

### 3. Výdaje domácností na zdravotní péči

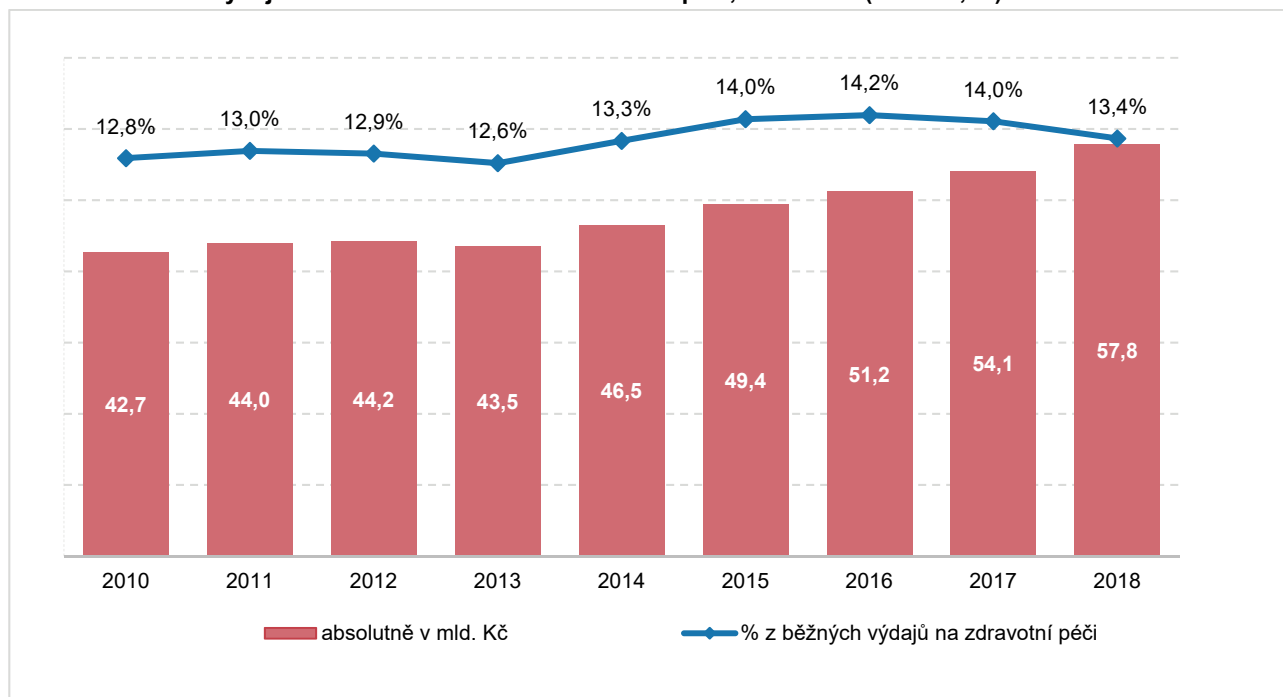
Systém zdravotní péče v České republice je založen především na veřejném zdravotním pojištění a poskytuje všeobecné pokrytí a široký rozsah hrazených služeb. Náklady na zdravotní péči každoročně stoupají a výnosy z veřejného zdravotního pojištění nestačí tento nárůst pokrýt, proto se zvyšují přímé platby občanů za lékařskou péči.

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

#### 3.1. Celkové výdaje domácností na zdravotní péči

V roce 2018 dosáhly v Česku **celkové výdaje domácností na zdravotní péči** 57,8 mld. Kč, tedy 13,4 % z celkových výdajů na zdravotní péči. Od roku 2010 pozorujeme nárůst výdajů domácností na zdravotní péči o více než jednu třetinu (35 %). Od roku 2016 se výdaje domácností na zdravotní péči pohybují nad hranicí 50 mld. Kč. Za celé sledované období let 2010 až 2018 pak zaplatily české domácnosti z vlastních prostředků za zdravotní péči nad rámec veřejného zdravotního pojištění celkem 433,4 mld. Kč s průměrným ročním tempem růstu 3,9 %. Podíl výdajů na zdravotní péči na celkových výdajích domácností se pohybuje od roku 2010 na průměrné hodnotě 2,3 %. Přímé výdaje domácností na zdravotní péči **na jednoho obyvatele**, vzrostly v roce 2018 na částku 5,4 tis. Kč oproti 4,1 tis. v roce 2010 s ročním nárůstem 3,7 %.

