

3.2. Výdaje domácností na zdravotní péči

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

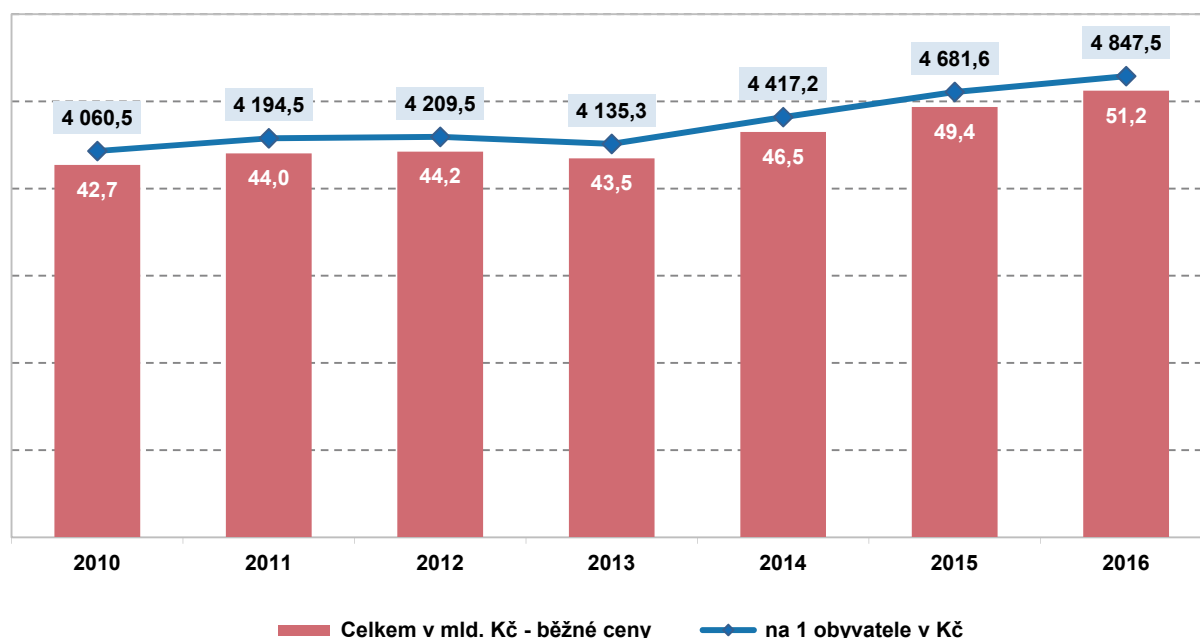
3.2.1. Celkové výdaje domácností

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

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

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

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



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

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016



3.2.2. Výdaje domácností podle druhu zdravotní péče

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

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

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

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

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

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

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

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

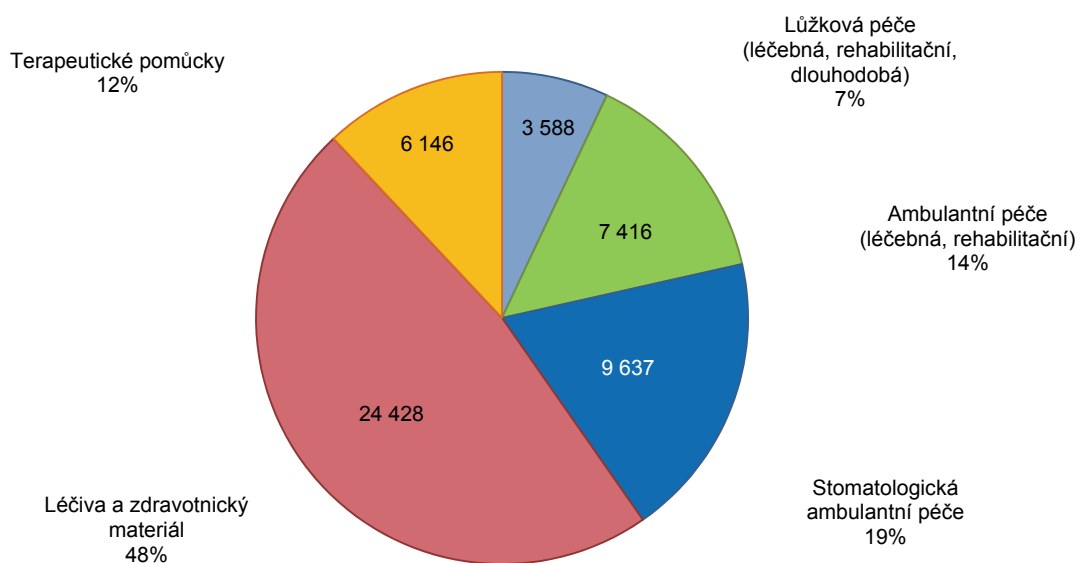
Výdaje domácností na **specializovanou ambulantní péči**, které zahrnují širokou škálu nejrůznějších úhrad například za služby nutričních terapeutů, center léčby obezity, center asistované reprodukce, dermatologické zákroky nehrazené ze zdravotního pojištění, kosmetické operace a další, zůstávají v porovnání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

