

2. Výdaje zdravotních pojišťoven

V České republice mají zdravotní pojišťovny klíčové postavení z hlediska financování zdravotní péče. Příjmy zdravotních pojišťoven plynou z veřejného zdravotního pojištění, kterého je povinně účastna každá osoba s trvalým pobytem na našem území. V případě zaměstnaneckého poměru odvádí zaměstnavatel na zdravotní pojištění 13,5 % z vyměřovacího základu, z toho 1/3 hradí zaměstnanec a 2/3 zaměstnavatel. Za nevýdělečně činné skupiny obyvatelstva (děti, 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.) je plátcem tohoto pojištění stát. V roce 2019 došlo k meziročnímu navýšení těchto plateb o 49 Kč na jednu takovou osobu na 1 018 Kč za měsíc.

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

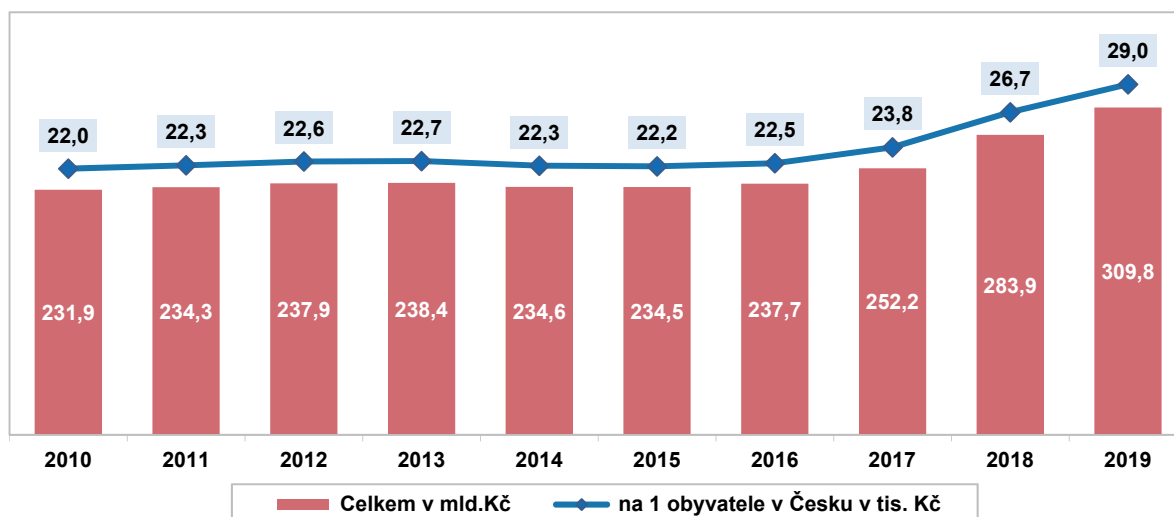
Následující kapitola podává jak ucelenou informaci o **celkových výdajích** zdravotních pojišťoven na zdravotní péči, tak i podrobné informace o **výdajích na jednotlivé skupiny diagnóz** podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále také „MKN-10“) a nechybí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

2.1. Celkové výdaje zdravotních pojišťoven – základní údaje

Třetí rok v řadě byl v Česku zaznamenán výrazný nárůst výdajů na zdravotní péči, která byla financovaná prostřednictvím všeobecného zdravotního pojištění. **Zdravotní pojišťovny** vydaly v roce 2019 na zdravotní péči **celkem 309,8 mld. Kč**. Meziročně tyto výdaje vzrostly o 9,1 % (absolutně o 25,9 mld.) a poprvé tak překonaly hranici tří set miliard korun. Na tomto nárůstu se nejvíce podílely výdaje za ambulantní léčebnou péči, které se meziročně zvýšily o 9,3 mld. Kč, jak bude podrobněji uvedeno níže. Procentuálně nejrychleji rostly výdaje preventivní péči, které se meziročně zvýšily o 16,4 %.

V letech 2017 až 2019 byla ze zdrojů zdravotních pojišťoven uhrazena péče za téměř 850 miliard.

Graf č. 2.1. Výdaje na zdravotní péči v Česku financovanou prostřednictvím zdravotních pojišťoven



Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010–2019

V sledovaném období let 2010 až 2019, kdy jsou k dispozici srovnatelné údaje, rostly výdaje na zdravotní péči ze zdrojů zdravotních pojišťoven v běžných cenách v průměru o 3,3 % ročně. V posledních třech letech to bylo téměř třikrát rychleji - v průměru o 9,2 %. Nejvíce vzrostly tyto výdaje v roce 2018, kdy oproti předchozímu

roku došlo k jejich navýšení o 12,6 % - absolutně o 31,7 mld. Kč. Naopak v období 2011 až 2015 se výše finančních prostředků vynaložená na zdravotní péči ze zdrojů zdravotních pojišťoven příliš neměnila. Při započtení inflace, se výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v Česku v letech 2013 až 2016 meziročně snižovaly. Celkem vynaložily zdravotní pojišťovny v letech 2010 až 2019, tj. za deset let, na zdravotní péči v Česku 2,5 bilionu korun.

Zatímco v absolutních hodnotách výdaje na zdravotní péči v Česku financovanou z veřejného zdravotního pojištění v roce 2019 výrazně vzrostly, v případě jejich podílu na hrubém domácím produktu (HDP) – základní poměrový ukazatel používaný pro mezinárodní srovnání – se tento poměrový ukazatel meziročně zvýšil pouze mírně. V roce 2019 byly výdaje zdravotních pojišťoven rovny 5,4 % HDP České republiky oproti 5,2 % v roce předchozím. Nejnižší byl tento poměrový ukazatel v sledovaném období deseti let v roce 2017, kdy se rovnal 4,9 % HDP, nejvyšší pak v roce 2012, kdy dosáhl 5,8 %. Zatímco v letech 2013 až 2017 rostla ekonomika České republiky výrazně rychleji, než rostly výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči, v letech 2018 a 2019 tomu bylo naopak.

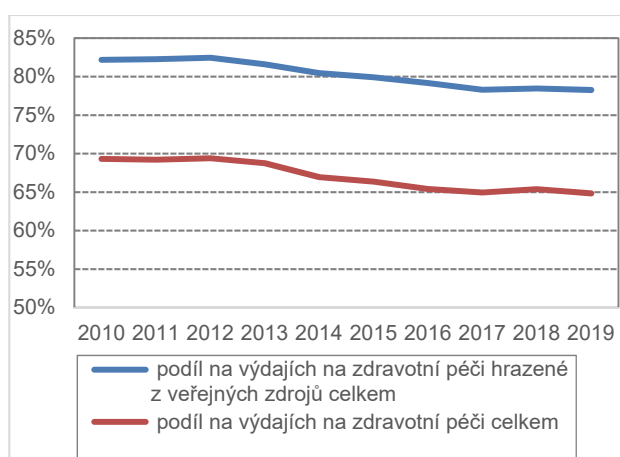
Zdravotní pojišťovny vynaložily na zdravotní péči v průměru 29 tisíc korun na 1 obyvatele

Kromě podílu celkových výdajů na zdravotní péči na HDP, který je ovlivněn jak vyspělostí, tak i specifíkem jednotlivých ekonomik, se pro mezinárodní srovnání vyjadřují celkové výdaje na zdravotní péči připadající na jednoho obyvatele. Výdaje zdravotních pojišťoven na jednoho obyvatele meziročně vzrostly o 8,7 % (2,3 tis. Kč) na 29,0 tisíc v roce 2019.

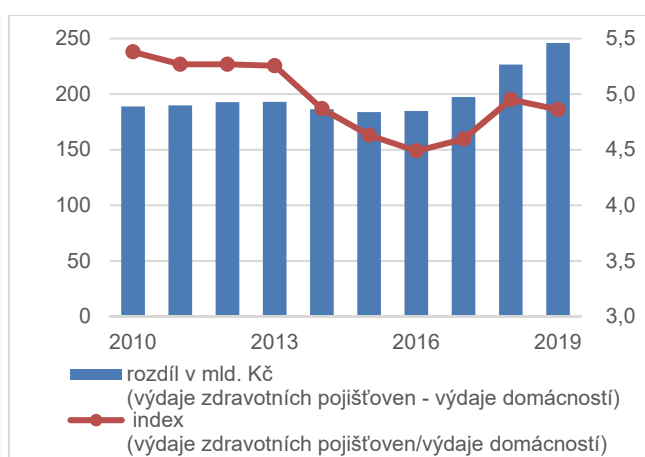
2.2. Podíl zdravotních pojišťoven na financování zdravotní péče

Česko patří spolu s našimi dvěma sousedy Německem a Slovensko a dále taky například s Francií, Estonskem, Maďarskem či Slovinskem, k zemím EU se systémem zdravotní péče založeném především na financování prostřednictvím všeobecného (povinného) veřejného zdravotního pojištění. Na rozdíl od Česka nebo i Slovenska, hraje v případě našeho západního souseda významnou roli ve financování zdravotní péče z povinného zdravotního pojištění i ta část, která je hrazena zaměstnavateli pojištěných osob či prostřednictvím soukromého povinného pojištění. Ve Švédsku, Dánsku nebo v Itálii je zdravotní péče převážně financovaná prostřednictvím daní přímo z rozpočtů centrálních a místních vlád. Podrobnější informace naleznete v kapitole 6.

Graf č. 2.2. Podíl zdravotních pojišťoven na financování zdravotní péče v Česku (%)



Graf č. 2.3. Výdaje zdravotních pojišťoven v porovnání s výdaji domácností na zdravotní péči



Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010–2019

Výdaje pojišťoven na zdravotní péči byly 5 krát vyšší než přímé platby domácností.

Ve srovnání s výdaji domácností (podrobněji viz kapitola 3), vynaložily v roce 2019 zdravotní pojišťovny na zdravotní péči o 246 mld. Kč více finančních prostředků. V roce 2017 byl tento rozdíl 200 mld. Kč ve prospěch zdravotních pojišťoven. V roce 2019 bylo z veřejného zdravotního pojištění na zdravotní péči vynaloženo téměř 5 krát tolik finančních prostředků, než na ni šlo přímo z peněženek našich občanů – v roce 2016 to bylo 4,5 krát.