**Graf č. 3.1. Přímé výdaje domácností v Česku na zdravotní péči, 2010-2018 (mld. Kč; %)**



*Poznámka: Výdaje domácností na zdravotní péči vychází z předběžných výsledků Národních účtů ČSÚ za rok 2018. Na základě revize dat Národních účtů ČSÚ budou v červenci 2020 případně aktualizována data za rok 2018 v této publikaci.*

**Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2018**

V roce 2017 mělo z hlediska **mezinárodního srovnání** nejvýraznější zastoupení domácností ve financování zdravotní péče Lotyšsko a Mexiko (41%) oproti tomu nejmenší ve Francii (9 %). **Průměr zemí OECD** představoval 21 %. Výše přímých plateb domácností na zdravotní péči v České republice jsou srovnatelné se Švédskem, Kanadou či Německem. V Rakousku a na Slovensku tento podíl odpovídá 19 % a v Polsku dosáhl financování zdravotnictví prostřednictvím přímých výdajů pacientů 23 %. *Podrobněji viz kapitola č. 6 Mezinárodní srovnání.*

### 3.2. 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). 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, fyzioterapeutů a další služby nehranené z veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka č. 3.1. Výdaje domácností v Česku podle druhu zdravotní péče v letech 2010 a 2014 až 2018 (mil. Kč)

