

3.2. Výdaje domácností na zdravotní péči

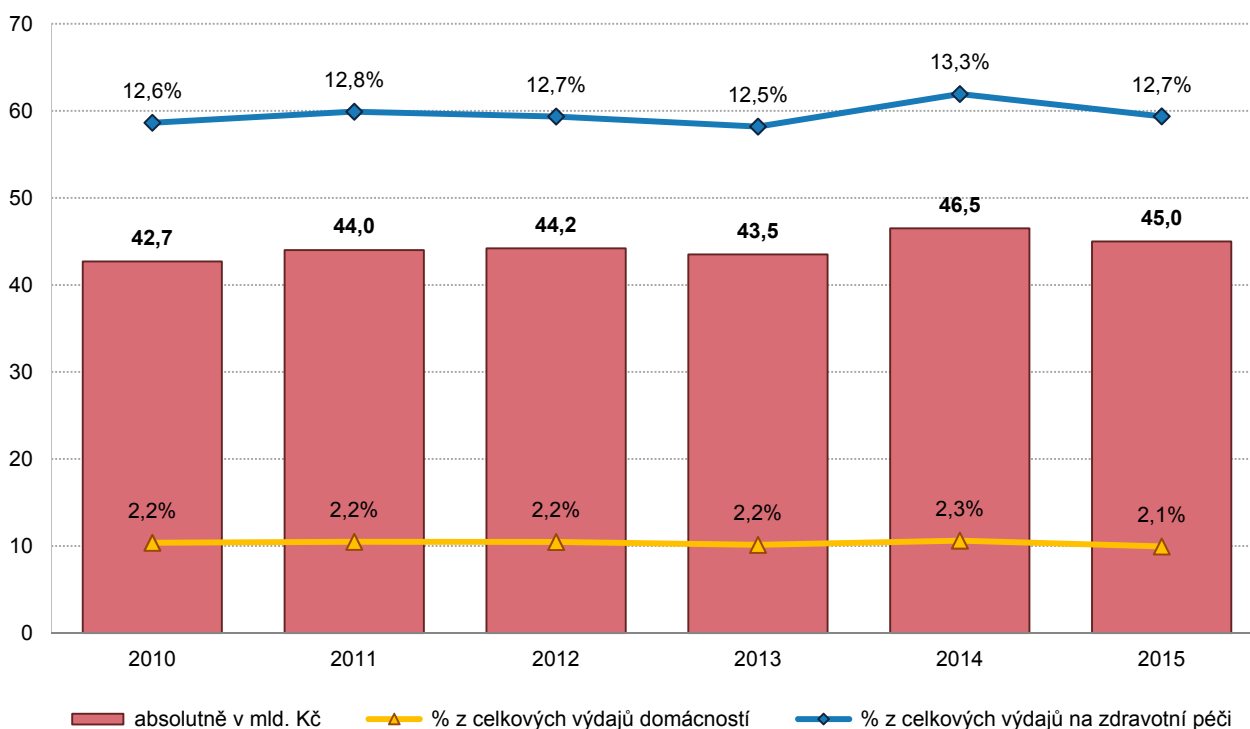
Následující kapitola přináší přehled **základních údajů o celkových výdajích domácností na zdravotní péči** za uplynulých deset let. Více pozornosti je věnováno výdajům **na léky**, které patří k nejnákladnějším položkám českých domácností. Zaměříme se rovněž na informace o výdajích domácností **na jednotlivé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

3.2.1. Základní údaje

Výdaje domácností na zdravotní péči v roce 2015 dosáhly 45 043 mil. Kč, tedy 12,7 % z celkových výdajů na zdravotní péči v České republice – tento podíl se od roku 2010 zásadně nemění a osciluje mezi 12,5 % a 13,3 %. Tato částka představuje více než 2 % z celkových výdajů domácností. Od roku 2010 se výdaje domácností na zdravotní péči pohybují nad hranicí 40 miliard Kč a v roce 2014 dosáhly zatím maximální výše 46 491 mil. Kč. O rok později poklesly výdaje domácností na zdravotní péči o 3 % na úroveň 45 043 mil. Kč.

