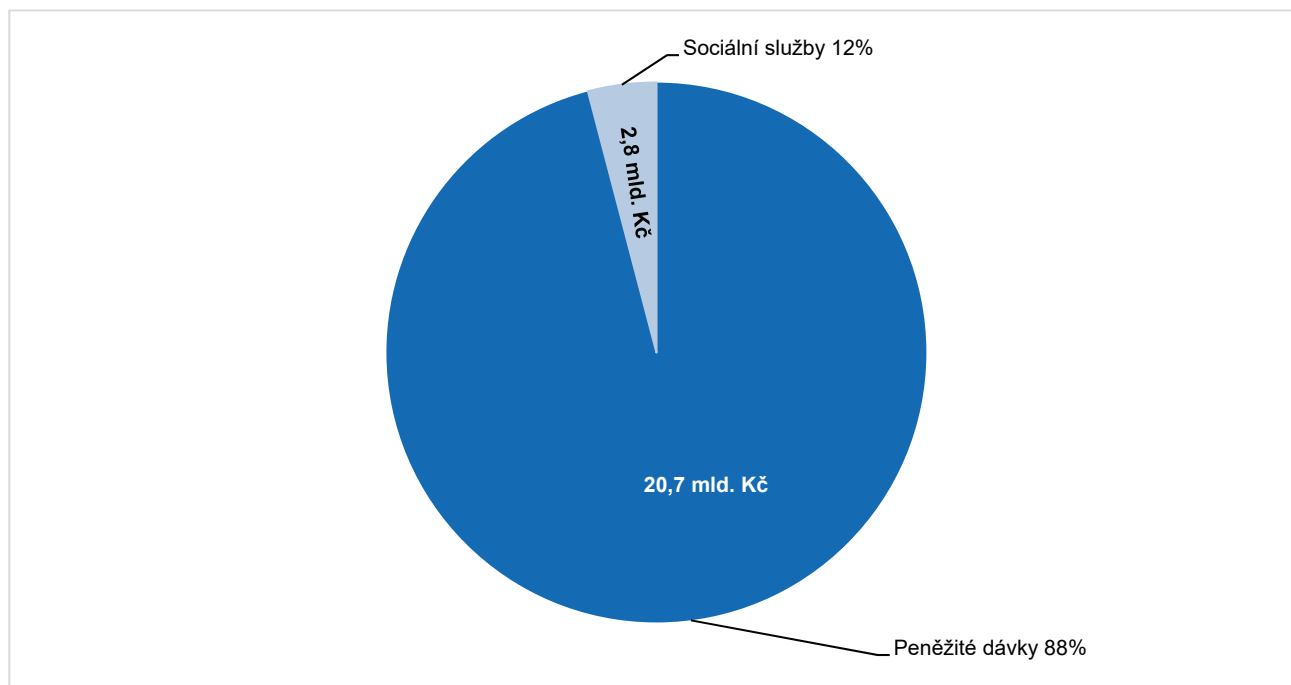
V České republice bylo od 1. června 2018 zavedeno tzv. **dlouhodobé ošetřovné**. Jedná se o dávku z nemocenského pojištění, která umožňuje občanům zůstat doma v situaci, kdy budou pečovat o člena rodiny, u kterého ošetřující lékař zdravotnického zařízení poskytujícího lůžkovou péči (zpravidla nemocnice) rozhodl, že jeho zdravotní stav potřebuje po propuštění z hospitalizace domácí celodenní péči. Současně musí být u ošetřované osoby splněna podmínka hospitalizace, která trvala minimálně 7 po sobě jdoucích kalendářních dnů (počítá se i první a poslední den hospitalizace), a potřeby celodenní péče v domácím prostředí alespoň po dobu 30 dnů následujících po propuštění z nemocnice. Maximálně lze dlouhodobé ošetřovné čerpat 90 dnů. Podle informací ČSSZ bylo do konce roku 2018 vyplaceno dlouhodobé ošetřovné ve výši 31,6 mil. Kč celkem 3 239 lidem (z toho bylo 77 % žen). Výdaje za dlouhodobé ošetřovné nejsou zahrnuty do celkových výdajů na dlouhodobou péči za rok 2018.

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.

4.3. 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 **peněžitě dávky**. Obojí je financováno ze státního rozpočtu, ze kterého bylo v roce 2018 vydáno **celkem 23,5 mld. Kč**. Peněžitě dávky tvoří většinu výdajů na dlouhodobou sociální péči. V roce 2018 bylo pouze 12 % výdajů v této kategorii určeno na sociální služby (nejsou zde zahrnuty výdaje na pobytová zařízení sociálních služeb jako domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem, které jsou již obsaženy v kategorii lůžkové dlouhodobé zdravotní péče).

Graf č. 4.4. Výdaje na dlouhodobou sociální péči v ČR podle typu poskytnuté péče, v roce 2018 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

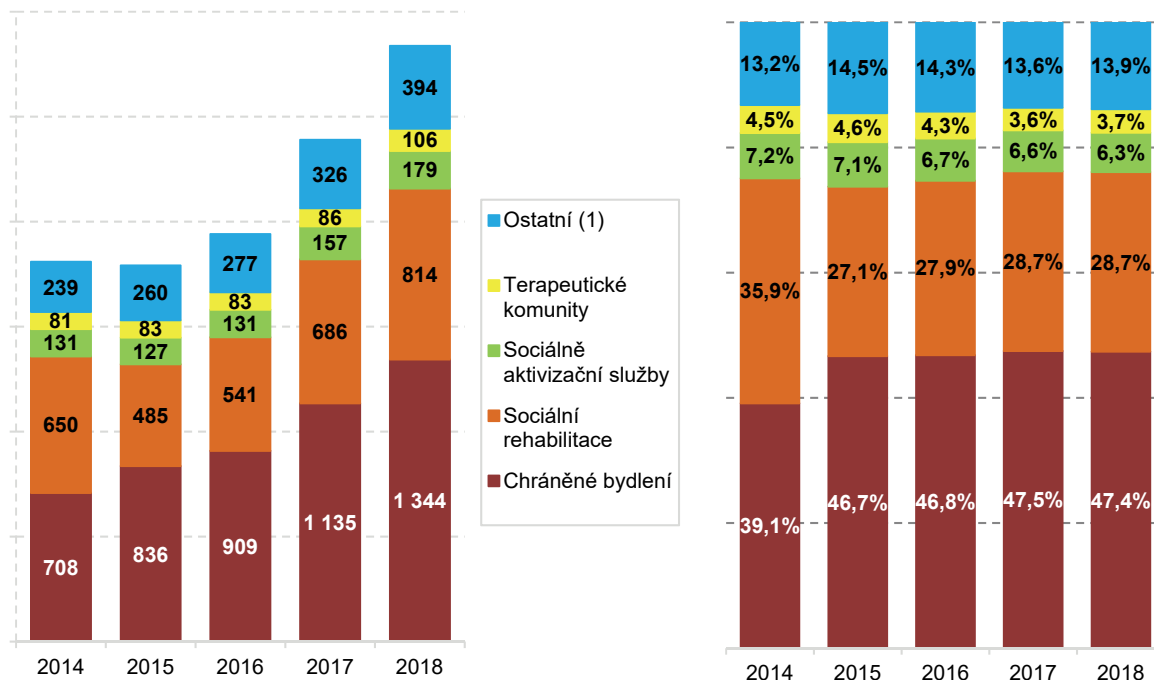
Téměř polovina výdajů na sociální služby dlouhodobé péče byla investována do chráněného bydlení