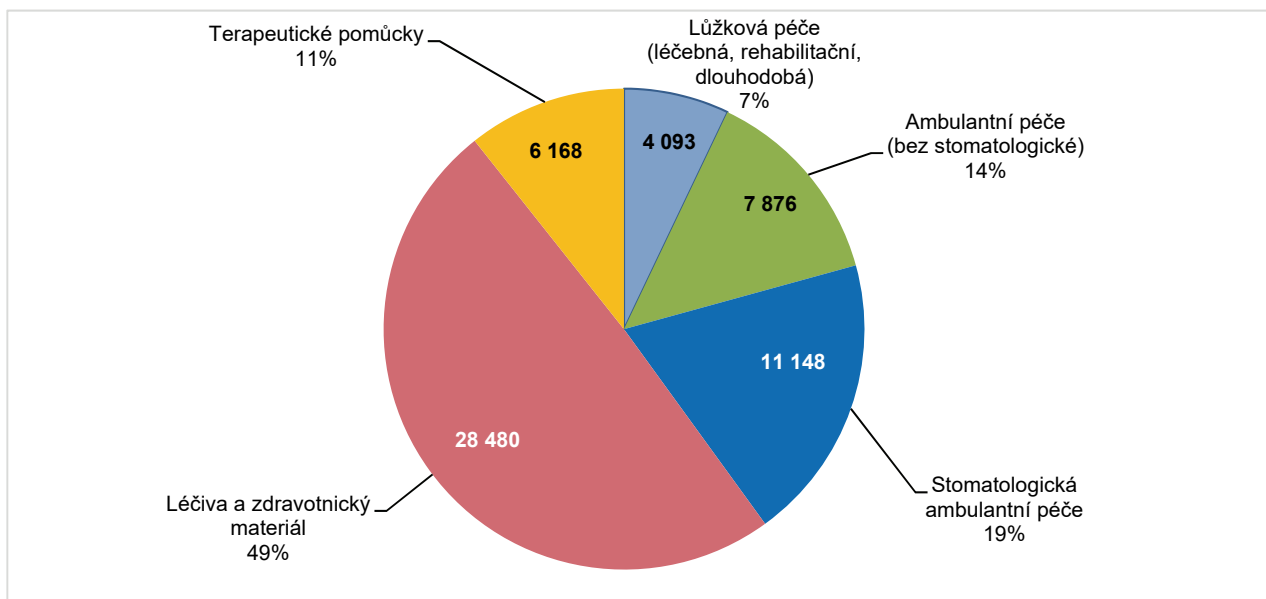
Druh zdravotní péče	2010	2014	2015	2016	2017	2018	Index 2018/2017
<b>Léčebná péče</b>	<b>13 315</b>	<b>15 301</b>	<b>16 279</b>	<b>16 865</b>	<b>17 801</b>	<b>18 927</b>	<b>106,3</b>
Lůžková léčebná péče	487	755	814	818	899	933	103,8
Ambulantní léčebná péče	12 828	14 546	15 465	16 047	16 902	17 994	106,5
Všeobecná ambulantní léčebná péče	2 382	2 622	2 758	2 902	2 966	3 067	103,4
Stomatologická ambulantní léčebná péče	7 118	8 436	9 236	9 637	10 258	11 148	108,7
Specializovaná ambulantní léčebná péče	3 328	3 488	3 471	3 508	3 678	3 779	102,7
<b>Rehabilitační péče</b>	<b>2 222</b>	<b>3 240</b>	<b>3 562</b>	<b>3 687</b>	<b>3 933</b>	<b>4 088</b>	<b>103,9</b>
Lůžková rehabilitační (lázeňská) péče	1 596	2 473	2 667	2 681	2 946	3 058	103,8
Ambulantní rehabilitační péče	626	767	895	1 006	987	1 030	104,4
<b>Dlouhodobá lůžková péče</b>	<b>53</b>	<b>82</b>	<b>89</b>	<b>89</b>	<b>98</b>	<b>102</b>	<b>104,1</b>
<b>Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky</b>	<b>27 115</b>	<b>27 867</b>	<b>29 428</b>	<b>30 574</b>	<b>32 220</b>	<b>34 648</b>	<b>107,5</b>
Léčiva a zdravotnický materiál	21 380	22 264	23 535	24 428	26 259	28 480	108,5
Léky na předpis	8 932	9 496	10 121	10 295	11 058	12 101	109,4
Volně prodejné léky a léčiva	11 843	12 140	12 744	13 447	14 525	15 643	107,7
Ostatní zdravotnický materiál a výrobky	605	628	670	686	676	736	108,9
Terapeutické pomůcky	5 735	5 603	5 893	6 146	5 961	6 168	103,5
Brýle a další produkty oční optiky	3 740	3 654	3 843	4 008	3 887	4 022	103,5
Ortopedické a protetické pomůcky	296	289	304	317	308	319	103,6
Ostatní terapeutické pomůcky a vybavení	1 699	1 660	1 746	1 821	1 766	1 827	103,5
<b>Zdravotní péče celkem</b>	<b>42 705</b>	<b>46 490</b>	<b>49 358</b>	<b>51 215</b>	<b>54 051</b>	<b>57 765</b>	<b>106,9</b>

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018



Přehlednější strukturu výdajů domácností podle druhů zdravotní péče v roce 2018 dokládá následující graf.

