



Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání

Zuzana Kotherová

Klasifikace zdravotních systémů



Existuje ale mnoho alternativ, např.

Nejčastěji dle :

- Typu financování
- Cíle systému

Zdroj: série OECD studií

Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European Social Policy*, 19, 432 - 445.

Joumard, I., C. André and C. Nicq (2010), "Health Care Systems: Efficiency and Institutions", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 769, OECD Publishing, Paris,

Böhm K, Schmid A, Götze R, Landwehr C, Rothgang H. Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy*. 2013 Dec;113(3):258-69. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.09.003. Epub 2013 Sep 13. PMID: 24095274.

Moran, M. (2000). Understanding the Welfare State: The Case of Health Care. *The British Journal of Politics and International Relations*, 2(2), 135-160. <https://doi.org/10.1111/1467-856X.00031>

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.

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

Systemy financované z daní = Národní zdravotní služba



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

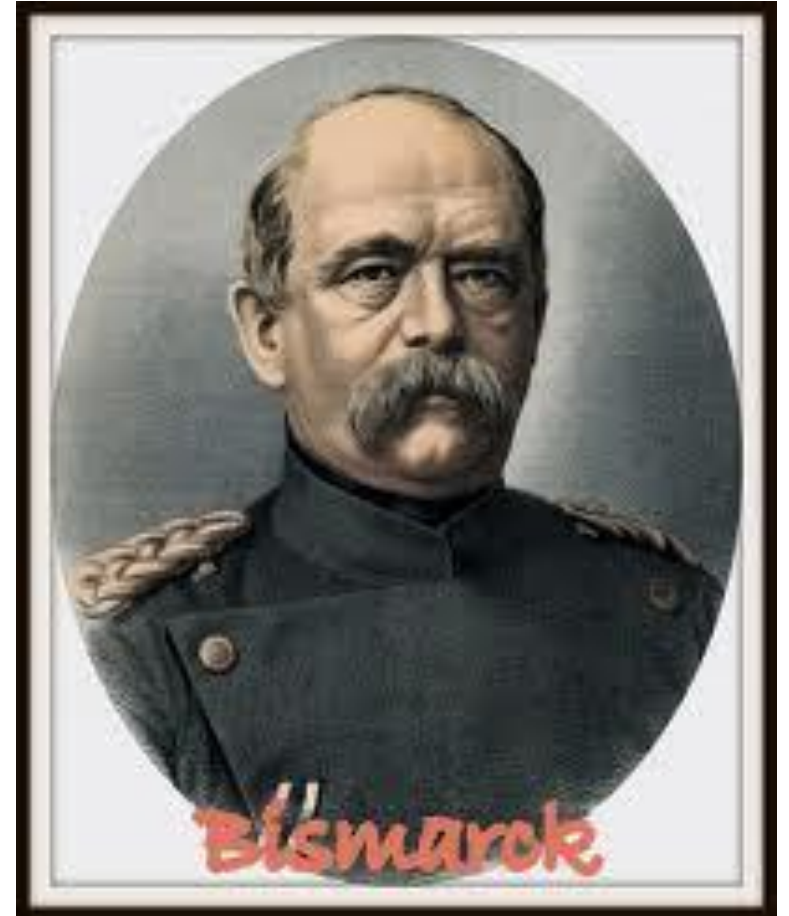
Beveridgův systém

- 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
- Dostupnost péče v čase jako hlavní slabé místo

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)

Tržní systém (USA)

