

Výsledky zdravotnických účtů ČR

v letech 2010 až 2015

(Revize)

Zdravotnictví, pracovní neschopnost

Praha, 13. listopadu 2017

Kód publikace: 260005-17

Č. j.: 1196 / 2017 – 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

1. Úvod.....	4
1.1 Trojstranný pohled přináší komplexní informace	4
1.2 Nová mezinárodní metodika mění jak přístupy, tak i výsledky	4
1.3 Zdravotnické účty jako součást zdravotnických informací	5
1.4 Co přinášejí další stránky publikace.....	5
2. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů.....	7
2.1. Základní údaje.....	7
2.2 Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování.....	8
2.3 Výdaje na zdravotnictví podle druhů péče	11
2.4 Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele	15
3. Specifické výsledky o výdajích na zdravotní péči.....	18
3.1 Výdaje zdravotních pojišťoven	18
3.1.1. Základní údaje	18
3.2. Výdaje domácností na zdravotní péči	26
3.2.1. Základní údaje	27
3.3. Výdaje na dlouhodobou péči.....	34
3.3.1. Základní informace	34
3.3.2. Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči.....	36
3.3.3. Výdaje na dlouhodobou sociální péči	37
3.4 Výdaje za léky	40
3.4.1 Základní údaje	40
3.4.2 Výdaje za léky podle místa jejich spotřeby	42
3.4.3 Výdaje za léky podle zdrojů jejich financování	44
3.5 Zahraniční obchod se zdravotní péčí.....	47
4. Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotní péči	50
5. Metodická příloha	55
Základní rozdíly mezi původní metodikou SHA 1.0 a novou metodikou SHA 2011	55
Výdaje na dlouhodobou péči.....	55
Vysvětlení některých pojmů	58
6. Klasifikace.....	60
7. Tabulková příloha	64

1. 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).

Na základě revize dat Národních účtů byla aktualizována data za rok 2015 v publikaci Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010 – 2015.

1.1 Trojstranný pohled přináší komplexní informace

Systém zdravotnických účtů je nástrojem, který slouží ke komplexnímu vyjádření veškerých výdajů na zdravotní péči, resp. na zdravotnictví v širším slova smyslu. Jeho hlavním specifickým rysem je více-rozměrnost členění výdajů. Hlavními rozměry jsou:

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

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

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

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

1.2 Nová mezinárodní metodika mění jak přístupy, tak i výsledky

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 rozhodnutí.

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

¹ International Classification for Health Accounts – Health Care Functions,

² International Classification for Health Accounts – Health Care Providers

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



Tyto druhy zdravotní péče se posouvají více do centra pozornosti v souvislosti s rostoucím významem prevence pro zjištění a snazší léčení i vážných onemocnění a dále s prodlužováním délky lidského života.

S výhledem do blízké budoucnosti manuál otevřel otázku problematiky kvantifikace mezinárodního obchodu v oblasti zdravotní péče. Stejně jako předcházející změny, také problematika zahraničního obchodu se zdravotní péčí byla zahrnuta do zpracování zdravotnických účtů již v minulém roce.

Výše uvedené nové přístupy přinášejí - v porovnání s dosavadními - nejen další poznatky a informace o složitých otázkách zdravotní péče, ale současně i úplnější výsledky ve smyslu vyšších výdajů. Této skutečnosti jsme si byli vědomi při srovnávání dat v minulém roce (za referenční rok 2014) s obdobím před rokem 2010. Pro umožnění porovnání nejbližších období byla vybraná data za léta 2010 – 2013 (původně zpracovaná dle původní metodiky SHA 1.0) přepočtena na „metodickou úroveň“ SHA 2011.

1.3 Zdravotnické účty jako součást zdravotnických informací

Český statistický úřad (dále jen 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). Výše uvedené datové zdroje pokrývaly v roce 2015 až 85 % výdajů na zdravotní péči.

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, Mamma Help atd.) jsou zjišťovány v rámci šetření neziskových institucí a výdaje podnikové sféry (zejména na preventivní péči) pomocí šetření o úplných nákladech práce. Můžeme říci, že využitím výše zmíněných datových zdrojů byla evidována a zpracována data za naprostou většinu zdravotnických výdajů. Zbývající část těchto výdajů představuje rezervu, jejíž postupné odstraňování s sebou přinese nejen úplnější pokrytí výdajů na zdravotní péči ve výše uvedeném trojstranném pohledu, ale i celkové zvýšení kvality zdravotnických účtů.

Nutno dodat, že zdravotnické účty zpracovávané ČSÚ nepředstavují jediný přístup ke kvantifikaci výdajů na zdravotnictví. Tyto výdaje jsou ročně také kalkulovány ministerstvy financí a zdravotnictví ČR s využitím dat zdravotních pojišťoven předkládaných ve čtvrtletní periodicitě dle vyhlášky č. 362/2010 Sb. Mezi uvedenými přístupy a z nich vycházejícími daty jsou některé odlišnosti. Z pohledu času jsou údaje zdravotnických účtů k dispozici zhruba 16 měsíců po skončení referenčního období. Rozdíly jsou také v obsahu obou soustav dat o výdajích na zdravotní péči. Zdravotnické účty mají komplexnější záběr, zahrnují veškeré výdaje na prevenci (včetně podnikové sféry), výdaje dlouhodobé péče poskytované v sociálních zařízeních, sociální dávky a také výdaje režijního charakteru vynakládané v rámci zdravotnictví. Rozhodující rozdíl obou systémů dat však spočívá v tom, že zdravotnické účty jsou sestavovány podle mezinárodně platné metodiky (OECD, WHO, Eurostat). Z této skutečnosti je zřejmé, že přesahují úzké národní pojetí a představují tak jedinou soustavu dat o výdajích na zdravotní péči, která je mezinárodně srovnatelná. Výše uvedené odlišnosti obou přístupů ke kvantifikaci výdajů zdravotní péče je třeba mít v případě, kdy se setkáme s odlišnými daty, vždy na paměti.

1.4 Co přinášejí další stránky publikace

Po úvodní kapitole charakterizující zdravotnické účty a problematiku jejich uplatnění v našich podmínkách, následují informace o výsledcích zdravotnických účtů ČR, a to jak v souhrnném pohledu, tak i v detailnějším členění umožněném zejména využitím dosažitelných administrativních zdrojů dat a výstupů ze statistického šetření výdajů domácností. Souhrnné výsledky jsou prezentovány z výše uvedených tří základních pohledů – druhu zdravotní péče, jejího poskytovatele a odpovídajícího zdroje financování. Specifické informace obsažené v další části publikace se vztahují k výdajům z veřejného zdravotního pojištění (podle věku, pohlaví a diagnóz), výdajům domácností na zdravotní péči, ke dlouhodobé péči, k výdajům na léky a k dovozu a vývozu zdravotnických služeb. 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 2015 i s časovými řadami od roku 2010.



2. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů

V této části textu publikace jsou uvedeny základní informace vycházející ze zpracování zdravotnických účtů České republiky za referenční roky 2010 až 2015 z pohledu jejich tří rozměrů, což jsou **zdroje financování, druh zdravotní péče a typ jejího poskytovatele**. Otázky metodického charakteru týkající se užívaných pojmů či metodických nástrojů (klasifikací apod.), které není nutno s ohledem na srozumitelnost textu řešit bezprostředně na místě, jsou blíže specifikovány v metodické příloze.

2.1. Základní údaje

V souladu s metodickým manuálem SHA, jsou do zdravotnických účtů zahrnovány výdaje související se zdravotní péčí o naše občany na území České republiky. Výdaje na zdravotní péči můžeme členit na **běžné (provozní) a kapitálové (investiční)**. Na investiční náklady v rámci zdravotnictví lze nahlížet ze dvou hledisek. Základním pohledem je vnímání investic jako výdajové položky na přístroje, vybavení a stavby. Druhým z pohledů je investování do výzkumu a vývoje nových technologií, léků a zdravotnických prostředků a vzdělávání lékařů a ostatního zdravotnického personálu. Údaje o investičních výdajích jsou v rámci zdravotnických účtů k dispozici pouze z výdajů ze státního nebo místních rozpočtů.

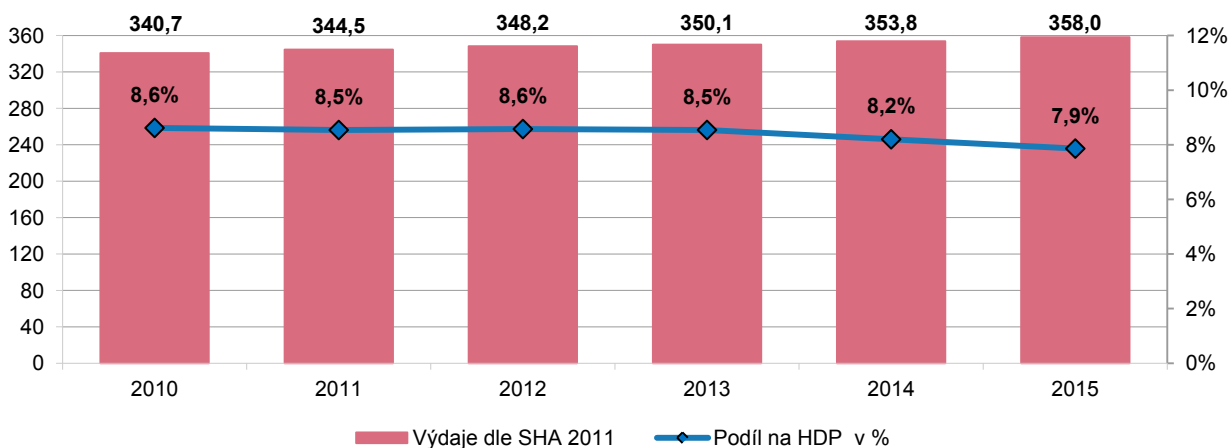
V období let 2010 - 2014 stouply **celkové výdaje** na zdravotní péči z 340,7 mld. Kč v roce 2010 na 358,0 mld. Kč v roce 2015.

Běžné výdaje na zdravotní péči se zvýšily z 334,1 mld. Kč v roce 2010 na 352,3 mld. Kč v roce 2015, tj. o 5,4 % (ročně průměrně o 0,9 %). Dynamika vývoje počtu obyvatel ČR byla v porovnání s tímto tempem nižší (přírůstek středního stavu počtu obyvatel činil 0,1 %), a tak průměrné běžné výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele vzrostly od roku 2010 z 31 768 Kč na 33 960 Kč v roce 2015 (tj. o 6,9 %).

Celkové **kapitálové výdaje** financované přímo ze státního nebo místních rozpočtů v oblasti zdravotní péče naopak v období 2010 - 2015 poklesly z 6,6 mld. Kč na 5,7 mld. Kč (o 15,8 %).

V porovnání s vývojem hlavního makro ukazatele ekonomického výkonu - HDP, celkové výdaje na zdravotní péči (včetně kapitálových) zaostávaly a jejich podíl na HDP se v uvedených letech snížil z 8,6 % na 7,9 %, viz graf č. 2.1.

Graf č. 2.1 Vývoj celkových výdajů na zdravotní péči v ČR a jejich podílu na HDP, 2010 - 2015 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

2.2 Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování

Manuál SHA 2011 rozeznává tři základní systémy (zdroje) financování zdravotní péče a to:

- veřejné zdroje (veřejné rozpočty a povinné příspěvkové zdravotní pojištění)
- soukromé zdroje bez přímých plateb domácností
- přímé platby domácností

Do prvně jmenované skupiny patří veřejné rozpočty (státní rozpočet a rozpočty územních samospráv - místní rozpočty) a povinné zdravotní pojištění (podrobněji viz kapitola 3.1). Do soukromých zdrojů (bez přímých plateb domácností) jsou zahrnuty dobrovolné platby na zdravotní péči neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a závodní preventivní péče. Přímé platby domácností (podrobněji viz kapitola 3.2) zahrnují přímé výdaje příjemců zdravotní péče (pacientů) nebo jejich případnou spoluúčasť.

V letech 2014 a 2015 hradily zdravotní pojišťovny dvě třetiny výdajů na zdravotní péči

V České republice mají klíčové postavení z hlediska financování zdravotní péče zdravotní pojišťovny, jejichž příjmy plynou z veřejného zdravotního pojištění, kterého je povinně účastna každá osoba s trvalým pobytem na našem území. Hlavní zásadou veřejného zdravotního pojištění je solidarita a rovnost přístupu ke zdravotní péči. Veřejné zdravotní pojištění financuje veškerou zdravotní péči garantovanou zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (v platném znění). V zásadě lze říci, že veřejné zdravotní pojišťovny kryjí většinu výdajů na zdravotní péči v České republice (blíže v kapitole 3.1). Kromě toho provozují zdravotní pojišťovny také vlastní programy preventivní péče a v neposlední řadě hradí provoz vlastních organizací.

Tabulka č. 2.1 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle systémů (zdrojů) financování v mil. Kč

Systém (konečný zdroj) financování zdravotní péče - HF	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2014
1 Vládní systémy a povinné příspěvkové systémy zdravotní péče (veřejné zdroje)	288 768	291 272	294 861	297 412	296 641	299 362	100,9
1.1 Vládní systémy (veřejné rozpočty)	56 879	56 935	56 934	59 058	62 039	64 656	104,2
1.1.1 Státní rozpočet	48 835	47 692	47 079	49 360	52 546	54 889	104,5
1.1.2 Místní rozpočty	8 044	9 243	9 855	9 698	9 493	9 766	102,9
1.2 Zdravotní pojišťovny	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 706	100,0
2 Systém dobrovolných plateb na zdravotní péči (soukromé zdroje bez přímých plateb domácností)	9 217	9 205	9 110	9 202	10 668	9 322	87,4
2.1 Soukromé pojištění	427	477	520	475	537	478	89,1
2.2 Neziskové organizace	7 888	7 820	7 719	7 726	7 757	7 929	102,2
2.3 Podniky	901	908	871	1 001	2 374	915	38,5
3 Domácnosti	42 705	44 028	44 239	43 465	46 490	49 358	106,5
Celkový součet	340 690	344 506	348 210	350 079	353 799	358 042	101,2

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Z hlediska dynamiky růstu výdajů se v roce 2015 meziročně nejrychleji zvyšovaly výdaje domácností na zdravotní péči, následovány výdaji ze státního rozpočtu. Zvýšené výdaje domácností se týkaly především přímých plateb pacientů za zubařské výkony (meziroční nárůst o 0,8 mld. Kč). Ze státního rozpočtu se



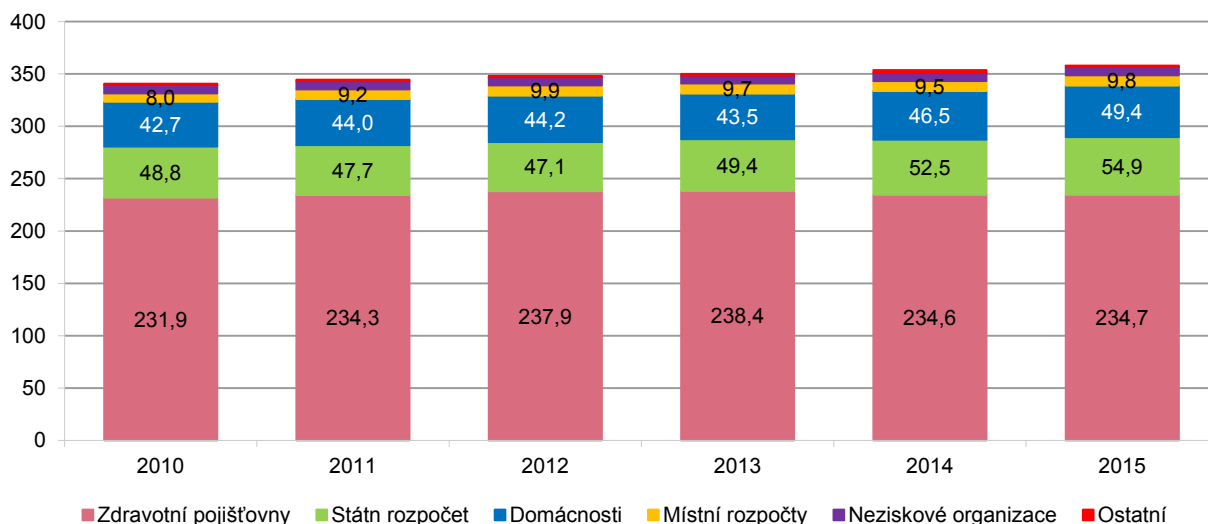
meziročně zvýšily především výdaje na lůžkovou dlouhodobou péči v zařízeních dlouhodobé péče (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře) zhruba o 1,3 mld. Kč.

Výdaje na dlouhodobou péči domácí, která zahrnuje pečovatelskou službu, službu osobní asistence, ale také ošetřovné člena domácnosti, vzrostly od roku 2014 o 458 milionů Kč.

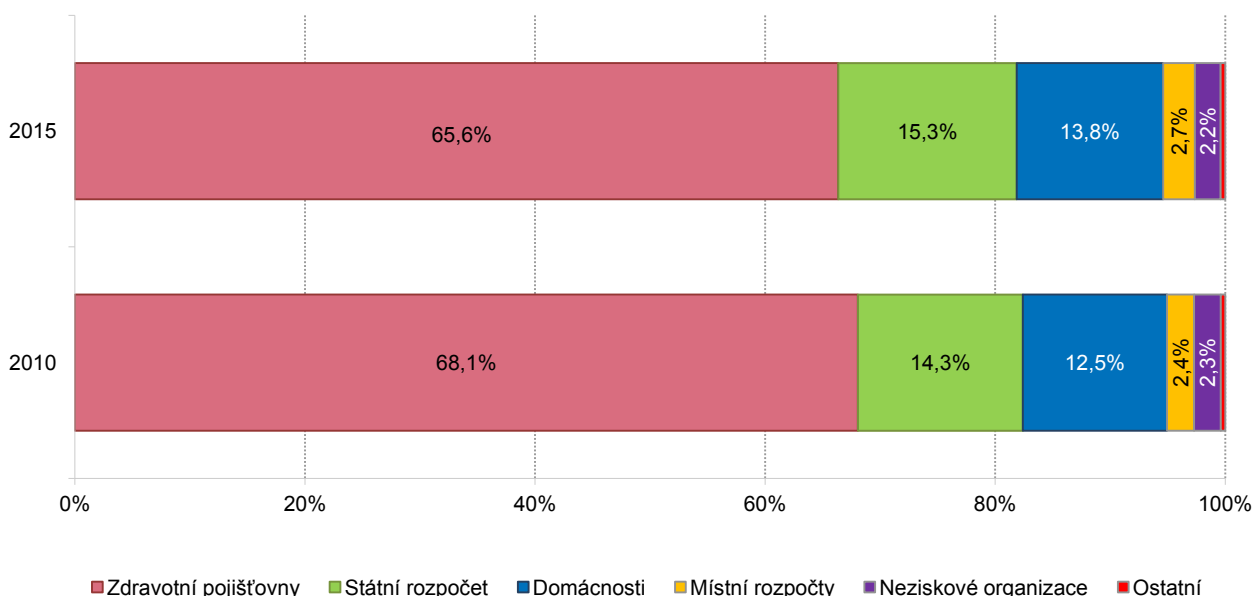
V rámci uvedených konečných zdrojů financování měly v letech 2010 až 2015 největší podíl na celkových výdajích na zdravotní péči výše uvedené zdravotní pojišťovny (65,6 % v roce 2015), následované státním rozpočtem (15,3 %) a domácnostmi (13,8 %). Podrobnější údaje přináší následující graf č. 2.2.

Graf č. 2.2 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle hlavních zdrojů financování, 2010 - 2015 (mld. Kč; %)

a) v mld. Kč



b) struktura (%)



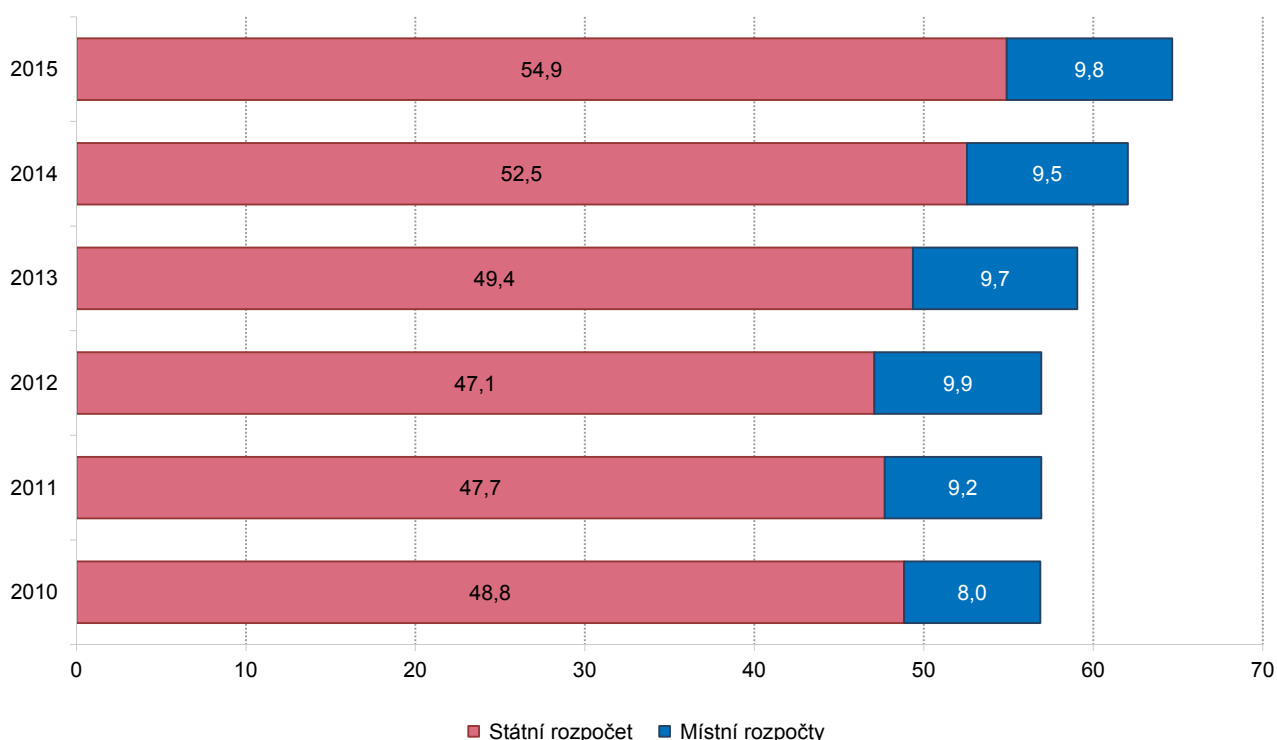
Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Jak je patrné z grafu č. 2.2, v letech 2010 – 2013 vzrostly výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči o 6,5 mld. Kč (o 3 %). V uvedeném roce 2013 dosáhly zatím svého maxima ve výši 238,4 mld. Kč. V následujícím roce se výdaje zdravotních pojišťoven snížily o 3,8 mld. Kč a v roce 2015 zůstaly stabilní.

Výdaje státního rozpočtu na zdravotní péči meziročně stouply o více než 2 miliardy Kč

Výdaje na zdravotní péči financované z veřejných rozpočtů celkově se v období let 2010 – 2012 pohybovaly těsně pod úrovní 57 miliard Kč. Stabilizace zejména u výdajů **státního rozpočtu** na zdravotnictví v prvních třech letech sledovaného období souvisela nepochybně s úsporami finančních prostředků. V roce 2013 se výdaje z veřejných rozpočtů zvýšily zhruba o 2 miliardy a následující roky přinesly jejich další postupné zvýšení až na hodnotu 64,7 miliard Kč (viz tabulka č. 4 v příloze). V roce 2015 tvořily výdaje veřejných rozpočtů 18 % z celkových výdajů na zdravotní péči v České republice.

Graf 2.3. Výdaje na zdravotní péči v ČR financované z veřejných rozpočtů, 2010 – 2015 (mld. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Úloha státního a místních rozpočtů (veřejných rozpočtů) spočívá především ve financování specifických činností, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se zejména o výdaje na zdravotnický výzkum a vývoj prováděný zdravotnickými zařízeními jako jsou fakultní nemocnice či výzkumnými ústavy, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní a osvětové programy a kampaně, činnost hygienických stanic, částečně výdaje na investiční projekty a přímé dotace zdravotnickým zařízením zřizovaným ministerstvem (jde především o fakultní nemocnice) kraji, městy a obcemi.

V souladu s novou metodikou SHA se do výdajů na zdravotnictví nově započítává i položka **dlouhodobé sociální péče**. Tato položka zahrnuje výdaje v segmentu sociálních služeb. Vymezení sociálních služeb je upraveno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Na úhradě nákladů spojených s touto péčí se nejvýrazněji podílejí právě veřejné rozpočty (blíže viz kapitola 3.3 Výdaje na dlouhodobou péči).



Z veřejných rozpočtů je navíc hrazena i **správa** rezortu zdravotnictví, tj. provoz Ministerstva zdravotnictví, odborů zdravotnictví jednotlivých krajských úřadů, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky.⁴

Skupina dobrovolných plateb na zdravotní péči, přes vysokou dynamiku růstu, představuje spíše doplňkový finanční zdroj. Na celkových výdajích na zdravotní péči v ČR se tyto **soukromé zdroje** (bez přímých výdajů domácností) v roce 2015 podílely necelými 3 % (9,3 mld. Kč). Tato skupina zahrnuje různorodé finanční zdroje. Zatímco soukromé zdravotní pojišťovny jsou založeny na principu cestovního pojištění, neziskové instituce (např. Červený kříž) jsou orientovány zejména charitativně. Pro podnikovou sféru je účast na financování zdravotní péče, zejména péče preventivní, spíše vedlejší, i když (z pohledu právních norem) nutnou aktivitou.

V případě výdajů **domácností** přicházejí v úvahu přímé platby či spoluúčast na úhradách zdravotní péče. V převážné většině případů si domácnosti platí ambulantně užívané léky (ať už se jedná o doplatky u předepsaných léčiv či platby plných cen u volně prodejných léků) a terapeutické pomůcky. Významný podíl výdajů domácností představují též platby za nadstandardní služby a materiál. Další byť méně významné jsou platby za lázeňské pobyty, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích a platby za různá potvrzení především u praktických lékařů. Od roku 2008 také přibýly regulační poplatky za ošetření u lékařů, za recepty v lékárnách, návštěvu pohotovosti nebo za hospitalizaci v nemocnicích a ostatních lůžkových zařízeních. V průběhu svojí existence prošly regulační poplatky různými změnami a postupně byly tři z nich zrušeny. Od ledna 2015 hradí pacienti pouze regulační poplatek za pohotovostní služby (podrobněji kapitola 3.2 Výdaje domácností na zdravotní péči).

2.3 Výdaje na zdravotnictví podle druhů péče

Druhý významný pohled na problematiku zdravotní péče souvisí s druhem péče, která je poskytována. Větší část vynakládané zdravotní péče se pochopitelně vztahuje k individuálním potřebám jednotlivce. Do pojmu zdravotní péče podle metodiky SHA však patří také služby, které jsou zaměřeny na zlepšení celkového zdravotního stavu populace či efektivity systému zdravotnictví. Tím jsou myšleny zejména některé aspekty preventivní péče a správa systému zdravotní péče (rezort zdravotnictví a zdravotní pojišťovny).

Zdravotní péče může být spotřebována dvěma způsoby: individuálně nebo kolektivně. Vzhledem ke skutečnosti, že zdravotní stav je vlastností jednotlivců, většina spotřeby zdravotních služeb se vztahuje k soukromé spotřebě. Individuální spotřeba obsahuje standardní kroky léčebného procesu – stanovení diagnózy, formace léčebného plánu, předepsání léku či terapie, diagnostiku a lékařské hodnocení, provedení léčby a hodnocení výsledků. Osobní zdravotní péče zahrnuje léčebnou, rehabilitační, dlouhodobou zdravotní péči a také podpůrné služby (laboratoře, zobrazovací metody a dopravu pacientů) a v neposlední řadě léky a terapeutické pomůcky.

V metodice SHA 2011 byly vytvořeny další, doplňkové položky tak, aby byla umožněna hlubší analýza zdravotní politiky a alokování zdrojů. Nově jsou do výdajů na zdravotní péči zahrnuty položky dlouhodobé sociální péče (podrobněji viz metodická příloha) a některé činnosti zahrnující podporu zdraví v širším pohledu (kontrola nezávadnosti pitné vody a potravin prováděná v rámci hygienických stanic, kontrola hlučnosti a nezávadnosti vzduchu atd.).

Tabulka č. 2.2 a graf č. 2.4 ukazují vývoj výdajů na zdravotní péči podle druhu poskytované péče.

⁴ Ze státního rozpočtu jsou rovněž hrazeny platby na zdravotní pojištění za nevýdělečně činné skupiny obyvatelstva (děti do ukončení jejich povinné školní docházky, studenty do 26 let, osoby na mateřské a rodičovské dovolené, osoby, které pobírají některý z důchodů, uchazeče o zaměstnání, pokud jsou v evidenci úřadu práce atd.). Konečným zdrojem financování zdravotní péče (ať již lůžkové, ambulantní či jiné) o tyto osoby jsou většinou zdravotní pojišťovny, které jsou primárním příjemcem těchto finančních prostředků. Tyto prostředky jsou tedy dle metodiky SHA alokovány do zdrojů zdravotních pojišťoven, které s nimi dále hospodaří.