**Graf č. 3.2. Výdaje domácností v Česku na zdravotní péči, 2018 (mil. Kč; %)**

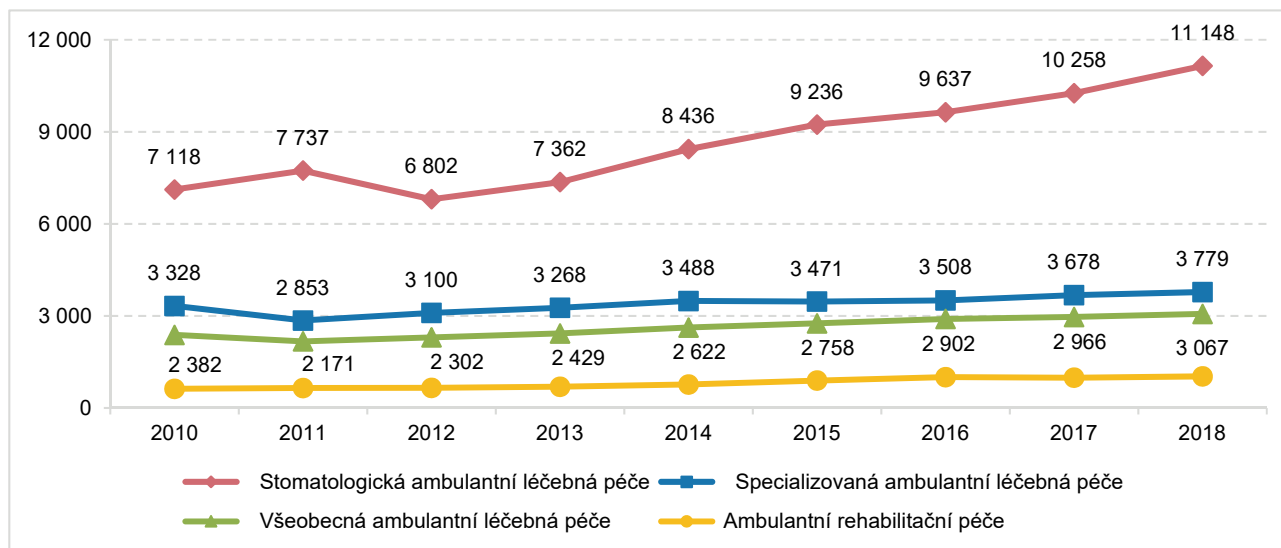


Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

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

Výdaje domácností na **stomatologickou ambulantní péči** v roce 2018 dosáhly částky 11,1 mld. Kč a v porovnání s předchozím rokem vzrostly o 9 %. Oproti roku 2010, kdy lidé zaplatili za stomatologická ošetření z vlastních zdrojů 7,1 mld. Kč, se v posledním sledovaném roce zvýšila uvedená částka o více než polovinu na stávajících 11,1 mld. Kč. Hodnota průměrného tempa růstu je 5,8 %. Celkově lidé vydali v období 2010–2018 na stomatologická ošetření nad rámec veřejného zdravotního pojištění téměř 78 mld. Kč. 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 veškerá ošetření hrazena pacientem dle ceníku příslušného pracoviště. V roce 2018 doplatil v průměru **jeden obyvatel** České republiky z vlastní kapsy na stomatologický zákrok **1 049 Kč** (v roce 2010 to bylo 677 Kč).

**Graf č. 3.3. Výdaje domácností na ambulantní péči v Česku, 2010 - 2018 (mil. Kč)**



Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Za **ambulantní zdravotní péči**, včetně stomatologické a rehabilitační, utratily domácnosti v roce 2018 celkovou částku 19 miliard Kč, což je třetina celkových výdajů domácností na zdravotní péči. V porovnání s rokem 2010 vzrostly výdaje téměř o dvě pětiny a průměrné tempo růstu činilo 4,4 %. Graf č.3.3. naznačuje poměrně stabilní vývoj výdajů domácností na všechny typy ambulantní péče, s výjimkou výše zmíněné péče stomatologické. Z údajů v tabulce č. 3.1. je patrné, že výdaje domácností na stomatologickou ambulantní péči jsou dlouhodobě vyšší než výdaje za ambulantní péči všeobecnou, specializovanou a rehabilitační dohromady.

Výdaje domácností na **specializovanou ambulantní péči ve výši 3,8 mld. Kč**, 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, zůstaly v porovnání s rokem 2017 stabilní. Také do výdajů na **všeobecnou ambulantní léčebnou péči** (zejména péče praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost) se meziročně nepromítly žádné výrazné změny a jejich úroveň zůstává na hranici **3 mld. Kč**. U všeobecné ambulantní péče se jedná, mimo jiné, o výdaje na různá očkování, vyšetření a potvrzení o zdravotním stavu k úrazovému pojištění, k řidičskému, zbrojnímu či zdravotnímu průkazu a v neposlední řadě preventivní vyšetření nehrazená z veřejného zdravotního pojištění.