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

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

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

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



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

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

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



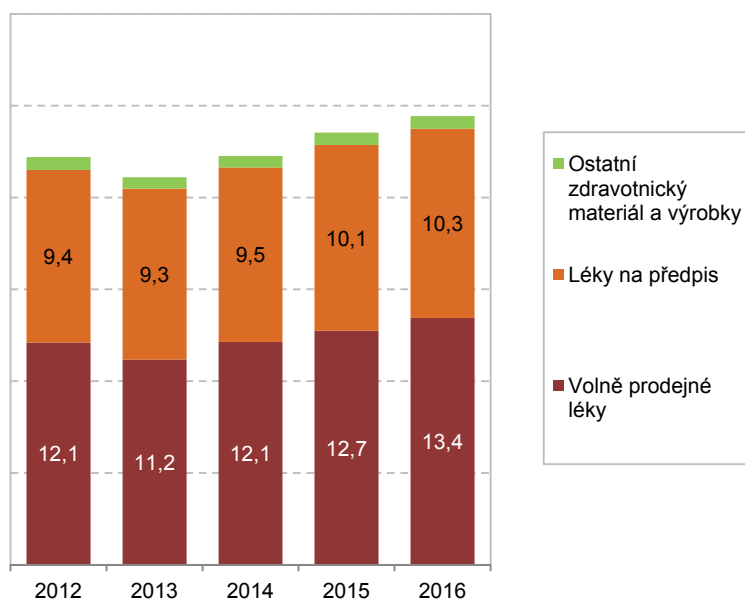
přispěly domácnosti částkou ve výši 3,6 mld. Kč (7 %), z níž největší podíl – 75 % – tvoří výdaje na lůžkovou rehabilitační péči včetně pobytu v lázeňských zařízeních.

Léky tvoří dlouhodobě největší část výdajů domácností na zdravotní péči

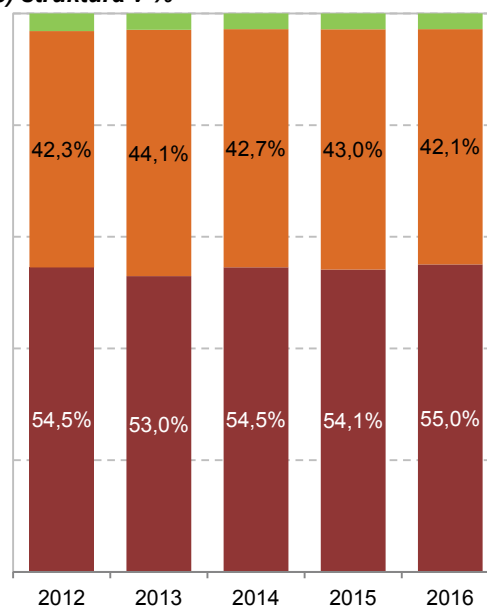
Největší část finančních prostředků na zdravotní péči vydávají domácnosti každoročně na **léčiva a ostatní zdravotnické výrobky** (téměř 60 % v roce 2016). Více než tři čtvrtiny z této uvedené kategorie tvoří náklady na léky (na předpis i volně prodejné léky). Pětina výdajů z této kategorie směřuje na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

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

a) v mld. Kč



b) struktura v %



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

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

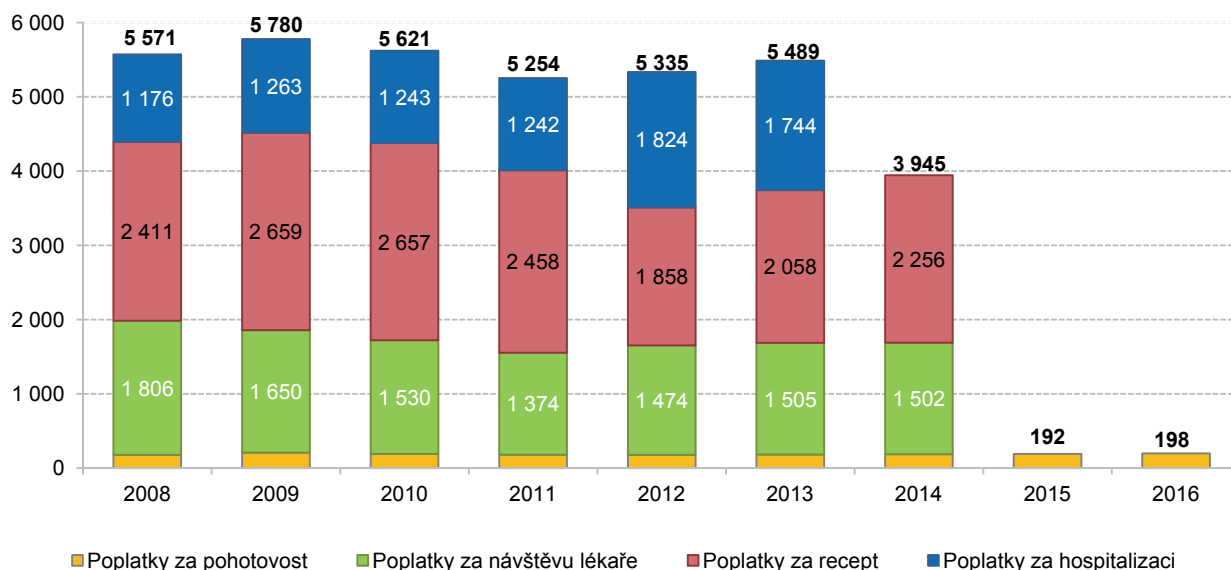
Obdobný vývoj výdajů domácností byl zaznamenán i u **léků na předpis**. V porovnání s rokem 2015 zůstaly výdaje domácností na tuto kategorii léků bez výrazných změn a jejich finanční hodnota se pohybovala na úrovni 10,3 mld. Kč.

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

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

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

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



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

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

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

Kdo a kdy neplatí za pohotovost

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

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

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