Tabulka č. 2.2 Výdaje na zdravotnictví v ČR podle druhů péče, 2010 - 2015 (mil. Kč)

Druh péče (ICHA-HC)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2014
1 Léčebná péče	137 302	137 826	137 987	140 948	137 311	141 600	103,1
1.1 Lůžková léčebná péče	55 948	55 740	54 422	53 489	52 473	51 431	98,0
1.2 Denní léčebná péče	5 238	5 137	5 185	5 333	5 561	5 735	103,1
1.3 Ambulantní léčebná péče	75 929	76 765	78 203	81 940	79 099	84 242	106,5
1.4 Domácí léčebná péče	186	183	177	186	179	192	107,3
2 Rehabilitační péče	12 808	13 696	13 652	13 753	13 738	14 764	107,5
2.1 Lůžková rehabilitační péče	5 886	6 485	6 266	6 255	6 407	6 911	107,9
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	6 922	7 211	7 386	7 498	7 331	7 853	107,1
3 Dlouhodobá zdravotní péče	35 762	37 005	37 081	38 596	44 035	42 407	96,3
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	29 816	30 760	30 867	31 920	37 062	34 842	94,0
3.2 Denní dlouhodobá zdravotní péče	1 480	1 486	1 444	1 496	1 640	1 706	104,0
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	4 466	4 759	4 770	5 180	5 333	5 859	109,9
4 Doplnkové služby	37 039	37 525	38 213	38 469	38 883	40 020	102,9
4.1 Laboratorní služby	19 917	20 149	21 001	21 215	21 454	22 037	102,7
4.2 Zobrazovací metody	9 729	9 855	9 861	10 044	10 490	10 484	99,9
4.3 Doprava pacientů	7 393	7 521	7 351	7 210	6 939	7 499	108,1
5 Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	66 231	67 626	70 676	66 784	67 021	67 831	101,2
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál	57 091	58 298	61 390	56 221	56 957	58 061	101,9
5.2 Terapeutické pomůcky	9 141	9 329	9 286	10 563	10 064	9 770	97,1
6 Preventivní péče	9 990	10 364	10 595	10 765	11 433	9 027	79,0
6.1 Informační a poradenské programy	487	497	626	629	637	668	104,9
6.2 Imunizační programy	1 389	1 432	1 484	1 458	1 576	1 267	80,4
6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí	1 573	1 554	1 586	1 644	1 659	1 637	98,7
6.4 Programy pro sledování zdravotního stavu	6 541	6 881	6 900	7 034	7 561	5 455	72,1
7 Správa systému zdravotní péče	8 649	8 758	8 634	9 005	9 040	8 536	94,4
7.1 Státní správa a samospráva	8 636	8 744	8 616	8 993	9 025	8 523	94,4
7.2. Správa soukromého ZP*	13	14	19	12	15	13	86,7
HCR.1 Dlouhodobá sociální péče	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078	18 611	102,9
HCR.1.1 Sociální služby	1 404	1 433	1 435	1 587	1 809	1 791	99,0
HCR.1.2 Peněžité dávky	15 595	14 617	14 491	15 654	16 269	16 820	103,4
HCR.2 Podpora zdraví v širším pohledu	259	254	263	252	258	294	114,0
9 Ostatní zdravotní péče neuvedená jinde	9 048	8 978	8 886	8 907	8 934	9 195	102,9
R.1 Investiční náklady	5 323	5 108	4 940	3 851	3 536	4 102	116,0
R.2 Vzdělávání	256	252	262	236	255	274	107,5
R.3 Věda a výzkum	1 023	1 065	1 095	1 272	1 278	1 381	108,1
Celkem	340 690	344 505	348 210	350 079	353 799	358 042	101,2

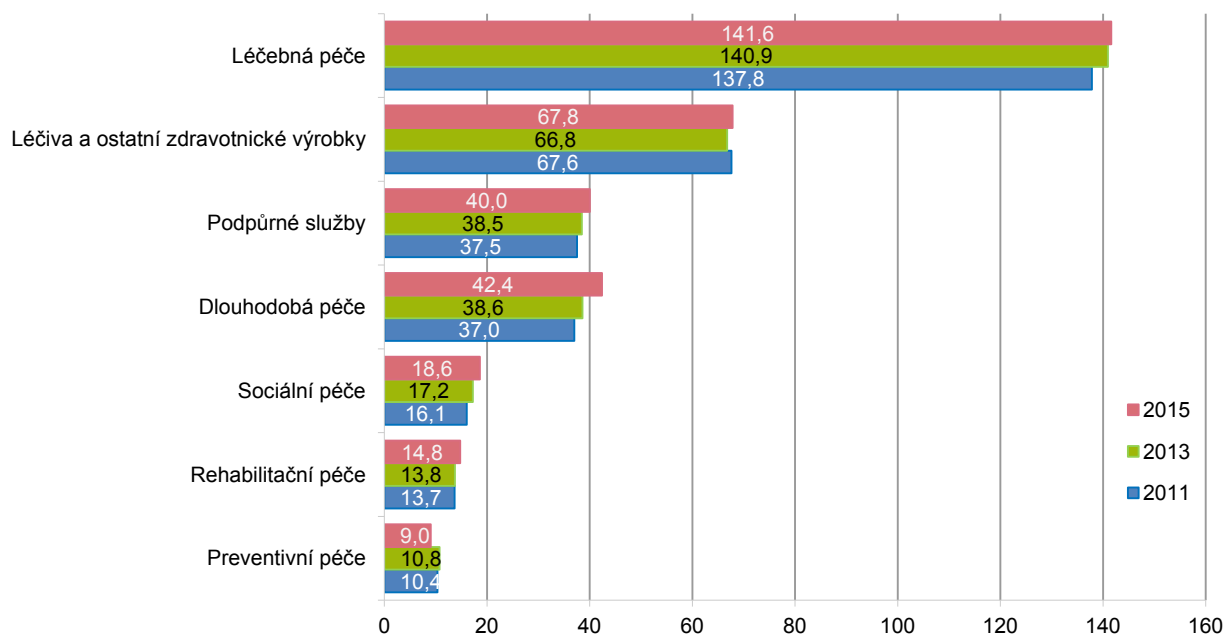
*ZP = zdravotní pojištění

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

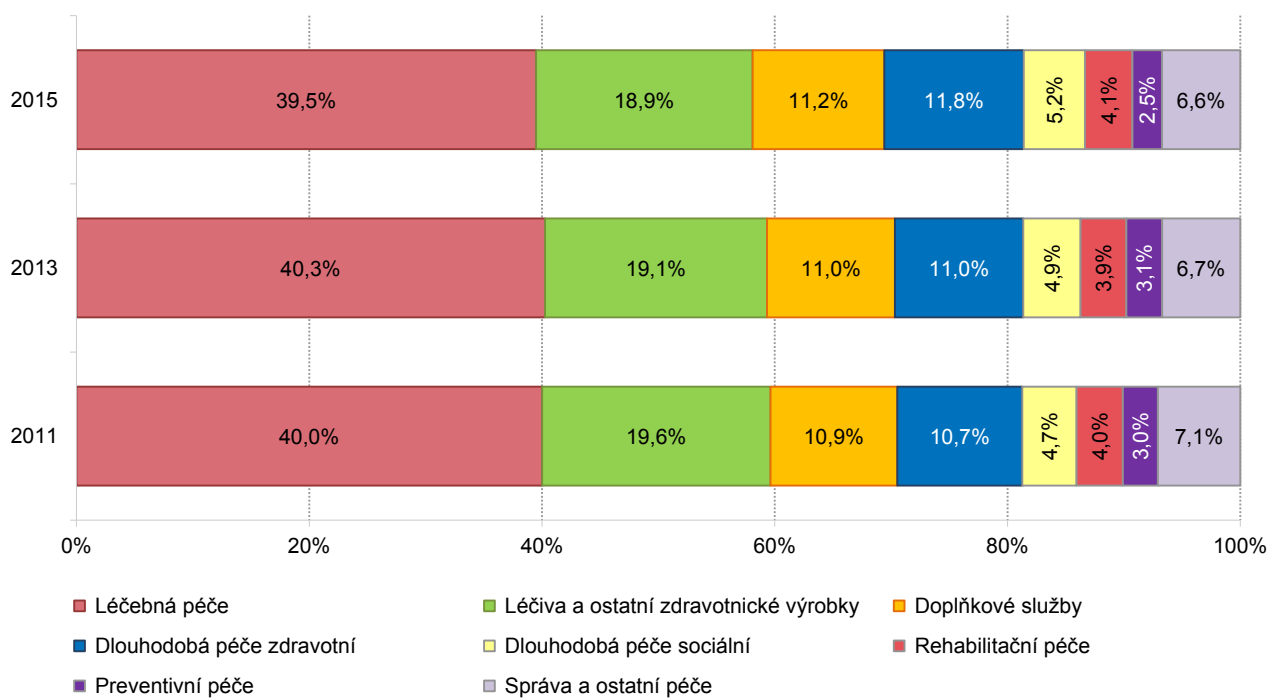


Graf č. 2.4 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle vybraných druhů péče, 2011, 2013 a 2015 (mld. Kč; %)

a) v mld. Kč



b) struktura (%)



Léčebná péče = lůžková, denní, ambulantní, domácí léčebná péče

Doplňkové služby = laboratorní služby, zobrazovací metody a doprava pacientů

Dlouhodobá péče zdravotní = lůžková, denní, domácí dlouhodobá péče

Dlouhodobá péče sociální = sociální služby, peněžité dávky

Rehabilitační péče = lůžková, ambulantní rehabilitační péče

Preventivní péče = informační a poradenské programy, imunizační programy, programy pro včasné odhalení nemoci, programy pro sledování zdravotního stavu

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Léčebná péče tvoří dvě pětiny z celkových výdajů na zdravotní péči

Léčebná péče zaznamenala v roce 2015 mírný nárůst v porovnání s rokem 2014 a tvoří nadále největší podíl celkových výdajů na zdravotní péči (téměř 40 %). Léčebnou péči tvoří z 96 % lůžková a ambulantní léčebná péče, zbytek pokrývají domácí a denní léčebná péče. Výdaje na **lůžkovou péči** od roku 2010, kdy představovaly 41 % celkové léčebné péče, postupně klesají a v roce 2015 dosáhly svého historického minima v absolutních hodnotách 51,4 mld. Kč (viz tabulka č. 2.2).

Na druhou stranu narůstá objem výdajů na **ambulantní léčebnou péči**, a to v souvislosti s vývojem a využitím anestetik s krátkou dobou účinnosti a s novými operačními metodami. Výdaje na denní léčebnou péči se v období 2010 - 2015 pohybují stabilně nad hranicí 5 miliard Kč. To odpovídá současné snaze o zkrácení doby hospitalizace na nezbytné minimum a provádění některých zákroků, jejichž povaha to umožňuje, ambulantně nebo v režimu jednodenní chirurgie. Tento přístup je finančně výhodnější a pro pacienty většinou příjemnější než pobyt v nemocnici.

Dalším nejnákladnějším druhem péče po léčebné péči jsou **léčiva a ostatní zdravotnické výrobky** s 19% podílem na celkových výdajích na zdravotní péči. Léčiva a zdravotnický materiál (léky na předpis i volně prodejné a další zboží jako dezinfekce, obvazy, náplasti, teploměry atd.) tvoří dlouhodobě až 86 % výdajů této skupiny a v porovnání s rokem 2014 zůstaly stabilní. Zbývajících 14 % představují **výdaje na terapeutické pomůcky** (brýle, naslouchadla, berle, invalidní vozíky, apod.).

Výdaje za **lůžkovou rehabilitační péči** se z podstatné části týkají **lázeňské péče**. Zejména v roce 2013 byly výdaje na lázeňskou péči výrazně omezeny. Pravidla pro úhradu lázeňské péče ze zdravotního pojištění se změnila v říjnu 2012. Vyhláška zkrátila u dospělých pacientů zdravotními pojišťovnami plně hrazené pobyty ze čtyř týdnů na tři, upravila indikační seznam a u některých diagnóz odstranila možnost opakování hrazeného pobytu. K opětovnému zvýšení výdajů došlo až v roce 2014, kdy od dubna začali lékaři předepisovat poukazy podle nových pravidel a mírný nárůst pokračoval i v roce 2015.

Potřeba **dlouhodobé péče** bude s ohledem na stárnutí populace narůstat a s tím souvisí každoroční pozvolné zvyšování výdajů zejména na dlouhodobou lůžkovou péči. V období 2010 – 2014 se zvýšily téměř o čtvrtinu. Rok 2015 přinesl snížení výdajů na dlouhodobou lůžkovou zdravotní péči o 6 %. Teprve výdaje v dalších letech ukáží, zda se jednalo o náhodný výkyv nebo zda bude sestupný trend pokračovat. **Výdaje na dlouhodobou lůžkovou péči** představují 82 % z celkových výdajů na dlouhodobou péči. Výdaje na dlouhodobou domácí péči se od roku 2010 zvýšily téměř o jednu třetinu. **Dlouhodobá domácí péče** je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. V souvislosti se změnou metodiky SHA 2011 se podařilo rozšířit zdroje dat a tím se zaměřit také na výdaje za denní dlouhodobou péči, která byla sledována v minulosti pouze okrajově. **Denní dlouhodobá péče** ovšem tvoří pouze velmi malou část výdajů na zdravotní péči. Podrobněji se budeme věnovat **dlouhodobé zdravotní a sociální péči** v samostatné kapitole č. 3.3.

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

Cílem **preventivní péče** je celkově dobrý zdravotní stav obyvatel a nebývá proto zaměřena na konkrétní onemocnění. Preventivní programy jsou více zaměřeny na ty skupiny obyvatel, které jsou považovány za ohrožené (děti, senioři, těhotné ženy) případně na určité zdravotní oblasti (např. zubní a všeobecné preventivní prohlídky). V rámci těchto programů je zvyšována informovanost a vzdělanost obyvatel v oblasti zdravotní péče. Lidé jsou seznamováni s metodami a postupy, které jim umožňují převzít aktivní roli v ochraně jejich vlastního zdraví. ^



Významné místo v preventivní péči mají imunizační programy. Výčet povinných očkování a nepovinných očkování hrazených z veřejného pojištění se mění a s ním i výdaje na preventivní péči. Stejně tak nabídka dalších očkování, mimo jiné i pro cestování do tropických oblastí a další, se během doby vyvíjí.

Další skupinou výdajů preventivní péče jsou programy pro včasné odhalení nemocí zahrnující různé typy screeningů, diagnostické testy a lékařské prohlídky.

Výdajově nejvýznamnější položkou preventivní péče jsou programy pro sledování zdravotního stavu obyvatelstva zahrnující aktivní monitoring celkového zdravotního stavu i jeho dílčích aspektů. Preventivní programy z této skupiny se zaměřují na určitá období života jako je těhotenství (předporodní a poporodní péči), růst a vývoj dítěte, skupiny stárnoucích lidí nebo na zubní a všeobecné preventivní prohlídky, na které bylo vydáno v roce 2015 téměř 5,5 mld. Kč.

2.4 Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele

Konečně třetí pohled na problematiku zdravotní péče nám dává odpověď na otázku, kdo ji poskytuje. Rozhodující je proto typ poskytovatele přiřazený nositeli právní subjektivity, který automaticky přejímají i všechna začleněná zařízení bez vlastní právní subjektivity. Bude-li například lékárna, specializovaná ambulance nebo léčebna dlouhodobě nemocných zařazena v rámci širšího subjektu nemocnice, pak se veškeré výdaje na toto zařízení objeví ve výdajích nemocnice. Podle druhu péče pak poznáme, za jakou péči byly peníze vydány, což v případě lékárny v nemocnici mohou být například léky na předpis, u ambulance ambulantní léčebná péče a u léčebny dlouhodobě nemocných dlouhodobá lůžková péče.

Od roku 2010 se zvýšily výdaje nemocnic o více než 7 miliard Kč (o 5,4 %)

Jak ukazují data v tabulce č. 2.3, dvě pětiny finančních prostředků ve zdravotnictví směřuje do nemocnic. V roce 2015 z toho 89 % připadalo na všeobecné nemocnice a zbývajících 11 % výdajů na zdravotní péči náleželo specializovaným nemocnicím (sem patří například psychiatrické nemocnice, zařízení následné péče, rehabilitační nemocnice a nemocnice lázeňské léčebně rehabilitační péče včetně lázní).

V pořadí za nimi následovaly výdaje v **zařízeních ambulantní péče** (v roce 2015 dosahovaly jedné pětiny celkových výdajů). V této skupině poskytovatelů připadalo 55 % výdajů na samostatné **ordinace lékařů** a 24 % na **ordinace stomatologů**.

Kategorie poskytovatelů zahrnující lékárny a výdejny prostředků zdravotnické techniky zahrnuje specializované provozovny, které se zaměřují na maloobchodní prodej farmaceutických výrobků nebo zdravotnických prostředků a lékařských nástrojů jako jsou optické brýle, naslouchátka, ortopedické a protetické pomůcky. Rovněž zahrnují montáž a opravy v kombinaci s prodejem výrobků. Výdaje **lékáren a výdejen prostředků zdravotnické techniky** se v letech 2013 – 2014 postupně snižovaly. Rok 2015 přinesl jejich opětovné zvýšení na 48,7 mld. Kč.

Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče (HP 8.1) zahrnují výdaje na péči zajišťovanou osobou blízkou v souvislosti s pobíráním ošetrovného a příspěvku na péči (blíže viz metodická příloha). Mírné meziroční zvýšení výdajů domácností o 5 % souvisí především se zvýšením výdajů ze státního rozpočtu na ošetrovné.

Ostatní odvětví jako poskytovatelé zdravotní péče (HP 8.2) zahrnují širokou škálu poskytovatelů zdravotní péče např. závodní preventivní péči, zařízení pro seniory bez ošetrovatelské péče, poskytovatele domácí péče zaměřené na sebeobsahu a soběstačnost klienta, školy s pracovníky v oblasti zdravotnictví apod.

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

Typ poskytovatele (ICHA-HP)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2014
1 Nemocnice	133 211	133 567	134 498	136 679	139 786	140 448	100,5
1.1 Všeobecné nemocnice	114 664	117 190	116 896	119 020	121 397	125 244	103,2
1.2 Specializované nemocnice	18 547	16 377	17 602	17 659	18 389	15 204	82,7
2 Lůžková zařízení dlouhodobé péče	20 756	20 944	21 037	21 895	22 574	24 426	108,2
2.1 Zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče	11 521	11 662	11 569	11 928	11 890	12 896	108,5
2.2 Léčebny pro mentálně postižené, psychiatrické a závislé	8 005	8 183	8 294	8 883	9 695	10 606	109,4
2.9 Ostatní lůžková zařízení	1 230	1 100	1 174	1 084	989	924	93,4
3 Poskyvatelé ambulantní péče	66 878	69 798	68 801	71 780	72 072	73 189	101,6
3.1 Samostatné ordinace lékaře	37 679	37 915	37 764	39 236	38 564	40 479	105,0
3.2 Samostatné ordinace zubních lékařů	16 674	17 169	16 143	16 704	17 447	17 495	100,3
3.3 Ostatní poskyvatelé zdravotní péče	2 959	3 164	3 162	3 425	3 562	3 456	97,0
3.4 Ambulantní centra	7 578	9 437	9 652	10 281	10 407	9 826	94,4
3.5 Poskyvatelé služeb domácí péče	1 456	1 388	1 397	1 427	1 492	1 531	102,6
3.9 Ostatní poskyvatelé ambulantní péče	532	725	684	706	600	402	67,0
4 Poskyvatelé doplňkových služeb	11 301	11 214	11 855	11 449	11 518	12 271	106,5
4.1 Doprava pacientů a záchranná služba	6 855	6 985	7 212	6 836	6 835	7 404	108,3
4.2 Laboratoře	4 446	4 229	4 643	4 613	4 683	4 867	103,9
5 Lékárny a výdejny PZT*	60 907	62 704	63 783	59 680	55 564	56 718	102,1
5.1 Lékárny	51 469	54 193	55 468	50 258	47 159	48 684	103,2
5.2 Prodejci a dodavatelé zdravot. zboží a techniky	7 341	6 494	6 312	7 518	6 493	5 883	90,6
5.9 Ostatní prodejci	2 096	2 017	2 003	1 904	1 913	2 151	112,5
6 Poskyvatelé preventivní péče	891	788	737	778	759	774	101,9
7 Správa systému zdravotní péče	10 953	11 311	10 870	11 462	11 483	10 949	95,3
7.1 Státní správa	4 205	4 368	4 098	4 363	4 435	4 459	100,5
7.2 Správa zdravotních pojišťoven	6 748	6 943	6 772	7 100	7 048	6 490	92,1
8 Ostatní odvětví ekonomiky	20 167	19 913	20 039	21 485	23 970	23 525	98,1
8.1 Domácnosti jako poskyvatelé zdravotní péče	13 788	13 362	13 620	14 593	15 207	15 991	105,2
8.2 Ostatní poskyvatelé zdravotní péče	6 379	6 551	6 419	6 893	8 763	7 534	86,0
9 Nerozlišeno	15 625	14 266	16 590	14 870	16 073	15 742	97,9
Celkem	340 690	344 506	348 210	350 079	353 799	358 042	101,2

Poznámky:

Do skupiny HP2.9 Ostatní lůžková zařízení patří např. zařízení pro sluchově a zrakově postižené osoby, geriatrická rehabilitační centra, která nesplňují podmínky nemocnic ani zařízení pro mentálně postižené (či zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče).

*PZT = prostředky zdravotnické techniky zahrnují např. dioptrické brýle a jiné výrobky oční optiky, pomůcky pro nedoslýchavé, protetické pomůcky, úpravy a opravy uvedených pomůcek

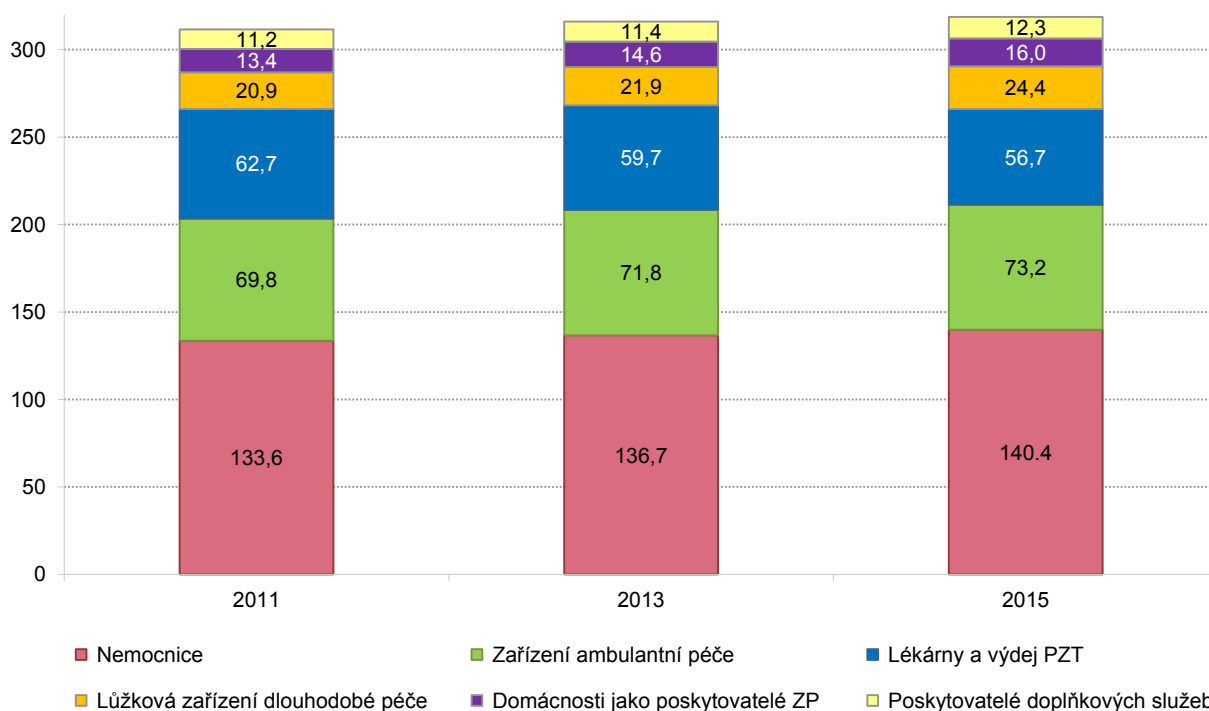
Do skupiny HP 8.1 Domácnosti jako poskyvatelé zdravotní péče je zahrnuto ošetrovné a příspěvek na péči (výdaje na péči zajišťovanou osobou blízkou). Na ošetrovné má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat z důvodu, že musí ošetřovat nemocného člena domácnosti, nebo pečovat o zdravé dítě mladší 10 let 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. Podmínkou nároku na ošetrovné je, že ošetřovaná osoba žije se zaměstnancem v domácnosti; to neplatí v případě ošetřování nebo péče o dítě mladší 10 let rodičem. Podpůrčí doba u ošetrovného počíná prvním kalendářním dnem potřeby ošetřování a činí nejdéle 9 kalendářních dnů. Jde-li o osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči aspoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku, činí podpůrčí doba nejdéle 16 kalendářních dnů.

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015



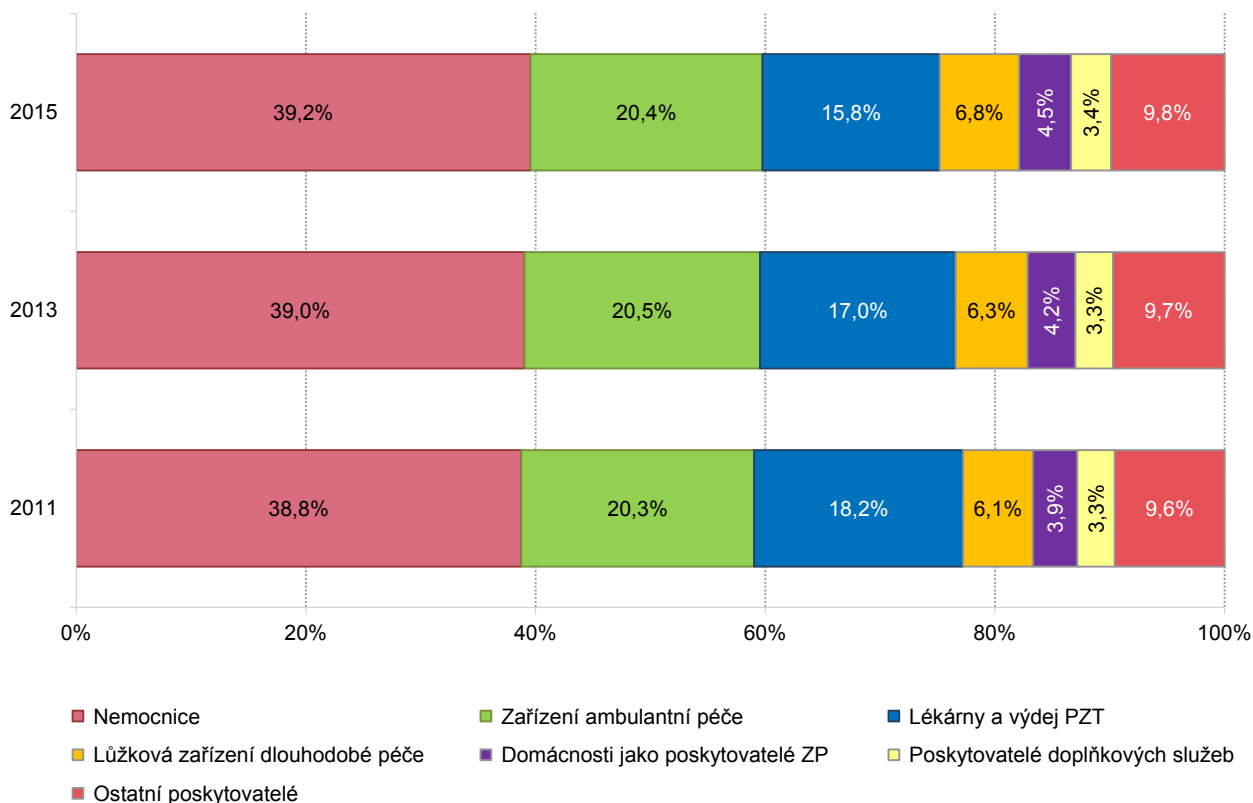
Graf 2.5 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle vybraných typů poskytovatele, 2011, 2013 a 2015 (mld. Kč; %)

a) v mld. Kč



Kategorie „ostatní poskytovatelé“ zahrnuje např. poskytovatele preventivní péče, Ministerstvo zdravotnictví, správu povinného zdravotního pojištění, správu soukromého zdravotního pojištění, podniky apod. Výdaje na zdravotní péči od ostatních poskytovatelů: rok 2011 – 32,9 mld. Kč, 2013 – 34,0 mld. Kč, rok 2015 – 35,0 mld. Kč

b) struktura (%)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

3. Specifické výsledky o výdajích na zdravotní péči

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

3.1 Výdaje zdravotních pojišťoven

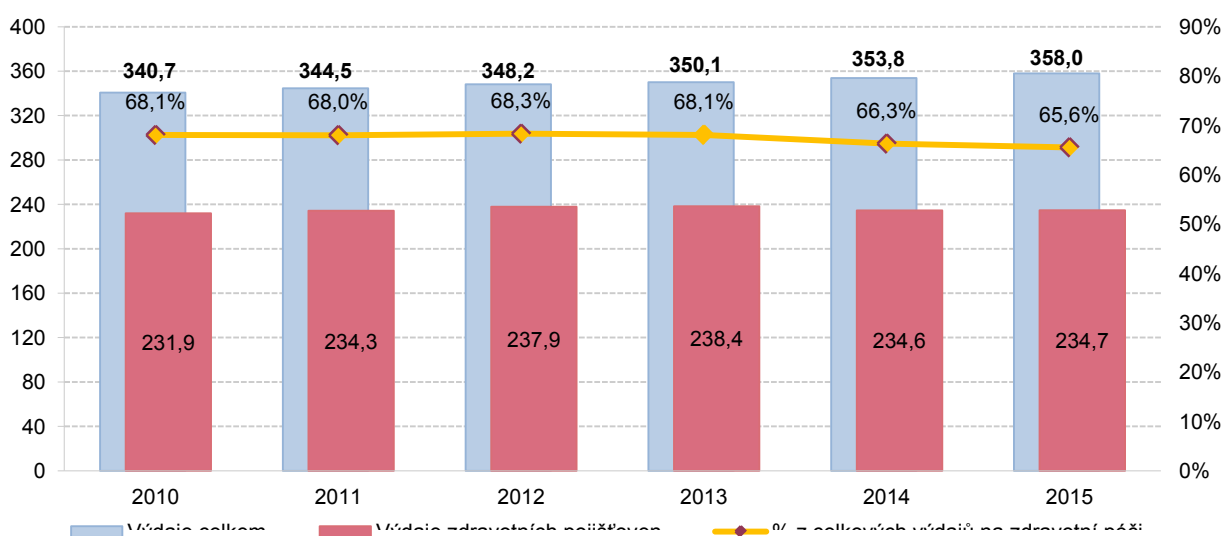
Zdravotní péče je v našem systému hrazená převážně z veřejného zdravotního pojištění a pouze v některých případech bývá doplněna o spoluúčast pacientů (např. doplatky za některé léky, stomatologická péče apod.). Významnou roli v systému financování zdravotní péče hrají výdaje ze státního a místních rozpočtů.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

3.1.1. Základní údaje

Zdravotní pojišťovny vydaly v roce 2015 na zdravotní péči 234,7 mld. Kč, tedy 65,6 % z celkových výdajů na zdravotní péči v České republice. V roce 2014 byl v rámci sledovaného období poprvé zaznamenán meziroční pokles výdajů na zdravotní péči financované z povinného zdravotního pojištění. Zatímco v roce 2013 dosáhly celkové výdaje zdravotních pojištěn na zdravotní péči 238,4 mld. Kč, o rok později to bylo o 3,8 mld. Kč (1,6 %) méně. V roce 2015 zůstaly výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči stabilní. Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce dosáhly v roce 2015 částky 22 514 Kč.

V **mezinárodním srovnání** výdaje na zdravotní péči v České republice z povinného zdravotního pojištění vysoce převyšují průměr zemí EU (42 %). Náš stát se tak řadí k zemím jako Nizozemsko, Francie a Německo, kde je systém zdravotnictví založený především na všeobecném zdravotním pojištění. Naopak nejnižších hodnot dosahují Španělsko (5 %), Portugalsko a Kypr (shodně 1 %), kde jsou výdaje na zdravotní péči založeny především na výdajích z veřejných rozpočtů a domácností.

