

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**.

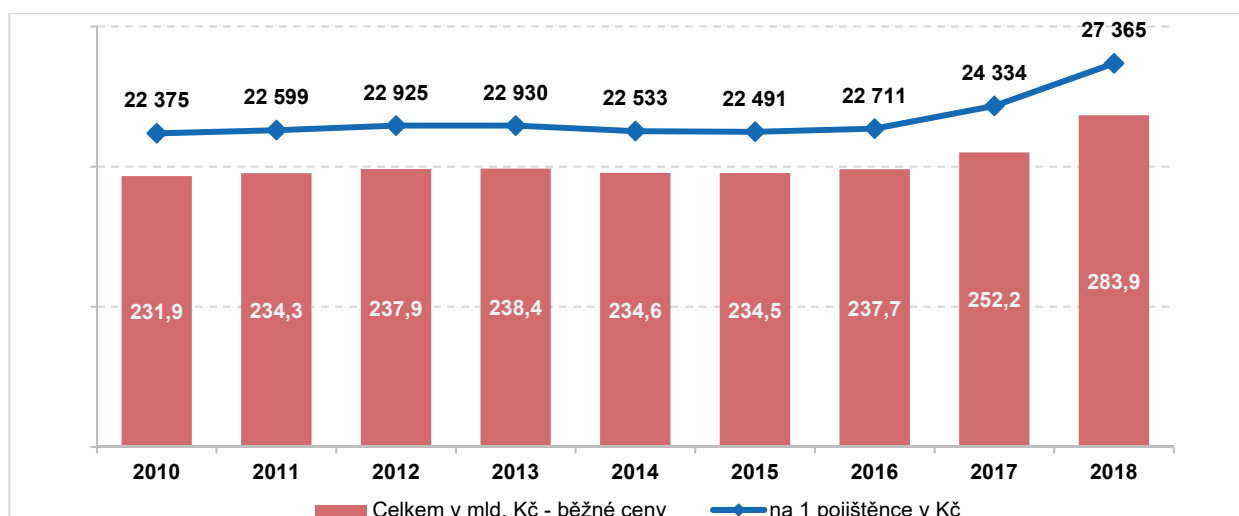
2.1. Celkové výdaje zdravotních pojišťoven

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.

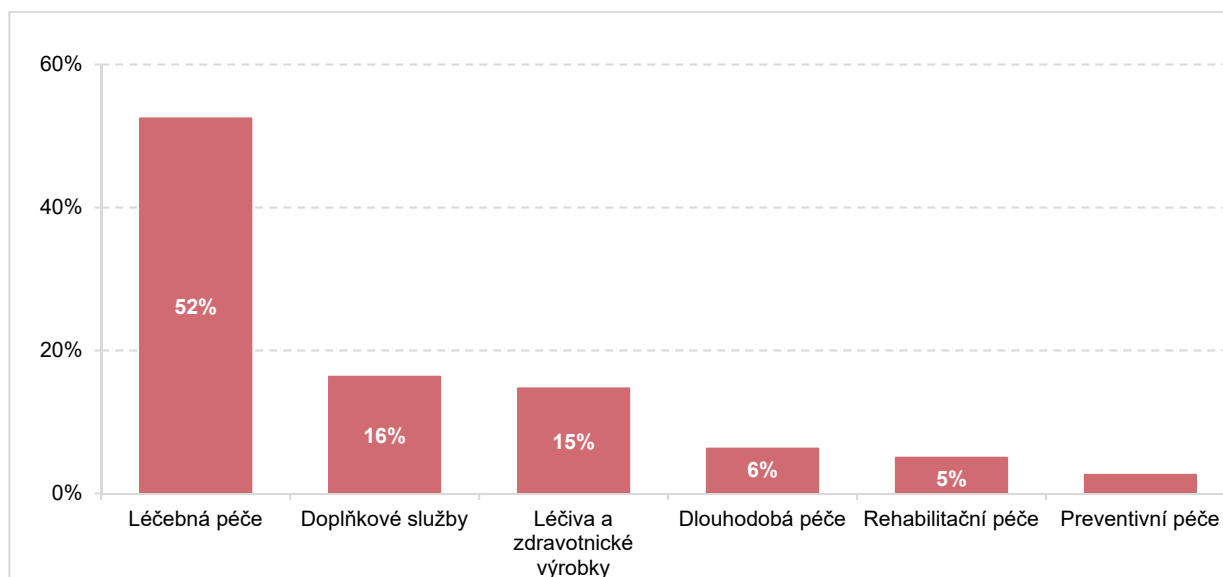
Právě často diskutované léky předepisované specializovanými centry pro léčbu závažných nemocí stály v roce 2018 zdravotní pojišťovny **18,0 mld. Kč**, což je o 173 % více než v roce 2010 (6,6 mld. Kč). Biologická léčba se už týká celého spektra diagnóz neurologických, gastroenterologických, revmatologických, 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