2.3. Výdaje zdravotních pojišťoven podle druhu poskytnuté péče

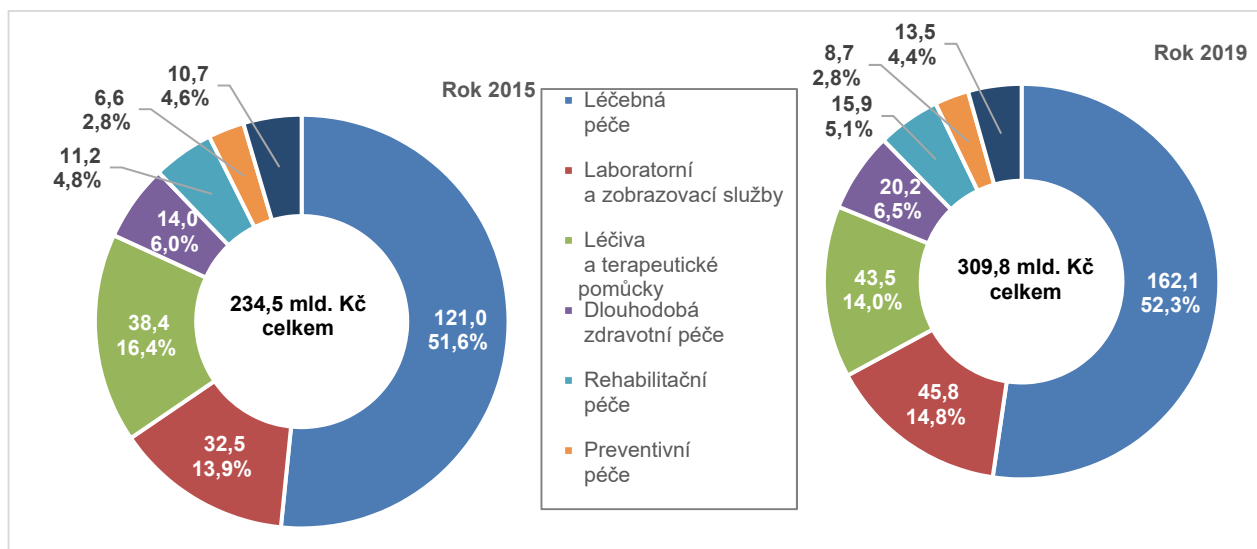
Výdaje zdravotních pojišťoven lze rozdělit podle různých kritérií. Následující část se věnuje výdajům zdravotních pojišťoven podle druhu zdravotní péče.

V grafu č. 2.4. je uvedena struktura celkových výdajů vydaných zdravotními pojišťovnami podle jednotlivých druhů zdravotní péče, souvisejících služeb a výdajů na léky.

Léčebná péče se podílí více jak z poloviny na výdajích zdravotních pojišťoven

V celém sledovaném období více jak polovina finančních prostředků ze zdravotního pojištění směřovala na úhradu **léčebné péče**. Léčebná péče se ve zdravotnických zařízeních poskytuje jako lůžková, ambulantní a v menší míře i jako denní. Menší část pak připadá na domácí léčebnou péči. V roce 2019 vynaložily zdravotní pojišťovny za léčebnou péči celkem 162,1 mld. Kč. Meziročně došlo ke zvýšení těchto výdajů o 8,9 % - v absolutním vyjádření to představuje meziroční nárůstu o 13,2 mld. Kč. Hlavní část z výdajů za léčebnou péči připadá na její ambulantní formu (včetně denní), která se v roce 2019 podílela z cca jedné třetiny na celkových výdajích zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. Na lůžkovou léčebnou péči připadla ve stejném roce necelá pětina z celkových výdajů zdravotních pojišťoven.

Graf č. 2.4. Výdaje zdravotních pojišťoven podle druhu poskytnuté péče v roce 2015 a 2019 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010–2019

Po léčebné péči jsou to **laboratorní služby a zobrazovací metody**, které představují druhou nejvýznamnější položkou z hlediska úhrad zdravotních pojišťoven. V roce 2019 vynaložily zdravotní pojišťovny za tyto služby celkem 45,8 mld. Kč. Tato částka se podílela 15 % na celkových výdajích zdravotních pojišťoven v Česku. Meziročně došlo ke zvýšení výdajů na tyto doplňkové služby o 4,1 mld. Kč, v porovnání s rokem 2015 o 13,3 mld. Kč.

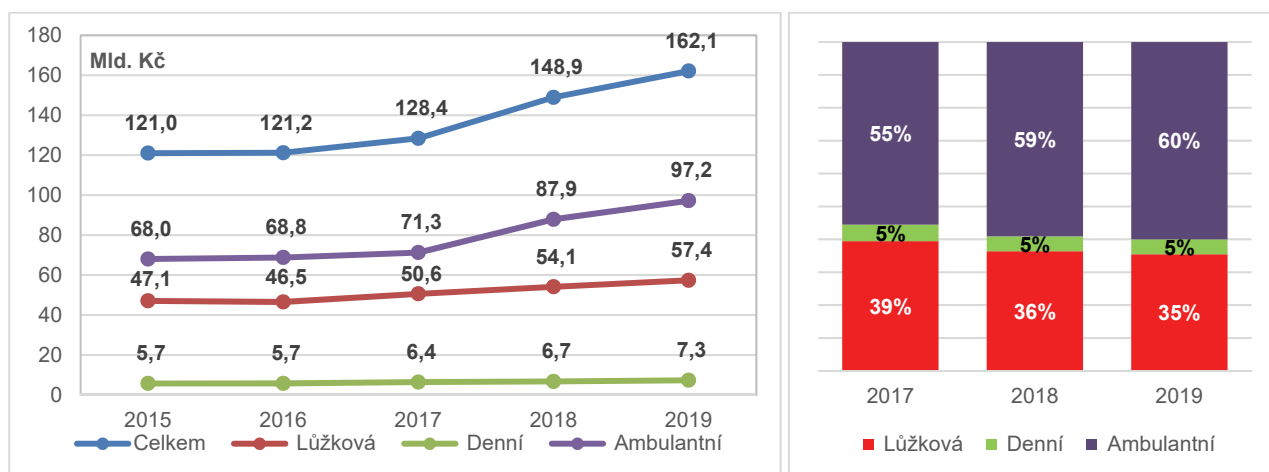
Celkem 43,5 mld. Kč vydaly zdravotní pojišťovny v roce 2019 za **léčiva a ostatní zdravotnické výrobky**. Do této kategorie patří kromě léků i výdaje za ostatní zdravotnický materiál (dezinfekce, obvazy, náplasti, teploměry atd.) a za terapeutické pomůcky jako jsou například brýle, pomůcky pro sluchově postižené, berle nebo invalidní vozíky. Meziročně došlo ke zvýšení výdajů za léčiva a ostatní zdravotnické výrobky o 4,3 %. Mezi výdaji za léky zde nejsou podle metodiky SHA zahrnuty výdaje na léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních. Podrobněji viz kapitola 5, kde jsou uvedeny veškeré výdaje za léky bez ohledu na zdroj jejich financování nebo místa spotřeby.

V roce 2019 nejrychleji rostly výdaje za preventivní, rehabilitační a dlouhodobou péči

K nejvyššímu procentuálnímu zvýšení oproti předchozímu roku, konkrétně o 16,4 % na 8,7 mld. Kč v roce 2019, došlo u výdajů zdravotních pojišťoven na preventivní péči. Preventivní péče se však podílí jen z 2,8 % na celkových výdajích zdravotních pojišťoven. Mnohem významnější je **rehabilitační a dlouhodobá zdravotní péče**. Druhá jmenovaná se v roce 2019 podílela 6,5 % (20,2 mld. Kč) na celkových výdajích zdravotních pojišťoven. Podíl rehabilitační péče byl o něco nižší. V roce zdravotní pojišťovny na ni vynaložily 15,9 mld. Kč. Výdaje jak na rehabilitační, tak i dlouhodobou zdravotní péči, meziročně vzrostly procentuálně více než celkové úhrady zdravotních pojišťoven. Je však třeba zdůraznit, že převážná část výdajů na dlouhodobou zdravotní péči je financována přímo z rozpočtu MPSV ČR – podrobněji viz kapitola č. 4.

V letech 2018 a 2019 výdaje za ambulantní léčebnou péči rostly výrazně rychleji než za péči lůžkovou

Graf č. 2.5. Léčebná péče financovaná ze zdravotního pojištění podle jejího typu (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010 – 2019

Jak už bylo výše zmíněno, nejvíce peněz vydaly zdravotní pojišťovny za **léčebnou zdravotní péči**. V grafu č. 2.5. jsou uvedeny výdaje za tuto péči v letech 2015 až 2019 v členění na jednotlivé formy jejího poskytování. Po roce 2016 však můžeme pozorovat poměrně výrazný každoroční nárůst výdajů na léčebnou péči. Za tři roky tyto výdaje vzrostly o 40,9 mld. Kč na 162,1 mld. Kč v roce 2019. Tento nárůst byl významně ovlivněn změnami úhrad v oblasti specializované ambulantní péče. Podrobněji viz níže.