Graf č. 3.1.1 Celkové výdaje na zdravotní péči a výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR, 2010-2015 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015



Nejvíce peněz vydávají zdravotní pojišťovny na léčení nemocí srdce a cév

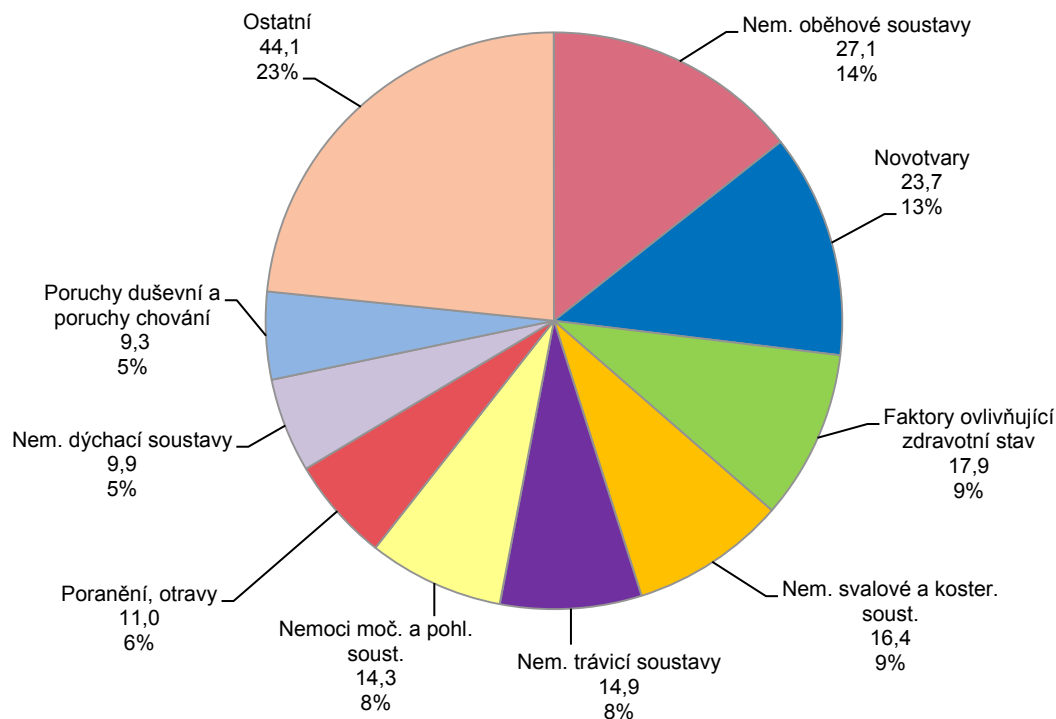
Nejprve se budeme věnovat výdajům na zdravotní péči v členění podle **hlavních kapitol diagnóz MKN-10** (graf č. 3.1.2). Většinu výdajů zdravotních pojišťoven lze přiřadit ke konkrétní diagnóze MKN-10 (podrobněji viz. klasifikace č.4 v příloze). Ostatní výdaje pojišťoven, které není možné takto rozčlenit, jsou zahrnuty do společné kategorie. 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.

Na celkových výdajích u jednotlivých kapitol diagnóz se podílí jednak četnost daných onemocnění v populaci a pochopitelně také nákladnost jejich léčby. Nejnákladnější skupinou onemocnění jsou dlouhodobě **nemoci oběhové soustavy**, kam spadají mimo jiné ischemické choroby srdeční (např. infarkt myokardu, angina pectoris aj.) a cévní nemoci mozku (mrtvice), což jsou jak vysoce nákladná tak i relativně častá onemocnění. Podle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS ČR) patří kardiovaskulární onemocnění k nejčastějším příčinám úmrtí v Česku. V roce 2015 byly příčinou 42 % úmrtí mužů a 50 % úmrtí žen, celkem zapříčinily téměř 51 tisíc případů úmrtí z celkového počtu 111 173 úmrtí.

V souvislosti s nárůstem počtu nově hlášených **zhoubných novotvarů** v populaci a vývojem nových účinnějších metod jejich léčby, které většinou představují také vyšší náklady, nabývá tato skupina onemocnění ve výdajích pojišťoven stále většího podílu.

Třetí nejnákladnější kapitolou jsou **faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami**. Jedná se obsahově o velmi různorodou skupinu příčin čerpání zdravotní péče. Patří sem nejrozličnější 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.

Graf č. 3.1.2 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle diagnóz MKN-10*, 2015 (v mld. Kč; %)



*Pozn.: Celkové výdaje na zdravotní péči financované ze všeobecného zdravotního pojištění uvedené v tomto grafu neobsahují údaje za ostatní výdaje zdravotních pojišťoven (45,9 mld. Kč), které v roce 2015 nebylo možno přiřadit ke konkrétní diagnóze.

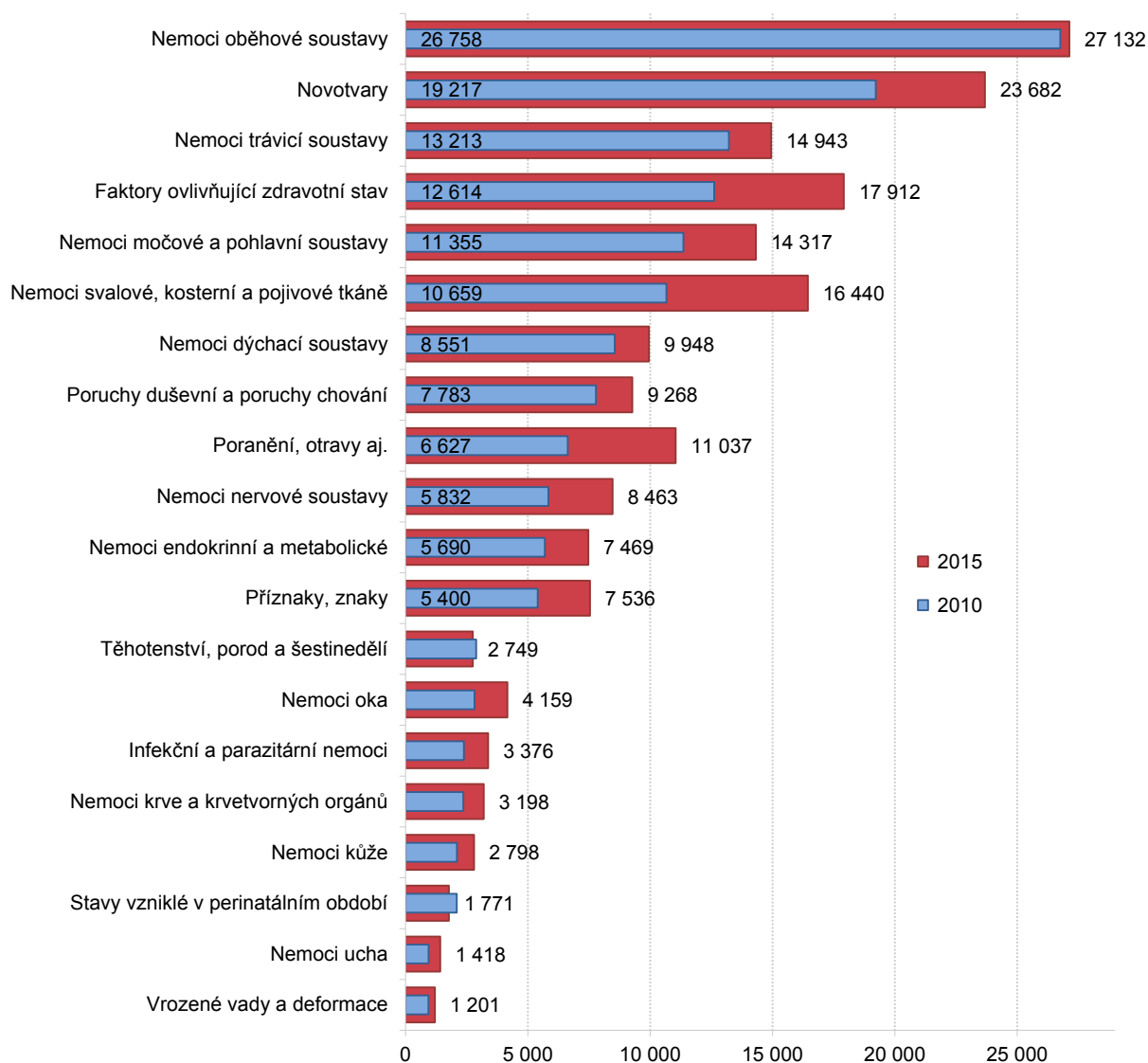
Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

V roce 2015 přesáhly náklady na onkologickou léčbu 23,5 miliard korun

V roce 2015 vykázaly zdravotní pojišťovny největší objem výdajů na zdravotní péči (27,1 mld. Kč) za **nemoci oběhové soustavy**. Ve stejném roce dosáhly náklady zdravotních pojišťoven na léčbu **onkologických onemocnění** hodnoty 23,7 mld. Kč, což je zatím historicky nejvyšší částka. Nárůst výdajů na onkologickou léčbu souvisí s možnostmi nových moderních léčebných i diagnostických metod, přístrojů a léčivých prostředků a bohužel také se zvyšujícím se počtem nově hlášených onkologických onemocnění v populaci. Nádorová onemocnění jsou stále druhou nejběžnější příčinou úmrtí, po nemocech oběhové soustavy. Diagnostikována jsou u více než pětiny zemřelých. U mužů se týkají zejména plic, tlustého střeva a prostaty. U žen je zaznamenána nejvýznamnější část úmrtí v důsledku novotvarů plic, tlustého střeva, prsu a pohlavních orgánů.

Ještě v roce 2010 byly třetí nejnákladovější položkou výdajů zdravotních pojišťoven nemoci trávicí soustavy, ale v roce 2015 je ve výši výdajů předstihly diagnózy z kapitol **faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami a nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně**. Právě nemoci svalové a kosterní soustavy a pohybové tkáně zapříčiňují největší počet dnů prostonaných v pracovní neschopnosti a jsou také nejčastější příčinou invalidity.

Graf č. 3.1.3 Vývoj výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle diagnóz MKN-10, 2010 a 2015 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2017



Mezi roky 2010 a 2015 nepatrně poklesly výdaje na zdravotní péči v těhotenství, porodu a šestinedělí

Od roku 2010 se nejvíce zvýšily náklady na léčení **nemocí svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně** a na diagnózy z kapitoly **faktory ovlivňující zdravotní stav** (zahrnují různá vyšetření, poradny, hospitalizaci dětí po porodu, doprovod při hospitalizaci, laboratorní vyšetření atd.). V absolutních číslech o více než 5 miliard Kč. Vysoce nadprůměrnou dynamiku v absolutních hodnotách měly diagnózy poranění a otrav stejně jako onkologická onemocnění. V obou případech se jednalo ve sledovaném období o nárůst výdajů ve výši o 4,4 mld. Kč. Výdaje na léčbu nemocí nervové soustavy a močové a pohlavní soustavy stouply v průměru o 2,5 miliardy Kč.

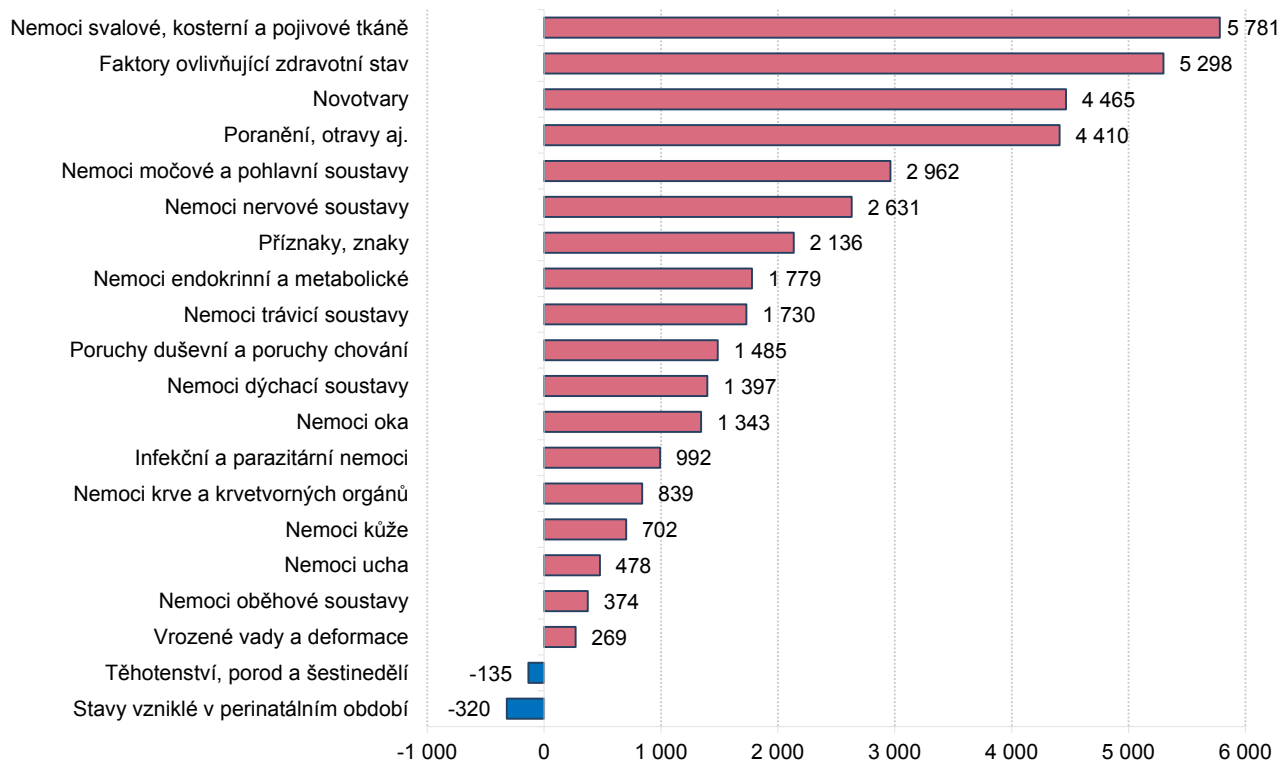
Procentuálně mezi roky 2010 a 2015 nejvíce vzrostly výdaje na léčbu **následků poranění a otrav** (nárůst o 66 %) a onemocnění svalové **nemocí svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně** (nárůst o 54 %).

Podle informací ÚZIS ČR jsou **nemoci svalové a kosterní soustavy** dlouhodobě druhou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti (dále jen PN). V letech 2010 a 2015 tvořily shodně zhruba 18 % všech případů PN. Tyto nemoci se vyznačují poměrně dlouhou průměrnou dobou trvání jednoho případu, která v obou sledovaných letech činila 67 dnů. Na celkovém počtu prστοnaných dnů se nemoci svalové a kosterní soustavy podílely 29 %, což je dlouhodobě nejvyšší podíl. Z této skupiny onemocnění se na pracovní neschopnosti nejvíce podílely onemocnění zad a páteře.

Poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin byly mezi důvody pracovní neschopnosti na třetím místě v roce 2010 i 2015 a způsobily 13 % případů PN. Poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin bylo důvodem 15 % prστοnaných dnů v PN. Nejvíce případů PN z této skupiny příčin způsobila vymknutí, podvrtnutí a natažení kloubních vazů a zlomeniny.

K velmi mírnému poklesu výdajů pojištěoven na zdravotní péči mezi roky 2010 a 2015 došlo pouze u kapitol **těhotenství, porod a šestinedělí** a **stavy vzniklé v perinatálním období**. Tuto skutečnost ovlivnil s největší pravděpodobností pokles počtu narozených dětí v tomto období, který se snížil ze 117 tisíc v roce 2010 na 111 tisíc v roce 2015.

Graf č. 3.1.4 Rozdíl ve výdajích zdravotních pojištěoven na zdravotní péči v ČR dle diagnóz MKN-10 mezi roky 2010 a 2015 (mil. Kč)



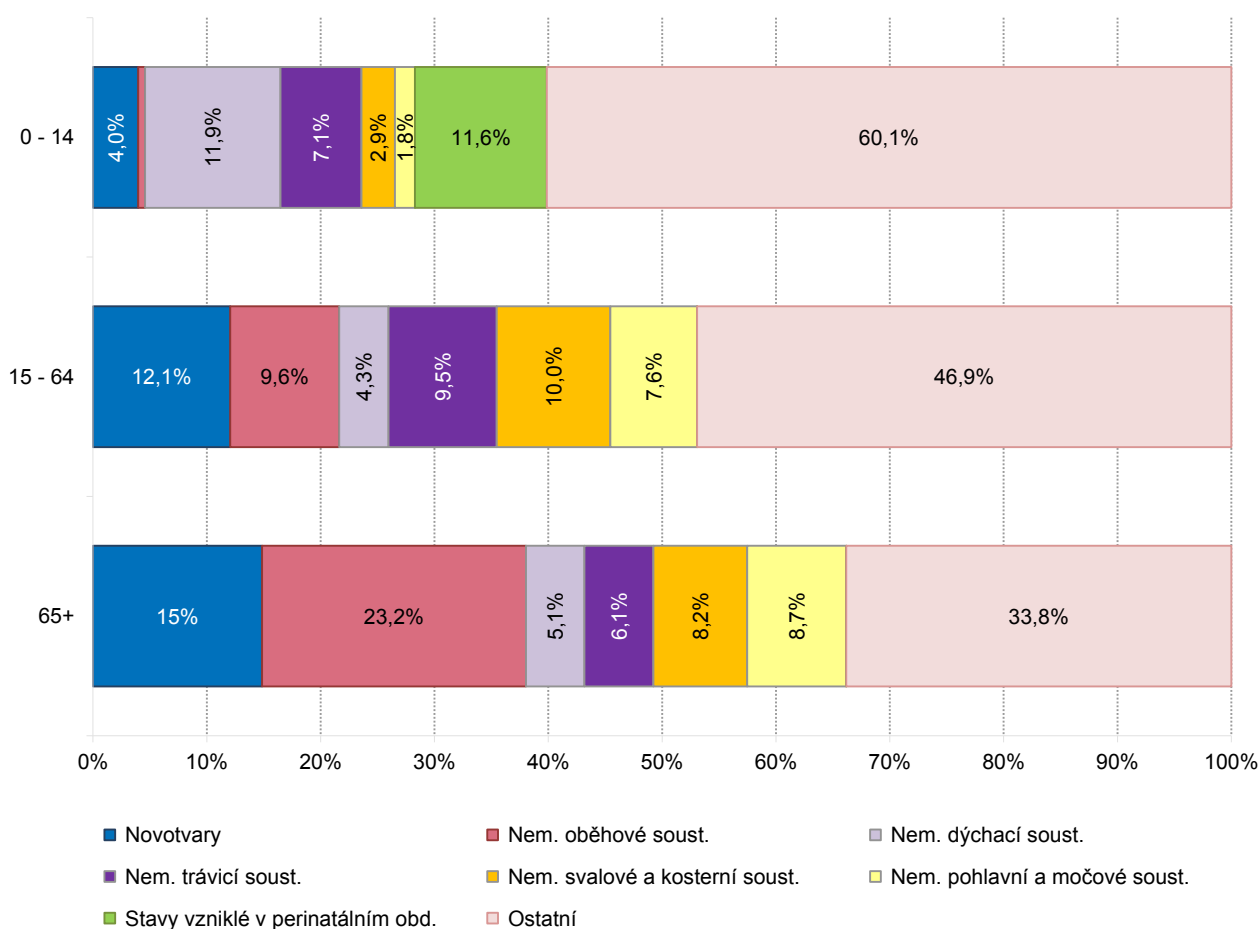
Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2017

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

Následující graf č. 3.1.5 přináší přehled nejnákladnějších kapitol diagnóz z roku 2015 ve třech základních věkových skupinách.⁵ Ve věkových skupinách **15 – 64 let a 65 a více let** je výčet nejnákladovějších skupin diagnóz téměř totožný a mění se mírně pouze jejich pořadí. Nejmarkantnější **rozdíl** podle věku je ve výdajích zdravotních pojišťoven **na léčení nemocí kardiovaskulárního systému**. Ve věkové skupině 65+ tvoří téměř čtvrtinu výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči, zatímco ve skupině 15 – 64 let se jedná o desetinu. Z hlediska struktury příčin nemoci jsou stále nemoci oběhové soustavy nejčastějším důvodem pro hospitalizaci a také úmrtnosti. Podle demografické statistiky umírá polovina seniorů v České republice na nemoci oběhové soustavy (zejména na infarkt myokardu a cévní onemocnění), ve středním věku jsou nejčastějšími příčinami úmrtí zhoubné novotvary.

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

Graf č. 3.1.5 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle věkových skupin a diagnóz MKN-10*, 2015 (%)



*Pozn.: Celkové výdaje na zdravotní péči financované ze všeobecného zdravotního pojištění uvedené v tomto grafu neobsahují údaje za ostatní výdaje zdravotních pojišťoven (45,9 mld. Kč), které v roce 2015 nebylo možno přiřadit ke konkrétní diagnóze.

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

⁵ Nejsou zde samostatně zahrnuty diagnózy z kapitoly - Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, které jsou uvedeny v položce ostatní diagnózy.

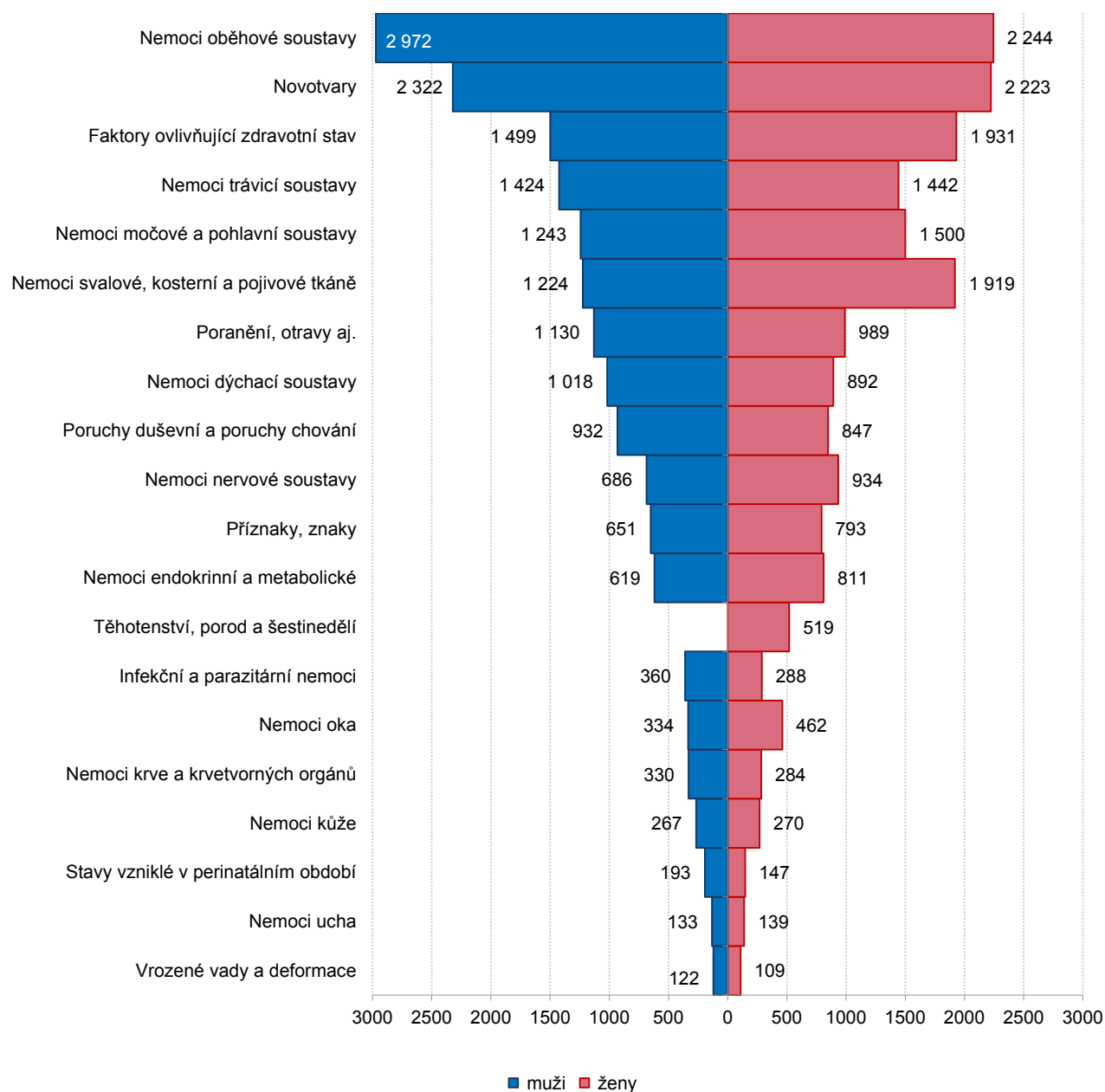


Výrazně vyšší výdaje jdou na léčení nemocí oběhové soustavy u mužů a nemocí svalové a kosterní soustavy u žen

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

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

Graf č. 3.1.6 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na 1 pojištěnce v ČR podle pohlaví a diagnóz MKN-10, 2015 (Kč)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Nejvíce peněz vydaly zdravotní pojišťovny na péči o muže ve věku 65 až 69 let

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 délkou léčení, specifické komplikace, odlišný průběh a tudíž rozdílné náklady.

Velmi zajímavé je také srovnání výdajů na zdravotní péči podle toho, zda byla poskytnuta mužům nebo ženám. Ženy se obecně dožívají vyššího věku než muži, ve věku nad 85 let tvoří 70 % populace ČR, což je jedním z důvodů, proč je uvedená struktura výdajů dle věku a pohlaví odlišná.

Z celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči připadalo každoročně zhruba 47 % na péči o muže a 53 % na péči o ženy. Vyšší výdaje na zdravotní péči o muže než na péči o ženy byly v roce 2015 pojišťovnami evidovány pouze ve věkových skupinách 0 – 14 a 55 – 69 let. Ve všech ostatních věkových skupinách byly vyšší výdaje na zdravotní péči o ženy než o muže. U mužů se nejvyšší částka objevuje ve věkové skupině 65 – 69 let, u žen pak ve věkové skupině 70 – 74 let.

Tab. č. 3.1.1 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle věku a pohlaví, 2010 a 2015 (mil. Kč)

Věková skupina	2010			2015		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Do 4 let	5 256	4 072	9 327	5 453	4 523	9 976
5-9	2 716	2 188	4 903	2 980	2 400	5 380
10-14	2 584	2 627	5 210	2 526	2 404	4 931
15-19	2 964	3 385	6 348	2 419	2 756	5 176
20-24	2 831	3 673	6 503	2 602	3 360	5 963
25-29	3 503	5 446	8 948	3 193	4 904	8 097
30-34	4 650	7 589	12 238	3 784	5 809	9 593
35-39	4 780	5 975	10 754	5 319	6 921	12 240
40-44	5 368	5 759	11 126	5 809	6 825	12 634
45-49	5 499	6 229	11 727	5 722	6 456	12 177
50-54	8 201	8 664	16 864	7 162	7 485	14 647
55-59	10 631	10 095	20 725	9 294	8 775	18 069
60-64	13 828	11 523	25 350	12 950	11 347	24 297
65-69	11 282	11 942	23 223	14 882	10 376	25 258
70-74	8 650	10 182	18 831	10 148	12 546	22 693
75-79	7 730	9 707	17 436	7 976	9 724	17 700
80-84	5 092	8 071	13 162	5 488	8 626	14 114
85+	2 772	6 435	9 206	3 514	8 247	11 760
Celkem	108 332	123 557	231 888	111 221	123 485	234 706

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

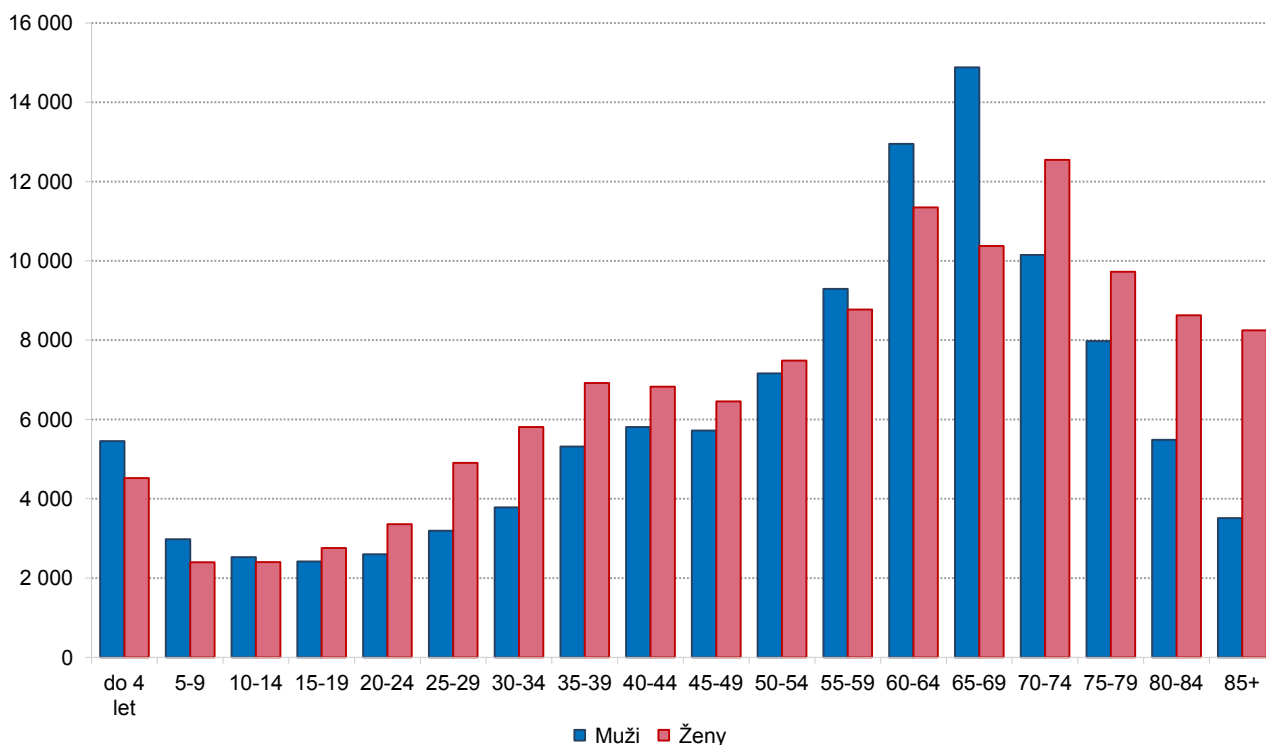
V porovnání s rokem 2010 se celkové výdaje pojišťoven na zdravotní péči v roce 2015 zvýšily o necelé tři miliardy korun. Největší nárůst výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči o muže byl mezi lety 2010 a 2015 zaznamenán ve věkové skupině 85 a více let (55 %) a výdaje na zdravotní péči o ženy se nejvíce zvýšily ve věkové skupině 5 – 9 let (42 %). V těchto skupinách rozlišených dle věku a pohlaví došlo zároveň



k výraznému nárůstu počtu obyvatel a zároveň se jedná o věkové skupiny, u nichž je vysoká míra nemocnosti. Zvýšení nákladů na zdravotní péči je tedy u těchto skupin osob očekávatelné.

K největšímu poklesu naopak došlo u výdajů na zdravotní péči o muže ve věkové skupině 55 – 59 let (o 7 %) a u výdajů na péči o ženy ve věkové skupině 30 – 34 let (o 18 %), což může být, s ohledem na důvody čerpání zdravotní péče mladými ženami, do jisté míry ovlivněno také poklesem porodnosti v uvedeném období.

Graf č. 3.1.7 Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle věku a pohlaví v roce 2015 (v mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Výdaje na léčení žen jsou v průměru o 8 % vyšší než na léčení mužů

Pohled očištěný o vliv věkové a pohlavní struktury pojištěnců nám přináší výše **průměrných výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle pohlaví a věku**.⁶ Obecně lze říci, že výdaje na zdravotní péči rostou spolu s věkem a v jednotlivých věkových skupinách se jejich výše liší i v závislosti na pohlaví.

Důvodem je čerpání velmi odlišné zdravotní péče u každé věkové skupiny. Poměrně vysoké výdaje na jednoho pojištěnce jsou vykazovány v nejmladší věkové skupině dětí do 4 let, což je dáno nákladnější péčí o novorozence (každý novorozenec je po porodu hospitalizován), zejména u předčasně narozených dětí. V následujících věkových skupinách až do 34 let se hodnota průměrných ročních výdajů na jednoho pojištěnce pohybuje kolem 9,8 tisíc Kč u mužů a 12,5 tisíc Kč u žen (výdaje na zdravotní péči jsou vyšší u žen než u mužů také z důvodů zajištění péče související s těhotenstvím a porodem). Od 35. roku věku se průměrné výdaje na zdravotní péči zvyšují s narůstajícím věkem. U mladších ročníků obou pohlaví jsou často průměrné výdaje na jednoho pojištěnce v dané věkové skupině ovlivněny nabídkou zdravotních pojišťoven na očkování nebo preventivní programy.