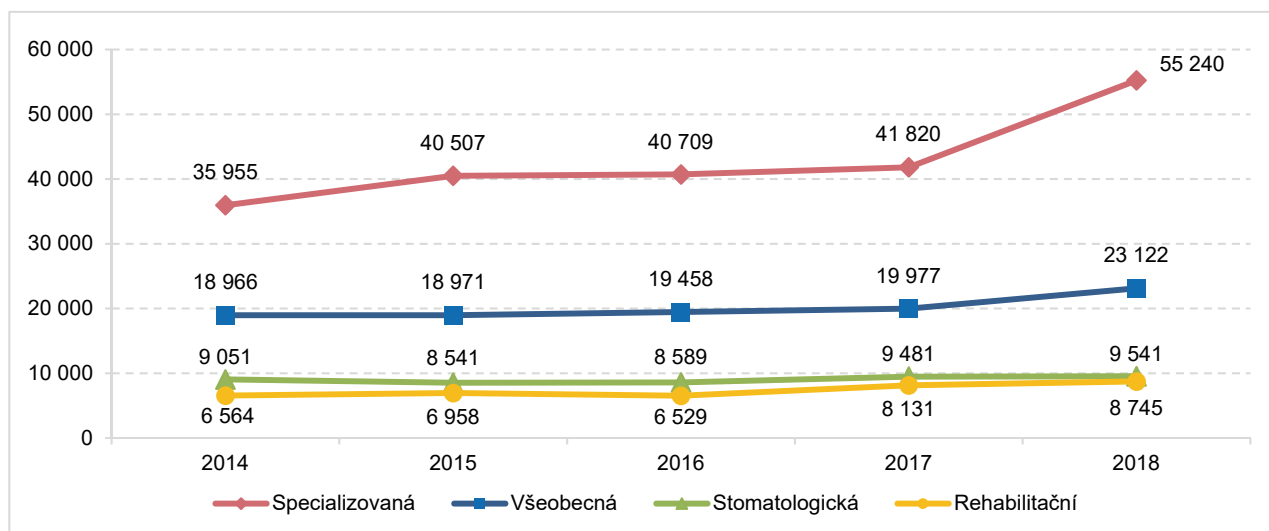
Poznámka: kategorie léčebná péče zahrnuje výdaje na lůžkovou, ambulantní (včetně stomatologické), denní a domácí péči

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 připadlo 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)



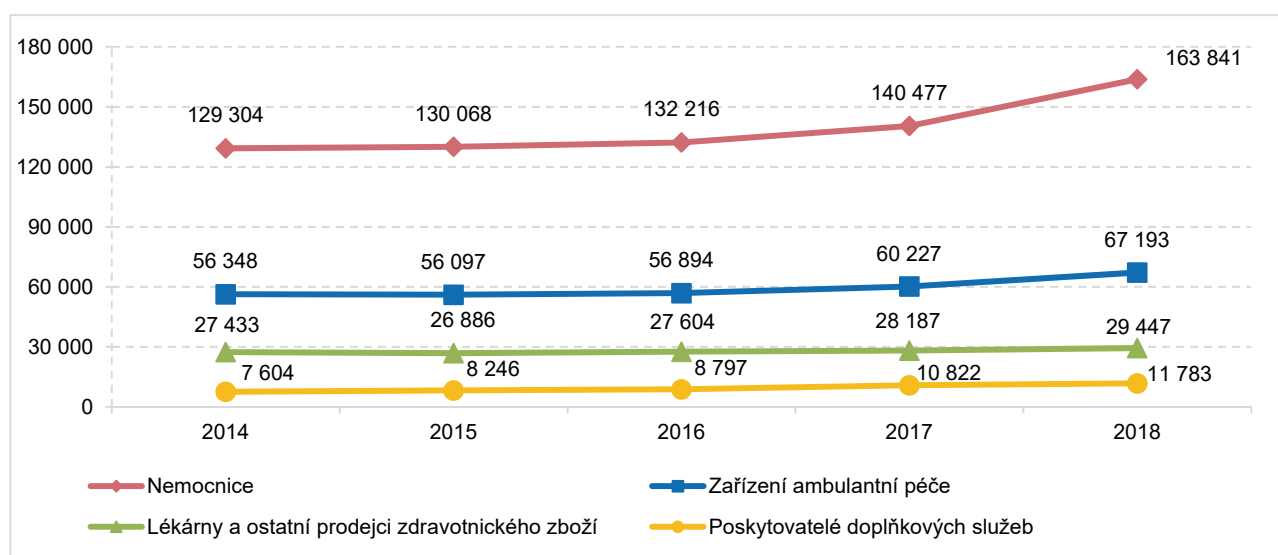
Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

