

Fungování vybrané oblasti veřejného sektoru (zdravotnictví)

Přednáška 10

Obecná fakta o zdraví ve světě

- Lidé na světě žijí déle a žijí déle ve zdraví
- Střední délka života a roky života prožité ve zdraví mají obecně rostoucí trend, nicméně ne všude na světě

“Life expectancy and healthy life expectancy (HALE) have both increased by over 8% globally between 2000 and 2016, and remain profoundly influenced by income. Despite the largest gains in both indicators being due primarily to the progress made in reducing child mortality and fighting infectious diseases, low-income and lower-middle-income countries continue to suffer from the poorest overall health outcomes, lagging far behind the global average.” (WHO, 2020)


Table 2 Life expectancies at birth (LE_0), Healthy Life Years at birth (HLY_0) and the percentage of life spent in good health, males and females, Czech Republic, 2008–2015

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Females	HLY_0	63.4	62.7	64.5	63.6	64.1	64.2	65.0	63.7
	LE_0	80.5	80.5	80.9	81.1	81.2	81.3	82.0	81.6
	HLY_0 / LE_0 (%)	78.8%	77.8%	79.7%	78.5%	78.9%	79.0%	79.2%	78.1%
Males	HLY_0	61.3	61.1	62.2	62.2	62.3	62.5	63.4	62.4
	LE_0	74.1	74.3	74.5	74.8	75.1	75.2	75.8	75.7
	HLY_0 / LE_0 (%)	82.7%	82.3%	83.5%	83.1%	83.0%	83.1%	83.6%	82.4%

Source: Eurostat database.

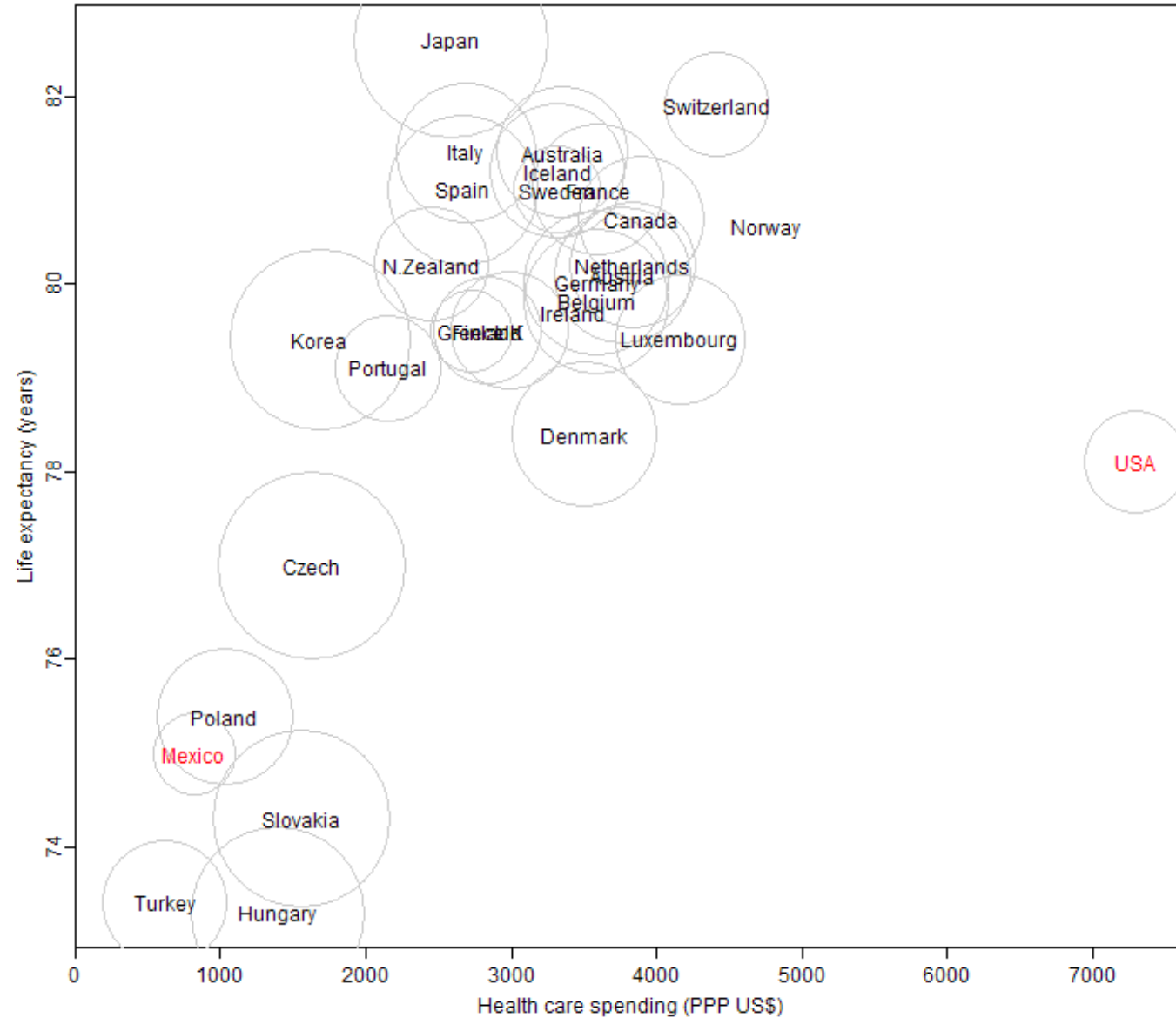
Healthy life
expectancy v ČR

[Zajímavá data o ČR zde](#)



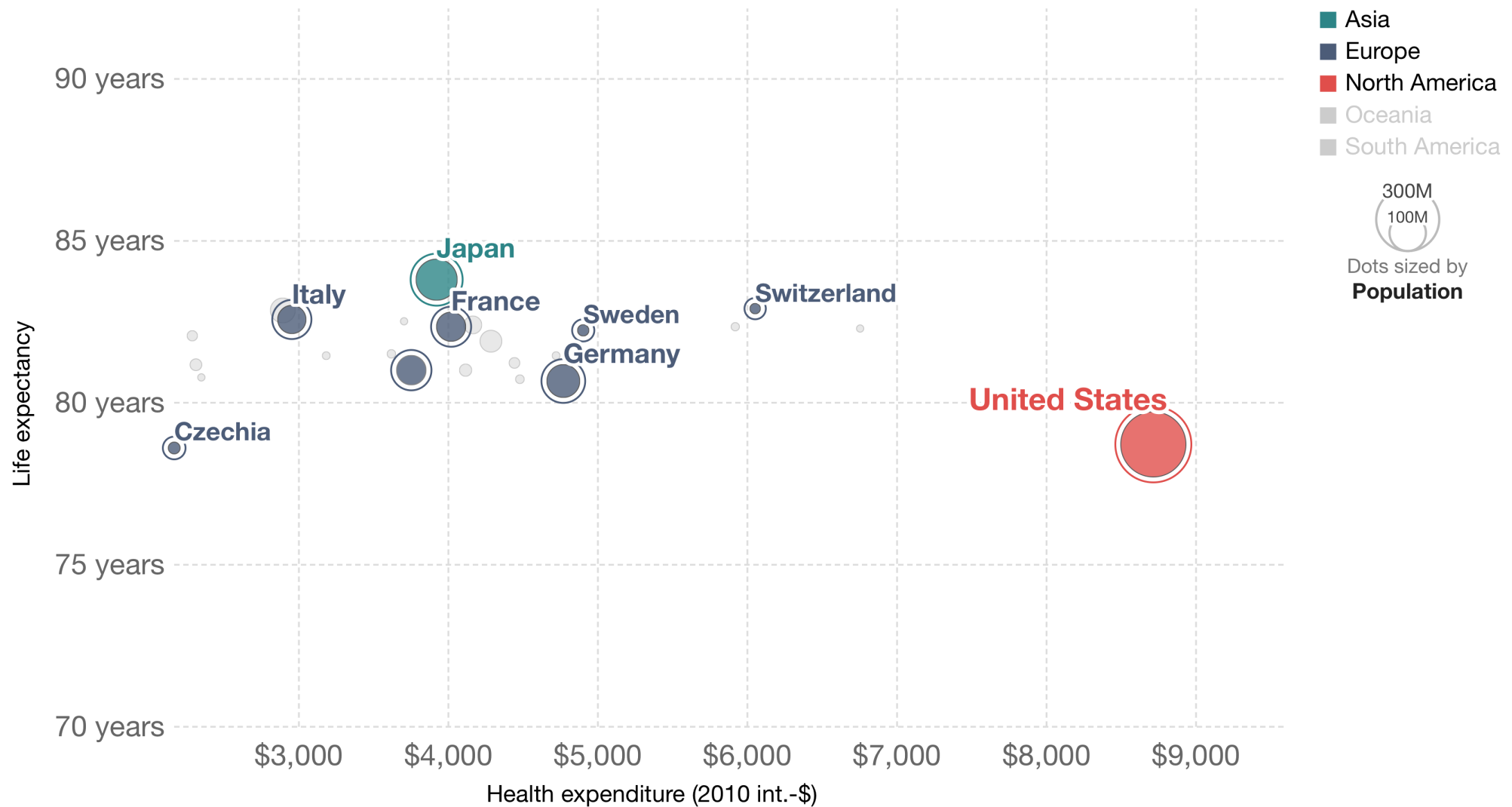
Klíčová fakta o zdraví ve světě

[https://www.who.int/data/stories/
world-health-statistics-2021-a-
visual-summary](https://www.who.int/data/stories/world-health-statistics-2021-a-visual-summary)



Life expectancy vs. health expenditure, 2015

Health financing is reported as the annual per capita health expenditure and is adjusted for inflation and price level differences between countries (measured in 2010 international dollars).