Pokud bychom vztáhly přímé výdaje domácností na zdravotní péči na jednoho obyvatele, dosáhly bychom v roce 2015 hodnoty 4,3 tis. Kč oproti 4,1 tis. v roce 2010.

Graf č. 3.2.1 Přímé výdaje domácností v ČR na zdravotní péči, 2010-2015 (mld. Kč; %)



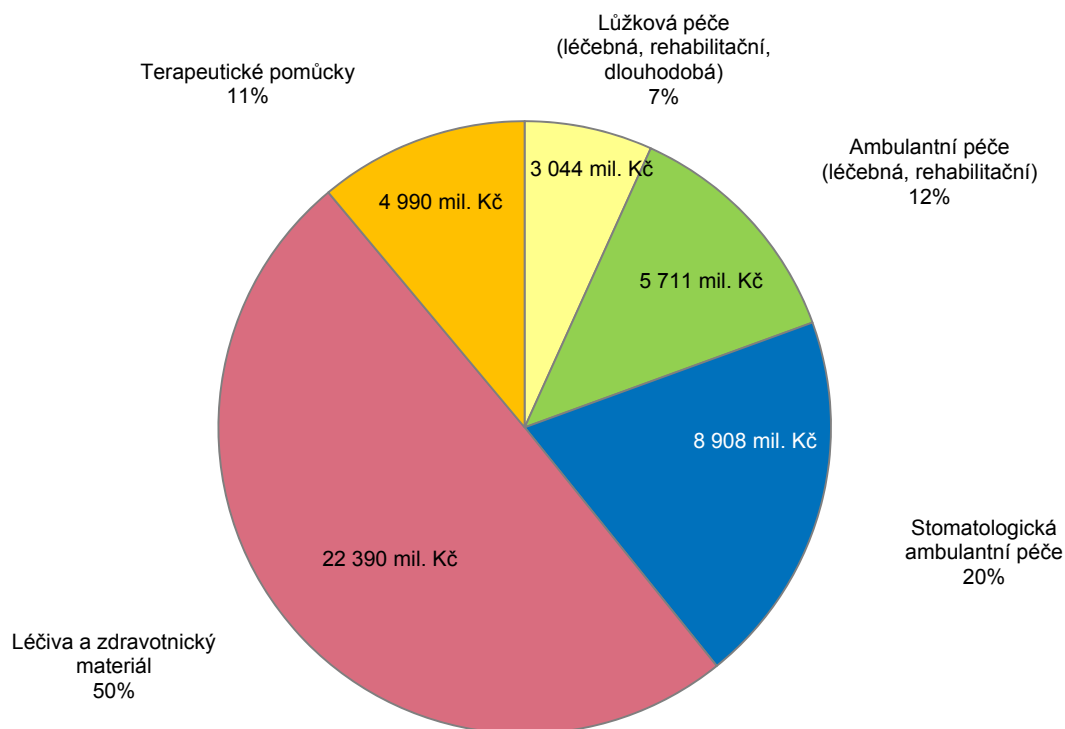
Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Uvedené výdaje zahrnují přímé náklady domácností na zdravotní péči, nikoli platby, které jsou zpětně propáčeny (např. refundace od zdravotních pojišťoven při úhradě naléhavé zdravotní péče v zahraničí). Lidé platí z vlastní kapsy především léky, ať už se jedná o doplátky 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 a další služby nehrzené z veřejného zdravotního pojištění.



V roce 2015 utratily české domácnosti za **léky** až polovinu (49,7 %; 21,8 mld. Kč) svých výdajů na zdravotní péči. Druhou nejdůležitější položkou již od roku 2010 – s 20 % (8,9 mld. Kč) podílem v roce 2015 - tvoří přímé platby pacientů za **zubařské výkony**. Zhruba desetina z výdajů domácností na zdravotní péči směřuje na příspěvky na **ambulantní péči**, ať už léčebnou nebo rehabilitační, stejně jako na **terapeutické pomůcky**, nejčastěji brýle a kontaktní čočky.