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 odléčených 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



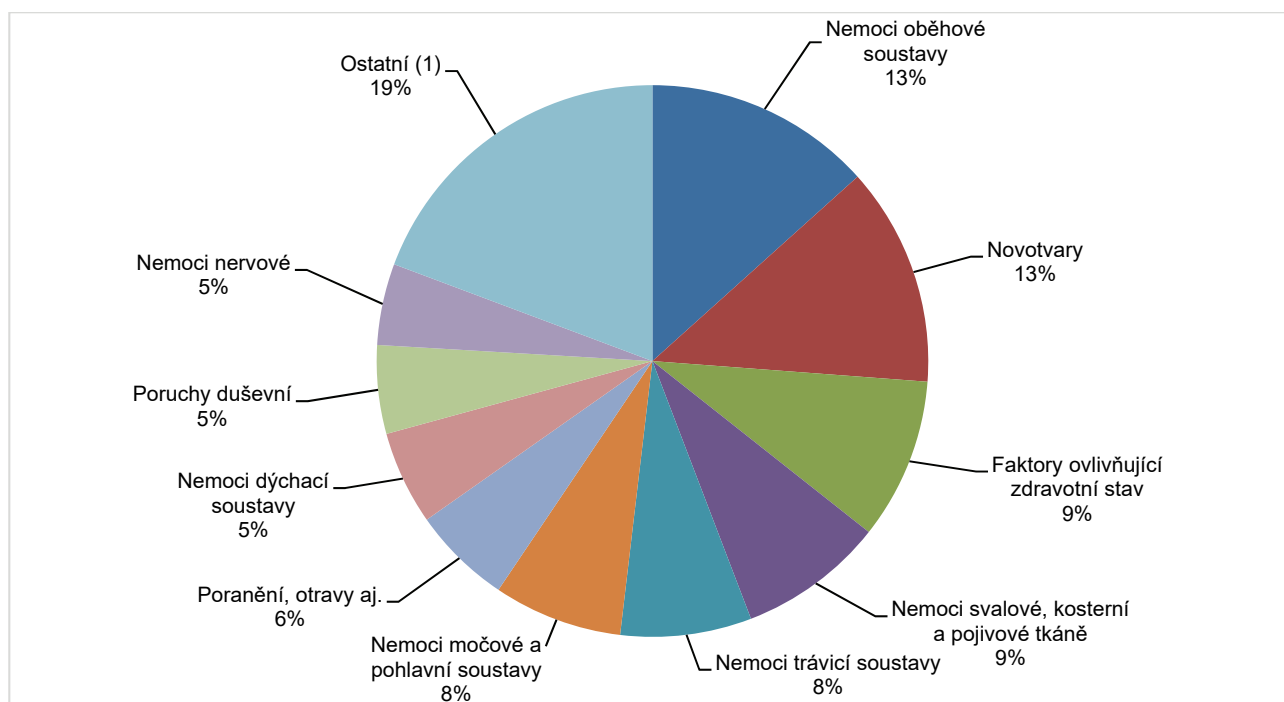
Výdaje zdravotních pojišťoven za zdravotní péči v nemocnicích se od roku 2017 výrazně zvýšily

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).

