

1. Úvod

Zdravotnictví se řadí z pohledu členění ekonomických sektorů do oblasti služeb. Svým rozsahem se dotýká každého člena společnosti. Vzhledem k výši částek, které jsou do této oblasti směřovány z veřejných i soukromých zdrojů a v ní dále transformovány a přerozdělovány, se řadí mezi nejvýznamnější odvětví ekonomiky.

Potřeba ekonomických informací o zdravotnictví spojená s tendencí globalizace, relativního zkracování vzdáleností a s rozvojem cestovního ruchu vyvolává potřebu vzájemné mezinárodní výměny srovnatelných informací z oblasti zdravotnictví. Vhodným nástrojem splňujícím tyto požadavky jsou zdravotnické účty (dále také „SHA“¹), které se postupně začínají sestavovat v zemích OECD s využitím jednotného manuálu a mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (dále „ICHA“²).

1.1. Základní principy systému zdravotnických účtů

Systém zdravotnických účtů je nástrojem, který slouží ke komplexnímu vyjádření veškerých výdajů³ 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 – HC⁴, viz příloha, dále jen HC),
- (2) typ poskytovatele (ICHA – HP⁵, viz příloha, dále jen HP),
- (3) konečný zdroj financování (ICHA – HF⁶, viz příloha, dále jen HF).

Tyto tři základní rozměry se libovolně kombinují, čímž dostáváme maticově uspořádané tabulky zdravotnických výdajů, které jsou hlavním výstupem 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. Další výraznou komplikací je použití mezinárodní klasifikace ICHA⁷, jejíž druhové členění zdaleka neodpovídá vymezení zdravotní péče či zdravotnických zařízení v naší zdravotnické praxi.

1.2. Systém zdravotnických účtů v České republice

Postup implementace zdravotnických účtů v České republice se zaměřil převážně na vyhledávání administrativních záznamů přímo u hlavních zdrojů financování zdravotní péče, které se v našich podmínkách jeví jako efektivnější, přesnější a současně méně nákladné. V ČR existují tři hlavní zdroje financování zdravotní péče:

- zdravotní pojišťovny (veřejné zdravotní pojištění),
- veřejné rozpočty (státní rozpočet, místní rozpočty),
- domácnosti.

¹ System of Health Accounts

² International Classification for Health Accounts

³ Přestože existuje věcný rozdíl mezi pojmy výdaj a náklad spočívající v odlišném časovém rozlišení, budou se v celém následujícím textu oba pojmy zaměňovat a používat ve shodném smyslu jako náklady.

⁴ International Classification for Health Accounts – Health Care Functions,

⁵ International Classification for Health Accounts – Health Care Providers

⁶ International Classification for Health Accounts – Health Care Sources of Funding

⁷ International Classification for Health Accounts

Největší zdroj tvoří zdravotní pojišťovny, které pokrývají zhruba 79 % veškerých zdravotnických výdajů. Dalším zdrojem financí do zdravotnictví jsou veřejné rozpočty (asi 9 % veškerých zdravotnických výdajů). Úloha veřejných rozpočtů spočívá ve financování specifických činností, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění jako jsou výdaje na vědu, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní programy, činnost hygienických stanic, ale také na provoz institucí státní (zdravotní) správy. Přímé výdaje domácností jsou třetím zdrojem financování zdravotní péče (asi 10 % veškerých zdravotnických výdajů). V převážné většině si domácnosti platí léky a nadstandardní služby u stomatologů.

Kromě těchto tří základních pilířů zde existují i další (vedlejší) zdroje financování, které však mají momentálně zanedbatelný význam a v souhrnu tvoří odhadem 2 - 3 % celkových výdajů na zdravotnictví. Těmito zdroji jsou: cestovní zdravotní připojištění, podniky (v případě, že část závodně-preventivní péče hradí sami), neziskové organizace (Červený kříž apod.).

Výchozím obdobím systému zdravotnických účtů byl rok 2000. V současné době máme zpracovaná data za roky 2000 - 2006 podle mezinárodní klasifikace ICHA, přičemž jsme získali asi 99% informací o výdajích na zdravotní péči a zbylé 1% procento se snažíme postupně doplnit.

Hlavní překážkou při sestavování zdravotnických účtů byla zejména jiná struktura domácí klasifikace a její převedení do mezinárodní klasifikace ICHA⁸. V některých případech však bylo dokonce zapotřebí od základů přebudovat strukturu a podrobnost získávaných údajů.