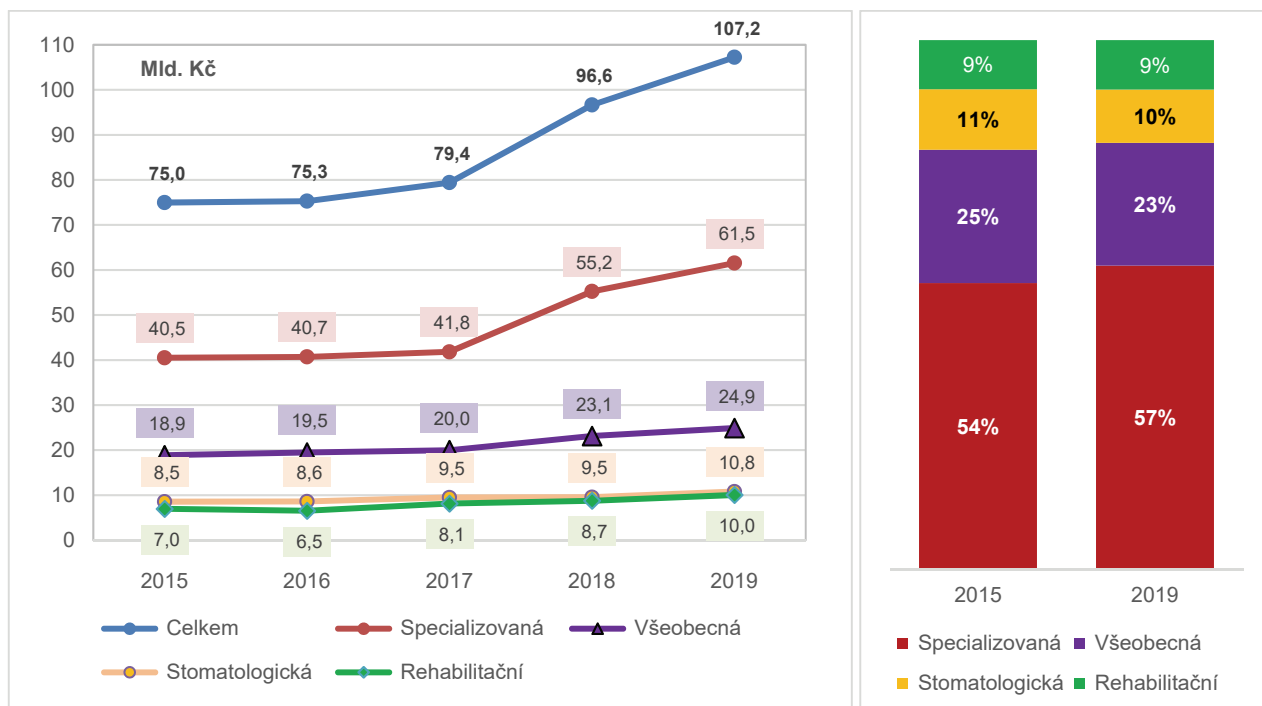
Jak již bylo uvedeno výše, léčebnou péči lze rozdělit podle místa a formy jejího poskytnutí na lůžkovou, denní, ambulantní a domácí. **Domácí léčebná péče** představuje v celkových výdajích zdravotních pojišťoven zanedbatelnou roli. V roce 2019 na ni zdravotní pojišťovny vynaložily 239 mil. Kč, tj. 0,1 % z jejich celkových výdajů na léčebnou péči. Z toho důvodu ji dále nebudeme více rozebírat a není ani uvedena v grafu 2.5.

Nejvýznamnější část z léčebné péče tvoří ta, která je poskytnuta **ambulantně**, ať už v rámci nemocnic nebo v samostatných (ambulantních) ordinacích praktického, gynekologického, stomatologického či specializovaného lékaře. V roce 2019 na ni zdravotní pojišťovny vynaložily 60 % z celkových výdajů na léčebnou péči. V porovnání s rokem 2017, kdy se výdaje na ambulantní péči podílely z 55 % na celkových

nákladech na léčebnou péči, vzrostly výdaje pojišťoven na ni o 36,4 % (25,9 mld. Kč) na 97,2 mld. Kč v roce 2019. Podrobněji náklady na ambulantní péči včetně členění podle typu této péče rozebereme dále v textu.

Lůžková péče, která je nejčastěji poskytována v nemocnicích, je druhou nejvýznamnější z hlediska výdajů na ni. V roce 2019 na ni směřovalo 35 % (57,4 mld. Kč) z finančních prostředků, které zdravotní pojišťovny v roce 2019 uhradily za léčebnou péči v Česku celkem. Na denní léčebnou péči připadalo v letech 2017 až 2019 cca 5 % z celkových výdajů zdravotních pojišťoven na léčebnou péči.

Graf č. 2.6. Ambulantní péče financovaná ze zdravotního pojištění podle jejího typu (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010 – 2019

Z celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči bylo přibližně 35 % vydáno za ambulantní péči

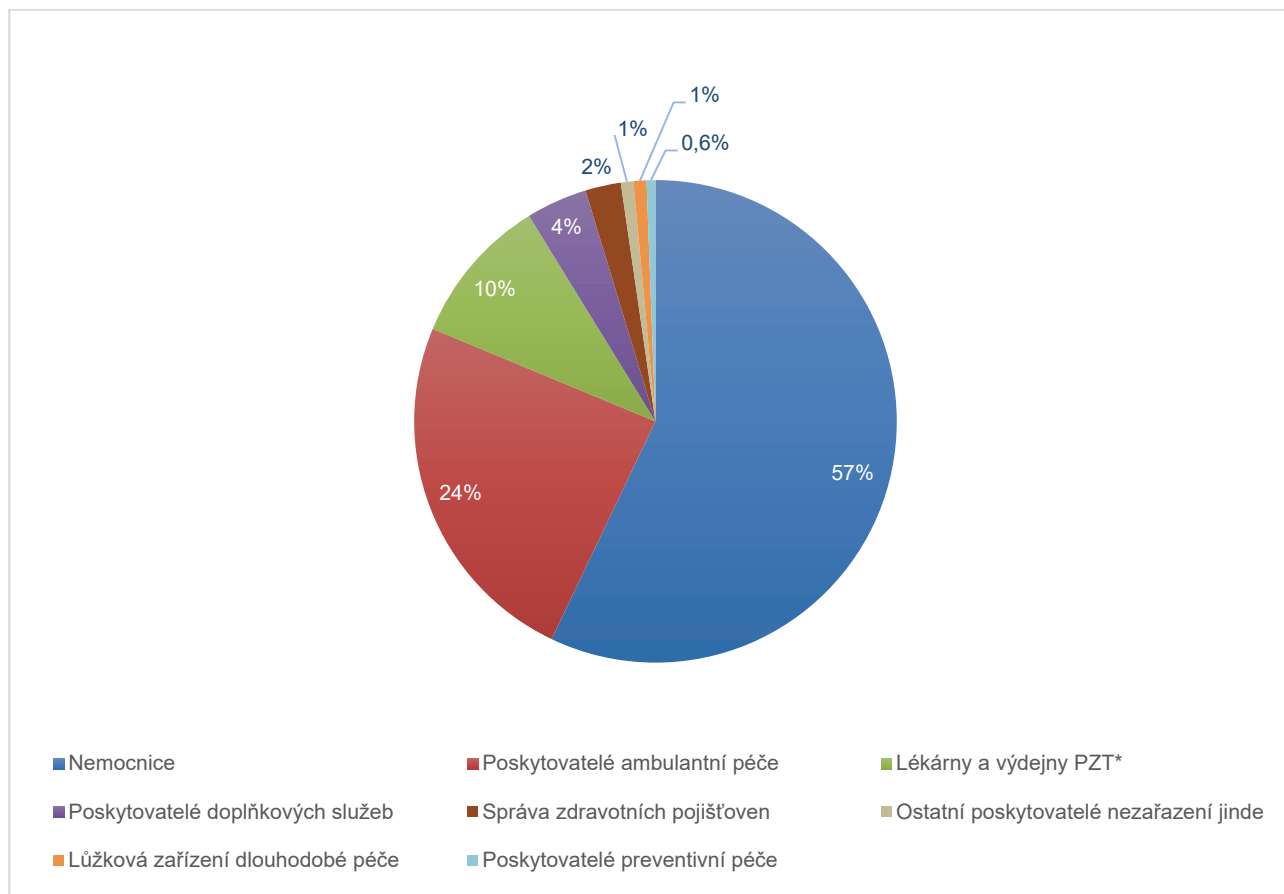
Výdaje za ambulantní péči z celkových výdajů zdravotních pojišťoven činily v roce 2019 celkem **107,2 mld. Kč**. Meziročně došlo ke zvýšení o 10,6 mld. Kč. Do ambulantní péče spadá jak ambulantní léčebná péče, do této kategorie se řadí všeobecná ambulantní léčebná péče, stomatologická léčebná péče a specializovaná léčebná péče, tak i ambulantní rehabilitační péče. Jak lze vidět na grafu výše (graf č. 2.6.), nejvíce bylo z celkových výdajů za ambulantní péči vydáno na **specializovanou léčebnou péči** (61,5 mld. Kč). Tuto kategorii lze rozdělit na čtyři základní lékařské oblasti, konkrétně na interní medicínu (vnitřní lékařství), gynekologii a porodnictví, chirurgii a pediatrii. Mezi roky 2014–2017 nedocházelo u specializované léčebné péče k výrazným meziročním nárůstům (max. o 3 %). K většímu nárůstu výdajů za tuto péči došlo v roce 2018, kdy se výdaje zvedly o 32 % a v roce 2019 o 11 %. Druhé nejvyšší výdaje za ambulantní péči z výdajů zdravotních pojišťoven jsou za **všeobecnou ambulantní péči**. Všeobecná ambulantní léčebná péče zahrnuje například rutinní vyšetření, lékařská hodnocení, předpisy léčiv, rutinní poradenství pro pacienty nebo injekce a očkování. V roce 2019 vydaly zdravotní pojišťovny za tuto péči celkem 24,9 mld. Kč. Meziročně došlo k nárůstu o 8 %. Nejnižší výdaje z celkových výdajů za ambulantní péči hrazenou zdravotními pojišťovnami jsou dlouhodobě za **rehabilitační ambulantní péči** (10 mld. Kč) a **stomatologickou ambulantní léčebnou péči** (10,8 mld. Kč). Meziročně došlo u obou péčí ke zvýšení výdajů o přibližně 1,2 mld. Kč.

2.4. Výdaje zdravotních pojišťoven podle typu poskytovatele

Největší částka byla z celkových výdajů zdravotních pojišťoven vydána za zdravotní péči poskytovanou v nemocnicích

Za **zdravotní péči v nemocnicích** v roce 2019 vydaly zdravotní pojišťovny celkem **176,8 mld. Kč**, což je 57 % z celkových výdajů zdravotních pojišťoven za zdravotní péči v roce 2019 (viz graf č. 2.7.). Celkem 52 % z výdajů na zdravotní péči podle typu poskytovatele bylo vydáno za péči ve **všeobecných nemocnicích**, dále ve **specializovaných nemocnicích** (3 %) a nejméně (2 %) v **psychiatrických nemocnicích**.