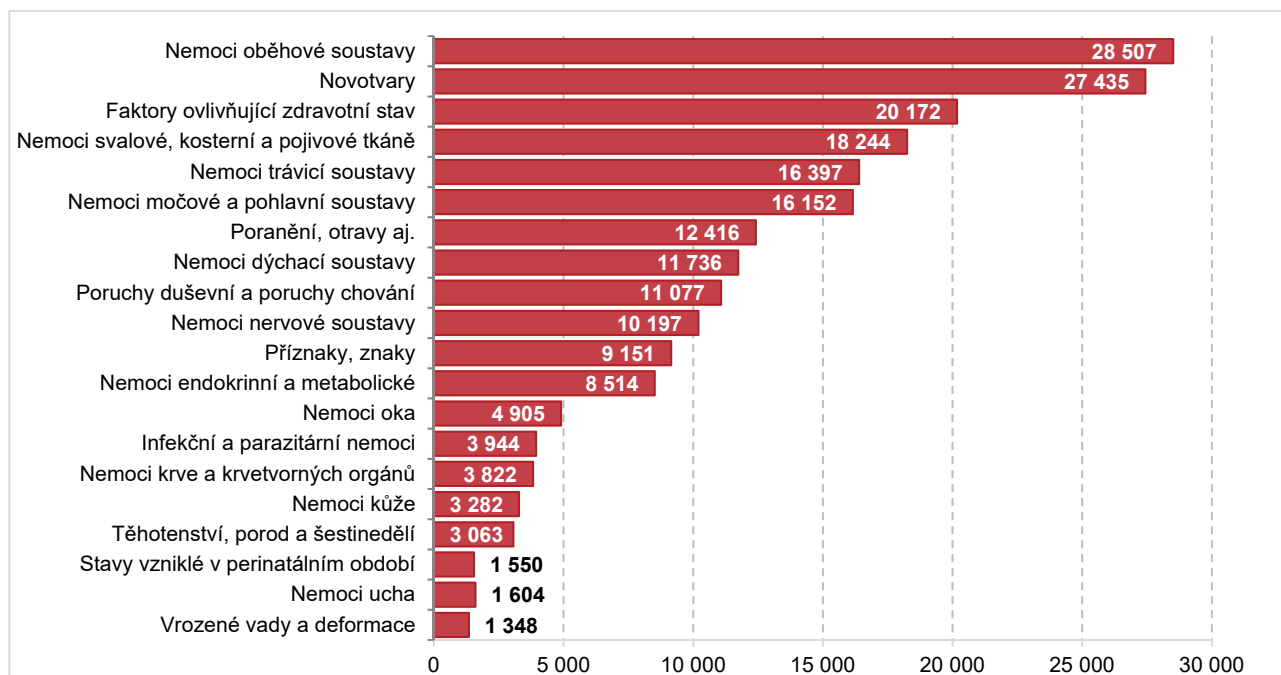
Nemoci oběhové soustavy byly dle údajů ÚZIS ČR druhým nejčastějším důvodem pro hospitalizaci. Tvořily 13 % z celkového počtu všech hospitalizací v nemocnicích s průměrnou ošetrovací dobou 7,6 dne. S nemocemi oběhové soustavy byli častěji hospitalizováni muži než ženy. Průměrný věk hospitalizovaných mužů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