Graf č. 3.2.2 Výdaje domácností v ČR na zdravotní péči, 2015 (mil. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Léky tvoří tradičně největší část výdajů domácností na zdravotní péči

Největší část finančních prostředků na zdravotní péči vydávají domácnosti každoročně na **léčiva a ostatní zdravotnické výrobky** (téměř 61 % v roce 2015), z čehož tradičně tvoří největší výdajovou položku, téměř čtyři pětiny z této kategorie, náklady na léky (na předpis i volně prodejné léky). Necelá pětina výdajů z této kategorie směřuje na terapeutické pomůcky a vybavení (brýle, naslouchadla, ortopedické pomůcky, berle, invalidní vozíky apod.).

V meziročním srovnání 2010 a 2011 byl zaznamenán nárůst výdajů domácností **na léky na předpis** o 500 milionů Kč a od té doby se tyto výdaje pohybují nad hranicí 9 miliard Kč. V letech 2011 – 2015 nedosahují výdaje domácností na předepsané léky výrazných výkyvů. Uvedená hodnota 9 507 mil. Kč z roku 2015 je zatím nejvyšší za sledované období.

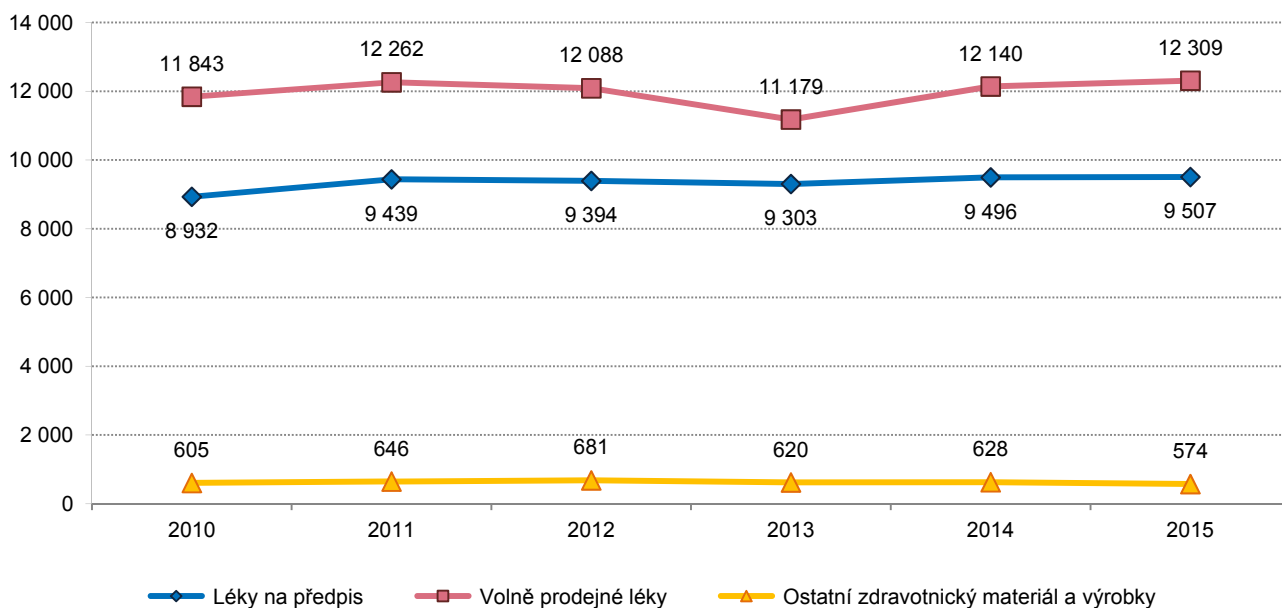
Obdobný vývoj jako výdaje domácností na léky na předpis mají i výdaje za **volně prodejné léky**, s tím rozdílem, že pokles mezi roky 2012 a 2013 dosáhl 8 % (ve stejném období se snížily výdaje na léky na předpis pouze o necelé 1 %). V následujícím roce došlo k opětovnému nárůstu výdajů domácností na léky bez předpisu a odpovídají zhruba úrovni roku 2012. Také v případě volně prodejných léků dosáhly výdaje domácností v roce 2015 zatím maximální hodnoty - 12 309 mil. Kč.