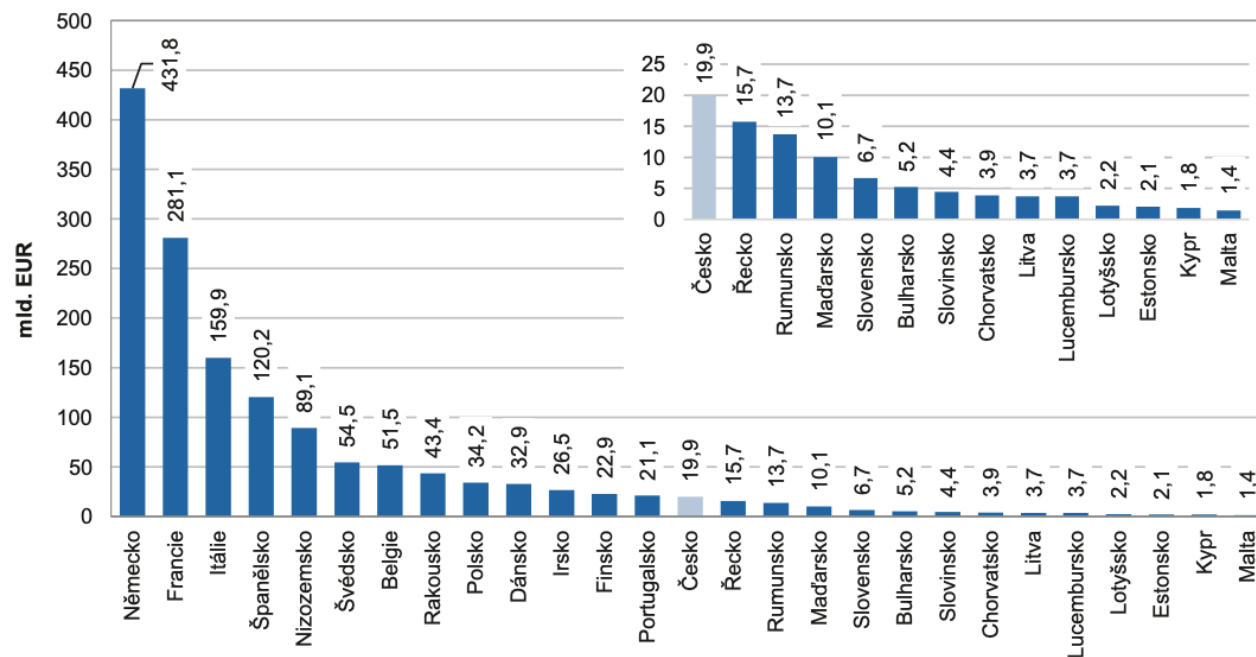
- Role státu omezená, péče není garantována, není univerzální přístup k péči
- Není povinnost se pojistit (8,4% (2022) obyvatel nepojištěno)
 - Obama care (stále 27,6 milionu (2022) nepojištěných)
- Pojištění buď individuální či skrze zaměstnavatele
- Pro některé skupiny obyvatel péče hrazena z veřejných zdrojů (Medicare, Medicaid) – starší obyvatelé, veteráni, sociálně slabší obyvatelé
- Kvalita jako hlavní hodnota systému
- Věda a výzkum na vysoké úrovni
- Nejvyšší výdaje do zdravotnictví (17,7% HDP, 2019)

Financování zdrav. péče v mezinárodním srovnání

Nejvyšší podíl výdajů na zdravotní péči na HDP byl v Německu

- Na polovině celkových výdajů se podílí Německo (30%, přes 400 MLD EUR) a Francie (19%, téměř 300 MLD EUR)
- Přes 100 MLD EUR Itálie a Španělsko, blížilo se Nizozemí
- Většina zemí výdaje pod 50 MLD EUR
- ČR 19,9 MLD