Celkově byly v roce 2015 průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na jednu pojištěnou ženu (23 326 Kč) o 7,6 % vyšší než průměrné výdaje na jednoho pojištěného muže (21 677 Kč). Průměrné výdaje na jednoho pojištěnce zůstaly mezi roky 2010 a 2015 stabilní, výdaje na jednoho pojištěnce - muže vzrostly o 1,9 % a na jednu ženu poklesly o 0,5 %. K největšímu nárůstu průměrných výdajů došlo u nejmladší věkové skupiny

⁶ Tabulka počtu pojištěnců podle věku a pohlaví je uvedena v příloze (viz tabulka č.16)

do 4 let – u dívek o 16,1 % a u chlapců o 8,2 %. Naopak nejvíce se za toto šestileté období snížily průměrné výdaje u mužů ve věkové skupině 50 – 54 let a 70 – 74 let (o 12 %) a u žen ve věkové skupině 65 – 69 let (o 29 %).

Vývoj průměrných ročních výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví mezi roky 2010 a 2015 přehledně zachycuje následující tabulka č. 3.1.2.

Tabulka č. 3.1.2 Porovnání průměrných výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví v letech 2010 a 2015 (v Kč)

Věková skupina	2010			2015		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Do 4 let	17 666	14 361	32 027	19 113	16 672	35 785
5-9	11 156	9 514	20 670	10 089	8 520	18 609
10-14	11 014	11 822	22 836	10 280	10 357	20 637
15-19	9 667	11 659	21 326	10 219	12 329	22 548
20-24	8 345	11 412	19 757	8 409	11 554	19 963
25-29	9 618	15 907	25 525	9 271	15 103	24 374
30-34	10 281	17 854	28 135	10 318	16 860	27 178
35-39	10 922	14 566	25 488	11 794	16 307	28 101
40-44	15 088	17 168	32 256	13 352	16 630	29 982
45-49	15 761	18 675	34 436	16 261	19 279	35 540
50-54	23 815	25 436	49 251	20 960	22 598	43 558
55-59	28 516	26 057	54 573	28 125	26 195	54 320
60-64	39 756	30 036	69 792	37 220	30 109	67 329
65-69	45 612	40 172	85 784	47 511	28 332	75 843
70-74	54 245	47 241	101 486	47 879	45 525	93 404
75-79	62 624	50 086	112 710	63 113	51 353	114 465
80-84	65 217	53 670	118 887	65 115	57 337	122 452
85+	68 462	60 030	128 492	65 975	63 088	129 063
Celkem	21 267	23 445	44 712	21 677	23 326	45 003

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015



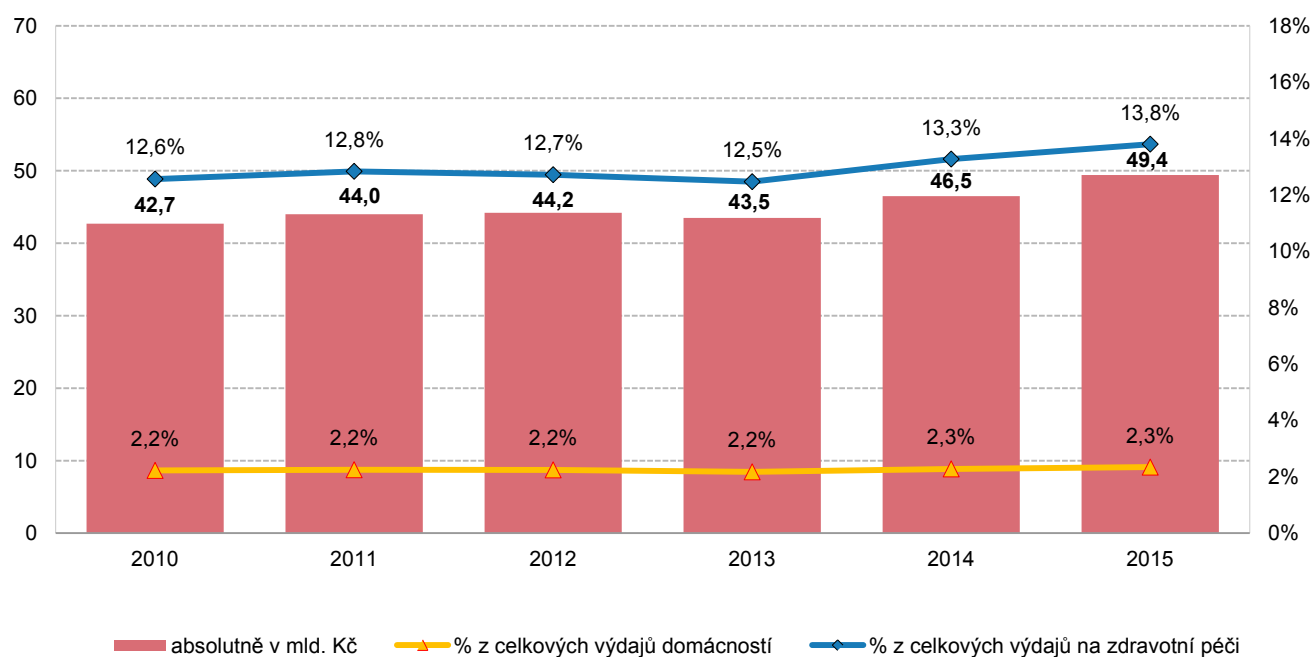
3.2. Výdaje domácností na zdravotní péči

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 49 358 mil. Kč, tedy 13,8 % z celkových výdajů na zdravotní péči v České republice. Tento podíl se mezi roky 2010 – 2013 pohyboval okolo 12,5 % a v roce 2013 překročil hranici 13 %. Uvedená 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 2015 dosáhly zatím maximální výše 49 358 mil. Kč. Pokud bychom vztáhly přímé výdaje domácností na zdravotní péči na jednoho obyvatele, dosáhly bychom v roce 2015 hodnoty 4,6 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; %)

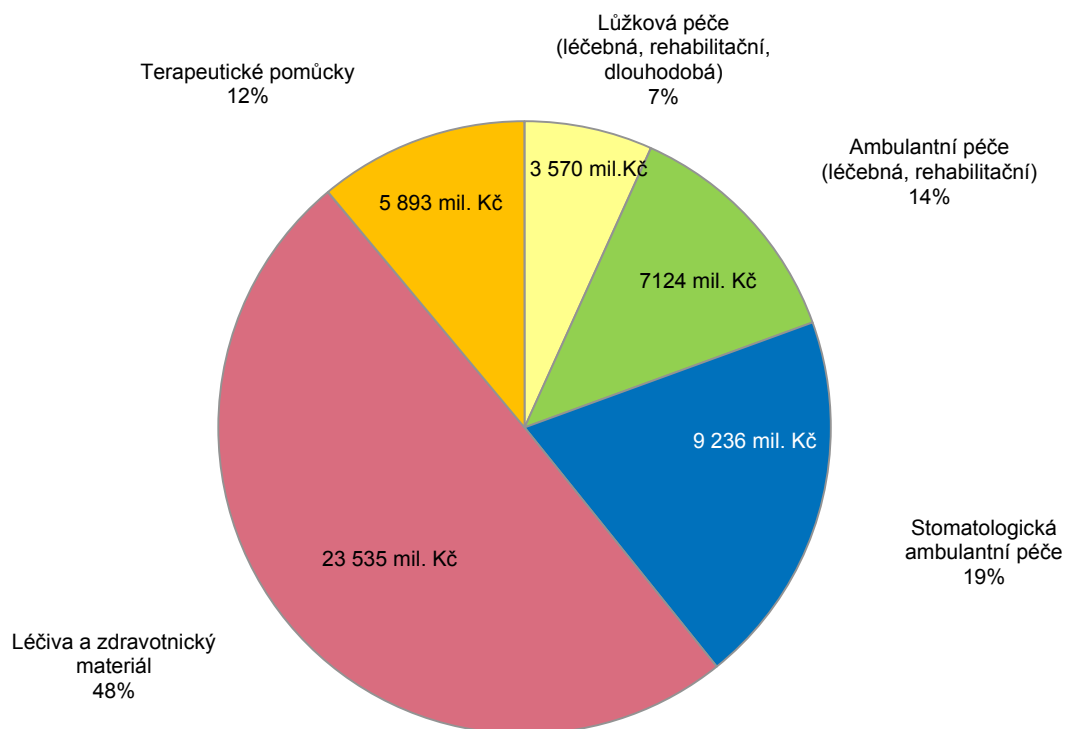


Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Uvedené výdaje zahrnují přímé náklady domácností na zdravotní péči, nikoli platby, které jsou zpětně 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 a další služby nehrazené z veřejného zdravotního pojištění.

V roce 2015 utratily české domácnosti za **léky** téměř polovinu (48 %; 23,5 mld. Kč) svých výdajů na zdravotní péči. Druhou nejdůležitější položkou již od roku 2010 – s 19 % (9,2 mld. Kč) podílem v roce 2015 - tvoří přímé platby pacientů za **zubařské výkony**. Více než desetina z výdajů domácností na zdravotní péči směřuje na příspěvky na **ambulantní péči**, ať už léčebnou nebo rehabilitační, stejně jako na **terapeutické pomůcky**, nejčastěji brýle a kontaktní čočky.

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 60 % v roce 2015), z čehož tradičně tvoří největší výdajovou položku, více než tři čtvrtiny z této kategorie, náklady na léky (na předpis i volně prodejné léky). Pětina výdajů z této kategorie směřuje na terapeutické pomůcky a vybavení (brýle, naslouchadla, ortopedické pomůcky, berle, invalidní vozíky apod.).

V meziročním srovnání 2014 a 2015 byl zaznamenán nárůst výdajů domácností **na léky na předpis** o 625 milionů Kč (o 7 %) a dosáhly částky 10 121 mil. Kč.

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 nejvyšší hodnoty - 12 744 mil. Kč.

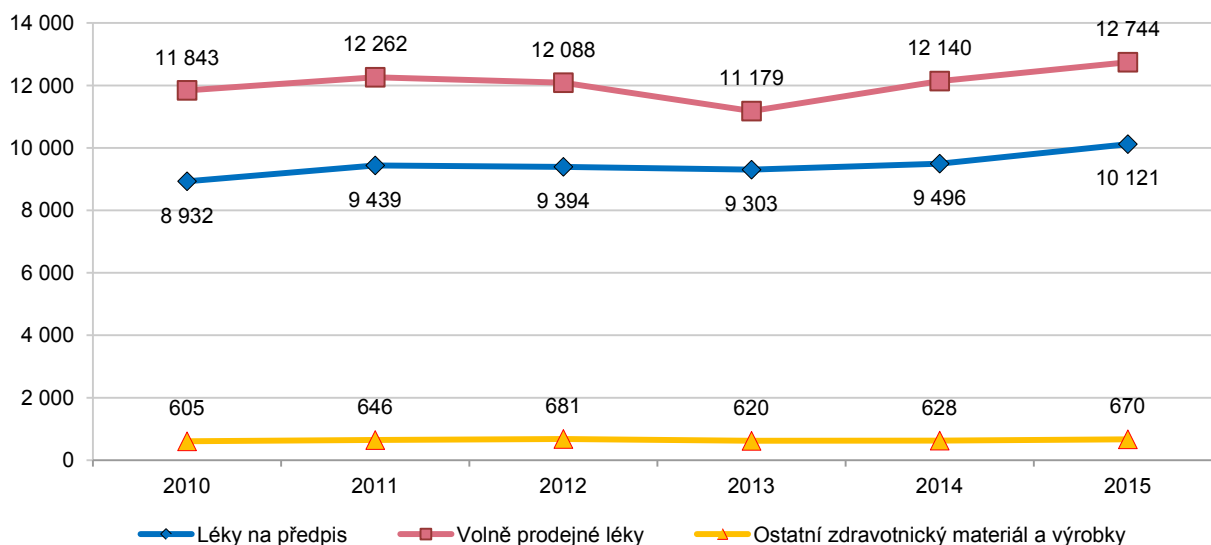


Tabulka č. 3.2.1 Výdaje domácností v ČR na zdravotní péči podle druhu poskytnuté zdravotní péče, 2010-2015

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	16 279	106,4
1.1 Lůžková léčebná péče	487	576	834	699	755	814	107,8
1.3 Ambulantní léčebná péče	12 828	12 761	12 204	13 059	14 546	15 465	106,3
1.3.1 Všeobecná ambulantní léčebná péče	2 382	2 171	2 302	2 429	2 622	2 758	105,2
1.3.2 Stomatologická ambulantní léčebná péče	7 118	7 737	6 802	7 362	8 436	9 236	109,5
1.3.3 Specializovaná ambulantní léčebná péče	3 328	2 853	3 100	3 268	3 488	3 471	99,5
2 Rehabilitační péče	2 222	2 539	3 388	2 983	3 240	3 562	109,9
2.1 Lůžková rehabilitační (lázeňská) péče	1 596	1 888	2 732	2 289	2 473	2 667	107,8
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	626	651	656	694	767	895	116,7
3 Dlouhodobá lůžková péče	52	63	93	77	83	89	107,2
5 Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	27 115	28 089	27 723	26 648	27 867	29 428	105,6
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál	21 380	22 347	22 163	21 102	22 264	23 535	105,7
5.1.1 Léky na předpis	8 932	9 439	9 394	9 303	9 496	10 121	106,6
5.1.2 Volně prodejné léky a léčiva	11 843	12 262	12 088	11 179	12 140	12 744	105,0
5.1.3 Ostatní zdravotnický materiál a výrobky	605	646	681	620	628	670	106,7
5.2 Terapeutické pomůcky	5 735	5 742	5 560	5 546	5 603	5 893	105,2
5.2.1 Brýle a další produkty oční optiky	3 740	3 744	3 626	3 617	3 654	3 843	105,2
5.2.3 Ortopedické a protetické pomůcky	296	297	287	286	289	304	105,2
5.2.9 Ostatní terapeutické pomůcky a vybavení	1 699	1 701	1 647	1 643	1 660	1 746	105,2
Celkový součet	42 704	44 028	44 242	43 466	46 491	49 358	106,2

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**, o 17 %. 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 se zvýšily výdaje na lůžkovou rehabilitační péči, jejíž podstatnou součástí je **lázeňská léčba**. Domácnosti se finančně podílejí především na příspěvkové lázeňské péči, která byla v roce 2013 na základě novely vyhlášky tzv. Indikačního programu o týden zkrácena, což se projevilo snížením těchto výdajů v tomto roce. V dubnu 2014 bylo toto omezení zrušeno a výdaje na lůžkovou rehabilitační péči pozvolna vzrostly, což se potvrdilo i v roce 2015. Lázeňský fond v roce 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, zůstávají v porovnání s rokem 2014 stabilní.

Výdaje na **všeobecnou ambulantní léčebnou péči** (zejména péče praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost) meziročně mírně vzrostly (o 5 %). U všeobecné ambulantní péče se může, mimo jiné, jednat o výdaje na různá očkování nebo preventivní vyšetření nehrazená ze zdravotního pojištění. 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 působilo 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 10 %. 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..

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**.

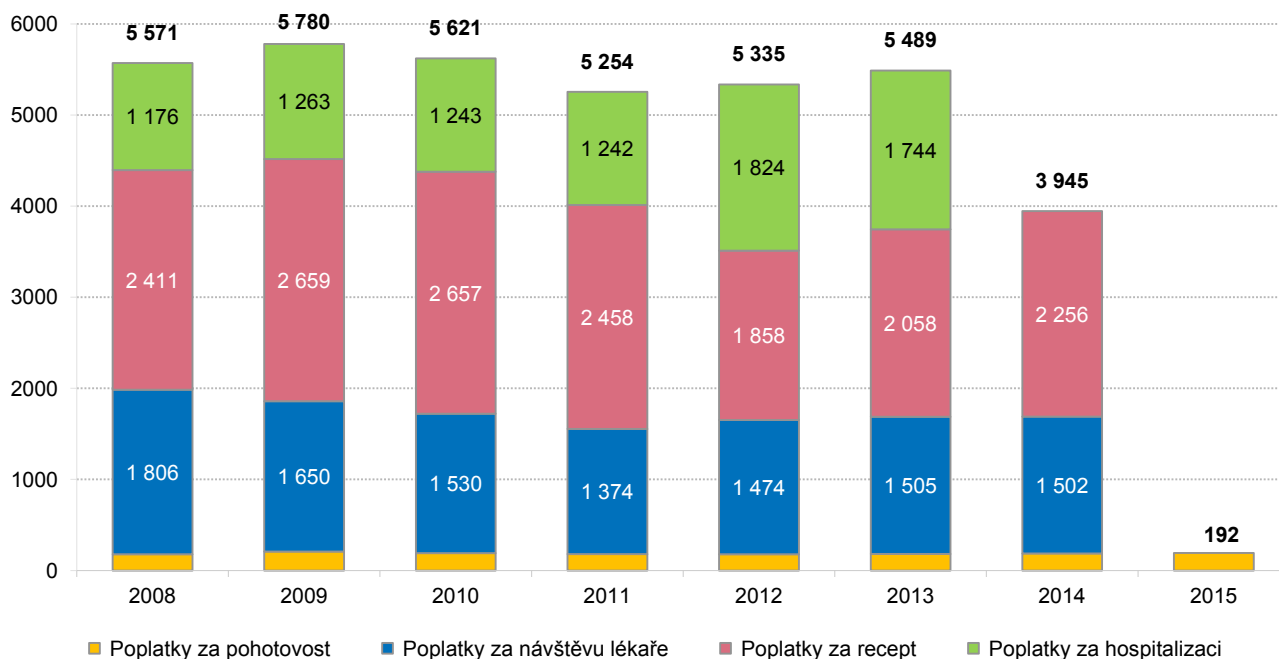
V roce **2011** zůstaly poplatky za hospitalizaci na stejné úrovni jako v roce předchozím i přesto, že od 1. 12. 2011 došlo ke změně výše regulačního poplatku za jeden den pobytu v nemocnici, ústavním či lázeňském zařízení z 60 Kč na 100 Kč. Výše poplatků za recept a za využití pohotovostních služeb 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

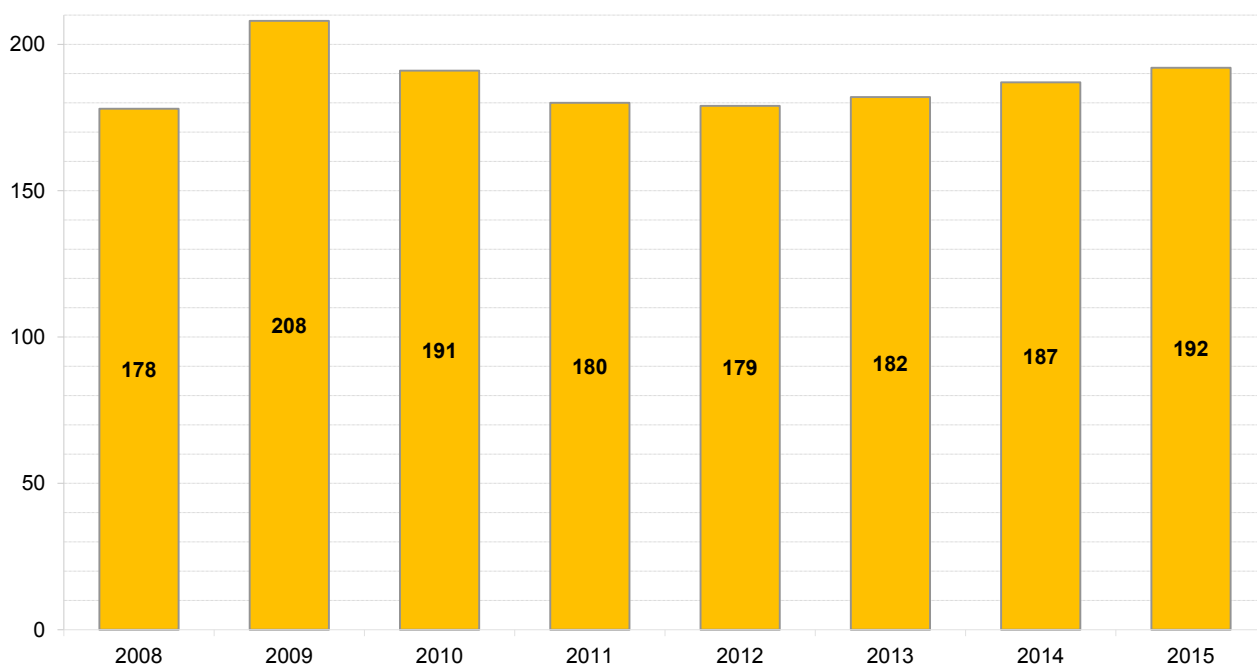
Pokud v rámci pohotovostní služby ošetřující lékař shledá, že stav pacienta vyžaduje hospitalizaci, regulační poplatek se neplatí.

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)



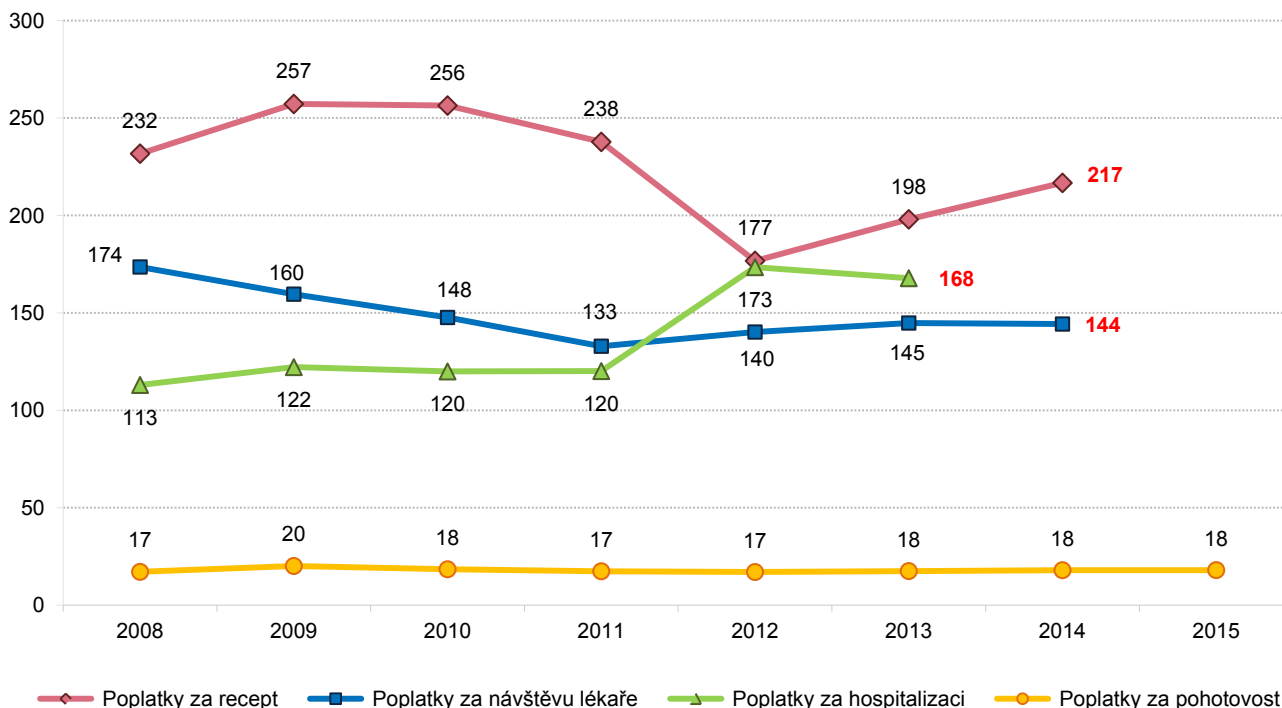
Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

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.

3.3. Výdaje na dlouhodobou péči

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

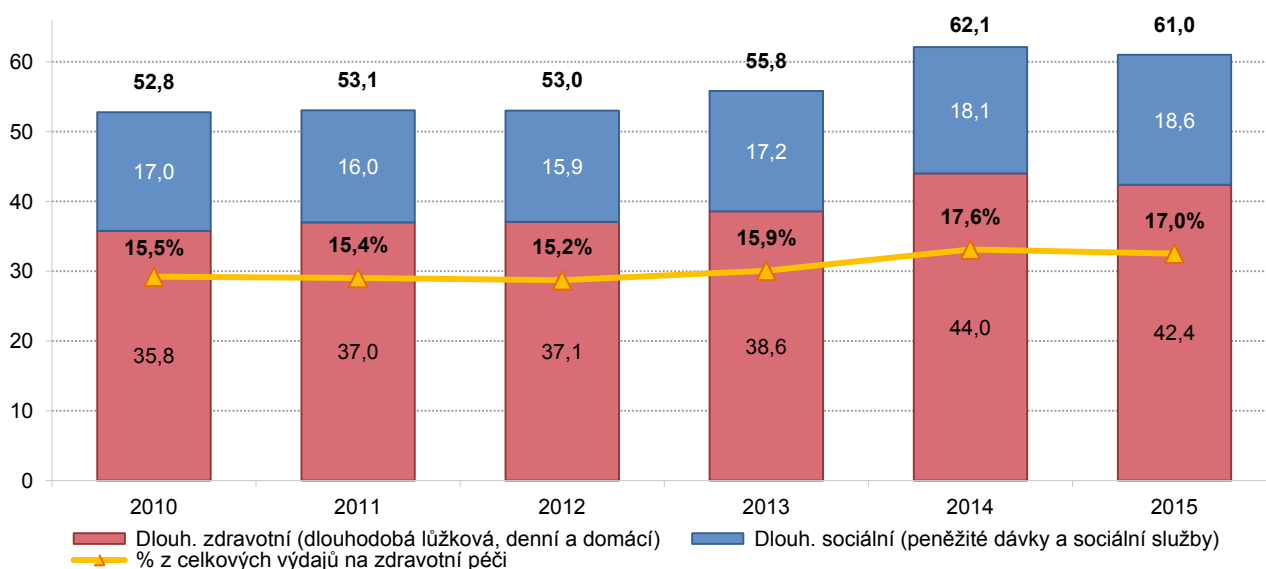
V praxi není jednoduché oddělit zdravotní a sociální stránku dlouhodobé péče, neboť stav pacienta (klienta) vyžaduje oba typy péče. V širším slova smyslu komplex dlouhodobé péče představují některé služby zdravotnické (léčba, rehabilitace, preskripce léků a pomůcek) a také pomocné a podpůrné sociální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

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

3.3.1. Základní informace

V roce 2015 tvořily souhrnné výdaje na dlouhodobou péči 61,0 mld. Kč, což představovalo 17 % z celkových nákladů na zdravotní péči, které dosáhly v daném roce 358,0 mld. Kč. Přestože závislost na péči druhých osob přirozeně narůstá s věkem, je nutné mít na paměti, že potřeba dlouhodobé péče se týká také dětí a osob v produktivním věku. Pokud bychom však uvedenou částku 61 mld. Kč rozdělili mezi obyvatele ČR starší 65 let, kteří dlouhodobou péčí nejčastěji potřebují, pak by průměrné roční náklady na jednoho seniora tvořily 32 tisíc Kč. Sledované výdaje ve skupině dlouhodobé péče byly v roce 2015 složeny z 69 % (v absolutních hodnotách 42,4 mld. Kč) z **dlouhodobé péče zdravotní** a zbývajících 31 % (v absolutních hodnotách 18,6 mld. Kč) se vztahuje k níže uvedeným **službám sociální péče** určeným pro osoby potřebujících zároveň péči zdravotnickou.

Graf č. 3.3.1 Výdaje na dlouhodobou zdravotní a související sociální péči v ČR, 2010-2015 (mld. Kč; %)

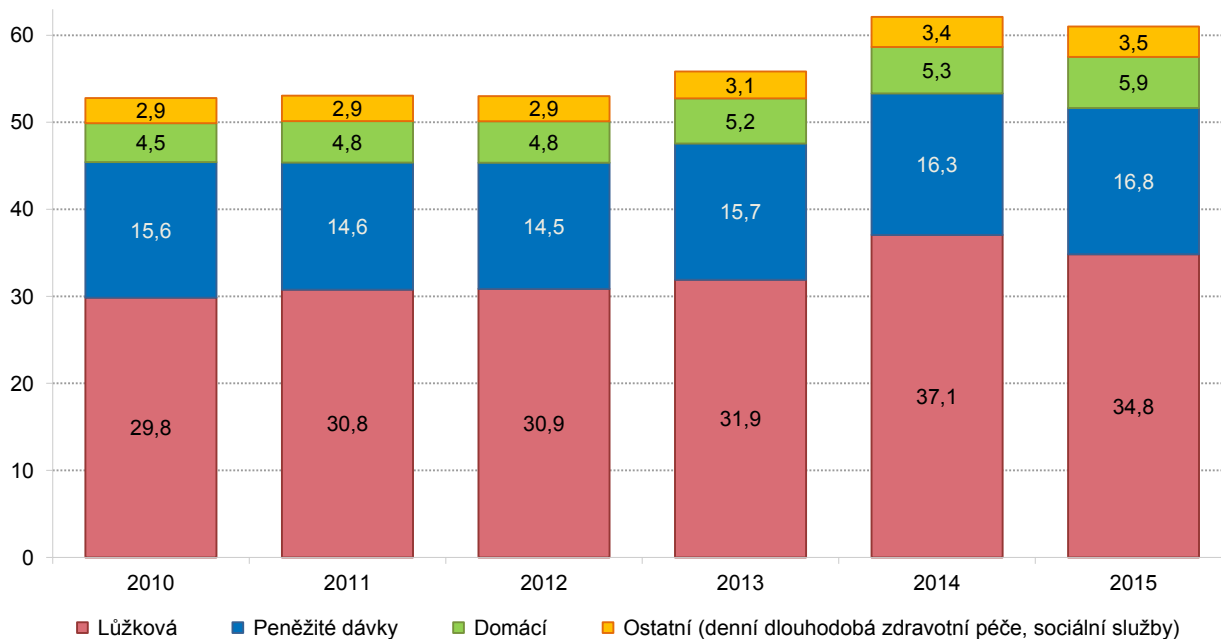


Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

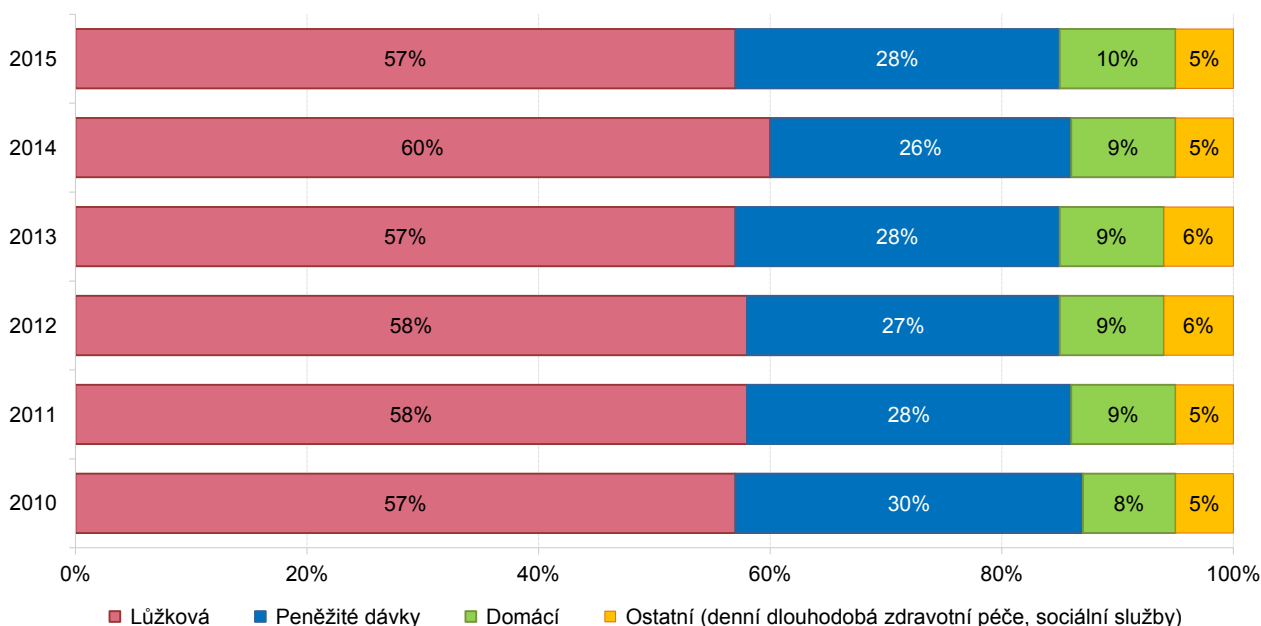
V letech 2010 až 2015 se podíl dlouhodobé péče na celkových výdajích na zdravotní péči pohyboval v České republice **mezi 15 a 18 %**. Výdaje na dlouhodobou péči **sociální** od roku 2012 vzrostly o 17 % a v roce 2015 dosáhly v absolutních číslech hodnoty 18,6 mld. Kč. Výdaje na dlouhodobou péči **zdravotní** se od roku 2010 postupně zvyšovaly a v roce 2014 dosáhly zatím svého maxima 44 mld. Kč. Nárůst, který byl zaznamenán především u dlouhodobé lůžkové péče, souvisel s postupnými změnami úhradového systému zdravotních pojišťoven u ošetrovatelské péče. V roce 2015 se stoupající tendence výdajů na dlouhodobou péči zdravotní zastavila, což dokazuje snížení hodnoty z předchozího roku o 1,6 mld. na 42,4 mld. Kč (viz graf č. 3.3.1).