Tabulka č. 3.2.1 Výdaje domácností v ČR na zdravotní péči podle druhu poskytnuté zdravotní péče, 2010-2015

Druh zdravotní péče	mil. Kč						Index 2015/2014
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
1 Léčebná péče	13 315	13 337	13 038	13 758	15 301	14 387	94,0
1.1 Lůžková léčebná péče	487	576	834	699	755	694	91,9
1.3 Ambulantní léčebná péče	12 828	12 761	12 204	13 059	14 546	13 693	94,1
1.3.1 Všeobecná ambulantní léčebná péče	2 382	2 171	2 302	2 429	2 622	2 299	87,7
1.3.2 Stomatologická ambulantní léčebná péče	7 118	7 737	6 802	7 362	8 436	8 908	105,6
1.3.3 Specializovaná ambulantní léčebná péče	3 328	2 853	3 100	3 268	3 488	2 486	71,3
2 Rehabilitační péče	2 222	2 539	3 388	2 983	3 240	3 201	98,8
2.1 Lůžková rehabilitační (lázeňská) péče	1 596	1 888	2 732	2 289	2 473	2 274	92,0
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	626	651	656	694	767	927	120,9
3 Dlouhodobá lůžková péče	52	63	93	77	83	75	90,4
5 Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	27 115	28 089	27 723	26 648	27 867	27 380	98,3
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál	21 380	22 347	22 163	21 102	22 264	22 390	100,6
5.1.1 Léky na předpis	8 932	9 439	9 394	9 303	9 496	9 507	100,1
5.1.2 Volně prodejné léky a léčiva	11 843	12 262	12 088	11 179	12 140	12 309	101,4
5.1.3 Ostatní zdravotnický materiál a výrobky	605	646	681	620	628	574	91,4
5.2 Terapeutické pomůcky	5 735	5 742	5 560	5 546	5 603	4 990	89,1
5.2.1 Brýle a další produkty oční optiky	3 740	3 744	3 626	3 617	3 654	3 254	89,1
5.2.3 Ortopedické a protetické pomůcky	296	297	287	286	289	258	89,3
5.2.9 Ostatní terapeutické pomůcky a vybavení	1 699	1 701	1 647	1 643	1 660	1 478	89,0
Celkový součet	42 704	44 028	44 242	43 466	46 491	45 043	96,9

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Graf č. 3.2.3 Výdaje domácností v ČR za léčiva a zdravotnický materiál, 2010-2015 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015



Výdaje domácností za zubařskou péči se v roce 2015 meziročně zvýšily o 6 %

Nejvyšší procentuální nárůst výdajů domácností na zdravotní péči v roce 2015 byl v porovnání s předchozím rokem zaznamenán u výdajů na **ambulantní rehabilitační péči**, a to téměř o jednu pětinu. To je dáno také relativně nízkou absolutní výší výdajů domácností na tento druh zdravotní péče, a proto i nevelký absolutní nárůst způsobí významné procentuální zvýšení.

V porovnání s rokem 2014 mírně poklesly výdaje na lůžkovou rehabilitační péči, jejíž podstatnou součástí je **lázeňská léčba**. Domácnosti se finančně podílejí především na příspěvkové lázeňské péči, která byla v roce 2013 na základě novely vyhlášky tzv. Indikačního programu o týden zkrácena, což se projevilo snížením těchto výdajů v tomto roce. V dubnu 2014 bylo toto omezení zrušeno a výdaje na lůžkovou rehabilitační péči pozvolna vzrostly. Výdaje na lůžkovou rehabilitační péči se v roce 2015 snížily o 8 %, což bylo ovlivněno i nižším zájmem pacientů o samoplátecké pobyty (o 5 tisíc méně než v roce 2014). Lázeňský fond v roce 2015 zahrnoval 88 lázeňských léčeben s 22 504 lůžky. Na vlastní náklady pobývalo v lázeňských zařízeních 121 642 dospělých tuzemských pacientů a 379 dětí a mladistvých. Z přijatých dospělých pacientů, kteří si pobyt hradili, se 78 % z nich léčilo s nemocemi pohybového ústrojí, 9 % s potížemi oběhového systému a 7 % s problémy s dýchacími cestami. Děti a mladiství, jejichž pobyt v lázních byl hrazen z rozpočtu domácností, se nejčastěji léčily s problémy pohybového ústrojí – 49 %, s nemocemi nervového systému – 22 % a s nemocemi dýchací soustavy – 19 %.