### **Na lůžkovou rehabilitační péči, včetně lázeňské, si lidé v roce 2018 připlatili 3 miliardy korun**

V roce 2018 zaplatily české domácnosti kompletně za **rehabilitační péči** čtyři miliardy (4,1 mld. Kč). Tyto výdaje se tak podílely 7,1 % na celkových přímých výdajích domácností na zdravotnictví. V období 2010–2018 zaplatily české domácnosti za **lůžkovou rehabilitační (lázeňskou) péči** celkem více než dvacet miliard (22,3 mld. Kč). Výdaje za uvedený druh péče v roce 2018 jsou o 92 % vyšší než v roce 2010, kdy dosáhly 1,6 mld. Kč. Výdaje za **ambulantní rehabilitační péči** od roku 2010 postupně rostly a v posledních třech letech se pohybují na úrovni 1 mld. Kč.

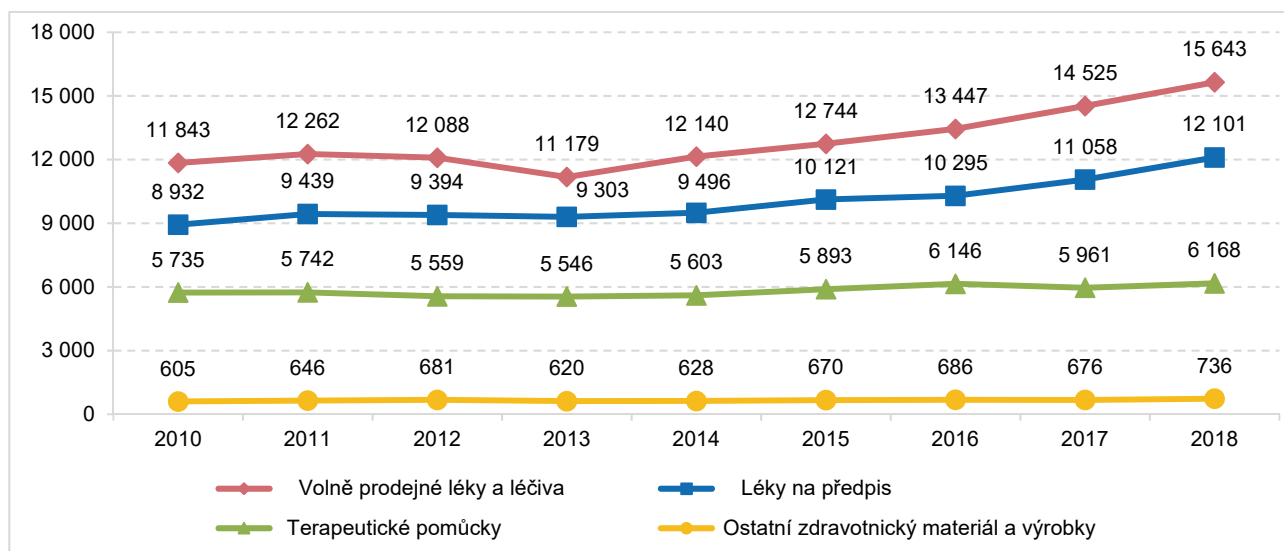
*Domácnosti se finančně podílejí především na příspěvkové lázeňské péči, která byla v roce 2013 na základě novely vyhlášky tzv. Indikačního programu o týden zkrácena (ze tří na dva týdny), což se projevilo snížením těchto výdajů v daném roce. V dubnu 2014 bylo toto omezení zrušeno a výdaje na lůžkovou rehabilitační péči opět pozvolna vzrostly, což se potvrdilo i v následujících třech letech. Příspěvková lázeňská péče je poskytována především pacientům s chronickým onemocněním většinou jednou za dva roky a z veřejného zdravotního pojištění jsou jim hrazeny pouze léčebné procedury. V roce 2018 využilo tento druh lázeňské rehabilitační péče 7 662 tuzemských pacientů (pro zajímavost v roce 2010 jich bylo 14 989). Samoplátcí, kteří si hradí všechny náklady spojené s pobytem a léčbou z vlastní kapsy, činili v roce 2018 téměř polovinu z celkového počtu 208 436 tuzemských lázeňských pacientů. V tomto případě nemusí mít klient lékařské doporučení a doba pobytu není nijak omezena. Až 89 % tuzemských samoplátců navštěvuje lázně z důvodu onemocnění pohybového ústrojí a 5 % kvůli nemocem dýchacího systému. Zdravotní pojišťovny uhradily komplexní léčbu 101 509 pacientům. Nejvíce dospělých pacientů (59 %) se takto léčí s nemocemi pohybového ústrojí a 49 % dětí s onemocněními dýchacích cest.*