Obsah

Zdravotní systémy:
typologie,
charakteristiky
jednotlivých systémů

Zdravotní systémy:
srovnání, silné a
slabé stránky
jednotlivých typů

Zdravotní systémy:
současné výzvy a
finanční udržitelnost

Klasifikace zdravotních systémů

Nejčastěji dle

- Typu financování
- Cíle systému

Existuje ale mnoho alternativ, např.

Joumard, I., C. André and C. Nicq (2010), "Health Care Systems: Efficiency and Institutions", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 769, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5kmfp51f5f9t-en>

Toth F. (2016). Classification of healthcare systems: Can we go further. *Health Policy*. Volume 120, Issue 5: 535-543. Doi org/10.1016/j.healthpol.2016.03.011. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851016300562?via%3Dihub>

Wendt C., Frisina L., a Rothgang H. (2009). Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison. *Social Policy & Administration*. 43(1), 70 – 90. ISSN 0144-5596. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x>

Typy financování

Nepřímé financování

Veřejné rozpočty (všeobecné daně)	Veřejné zdravotní pojištění
Soukromé pojištění	Pojištění jako benefit zaměstnancům
Charita	Mezinárodní instituce

Přímé

= přímé platby pacientů

USA, Austrálie, Nový Zéland,
Švýcarsko (do r. 1996)

Proč nepřímé financování

- Rozprostřít riziko mezi všechny účastníky systému (zdravé i nemocné, starší i mladší, muži i ženy, ..)
- Možnost rozdělit finanční riziko v čase, kdy dochází k poskytnutí péče
- Založeno na předplácení si = pojistné/daň (před vypuknutím nemoci/poskytnutím péče)
- Pojistné/daň často kombinováno s (možností) přímých plateb (spolupodílení se na zaplacení poskytnuté péče)

Typy zdravotních systémů dle převažujícího zdroje financování

Veřejné rozpočty/ daně (všeobecné/
zdravotní/zdrav. sociální)

Veřejné zdravotní/sociální pojištění

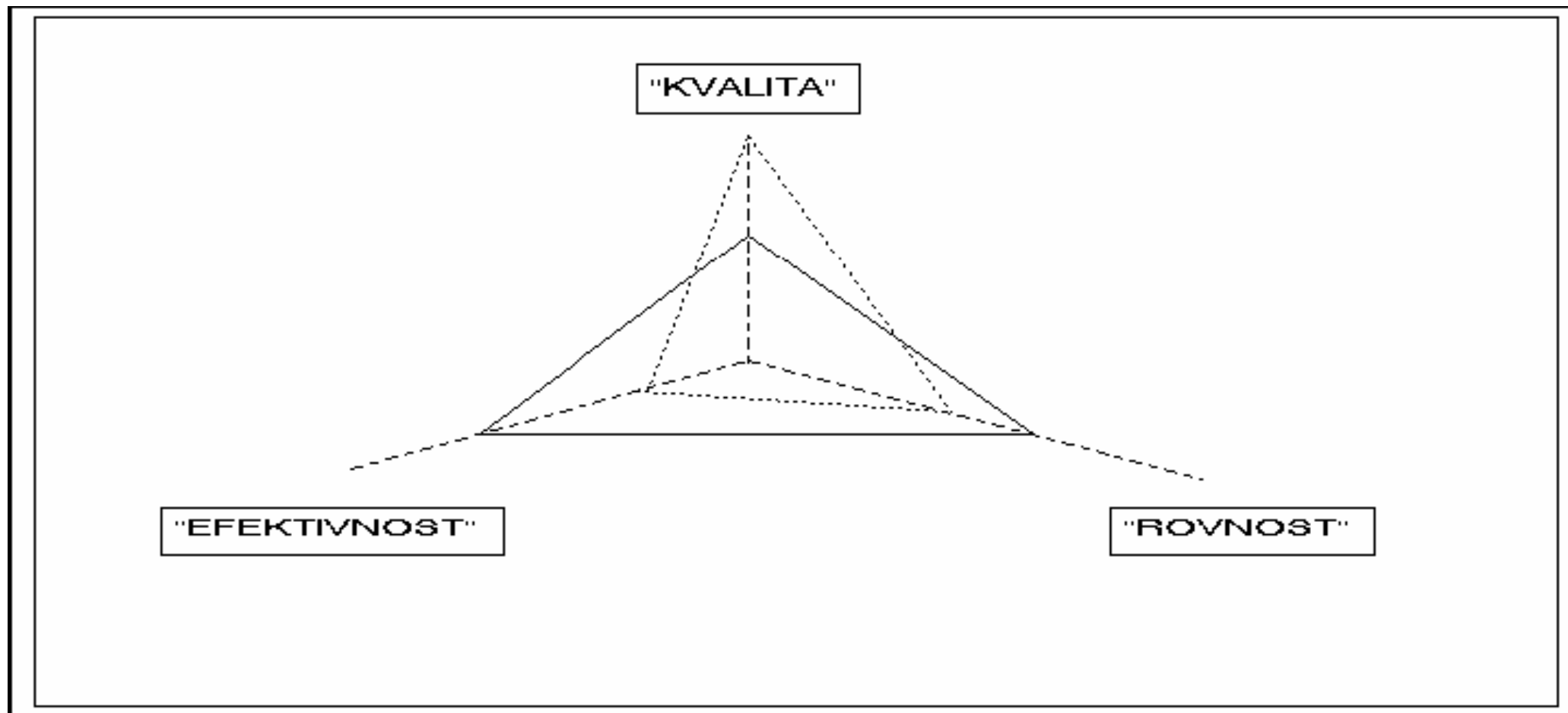
versus

Soukromé/firemní pojištění

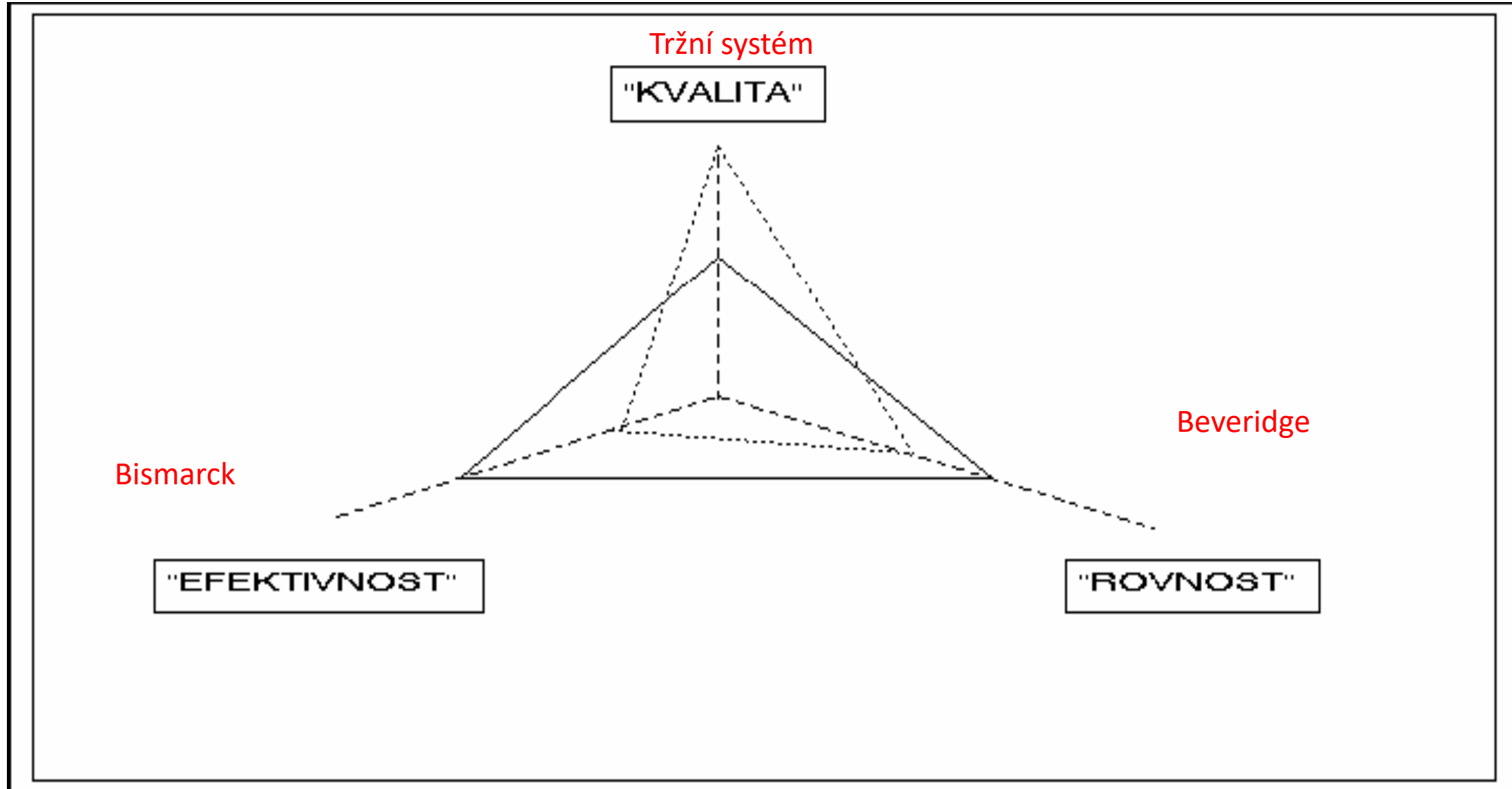
Obecný rozdíl: státní garance péče

- Existuje:
 - Systém financovaný skrze všeobecné daně
 - Systémy financované skrze institut veřejného zdravotního pojištění
- Neexistuje:
 - Systémy založené na ryze tržním mechanismu