Výdaje domácností na **specializovanou ambulantní péči**, které zahrnují širokou škálu nejrůznějších úhrad například za služby nutričních terapeutů, center léčby obezity, center asistované reprodukce, dermatologické zákroky nehrazené ze zdravotního pojištění, kosmetické operace a další, se meziročně snížily o jednu pětinu a poprvé zůstaly pod hranicí 2,5 miliard.

Výdaje na **všeobecnou ambulantní léčebnou péči** (zejména péče praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost) zůstaly meziročně bez výrazných změn. U všeobecné ambulantní péče se může, mimo jiné, jednat o výdaje na různá očkování nebo preventivní vyšetření nehrazená ze zdravotního pojištění. Podle informací Ústavu zdravotnických informací a statistik ČR bylo na území ČR v roce 2015 vedeno 4 653 samostatných ordinací praktického lékaře pro dospělé, ve kterých působil 4 912 lékařů a 1 994 samostatných ordinací pro děti s 2 020 lékaři.

Výdaje domácností na **stomatologickou ambulantní péči**, které jsou stabilně vyšší než výdaje za všeobecnou i specializovanou ambulantní péči dohromady, vzrostly v roce 2015 v porovnání s předchozím rokem o 6 %. U stomatologů, kteří spolupracují se zdravotními pojišťovnami, si často pacienti připlácí za nestandardní lékařské úkony a materiály. Pokud zubař nemá uzavřenou smlouvu se zdravotními pojišťovnami, jsou veškeré zákroky hrazené dle ceníku příslušného pracoviště. Podle informace České lékařské stomatologické komory působilo na území České republiky k 31. 12. 2015 aktivně 8 117 zubních lékařů.

Výdaje domácností na **regulační poplatky** ve výši 90,- Kč za pohotovostní služby jsou zahrnuty v této analýze v ambulantní léčebné péči. Je pravděpodobné, že zrušení regulačního poplatku za návštěvu lékaře v roce 2014 ovlivnilo do určité míry meziroční 6 % pokles výdajů domácností na ambulantní léčebnou péči.

Regulační poplatky přinášely do zdravotnického systému každoročně více než 5 miliard

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**. 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.

I když regulační poplatky vyvolaly ve společnosti bouřlivou debatu, nakonec se ukázalo, že jejich zavedením se snížil počet návštěv na pohotovosti i v běžných ambulancích. Avšak už o rok později došlo k opětovnému nárůstu regulačních poplatků za ošetření na pohotovosti i za počet předepsaných léků. Pacienti si na

regulační poplatky poměrně rychle zvykli a od častějšího využívání pohotovostních služeb je neodradily. Rozsah využití se v porovnání s rokem 2008 ještě zvýšil.

Zatímco ještě v roce **2008** tvořily poplatky za návštěvu u lékaře 32 % všech uhrazených poplatků, o rok později se jejich zastoupení snížilo na 28 %. Zmíněný pokles byl částečně ovlivněn i zrušením regulačního poplatku za návštěvu lékaře pro děti do 18 let s výjimkou návštěvy klinického psychologa a logopeda. Tato změna vstoupila v platnost **1. dubna 2009**.