Graf č. 3.3.2 Výdaje na dlouhodobou péči v ČR podle typu poskytnuté péče, 2010-2015 (mld. Kč, %)

a) v mld. Kč



b) struktura (%)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Formu dlouhodobé péče ovlivňují tradice rodinného života

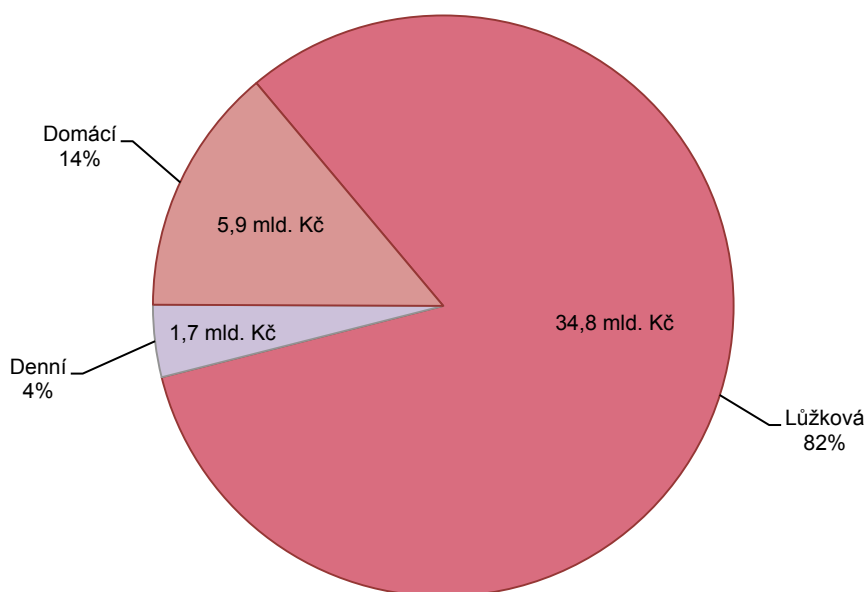
Systémy dlouhodobé péče se v jednotlivých zemích velmi liší, stejně jako vymezení zdravotní a sociální složky dlouhodobé péče. To snižuje srovnatelnost údajů o dlouhodobé péči. Důvodem této situace je odlišný historický vývoj systémů zdravotnictví a sociálních služeb v zemích OECD. Jednotlivé země často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

V Evropě vydávají **za dlouhodobou péči nejvíce** země, které se soustředí především na formální, tj. institucemi poskytovanou zdravotní péči ve specializovaných zařízeních nebo přímo v domácnostech uživatelů. **Jde o skandinávské státy - Norsko, Švédsko, Dánsko**, jejichž výdaje na dlouhodobou péči tvoří zhruba čtvrtinu celkových nákladů na zdravotní péči. V mnoha zemích jižní Evropy, kde je kladen důraz na neformální péči, tj. péči, která je poskytována zejména rodinnými příslušníky či osobami blízkými, dosahují výdaje na dlouhodobou péči nižších hodnot v poměru k celkovým nákladům na zdravotní péči. Např. **v Řecku** byla vydána na dlouhodobou péči v roce 2014 pouze **2 %** z celkových výdajů na zdravotní péči, **v Chorvatsku 3 % a Itálii 9 %**. Průměr zemí EU v roce 2014 činil 15 %.

3.3.2. Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči

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

Graf č. 3.3.3 Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči v ČR podle typu poskytnuté péče, 2015 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Celkové výdaje na dlouhodobou péči **zdravotní** dosáhly v roce **2015 výše 42,4 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 2015 byly služby dlouhodobé lůžkové péče financovány především ze státního rozpočtu a veřejného zdravotního pojištění. I když si na nadstandardní



ubytování, stravu a některé druhy služeb klienti připlácí i z vlastní kapsy, pro dlouhodobou lůžkovou péči v pobytových zařízeních sociálních služeb jsou k dispozici pouze výdaje z veřejných zdrojů.

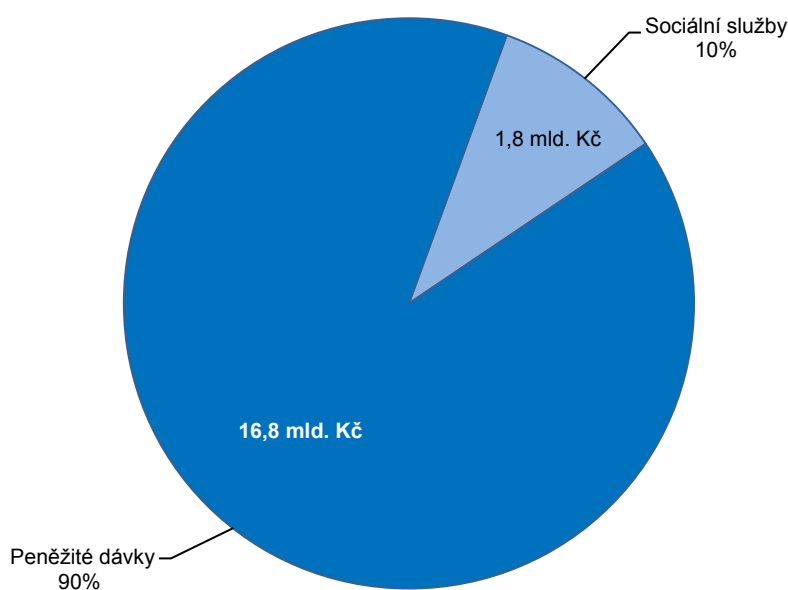
Více než desetina výdajů z celkových nákladů na dlouhodobou zdravotní péči spadá do kategorie **domácí péče**, prostřednictvím které jsou služby pacientům s chronickým popř. nevléčitelným onemocněním včetně hospicové péče poskytovány v domácím přirozeném prostředí. Vlastním sociálním prostředím pacienta se rozumí také pobytové zařízení nahrazující domácí prostředí pacienta např. zařízení sociálních služeb. Výdaje na domácí dlouhodobou péči jsou hrazeny především ze státního rozpočtu (74 %) a zdravotních pojišťoven (26 %).

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

3.3.3. Výdaje na dlouhodobou sociální péči

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

Graf č. 3.3.4 Výdaje na dlouhodobou sociální péči v ČR podle typu poskytnuté péče, 2015 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

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

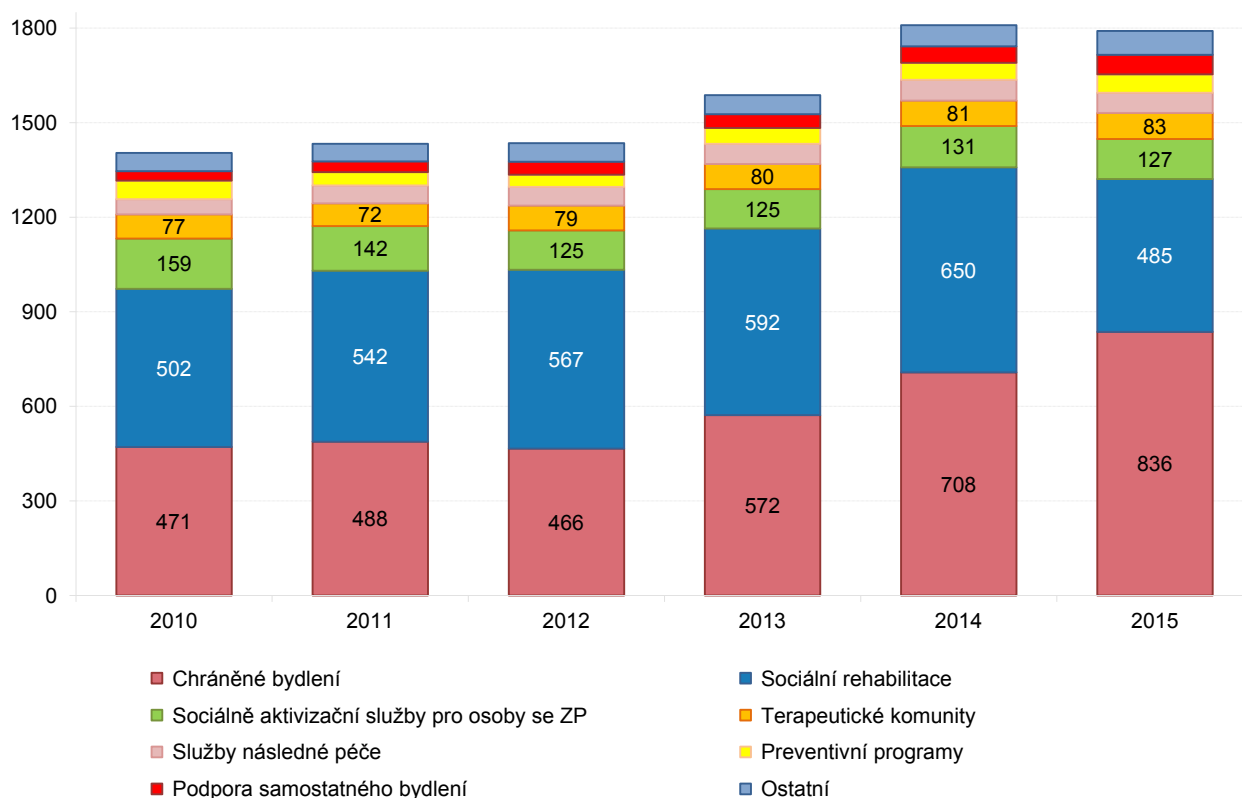
V případě **sociálních služeb** dlouhodobé sociální péče se jedná výhradně nebo převážně o poskytování tzv. asistenčních služeb typu pomoc při zajištění chodu domácnosti (úklid, nákupy, zajištění stravy), zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytnutí ubytování, sociálně terapeutické,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

V roce 2015 bylo investováno 836 miliónů **na provoz chráněného bydlení**, což je pobytová služba umožňující lidem s postižením žít v běžném prostředí domácnosti. Výdaje na provoz chráněného bydlení mezi roky 2010 a 2015 narostly o více než tři čtvrtiny, což je dáno postupným zvyšováním kapacit tohoto typu ubytovacího zařízení.

Výdaje na služby **sociální rehabilitace** se do roku 2014 každoročně zvyšovaly, avšak v roce 2015 bylo investováno ze státního rozpočtu nejméně finančních prostředků ve sledovaném období, a to 485 miliónů Kč. Narůstající výše výdajů v období 2010 – 2014 korespondovala s postupným zvyšováním počtu těchto služeb, který se v roce 2015 výrazně snížil, čemuž odpovídá i meziroční pokles výdajů až o jednu třetinu. Sociální rehabilitace zahrnuje soubor činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osob se zdravotním postižením směřujících k dosažení maximální možné soběstačnosti.

Částka na **sociálně aktivizační služby** (127 miliónů Kč), které umožňují seniorům a osobám se zdravotním postižením zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, ale i pomoc při uplatňování oprávněných požadavků a při obstarávání osobních záležitostí, představovala 7 % podíl výdajů na dlouhodobou sociální péči.

Graf č. 3.3.5: Výdaje na sociální služby dlouhodobé péče v ČR podle druhu služeb, 2010-2015 (mil. Kč)



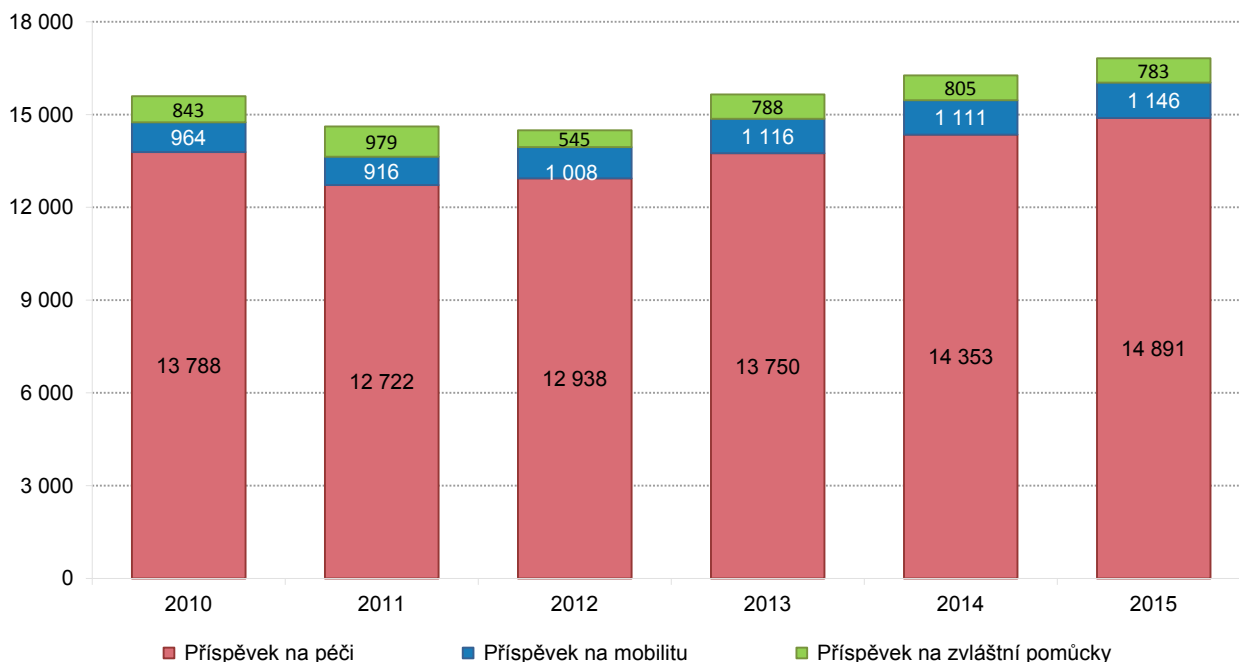
Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Peněžité sociální dávky zahrnují dávky dlouhodobé sociální péče pro jednotlivce nebo domácnosti, a to zejména **příspěvek na péči**, který byl zaveden v roce 2007. Ten je určen osobám, které z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné osoby při zvládnání základních životních potřeb. Z příspěvku je pak hrazena pomoc poskytovaná osobou blízkou, asistentem sociální péče nebo poskytovatelem sociálních služeb. Jak je patrné z absolutních hodnot v grafu č. 3.3.6, v roce 2011 a 2012 se výdaje na peněžité dávky pohybovaly pod hranicí 15 miliard Kč, což bylo ovlivněno přijetím vládního úsporného opatření, na základě kterého se snížila výše příspěvku na péči v prvním stupni (lehká závislost) u osob starších 18 let, a to z 2 000 Kč na 800 Kč. Výše jednotlivých státních příspěvků na péči zůstala v období 2011 až 2015 stejná, avšak každoročně se měnil jejich počet.



Výdaje státu na příspěvky na péči pro postižené a seniory vzrostly od roku 2012 o více než 2 miliardy

V kategorii **peněžitých dávek** dlouhodobé sociální péče patří z hlediska výdajů k nejnákladnějším **příspěvek na péči**, určený osobám, které z důvodu svého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné osoby (14 891 mil. Kč v roce 2015). V meziročním srovnání roků 2010 a 2015 se zvýšily výdaje na příspěvky na péči o 8 %.

Graf č. 3.3.6: Peněžitě dávky na sociální služby podle druhů příspěvku, 2010-2015 (mil. Kč)

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Výdaje na příspěvek **na mobilitu** pro osoby s nárokem na průkaz ZTP nebo ZTP/P, které se opakovaně za úhradu dopravují, dosáhly v roce 2015 výše 1 146 mil. Kč. Příspěvek **na zvláštní pomůcku** pro osoby s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí nebo s těžkým zrakovým či sluchovým postižením dosáhl v roce 2015 783 mil. Kč.

Příspěvek na mobilitu byl zaveden od roku 2012, ale údaje za rok 2010 a 2011 zahrnují z metodického hlediska srovnatelný příspěvek na provoz motorového vozidla a příspěvek na individuální dopravu. Meziročně výrazně nižší výdaje u příspěvku na zvláštní pomůcku v roce 2012 odráží zavedení nového typu dávky, která sjednotila dosud používané srovnatelné příspěvky na nákup zvláštních pomůcek nebo na motorové vozidlo. Zavedení nového příspěvku ovlivnilo i jeho pozdější výplaty (od 2. čtvrtletí roku 2012).

3.4 Výdaje za léky

Tato kapitola podává přehled základních údajů o celkových výdajích na léky od roku 2010. Poskytuje především podrobné údaje o výdajích na léky **dle místa spotřeby a zdroje financování**. Místem spotřeby jsou v této souvislosti myšleny **ambulantně vydávané léky**, tedy ty, které jsou buď vydávány pacientům na lékařský předpis, nebo jsou nakupovány v rámci volného prodeje léků⁷. Výdaje na ambulantně vydávané léky jsou doplněny o informace o lécích spotřebovávaných v rámci léčby přímo **ve zdravotnických zařízeních** (obvykle v rámci hospitalizací).

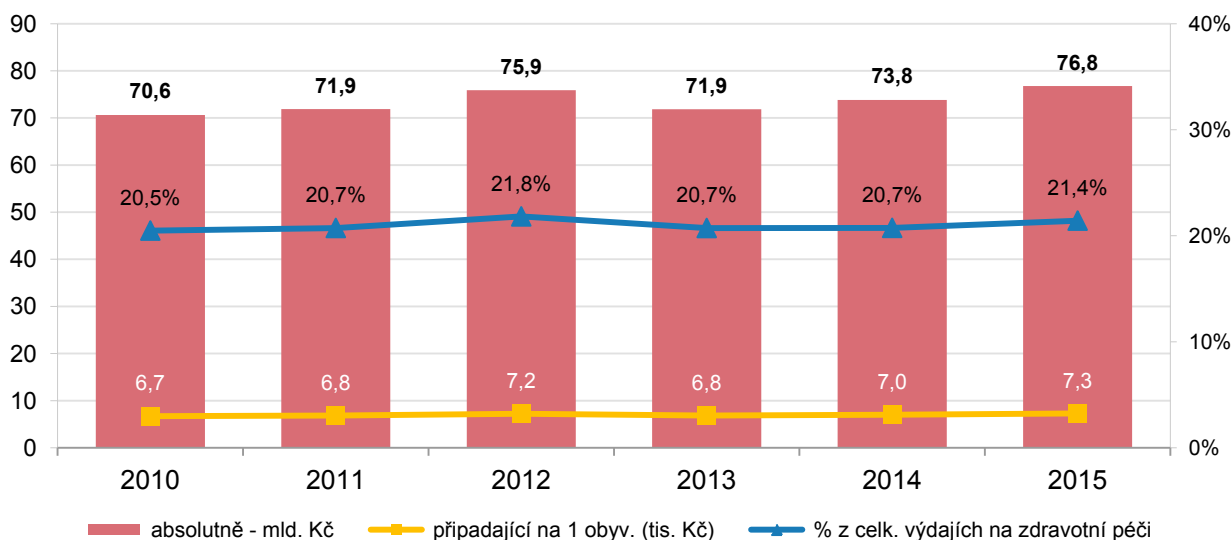
Pozornost je zaměřena rovněž na výdaje na léky **z hlediska jejich financování**. V České republice mají v tomto směru klíčové postavení zdravotní pojišťovny, které hradí až 70 % veškerých výdajů na léky. Zbývající část výdajů na léky si lidé platí z vlastních kapes.

3.4.1 Základní údaje

V České republice bylo v roce 2015 vydáno **za léky celkem 76,8 mld. Kč⁸**, což představovalo 21,4 % veškerých výdajů na zdravotní péči. Na jednoho obyvatele ČR bylo v průměru utraceno v roce 2015 za léky 7 281 Kč. Léky na předpis hrazené z veřejného pojištění tvoří dlouhodobě více než 40 % celkových výdajů na léky (41 % v roce 2015 v porovnání s 48 % v roce 2010). Výdaje za léky spotřebované přímo v lůžkových zdravotnických zařízeních dosáhly v roce 2015 až 29 % (22,3 mld. Kč) z celkových výdajů na léky, což je nejvíce od roku 2010. Zbývajících 30 % v roce 2015 zahrnovaly přímé výdaje domácností na doplatky na léky na předpis (10,1 mld. Kč) a volně prodejné léky (12,7 mld. Kč).

Od roku 2010 včetně, tj. v uplynulých šesti letech bylo za léky v České republice utraceno 441 mld. Kč, z nich 312 miliard připadlo na léky placené z veřejného zdravotního pojištění a zbylých 129 miliard na léky placené přímo domácnostmi.

Graf č. 3.4.1 Celkové výdaje za léky v České republice, 2010-2015 (mld. Kč; na 1 obyv., %)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Jak je patrné z grafu č. 3.4.1, vývoj celkových výdajů za léky nevykazuje za období 2010 – 2015 jednoznačný trend. Celkové výdaje za léky postupně rostly mezi roky 2010 až 2012 až na částku

⁷ Charakteristika léků na předpis a volně prodejných léků je uvedena v kapitole Metodická příloha

⁸ Tento údaj zahrnuje celkové výdaje za léky a je metodicky odlišný od údajů uvedených v tabulce č. 2.2, kapitoly 2, ve které položka léky zahrnuje pouze výdaje za léky na předpis a volně prodejné léky včetně zdravotnického materiálu. Výdaje na léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních v rámci léčby jsou v této tabulce především součástí položek lůžková léčebná péče, lůžková rehabilitační péče a lůžková dlouhodobá zdravotní péče.



75,9 mld. Kč, poté byl zaznamenán jejich pokles na 71,9 mld. Kč, což bylo dáno nižšími výdaji na léky na předpis. Ve výročních zprávách SÚKL se uvádí, že při relativně stálém objemu léků na předpis byly patrně mírně klesající úhrady zdravotních pojišťoven za léky. V roce 2014 dosahovaly výdaje na léky téměř k hranici 74 mld. Kč. Celkové výdaje na léky v roce 2015 vzrostly o 3 miliardy na výše uvedených 76,8 mld. Kč, což je zatím nejvíce od roku 2010.

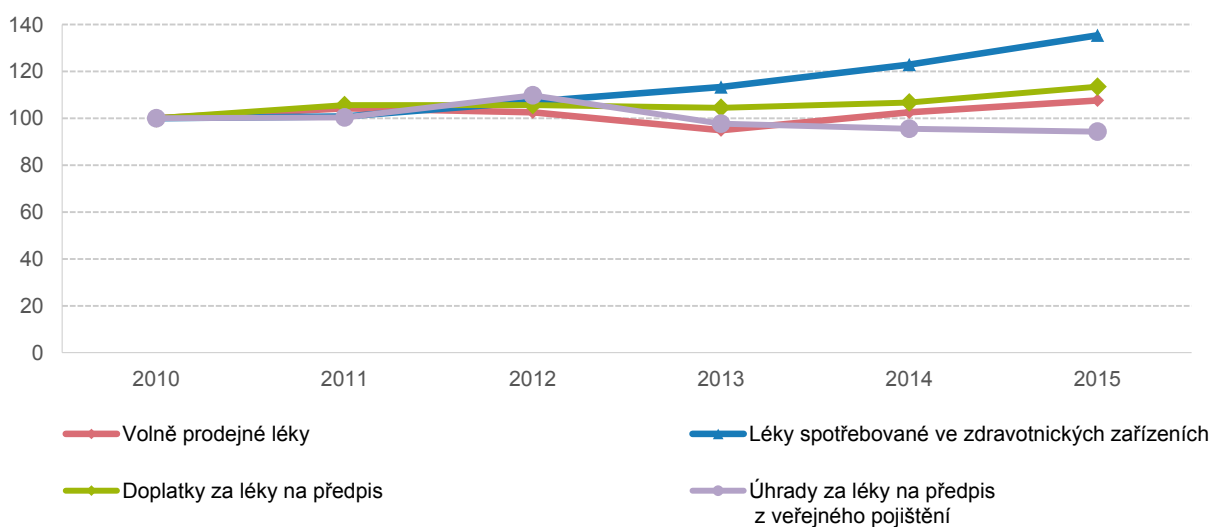
V **mezinárodním srovnání** jsou dostupné pouze výdaje ambulantně podávané léky včetně zdravotnického materiálu, ať už na předpis nebo volně prodejné za rok 2014. Výdaje na ambulantně podávané léky a zdravotnický materiál v České republice ve vztahu k celkovým výdajům na zdravotní péči odpovídají průměru zemí EU (19 %). Nejvyšší výdaje v této skupině vykazuje Bulharsko (43 %) a Rumunsko (37 %). Naopak nejnižší Lucembursko (11 %). Ze sousedních zemí zaznamenává vyšší výdaje na léky Slovensko (35 %). Bližší podrobnosti jsou uvedeny v kapitole s mezinárodním srovnáním.

Rostou především výdaje za léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních

V roce 2015 **meziročně** vzrostly výdaje na léky o 2,7 % (2 mld. Kč), a to především díky výdajům za léky spotřebovaných přímo ve zdravotnických zařízeních, které se v porovnání s rokem 2014 zvýšily o desetinu (2,1 mld. Kč). V roce 2015 nepatrně vzrostly (o 1,6 %; 0,2 mld. Kč) přímé výdaje domácností (jednotlivců) na volně prodejné léky. Podobně viz podkapitola č. 3.4.3.

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

Graf 3.4.2 Vývoj výdajů za léky v letech 2010 - 2015 (index, 2010 = 100)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

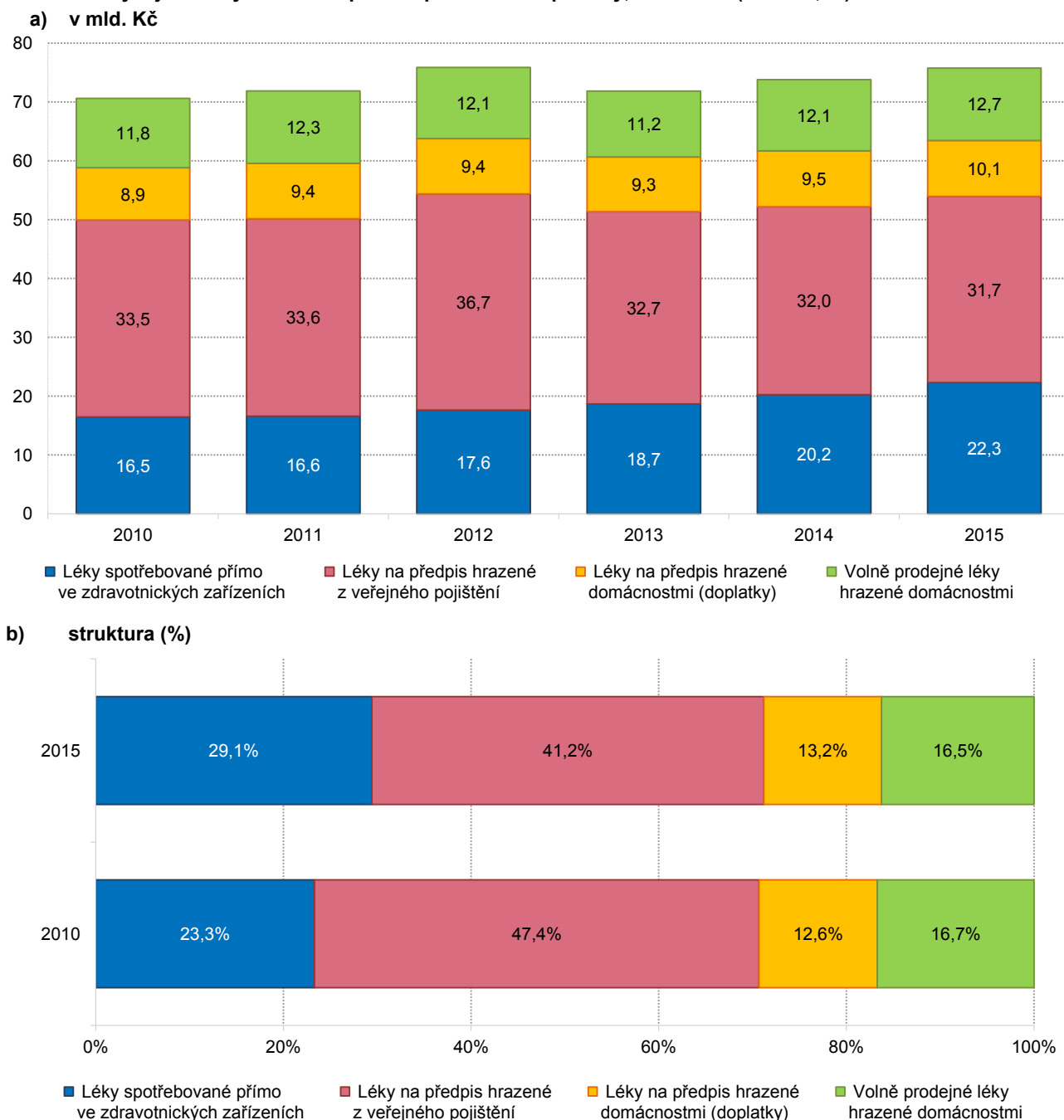
Následujících několik údajů o spotřebě léčiv je čerpáno ze zdrojů Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). V roce 2015 bylo do sítě zdravotnických zařízení v České republice dodáno 267,2 milionů balení léčivých přípravků, což ve srovnání s rokem 2005 znamená pokles o 38,1 %. Počet definovaných denních dávek⁹ celkem v roce 2015 dosáhl 6 480,98 mil., od roku 2005 vzrostl o 2,8%. Finanční hodnota distribuovaných léčivých přípravků byla 61,98 miliard Kč (v cenách výrobce bez obchodní přírážky a DPH), oproti roku 2005 jejich cena se snížila o 4,2%.

⁹ Definovaná denní dávka je jednotka užívaná např. ke sledování spotřeby léčiv. Většinou se jedná o průměrnou denní udržovací dávku léku podávanou v léčbě daného onemocnění u dospělých pacientů.

3.4.2 Výdaje za léky podle místa jejich spotřeby

Za **ambulantně vydávané léky** bylo v roce 2015 vynaloženo více než 54 mld. Kč, přičemž za léky vydané na předpis to bylo 41,8 mld. Kč a za volně prodejné léky 12,7 mld. Kč. Výdaje na ambulantně vydávané léky tak tvořily 15 % celkových výdajů na zdravotní péči, které v roce 2015 dosáhly výše 358 mld. Kč. Na **léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních** bylo v roce 2015 vydáno o třetinu více korun než v roce 2010 (22,3 mld. Kč oproti 16,5 mld. Kč). V roce 2015 léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních představovaly 6,2 % z celkových výdajů na zdravotní péči oproti 4,8 % v roce 2010.

