

6. Hodnocení zdravotnického systému

6MOMZ1

Management ve zdravotnictví

doc. Ing. Peter Pažitný, MSc., PhD.

Ing. Daniela Kandilaki, Ph.D.



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

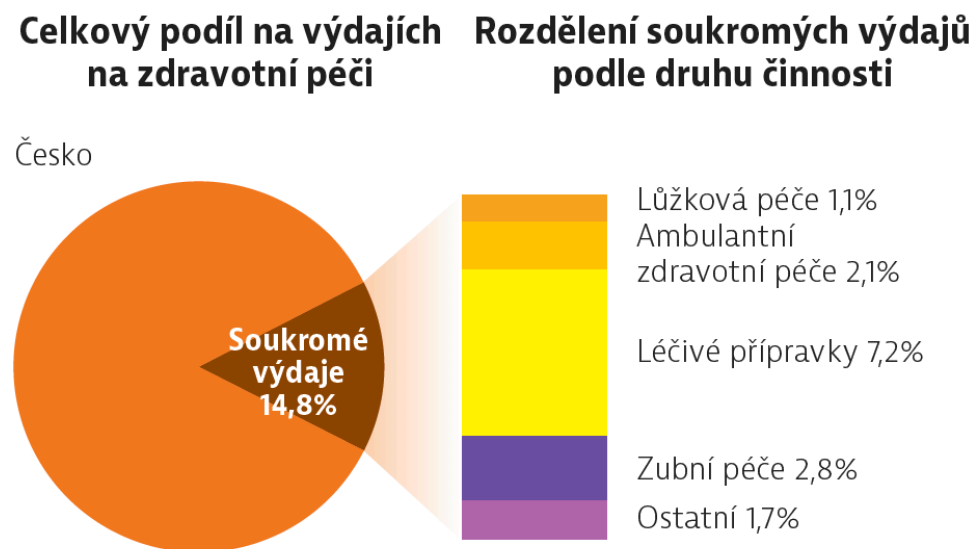
MŠMT
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

OBSAH

1. Finanční ochrana a spravedlnost ve financování
2. Zkušenosti uživatelů a rovnost přístupu ve zdravotní péči
3. Zdravotní výsledky, výsledky zdravotních služeb a kvalita péče

1. Finanční ochrana

- Závisí na tom, do jaké míry jsou lidé chráněni před finančními následky nemoci
- Pokud pacient musí z kapsy vyplácet velký podíl z celkových výdajů na zdravotní péči, finanční zabezpečení poskytovaná zdravotním systémem je omezená
- V roce 2017 platby pacientů OOP za zdravotnické služby dosáhly 15% celkových výdajů na zdravotnictví
- ČR má celkově nízký podíl plateb OOP na celkových zdravotních výdajích ve srovnání s průměry EU



Zdroje: OECD Health Statistics 2019 (údaje za rok 2017).