V případě **sociálních služeb** dlouhodobé sociální péče se jedná výhradně nebo převážně o zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytnutí ubytování, sociálně terapeutické, výchovné a vzdělávací činnosti nebo pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. V roce 2018 bylo celkem na uvedené služby vydáno 2,8 mld. Kč.

Graf č. 4.5. Výdaje na sociální služby dlouhodobé péče v Česku podle druhu služeb, 2014–2018

a) v mil. Kč

b) struktura (%)



Ostatní služby: následné péče, podpora samostatného bydlení, tísňová péče, tlumočnické, průvodcovské a předčitatelské služby

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Chráněné bydlení je pobytová služba umožňující lidem se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním žít v běžném prostředí domácnosti. Hlavním smyslem chráněného bydlení je poskytování přiměřené míry podpory především osobám s mentálním postižením, které potřebují individuální podporu v každodenním životě. Chráněné bydlení je v běžné zástavbě a patří poskytovateli služby. Bydlí zde jeden a více klientů, kteří se podílejí na vedení domácnosti podle svých možností. Sociální pracovníci jsou v pravidelném kontaktu s klienty. V roce 2018 bylo investováno 1,3 mld. Kč na provoz chráněného bydlení, to je o pětinu více než v roce předchozím. Uvedené výdaje vzrostly mezi roky 2014 a 2018 o 90 %, což je dáno postupným zvyšováním kapacit tohoto typu ubytování, které odpovídá i snaze o deinstitucionalizaci péče o osoby s mentálním postižením. Za uvedené období se zvýšil počet klientů v těchto zařízeních o více než jednu čtvrtinu (z 3 214 na 4 104 klientů).

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 dosáhly v roce 2014 hodnoty 650 mil. Kč. Následující dva roky u nich došlo k poklesu výdajů ze státního rozpočtu, což souviselo především se snížením počtu zařízení poskytujících tento druh péče. Výdaje na služby sociální rehabilitace v roce 2017 opět vzrostly a rostoucí trend pokračoval i v roce 2018, kdy se uvedené výdaje meziročně zvýšily o jednu pětinu a dosáhly částky 814 mil. Kč.



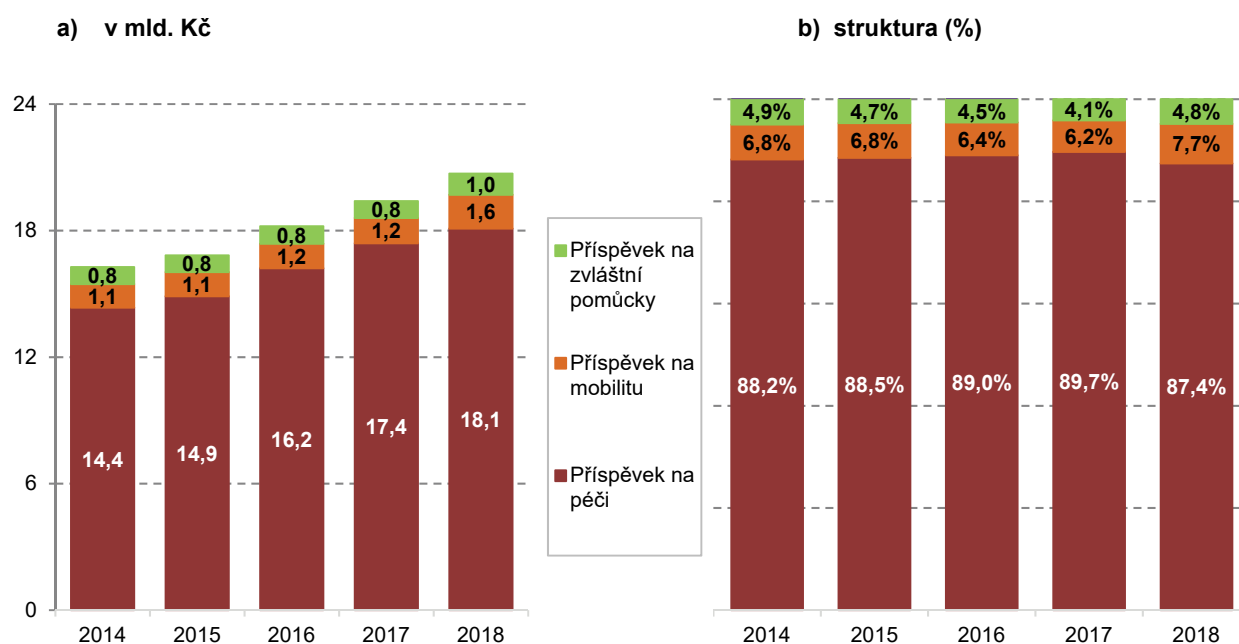
Výdaje státu na příspěvky na péči vzrostly za uplynulých pět let o více než jednu čtvrtinu

Peněžitá sociální dávky zahrnují dávky dlouhodobé sociální péče, a to zejména **příspěvek na péči**, který byl zaveden v roce 2007. Ten je určen osobám starším 1 roku, 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.