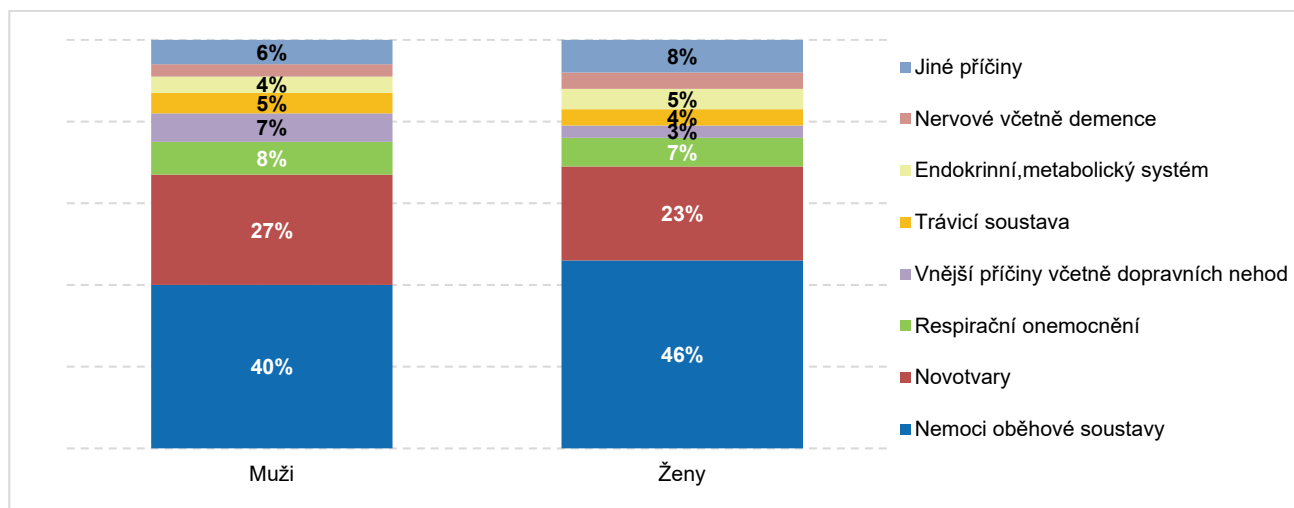


Třetí nejnákladnější kapitolou jsou **faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami** (20,2 mld. Kč). Jedná se obsahově o velmi různorodou skupinu příčin čerpání zdravotní péče. Patří sem nejrůznější prohlídky (preventivní, zubní, gynekologické, v těhotenství, oční atd.), laboratorní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