Dle cíle



Dle cíle a způsobu financování



Systemy financované z daní



Beveridgeův

Kombinace veřejných a soukromých zdravotnických služeb

1948: NHS (VB) a dále například:

Itálie, Portugalsko, Španělsko, Řecko, Irsko, ve Skandinávii, Kostarika, Mexiko či například v Botswana.



Semaškův

Neexistence soukromých zdravotnické služby

Sovětský blok

Dnes pouze Kuba



Douglasův

Kombinace veřejných a soukromých zdravotnických služeb

Federální stát dotuje jednotlivé provincie, které zodpovídají za financování a poskytování péče

Kanada, Austrálie

Hlavní princip: všeobecná dostupnost zdravotní péče a rovný, tj. spravedlivý přístup ke zdravotnickým službám

Beveridgův systém

Systém s univerzální dostupností péče

Zdravotní péče « zdarma » pro všechny občany, kteří péči potřebují

Financováno převážně z všeobecných daní (82%)

Autonomie poskytovatelů péče: svoboda vybrat si, kde chtějí pracovat (soukromé, veřejné či jejich kombinace) a volnost v předepisování

Praktický lékař jako gate keeper

Nemocnice jako trusty, volnost v politice cenové, ve stanovování mezd/platů, v zaměření či velikosti

Rovnost jako hlavní hodnota

Systemy financované skrze pojištění

- Model sociálního zdravotního pojištění
- Povinné odvody pojistného z příjmů
- Provozovaný samosprávnými zdravotními pojišťovnami
- Poskytovatelé smluvně vázáni na zdravotní pojišťovny nebo péči zdravotním pojišťovnam účtují
- Neprochází přímo přes veřejné finance
- Může existovat jako centralizovaný (Francie) nebo decentralizovaný (Německo)
- Efektivita jako hlavní hodnota

Německo, Rakousko, Švýcarsko, Francie,
Holandsko, Belgie, ČR, Slovensko, Maďarsko,



Bismarkův systém

- Může existovat v různých podobách
- Často povinné pojištění na základě příslušnosti k nějaké profesi a financované na základě pojistného, které je rozděleno mezi zaměstnance a zaměstnavatele (může existovat ve formě různých režimů pro různé profese, např. Francie)
- Často významná role praktického/ošetřujícího/rodinného lékaře, který koordinuje péči a « filtruje » pacienty pro sekundární/terciární péči
- Nemocnice soukromé i veřejné, ziskové i neziskové
- Různé způsoby úhrad péče: DRG (Německo), budget (Francie), kombinace obou (ČR)
- Různé způsoby proplácené péče lékařům (za výkon, kapitace, kombinace)
- Míra regulace cen (léků, péče, služeb) různá (více regulovaná ve Francii či ČR a méně v Německu, Nizozemí, Švýcarsku)
- Míra „svobody“ pacientů různá (větší ve Švýcarsku, Nizozemí a menší ve Francii)

Smíšený systém: USA

- Role státu omezená, péče není garantována, není univerzální přístup k péči
- Není povinnost se pojistit (15% obyvatel nepojištěno)
 - Obama care (stále 15 milionu nepojištěných)
- Pojištění buď individuální či skrze zaměstnavatele
- Pro některé skupiny obyvatel péče hrazena z veřejných zdrojů (Medicare, Medicaid) – starší obyvatelé, veteráni, sociálně slabší obyvatelé
- Kvalita jako hlavní hodnota systému
- Věda a výzkum na vysoké úrovni
- Nejvyšší výdaje do zdravotnictví (16,7% HDP, 2019)

Srovnávání systémů: možné zdroje informací

[ČSÚ](#)

[ÚZIS](#)

[World Health Organisation](#)

[Health for all database](#)

OECD

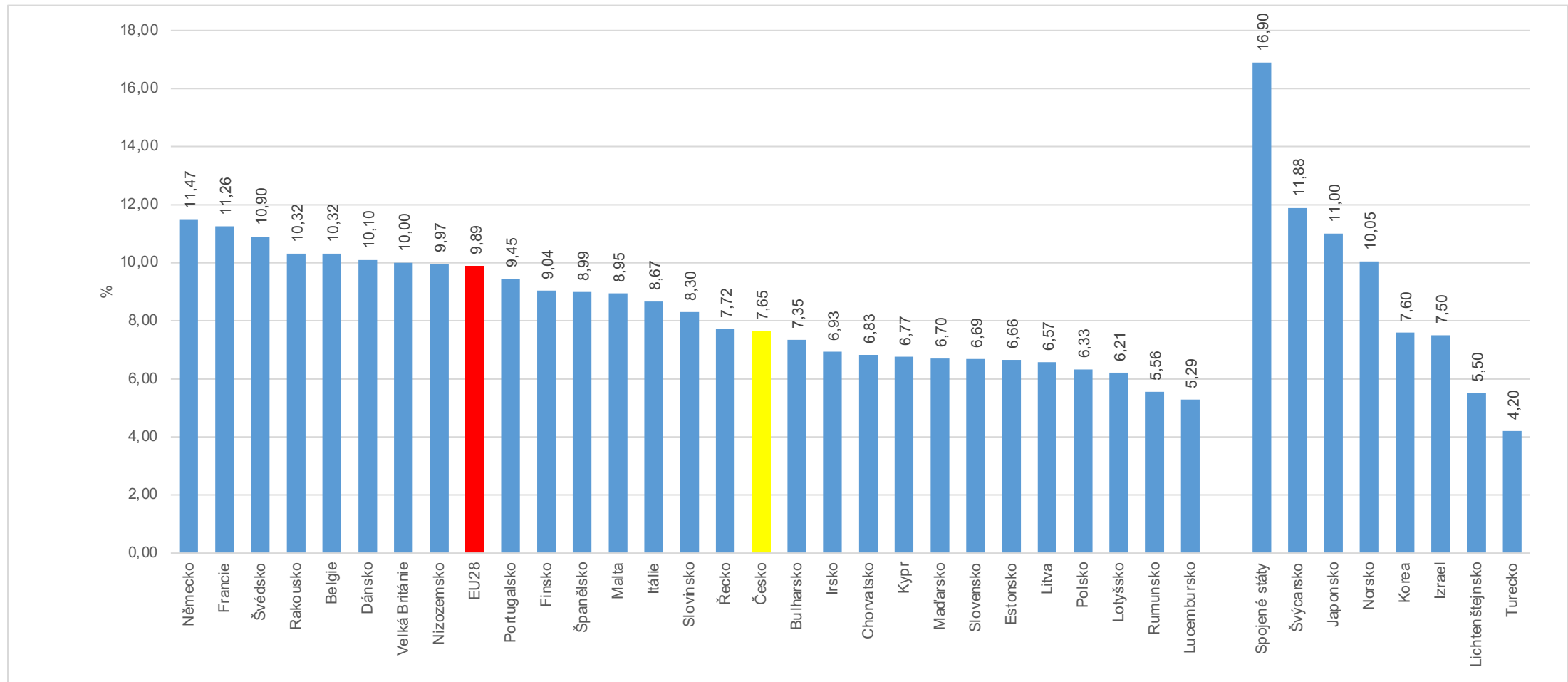
World Bank

[Eurostat](#)

[European Observatory on Health Systems and Policies](#)

[Euro Health Consumer Index](#)

Podíl výdajů na zdravotní péči jako % HDP, EU + vybrané země OECD (2018)