Jak je patrné z absolutních hodnot v grafu č. 4.6., v letech 2014–2015 se výdaje na peněžitá dávky pohybovaly se pod hranicí 15 miliard Kč. Výše jednotlivých stupňů státních příspěvků na péči zůstala v období 2014 až 2015 stejná, avšak každoročně narůstal jejich počet. V srpnu 2016 se poprvé za dobu své existence navýšil příspěvek na péči u všech stupňů závislosti o deset procent, a proto byla i jeho celková částka za uvedený rok vyšší o 1,3 mld. Kč v porovnání s rokem 2015 (viz graf č. 4.6.). Vzestupný trend pokračoval i v následujících letech, až na 18 miliard v roce 2018. *Podle informací MPSV ČR bylo v České republice v roce 2018 vypláceno průměrně měsíčně 361 tisíc příspěvků na péči, což je o 8 tisíc více než v roce předchozím.*

V kategorii **peněžitých dávek** dlouhodobé sociální péče patří z hlediska výdajů k nejnákladnějším právě **příspěvek na péči**, na jehož výplatu bylo v roce 2018 vydáno 18 074 mil. Kč. Porovnáme-li výši výdajů na příspěvek na péči v roce 2018 s rokem 2015, tedy s rokem před výše zmíněným navýšením, pak je patrný její poměrně vysoký nárůst o 21 %.

Graf č. 4.6. Výdaje na peněžitá dávky dlouhodobé sociální péče v Česku podle druhů příspěvku, 2014–2018



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Výdaje na příspěvek **na mobilitu** pro osoby s nárokem na průkaz ZTP nebo ZTP/P, které se opakovaně za úhradu dopravují, dosáhly v roce 2018 výše 1 648 mil. Kč. Od roku 2014 do 2017 se pohybovaly průměrné výdaje na příspěvek na mobilitu okolo 1 157 mil. Kč. V roce 2018 došlo k nárůstu těchto výdajů o 37 %, což bylo ovlivněno zvýšením původní částky ve výši 400 Kč měsíčně na 550 Kč. Uvedená změna vešla v platnost v lednu 2018. Výdaje **na příspěvky na zvláštní pomůcky** pro osoby s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí nebo s těžkým zrakovým či sluchovým postižením dosáhly v roce 2018 celkem 977 mil. Kč, což bylo téměř o třetinu více než v roce předchozím. *Meziročně se o více než desetinu zvýšil počet vyplacených dávek na zvláštní pomůcky.*

5. Výdaje za léky

Ve struktuře výdajů na zdravotní péči mají nezastupitelný podíl výdaje na léky. V průběhu času má výše výdajů na léky rostoucí tendenci, která je významně ovlivněna i novým přístupem k inovativní léčbě spojené s rozvojem specializovaných center a větším využíváním centrových léků. Právě centrové léky s vyšší pořizovací cenou se každoročně podílejí vysokou měrou vyšším růstu výdajů.

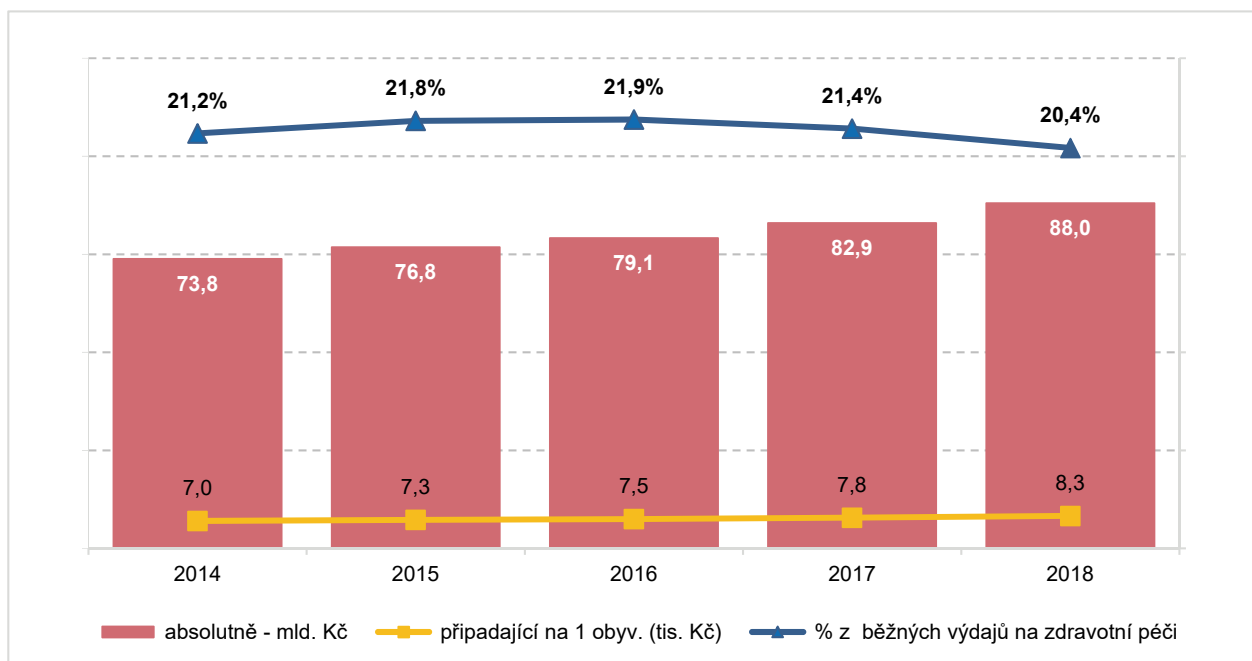
Tato kapitola podává přehled základních údajů o celkových výdajích na léky od roku 2014. Poskytuje především podrobné údaje o výdajích na léky **dle místa spotřeby a zdroje financování**. Místem spotřeby je v této souvislosti myšleno rozdělení léků na **ambulantně vydávané léky**, tedy ty, které jsou buď vydávány pacientům na lékařský předpis, nebo jsou nakupovány v rámci volného prodeje léků¹⁷, a na léky spotřebovávané 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 69 % veškerých výdajů na léky. Zbývající část výdajů na léky si lidé platí z vlastních kapes.

5.1. Celkové výdaje za léky

V České republice bylo v roce 2018 vydáno **za léky celkem 88 mld. Kč¹⁸**, což představovalo 20,4 % běžných výdajů na zdravotní péči. Na jednoho obyvatele ČR připadla průměrná částka za léky ve výši 8 282 Kč. Pro zajímavost, v roce 2014 to bylo o více než tisíc korun méně – 7 012 Kč. V uplynulých pěti letech bylo za léky v České republice vydáno 400,6 mld. Kč, z nich 279,2 mld. Kč, tj. 70 %, připadlo na léky placené z veřejného zdravotního pojištění a zbylých 121,5 mld. Kč na léky placené přímo domácnostmi.