1. Finanční ochrana

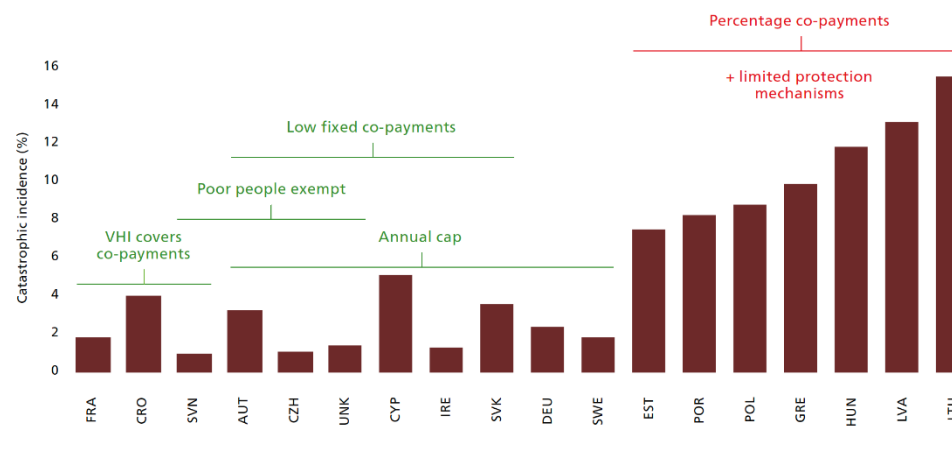
- Vysoké platby OOP mohou představovat překážky pro přístup ke zdravotní péči
- Podle Průzkumu o příjmech a životních podmínkách Eurostatu byla v ČR v roce 2013 nesplněná potřeba (unmet need) lékařské prohlídky 14,2%, což bylo o něco méně než průměr EU28 (16,3%)
- V roce 2013 pouze 1% populace v rámci nejnižšího příjmového kvintilu tvrdila, že nebyla schopna uspokojit své potřeby, protože péče byla příliš nákladná (Eurostat, 2015)
- To je výrazně nižší než průměr EU29 (4,9%) a je podstatně nižší než v zemích srovnatelných z pohledu HDP, jako je Maďarsko (5,9%) a Polsko (6,6%)
- Nedávný nárůst tohoto podílu z 0,6% v roce 2006 na 1,0% v roce 2013 se shodoval s reformní činností zaměřenou na fiskální konsolidaci ve zdravotnictví, zejména zavedením uživatelských poplatků v roce 2008 (Eurostat, 2015).

1. Finanční ochrana

- Soukromé výdaje na obyvatele jako podíl na celkových výdajích domácností v ČR v roce 2013 byly nejvyšší u osob s nejnižšími příjmy, proto:
 - osvobození od uživatelských poplatků pro osoby s nízkými příjmy
 - zavedení ročního stropu vybraných uživatelských poplatků a souvisejících plateb na léčivé přípravky na předpis
 - Lék plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění v každé ATC skupin
- Celkově nabízí český zdravotní systém vysokou úroveň finanční ochrany

Fig. 35. Catastrophic incidence and the design of co-payments for outpatient medicines in high-income countries

Source: WHO Regional Office for Europe.





1. Vertikální spravedlnost ve financování

- Spravedlnost ve financování je nejčastěji spojována s konceptem vertikální spravedlnosti (Wagstaff & van Doorslaer, 2000)
- Vertikální spravedlnost se týká myšlenky, že lidé s vyšší platící schopností by měli platit více než lidé s nižší platící schopností
- Vertikální spravedlnost v oblasti financování zdravotnické péče lze nejlépe dosáhnout progresivním systémem financování (WHO, 2000) - osoby s vyššími příjmy platí větší podíl svých příjmů, zatímco osoby s nižšími příjmy přispívají menším podílem svých příjmů
- Progresivní daňový systém nabízí potenciál větší vertikální rovnosti než přiměřené zdanění



1. Vertikální spravedlnost ve financování

- Platby OOP jsou zpravidla regresivní a mají nejnižší potenciál k zajištění vertikální spravedlnosti
- Příspěvky na veřejné zdravotní pojištění zaměstnanců jsou založeny na mzdách
- Poměrné až do zavedení ročního stropu příspěvků v lednu 2008
- Od roku 2008 byl zaveden roční strop 1 034 880 Kč (72x průměrná mzda) a financování systému bylo mírně regresivní
- V roce 2012 byl roční strop 1 809 864 Kč
- Roční strop byl v roce 2013 dočasně a v roce 2014 trvale zrušen

1. Vertikální spravedlnost ve financování

Soukromé výdaje domácností na zdraví v průměru činili 2,4% celkových výdajů domácností



Pro srovnání, průměrné výdaje domácností na alkoholické nápoje a tabák činily 2,5% celkových výdajů domácností



1. Vertikální spravedlnost ve financování

- Rozložení soukromých výdajů na obyvatele podle zdravotního stavu odhalilo větší rozdíly než distribuce podle decilů příjmů domácností
- V domácnostech zaměstnanců a nezaměstnaných osob představují výdaje na zdraví 1,7% zatímco domácnosti důchodců vykazují výrazně vyšší podíl (3,9%)