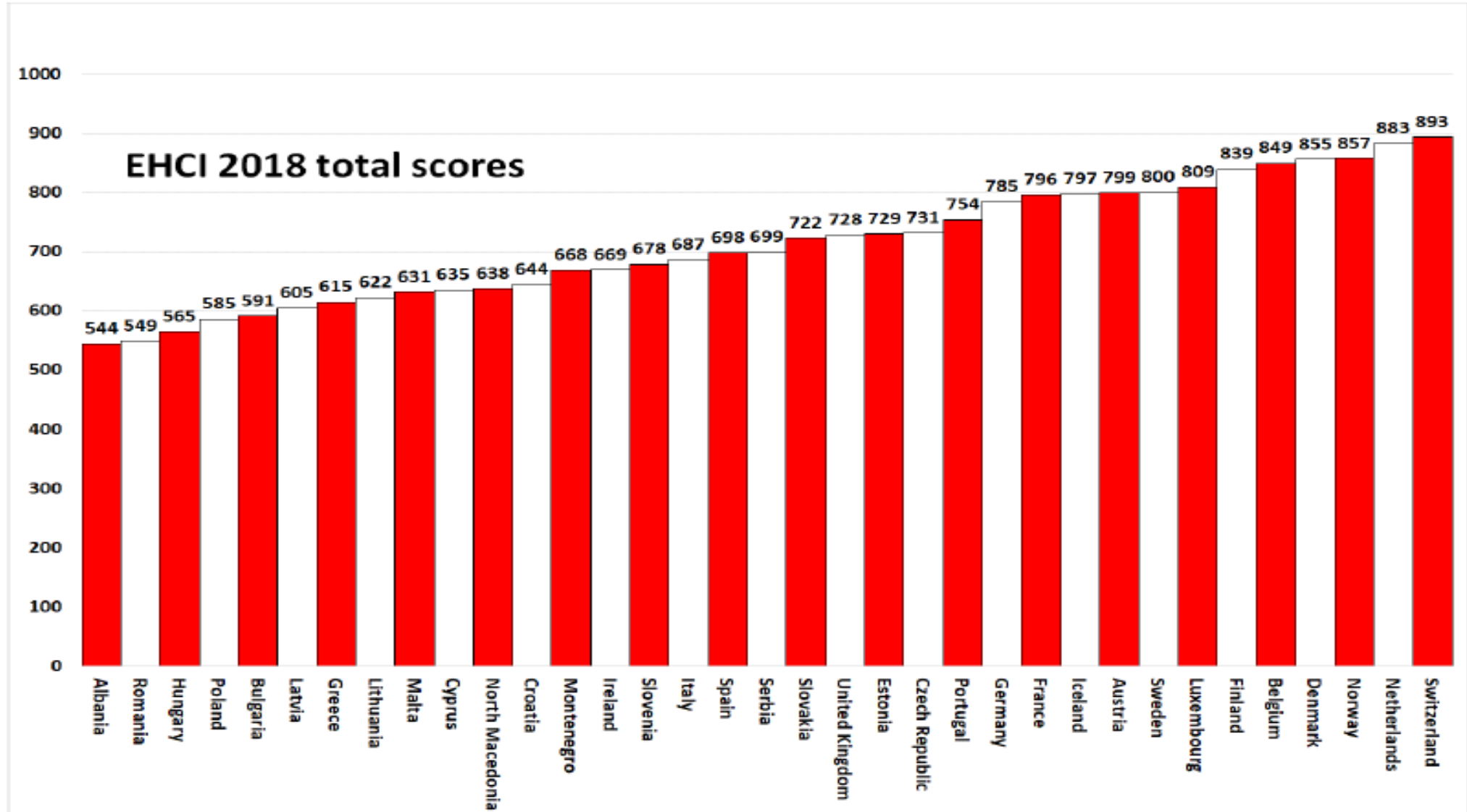


Zdroj: Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010–2019, ČSÚ

EHCI 2018

Srovnání fungování zdravotních systémů ve 35 zemích z pohledu pacienta/klienta.

Euro Health Consumer Index 2018



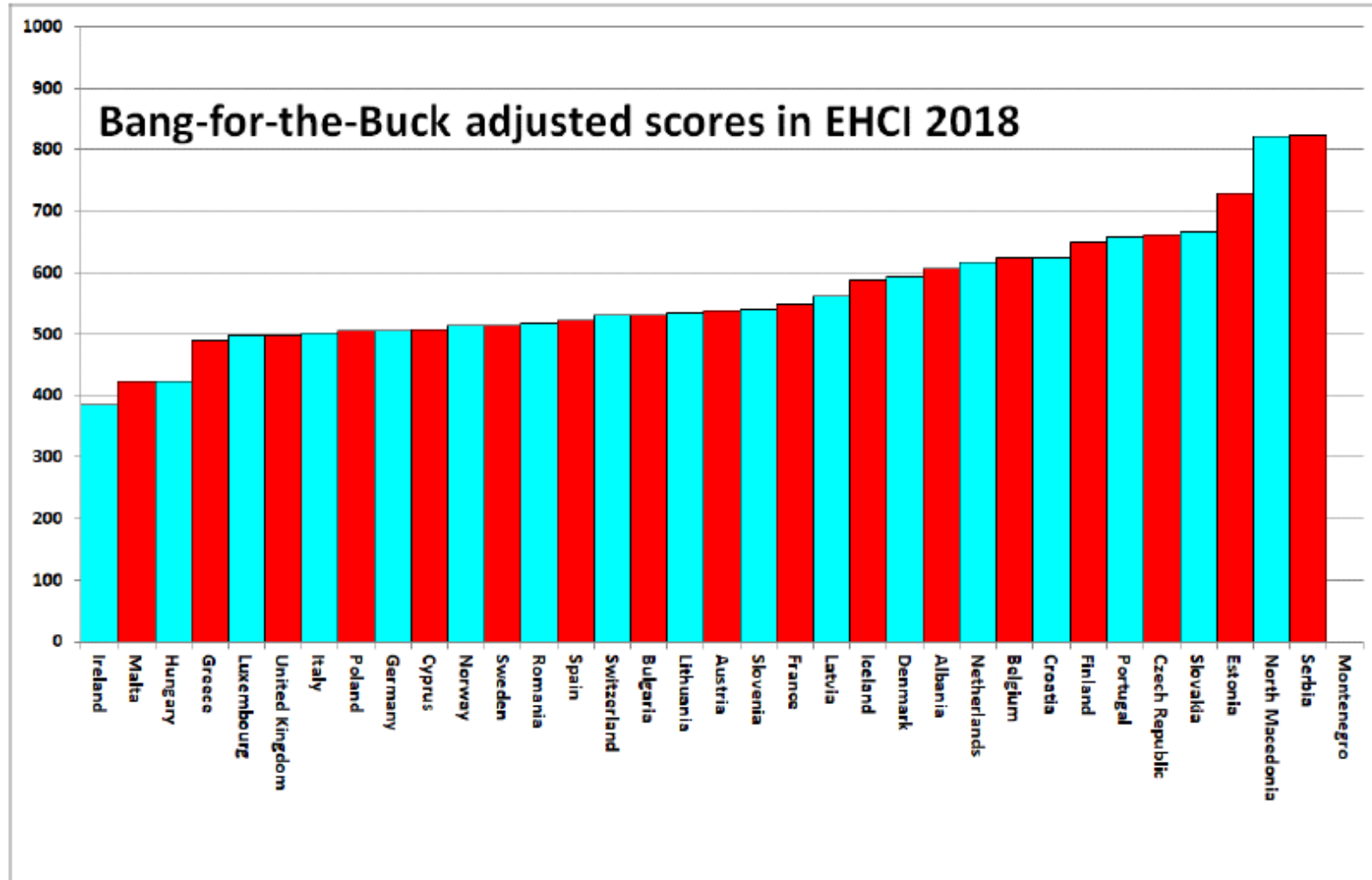


Figure 4.2 The BFB scores, naturally, are to be regarded as somewhat of an academic exercise. Not least the method of adjusting to the square root of healthcare spent certainly lacks scientific support.

Nadresortní přístup v péči o zdraví

Preventivní zaměření zdravotnictví

Regulace nákladů

Přesun těžiště z nemocniční do ambulantní péče

Primární péče se postupně stává důležitou součástí tzv. komunitní péče

Důraz na kontrolu kvality poskytovaných služeb

Změna paternalistického pojetí vztahu lékař – pacient

Trendy
zdravotních
systémů

Preventivní zaměření zdravotnictví

Preventivní procedury se stále ve větší míře stávají součástí základního balíku služeb:

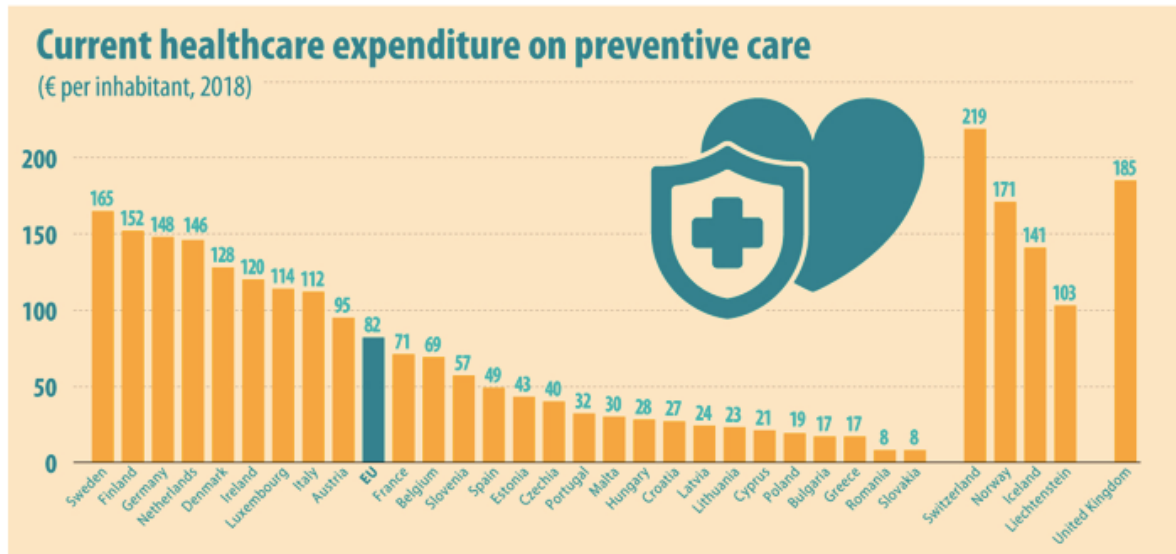
- motivace k jejich využívání;
- investice do celonárodních kampaní na podporu zdravé výživy,
- ne-kuřáctví ...