Graf č. 5.1. Celkové výdaje za léky v České republice, 2014–2018 (mld. Kč; na 1 obyv.; %)



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

¹⁷ Charakteristika léků na předpis a volně prodejných léků je uvedena v kapitole Metodická příloha

¹⁸ Tento údaj zahrnuje celkové výdaje za léky a je metodicky odlišný od údajů uvedených v tabulce č. 1.2, kapitoly 1, 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.



Jak je patrné z grafu č. 5.1, vývoj celkových výdajů za léky vykazuje v pětiletém období 2014–2018 vzestupnou tendenci. Celkové výdaje za léky dosáhly v roce 2014 částky 73,8 mld. Kč. O rok později se posunuly téměř k hranici 77 mld. Kč a rostoucí trend pokračoval i v letech následujících. V roce 2018 se výdaje za léky vyšplhaly na 88 mld. Kč. V porovnání s rokem 2014 vzrostly výdaje na léky v České republice o jednu pětinu, s průměrným tempem růstu 4,5 %.

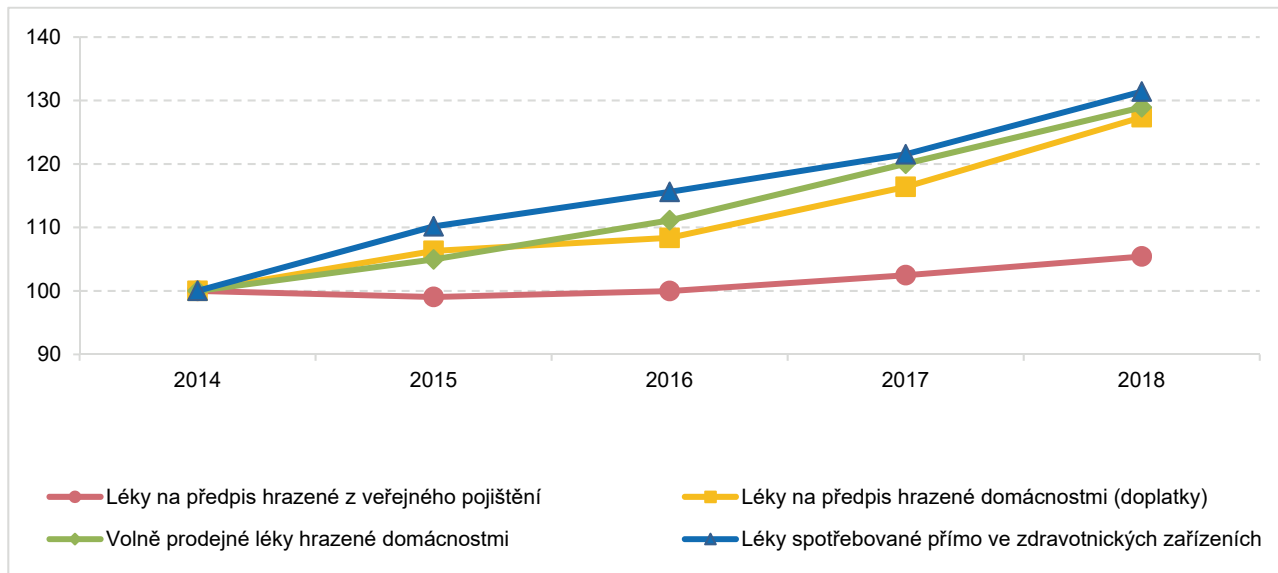
V **mezinárodním srovnání** jsou dostupné pouze výdaje na ambulantně podávané léky, ať už na předpis či volně prodejné. V roce 2017 dosáhl podíl výdajů na tyto ambulantně podávané léky průměrné hodnoty za země OECD 20 % na celkových výdajích na zdravotní péči, čemuž odpovídá i hodnota v sousedním Německu. Zatímco v Polsku tvořily výdaje za uvedené léky 23 % celkových nákladů na zdravotní péči, v Rakousku to bylo jen 17 %. Nejvyšší podíl výdajů na léky na celkových výdajích na zdravotní péči byl zaznamenán na Slovensku (35 %), následovaném Maďarskem, Řeckem a Lotyšskem (31 %), nejnižší naopak v Norsku (11 %) a Dánsku (10 %). *Bližší podrobnosti jsou uvedeny v kapitole s mezinárodním srovnáním.*

Především rostou výdaje domácností na léky na předpis

V roce 2018 **meziročně** vzrostly výdaje na léky o 6 % (5,1 mld. Kč), a to především díky přímým výdajům domácností na doplatky na léky na předpis, které se v porovnání s rokem 2017 zvýšily o 9,4 % (1,0 mld. Kč). V roce 2018 podobně vzrostly i výdaje za léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních (o 8,1 %; 2,0 mld. Kč).

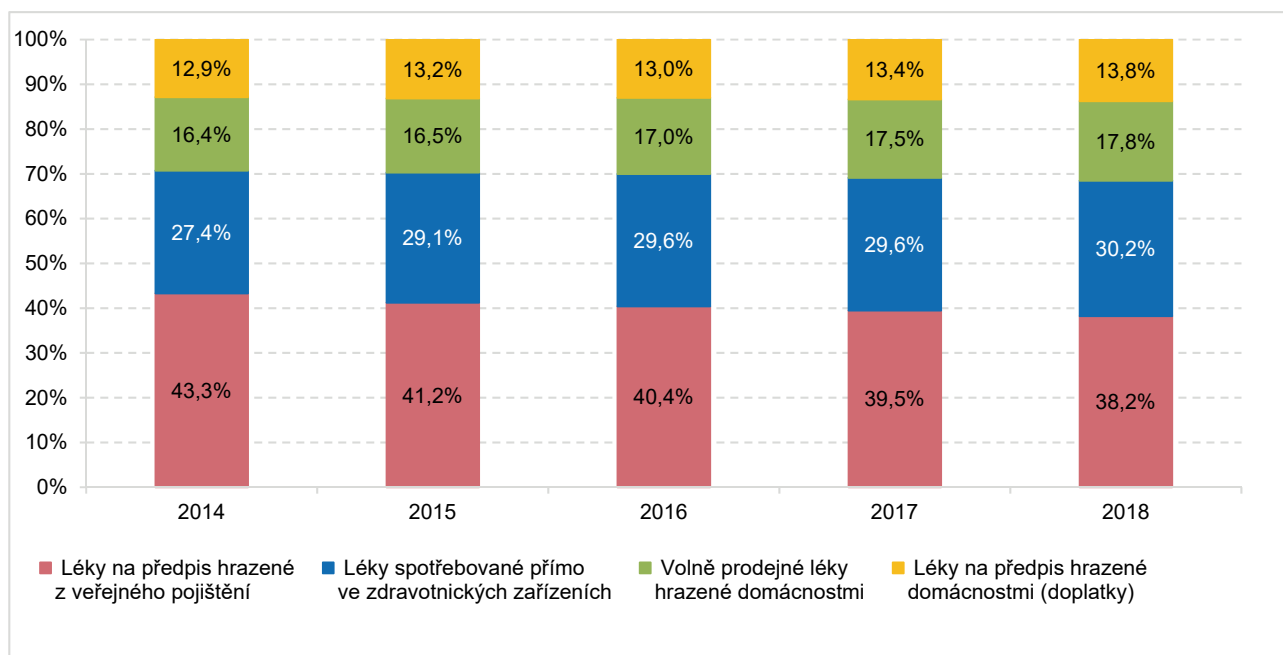
Vývoj jednotlivých skupin výdajů za léky se ve sledovaném období lišil, jak ukazuje graf č. 5.2, kde je výchozím rokem pro výpočet indexu rok 2014. **U léků spotřebovaných ve zdravotnických zařízeních** lze sledovat postupný nárůst až do roku 2018. **U léků na předpis z veřejného zdravotního pojištění** měl index výdajů v roce 2015 mírně sestupnou tendenci. V roce 2016 výdaje vrátili se na úroveň roku 2014 a od té doby každoročně nepatrně rostou. **Volně prodejné léky** i doplatky na léky, které hradí domácnosti, se od roku 2014 postupně zvyšují.