1.3. Odlišnosti Systému zdravotnických účtů v porovnání s dosavadními statistikami

Zásadní rozdíl oproti dosavadnímu vykazování zdravotnických výdajů spočívá v odlišném vymezení samotného předmětu sledování. Výdaje na zdravotnictví jsou v základní filozofii zdravotnických účtů pojímány daleko komplexněji než tomu u nás bývalo a stále je zvykem. Například část dlouhodobé ošetrovatelské péče poskytované v zařízeních sociální péče je též považována za zdravotní péči (byť nejméně intenzivní) a proto se do výdajů na zdravotnictví zahrnují platy zdravotnického personálu zaměstnaného v sociálních zařízeních (bez ohledu na to, že u nás tato péče není hrazena z veřejného zdravotního pojištění).

Dalšími příklady širšího vymezení může být: závodní preventivní péče (pracovně preventivní prohlídky), osvětové kampaně s preventivním zaměřením, sociální dávky poskytované při ošetřování nemocného člena rodiny či správní činnost řídicích institucí jako jsou MZ ČR nebo zdravotní pojišťovny. Okruh sledovaných výdajů je tedy skutečně širší a komplexnější - tím spíše je však třeba dávat pozor na to, aby nedošlo k mylné interpretaci při porovnávání s minulými údaji, které pocházejí z jiných zdrojů než jsou zdravotnické účty.

1.4. Klasifikace zdrojů financování (ICHA-HF)

Základním rozměrem zdravotnických účtů je rozměr **zdroj financování** zdravotní péče. Jednotlivé země se mohou výrazně lišit v zastoupení jednotlivých složek financování, což je způsobeno jinou organizační strukturou financování zdravotnictví.

Každý ze zdrojů financování má svoji specifickou úlohu. V České republice mají klíčové postavení **zdravotní pojišťovny**, jejichž příjmy plynou z veřejného zdravotního pojištění, kterého je povinně účastna každá osoba s trvalým pobytem v České republice. 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 zdravotní pojišťovny kryjí většinu výdajů na zdravotní péči, ostatní zdroje financování mají pak spíše doplňkovou úlohu.

Veřejné rozpočty se dělí na centrální a místní rozpočty. Do centrálních rozpočtů řadíme státní rozpočet a okresní rozpočty⁹ jako speciální kapitoly státního rozpočtu. Úloha veřejných rozpočtů

⁸ International Classification of Health Accounts

⁹ V souvislosti se změnou státoprávního uspořádání a zánikem okresů zaniká i tento zdroj financování a těžiště se více přesouvá na místní rozpočty (města, obce, kraje).

spočívá především ve financování specifických činností, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se především o výdaje na vědu a výzkum související se zdravotnictvím, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní programy a kampaně, činnost hygienických stanic a částečně výdaje na investiční projekty. Veřejné rozpočty vystupují též jako zdroj financování v tom směru, že se z nich hradí provoz institucí státní (zdravotní) správy¹⁰: Ministerstva zdravotnictví, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky (dále také „ÚZIS“).

Přímé výdaje domácností jsou též doplňkovým zdrojem financování, jejich význam však postupně roste. V převážné většině případů si domácnosti platí léky (ať už se jedná o doplatky u předepsaných léčiv či platby plných cen u volně prodejných léků) a PZT (prostředky zdravotnické techniky). Významný podíl výdajů domácností představují též platby za nadstandardní služby u stomatologů. Další byť méně významné jsou platby za lázně, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích a platby za různá potvrzení především u praktických lékařů. Od roku 2008 také přibudou platby za ošetření u lékařů nebo za pobyt v nemocnici apod.

Kromě těchto tří základních zdrojů financování existují v ČR ještě další zdroje, které však nemají takový význam (viz výše).

Podrobná struktura klasifikace zdrojů financování je uvedena v tabulce 1 v příloze.

1.5. Klasifikace druhů zdravotní péče (ICHA-HC)

Klasifikace samotné zdravotní péče určuje hranice, od nichž se dále odvíjí i vymezení celého předmětu sledování výdajů na zdravotnictví. V této souvislosti je důležitá definice zdravotní péče uvedená v následujícím textu:

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 tohoto pohledu není např. plastická operace za účelem zkrášlení zdravotní péčí, stejně tak jako jí nejsou služby léčitelů, protože se nejedná o akreditované osoby se zdravotnickým vzděláním.