Významná role v podpoře zdraví je připisována resortu školství.

- Témata, týkající se podpory a zachování zdraví, zdravého životního stylu, rizikových faktorů z hlediska zdraví, se postupně stávají součástí vzdělávacích obsahů na různých typech škol.

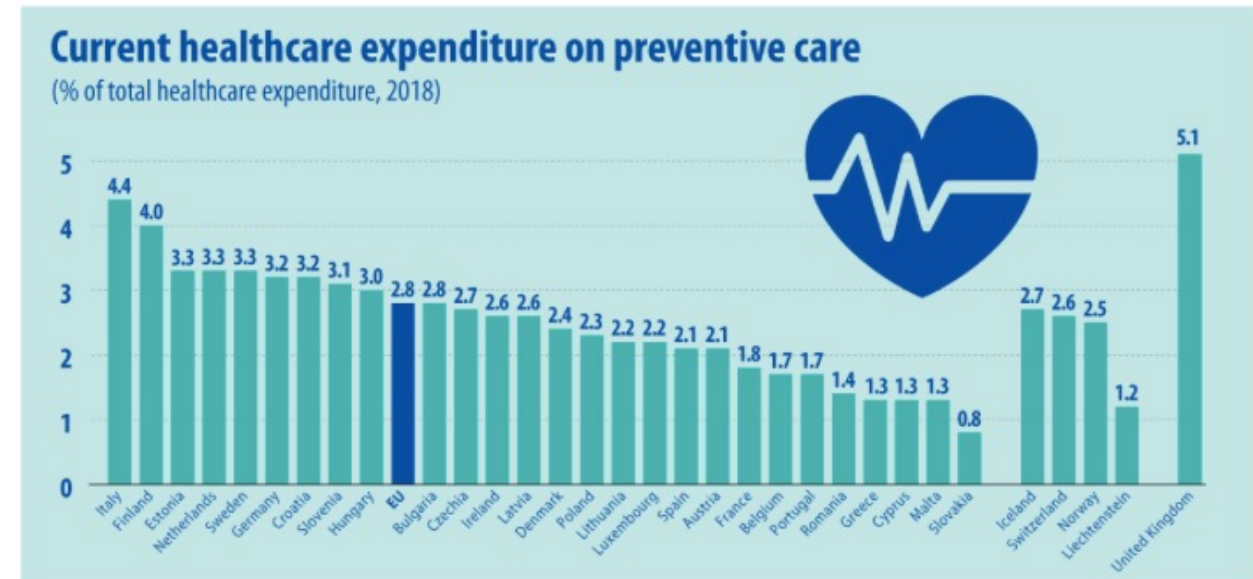
Výdaje na prevenci

Průměrné výdaje na prevenci v EU tvoří 2,8% ze zdravotních výdajů (2018)



ec.europa.eu/eurostat

Source dataset: hlth_sha11_hc

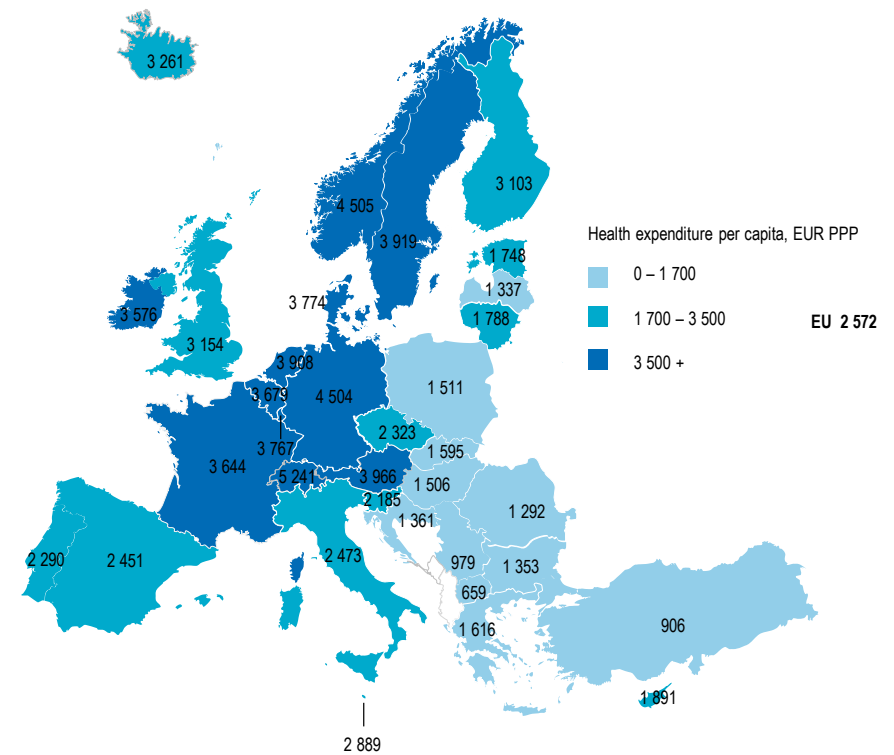
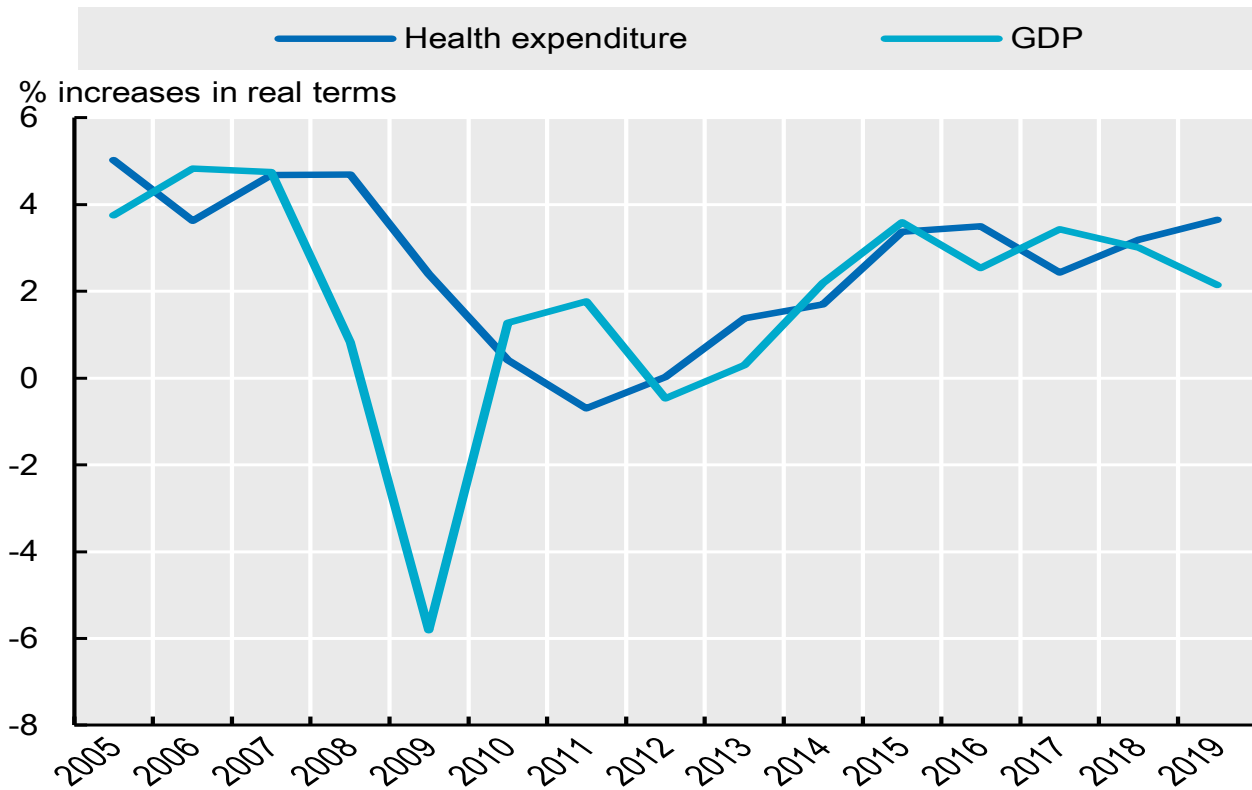


ec.europa.eu/eurostat

Source dataset: hlth_sha11_hc

Regulace nákladů

- Náklady na zdravotnictví v posledních dvaceti letech prudce stoupají, a to zejména díky stárnutí populace, nárůstu nákladných technologií a také díky inflaci zdravotní péče..
- U veřejných zdravotních výdajů vyjádřených procentem HDP se v roce 2050 očekává růst o 3,5 až 6 procentních bodů (OECD, 2010)
 - Zvýšení efektivity nutné (Austrálie, Korea, Japonsko a Švýcarsko jako nejvíce efektivní systémy versus Dánsko, Slovensko, USA jako nejméně)
- Praktickým úkolem zdravotní politiky ve všech vyspělých zemích je udržet růst nákladů a jejich celkovou výši na akceptovatelné úrovni (tj. 8 – 10% HDP) .