Graf č. 5.2. Index růstu výdajů za léky v Česku v letech 2014–2018 (index, 2014 = 100)



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Výdaje na léky na předpis hrazené z veřejného pojištění dosahovaly v letech 2014–2016 průměrného podílu 42 % celkových výdajů na léky, od následujícího roku jejich zastoupení pokleslo pod 40% hranici a sestupný trend pokračoval i v roce 2018. Naopak podíl výdajů za **léky spotřebované přímo v lůžkových zdravotnických zařízeních** se od roku 2014 (27,4 %) pozvolna zvyšuje na stávajících 30 %. Přímé výdaje domácností na **volně prodejné medikamenty a na doplatky na léky** mají v uvedeném období poměrně stabilní podíly na celkových výdajích na léky. V uplynulých pěti letech dosahovaly průměrné hodnoty 17 % respektive 13 % na celkových výdajích na léky.

Graf č. 5.3 Vývoj výdajů na léky v Česku, 2014–2018 (v %)

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Následujících několik doplňujících údajů o spotřebě léčiv je čerpáno ze zdrojů **Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL)**. V roce 2018 bylo do sítě zdravotnických zařízení v České republice dodáno 261,0 milionů balení léčivých přípravků, což ve srovnání s rokem 2014 znamená pokles o 1,1 %. Počet definovaných denních dávek¹⁹ celkem v roce 2018 dosáhl 6 722,4 mil., od roku 2014 vzrostl o 7,1 %. Finanční hodnota distribuovaných léčivých přípravků byla 72,5 miliard Kč (v cenách stanovených výrobcem bez obchodní přírážky a DPH), oproti roku 2014 se jejich cena zvýšila o 29 %.

¹⁹ 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.

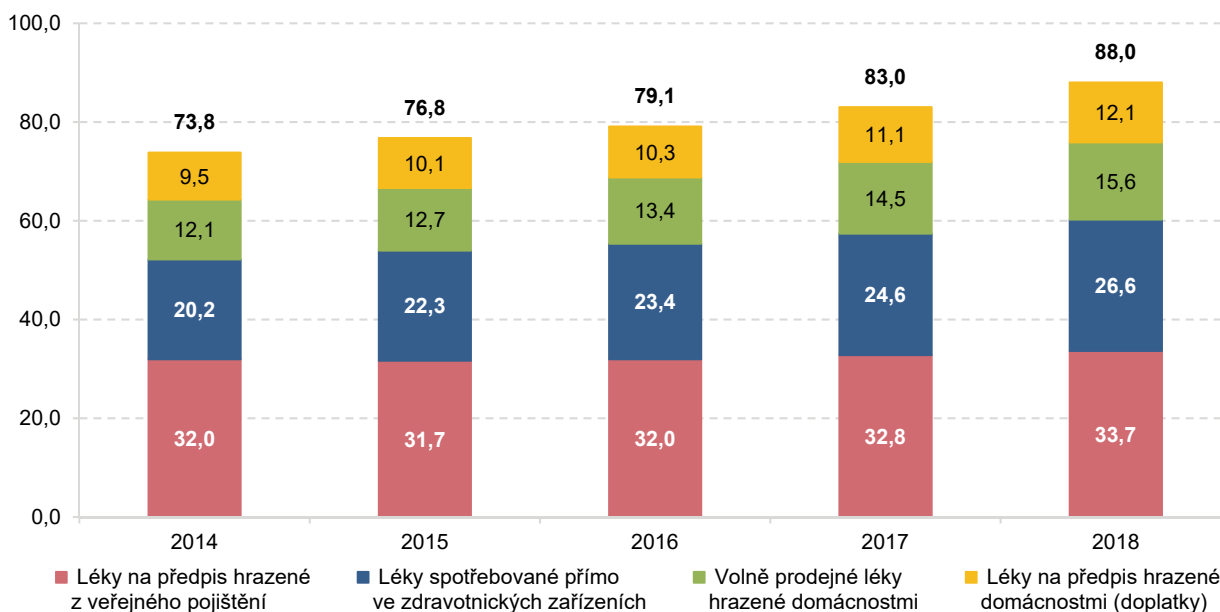


5.2 Výdaje za léky podle místa jejich spotřeby

Za **ambulantně vydávané léky** hrazené z veřejného zdravotního pojištění a doplatků domácností bylo v roce 2018 vynaloženo 61,4 mld. Kč. Z uvedené částky tvořily výdaje na léky vydané na předpis včetně jejich doplatků 45,8 mld. Kč a za volně prodejné léky 15,6 mld. Kč. Výdaje na ambulantně vydávané léky tak tvořily 14,2 % celkových výdajů na zdravotní péči, které v roce 2018 dosáhly výše 430,9, mld. Kč.

Na **léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních** bylo v roce 2018 vydáno téměř o třetinu více korun než v roce 2014 (26,6 mld. Kč oproti 20,2 mld. Kč). V roce 2018 léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních představovaly 6,2 % z celkových výdajů na zdravotní péči oproti 5,8 % v roce 2014.