Celkové výdaje na zdravotní péči v zemích EU v roce 2020 v mld. EUR

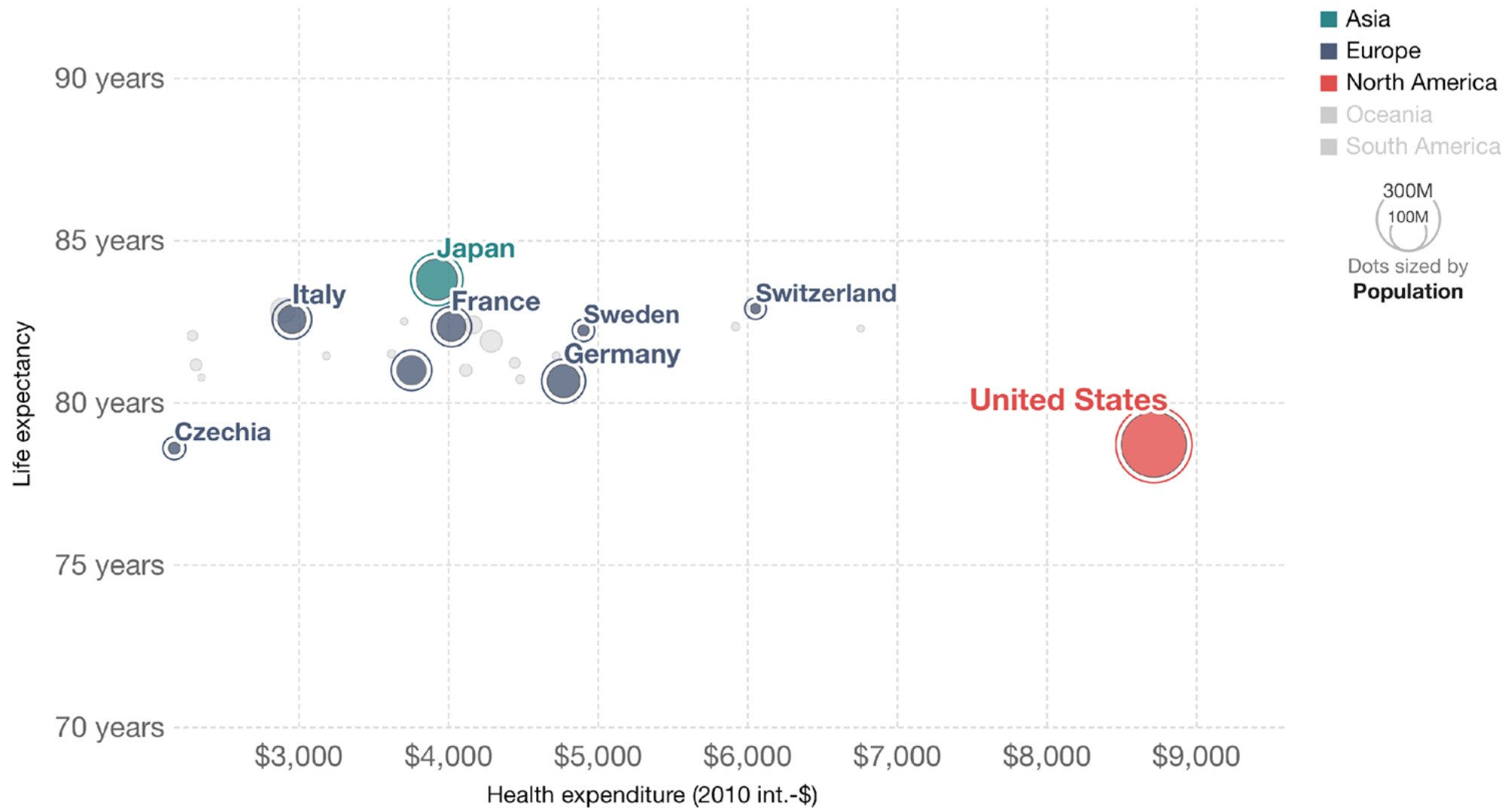


Zdroj: Databáze Eurostatu (2023) a vlastní dopočty ČSÚ

Zdroj: Výsledky zdravotnických účtů ČR 2017–2022, ČSÚ

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).



Source: Data compiled from multiple sources by World Bank, Health Expenditure and Financing - OECDstat (2017)
OurWorldInData.org/the-link-between-life-expectancy-and-health-spending-us-focus • CC BY