Graf č.2.7. Struktura výdajů na zdravotní péči v Česku financovanou ze zdrojů zdravotních pojišťoven podle druhu péče, 2019 (%)



* PZT – prostředky zdravotnické techniky

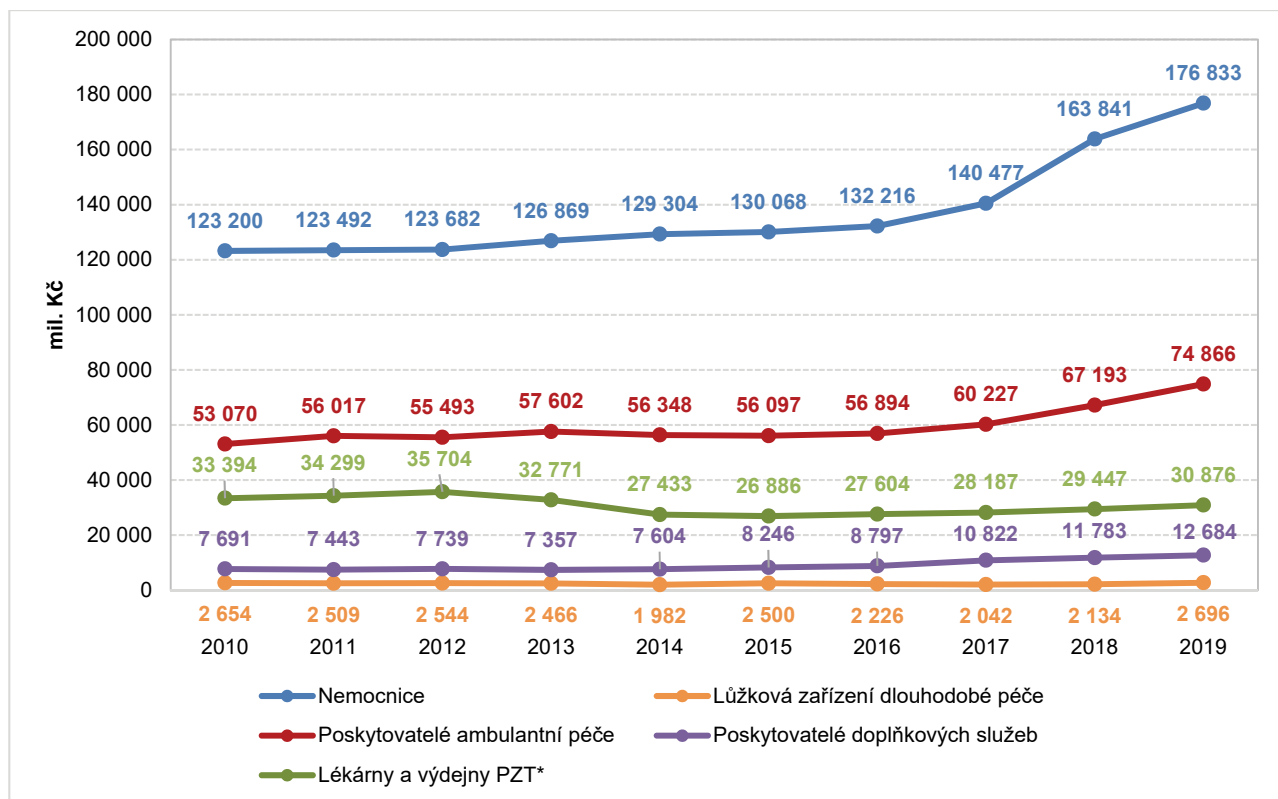
Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010–2019

Druhé nejvyšší výdaje za zdravotní péči z výdajů zdravotních pojišťoven byly spotřebovány u **poskytovatelů ambulantní péče** a to 74,9 mld. Kč (24 % z celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči). V této kategorii byly nejvyšší výdaje zaznamenány za **samostatné ordinace lékařů** (15 % z celkových výdajů zdravotních pojišťoven), zatímco nejmenší výdaje byly za **poskytovatele služeb domácí péče** (1 %).

V grafu č. 2.8. jsou uvedeny absolutní **výdaje zdravotních pojišťoven za vybrané poskytovatele zdravotní péče v letech 2010-2019**. Od roku 2010 se výdaje na zdravotní péči poskytovanou nemocnicemi zvýšily o 53,6 mld. Kč, u poskytovatelů ambulantní péče o 21,8 mld. Kč. K nejvyššímu poklesu výdajů za zdravotní péči od roku 2010 došlo u lékáren a výdejen prostředků zdravotnické techniky, konkrétně to bylo o 2,5 mld. Kč.



Graf č. 2.8. Výdaje zdravotních pojišťoven za vybrané poskytovatele zdravotní péče v ČR, 2010–2019 (mil. Kč)



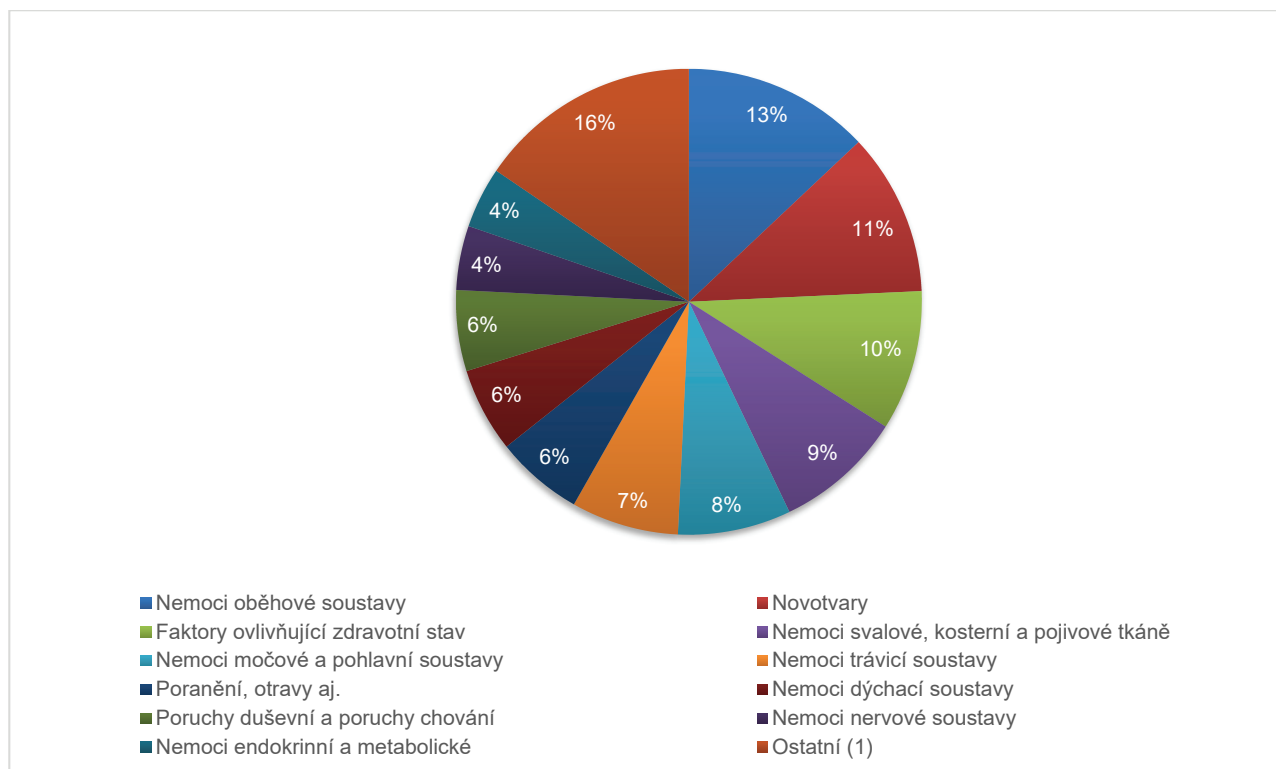
* PZT – prostředky zdravotnické techniky

Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010–2019

2.5. Výdaje zdravotních pojišťoven podle diagnóz

Tato část je zaměřena na výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle **diagnóz**, na jejichž léčbu byly vynaloženy. Diagnózy jsou definovány podle jednotlivých tříd 10. revize **Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů** (dále jen MKN-10). Výdaje podle diagnóz budou dále členěny i podle pohlaví a věku pojištěnců.

Graf č. 2.9. Struktura výdajů na zdravotní péči v Česku financovanou ze zdrojů zdravotních pojišťoven podle druhu péče, 2019 (%)



(1) Ostatní - zahrnuje výdaje na další kapitoly diagnóz v grafu neuvedené: např. nemoci krve a krevetvorných orgánů, nemoci oka, nemoci ucha, nemoci kůže, některé infekční a parazitární nemoci, těhotenství, porod a šestinedělí atd.

Poznámka: výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle diagnóz MKN-10 uvedené v tomto grafu neobsahují výdaje, které není možné rozčlenit na konkrétní diagnózy (85,6 mld. Kč). Jedná se například o kapitační platby registrujícím lékařům, návštěvní službu v rámci domácí péče, léky na recept, různé bonusy a příspěvky a také náklady pojišťoven na správu a provoz vlastních organizací.

Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010–2019

Dlouhodobě vydávají zdravotní pojišťovny nejvíce peněz za nemoci oběhové soustavy

V grafu č. 2.9. lze vidět procentuální rozdělení celkových výdajů za zdravotní péči z plateb zdravotních pojišťoven na jednotlivé diagnózy podle MKN-10. U tří diagnóz podle MKN-10 přesáhly výdaje hrazené zdravotními pojišťovnami 20 mld. Kč, konkrétně to byly výdaje za léčbu **nemocí oběhové soustavy, novotvarů** a za výdaje spadající do kapitoly „**faktory ovlivňující zdravotní stav**“. Níže jsou v grafu č. 2.10. uvedeny výdaje za jednotlivé diagnózy podle MKN-10. Pořadí výdajů za jednotlivé diagnózy se dlouhodobě nemění.