Graf č. 5.4. Vývoj výdajů na léky v Česku podle místa spotřeby, 2014–2018 (v mld. Kč)



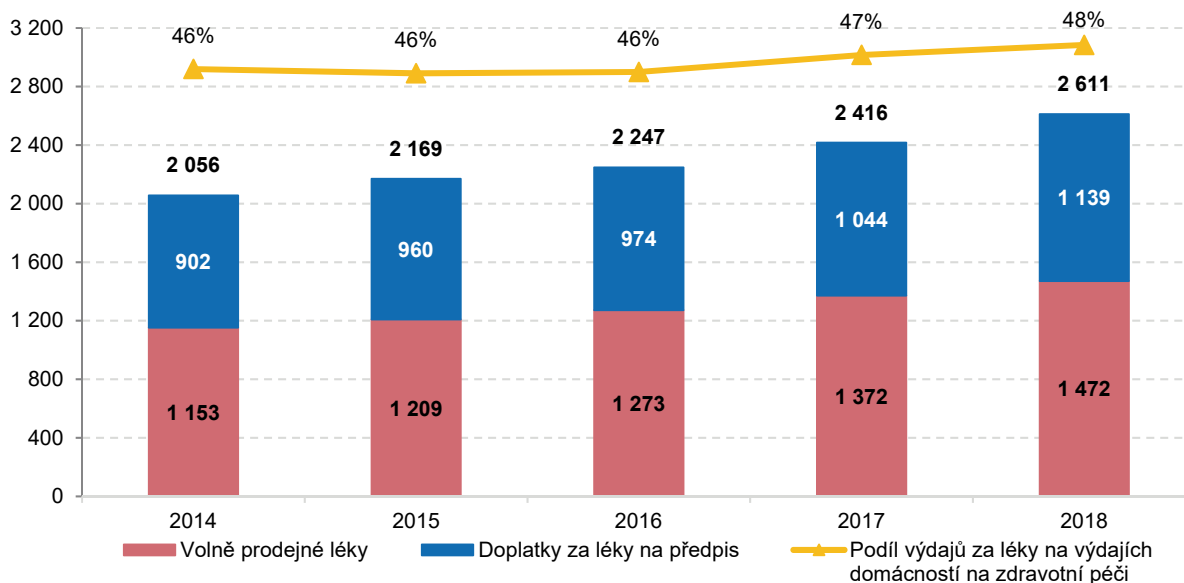
Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Pokud se zaměříme na výdaje na ambulantně vydávané léky v absolutních hodnotách, tak je z předchozího grafu patrné, že ve sledovaném období nezaznamenaly výdaje na **léky na předpis hrazené z veřejného zdravotního pojištění** žádné výrazné výkyvy a průměrná hodnota se pohybovala na úrovni 32,4 mld. Kč. **Přímé výdaje domácností na doplatky na léky na předpis** a na **volně prodejné léky** se každoročně pozvolna zvyšovaly a obě uvedené hodnoty dosáhly v roce 2018 zatím svého historického maxima.

Každý obyvatel České republiky ročně zaplatí z vlastní peněženky za léky více než 2,6 tisíce korun

Z grafu č. 5.5 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 2018 vydáno domácnostmi 2 607 Kč, přičemž z toho 1 139 Kč stály doplatky za léky na předpis a 1 468 Kč volně prodejné léky.

Průměrné doplatky na léky na předpis dosáhly v roce 2014 zhruba 903 Kč. V následujících letech se každoročně mírně zvyšovaly až na stávající částku 1 139 Kč. Výdaje na volně prodejné léky také pozvolna rostou. V roce 2018 utratil 1 obyvatele ČR za volně prodejné léky v průměru 1 468 Kč, což je o více než jednu čtvrtinu větší částka než v roce 2014.

Graf č. 5.5. Výdaje domácností v ČR za léky, 2014–2018 (na 1 obyvatele v Kč, podíl na zdravotní péči v %)

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Zvyšují se výdaje zdravotních pojišťoven na léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních

Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v roce 2018 dosáhly 283,9 mld. Kč, tj. 66 % z celkových výdajů na zdravotní péči v České republice. Zdravotní pojišťovny vydaly za **léky na předpis a léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních** v daném roce 60,3 mld. Kč (graf č. 5.4.), které tvořily 14 % jejich celkových výdajů na zdravotní péči. Podíl výdajů za uvedené skupiny léků na kompletních výdajích zdravotních pojišťoven na zdravotní péči zůstává od roku 2014 bez výrazných změn.

V průběhu pětiletého období 2014–2018 zaplatily zdravotní pojišťovny za **ambulantně vydávané léky na předpis** celkem 162 mld. Kč. Průměrné roční výdaje se pohybovaly ve sledovaném období na úrovni 32 mld. Kč.

Výdaje zdravotních pojišťoven **za léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních** se každoročně zvyšují. V roce 2018 se překonaly hranici 26 mld. Kč (přesněji 26,6 mld. Kč), což je téměř o třetinu více než v roce 2014. Průměrné tempo růstu od roku 2014 činilo 7,1 %.

5.3. Výdaje za léky podle zdrojů jejich financování**Téměř 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 2018 utratily domácnosti za volně prodejné léky a doplatky za léky na předpis celkem 27,7 mld. Kč, což představovalo více než **48 % veškerých výdajů domácností na zdravotní péči**. Ve sledovaném období 2014–2018 nedocházelo k výrazným změnám, co se týká relativní zátěže plateb za léky v rozpočtech domácností na jejich celkových výdajích.

Z údajů v grafu č. 5.4 vyplývá, že v roce 2018 doplácely domácnosti celkem 12,1 mld. Kč za léky na předpis, což je o 2,6 mld. Kč více než v roce 2014 (v procentuálním vyjádření o 27 % více). Domácnosti dále vydaly celkem 15,6 mld. Kč za volně prodejné léky, což představovalo nárůst o 29 % oproti roku 2014 (11,4 mld. Kč). Domácnosti utratily za léky za období 2014–2018 celkově 121,6 mld. Kč s průměrným ročním tempem růstu 6,4 %.