1. Vertikální spravedlnost ve financování

- Největší část příjmů v českém zdravotním systému jsou mzdové příspěvky
- Pracující populace nese stále větší zátěž financování zdravotního systému ve srovnání s ekonomicky neaktivní populací
- Systém zdravotní péče celkově nabízí poměrně vysoký stupeň vertikální spravedlnosti ve financování, což je také podpořeno nízkým podílem - zejména regresivních - plateb OOP



2. Uživatelská zkušenost

- Národní průzkum spokojenosti občanů s českým zdravotním systémem se provádí nejméně jednou ročně (CVVM)
- Podíl spokojených osob se zdravotním stavem převyšoval počet nespokojených v roce 2019 (41% vs. 22%)
- To představuje výrazný nárůst od roku 2008, kdy bylo spokojeno pouze 27% respondentů a 44% nespokojených
- Počet zdravotních sester hodnotí jako „velmi velký“ nebo „velký“ problém přibližně sedm desetin (72 %) Čechů.
- Pro zhruba stejný podíl (70%) obyvatel je „velmi velký“ nebo „velký“ problém také nedostatečný počet lékařů
- Jako třetí nejzávažnější problém vidí Češi financování veřejného zdravotnictví.



2. Uživatelská zkušenost

Se zdravotním systémem v Česku jsou spokojeny více než dvě pětiny lidí, 22 procent Čechů je nespokojeno a zhruba třetina se přiklonila k odpovědi „ani spokojena, ani nespokojena“. Vyplývá to z prosincového průzkumu Centra pro výzkum veřejného mínění (CVVM). Meziročně spokojenost lidí se zdravotním systémem v Česku klesla. Z problémů ve zdravotnictví čeští občané hodnotí nejzávažněji nedostatek sester a lékařů.

2. Uživatelská zkušenost

- V roce 2008 byl zahájen projekt nazvaný "Kvalita očima pacientů"
- Založen na dobrovolné účasti a zaměřen na monitorování spokojenosti nemocničních pacientů s faktory, které přímo nesouvisejí se zdravotními výsledky nebo s lékařskou vhodností péče (např. Kvalita jídla, postoj personálu atd.)



RATING ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ PODLE PROJEKTU KVALITA OČIMA PACIENTŮ				
RATING	Přímo řízené organizace Ministerstva zdravotnictví (v závorce uveden rok sběru hodnocených dat)			Ostatní zdravotnická zařízení (v závorce uveden rok sběru hodnocených dat)
	Fakultní nemocnice a ústavy	Psychiatrické léčebny	Rehabilitační ústavy	
A+ <i>významně nadstandardní</i>	FN Plzeň (2013) FN Ostrava (2013) Masarykův onkol. ústav v Brně (2013) Nemocnice Na Homolce (2013) FN Olomouc (2012) FN Hradec Králové (2011) FN Thomayerova (2011) Všeobecná FN v Praze (2010) IKEM (2010) FN v Motole (2010)	PL Jihlava (2013) PL Cervený Dvůr (2011) PL Bílá Voda (2011) PL Kosmonosy (2010)	RÚ Kladruhy (2013) Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé (2010)	Ústřední vojenská nemocnice Praha (2013) Institut onkol. a rehabilitace Na Pleši (2014) Krajská nemocnice Liberec (2013) Nemocnice Znojmo (2013) Masarykova městská nem. v Jilemnici (2011) Nemoc. Jablonec n.N.(2011) ON Příbram (2012) Nemocnice Frydlant (2008) Nemocnice Turnov (2008) ON Benešov (2007) ON Kolín (2007) ON Mladá Boleslav (2007)
A <i>nadstandardní</i>	FN Na Bulovce (2010)	PL Bohnice (2013)		Nemoc. Na Františku (2008) Nemocnice Tanvald (2008) Nemocnice Litomyšl (2007)
A- <i>standardní</i>	FN Královské Vinohrady (2011)	PL Horní Bečkovice (2011) PL Kroměříž (2011) PL Brno (2009)	RÚ Hrabyně (2011)	Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa (2011)
B+ <i>mírně pod standardem</i>	FN u sv. Anny v Brně (2011)			Krajská nemocnice T. Bati (2012)
B <i>pod standardem</i>	FN Brno (2010)	PL Havlíčkův Brod (2010)		
B- <i>významně pod standardem</i>	Ústav pro péči o matku a dítě (2010)	PL Dobřany (2010)		Nemocnice Mělník (2012)