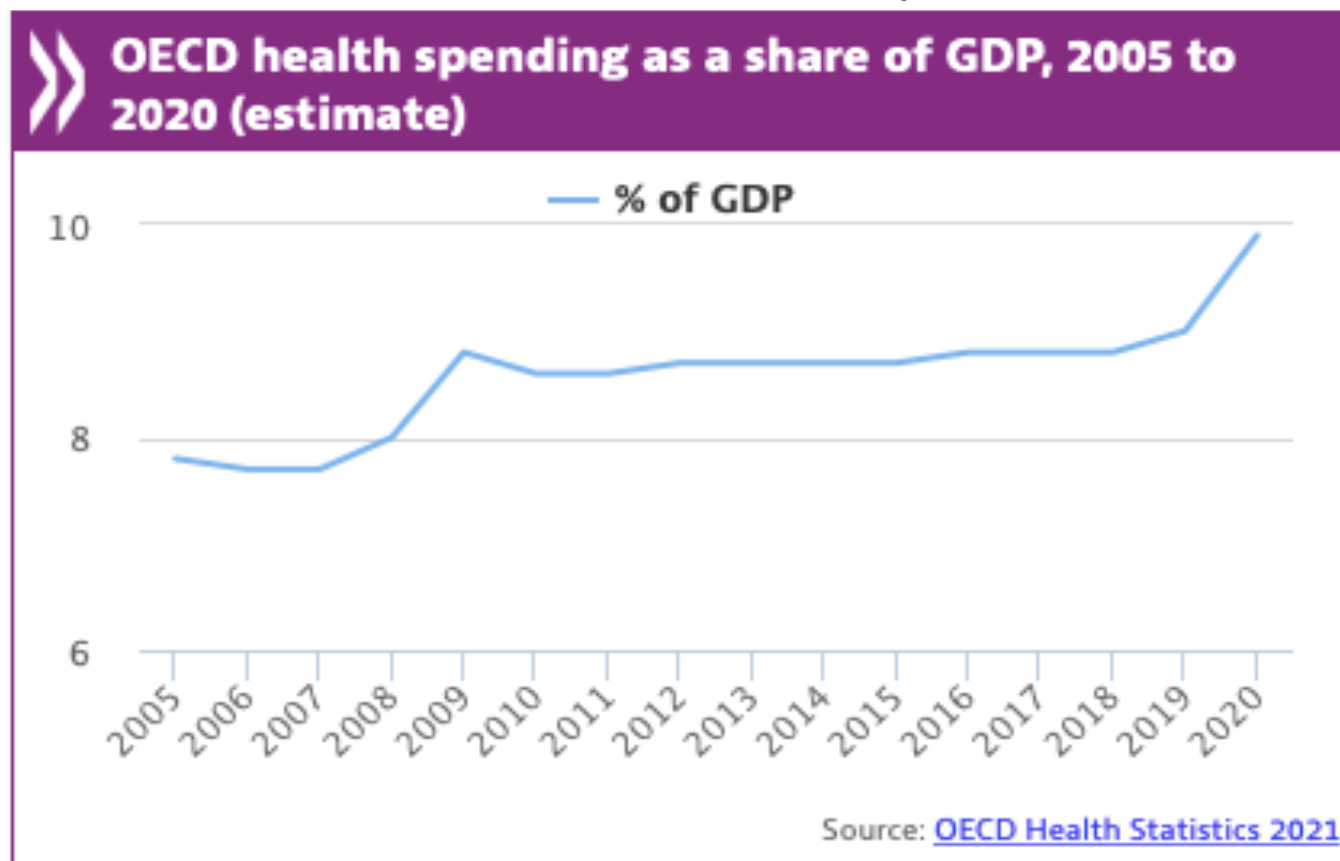


Note: The EU average is unweighted.
 Sources: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

Finanční udržitelnost systémů

- Na základě [OECD Health Statistics 2021](#), očekáváme, že výdaje na zdravotnictví jako % HDP výrazně vzrostly, předběžné odhady o per capita výdajích do zdravotnictví v zemích OECD hovoří o růstu v průměru 4,9%

Tento růst je především u veřejných výdajů, soukromé výdaje mají klesající tendenci

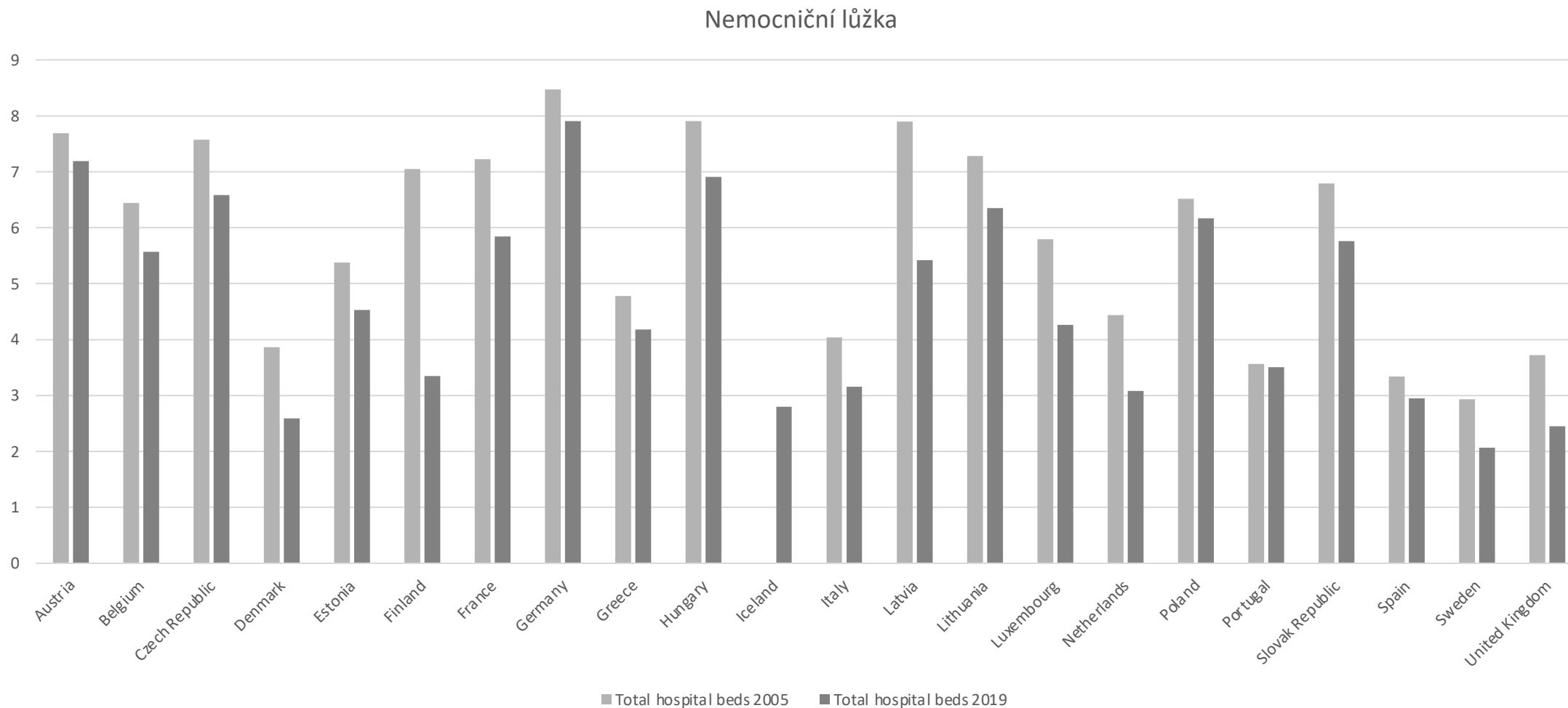


Přesun těžiště z nemocniční do ambulantní péče

Dochází k intenzifikaci nemocniční péče, což se konkrétně projevuje úbytkem nemocničních lůžek pro akutní péči a zkracováním průměrné délky hospitalizace.