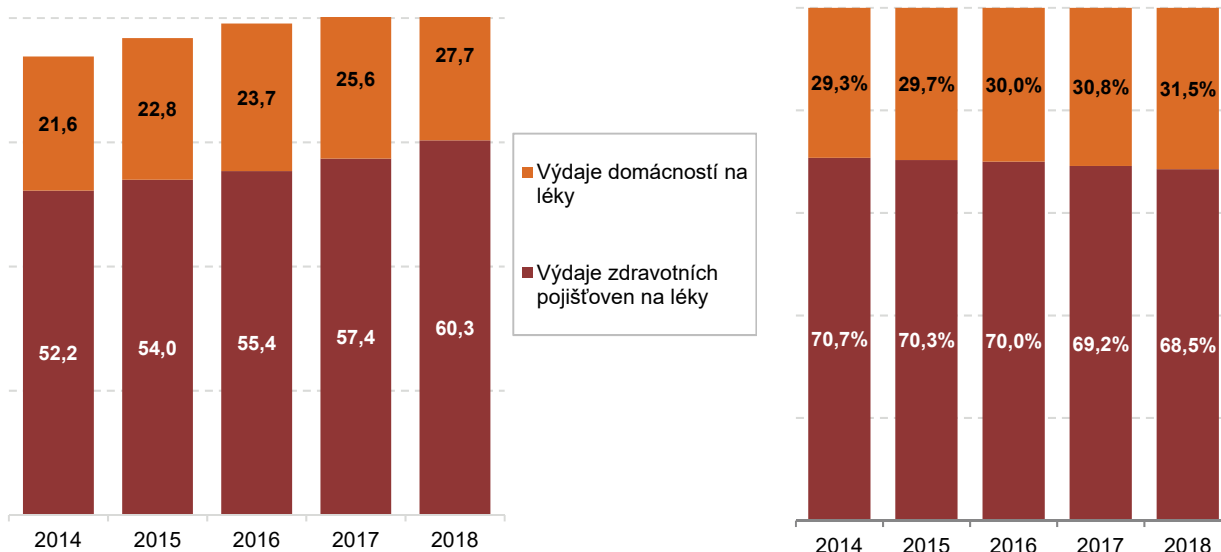
Jak ukazuje graf č. 5.6, dlouhodobě jsou léky v České republice zhruba ze 70 % financovány zdravotními pojišťovnami a zbývajících 30 % připadá na domácnosti.



Graf č. 5.6 Výdaje za léky v České republice podle zdroje financování, 2014-2018 (mld. Kč; %)

a) v mld. Kč

b) struktura (%)

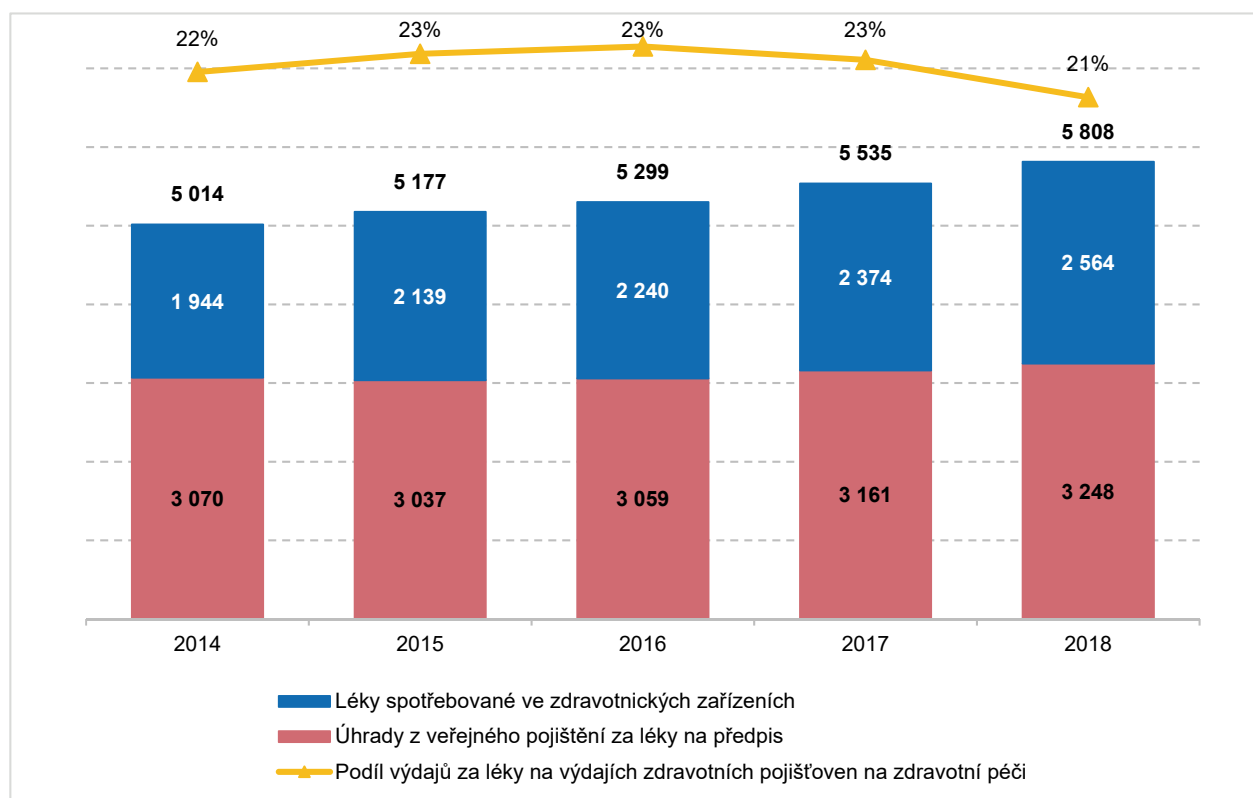


Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

V roce 2018 uhradily zdravotní pojišťovny za léky v průměru 5,8 tisíce korun na pojištěnce

Graf č. 5.7 znázorňuje přehled výdajů zdravotních pojišťoven za léky na předpis a za léky poskytnuté pacientům ve zdravotnických zařízeních na jednoho pojištěnce veřejného zdravotního pojištění. Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven za léky dosáhly v roce 2018 více než 5,8 tisíce Kč za 1 pojištěnce, z čehož za léky na předpis to bylo 3 248 Kč a za léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních 2 564 Kč.