2. Uživatelská zkušenost

Vláda se pokoušela zlepšit zkušenosti uživatelů následujícími způsoby:

1. Zákon o zdravotních službách a Zákon o specifických zdravotnických službách

- Posilují práva pacientů, například důvěrnost informací a zapojení pacientů do rozhodování o léčbě

2. Vláda vydala v roce 2012 vyhlášku stanovující maximální čekací lhůty pro postupy považované za relativně naléhavé (např. Zahájení léčby u nově diagnostikovaných případů roztroušené sklerózy) nebo pro postupy se zvláště dlouhými čekacími dobami (jako je náhrada kyčelního kloubu)

- Zdravotní pojišťovny jsou odpovědné za splnění stanovených cílů



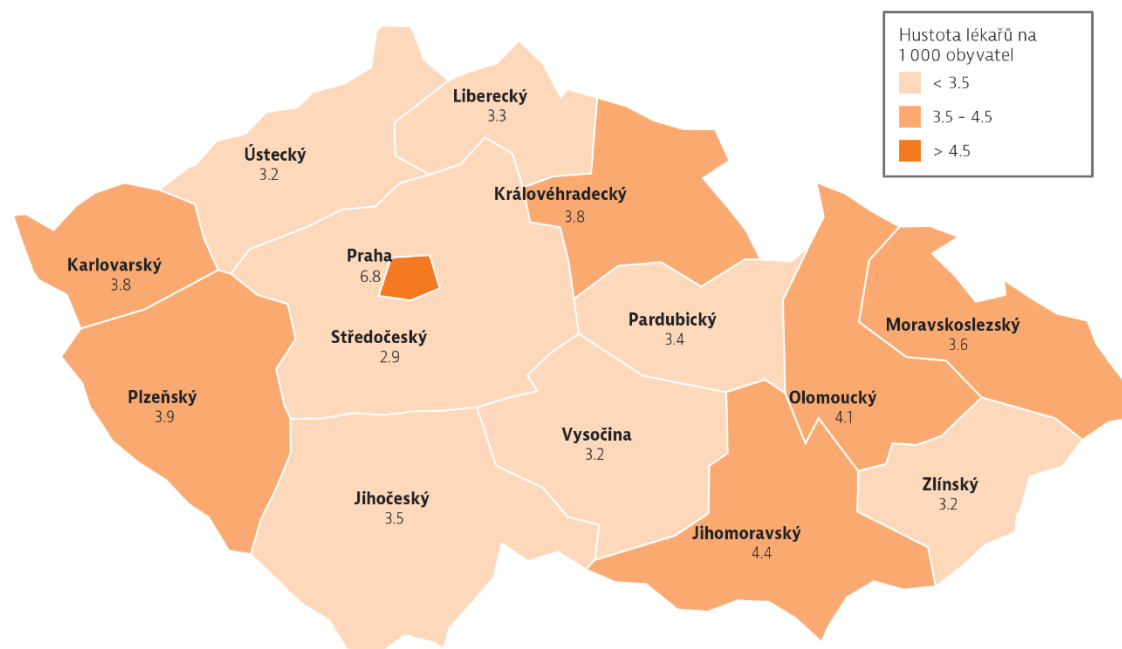
2. Rovnoměrný přístup ke zdravotní péči

- Rovnost přístupu je spojen s konceptem horizontální spravedlnosti
 - Odkazuje na rovný přístup pro stejnou potřebu
 - Přístup ke službám závisí na řadě faktorů, včetně finančních, geografických a informačních, a ve všech těchto případech mohou bránit poskytování péči
- ČR má vysokou úroveň horizontální spravedlnosti
 - Pokrytí zdravotních služeb je poměrně rozsáhlé s neobvykle širokou škálou služeb a výhod
 - Poskytována bez ohledu na socioekonomické charakteristiky (jako jsou příjmy nebo povolání - s výjimkou některých služeb pro vojenský personál nebo speciálních preventivních programů poskytovaných zaměstnavatelem)