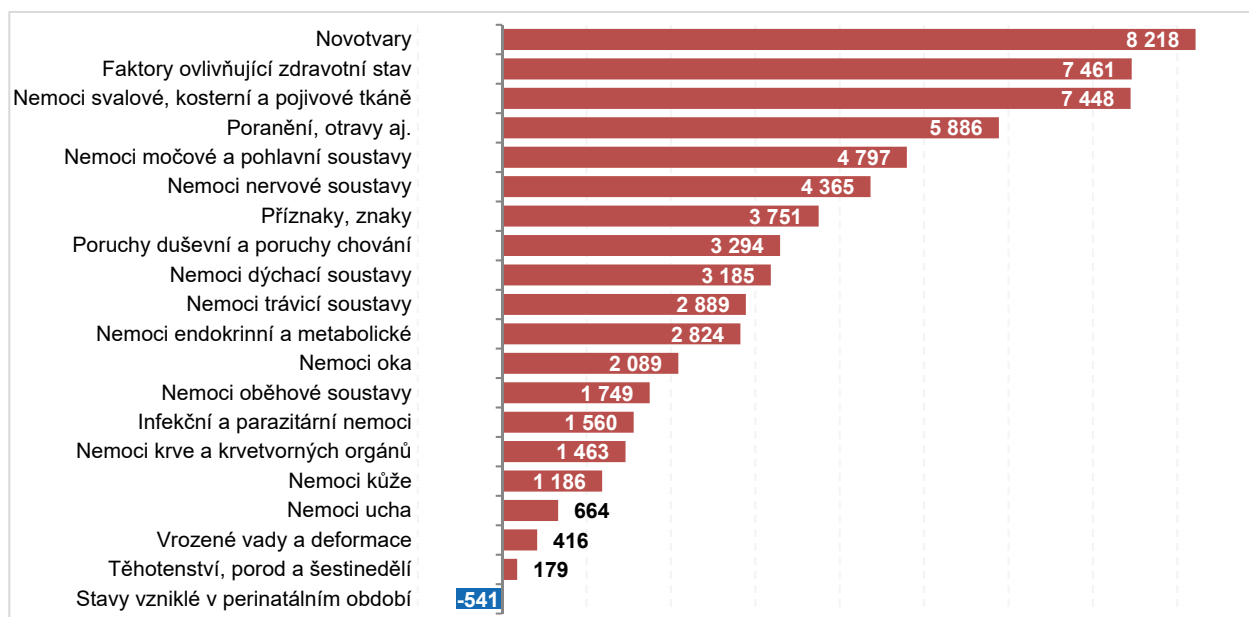


Zdroj: CSÚ 2020, Statistická ročenka ČR

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

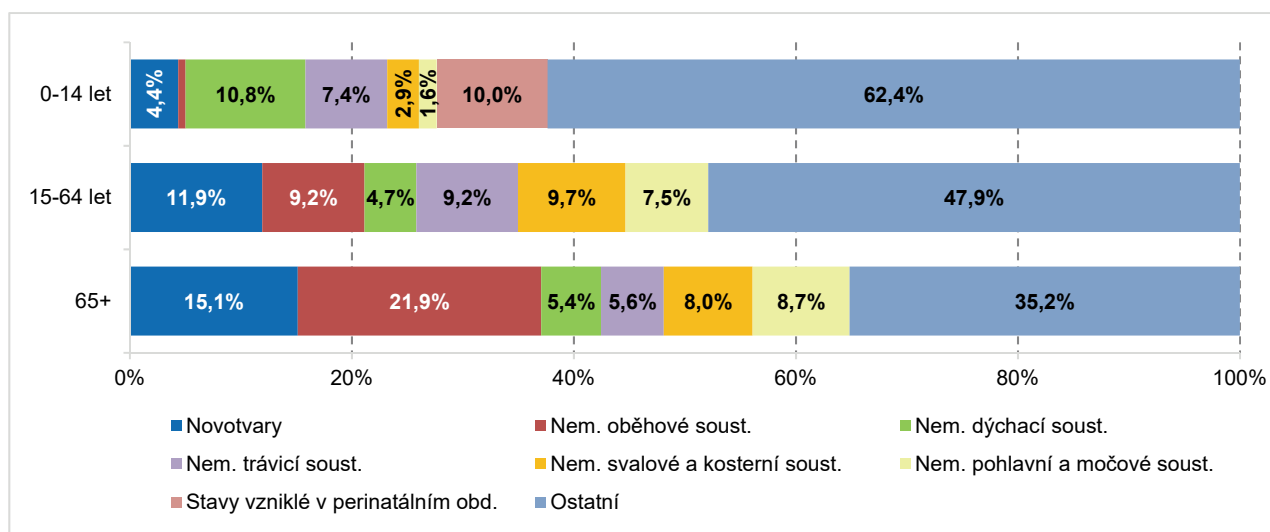
Následující graf č. 2.9 přináší přehled nejnákladnějších kapitol diagnóz z roku 2018 ve třech základních věkových skupinách.¹ Ve věkových skupinách **15–64 let** a **65 a více let** je výčet nejnákladnějších skupin diagnóz téměř totožný a mění se mírně pouze jejich pořadí. Nejmarkantnější **rozdíl** podle věku je ve

¹ Nejsou zde samostatně uvedeny diagnózy z kapitoly - Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, které jsou zahrnuté v položce ostatní.

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 nejzávažnějších 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

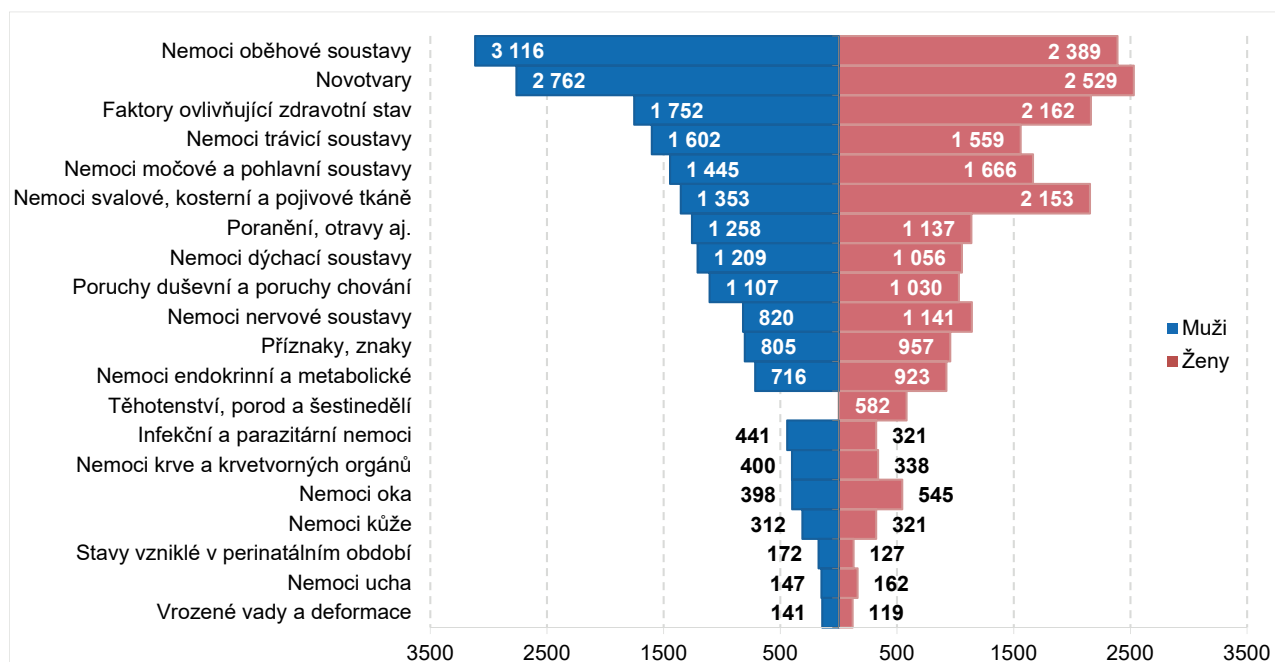
Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