Graf č. 3.4.3 Výdaje za léky v České republice podle místa spotřeby, 2010-2015 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

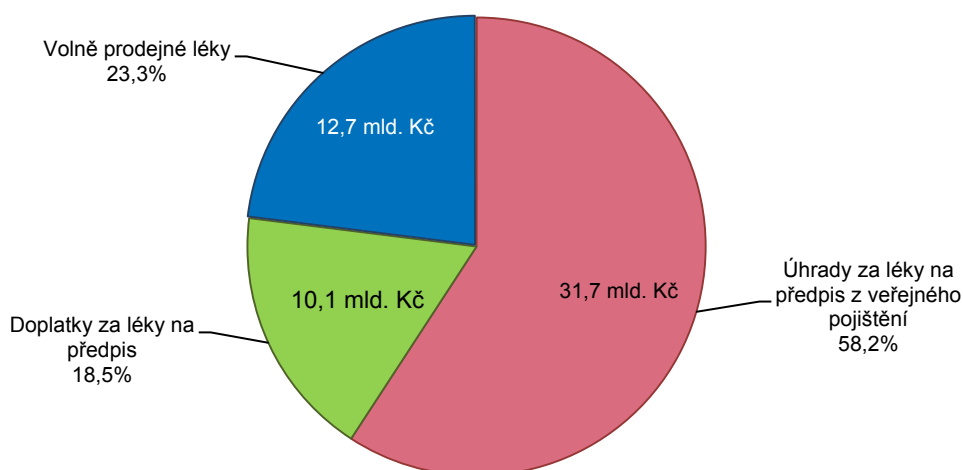


Jak je patrné z grafu č. 3.4.3, v letech 2010 – 2012 vzrostly výdaje na léky na předpis hrazené z veřejného zdravotního pojištění o 3 mld. Kč a v roce 2012 dosáhly zatím svého maxima ve výši 36,7 mld. Kč. V dalších letech se výdaje na předepsané léky postupně snižovaly až na 31,7 mld. Kč v roce 2015.

Od roku 2013 zůstávají výdaje na ambulantně vydávané léky stabilní

Celkové výdaje na léky vydávané ambulantně dosáhly v roce 2015 částky **54,5 mld. Kč**. Téměř tři pětiny výdajů (31,7 mld. Kč) tvořily výdaje za léky na předpis uhrazené z veřejného zdravotního pojištění. Za volně prodejné léky a doplatky za léky na předpis zaplatili pacienti dohromady 22,8 mld. Kč.

Graf č. 3.4.4 Výdaje za ambulantně vydávané léky, 2015 (mld. Kč; %)

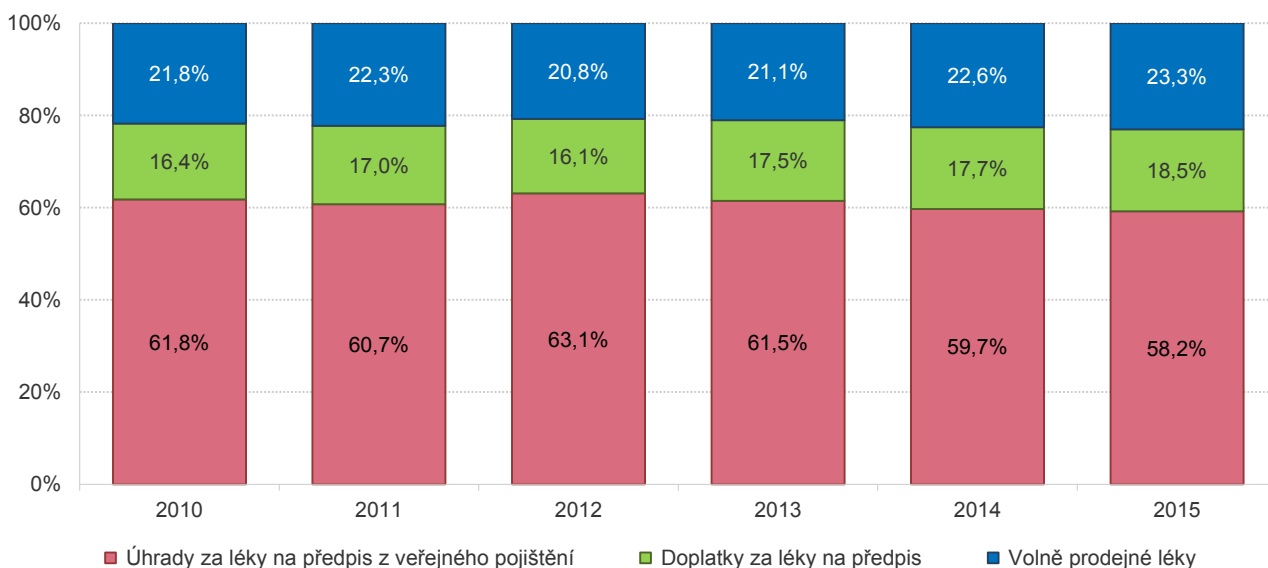


Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Jak dokumentuje graf č. 3.4.5 výdaje na léky na předpis (hrazené z veřejného pojištění i doplatků domácností), tvořily v letech 2010 – 2015 až 77 % - 79 % ve skupině léků vydávaných ambulantně.

Výdaje na léky na předpis hrazené z veřejného zdravotního pojištění poklesly z maxima 36,7 mld. Kč v roce 2012 na 31,7 mld. Kč v roce 2015. **Doplatky pacientů za léky na předpis hrazené z domácností** se pohybovaly v roce 2010 těsně pod hranicí 9 mld. Kč, následující rok se vzrostly o 0,5 mld. Kč a až do roku 2014 dosahovaly hodnoty zhruba 9,4 mld. Kč (viz graf č. 3.4.3). V roce 2015 přesáhly 10 miliard Kč,

Graf č. 3.4.5 Struktura výdajů za ambulantně vydávané léky v ČR v letech 2010 až 2015 (v %)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

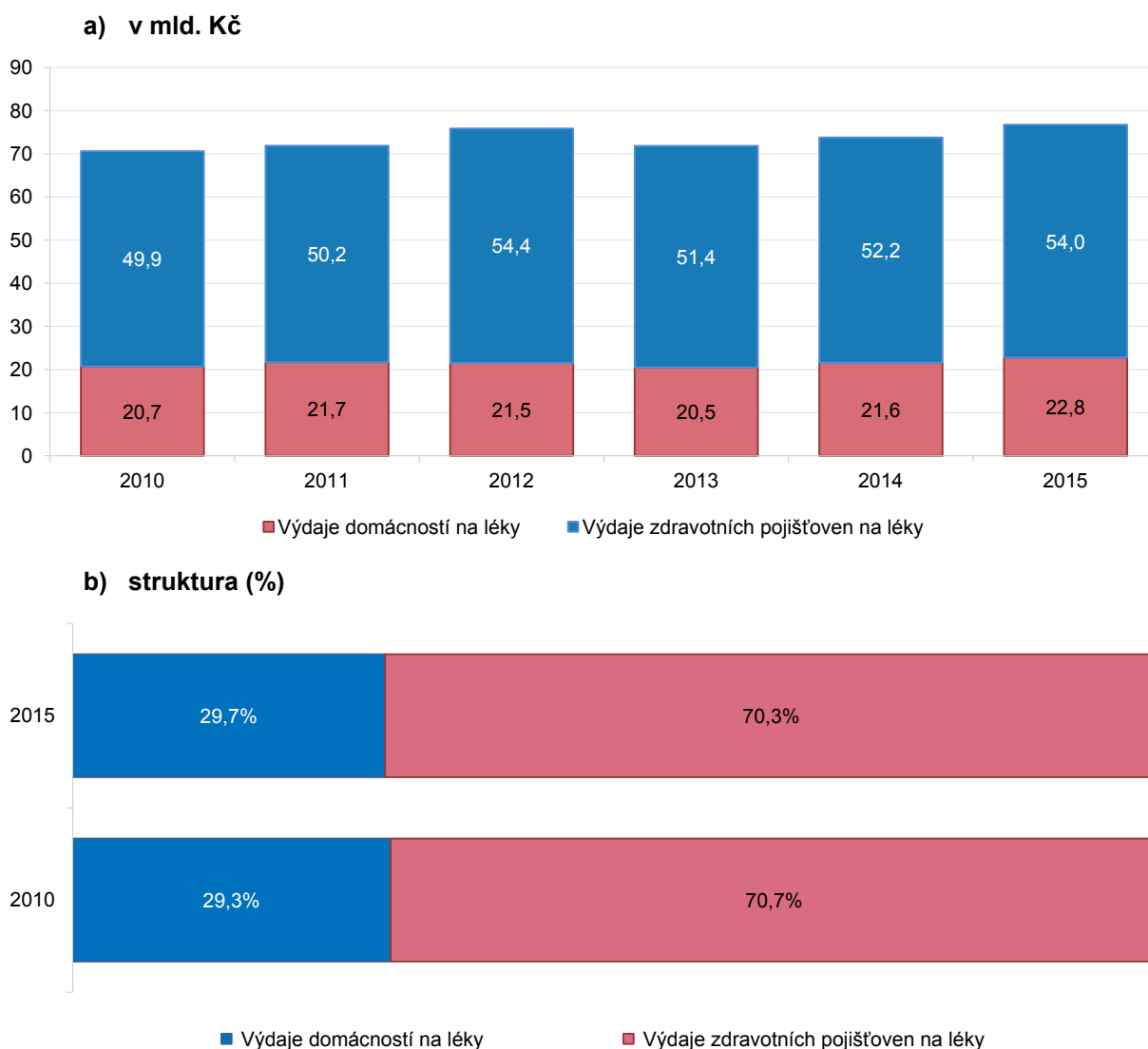
3.4.3 Výdaje za léky podle zdrojů jejich financování

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

Výdaje za léky představují největší položku výdajů domácností na zdravotní péči. V roce 2015 utratily domácnosti celkem za volně prodejné léky a doplatky za léky na předpis 22,8 mld. Kč, což představovalo více než 46 % veškerých výdajů domácností na zdravotní péči. Jak naznačuje graf č. 3.4.6, ve sledovaném období nedocházelo k výrazným změnám, co se týká relativní zátěže plateb za léky v rozpočtech domácností na zdravotní péči. Od roku 2010 se pohybuje mezi 46 % a 49 % výdajů domácností na zdravotní péči.

Z údajů v grafu č. 3.4.3 vyplývá, že v roce 2015 doplácely domácnosti celkem 10,1 mld. Kč za léky na předpis, což je o 1,2 mld. Kč více než v roce 2010 (8,9 mld. Kč). Domácnosti dále vydaly celkem 12,7 mld. Kč za volně prodejné léky, což představovalo nárůst o 4 % oproti roku 2010 (11,8 mld. Kč). Do ceny léků se mimo jiné promítá také aktuální výše snížené sazby daně z přidané hodnoty, která se ve sledovaném období několikrát změnila. Výdaje na léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních se od roku 2010 postupně zvyšují.

Graf č. 3.4.6 Výdaje za léky v České republice podle zdroje financování, 2010-2015 (mld. Kč; %)



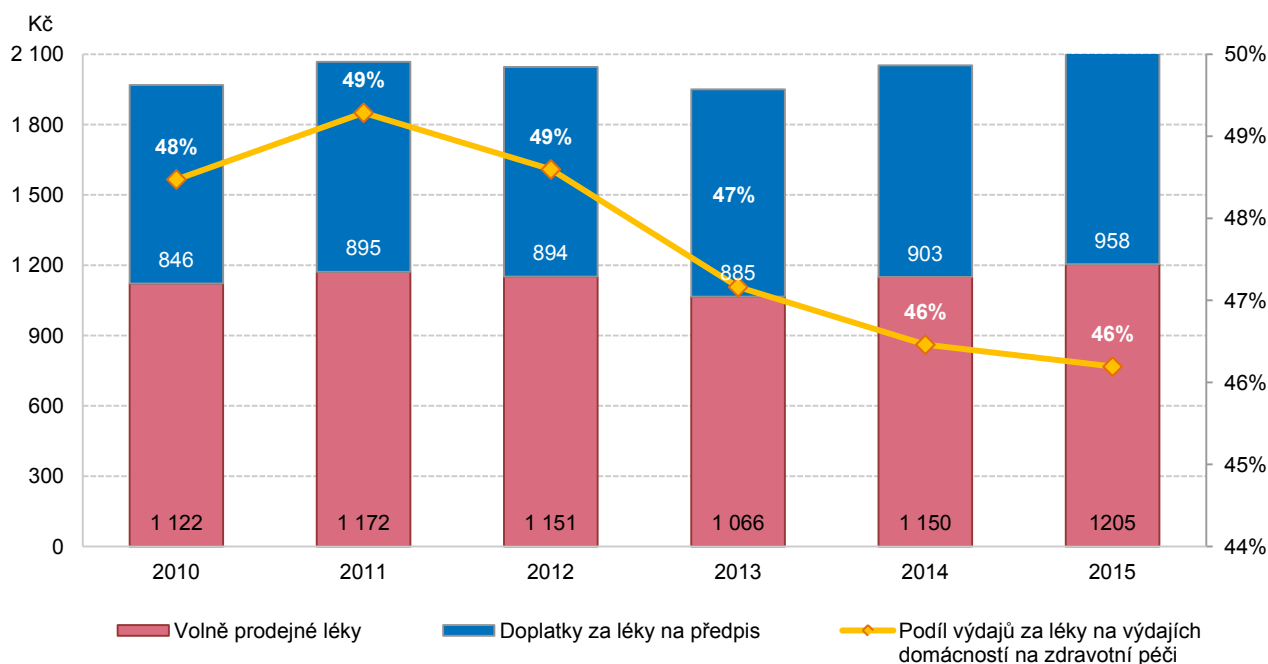
Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015



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

Z grafu č. 3.4.7 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 2015 vydáno domácnostmi více než 2 000 Kč, přičemž z toho 958 Kč stály doplatky za léky na předpis a 1 205 Kč volně prodejné léky.

Doplatky na léky na předpis rostly až do roku 2012, kdy dosáhly na více než 890 Kč. Po mírném poklesu v roce 2013 (885 Kč) překonaly doplatky na 1 obyvatele v následujících dvou letech hranici 900 Kč. Výdaje na volně prodejné nezaznamenaly v letech 2010 – 2015 výrazných změn a jejich výše se dlouhodobě pohybuje okolo 1 100 Kč.

Graf č. 3.4.7 Výdaje domácností v ČR za léky, 2010-2015 (na 1 obyvatele v Kč, podíl na zdravotní péči v %)

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Maximální výdaje zdravotních pojišťoven na léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních

Výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v roce 2015 dosáhly 234,7 mld. Kč, téměř 66 % z celkových výdajů na zdravotní péči v České republice. **Úhrady z veřejného pojištění** za léky na předpis a léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních dosáhly v roce 2015 výše 54 mld. Kč (viz graf č. 3.4.3) a tvořily tak 23 % celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. Podíl výdajů za uvedené skupiny léků na kompletních výdajích zdravotních pojišťoven na zdravotní péči zůstává od roku 2010 bez výrazných změn a pohybuje se v rozmezí 21 - 23 %.

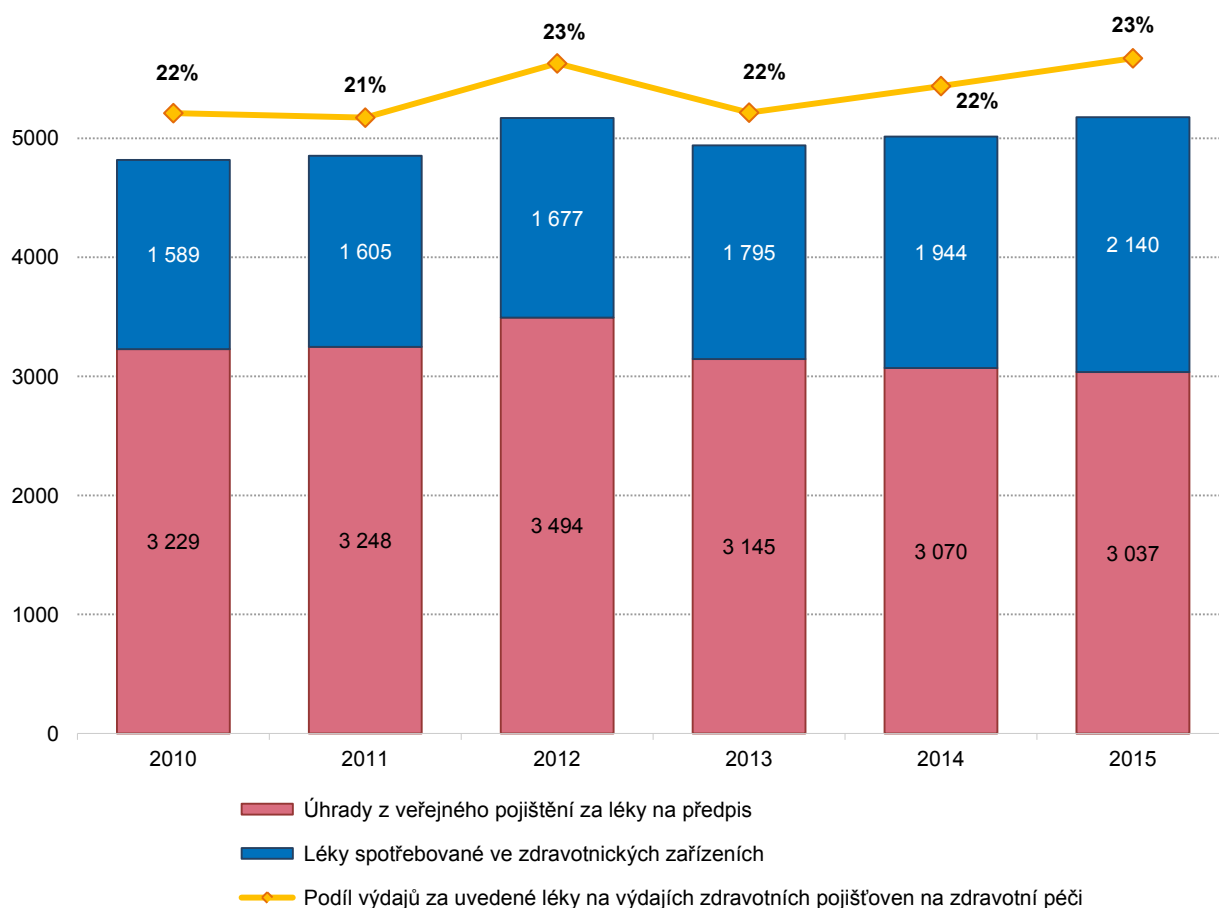
Výdaje zdravotních pojišťoven **za léky na předpis** dosahují ve sledovaném období 2010 – 2015 v průměru okolo 32,5 mld. Kč. Výjimkou byl rok 2012, který znamenal pro zdravotní pojišťovny vyšší výdaje za léky na předpis (36,7 mld. Kč), především v důsledku zvýšení DPH z 10 na 14 %. Pokles výdajů **zdravotních pojišťoven** na léky na předpis byl v průběhu sledovaného období ovlivněn mnoha administrativními změnami např. snížením počtu úhrad z veřejného zdravotního pojištění, každoroční kolísání v počtu vydaných receptů, zařazení léčivých prostředků na Pozitivní listy, přesun nákladů na léčivé prostředky z receptu na zvlášť účtované léčivé přípravky (viz metodická příloha).

Výdaje zdravotních pojišťoven za léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních se zvyšují každoročně. V roce 2015 dosáhly výše 22,3 mld. Kč, což je téměř o 6 mld. Kč více než v roce 2010.

Graf č. 3.4.8 přináší přehled výdajů zdravotních pojišťoven za léky na předpis a za léky poskytnuté pacientům ve zdravotnických zařízeních na jednoho pojištěnce veřejného zdravotního pojištění. Výdaje zdravotních pojišťoven za jmenované kategorie léků dosáhly v roce 2015 zhruba 5 tisíc Kč za 1 pojištěnce, z čehož za léky na předpis to bylo 3 037 Kč a za léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních 2 140 Kč.

Podrobnější informace o celkových výdajích na zdravotní péči, jejichž zdrojem jsou zdravotní pojišťovny, jsou zveřejněny v samostatné kapitole č 3.1.

Graf č. 3.4.8 Výdaje zdravotních pojišťoven za léky, 2010-2015 (na 1 pojištěnce v Kč; podíl na zdrav. péči v %)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Zdravotní pojišťovny vydaly v roce 2015 za léky pro specializovaná centra, kde se léčí rakovina, roztroušená skleróza či hemofilie, téměř 13 miliard korun. Podle vyjádření zástupců zdravotních pojišťoven jde o nejrychleji rostoucí oblast péče. Největší díl peněz jde na přípravky onkologické, používané při tzv. imunoterapii. Následují přípravky na léčbu metabolických onemocnění, na léčbu kardiovaskulárních a neurologických onemocnění. Náklady na léčbu onkologických a imunologických onemocnění stoupají v důsledku toho, že se užívají nová, nákladná léčiva, a také se prodlužuje doba přežití léčených pacientů.

3.5 Zahraniční obchod se zdravotní péčí

V posledních letech nebývale roste význam mezistátní výměny zdravotních služeb. Příčiny spočívají nejen v rozvoji mezinárodního cestovního ruchu a v migračních pohybech obyvatel některých zemí, ale i ve zvyšující se úrovni zdravotní péče a s ní spojených finančních nákladů. Manuál zdravotnických účtů SHA 2011 potřebu kvantifikace rozsahu zdravotní péče poskytované všem, kteří se nacházejí mimo svá bydliště, předpokládá. Proto již od referenčního roku 2013 ČSÚ kvantifikuje objem **dovozu a vývozu** zdravotních služeb. Oproti vžitě představě není v případě zdravotní péče **dovozem** přísun zboží či služeb ze zahraničí, ale **cesta našeho občana (rezidenta) do cizí země**, kde mu je poskytnuto ošetření. Obdobně je tomu v případě vývozu zdravotní péče, kdy **cizinci (nerezidenti)** přijíždějí do **České republiky**, kde, ať už plánovaně či neplánovaně, **čerpají zdravotní péči**.

Rozsah zahraničního obchodu, zejména vývozu, se s ohledem na nedostatek potřebných dat velice obtížně zjišťuje. Důležitým zdrojem jsou data o zdravotní péči Kanceláře zdravotního pojištění (dříve Centra mezistátních úhrad), údaje ze statistiky cestovního ruchu, data z veřejných zdravotních i komerčních pojišťoven a informace o výdajích domácností a veřejných rozpočtů na zdravotní péči. Široká škála různorodých informací naznačuje možné rozdíly v metodických přístupech k získání dat, rozdílnost referenčních období a struktur členění dat a v neposlední řadě také nutnost využití metod odhadu, které vždy přinášejí určitou míru vlivu subjektivního faktoru (přístupu zpracovatele). Z těchto důvodů je třeba ke konkrétním údajům o dovozu a vývozu zdravotní péče přistupovat jako k informacím s vypovídací schopností na úrovni odborných odhadů.

Dovoz přidává na péči a výdajích, vývoz ubírá na kapacitách

V souladu s výše zmíněnými přístupy byl objem dovozu zdravotní péče (péče o naše občany v zahraničí) kvantifikován v roce **2015 v úrovni 2,20 mld. Kč** (v roce 2014 to bylo 1,44 mld. Kč). Důvody vysokého meziročního nárůstu dovozu zdravotní péče (o více než 50 %) spočívaly jak na straně „pohybu obyvatelstva“ – průměrný denní stav residentů na cestách se zvýšil o více než 30 %, tak i na straně nákladů poskytované zdravotní péče (průměrný roční náklad na 1 rezidenta na cestách vzrostl o 12 %).

V rámci struktury typu zdravotní péče se v porovnání s rokem 2014 zvýšil podíl nákladů spojených s hospitalizací a s ostatními službami (převozy, laboratorní vyšetření, prostředky zdravotnické techniky). Naopak poklesl podíl výdajů za ambulantní péči a za léky. Objem dovozu zdravotní péče v roce 2015 zvyšoval celkové domácí výdaje na zdravotní péči o více než 0,6 %.

Pro kvantifikaci vývozu zdravotní péče (péče o cizí občany u nás) jsou disponibilní data ještě méně dostupná než pro dovoz (např. nejsou k dispozici údaje o komerčním zdravotním pojištění nerezidentů). Dostupnými metodami byl objem vývozu zdravotní péče v roce 2015 vyčíslen v úrovni téměř **4,79 mld. Kč**, což je o 22,1 % více než v roce předcházejícím (vývoz v roce 2014 dosáhl 3,92 mld. Kč).

Vysoce aktivní bilanci vycházející z více než dvojnásobného objemu vývozu zdravotní péče v porovnání s dovozem lze mimo jiné přičíst vlivu lázeňské péče o zahraniční klienty. Ta představovala v roce 2015 více než 36 % celkového vývozu zdravotní péče (oproti roku 2014 však její podíl o 19,3 p.b. poklesl). Ve vývozu (po odpočtu lázeňské péče) je v porovnání s dovozem zejména patrný vyšší objem stomatologické péče a péče ambulantní. Naopak nižší je podíl výdajů za léky a zejména za hospitalizaci.

Vzhledem k pojetí zdravotnických účtů představuje saldo vývozu nad dovozem zdravotní péče, tedy o kolik nákladnější byla léčba cizích státních příslušníků na našem území než léčba našich občanů v cizině, rozsah kapacit našeho zdravotnictví (technických, personálních aj.) použitých na zdravotní péči o cizí státní příslušníky. V letech 2013 a 2014 to bylo 2,47 a 2,49 mld. Kč, a v roce 2015 více než 2,59 mld. Kč, což bylo vždy méně než 1 % celkových výdajů na zdravotní péči v České republice. Zdravotní péči si cizí státní příslušníci zpravidla hradí ze svých zdrojů (pojištění, vlastní hotovost apod.). Nepatrnou výjimkou v objemu vývozu zdravotní péče jsou úhrady z veřejných prostředků (na základě mezivládních dohod, usnesení vlády atd.).

Mírný rozvoj zdravotní turistiky provází útlum lázeňské péče o cizince

Jak data ukazují, cesty cizích státních občanů do České republiky jsou v porovnání s cestami našich občanů do zahraničí více ovlivněny vědomou potřebou zdravotní péče. To může být způsobeno relativně nízkými cenami lékařského ošetření pro samoplátce v České republice v porovnání s některými okolními státy.

Podíl plánované zdravotní péče o cizí občany na našem území na celkovém objemu péče rok od roku roste, zatímco ještě v roce 2013 dosahoval 7,5 %, o rok později to bylo 8,6 % a v roce 2015 už 11,3 % (po započtení lázeňské péče až 43,3 %). V případě údajů o podílu plánované zdravotní péče se jedná se o průměrné dostupné údaje za země EU, EHP a Švýcarska. Naopak naši občané vyhledávali plánovanou zdravotní péči v cizině v zanedbatelné míře (její podíl na celkových nákladech dovozu zdravotní péče činil jen 0,7 %).

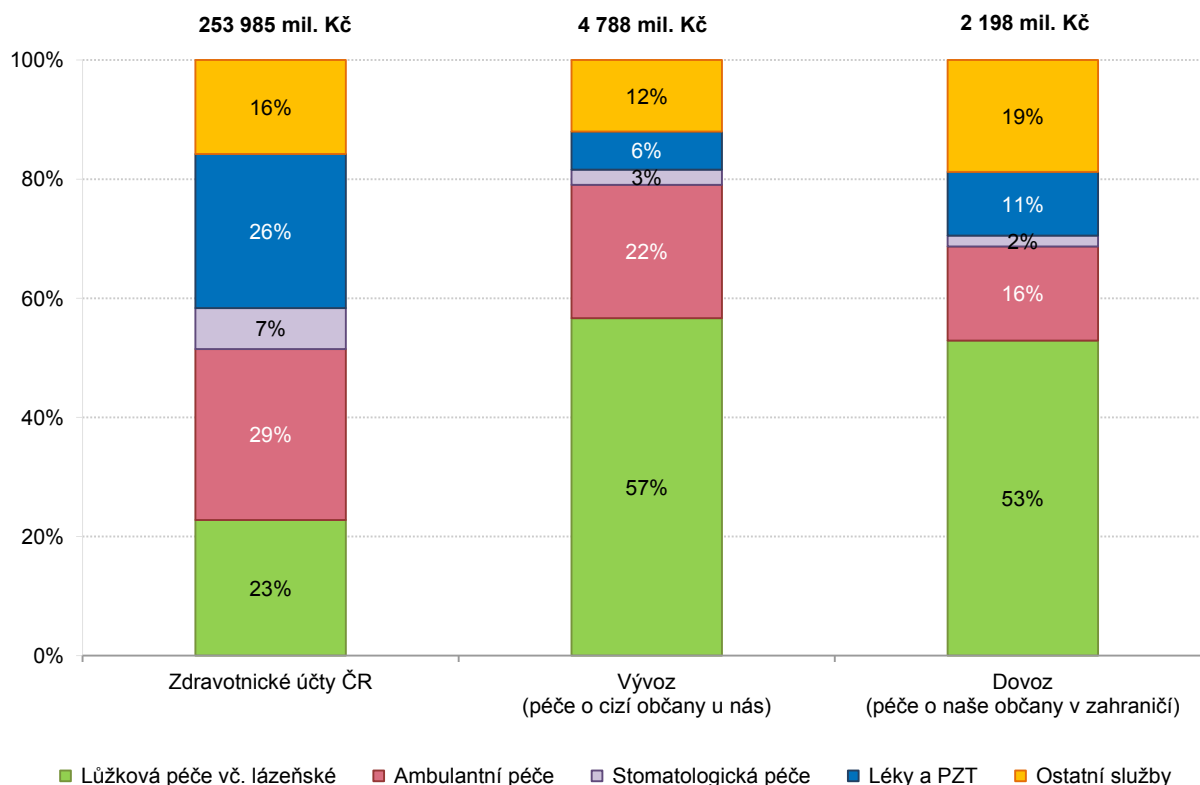
Tabulka č. 3.5.1 Výdaje na jednotlivé druhy zdravotní péče (vývoz a dovoz), 2013-2015 (v mil. Kč)

Druh zdravotní péče	2013		2014		2015		Index 2015 /2014	
	Dovoz	Vývoz	Dovoz	Vývoz	Dovoz	Vývoz	Dovoz	Vývoz
Lůžková péče	800	531	737	621	1 163	986	157,7	158,8
Ambulantní léčebná péče ¹⁾	233	464	258	561	347	1 071	134,6	190,9
Stomatologická ambulantní léčebná péče	25	64	26	72	40	122	153,2	170,8
Léky a zdravotnický materiál	147	172	159	172	235	306	148,2	178,3
Ostatní zdravotní péče	280	289	262	323	413	575	157,2	178,0
Lázeňská péče	-	2 433	-	2 172	-	1 727	-	79,5
Celkový součet	1 485	3 952	1 443	3 921	2 198	4 788	152,4	122,1

¹⁾Všeobecná a specializovaná ambulantní léčebná péče

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Graf č. 3.5.1 Struktura výdajů na zdravotní péči v ČR, vývozu a dovozu zdravotní péče v roce 2015 (v %; mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

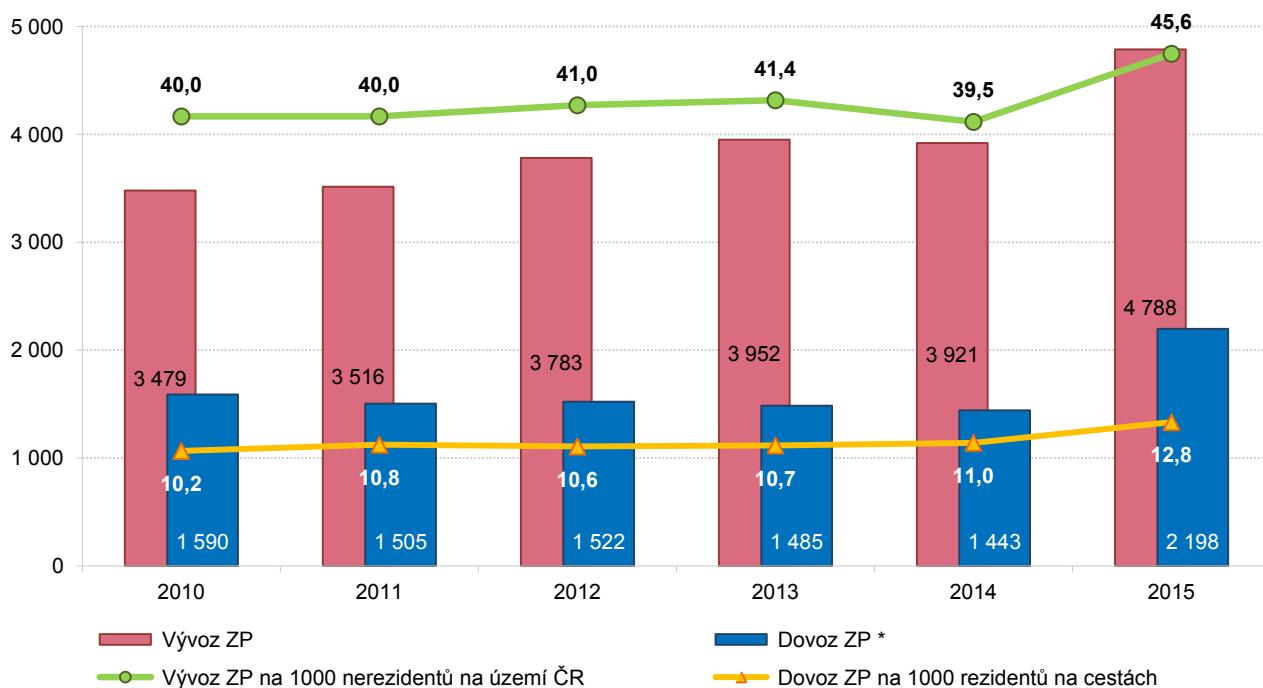


Zahraniční obchod se zdravotní péčí v České republice, především její dovoz, se z velké většiny týká neplánované zdravotní péče, a proto je jeho dynamika ovlivněna zejména rozvojem cestovního ruchu. S oživením výjezdového cestovního ruchu českých rezidentů do zahraničí (zvýšený počet cest i počet přenocování) v roce 2015 došlo k pozoruhodnému zvýšení dovozu zdravotní péče. Příjezdový cestovní ruch cizích občanů do České republiky v posledních letech naopak rostl pravidelně, avšak pomalejším tempem. Tomu také odpovídá nižší, avšak stálá dynamika objemu vývozu zdravotní péče v porovnání s jejím dovozem.