Graf č. 5.7. Výdaje zdravotních pojišťoven za léky, 2014-2018 (na 1 pojištěnce v Kč; podíl na zdravotní péči v %)

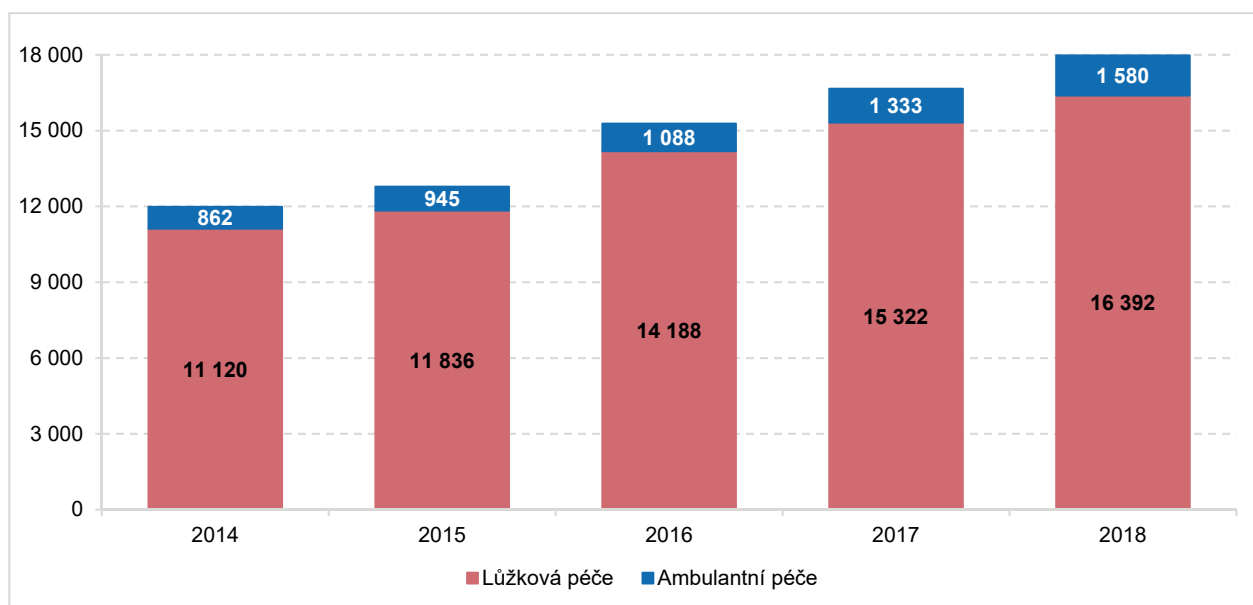


Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Výdaje zdravotních pojišťoven na centrové léky vzrostly za uplynulých pět let o polovinu

Celková částka, kterou uhradily zdravotní pojišťovny v roce 2018 za léky pro specializovaná centra, dosáhla výše 18,0 mld. korun. Za centrové léčivé přípravky, poskytované v rámci lůžkové péče, bylo vydáno až 91 % z uvedené částky. Zatímco v roce 2014 vynaložily zdravotní pojišťovny na léčivé prostředky ve specializovaných centrech s lůžkovým oddělením 11,1 mld. Kč, v roce 2018 vzrostla částka téměř o polovinu na stávajících 16,4 mld. Kč, s průměrným ročním tempem růstu 10,2 %. Výdaje za léky poskytované ve specializovaných centrech při ambulantní léčbě se rovněž každoročně pozvolna zvyšují až na stávající hodnotu 1,6 mld. Kč v roce 2018. V porovnání s rokem 2014 se zvýšily téměř dvojnásobně. Hlavní příčinou růstu výdajů je příliv nových preparátů a rozšiřování indikací, takže tuto léčbu dostává více pacientů než dříve. Ve specializovaných pracovištích se léčí především onkologická, metabolická, kardiovaskulární a neurologická onemocnění.

Graf č. 5.8. Výdaje zdravotních pojišťoven v Česku na centrové léky (léčivé přípravky poskytované ve specializovaných pracovištích), 2014–2018 (v mil. Kč)



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019

Metodická příloha

Základní rozdíly mezi metodikou SHA 1.0 a stávající 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) nemoci. 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.

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 sběru 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 (HCR.1.1) zahrnují služby tzv. asistenčního charakteru jako je 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.

Peněžitá dávkou dlouhodobé sociální péče (HCR.1.2) 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 2018 se uvedený příspěvek zvýšil o 150 Kč měsíčně na 550 Kč. Příspěvek na mobilitu je pro všechny postižené ve stejné výši. Účel dopravy, na který je příspěvek využíván, současná legislativa nestanovuje. Dojížďka 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. 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 měsíčně vyplácenou 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 zvládnání 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.

V případech, kdy je příspěvek na péči využíván na nákup péče poskytované v rámci registrovaných sociálních služeb, představuje současně příjmy těchto služeb. Z důvodů vyloučení duplicity vykazovaných výdajů tak nemohou být výdaje na příspěvky na péči pobírané klienty sociálních služeb plně zahrnuty do statistiky zdravotnických účtů. V roce 2018 představovaly celkové výdaje na příspěvky na péči 26 mld. Kč, z toho ovšem část pobírali klienti zařízení sociálních služeb. Podle metodiky SHA 2011 bylo do statistiky zdravotnických účtů zahrnuto 70 % z celkových výdajů na příspěvek na péči, tedy 18 074 mil. Kč.



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

Pracoviště DIOP (dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče) poskytuje péči léčebnou a ošetrovatelskou, nezbytnou fyzioterapii, ergoterapii a nutriční podporu s použitím moderních metod ošetrovatelské péče a bazální stimulace.

Pracoviště následné intenzivní péče (NIP) slouží k péči o pacienty, u nichž došlo ke stabilizaci kritického stavu, jsou však dosud závislí na podpoře základních životních funkcí, typicky na umělé plicní ventilaci.

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 lékárny.

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 zvládnutí 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 zvládnutí 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 zvládání 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 zvládání 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 zvládání 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.

Komplexní lázeňská péče je plně hrazená zdravotní péče a navazuje na lůžkovou péči nebo specializovanou ambulantní zdravotní péči. Je zaměřena na doléčení, zabránění vzniku invalidity a nesoběstačnosti či na minimalizaci rozsahu invalidity. Týká se rovněž nemocí z povolání a jiných druhů poškození zdraví při výkonu profese. U účastníků nemocenského pojištění se poskytuje v době jejich dočasné pracovní neschopnosti.

Příspěvková lázeňská péče je částečně hrazenou péčí a je poskytována především pojištěncům s chronickým onemocněním, a to jednou za dva roky, nerozhodne-li revizní lékař jinak. Stravování, a ubytování si hradí klient sám.

Samoplátce lázeňské péče si všechny náklady spojené s pobytem a léčbou hradí sám. Klient nemusí mít lékařské doporučení a doba pobytu není limitována. Všechny léčebné procedury, které jsou v lázních poskytovány, jsou předepsány po vstupním lékařském vyšetření a konzultaci s lékařem. Kromě klasických léčebných pobytů je možno si vybrat z různých „léčebných balíčků“.