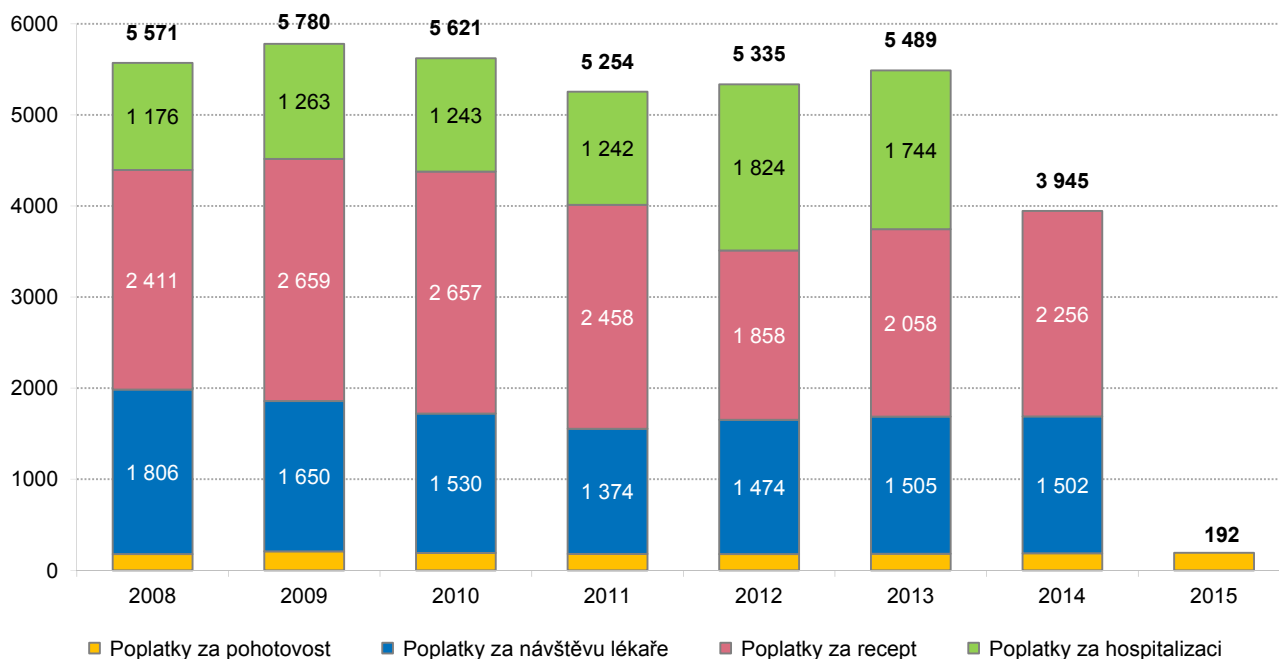
V roce **2011** zůstaly poplatky za hospitalizaci na stejné úrovni jako v roce předchozím i přesto, že od 1. 12. 2011 došlo ke změně výše regulačního poplatku za jeden den pobytu v nemocnici, ústavním či lázeňském zařízení z 60 Kč na 100 Kč. Výše poplatků za recept a za využití pohotovostních služeb poklesla o šest a sedm procent. Meziroční srovnání ukázalo 10% pokles výdajů za návštěvu u lékaře. Právě v daném roce 2011 dosáhla výše regulačního poplatku za návštěvu u lékaře nejnižší hodnoty ve výši 1 374 mil. Kč, což bylo nejméně za celou dobu jeho platnosti.

Rok **2012** přinesl výrazné zvýšení výdajů za hospitalizaci právě z důvodu zavedení vyššího regulačního poplatku za každý den hospitalizace. Celková výše regulačního poplatku za návštěvu u lékaře se zvýšila o sedm procent. Poplatky za využití pohotovostních služeb v roce 2012 zůstaly na stejné úrovni jako v roce předchozím. Meziroční srovnání ukazuje téměř čtvrtinový pokles regulačního poplatku za recept. S novým rokem se změnil koncept platby za recept. Od 1. 1. 2012 se již neplatilo 30 Kč za jednotlivé položky, ale za celý recept, což ovlivnilo výrazné snížení výše tohoto poplatku.

Rok **2014** začal podstatnou změnou v systému veřejného zdravotního pojištění. Na základě nálezu Ústavního soudu ze dne 20. června 2013 s účinností od 1. ledna 2014 byla zrušena povinnost pacientů hradit regulační poplatek ve výši 100 korun na den za pobyt v lůžkových zařízeních (nemocnicích, psychiatrických léčebnách, odborných léčebných ústavech, lázních nebo léčebnách dlouhodobě nemocných). Tato legislativní úprava následně pochopitelně způsobila snížení výdajů domácností na zdravotní péči.

Vláda České republiky dne 2. července 2014 schválila novelu výše uvedeného zákona č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, která zrušila od **1. ledna 2015** třicetikorunové regulační poplatky za návštěvu u lékaře a poplatek v lékárnách. V platnosti nadále zůstává devadesátikorunový regulační poplatek za využití lékařské a zubní pohotovosti.