Nepříznivým jevem v rámci vývozu je postupný pokles služeb lázeňské péče o cizince. Započal v roce 2014 a v roce 2015 se ještě urychlil. Uvedená hodnotová data (viz tabulka č. 3.5.1) lze doložit i naturálními údaji. Dle informací ÚZIS ČR se v roce 2015 snížil meziročně počet ošetřovacích dnů lázeňské péče o cizince o 6,7 %, počet pacientů – cizinců byl v porovnání s rokem 2013 nižší zhruba až o 24 %.

Rozsah ostatní tzv. „zdravotní turistiky“ ve vývozu v posledních letech narůstá, avšak ve vztahu k celkovým výdajům zdravotních služeb se stále pohybuje na relativně nízké úrovni. Většina cestujících vyhledává zdravotní péči v cizí zemi jen v nezbytně nutných případech a s menšími obtížemi raději vyčkává na návrat domů.

Graf č. 3.5.2 Vývoj vývozu a dovozu zdravotní péče (ZP) absolutně a na 1000 osob na cestách mimo zemi bydlíště, 2010 – 2015 (mil. Kč)



Pozn.* : za léta 2010 -12 odborný odhad

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

4. Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotní péči

V této části je prezentováno porovnání základních ukazatelů **výdajů na zdravotní péči** ve vybraných zemích **Evropské unie (EU)** a **Evropského sdružení volného obchodu (EFTA - Státy EFTA jsou Island, Lichtenštejnsko, Norsko a Švýcarsko. Údaje za Lichtenštejnsko nebyly dostupné)**. Předkládané statistiky přinášejí pohled na financování našeho zdravotnictví v evropském kontextu a mohou tak poskytnout užitečné podklady pro jeho hodnocení a přispět do diskuze o jeho budoucím směřování.

Pro zajištění lepší srovnatelnosti úrovně výdajů mezi jednotlivými zeměmi, jsou údaje přepočteny na jednotnou měnu (EUR) a očištěny o rozdíly v kupní síle mezi jednotlivými státy (PPP).

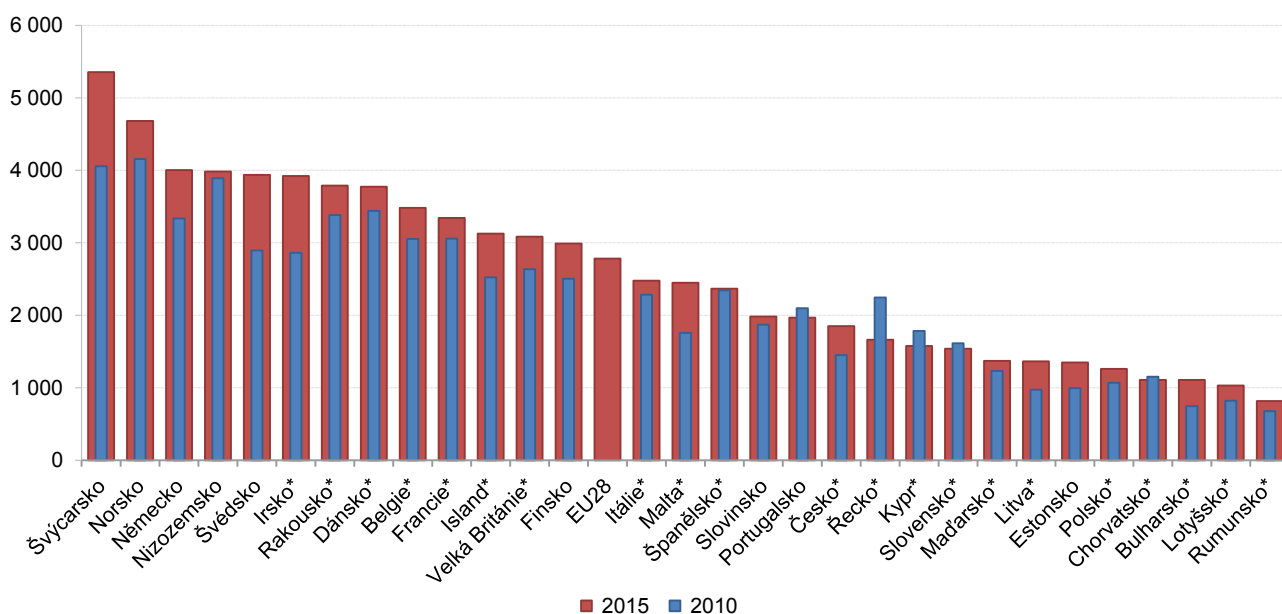
K výpočtu reálných změn (tedy temp růstu či poklesu ve stálých cenách) jsou použity obecné deflátoři HDP. Mezinárodně srovnatelné deflátoři pro zdravotní péči nebyly k dispozici.

Údaje použité v této kapitole byly převzaty z publikace Health at a Glance: Europe 2016 http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe_23056088¹⁰.

Nejvíce za zdravotní péči na jednoho obyvatele vydávalo v roce 2015 Švýcarsko

Jednoznačně nejvyšší částky na zdravotní péči v přepočtu na jednoho obyvatele mezi státy EU a EFTA vydávalo v roce 2015 Švýcarsko, kdy se jednalo o více než 5 tisíc EUR přepočtených podle parity kupní síly (PPP) (viz graf č. 4.1). K hranici 5 tisíc EUR vynaložených na zdravotní péči na jednoho obyvatele se přiblížilo v tomto roce ještě Norsko, za Norskem pak následují Německo, Nizozemsko, Švédsko či Irsko, jejichž výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele se pohybují okolo 4 tisíc EUR PPP. Nejmenší částky na zdravotní péči v přepočtu na obyvatele vydávají naopak v Chorvatsku, Bulharsku, Lotyšsku či v Rumunsku, jedná se o částky okolo jednoho tisíce EUR PPP na jednoho obyvatele v roce 2015. V průměru evropské osmadvacítky bylo na zdravotní péči na jednoho obyvatele vydáno v roce 2015 necelých 2 800 EUR PPP. Česká republika patří mezi země se spíše nižšími výdaji na zdravotní péči na obyvatele s jejich výší mírně pod 2 000 EUR PPP. Z grafu č. 4.1 je patrná také změna těchto výdajů mezi lety 2010 a 2015. Ve většině sledovaných zemí došlo k jejich nárůstu, pokles byl zaznamenán pouze v případě Portugalska, Řecka, Kypru, Slovenska a Chorvatska. Více o vývoji tohoto ukazatele v čase viz graf č. 4.2 a příslušný text.

Graf č. 4.1 Průměrné výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele v zemích EU a EFTA (v EUR PPP)



* data za rok 2015 - odhad OECD

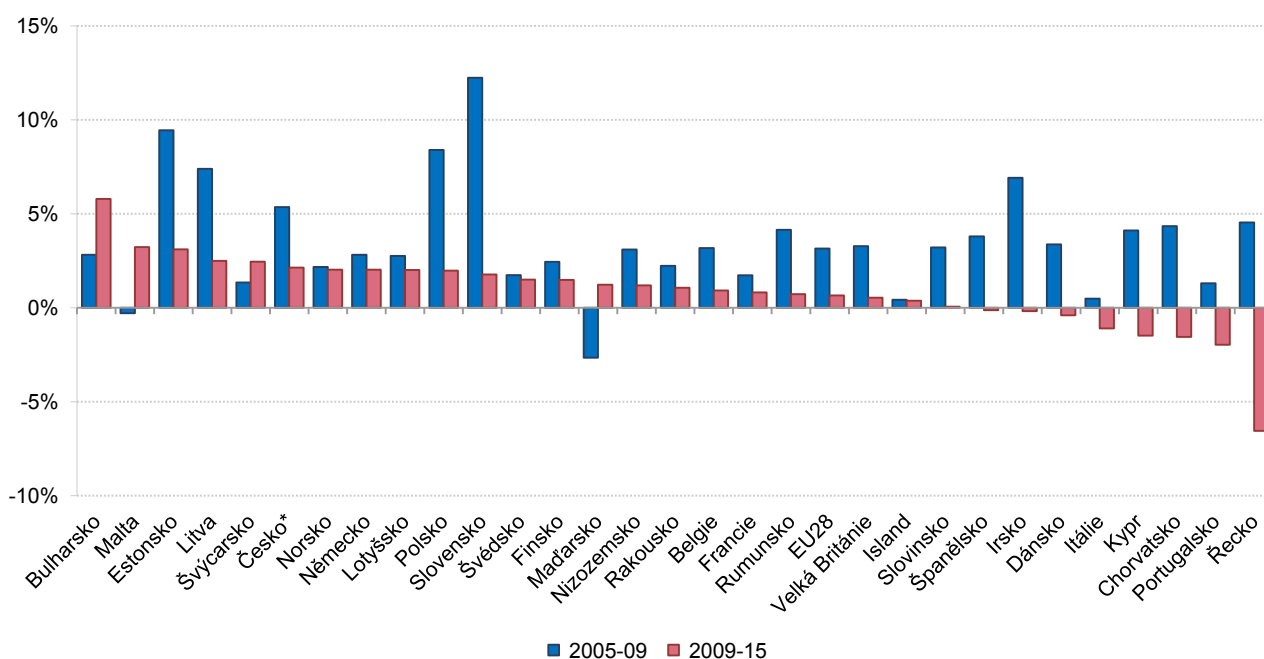
¹⁰ Údaje za Českou republiku v grafech č. 4.3, 4.4 a 4.5 byly aktualizovány v souladu se zpracováním zdravotnických účtů za rok 2015.



Nejvyšší reálný pokles výdajů na zdravotní péči v letech 2009 – 2015 byl zaznamenán v Řecku

Pokud se zaměříme na reálný vývoj výdajů na zdravotní péči v posledních několika letech, je možné sledovat odlišné tendence ve dvou obdobích. V letech 2005 až 2009 výdaje na zdravotní péči ve stálých cenách rostly v naprosté většině zemí. Výjimku tvořila pouze Malta, kde však byl pokles zanedbatelný a také Maďarsko s poklesem necelá 3 %. V období 2009 - 2015 pak lze vývoj výdajů na zdravotní péči označit v případě několika zemí za stagnaci a u sedmi sledovaných zemí zaznamenáváme pokles. Změna ve vývoji byla především důsledkem světové finanční a ekonomické krize, a tím došlo v roce 2009 u cca třetiny zemí a v roce 2010 u více než poloviny zemí k reálnému poklesu výdajů na zdravotní péči. Nejvýznamnější obrat ve vývoji výdajů na zdravotní péči mezi dvěma sledovanými obdobími zaznamenalo Řecko, kdy průměrné roční tempo růstu pokleslo ze 4,5 % na -6,5 %. V rámci průměru celé evropské osmadvacítky rostly výdaje na zdravotní péči v průměru cca 3 % ročně v období 2005-2009 a v období 2009-2015 bylo tempo růstu necelé 1 % ročně. Česká republika se v tomto případě staví nad průměr EU28 s hodnotami 5 % v období 2005 - 2009 a 2 % během období 2009 - 2015.

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



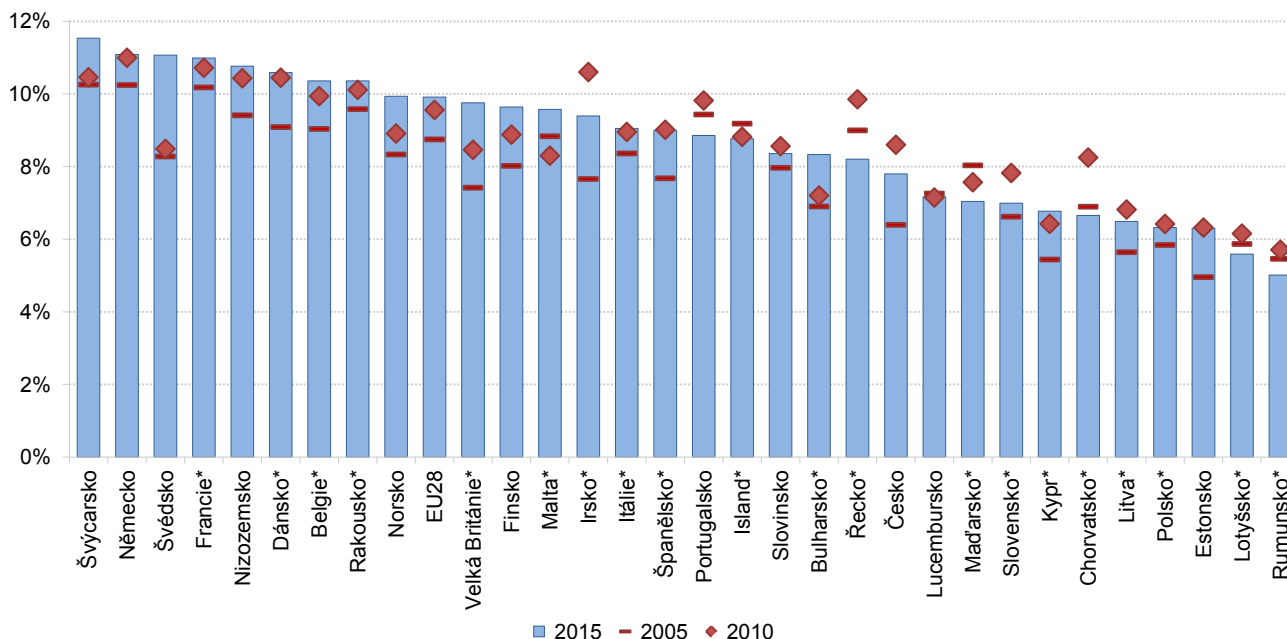
Nejvyšší podíl výdajů na zdravotní péči na HDP vykazuje Švýcarsko a Německo

Zdravotnictví je významným odvětvím národního hospodářství a ve sledovaných zemích EU a EFTA činil v roce 2015 podíl výdajů na zdravotní péči na HDP v průměru 8,7 %. Nejvyšší podíl výdajů na zdravotní péči na HDP byl v roce 2015 ve Švýcarsku, Německu, Švédsku a ve Francii, v těchto zemích přesahovala hodnota tohoto ukazatele hranici 11 %. V průměru EU28 činil podíl výdajů na HDP 9,9 % a Česká republika s hodnotou 7,5 % se tak nacházela pod evropským průměrem. Nejnižší podíl výdajů na zdravotní péči na HDP vykazovaly v roce 2015 baltské státy, Polsko a Rumunsko, kdy se výše výdajů na zdravotní péči pohybovala okolo 6 % HDP a v případě Rumunska se jednalo dokonce o pouhých 5 % HDP.

V grafu 4.3 je nastíněn také vývoj podílu výdajů na zdravotní péči na HDP i v letech 2005 a 2010. Vývoj podílu výdajů na zdravotní péči na HDP byl významně ovlivněn světovou finanční a ekonomickou krizí a ukazuje na určitou setrvačnost financování zdravotnictví v závislosti na vývoji celé ekonomiky. V letech 2008 a 2009 došlo k relativně výraznému nárůstu tohoto podílu ve většině zemí, což obecně souviselo s propadem HDP a ne se zvýšením výdajů na zdravotní péči. Mezi lety 2010 a 2015 lze vývoj u většiny sledovaných států označit spíše za stagnaci. Výjimkou jsou Chorvatsko, Slovensko, Portugalsko, Irsko

a Řecko, kde mezi lety 2010 a 2015 došlo k relativně významnému poklesu podílu výdajů na zdravotní péči na HDP.

Graf č. 4.3 Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP v zemích EU a EFTA (v %)

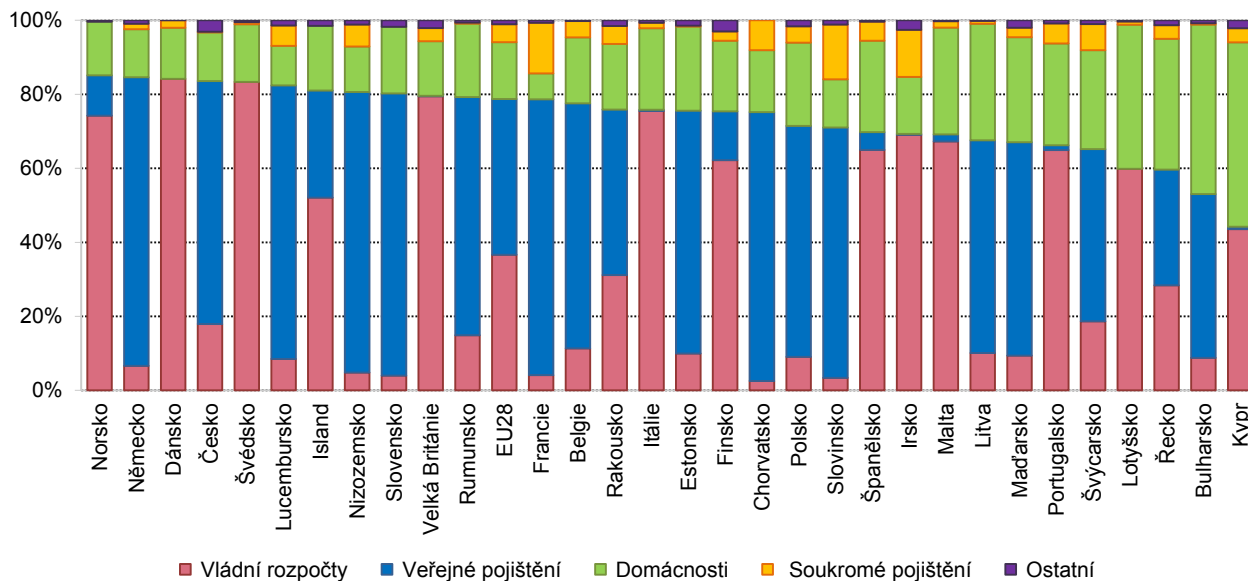


* data za rok 2015 - odhad OECD

Ve většině sledovaných zemí převládá financování zdravotní péče z veřejných zdrojů

Jednotlivé státy se výrazně odlišují ve způsobu financování zdravotní péče, obecně lze říci, že ve všech sledovaných zemích EU a EFTA převládá financování z veřejných zdrojů nad soukromými, výjimku tvoří pouze Kypr, kde v roce 2014 činil podíl veřejných zdrojů pouze 44 %. Z grafu č. 4.4 je patrné, že nejvyšší podíl veřejných zdrojů na financování zdravotní péče vykazovalo v roce 2014 Norsko (85 %), Německo (85 %), Dánsko (84 %), Česká republika (84 %) a Švédsko (83 %). Naopak nejnižší veřejné výdaje na zdravotní péči zaznamenáváme na již zmiňovaném Kypru a dále pak v Bulharsku (53 %), Řecku (60 %), Lotyšsku (60 %) a také například ve Švýcarsku (65 %).

Graf č. 4.4 Struktura výdajů na zdravotní péči podle zdrojů financování v zemích EU a EFTA v roce 2014 (v %)



Pozn.: Země jsou řazeny podle výše podílu veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotní péči.

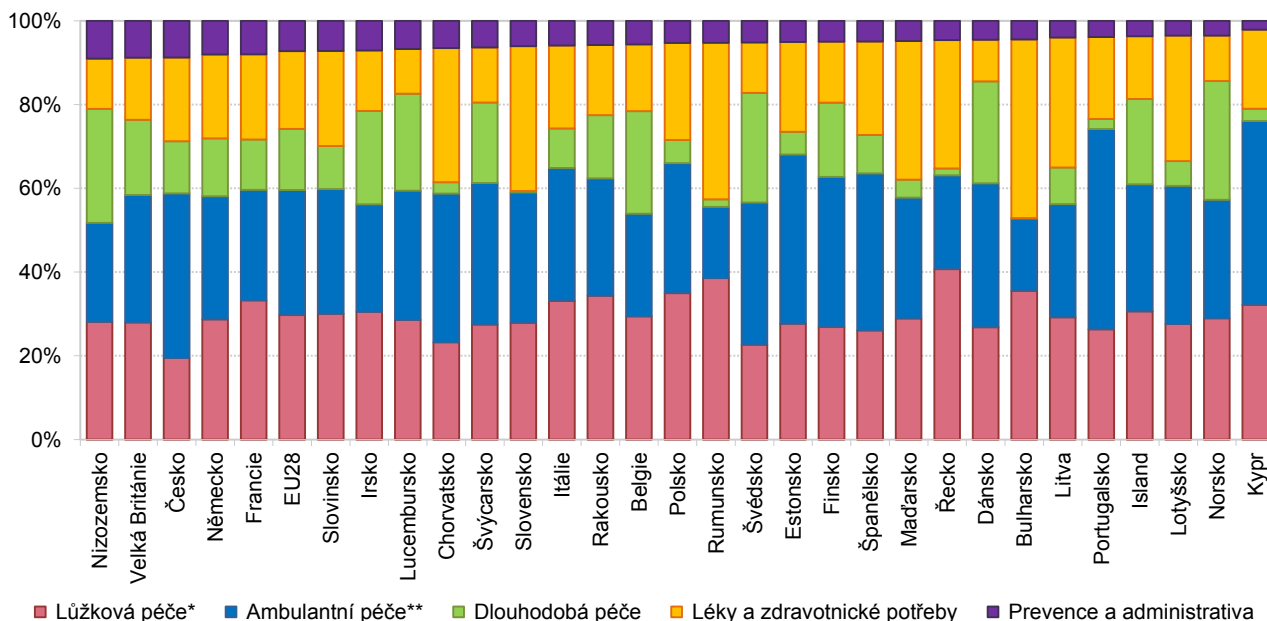


Česká republika patří společně například s Německem, Nizozemskem, Francií či Slovenskem k zemím se systémem založeným především na všeobecném zdravotním pojištění, které se v těchto zemích podílí na veškerých výdajích na zdravotní péči více než 70 %. V Dánsku, Švédsku, Velké Británii, Itálii a Norsku je naopak zdravotní péče financovaná především nebo výhradně přímo z rozpočtů centrálních a místních vlád s jejich podílem na veškerých výdajích na zdravotní péči z více než 70 %. Soukromé zdravotní pojištění či připojištění hraje významnější roli ve Slovinsku, Francii a Irsku, kde představuje více než desetinu výdajů na zdravotní péči. Domácnosti se velmi významně podílí na financování zdravotní péče na Kypru, kde se v roce 2014 jednalo o celou polovinu veškerých výdajů na zdravotní péči. Vysoké zastoupení mají na financování zdravotní péče rozpočty domácností také v Bulharsku (46 %), Lotyšsku (39 %), Řecku (35 %) či v Litvě (31 %). V České republice se domácnosti na zdravotní péči podílí 13 %, podobně je tomu také v Německu a v Nizozemsku. Ze sledovaných zemí se nejméně podílejí na zdravotní péči domácnosti ve Francii, jedná se o 7 %. Ostatní zdroje financování, tedy soukromé výdaje placené podniky či neziskovými institucemi nebo dovoz, se ve všech zemích podílely na financování zdravotní péče ve velmi omezené míře (do 3 % na celkových výdajích).

V průměru EU 28 bylo za lůžkovou a ambulantní péči vydáno 60 % všech výdajů na zdravotní péči

Více než polovina všech výdajů na zdravotní péči byla v roce 2014 ve všech sledovaných zemích vynakládána na lůžkovou a ambulantní péči (včetně podpůrných služeb jako jsou laboratorní a zobrazovací vyšetření a zdravotnická doprava). V průměru všech zemí EU 28 se jednalo ve zmiňovaném roce o 60 % veškerých financí vydaných za zdravotní péči. V průměru EU 28 pak bylo 15 % výdajů na zdravotní péči vynaloženo na péči dlouhodobou, 19 % na léky a zdravotnické potřeby a preventivní péče a správa systému zdravotnictví odčerpala 7 % (viz graf 4.5).

Graf č. 4.5 Struktura výdajů na zdravotní péči podle druhu péče v zemích EU a EFTA v roce 2014 (v %)



* Zahrnuje léčebně-rehabilitační lůžkovou a jednodenní péči.

** Zahrnuje domácí péči a podpůrné služby (laboratorní a zobrazovací vyšetření a zdravotnickou dopravu).

Pozn.: Země jsou řazeny podle výše podílu výdajů na lůžkovou a ambulantní péči na celkových výdajích na zdravotní péči.

Pokud se zaměříme na strukturu výdajů na zdravotní péči podle konkrétních druhů péče v jednotlivých státech, je patrné, že jsou mezi zeměmi výrazné rozdíly. Lůžková péče zaujímá nejvyšší podíl výdajů na zdravotní péči v Řecku, Rumunsku či v Bulharsku, kdy se hodnoty pohybují okolo 40 % a naopak nejméně například ve Španělsku, Chorvatsku nebo Švédsku s hodnotami okolo 20 %. Ambulantní péče nejvíce z rozpočtu na zdravotní péči ukrajuje v Portugalsku, na Kypru nebo také v Estonsku (více než 40 %) a nejméně v Řecku, Bulharsku či v Rumunsku (okolo 20 %). Ještě větší rozdíly než jaké zaznamenáváme

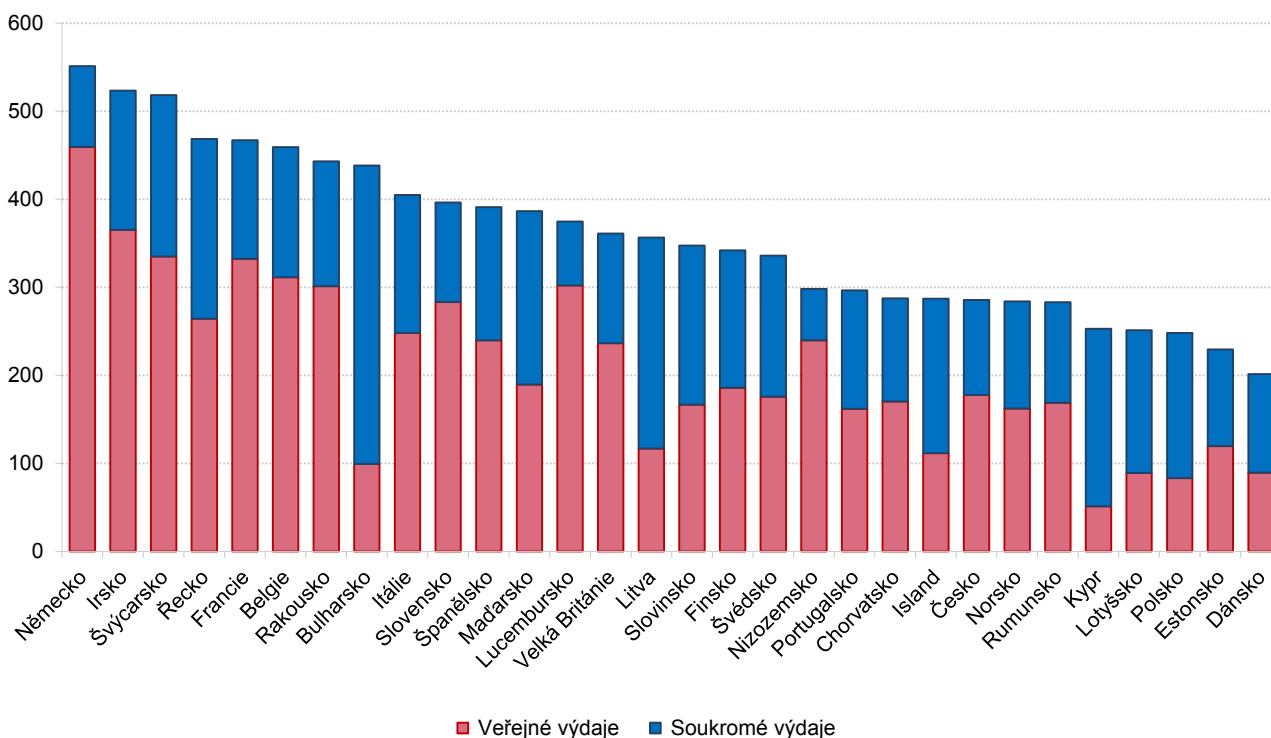
u ambulantní a lůžkové péče, jsou patrné mezi zeměmi, pokud se zaměříme na dlouhodobou péči. V tomto případě se hodnoty pohybují od méně než 2 % v Řecku, Bulharsku, Rumunsku a Slovensku až po více než 25 % v Belgii, Norsku, Nizozemsku a Švédsku. Významné rozdíly jsou i v případě výdajů za léky, nejmenší část výdajů na zdravotní péči byla za léky utracena v Dánsku, Norsku a v Lucembursku (okolo 10 %) a naopak nejvíce v Bulharsku, Rumunsku či na Slovensku (více než 35 %). Výdaje na kolektivní služby, tedy prevenci a správu systému zdravotní péče, se pohybovaly od 2 % na Kypru až po 9 % v Nizozemsku, Velké Británii a Česku.