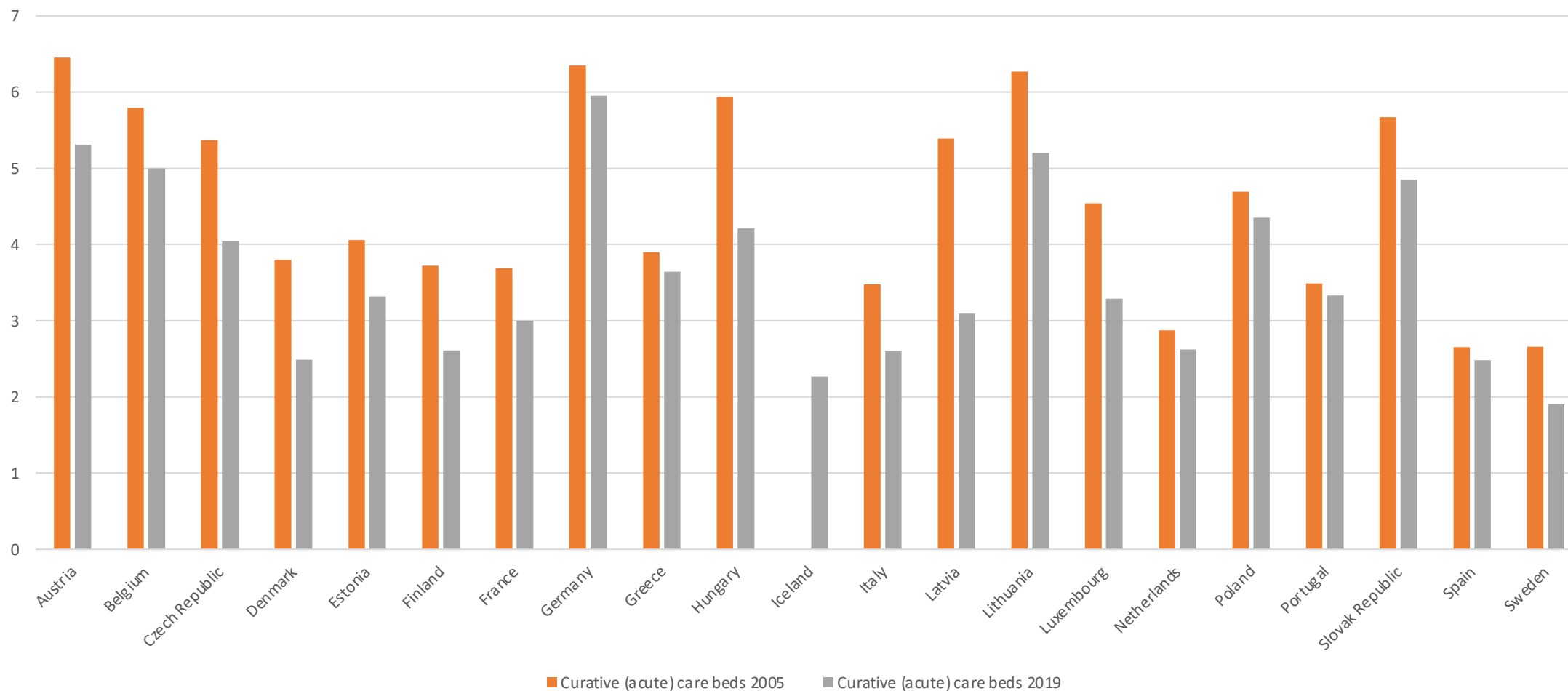
Zároveň je podporován rozvoj primární péče a její návaznosti na ostatní segmenty péče .

Nemocniční lůžka (2005 – 2019)



Lůžka intenzivní péče (2005 – 2019)

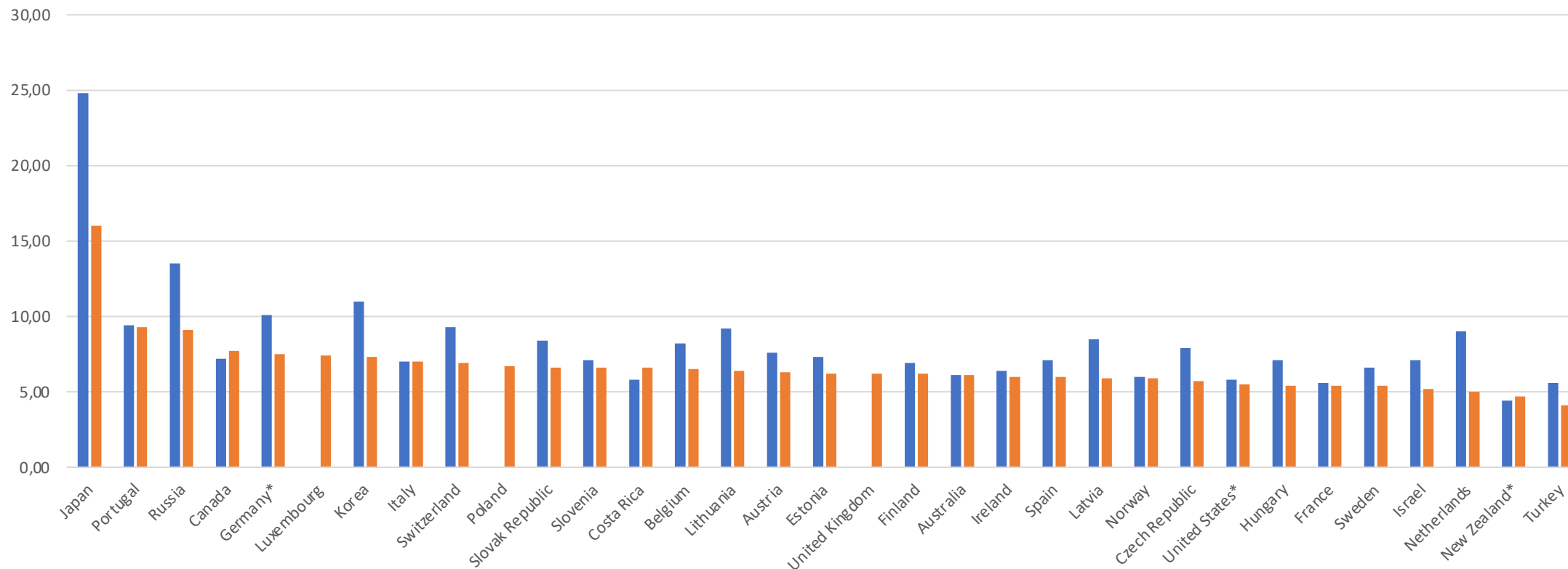
Lůžka int. péče/1000 obyv. (2005 et 2019)



Zdroj: OECD.Stat

Průměrná délka hospitalizace (2000 – 2019)

Průměrná délka hospitalizace ve vybraných zemích v roce 2000 a v roce 2019



■ Average length of hospital stays in select countries worldwide in 2000 and 2019 Average length of stay in hospitals for curative (acute) care in select countries worldwide in 2000 and 2019 (in days)*
2000

■ Average length of hospital stays in select countries worldwide in 2000 and 2019 Average length of stay in hospitals for curative (acute) care in select countries worldwide in 2000 and 2019 (in days)*
2019

Zdroj: stats.oecd.org

Posílit primární péči?



PRAKTICKÝ LÉKAŘ



Kompetence

Lidské
předpoklady

Kvalita

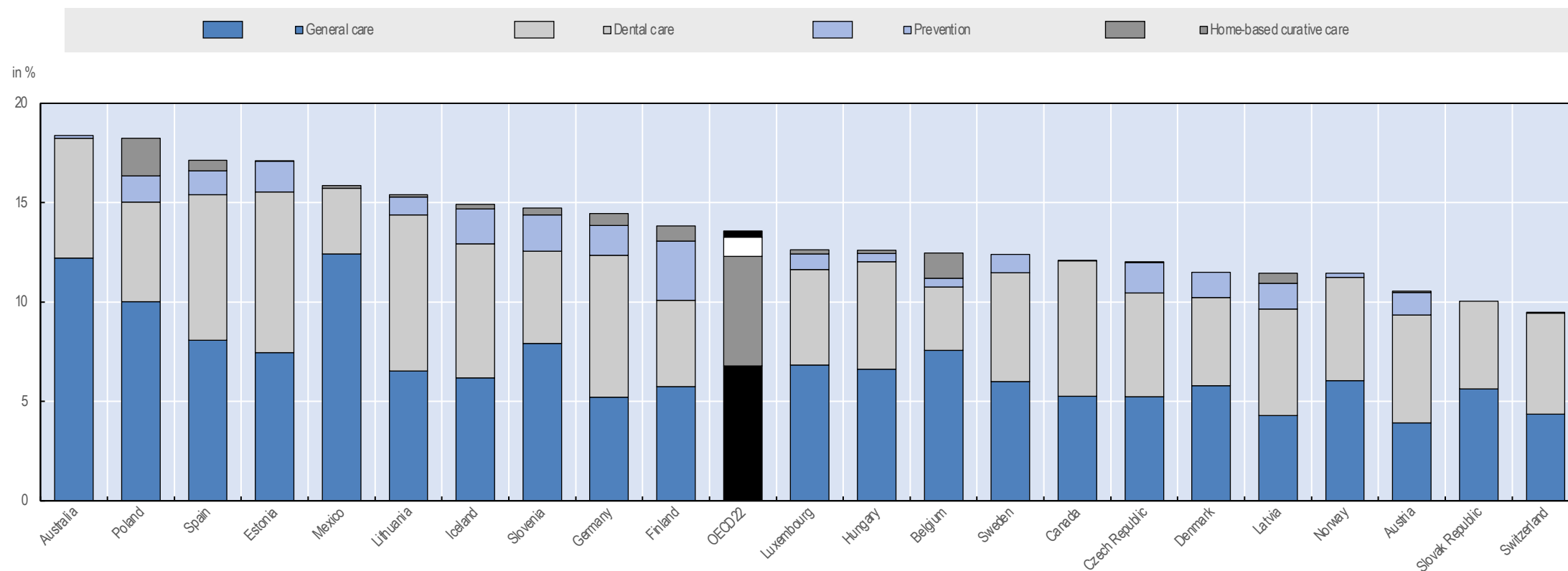
Vybavení

Management

Interdisciplinární
spolupráce

Celoživotní
učení

Výdaje na primární péči



Zdroj: OECD Health Statistics 2018.