Graf č. 3.2.4 Výdaje domácností v ČR na regulační poplatky, 2008-2015 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015



Kdo a kdy neplatí za pohotovost

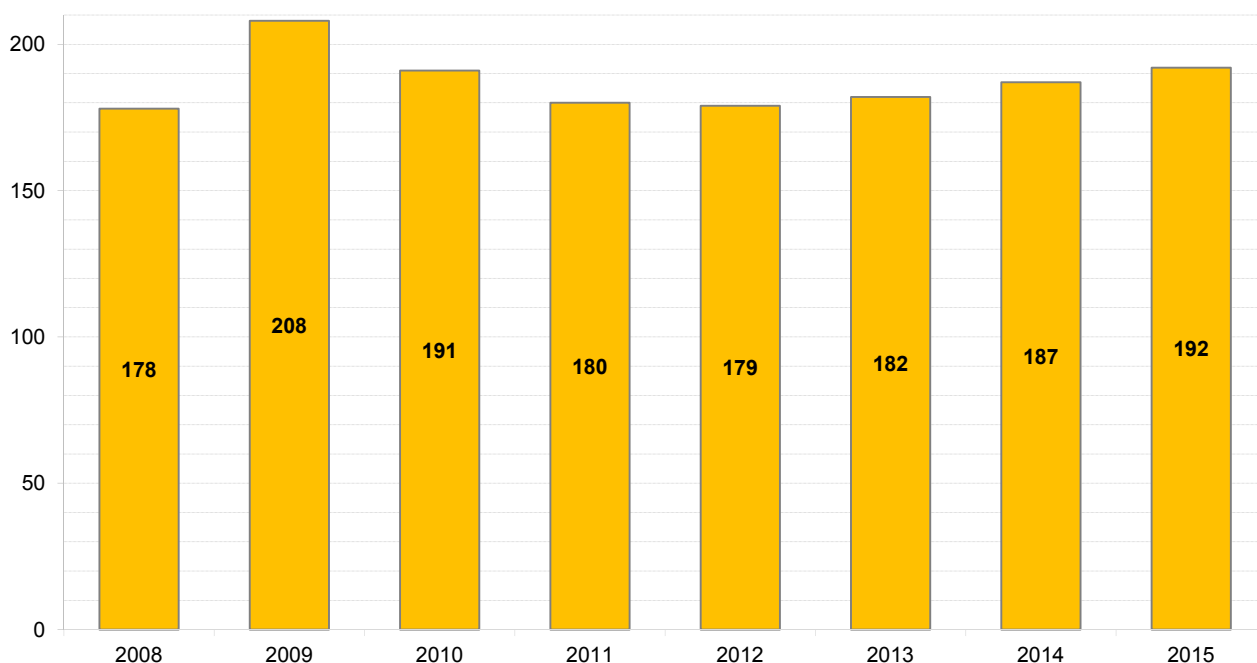
Pokud v rámci pohotovostní služby ošetřující lékař shledá, že stav pacienta vyžaduje hospitalizaci, regulační poplatek se neplatí.

Regulační poplatek za pohotovost neplatí pojištěnci v dětských domovech pro děti do tří let, ve školských zařízeních pro výkon ústavní či ochranné výchovy a v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Dále je neplatí také pojištěnci svěřeni rozhodnutím soudu do pěstounské péče, poručnické péče nebo do péče jiné osoby podle občanského zákoníku.

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

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

Graf č. 3.2.5 Výdaje domácností v ČR na regulační poplatek za pohotovost, 2008-2015 (mil. Kč)