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

Výdaje za léky představují významnou položku v celkových výdajích na zdravotní péči a v souvislosti s vývojem nových a nákladných léků je důležité se jimi zabývat z hlediska udržitelnosti financování zdravotní péče. Jak ukazuje graf č. 4.6, bylo nejvíce peněz za léky vydáno v roce 2014 v Německu, Švýcarsku a Irsku, kde se roční výdaje za léky na jednoho obyvatele pohybovaly nad hranicí 500 EUR PPP. Naopak nejméně se za léky v průměru na jednoho obyvatele utrácelo v Dánsku, Lotyšsku, Estonsku a Polsku, kde tyto výdaje činili méně než 250 EUR PPP, v Dánsku se jednalo dokonce pouze o 200 EUR PPP. Česká republika se s 286 Eury vydanými za léky na jednoho obyvatele zařadila v roce 2014 spíše ke konci pomyslného žebříčku sledovaných států.

Jak je z grafu 4.6 patrné, zdroj financování léků se v jednotlivých zemích výrazně odlišuje. V Německu, Nizozemsku a Lucembursku jsou léky z více než 80 % hrazeny z veřejných zdrojů. Soukromé zdroje pak převažují v Lotyšsku, Polsku, Litvě, Bulharsku a na Kypru. V těchto zemích jsou ze soukromých zdrojů hrazeny cca dvě třetiny výdajů za léky, na Kypru se jedná dokonce o čtyři pětiny. V České republice bylo v roce 2014 z veřejných zdrojů placeno 62 % výdajů za léky.

Graf č. 4.6 Průměrné výdaje na léky na jednoho obyvatele v zemích EU a EFTA v roce 2014 (v EUR PPP)



5. Metodická příloha

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

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

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

Nemalý význam má skutečnost, že z pohledu stupně či úrovně prevence umožňuje manuál členění preventivní péče na primární a sekundární. Primární prevence zahrnuje služby, které se snaží zabránit kontaktu s určitými rizikovými faktory, ovlivňujícími vznik chorob. Jejím cílem je předcházet vzniku nových případů onemocnění, předvídat jejich vznik a snížit jejich závažnost např. očkování proti klíšťové encefalitidě, invazivním pneumokokovým infekcím, chřipce apod. Sekundární prevence zahrnuje opatření zaměřená na včasné odhalení (již probíhající) nemoci. Efektivní sekundární intervence zvyšuje možnost méně nákladných a pacienta zatěžujících léčebných zásahů a předchází progresi onemocnění. Mezi příklady sekundární prevence patří screeningy zhoubných nádorů, screeningy 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.

Další novou oblastí rozšiřující zdravotnické účty je **zahraniční obchod se zdravotní péčí**. Oproti vžitě představené není v případě zdravotní péče dovozem přísun zboží či služeb ze zahraničí, ale cesta našeho občana (residenta) do zahraničí, kde mu je poskytnuta zdravotní péče. Podobně tomu je u vývozu, kdy cizincům (neresidentům) poskytujeme zdravotní péči v naší zemi. S ohledem na skutečnost, že celkové výdaje na zdravotní péči odpovídají péči poskytované našim občanům – bez ohledu na to, kde byly vynaloženy a z jakých zdrojů byly uhrazeny - zahrnuje se do výdajů zdravotní péče částka dovozu (respektive bude se zahrnovat po ověření metody jeho propočtu). Kladné saldo vývozu nad dovozem vyjadřuje rozsah kapacit našeho zdravotnictví použitý na zdravotní péči o cizí státní příslušníky. Problémem je, že rozsah zahraničního obchodu se zdravotní péčí (zejména vývozu) se velmi nesnadno zjišťuje. Jsou k tomu zapotřebí různorodé informace s rozdílnou úrovní věrohodnosti a nelze se vyhnout ani kvalifikovaným odhadům.

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 zvládnání běžných denních činností, péče o vlastní osobu, dojde k začlenění pod položku **Dlouhodobá zdravotní péče HC.3**, která zahrnuje v ČR tři formy:

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

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

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

Dlouhodobá sociální péče HCR 1 se dělí na následující podkategorie:

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

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

Dávky pro osoby se zdravotním postižením:

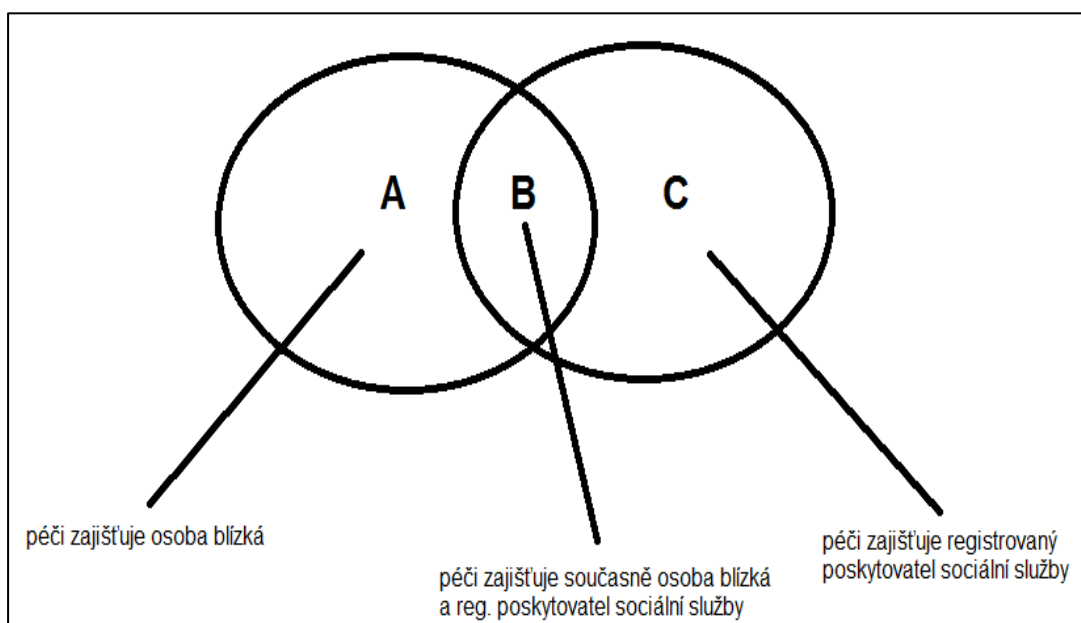
- **příspěvek na mobilitu** - opakující se nároková dávka, která je určena osobě se zdravotním postižením starší 1 roku, která se opakovaně za úhradu v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována. Výše dávky činí 400 Kč měsíčně. Účel dopravy, na který je příspěvek využíván, současná legislativa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

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

Příspěvek na péči – jedná se o peněžitou periodickou sociální dávku, která je určena na zajištění služeb kompenzujících nesoběstačnost osob. Tyto služby mohou být zajištěny jak nákupem služeb od poskytovatelů sociálních služeb, tak prostřednictvím blízkých osob, které o nesoběstačně 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, a potřeby každodenní mimořádné péče jiné fyzické osoby u osob do 18 let věku a potřeby každodenní pomoci, dohledu nebo péče jiné fyzické osoby u osob starších 18 let věku.



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

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

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

Pro dokreslení reálného rozsahu jednotlivých výše uvedených množin lze na reálných statistických údajích uvést, že za rok 2015 bylo vyplaceno celkem cca 337 tis. příspěvků na péči. Z tohoto počtu byla péče osobou blízkou zajištěna cca 75% příjemců (celá množina „A“), péče registrovaným poskytovatelem sociální služby cca 27% příjemců (celá množina „C“). Zhruba 2% příjemců, která tvoří průnik množin A+C, využívá kombinovaný způsob poskytnutí péče.

Z hlediska výdajů na příspěvek na péči podle způsobu jeho využití bylo do SHA 2011 dle výše uvedeného přístupu odhadem zahrnuto cca 70 % z celkových výdajů na příspěvek na péči, které v roce 2015 činily 14 891 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.

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

Domácnosti celkem – od roku 2006 jsou ve zpravodajském souboru již zahrnuty všechny typy domácností zastoupené v populaci. Váha jednotlivých skupin domácností odpovídá jejich podílu zjištěnému v šetření Životní podmínky. Počet domácností důchodců bez ekonomicky aktivních členů byl pro zjišťování



zredukován, při zpracování se tato disproporce eliminuje převážením. Průměrná zpravodajská domácnost bývá cca o 10 % menší než průměrná hospodařící domácnost v ČR podle šetření Životní podmínky, protože z důvodů náročnosti vedení zápisů jsou ve zpravodajském souboru SRÚ méně zastoupeny vícečlenné resp. vícegenerační domácnosti.

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

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

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

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

6. Klasifikace

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

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

Zdroj: Manuál SHA 2011, OECD



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

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

Zdroj: Manuál SHA 2011, OECD

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

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

Zdroj: Manuál SHA 2011, OECD



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

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

Zdroj: Manuál SHA2011, OECD

7. Tabulková příloha

Tabulka č. 1 Celkové výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a zdrojů financování za rok 2015 (v mil. Kč)

HC x HF	Veřejné zdroje	Státní rozpočet	Místní rozpočty	Zdravotní pojišťovny	Soukromé zdroje	Soukromé pojištění	Neziskové organizace	Závodní péče	Domácnosti	Celkový součet
1 Léčebná péče	124 856	1367	2488	121 000	466	466			16 279	141 600
1.1 Lůžková léčebná péče	50 232	1 059	2 120	47 053	385	385			814	51 431
1.2 Denní léčebná péče	5 735			5 735						5 735
1.3 Ambulantní léčebná péče	68 697	308	368	68 020	81	81			15 465	84 242
1.4 Domácí léčebná péče	192			192						192
2 Rehabilitační péče	11 201			11 201					3 562	14 763
2.1 Lůžková rehabilitační péče	4 244			4 244					2 667	6 911
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	6 958			6 958					895	7 853
3 Dlouhodobá zdravotní péče	42 317	28 234	56	14 028					89	42 393
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	34 753	22 248	56	12 449					89	34 842
3.2 Denní dlouhodobá zdravotní péče	1 706	1 680		26						1 706
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	5 859	4 306		1 553						5 859
4 Doplnkové služby	40 020	552	3 162	36 306						40 020
4.1 Laboratorní služby	22 037			22 037						22 037
4.2 Zobrazovací metody	10 484			10 484						10 484
4.3 Doprava pacientů	7 499	552	3 162	3 785						7 499
5 Léčiva a ostatní zdravotnický materiál	38 401			38 401					29 428	67 829
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál	34 526			34 526					23 535	58 061
5.2 Terapeutické pomůcky	3 877		1	3 876					5 893	9 770
6 Preventivní péče	8 112	1 359	141	6 612	915			915		9 027
6.1 Informační a poradenské programy	668	13	11	644						668
6.2 Imunizační programy	1 267	1 212	28	28						1 267
6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí	1 637	134	102	1 401						1 637
6.4 Programy pro sledování zdravotního stavu	4 541			4 541	915			915		5 455
7 Správa systému zdravotní péče	523	2 029	4	6 490						8 536
7.1 Státní správa a samospráva a zdrav. pojištění	8 523	2 029	4	6 490						8 523
7.2 Správa soukromého ZP					13	13				13
HCR.1 Dlouhodobá sociální péče	18 611	18 589	22							18 611
HCR.1.1 Sociální služby	1 791	1 769	22							1 791
HCR.1.2 Peněžité dávky	16 820	16 820								16 820
HCR.2 Podpora zdraví	294	294								294
9 Ostatní zdravotní péče	1 268	198	402	668	7 929		7 929			9 197
R.1 Investiční náklady	4 102	629	3 474							4 102
R.2 Vzdělávání	274	267	7							274
R.3 Věda a výzkum	1 381	1 371	9							1 381
Celkový součet	299 362	54 889	9 766	234 706	9 322	478	7 929	915	49 358	358 042

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2015



Tabulka č. 2 Výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a typu poskytovatele v roce 2015 (v mil. Kč)

HC x HP	Nemocnice	Lůžkové zařízení LTC*)	Zařízení ambulantní péče	Poskyvatelé doplňkových služeb	Lékařní a výdejny PZT	Poskyvatelé preventivních programů	Správa systému zdravotní péče	Ostatní odvětví	Nerozlišeno	Celkový součet
1 Léčebná péče	83 711	19	55 912	191	325	7			1 434	141 600
1.1 Lůžková léčebná péče	50 998		9	22					402	51 431
1.2 Denní léčebná péče	3 243		2 455	33	0				4	5 735
1.3 Ambulantní léčebná péče	29 459	15	53 278	136	325	7			1 023	84 243
1.4 Domácí léčebná péče	11	4	170	0	0				5	192
2 Rehabilitační péče	9 083	1 016	3 804	5	15				840	14 765
2.1 Lůžková rehabilitační péče	6 838	58	0	3					13	6 912
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	2 245	959	3 804	3	15				827	7 853
3 Dlouhodobá zdravotní péče	11 375	23 381	1 536	5	9				115	42 407
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče								5 986		
3.2 Denní dlouhodobá zdravotní péče	11 300	23 356	105	5					76	34 842
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	16		10					1 680	1	1 706
4 Doplňkové služby	23 876	9	4 242	11 339	10	414			129	40 020
4.1 Laboratorní služby	14 514	8	2 613	4 473	0	414			15	22 037
4.2 Zobrazovací metody	8 842	1	1 539	50	10				43	10 484
4.3 Doprava pacientů	520	1	90	6 817					72	7 499
5 Léčiva a ostatní zdravotnický materiál	8 241	0	2 541	0	56 217				830	67 830
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál	7 394		1 366		49 006				294	58 060
5.2 Terapeutické pomůcky	847	0	1 175	0	7 211				536	9 770
6 Preventivní péče	736		4 814	330	11			915	2 221	9 027
6.1 Informační a poradenské programy	140		107	5	0				415	668
6.2 Imunizační programy									1 267	1 267
6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí	427		438	325	8				439	1 637
6.4 Programy pro sledování zdravotního stavu	169		4 269	1	2			915	99	5 455
7 Správa systému zdravotní péče							8 536			8 536
7.1 Státní správa a samospráva a zdrav. pojišť							8 523			8 523
7.2 Správa soukrom. ZP							13			13
HCR.1 Dlouhodobá sociální péče						58	1 929	16 624		18 611
HCR.1.1 Sociální služby						58		1 733		1 791
HCR.1.2 Peněžité dávky							1 929	14 891		16 820
HCR.2 Podpora zdraví						294				294
9 Ostatní zdravotní péče	177	0	242	90	5	0	393		8 136	9 197
R.1 Investiční náklady	3 249		97	311	126		104		216	4 102
R.2 Vzdělávání									274	274
R.3 Věda a výzkum									1 381	1 381
Celkový součet	140 448	24 425	73 187	12 271	56 718	774	10 962	23 525	15 730	358 042

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2015, *) Dlouhodobá péče = LTC – Long - term care

Tabulka č. 3 Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele a zdroje financování v roce 2015 (v mil. Kč)

HP x HF	Veřejné zdroje	Státní rozpočet	Místní rozpočty	Zdravotní pojišťovny	Soukromé zdroje	Soukromé pojištění	Neziskové organizace	Závodní péče	Domácnosti	Celkový součet
1 Nemocnice	13667	2 069	4826	130 072					3 481	140 448
1.1 Všeobecné nemocnice	124 430	1 546	3758	119 127					814	125 244
1.2 Psychiatrické nemocnice	4 825			4 825						4 825
1.3 Specializované nemocnice	7 712	523	1068	6 121					2 667	10 379
2 Lůžková zařízení dlouhodobé péče	24 337	21 781	56	2 500					89	24 426
2.1 Zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče	12 807	11 175	56	1 577					89	12 896
2.2 Léčebny pro mentálně postižené, psychiatrické a závislé pacienty	10 606	10 606								10 606
2.9 Ostatní lůžková zařízení	924			924						924
3 Poskyvatelé ambulantní péče	56 828	305	190	56 333					16 360	73 188
3.1 Ordinace lékařů	35 262	301	187	34 774					5 217	40 479
3.2 Ordinace zubních lékařů	8 259		4	8 255					9 236	17 495
3.3 Ostatní poskyvatelé zdravotní péče	1 951			1 951					1 907	3 858
3.4 Ambulantní centra	9 826	4	0	9 822						9 826
3.5 Poskyvatelé služeb domácí péče	1 531			1 531						1 531
4 Poskyvatelé doplňkových služeb	12 271	552	3 473	8 246						12 271
4.1 Doprava pacientů a záchranná služba	7 404	552	3 473	3 379						7 404
4.2 Laboratoře	4 867			4 867						4 867
5 Lékárny a výdejny prostředků zdravotnické techniky	27 291	6	399	26 886					29 428	56 719
5.1 Lékárny	25 149			25 149					23 535	48 684
5.2 Prodejci a dodavatelé zdravotnického zboží a přístrojů	1 736			1 736					4 147	5 883
5.9 Ostatní prodejci	405	6	399						1 746	2 151
6 Poskyvatelé preventivní péče	774	330	22	422						774
7 Správa systému zdravotní péče	10 949	4 239	220	6 490	13	13				10 962
7.1 Státní správa	4 459	4 239	220							4 459
7.2 Správa zdravotních pojišťoven	6 490			6 490						6 490
7.3 Agentury správy soukromého pojištění					13	13				13
8 Ostatní odvětví ekonomiky	22 610	22 610			915			915		23 525
8.1 Domácnosti jako poskyvatelé zdravotní péče	15 991	15 991								15 991
8.2 Ostatní poskyvatelé zdravotní péče	6 619	6 619			915			915		7 534
9 Nerozlišeno	4 338	2 997	580	3 757	8 395	466	7 929			15 730
Celkový součet	299 362	54 889	9766	234 706	9 322	478	7 929	915	49 358	358 042

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2015



Tabulka č. 4 Výdaje na zdravotnictví z veřejných rozpočtů podle druhu zdravotní péče, 2010-2015 (mil. Kč)

Druh péče (ICHA-HC)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1 Léčebná péče	3 369	3 331	3 417	3 786	4 446	3 856
1.1 Lůžková léčebná péče	2 788	2 754	2 858	3 234	3 879	3 179
1.3 Ambulantní léčebná péče	581	577	559	552	567	676
3 Dlouhodobá zdravotní péče	22 643	23 785	23 780	25 110	26 459	28 290
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	18 510	18 893	18 946	19 913	20 971	22 304
3.2 Denní dlouhodobá zdravotní péče	1 480	1 486	1 444	1 496	1 640	1 680
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	2 653	3 406	3 390	3 702	3 848	4 306
4 Doprava pacientů	3 425	3 575	3 642	3 693	3 636	3 714
6 Preventivní péče	1 128	1 149	1 190	1 134	1 526	1 476
6.2 Imunizační programy	908	931	963	908	1 300	1 240
6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí	220	218	227	226	226	236
7 Státní správa a samospráva a ZP	1 888	1 801	1 843	1 893	1 977	2 033
HCR.1 Dlouhodobá sociální péče	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078	18 611
HCR.1.1 Sociální služby	1 404	1 433	1 435	1 587	1 809	1 791
HCR.1.2 Peněžité dávky	15 595	14 617	14 491	15 654	16 269	16 820
HCR.2 Podpora zdraví v širším pohledu	259	254	263	252	258	294
9 Ostatní zdravotní péče neuvedená jinde	567	565	576	590	592	625
R.1 Investiční náklady	5 323	5 108	4 940	3 851	3 536	4 102
R.2 Vzdělávání	256	252	262	236	255	274
R.3 Věda a výzkum	1 023	1 065	1 095	1 272	1 278	1 381
Celkem	56 879	56 935	56 934	59 058	62 039	64 656

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2015

Tabulka č. 5 Výdaje z veřejných rozpočtů podle poskytovatelů zdravotní péče, 2010-2015 (mil. Kč)

Typ poskytovatele (ICHA-HP)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1 Nemocnice	7 929	7 611	7 250	6 822	7 254	6 895
1.1 Všeobecné nemocnice	5 763	6 135	5 919	5 479	5 778	5 304
1.3 Specializované nemocnice	2 165	1 476	1 331	1 343	1 476	1 591
2 Lůžková zařízení dlouhodobé péče	18 049	18 372	18 402	19 353	20 510	21 837
2.1 Zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče	10 044	10 189	10 108	10 470	10 815	11 231
2.9 Ostatní lůžková zařízení	8 005	8 183	8 294	8 883	9 695	10 606
3 Poskytovatelé ambulantní péče	354	369	448	424	411	495
3.1 Samostatné ordinace lékaře	350	364	445	421	407	492
3.2 Samostatné ordinace zubních lékařů	4	4	4	4	4	4
4 Doprava pacientů a záchranná služba	3 610	3 771	4 116	4 092	3 913	4 025
5 Ostatní prodejci léků a PZT*	397	316	357	261	265	405
6 Poskytovatelé preventivní péče	318	296	302	302	312	352
7 Správa systému zdravotní péče	4 204	4 367	4 097	4 362	4 435	4 459
8 Ostatní odvětví ekonomiky	19 266	19 005	19 168	20 485	21 596	22 610
8.1 Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče	13 788	13 362	13 620	14 593	15 207	15 991
8.2 Ostatní poskytovatelé zdravotní péče	5 478	5 643	5 548	5 892	6 389	6 619
9 Ostatní poskytovatelé nezařazení jinde	2 751	2 828	2 793	2 957	3 343	3 578
Celkem	56 879	56 935	56 934	59 058	62 039	64 656

Zdroj: Zdravotnické účty 2010 - 2015

Tabulka č. 6 Výdaje zdravotních pojišťoven podle druhu zdravotní péče, 2010-2015 (mil. Kč)

Druh péče (ICHA-HC)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1 Léčebná péče	120 204	120 694	121 031	122 942	117 042	121 000
1.1 Lůžková léčebná péče	52 268	51 960	50 241	49 109	47 331	47 053
1.2 Denní léčebná péče	5 238	5 137	5 185	5 333	5 561	5 735
1.3 Ambulantní léčebná péče	62 512	63 413	65 428	68 314	63 972	68 020
1.4 Domácí léčebná péče	186	183	177	186	179	192
2 Rehabilitační péče	10 586	11 157	10 264	10 770	10 498	11 201
2.1 Lůžková rehabilitační péče	4 290	4 597	3 534	3 966	3 934	4 244
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	6 296	6 560	6 730	6 804	6 564	6 958
3 Dlouhodobá zdravotní péče	13 066	13 157	13 210	13 410	17 494	14 028
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	11 253	11 804	11 830	11 931	16 009	12 475
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	1 813	1 352	1 380	1 478	1 485	1 553
4 Doplnkové služby	33 614	33 949	34 570	34 775	35 247	36 306
4.1 Laboratorní služby	19 917	20 149	21 001	21 215	21 454	22 037
4.2 Zobrazovací metody	9 729	9 855	9 861	10 044	10 490	10 484
4.3 Doprava pacientů	3 968	3 945	3 708	3 516	3 303	3 785
5 Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	39 115	39 535	42 952	40 135	39 153	38 401
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál	35 711	35 951	39 227	35 119	34 693	34 526
5.2 Terapeutické pomůcky	3 404	3 584	3 725	5 016	4 460	3 876
6 Preventivní péče	7 957	8 302	8 529	8 626	7 525	6 858
6.1 Informační a poradenské programy	483	492	620	624	629	644
6.2 Imunizační programy	481	501	521	551	276	274
6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí	1 354	1 336	1 359	1 418	1 433	1 401
6.4 Programy pro sledování zdravotního stavu	5 640	5 973	6 029	6 033	5 187	4 541
7 Státní správa a samospráva a ZP	6 748	6 943	6 772	7 100	7 048	6 490
9 Ostatní zdravotní péče neuvedená jinde	599	600	599	596	595	422
Celkem	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 706

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2015



Tabulka č. 7 Výdaje zdravotních pojišťoven podle poskytovatelů zdravotní péče, 2010-2015 (mil. Kč)

Typ poskytovatele (ICHA-HP)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1 Nemocnice	123 200	123 492	123 682	126 869	129 304	130 072
1.1 Všeobecné nemocnice	108 414	110 479	110 144	112 842	114 864	119 127
1.2 Psychiatrické nemocnice	8 757	6 812	8 615	8 518	8 770	4 825
1.3 Specializované nemocnice	6 029	6 201	4 923	5 509	5 669	6 121
2 Lůžková zařízení dlouhodobé péče	2 654	2 509	2 544	2 466	1 982	2 500
2.1 Zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče	1 424	1 410	1 370	1 382	993	1 577
2.9 Ostatní lůžková zařízení	1 230	1 100	1 174	1 084	989	924
3 Poskyvatelé ambulantní péče	53 070	56 017	55 493	57 602	56 348	56 333
3.1 Samostatné ordinace lékaře	32 327	33 263	32 662	34 016	32 919	34 774
3.2 Samostatné ordinace zubních lékařů	9 552	9 428	9 337	9 338	9 008	8 255
3.3 Ostatní poskyvatelé zdravotní péče	1 625	1 776	1 762	1 842	1 927	1 549
3.4 Ambulantní centra	7 578	9 437	9 651	10 273	10 403	9 822
3.5 Poskyvatelé služeb domácí péče	1 456	1 388	1 397	1 427	1 492	1 531
3.9 Ostatní poskyvatelé ambulantní	532	725	684	706	600	402
4 Poskyvatelé doplňkových služeb	7 691	7 443	7 739	7 357	7 604	8 246
4.1 Doprava pacientů a záchranná služba	3 245	3 214	3 096	2 744	2 922	3 379
4.2 Laboratoře	4 446	4 229	4 642	4 613	4 682	4 867
5 Lékárny a výdejny PZT*	33 394	34 299	35 704	32 771	27 433	26 886
5.1 Lékárny	30 089	31 846	33 305	29 156	24 895	25 149
5.2 Prodejci a dodavatelé zdravotnického zboží a přístrojů	3 305	2 453	2 399	3 615	2 538	1 736
6 Poskyvatelé preventivní péče	572	492	435	476	447	422
7 Správa zdravotních pojišťoven	6 749	6 944	6 773	7 100	7 048	6 490
9 Ostatní poskyvatelé nezařazení jinde	4 559	3 140	5 558	3 712	4 436	3 757
Celkem	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 706

Zdroj: Zdravotnické účty 2010 - 2015

Tabulka č. 8 Výdaje zdravotních pojišťoven podle klasifikace diagnóz MKN-10, 2010-2015 (mil. Kč)

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

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

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2015



Tabulka č. 9 Souhrnný přehled výdajů na dlouhodobou péči , 2010-2015 (mil. Kč)

Dlouhodobá péče	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Celkem						
Dlouhodobá péče celkem	52 786	53 056	53 004	55 831	62 107	61 004
z toho: dlouhodobá péče zdravotní	35 787	37 006	37 078	38 590	44 029	42 393
dlouhodobá péče sociální	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078	18 611
Dlouhodobá péče zdravotní						
Dlouhodobá péče zdravotní	35 787	37 006	37 078	38 590	44 029	42 393
z toho: lůžková dlouhodobá péče	29 841	30 761	30 864	31 914	37 056	34 828
domácí dlouhodobá péče	4 466	4 759	4 770	5 180	5 333	5 859
denní dlouhodobá péče	1 480	1 486	1 444	1 496	1 640	1 706
Dlouhodobá péče sociální						
Dlouhodobá péče sociální	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078	18 611
z toho: peněžité dávky	15 595	14 617	14 491	15 654	16 269	16 820
sociální služby	1 404	1 433	1 435	1 587	1 809	1 791
Peněžité dávky	15 595	14 617	14 491	15 654	16 269	16 820
z toho: příspěvek na péči	13 788	12 722	12 938	13 750	14 353	14 891
příspěvek na mobilitu	964	916	1 008	1 116	1 111	1 146
příspěvek na zvláštní pomůcky	843	979	545	788	805	783
Sociální služby	1 404	1 433	1 435	1 587	1 809	1 791
z toho: chráněné bydlení	471	488	466	572	708	836
sociální rehabilitace	502	542	567	592	650	485
sociálně aktivizační služby	159	142	125	125	131	127
terapeutické komunity	77	72	79	80	81	83
služby následné péče	48	57	59	64	66	64
preventivní programy	59	42	39	50	54	58
podpora samostatného bydlení	30	34	41	44	52	62
tísňová péče	30	31	30	30	32	35
tlumočnické služby	17	16	20	21	24	28
průvodcovské a předčitatelské služby	11	9	9	9	11	13

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

Zdroj: Zdravotnické účty 2010 – 2015

Tabulka č.10 Výdaje domácností na léky v České republice, 2010 - 2015

Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Výdaje domácností na léky (v mil. Kč)						
Domácnosti celkem	19 682	20 872	21 466	20 946	20 465	22 865
Doplatky za léky na předpis	8 605	9 115	9 402	9 258	9 061	10 121
Volně prodejné léky	11 077	11 757	12 064	11 688	11 404	12 744
Výdaje domácností na léky na 1 obyvatele ČR (v Kč)						
Domácnosti celkem	1 871	1 988	2 043	1 993	1 944	2 163
Doplatky za léky na předpis	818	868	895	881	861	885
Volně prodejné léky	1 053	1 120	1 148	1 112	1 084	1 205
Podíl výdajů domácností na léky na celkových výdajích domácností na zdravotní péči (v %)						
Domácnosti celkem	47,0	49,4	49,2	49,6	47,5	46,3
Doplatky za léky na předpis	20,6	21,6	21,5	21,9	21,0	20,5
Volně prodejné léky	26,5	27,8	27,6	27,7	26,5	25,8

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2015

Tabulka č. 11 Výdaje zdravotních pojišťoven a domácností na léky

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

Zdroj: Zdravotnické účty 2010-2015

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

	2010		2012		2013		2014		2015	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
0-4	297 499	283 519	306 840	292 741	295 316	281 364	290 779	279 951	285 291	271 321
5-9	243 439	229 956	264 835	250 742	273 875	260 001	286 092	272 221	295 383	281 738
10-14	234 580	222 194	238 202	225 359	236 654	223 731	240 261	226 733	245 744	232 156
15-19	306 567	290 317	273 565	259 539	253 595	240 385	240 937	228 335	236 715	223 582
20-24	339 220	321 814	339 624	321 721	330 071	311 971	322 592	304 132	309 476	290 843
25-29	364 188	342 338	358 659	338 628	351 185	330 610	348 214	328 333	344 392	324 678
30-34	452 267	425 043	418 862	392 894	395 636	370 434	379 193	355 159	366 744	344 566
35-39	437 623	410 191	473 677	447 621	471 772	444 765	464 125	438 182	450 974	424 426
40-44	355 761	335 426	374 482	354 445	388 178	366 072	413 643	388 956	435 055	410 408
45-49	348 875	333 530	363 386	347 156	359 399	342 056	353 613	336 762	351 876	334 846
50-54	344 349	340 602	325 830	319 802	319 181	311 384	330 767	321 174	341 708	331 221
55-59	372 797	387 405	366 258	377 676	356 263	365 568	343 392	350 897	330 464	334 979
60-64	347 813	383 635	355 198	389 723	348 836	380 984	348 795	379 304	347 942	376 860
65-69	247 340	297 265	282 003	336 745	296 072	351 115	303 630	357 766	313 233	366 238
70-74	159 456	215 525	178 381	236 067	188 286	247 163	203 087	264 822	211 942	275 584
75-79	123 431	193 800	120 274	185 241	119 131	182 246	120 876	183 448	126 376	189 352
80-84	78 073	150 375	82 892	154 018	82 980	152 661	84 533	152 586	84 283	150 440
85+	40 485	107 191	45 687	118 140	45 860	119 958	49 648	123 087	53 257	130 718
Celkem	5 093 764	5 270 124	5 168 655	5 348 258	5 112 290	5 282 468	5 123 257	5 288 091	5 130 854	5 293 956
Celkový součet	10 363 888		10 516 913		10 394 758		10 411 348		10 424 810	

Zdroj: Zdravotní pojišťovny v ČR