V základním schématu zdravotnických účtů se zdravotní péče dělí na **osobní služby** zdravotní péče (péče jako taková, která je poskytována jednotlivým pacientům; odpovídá oddílům 1 až 5) a **kolektivní (veřejné) služby** zdravotní péče (prevence a správní činnost řídicích orgánů; odpovídá oddílům 6 a 7). Zahnutím kolektivních služeb se podstatně rozšiřuje okruh výdajů.

Dalším specifikem je definice samostatného oddílu: **činnosti související se zdravotnictvím** (oddíly R.1 až R.7), kam patří příbuzné činnosti, které souvisejí s poskytováním zdravotní péče. Jedná se např. o tvorbu hrubého fixního kapitálu (investice), vědu a výzkum, vzdělávání zdravotnického personálu a činnost hygienických pracovišť.

Služby zdravotní péče, tzn. léčebná, lůžková a rehabilitační péče, se dále dělí na lůžkovou, denní, ambulantní a domácí péči. Podpůrné služby zdravotní péče zahrnují laboratoře, diagnostické zobrazování, dopravu a záchrannou službu (dále jen „ZZS“). Zdravotnické výrobky vydávané ambulantním pacientům jsou zejména léčiva na předpis a prostředky zdravotnické techniky (dále jen „PZT“) na poukaz.

¹⁰ Už dříve jsme uvedli, že činnost institucí státní (zdravotní) správy považujeme za kolektivní služby zdravotní péče. Financování provozu těchto institucí tudíž považujeme za financování zdravotní péče (zdravotnictví).

Za zmínku stojí samostatné sledování **domácí péče** (jakákoliv péče poskytnutá v domácnosti pacienta) a **denní péče**¹¹ (pacient je formálně přijat do zařízení, avšak nepřespává zde).

Dalším specifickým rysem je vyčlenění **podpůrných služeb** (oddíl 4) a **prevence** (resp. preventivních prohlídek a očkování) oddíl 6 z ambulantní péče. To je pochopitelně další zdroj nesouladu s dřívějšími statistikami, jelikož jednotlivé pojmy (jako v tomto případě ambulantní péče) mají odlišnou náplň resp. vymezení.

Pro účely systému zdravotnických účtů v České republice bylo nutné zavést termín **neznámá péče**. Do této položky se umísťují všechny výdaje na zdravotnictví, u kterých zatím nejsme schopni určit konkrétní druh péče.

Zřejmě nejzávažnější nesoulad vyplývá z toho, že zdravotnické účty uvažují druh péče a poskytovatele péče jako dva naprosto nezávislé rozměry, zatímco dosavadní statistiky nikoliv. Prolínáním obou rozměrů dříve vznikl nepřehledný komplex. Docházelo ke kuriózní situaci, kdy např. do výdajů na ústavní péči byla zařazována veškerá péče poskytovaná v zařízeních ústavní péče (tedy i ambulantní péče, služby komplementu či doprava). Druhy péče tak ve skutečnosti spíše odpovídaly poskytovatelům péče resp. úhradovým segmentům.

Důsledným oddělováním obou rozměrů přináší zdravotnické účty velice cenný náhled na strukturu zdravotní péče poskytovanou jednotlivými typy zdravotnických zařízení (to platí především pro nemocnice).

Klasifikace zdravotní péče je uvedena v tabulce 2 v příloze.

1.6. Klasifikace poskytovatelů zdravotní péče (ICHA-HP)

Klasifikace poskytovatelů zdravotní péče pokrývá jak **primární**, tak **sekundární producenty** zdravotní péče. Hlavní činností primárních producentů je poskytování služeb zdravotní péče. Primární producenty můžeme v naší praxi ztotožnit s pojmem zdravotnická zařízení¹². Sekundární producenti zdravotní péče poskytují služby zdravotní péče jako vedlejší (sekundární) činnost, kterou vykonávají vedle své hlavní činnosti. Příkladem jsou zařízení sociální péče, která poskytují především služby sociální péče, nicméně velice často v kombinaci se službami ošetrovatelské zdravotní péče.