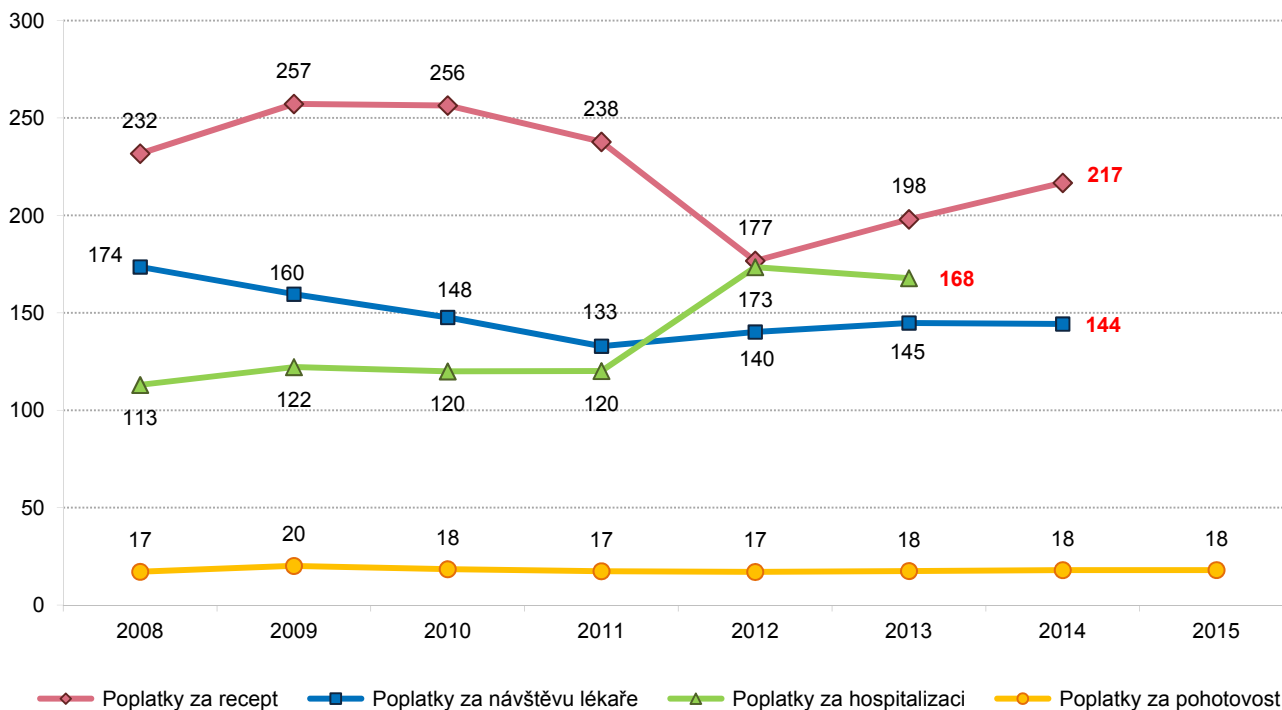


Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Po výrazném nárůstu výdajů na regulační poplatek za pohotovost v roce 2009, kdy byla překročena dvousetmilionová hranice, docházelo k jejich pozvolnému snižování až do roku 2012. V roce 2013 byl zaznamenán mírný nárůst výdajů za pohotovostní služby, který pokračoval i v následujících letech. **V roce 2015 vydaly české domácnosti za poplatky za pohotovost 192 milionů Kč, což odpovídá úrovni z roku 2010.**

Na základě výše výdajů za regulační poplatky v roce 2015 mezi nejčastější diagnózy, se kterými lidé pohotovostní službu dlouhodobě vyhledávají, patří poranění, otravy a popáleniny (53 mil. Kč), nemoci dýchacích cest (25 mil. Kč) a onemocnění trávicí soustavy (20 mil. Kč) z celkových 192 mil. Kč.

Graf č. 3.2.6 Průměrné roční výdaje (v Kč) na regulační poplatky za jednoho pojištěnce 2008 – 2015 (v mil. Kč)



Pozn.: červeně označené hodnoty označují průměrné roční výdaje za jednoho pojištěnce poslední rok před zrušením daného regulačního poplatku

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Na rozdíl od ostatních regulačních poplatků dlouhodobě nedošlo u poplatku za pohotovost k legislativním úpravám a také proto zůstává výše regulačního poplatku stabilní a pohybuje se u obou pohlaví kolem 18 Kč za jednoho pojištěnce na rok. Nejvyšší výdaje byly zaznamenány u obou pohlaví u nejmladší věkové skupiny do 4 let. Za ošetření na pohotovosti bylo vydáno v roce 2015 za každého chlapce 42 Kč a za každou dívku 38 Kč.