Trendy zdravotních systémů

Preventivní zaměření zdravotnictví

Přesun těžiště z nemocniční do ambulantní péče

Primární péče jako těžiště systémů

Změna paternalistického pojetí vztahu lékař – pacient

**Důraz na kontrolu kvality poskytovaných služeb
eHealth**

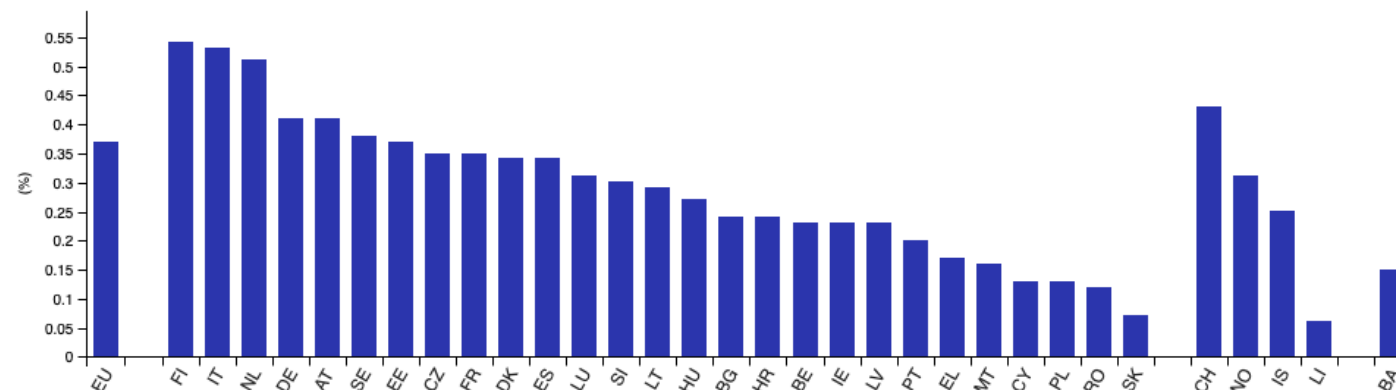
Regulace nákladů

Nadresortní přístup v péči o zdraví

Výdaje na prevenci

- Členské státy EU vynaložily v roce 2020 (první rok COVID-19) na preventivní zdravotní péči 49,9 miliardy EUR. Průměrné výdaje na prevenci v EU tvoří 3,4% ze celkových zdravotních výdajů, což je 0,37% z HDP.
- Německo vynaložilo na preventivní zdravotní péči 13,9 miliardy EUR, což je nejvyšší hodnota mezi členskými státy; bylo také jediným členským státem, který vynaložil více než 10 miliard EUR.
- Čtyři další členské státy vynaložily v roce 2020 na preventivní zdravotní péči více než 3,0 miliardy EUR, Itálie (8,7 mld. EUR), Francie (8,0 mld. EUR), Nizozemsko (4,1 mld. EUR) a Španělsko (3,8 mld. EUR).
- Na opačném konci žebříčku jsou Kypr (28,9 milionu eur) a Malta (20,5 milionu eur), které zaznamenaly nejnižší hodnoty v celé EU.
- ČR vynaložilo 747 milionu EUR