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)

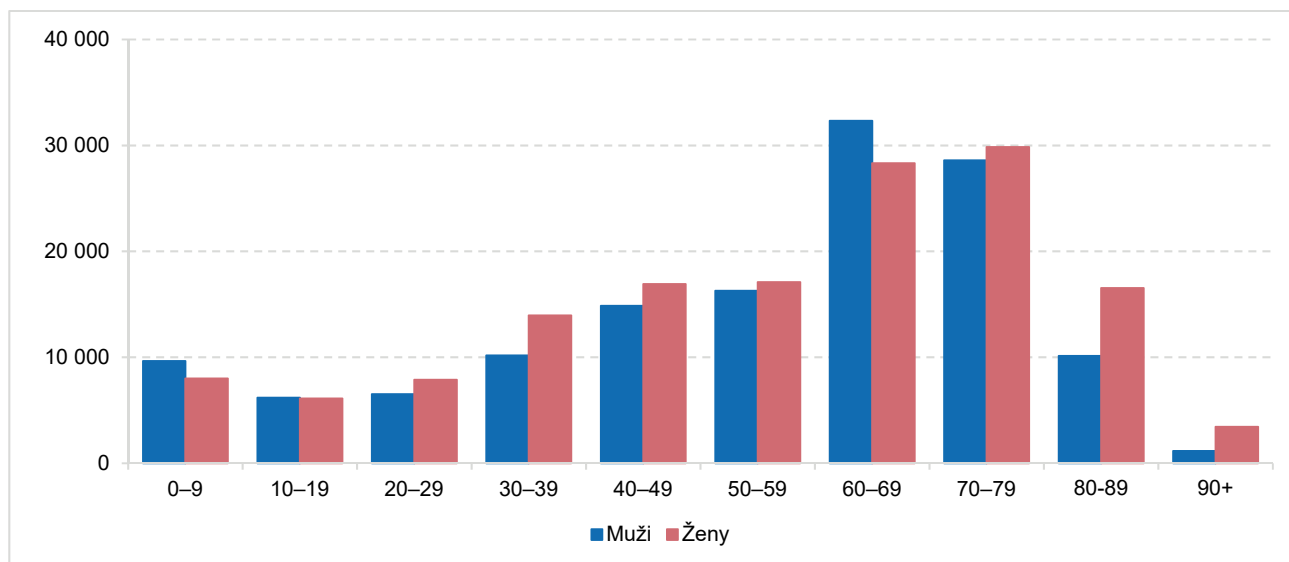


Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

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 projevovat 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