V. Rovnoměrný přístup ke zdravotní péči

- Český zdravotní systém má stále z evropské perspektivy vysoký počet lékařů
- Distribuce zdravotnických pracovníků v jednotlivých regionech se však značně liší

Obrázek 18. Kraje s nejvyšší hustotou lékařů na obyvatele mají více než dvojnásobný počet lékařů než kraje s nejnižší hustotou



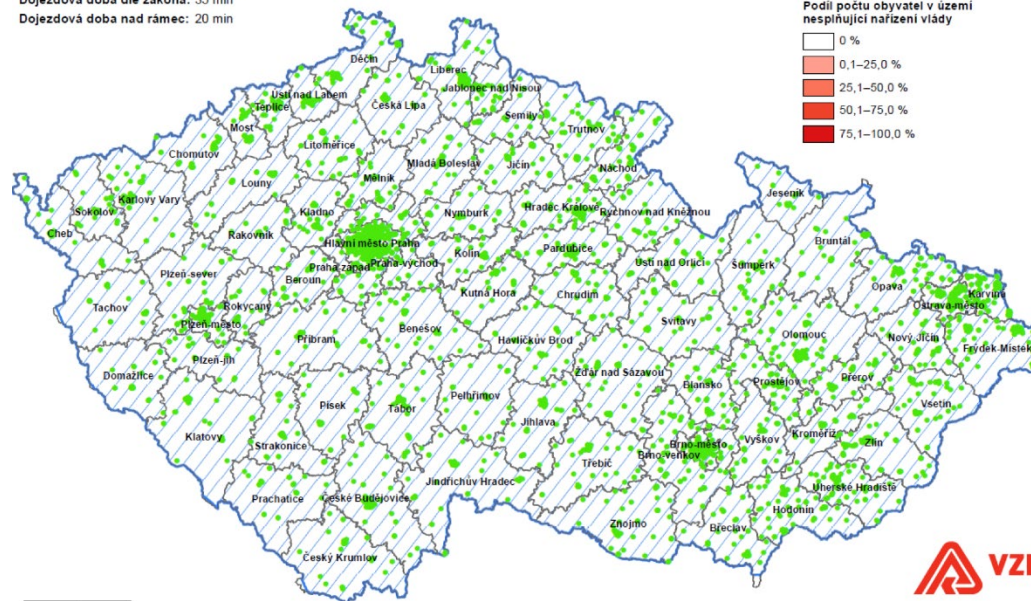
Poznámka: Údaje za rok 2016.
Zdroj: ÚZIS 2017.

2. Rovnoměrný přístup ke zdravotní péči

- Čekací doby se mezi oblastmi a mezi poskytovateli zdravotních služeb významně liší u plánovaných postupů, jako jsou náhrada kyčelního nebo kolenního kloubu a operace katarakty
- Přestože nové smlouvy uzavřené se zdravotními pojišťovnami od roku 2008 již vedly k podstatnému zlepšení čekací doby, zůstávají regionální rozdíly v dostupnosti zdravotnických služeb klíčovou výzvou pro českou zdravotní politiku
- Vyhláška o místní a časové dostupnosti

Analýza místní dostupnosti zdravotních služeb

Odbornost: 014 - Pracoviště praktického zubního lékaře
Dojezdová doba dle zákona: 35 min
Dojezdová doba nad rámec: 20 min