Current expenditure on preventive healthcare relative to GDP, 2020

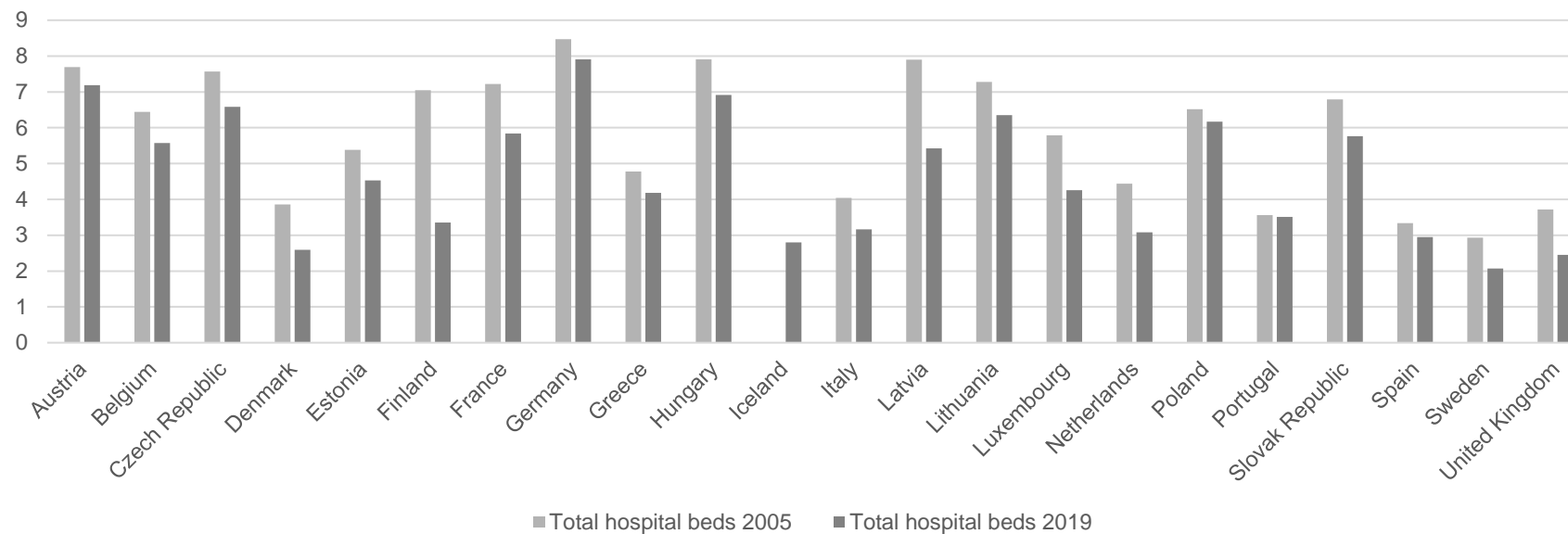


EU, Malta, Poland and Norway: provisional.

Source: Eurostat (online data code: hlth_sha11_hc)