Posílení primární péče

Potenciál:

- Zlepšit zdravotní stav (především u některých skupin populace)
- Systém zdravotní péče se stává více cíleným na pacienta
- Zefektivnění systému

Nezbytné (především) protože :

- Vysoká očekávání občanů,
- Stárnutí populace, chronické nemoci, et
- Fiskálně napjaté.

Důležitost primární péče
zdůrazněna pandemií COVID-
19

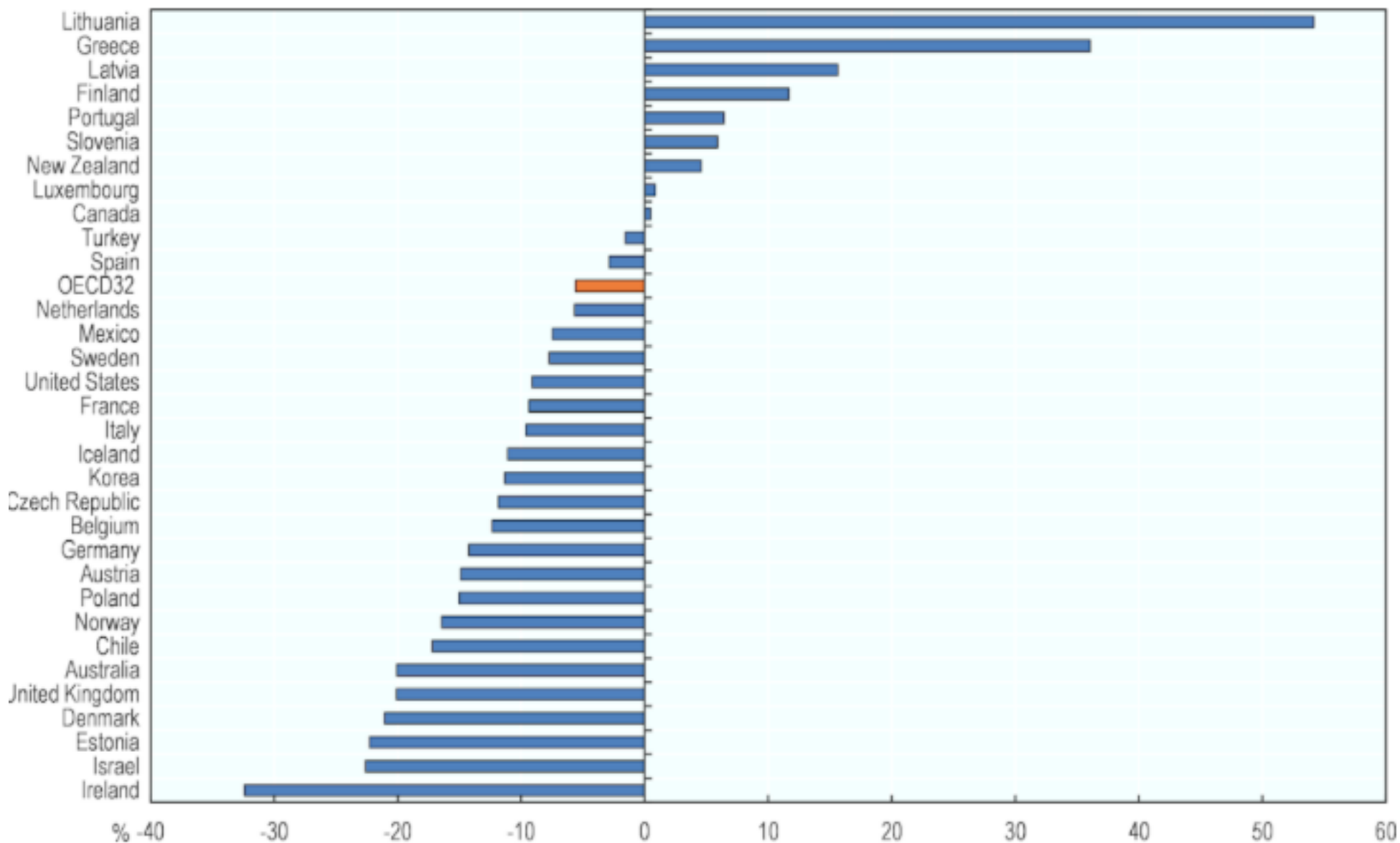
V zemích OECD:

- Populace 60+ vzroste ze 17% v 2017 na 28% v 2050
- 40% populace žije s polymorbiditami
- 25% populace trpí třemi či více chronickými onemocněními

V zemích EU,

- 20% populace trpí chronickou bolestí
- 17% trpí problémy v oblasti duševního zdraví

Praktičtí lékaři



Ve většině zemí
OECD ubývá
praktických
lékařů

Obrázek
ukazuje rozdíl
mezi lety 2000
a 2017)

Důraz na kontrolu kvality poskytovaných služeb

Ve všech zdravotnických systémech vyspělých zemí se postupně zavádějí programy kontinuálního zlepšování kvality jak v rámci celého zdravotnictví, tak na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení.



Programy sledování kvality podle dohodnutých indikátorů jsou považovány za nejlepší způsob, jak reagovat na rostoucí požadavky pacientů a adekvátně uspokojovat jejich potřeby.

Změna paternalistického pojetí vztahu lékař – pacient

- Snaha o nastolení větší symetrie.
- Pacient se aktivně podílí na průběhu terapeutického procesu.
- Lékař a pacient jsou partneři, jejichž společným zájmem je zvládnutí pacientovy nemoci.
- Lékař pacientovi nevnucuje své názory a přesvědčení, ale je pacientovi rádcem v procesu rozhodování o léčbě a v jejím průběhu.



Nadresortní přístup v péči o zdraví

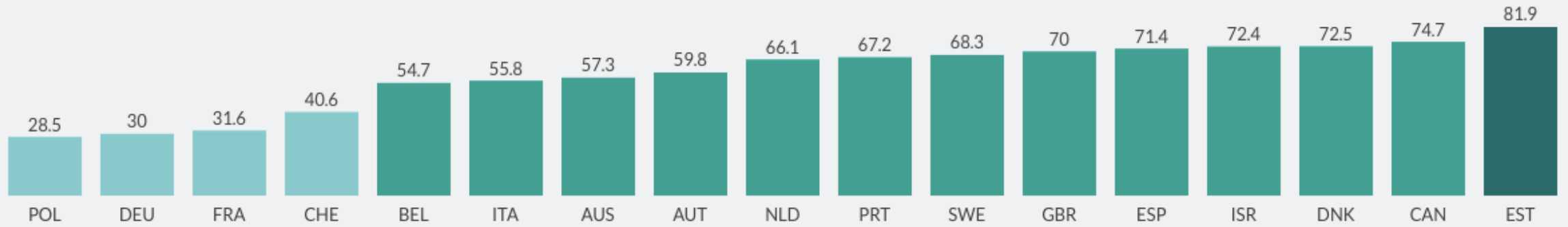
- „healthy public policy“
- Všechny společenské rezorty musí zohledňovat ve svých strategických rozhodnutích dopady na zdraví.
 - Z hlediska zachování zdravých životních podmínek nabývá velkého významu stavebnictví a resort dopravy.
 - V rámci EU již například platí směrnice, podle které je nutné, aby každý významný investiční a stavební projekt byl před jeho schválením posouzen z hlediska jeho dopadu na zdraví dotčených obyvatel (Wolf, 2004).

Primární péče se postupně stává důležitou součástí tzv. komunitní péče

Tedy poskytování širokého spektra koordinovaných služeb sociálně-zdravotního charakteru, co nejbližší místu bydliště pacientů, tj. v komunitě, kde bydlí.

Řízení zdravotnictví není možné bez návaznosti a součinnosti s resortem sociální péče.

Index of all countries



Digital Index

Literatura

- Křížová, Eva. Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání. Praha : 3.Lékařská fakulta UK, 1998. ISBN 80-238-0937-7.
- Němec, Jiří. Principy zdravotního pojištění. Praha : Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.
- GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003, xii, 380 s. ISBN 8072269968.
- Hnilicová H.: Úvod do studia zdravotnických systém
- <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
- The world health report 2000—Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000
- Introduction to Public Health, Centers for Disease Control and Prevention
- [World health statistics 2020](#)
- Health For All Database
- [WHO COVID Health System Response Monitor](#)
- [Czech Statistical Office](#)
- [OECD health data](#)
- [Mikkonen, J. et D. Raphael \(2011\) Déterminants sociaux de la santé. Les réalités canadiennes, Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York\(le lien est externe\)](#)
- OECD (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.

Děkuji 😊

Další materiály v Moodle