Jak už bylo výše zmíněno, nejvíce peněz vydaly zdravotní pojišťovny za **nemoci oběhové soustavy** a to konkrétně **28,4 mld. Kč**, což je celem 13 % z celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. Do nemocí oběhové soustavy lze zařadit například ischemické nemoci srdeční, hypertenzní nemoci, chronické revmatické choroby srdeční, nemoci tepen, tepének a vlásečnic nebo kardiopulmonární nemoc a nemoci plicního oběhu. Za poslední tři roky nedošlo k výrazné změně výdajů za léčbu nemocí oběhové soustavy. Od roku 2010 došlo ke zvýšení těchto výdajů o 6 %. Nejvyšší částka v roce 2019 byla zdravotními



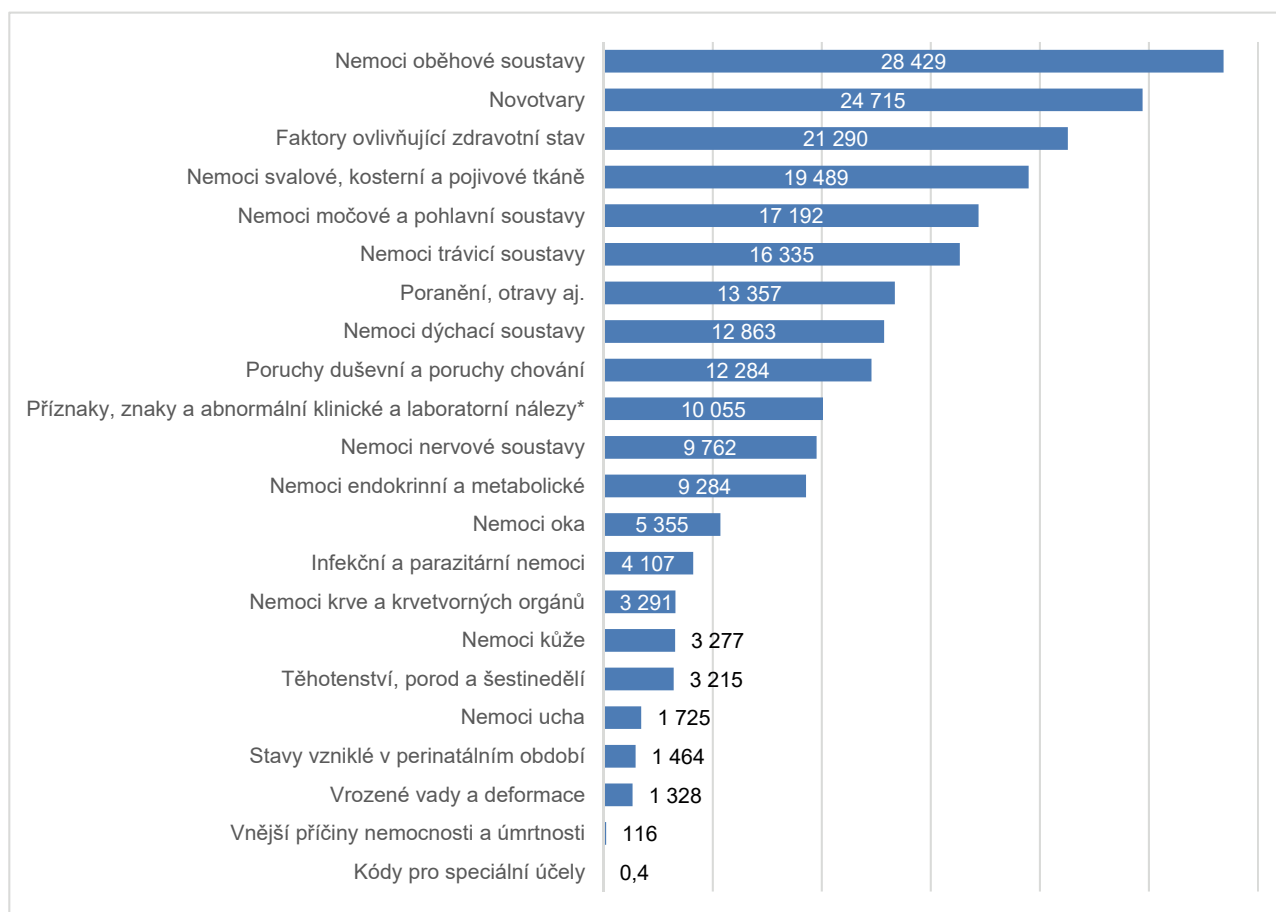
pojišťovnami vydána za léčbu nemocí oběhové soustavy u mužů ve věkové kategorii 70-74 let (2,9 mld. Kč) a u žen ve věkové kategorii 75-79 let (2,1 mld. Kč).

Podle údajů ÚZIS ČR byly nemoci oběhové soustavy v roce 2018 nejčastějším důvodem hospitalizace (13 % z celkového počtu hospitalizací). Častěji byli hospitalizováni muži než ženy. Průměrná doba hospitalizace z důvodu nemocí oběhové soustavy byla u mužů 6,9 dní a u žen 8,7 dní.

Za léčbu novotvarů zaplatily zdravotní pojišťovny v roce 2019 celkem 24,7 miliard korun

Druhé nejvyšší výdaje byly zdravotními pojišťovnami vyplaceny za **léčbu novotvarů**. Od roku 2010 bylo zdravotními pojišťovnami vydáno za léčbu novotvarů celkem **222,2 mld. Kč**. Podíl výdajů v roce 2019 na léčbu novotvarů na celkových výdajích zdravotních pojišťoven na zdravotní péči byl 11 %. Oproti předchozímu roku se výdaje na léčbu onkologických onemocnění snížily o 10 %. Od roku 2010 došlo ke zvýšení výdajů za léčbu novotvarů o 29 %. Nejvíce peněz za léčbu novotvarů vydaly zdravotní pojišťovny u mužů ve věkové kategorii 70-74 let a u žen ve věku 65-69 let.

Graf č. 2.10. Výdaje zdravotních pojišťoven v Česku podle diagnóz MKN-10 v roce 2019 (mil. Kč)



*nezařazené jinde

Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010–2019

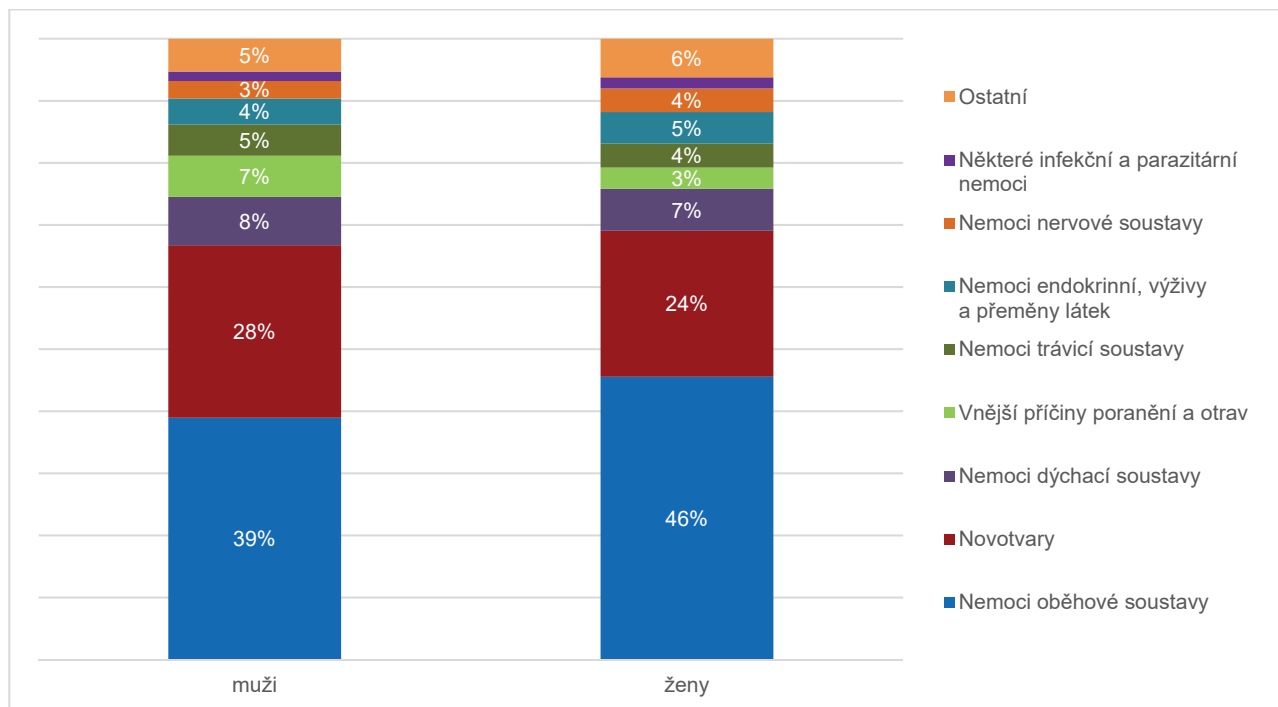
Mezi kapitoly s výdaji vyššími než 20 mld. Kč se řadí také **faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami (21,3 mld. Kč)**. Do této kategorie lze zařadit nejrůznější zdravotní prohlídky (např. preventivní, zubní, oční nebo gynekologické), hospitalizace novorozenců po porodu, doprovod dítěte při hospitalizaci. Dále sem patří i laboratorní vyšetření, očkování, lékařské pozorování a hodnocení pro podezření na nemoci a patologické stavy (které dále nevykazují potřebu další léčby), následné vyšetření po léčbě zhoubného novotvaru, dárcovství orgánů a tkání atd. V této kategorii je nejvíce

peněz zdravotními pojišťovnami vydáno u dětí ve věku 0-4 let a to konkrétně 1,3 mld. Kč (chlapci) a 1,2 mld. Kč (děvčata).

V roce 2019 bylo za léčbu **nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně** zdravotními pojišťovnami vydáno **19,5 mld. Kč**, což je 9 % z celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. Nejvíce peněz za tuto léčbu připadalo za muže ve věkové kategorii 65-69 let (893 mil. Kč) a ženy ve věkové kategorii 70-74 let (1 550 mil. Kč).

Výši výdajů na nemoci oběhové soustavy a novotvary, resp. závažnost častého výskytu těchto onemocnění podtrhuje i následující graf ukazující nejčastější příčiny úmrtí.

Graf č. 2.11. Nejčastější příčiny úmrtí v Česku podle pohlaví a diagnóz MKN-10, 2019 (%)



Zdroj: ČSÚ 2021, Statistická ročenka ČR

Celkový počet zemřelých v České republice v roce 2019 činil 112 362 osob (57 339 mužů a 55 023 žen). K nejčastějším příčinám úmrtí v Česku patří u obou pohlaví **nemoci oběhové soustavy**. V roce 2019 byly příčinou 39 % úmrtí mužů a 46 % úmrtí žen. Z více než 1/3 případů úmrtí na nemoci oběhové soustavy byla příčina úmrtí chronická ischemická choroba srdeční. Druhou nejčastější příčinou úmrtí byly **novotvary**. U mužů a žen byl u této diagnózy zaznamenán nejvyšší počet úmrtí na zhoubný novotvar průdušek a plic, tlustého střeva nebo slinivky břišní, u žen ještě zhoubný novotvar prsu. Mezi další nejčastější příčiny úmrtí v roce 2019 lze zařadit i nemoci dýchací soustavy, na které zemřelo celkem 4 461 mužů a 3 731 žen.

