

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 prodlužováním 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**) – mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (dále „ICHA“, z anglického International Classification for Health Accounts). Od roku 2016 jsou zdravotnické účty sestavovány na základě **Nářízení Evropského parlamentu a Rady č. 1338/2008** o statistice Společenství v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

Trojstranný pohled na výdaje na zdravotní péči

System zdravotnických účtů je nástrojem, který slouží ke komplexnímu vyjádření veškerých **běžných (neinvestičních) výdajů na zdravotní péči**, resp. na zdravotnictví v širším slova smyslu. Jeho hlavním specifickým rysem je **vícerozměrnost** členění výdajů. Hlavními rozměry jsou:

- 1) **Zdroj financování:** ICHA – HF (classification of health care financing schemes), dále jen **HF**.
- 2) **Druh poskytované zdravotní péče:** ICHA – HC (classification of health care functions), dále jen **HC**.
- 3) **Typ poskytovatele:** ICHA – HP (classification of health care providers), dále jen **HP**.

Tyto tři základní rozměry lze libovolně kombinovat, 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).

Mezinárodní metodika SHA 2011

Zdravotnické účty je možné využít na mezinárodní i národní úrovni. Mezinárodní srovnání je umožněno jednotnou metodikou, která vznikla ve spolupráci OECD, WHO a EUROSTATU. Vždy je ovšem nutné mít na zřeteli fakt, že zdravotnické systémy v jednotlivých státech jsou velmi odlišné a stejně tak dostupnost a podrobnost datových zdrojů. Proto má mezinárodní srovnání své limity, na které je potřeba nezapomínat. Stejně tak lze výsledků zdravotnických účtů využít i na úrovni národní, kde mohou poskytovat informace potřebné pro analýzy výdajů na zdravotní péči a pro přijímání odpovídajících odborných a politických rozhodnutí v této oblasti.

Metodický manuál SHA 2011 klade větší důraz na prevenci a dlouhodobou péči zdravotní. Tyto druhy zdravotní péče se posouvají více do centra pozornosti v souvislosti s rostoucím významem prevence pro včasné zjištění a snazší léčení i vážných onemocnění a dále s prodlužováním délky lidského života.

Do celkových výdajů na zdravotní péči jsou dle výše uvedené platné metodiky SHA 2011 zahrnovány **pouze běžné (neinvestiční) náklady**.

Revize

V letech 2022 a 2023 došlo k revizím zdravotnických účtů ČR. Pro analýzu výdajů na zdravotní péči nejsou používána data předaná přímo od jednotlivých zdravotních pojišťoven, ale data, která pojišťovny posílají v průběhu roku do Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZZ) a Ministerstvu zdravotnictví



České republiky (MZ ČR). Hlavním důvodem revize byla snaha o snížení administrativní zátěže jednotlivých zdravotních pojišťoven a sjednocení vstupního zdroje.

V další fázi pak proběhla revize dat z veřejných rozpočtů a neziskových organizací za roky 2010–2020. Rozsáhlá revize se týkala i starších dat za zdravotní pojišťovny za roky 2010–2016. Celkové výdaje zdravotních pojišťoven byly převzaty z výročních zpráv. Rozdělení do kategorií HC a HP proběhlo na základě vypočtených vah těchto kategorií za průměr let 2017–2019. Poté byly váhy aplikovány na celkové výdaje revidovaného roku. Cílem bylo získat údaje, které budou v čase kontinuálně lépe srovnatelné a nebudou zkresleny nepřesnostmi v rozdílném vykazování ze strany pojišťoven.

Poslední revize proběhla v roce 2024 z důvodu revize dat Národních účtů a přechodu na novou klasifikaci COICOP 2018. Tato revize se týkala výdajů domácností (od roku 2010) a neziskových organizací (od roku 2012).

HF1.1 Veřejné rozpočty – došlo k přeřazení některých výdajů z rozpočtové skladby (na základě paragrafů a položek spadajících pod oblast zdravotnictví) k více odpovídajícím kategoriím zdravotní péče a poskytovatelů zdravotních služeb.

HF1.2 Zdravotní pojišťovny – data se nepřebírají přímo od jednotlivých zdravotních pojišťoven, jak tomu bylo v minulosti, ale z Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZS), který spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR).

Zdravotní pojišťovny předávají data do NRHZS, kde jsou evidovány celkové paušální úhrady poskytovatelům zdravotních služeb i úhrady za jednotlivé služby poskytované konkrétním pacientům od jednotlivých zdravotních pojišťoven. Při kalkulaci celkových výdajů za poskytnuté zdravotní služby se vychází z ocenění těchto komponent:

- 1) Ocenění akutní lůžkové péče hospitalizačních případů dle klasifikačního systému DRG.
- 2) Ocenění přímých nákladů v Kč.
- 3) Ocenění nepřímých nákladů v bodech.

ad 1) Akutní lůžková péče zahrnuje např. náklady na pobyt ve zdravotnickém zařízení, ošetrovatelskou péči, operační výkony, přímo spotřebovaný zdravotnický materiál včetně léků (mimo „centrových“ léků), náklady na laboratorní služby, rehabilitace apod.

ad 2) Přímé náklady za zdravotní služby zahrnují např. zvláště účtované položky za léčivé přípravky a materiál při ambulantní péči a vybrané „centrové“ léky i při lůžkové péči. Patří sem také léky a materiál vydaný pacientům na recept, dále pak kapitační platby za pojištěnce v primární péči a některé výkony za fixní sazbu (stomatologické výkony).

ad 3) Nepřímé náklady za zdravotní služby zahrnují např. náklady na zdravotní služby poskytované v ambulantních zařízeních, dopravu pacientů a některé druhy následné nebo dlouhodobé péče. Tyto výkony mají přiřazenu virtuální bodovou hodnotu dle údajů vykázaných jednotlivými zdravotními pojišťovnami.

HF2.1 Dobrovolné zdravotní pojištění – struktura výdajů na péči v zahraničí dle Pojišťovny VZP již není k dispozici. Výroční zprávy České asociace pojišťoven (ČAP) neumožňují rozdělit výdaje podle HC a HP, jak tomu bylo v minulosti. Kvůli srovnatelnosti dat byla v rámci revize opravena kategorie HF2.1 za období od roku 2017.

HF2.2 Neziskové organizace – výdaje neziskových institucí na konečnou spotřebu (v běžných cenách) lze rozdělit podle HC a HP (pomocí koeficientů COPNI). Při revizi bylo zjištěno, že větší část výdajů na zdraví u neziskových institucí spadá pod dlouhodobou péči sociální, která se dle manuálu SHA nezahrnuje pro mezinárodní srovnání do celkových výdajů na zdravotní péči.