Pro úplnost přidáváme ještě informaci, která se týká výdajů na **lůžkovou léčebnou péči**. V roce 2018 byl v porovnání s předchozím rokem zaznamenán jejich 4% nárůst. Celková výše výdajů domácností na tento druh zdravotní péče je velmi nízká a pohybuje se okolo 0,9 mld. Kč.

### **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** (34,7 mld. Kč v roce 2018). Čtyři pětiny z této kategorie tvoří náklady na léky na předpis i volně prodejné léky. Zbývající podíl výdajů z této kategorie směřuje na terapeutické pomůcky a vybavení (brýle, naslouchadla, ortopedické pomůcky, berle, invalidní vozíky, pomůcky pro diabetiky apod.). V porovnání s rokem 2017 se výdaje domácností na terapeutické pomůcky zvýšily pouze mírně (cca o 3 %) což bylo ovlivněno i skutečností, že zdravotní pojišťovny začaly hradit více výrobků z této kategorie. Částka ve výši 34,7 mld. Kč (viz tabulka č. 5), kterou zaplatily domácnosti v roce 2018 za léčiva a zdravotnické výrobky, tvořila **8 % z celkových výdajů na zdravotní péči**.



**Graf č. 3.4. Výdaje domácností na léky a ostatní zdravotnické výrobky, 2010–2018 (mil. Kč)**

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Výdaje domácností **na volně prodejné léky** od roku 2013 každoročně pozvolna rostou průměrným tempem růstu 7 %. V meziročním srovnání 2013 a 2018 byl zaznamenán nárůst výdajů domácností **na volně prodejné léky** o 4,5 mld. Kč (o 40 %) a jejich celková hodnota dosáhla 15,6 mld. Kč. Uvedená částka za nákup léků bez předpisu tvoří více než čtvrtinu celkových výdajů českých domácností na zdravotní péči.

Obdobný vývoj výdajů domácností byl zaznamenán i u **léků na předpis**. V roce 2018 na ně doplatily české domácnosti o 2,8 mld. Kč více než v roce 2013 a jejich finanční hodnota se pohybovala na úrovni 12,1 mld. Kč, což je nejvíce ve sledovaném období. Za uplynulých šest let vydali lidé z vlastních kapes na doplatky za léky na předpis celkem 62,4 mld. Kč a průměrné tempo růstu činilo 5,4 %.