Jako samostatný poskytovatel zdravotní péče se uvažuje nezávislý právní subjekt (1 poskytovatel = 1 identifikační číslo). V případě primárních poskytovatelů byla klasifikace naplněna z údajů registru zdravotnických zařízení ÚZIS. V případě sekundárních poskytovatelů bylo použito více způsobů, jak přiřadit typ poskytovatele – za pomoci registrů smluvních zařízení zdravotních pojišťoven, za pomoci odvětví činnosti (OKEČ) příslušejícího danému právnímu subjektu (převodník IČO na OKEČ) nebo v ojedinělých případech přímým určením na základě obsahu činnosti daného subjektu.

Z důvodu komplexnějšího vymezení pojmu zdravotní péče se v klasifikaci objevují i nezdravotnická zařízení jako jsou např. **zařízení sociální péče** (oddíl 2) či **institute státní správy a zdravotní pojišťovny** (oddíl 6). Za zmínku též stojí zařazení očních optik (HP.4.2) mezi poskytovatele zdravotní péče, třebaže v naší praxi nejsou oční optiky považovány za zdravotnická zařízení.

Specifickým případem je zařazení **podniků a domácností** mezi poskytovatele zdravotní péče. Podniky mohou poskytovat závodně preventivní péči prostřednictvím lékařů, kteří jsou přímými zaměstnanci podniku¹³. Domácnosti považujeme za poskytovatele zdravotní péče tehdy, jestliže je kterýmkoliv z členů domácnosti poskytována ošetrovatelská péče jinému členu domácnosti. Tato péče je pak ohodnocena výší transferu, který domácnost pro tento účel obdržela¹⁴.

¹¹ Ve vyspělejších zdravotnických systémech se pozornost stále více soustředí na alternativní formy poskytování zdravotní péče, kdy buď velká a nebo celá část léčebného/doléčovacího procesu se přesouvá mimo zdravotnické zařízení, z čehož plynou určité pozitivní efekty. Typickým příkladem je domácí léčba chronicky nemocných, jednodenní chirurgické zákroky a následné doléčování doma apod.

¹² Jeden z důvodů, proč se upřednostňuje termín poskytovatel zdravotní péče je, že se jedná o širší vymezení, do kterého se kromě zdravotnických zařízení řadí např. řídicí instituce či zařízení sociální péče (obecně jakékoliv subjekty, které alespoň částečně zajišťují jakoukoliv funkci zdravotní péče vymezenou v předešlém případě).

¹³ V našich podmínkách je daleko běžnější, že závodně preventivní péči poskytují samostatně ordinující lékaři (HP.3.1), kteří jsou daným podnikem nasmlouváni k poskytnutí příslušné péče.

¹⁴ V případě ČR existuje speciální druh sociální dávky: podpora při ošetrování nemocného člena rodiny. Výše těchto dávek je pak použita k ocenění domácí péče poskytované samotnými domácnostmi.

Jestliže je více různorodých zařízení začleněných pod jedním právním subjektem, pak všechna tato zařízení automaticky přejímají typ poskytovatele nadřazeného právního subjektu. Typickým případem jsou nemocnice, kde vedle samotné nemocnice existuje i zařízení LDN a doprava, popřípadě ještě nemocniční lékárna. Všechny podřízené subjekty budou v tomto případě zahrnuty do kategorie nemocnice a nevyčleňují se zvlášť. Výdaje ve zmíněné nemocnici lze pak dále členit podle rozměru druh péče, který nám dává přehled o struktuře vykonávané péče v rámci příslušného poskytovatele.

Obdobný problém nastává při definici **sdužených ambulantních zařízení**. V zásadě lze říci, že o sdružené ambulantní zařízení se jedná pouze tehdy, jsou-li zde pracující lékaři přímými zaměstnanci tohoto zařízení. Pokud však lékaři pracují na vlastní účet pod vlastním identifikačním číslem (IČO), pak se jedná o případ samostatných ordinací lékařů, které spojuje pouze práce v jedné budově.

Podobně jako u klasifikace druhů péče bylo nutné zavést do klasifikace poskytovatelů zdravotní péče také termín **neznámý poskytovatel**. Opět se do této položky umísťují všechny výdaje na zdravotnictví, u kterých zatím nejsme schopni určit konkrétní typ poskytovatele.

Klasifikace poskytovatelů zdravotní péče je uvedena v tabulce 3 v příloze.