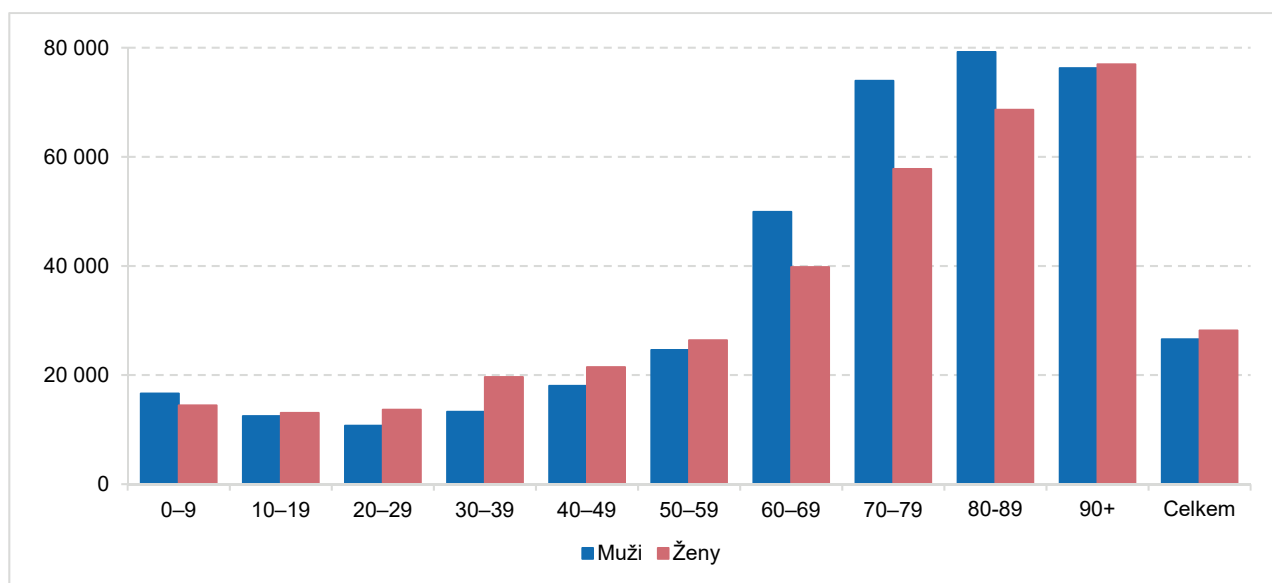


Zdravotní pojišťovny vydaly nejvíce peněz na péči o muže ve věku 60-69 let

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**² 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

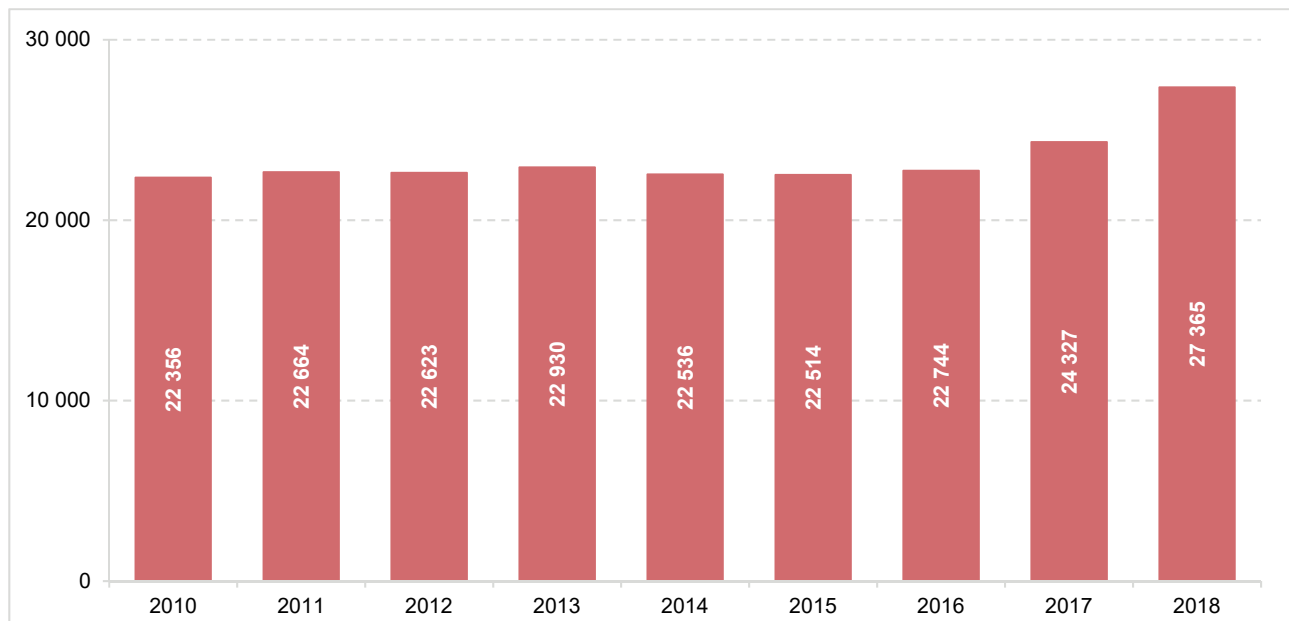
Celkově byly v roce 2018 průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na jednu pojištěnou ženu (**28 155 Kč**) o 6 % vyšší než průměrné výdaje na jednoho pojištěného muže (**26 553 Kč**).

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.

² Tabulka počtu pojištěnců podle věku a pohlaví je uvedena v příloze (viz tabulka č.21)

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

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