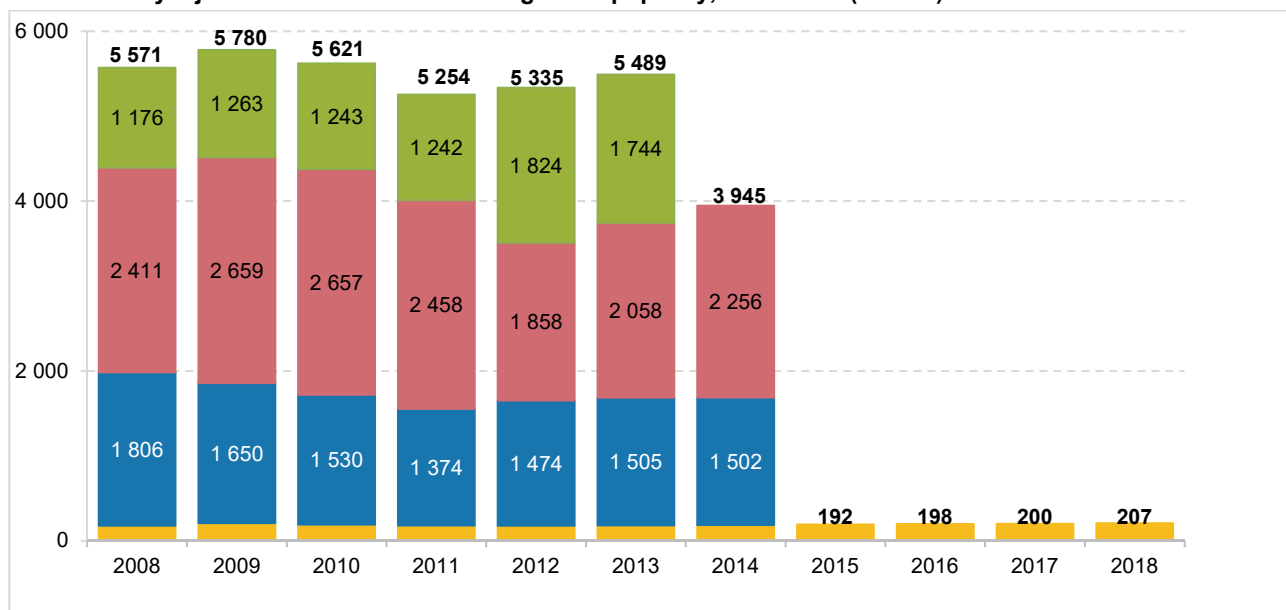
**Průměrný Čech** utratil za rok 2018 za zdravotní péči 5 436 Kč, z toho za léky na předpis 1 139 Kč, 1 472 Kč za volně prodejné medikamenty a 580 Kč za zdravotnické pomůcky.

*Zdravotní pojišťovny vrací pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci přeplatky doplatek za léky do 60 kalendářních dnů po uplynutí čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. Od 1. ledna 2018 jsou tyto roční ochranné limity stanoveny, na 1000,- Kč u dětí mladších 18 let a u pojištěnců ve věku nad 65 let, na 500,- Kč u pojištěnců nad 70 let, u ostatních pojištěnců zůstává nastavený limit 5000,- Kč. Za rok 2018 vrátily zdravotní pojišťovny za nadlimitní doplatky na léky svým pojištěncům celkem 654,4 mil. Kč. O rok dříve to bylo 5,6 krát méně, tedy 116,6 mil. Kč. Výraznou většinu přeplatek vrací pojišťovny svým pojištěncům v nejstarší věkové skupině nad 70 let.*

#### **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 legislativním změnám nebo byly postupně úplně zrušeny. V platnosti nadále zůstává pouze devadesátikorunový regulační poplatek za využití lékařské a zubní pohotovosti.

**Graf č. 3.5. Výdaje domácností v Česku na regulační poplatky, 2008–2018 (mil. Kč)**

Zdroj: ČSÚ 2020, Zdravotnické účty ČR 2010–2018

Jak ukazuje výše uvedený graf, regulační poplatky přinášely do zdravotnického systému až do roku 2013 více než 5 mld. Kč ročně. 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 2015–2018 zaplatili lidé za využití pohotovostních služeb zhruba 200 mil. Kč ročně.

Na základě výše výdajů za regulační poplatky za pohotovost v roce 2018 můžeme zjistit, jaké příčiny pacienty na pohotovost nejčastěji přivedly. Mezi nejčastější diagnózy, se kterými lidé pohotovostní službu vyhledávají, patří **poranění, otravy a popáleniny** (28 %), nemoci **dýchacích cest** (13 %) a onemocnění **trávicí soustavy** (11 %) z celkových 207 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 ani 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 seniory, domovů se zvláštním režimem nebo v lůžkových zdravotnických zařízeních, pokud jim po úhradě ubytování a stravy zůstane 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.