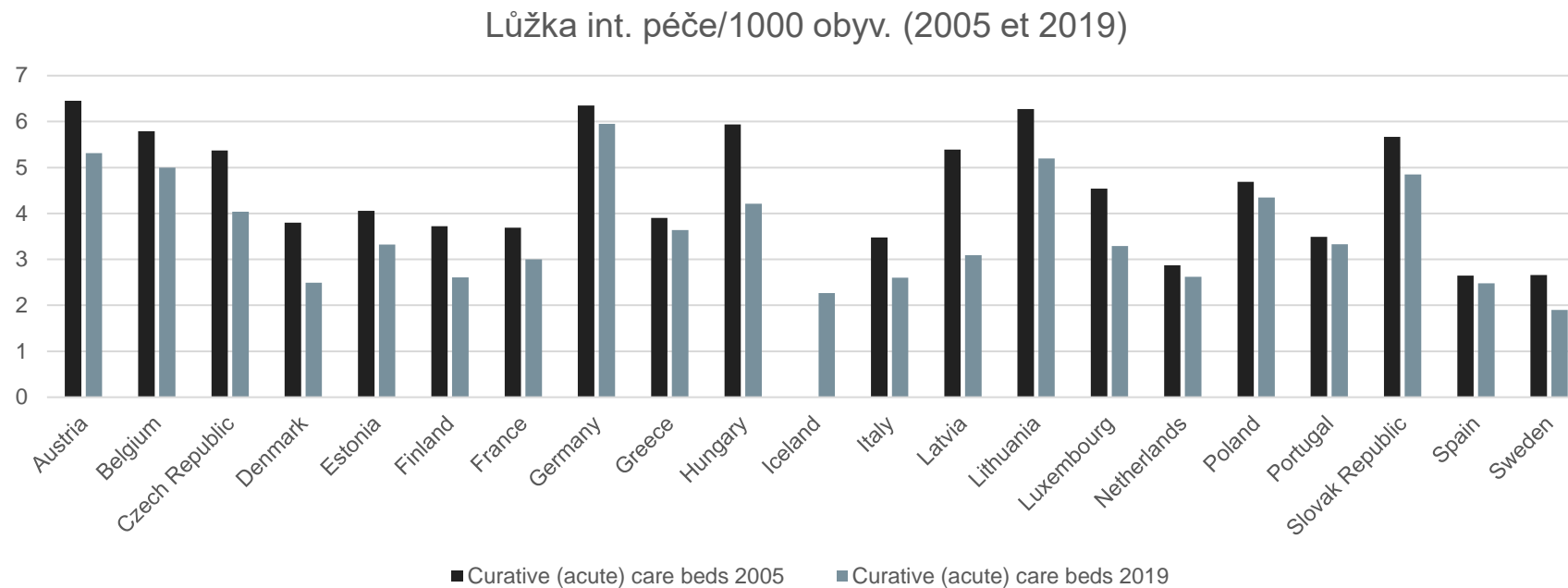
eurostat

Nemocniční lůžka



- Zdroj: OECD.Stat

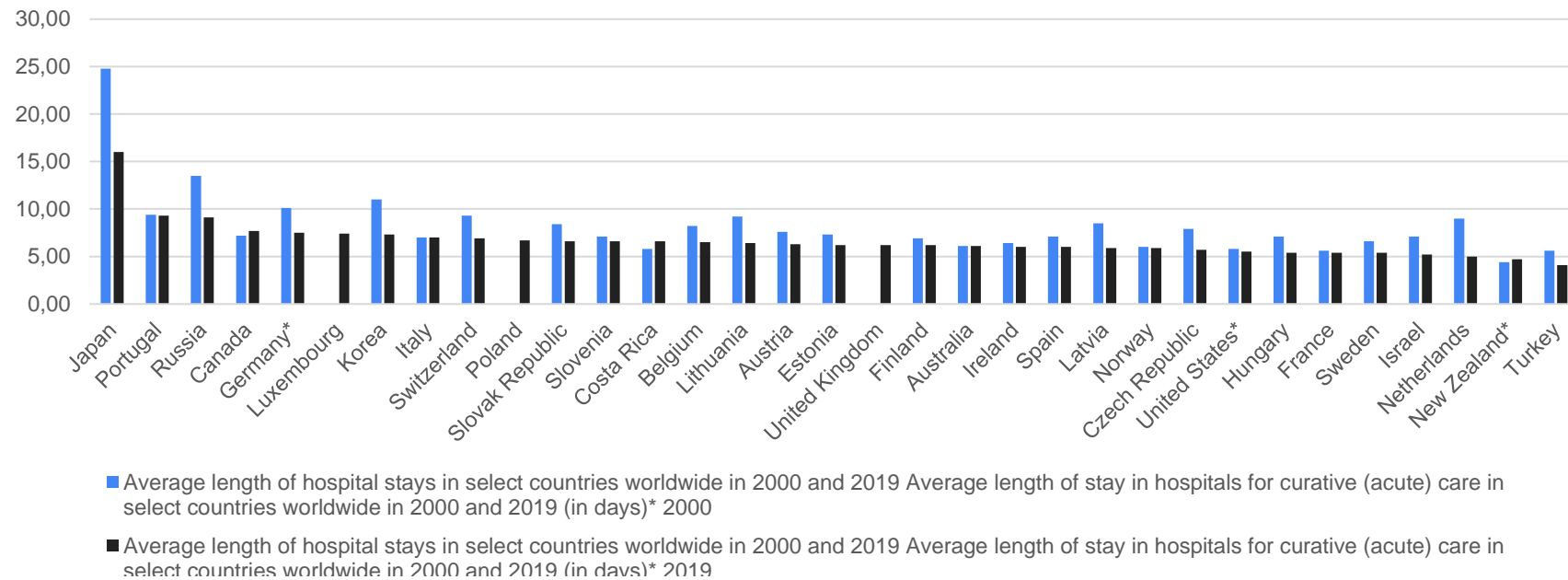
Nemocniční lůžka (2005 – 2019)



- Zdroj: OECD.Stat

Lůžka intenzivní péče (2005 – 2019)

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



- Zdroj: stats.oecd.org

Průměrná délka hospitalizace (2000 – 2019)

Posílit primární péči?