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

Jak lze vidět v grafu č. 2.12, nejvíce se od roku 2010 do roku 2019 zvýšily absolutní náklady na léčbu **nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně** a to konkrétně o **8,8 mld. Kč** a na **faktory ovlivňující zdravotní stav** celkem o **8,7 mld. Kč**. O více než 5 mld. Kč se zvýšily náklady za léčbu poranění a otrav (o 6,8 mld. Kč), nemoci močové a pohlavní soustavy (o 5,8 mld. Kč) a za léčbu novotvarů (5,5 mld. Kč).

Meziročním absolutním změnám ve výdajích taktéž dominují nemoci svalové, kosterní a pojivové tkání a faktory ovlivňující zdravotní stav. Na třetí pozici je meziroční nárůst výdajů u nemocí duševních a poruch chování (o 1 207 mil. Kč). U některých kategorií došlo meziročně ke snížení výdajů. Oproti předchozímu roku bylo v roce 2019 na léčbu novotvarů vydáno zdravotními pojišťovnami o 2 720 mil. Kč méně. Ke snížení výdajů

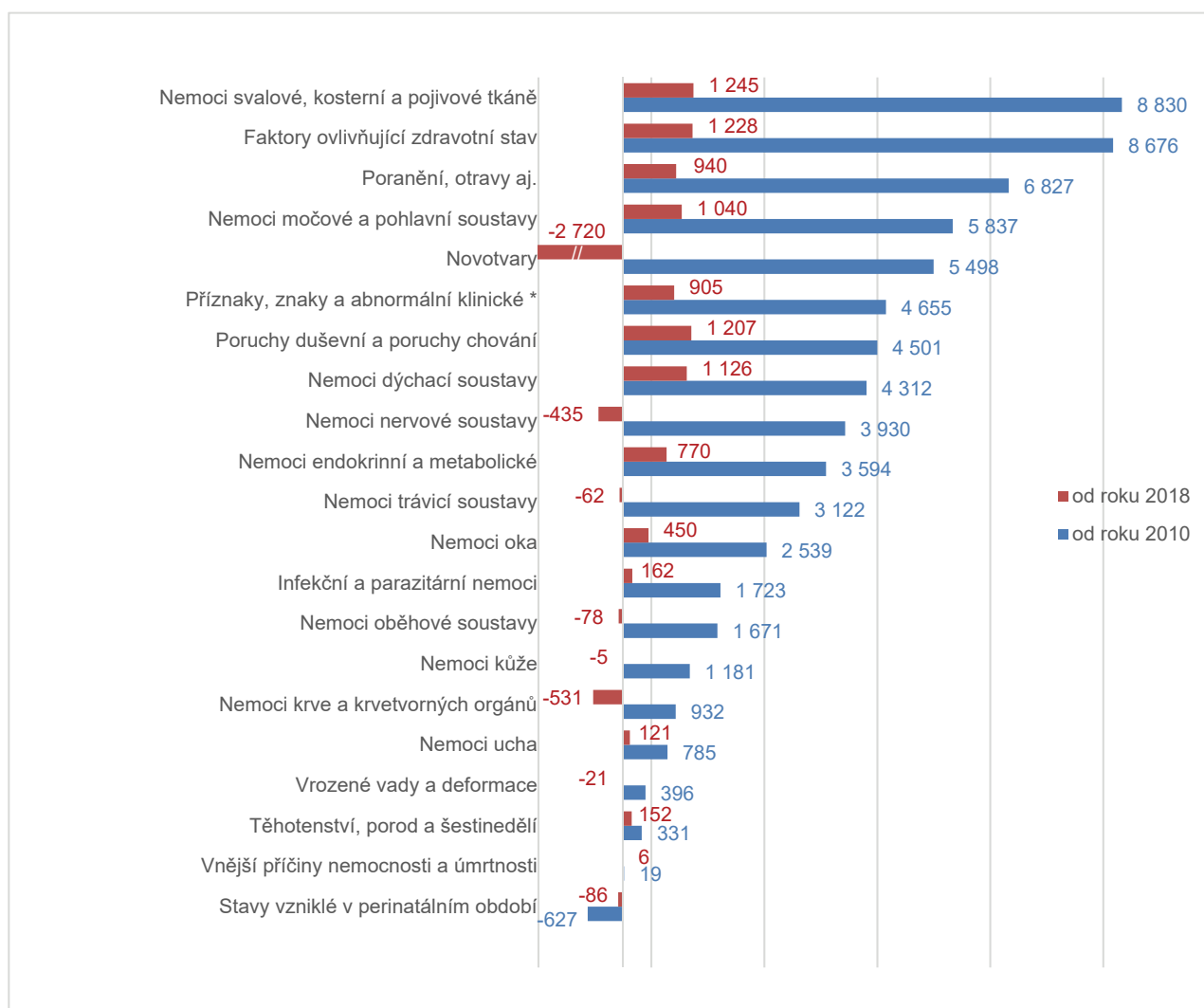


došlo například i za léčbu nemocí krve a krevetvorných orgánů (o 531 mil. Kč méně) nebo nemocí nervové soustavy (o 435 mil. Kč méně).

Procentuálně vzrostly nejvíce mezi roky 2010 a 2019 výdaje na léčbu poranění a otrav (nárůst o 105 %), dále na nemoci oka (o 90 %) nebo na nemoci ucha a nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně (u obou kategorií nárůst o 83 %). K poklesu výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči došlo u výdajů za léčbu stavů vzniklých v perinatálním období a to konkrétně o 30 %, což je pravděpodobně způsobeno poklesem počtu narozených dětí v roce 2019 oproti roku 2010.

Mezi roky 2018 a 2019 došlo k nejvyššímu procentuálnímu zvýšení výdajů vydaných zdravotními pojišťovnami za léčbu poruch duševních a poruch chování (o 11 %), zatímco k největšímu poklesu výdajů došlo u výdajů za léčbu nemocí krve a krevetvorných orgánů (o 14 %).

Graf č. 2.12. Změna výdajů zdravotních pojišťoven v Česku dle diagnóz MKN-10 mezi roky 2010 a 2019 a mezi roky 2018 a 2019 (mil. Kč)



*a laboratorní nálezy nezařazené jinde

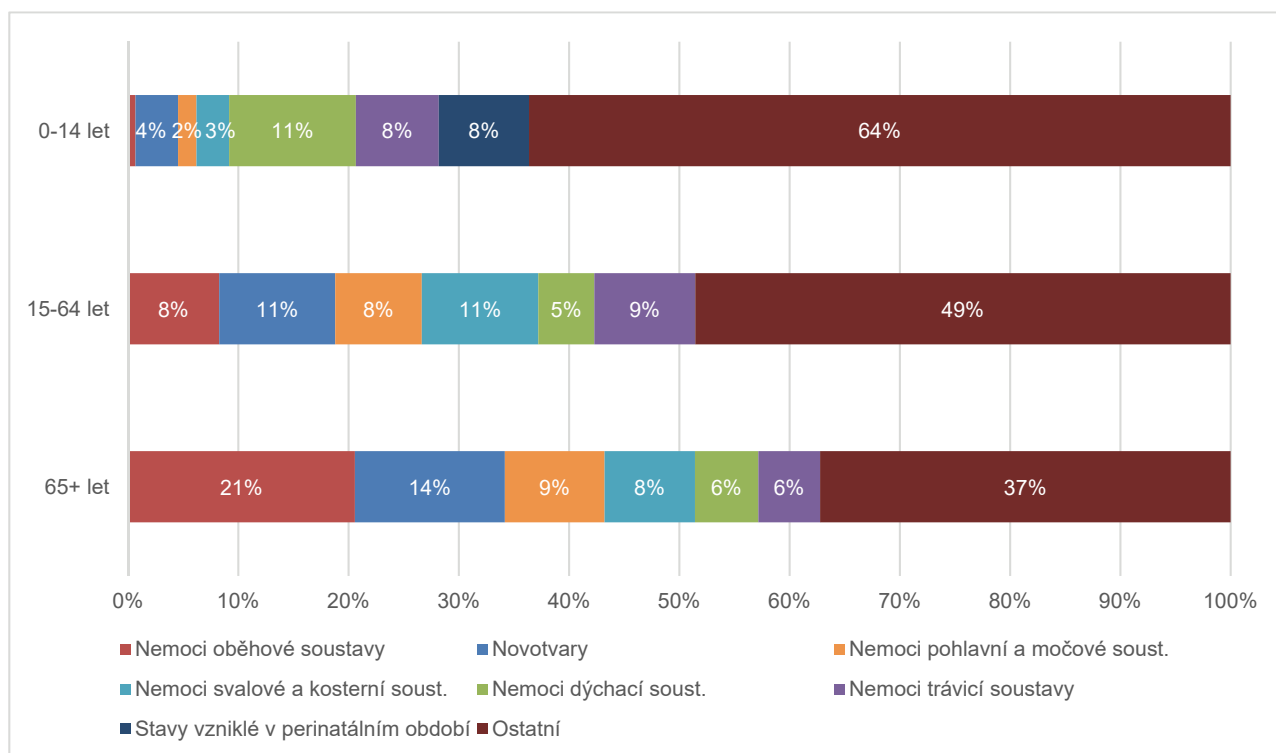
Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010–2019

U dětí jde nejvíce peněz na léčbu nemocí dýchacích cest, stavů vzniklých v perinatálním období nebo nemocí trávicí soustavy

V následujícím grafu č. 2.13. lze vidět přehled nejnákladnějších diagnóz podle MKN-10 z roku 2019 ve třech základních věkových skupinách (0-14 let, 15-64 let a 65 a více let).