PRAKTICKÝ LÉKAŘ



Kompetence

Lidské
předpoklady

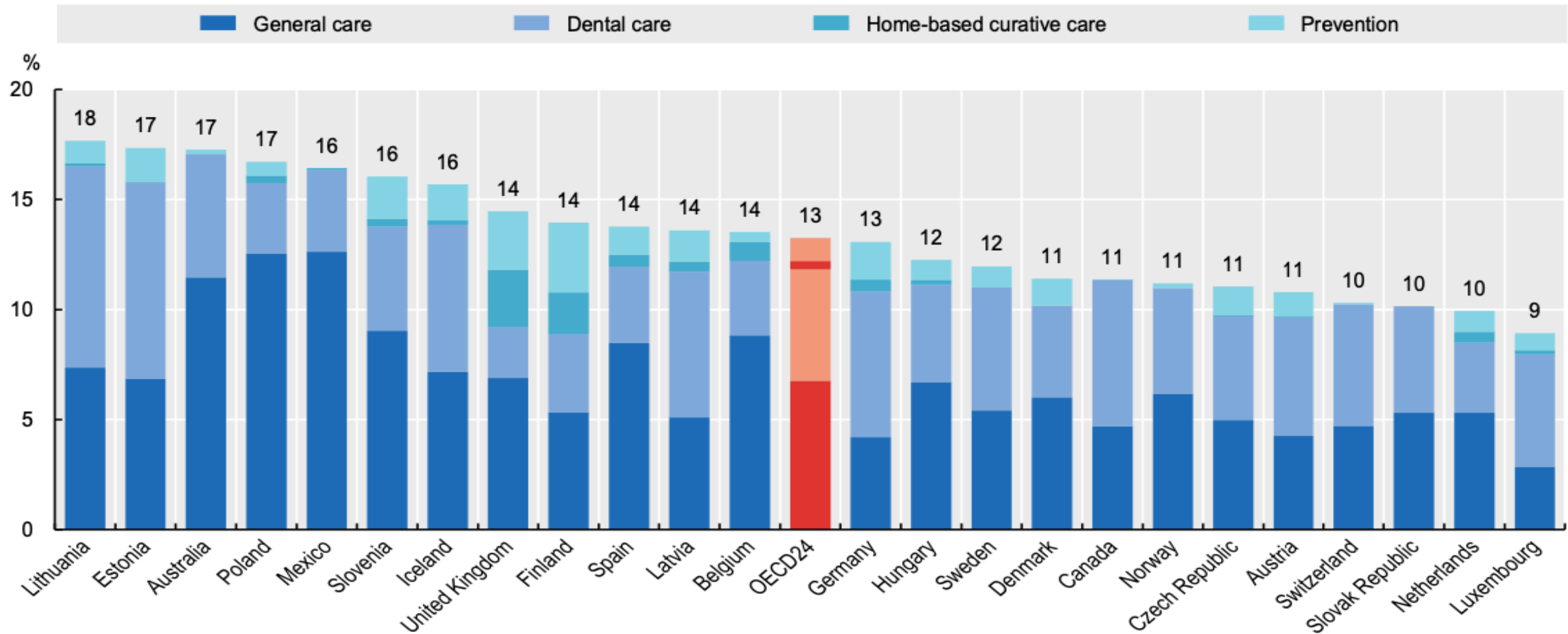
Kvalita

Vybavení

Management

Interdisciplinární
spolupráce

Celoživotní
učení



Source: OECD Health Statistics 2021.

Výdaje na primární péči jako procento z celkových výdajů

Posílení primární péče

Potenciál:

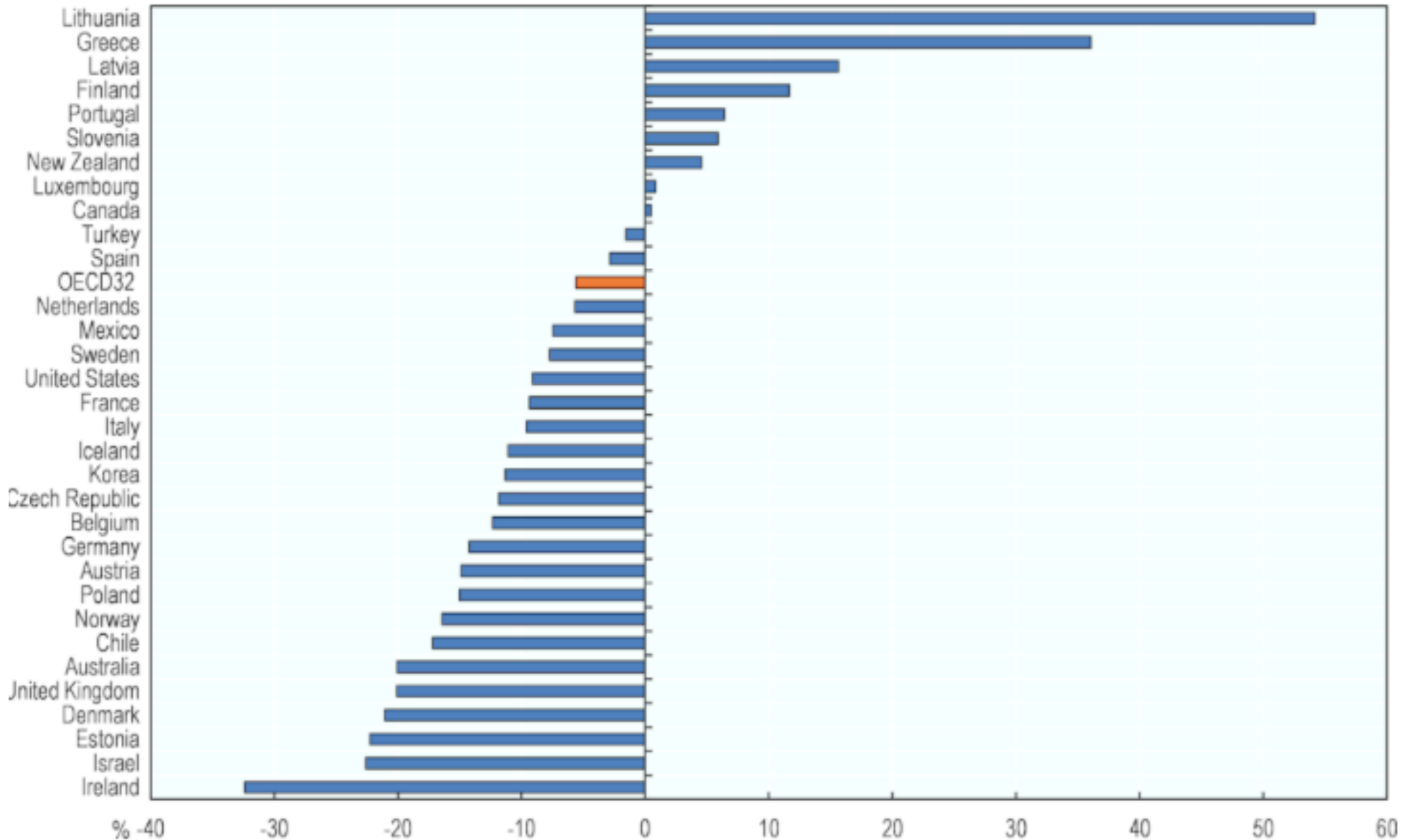
- Zlepšit zdravotní stav (především u některých skupin populace)
- Systém zdravotní péče se stává více cíleným na pacienta
- Zefektivnění systému

Nezbytné (především) protože :

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

Důležitost primární péče
zdůrazněna pandemií
COVID-19

Praktičtí lékaři



Ve většině zemí OECD ubývá praktických lékařů

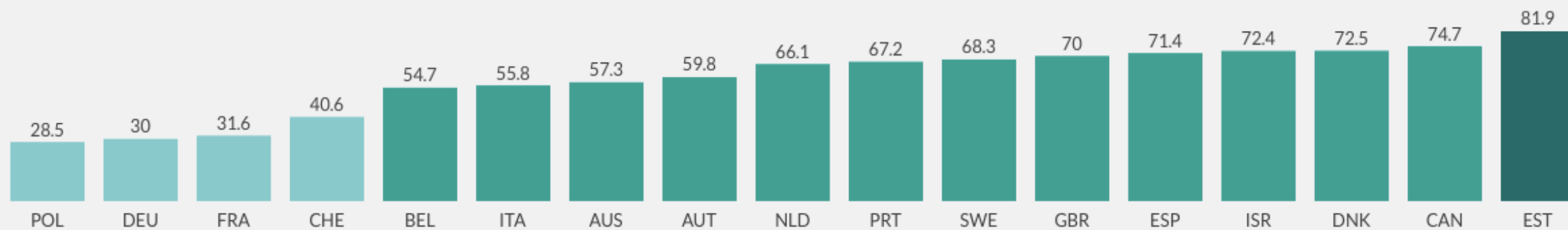
Obrázek ukazuje rozdíl mezi lety 2000 a 2017

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 rádčem v procesu rozhodování o léčbě a v jejím průběhu.



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](#)
- OECD (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
- Viola Burau & Robert H. Blank (2006) Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems, Journal of Comparative Policy Analysis, 8:01,63-76, DOI: 10.1080/13876980500513558

Obhajoby

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Fuhq3fuJ4uagO0rg0ItmW-oZoPXwJsuFahJ8FZI3nlo/edit#gid=0>