U dětí mladších 15 let byla finančně nejnáročnější léčba nemocí dýchací soustavy (11 % z celkových výdajů na zdravotní péči u této věkové skupiny), dále léčba stavů vzniklých v perinatálním období nebo nemocí trávicí soustavy (u obou diagnóz 8 %). Ve věkových skupinách **15-64 let a 65 a více let** se rozdělení finančně nenáročnějších diagnóz na rozdíl od věkové skupiny 0-14 let liší. U těchto dvou skupin je pořadí nejnákladnějších diagnóz velmi podobné. Největší rozdíly jsou u výdajů na léčbu nemocí oběhové soustavy. Nejvyšší náklady na léčbu nemocí oběhové soustavy byly u věkové skupiny 65 a více let, kde tvořily přibližně 21 % z celkových výdajů na zdravotní péči v této věkové skupině, u skupiny 15-64 let to bylo 8 % a u dětí mladších 15 let jen 1 %.

Graf č. 2.13. Struktura výdajů zdravotních pojišťoven v Česku podle věkových skupin a diagnóz MKN-10, 2019 (%)



Poznámka: výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle diagnóz MKN-10 uvedené v tomto grafu neobsahují výdaje, které není možné rozčlenit na konkrétní diagnózy. Jedná se například o kapitační platby registrujícím lékařům, návštěvní službu v rámci domácí péče, léky na recept, různé bonusy a příspěvky a také náklady pojišťoven na správu a provoz vlastních organizací

Kategorie **ostatní** zahrnuje například infekční a parazitární nemoci, nemoci endokrinní a metabolické, poruchy duševní a poruchy chování, nemoci ucha, nemoci oka, nemoci nervové soustavy nebo těhotenství porod a šestinedělí.

Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010–2019

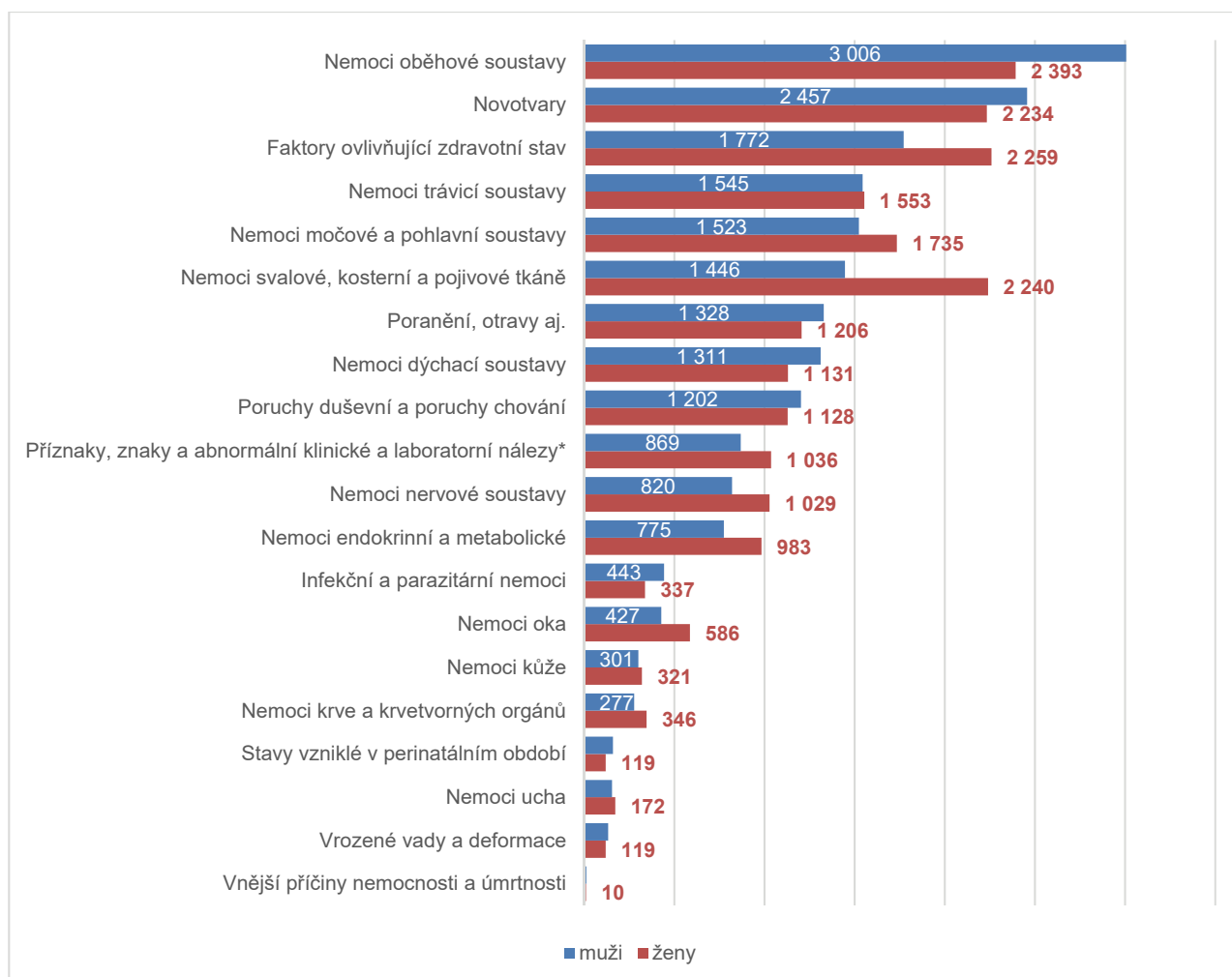
Výdaje na léčbu nemocí oběhové soustavy jsou u mužů téměř o třetinu vyšší než u žen

V grafu č. 2.14. jsou znázorněny průměrné výdaje zdravotních pojišťoven podle diagnóz přepočtené na jednoho pojištěnce daného pohlaví. Je zde patrná převaha výdajů na zdravotní péči o **ženy** u nemocí svalové a kosterní soustavy, které se nejčastěji objevují ve vyšším věku. Další skupinou diagnóz, kde zdravotní výdaje za ženy značně převyšují nad výdaji za muže, představují faktory ovlivňující zdravotní stav, kam patří mimo jiné doprovod dítěte při jeho hospitalizaci. Také u nemocí močové a pohlavní soustavy, nemocí nervové soustavy a nemocí endokrinních a metabolických jsou průměrné výdaje pojišťoven značně vyšší u žen než u mužů.

Naopak výdaje pojišťoven na zdravotní péči o **muže** značně převládají u onemocnění oběhové soustavy. Mírně převažují i novotvary a nemoci dýchací soustavy.

S vyrovnanými výdaji se setkáváme u onemocnění trávicího systému, duševních poruch a v kategorii poranění a otrav. I v těchto případech odrážejí průměrné náklady jak četnost onemocnění, která může být pro muže a ženy různá, tak i nákladnost léčby. Přitom v jedné skupině diagnóz často najdeme diagnózy typické jak pro muže, tak pro ženy, které se svou frekvencí i nákladností léčby mohou velmi lišit.

Graf č. 2.14. Výdaje zdravotních pojišťoven v Česku na 1 pojištěnce podle pohlaví a diagnóz MKN-10, 2019 (Kč)



*nezařazené jinde

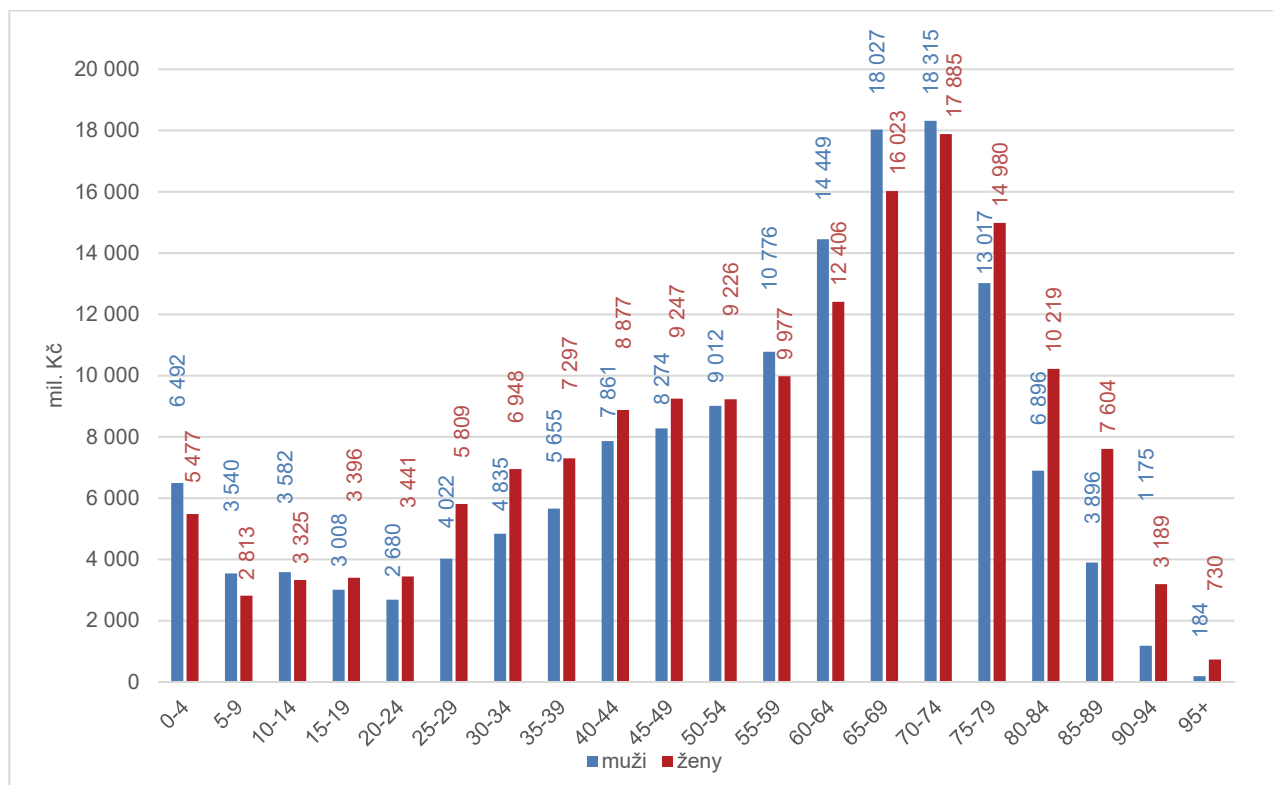
Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010–2019

2.6. Výdaje zdravotních pojišťoven podle věku a pohlaví

Následující část je zaměřena na výdaje pojišťoven na zdravotní péči členěné **podle věku a pohlaví pojištěnců**, na které byla tato péče vykázána. Každá věková skupina má odlišný počet pojištěnců, který přímo úměrně ovlivňuje výši celkových vynaložených výdajů. Při vyčíslení výdajů na jednoho pojištěnce se ukazuje jako potřebné vzít v úvahu i věk pojištěnce, protože v různém věku se stejná nemoc může projevovat různě, mít odlišnou délku léčby, specifické komplikace, odlišný průběh a tudíž rozdílné náklady.

V roce 2019 vydaly zdravotní pojišťovny nejvíce peněz na zdravotní péči o muže a ženy ve věku 70 až 74 let

Z celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči připadlo **52 % výdajů na péči o ženy a 48 % výdajů na péči o muže**. Ve většině věkových skupin jsou vyšší výdaje na zdravotní péči u žen. Nicméně vyšší výdaje na zdravotní péči o muže byly v roce 2019 zaznamenány například u pojištěnců ve věku **od 0 do 14 let a 55 až 74 let**. Absolutně nejvyšší částka byla zaznamenána ve věkové skupině 70-74 let u mužů (18,3 mld. Kč), u žen činily výdaje ve stejné věkové skupině celkem 17,9 mld. Kč.

Graf č. 2.15. Výdaje zdravotních pojišťoven v Česku podle věku a pohlaví pojištěnců, 2019 (mil. Kč)

Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010–2019

Průměrné výdaje na léčení jedné ženy byly ve většině věkových skupin nižší než výdaje na léčení jednoho muže

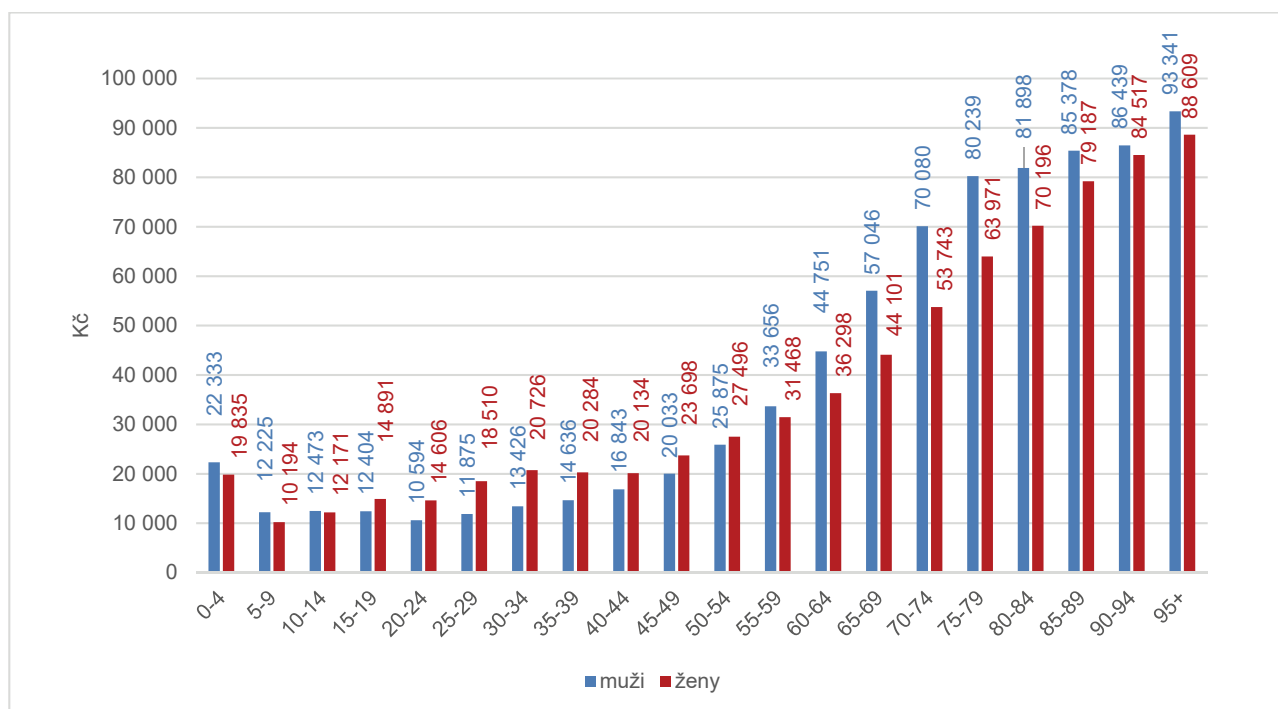
Graf č. 2.16. zachycuje průměrné roční výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči o jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví v roce 2019. Jak lze předpokládat, průměrné výdaje na jednoho pojištěnce rostou spolu s věkem.

Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven v roce 2019 na jednu pojištěnou ženu (29 745 Kč) byly o 6 % vyšší než průměrné výdaje na jednoho pojištěného muže (27 996 Kč)

Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce v roce 2019 bez ohledu na pohlaví byly 28 882 Kč. Meziročně došlo ke zvýšení o 6 %. Poměrně vysoké výdaje na jednoho pojištěnce jsou vykazovány v nejmladší věkové skupině, což je dáno nákladnější péčí o novorozence (každý novorozenec je po porodu hospitalizován), zejména u předčasně narozených dětí. U obou pohlaví jsou průměrné výdaje na jednoho pojištěnce ovlivněny očkovacím kalendářem, nabídkou nepovinných očkovaní nebo preventivními prohlídkami. S víceméně vyrovnanými výdaji na jednoho pojištěnce se setkáváme u obou pohlaví ve věku 10–19 let. V následujících věkových skupinách byla u mužů do 44 let průměrná hodnota ročních výdajů na jednoho pojištěnce přibližně 13,5 tis. Kč. Od 45. roku věku se průměrné výdaje na zdravotní péči zvyšují s narůstajícím věkem. U žen byly průměrné výdaje na jednu pojištěnou ženu ve věku 20–29 let přibližně 16,6 tis. Kč. U žen od 30 do 49 let činily průměrné roční výdaje 22,2 tis. Kč. Výdaje na zdravotní péči na jednu pojištěnou ženu v uvedené věkové kategorii jsou výrazně vyšší než v případě mužů, což je u žen způsobeno čerpáním zdravotní péče v souvislosti s těhotenstvím a mateřstvím. U osob okolo 50 let se výdaje na jednu pojištěnou ženu i muže opět vyrovnávají a mezi 60 a 90 lety průměrné výdaje na jednoho muže značně převyšují výdaje na jednu ženu. Od 50 let se výdaje na zdravotní péči jak u žen i u mužů velmi zvyšují. Ve věkových skupinách

55 let a starší průměrné výdaje na jednoho pojištěnce muže značně převyšují průměrné výdaje na jednu pojištěnou ženu.

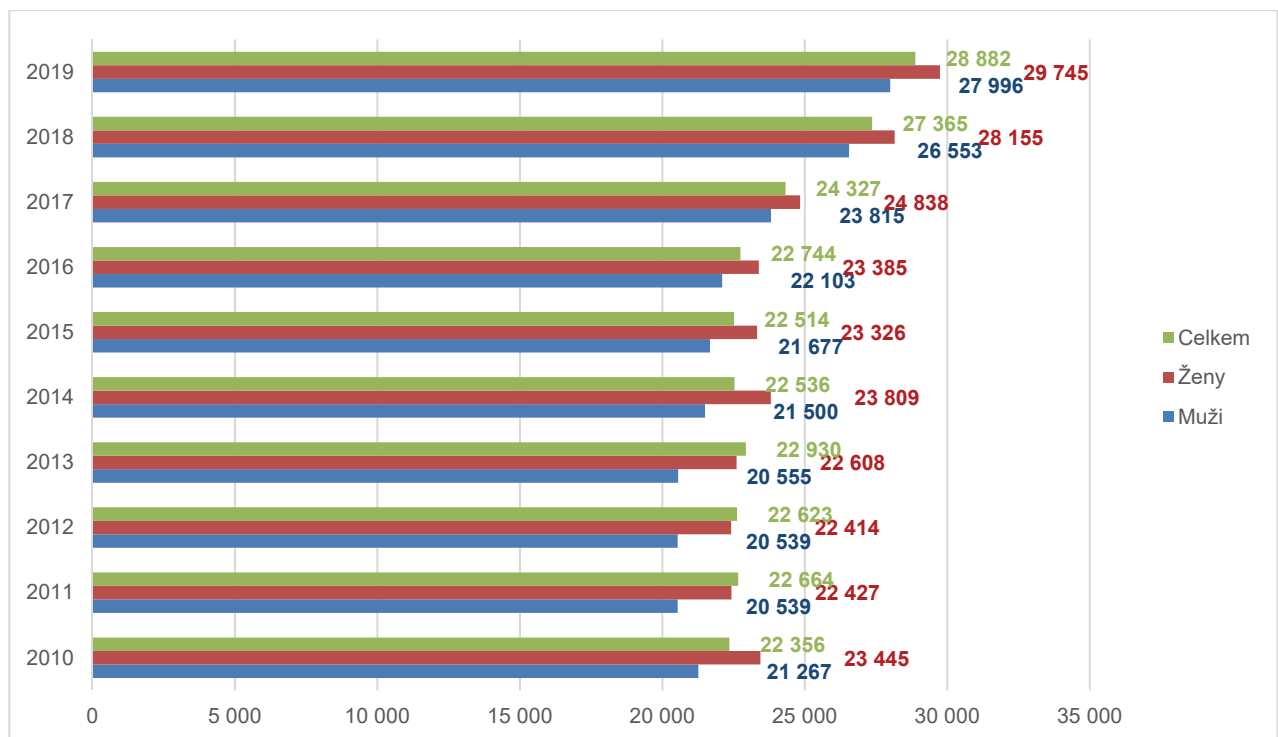
Graf č. 2.16. Výdaje zdravotních pojišťoven za 1 pojištěnce podle věku a pohlaví, 2019 (v Kč)



Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010–2019

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

Graf č. 2.17. Průměrné výdaje zdravotních pojišťoven v Česku na 1 pojištěnce podle pohlaví v letech 2010–2019, (Kč)



Zdroj: ČSÚ 2021, Zdravotnické účty ČR 2010–2019