2. Rovnoměrný přístup ke zdravotní péči

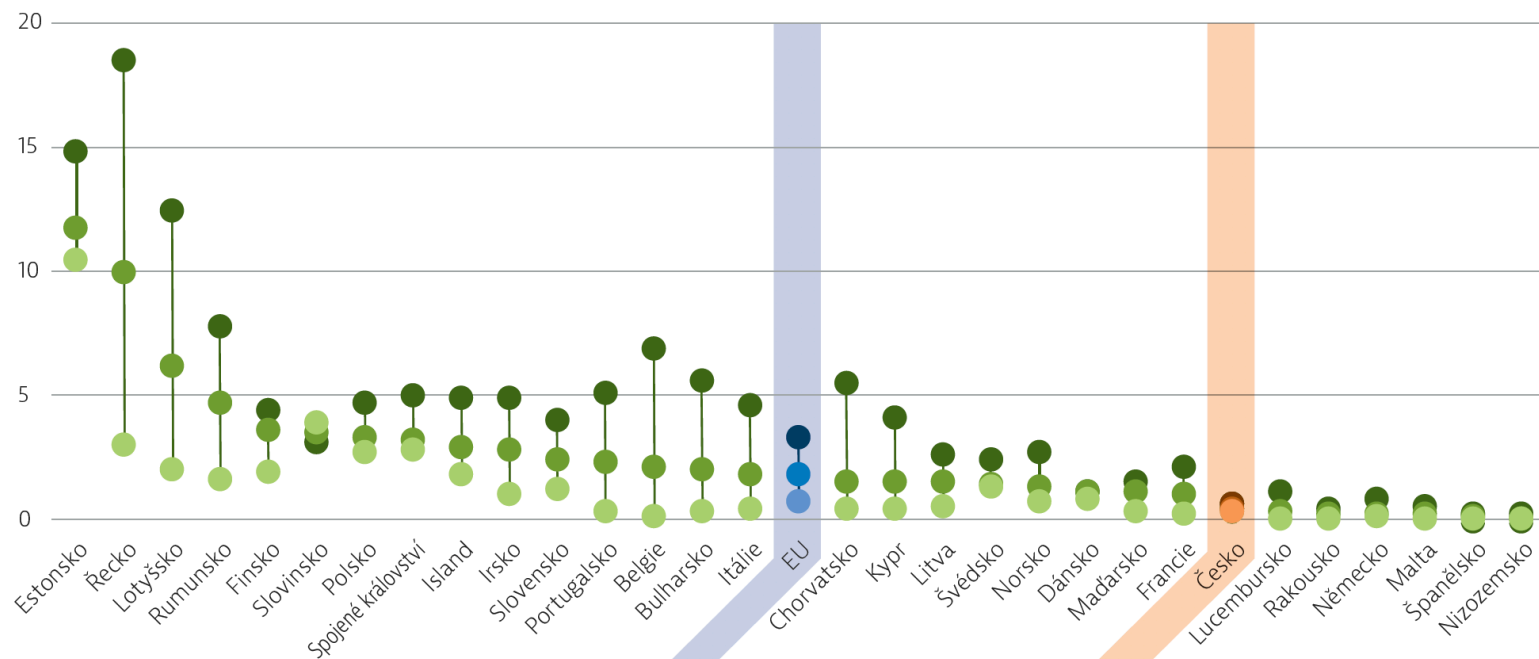
- V roce 2008 byly zavedeny uživatelské poplatky s cílem snížit nadměrné využití zdravotnických služeb
- Zavedení uživatelských poplatků způsobilo mnoho diskusí a návrh systému poplatků byl několikrát změněn
- Odpůrci se obávali, že uživatelské poplatky budou mít významný vliv na poptávku po zdravotnických službách a mohou snížit rovnost přístupu
- V roce 2014, několik let po zavedení uživatelských poplatků, je vysoké využívání zdravotní péče stále vnímáno jako větší problém než uživatelské poplatky
- Počet ambulantních kontaktů (11,3 na obyvatele) zdaleka překročil průměr EU15 o 6,9 návštěv.

2. Rovnoměrný přístup ke zdravotní péči

Obrázek 16. Neuspokojená potřeba zdravotní péče uváděná respondenty je hluboko pod průměrem EU

% uvádějících neuspokojenou potřebu zdravotní péče

● Vysoký příjem ● Celá populace ● Nízký příjem

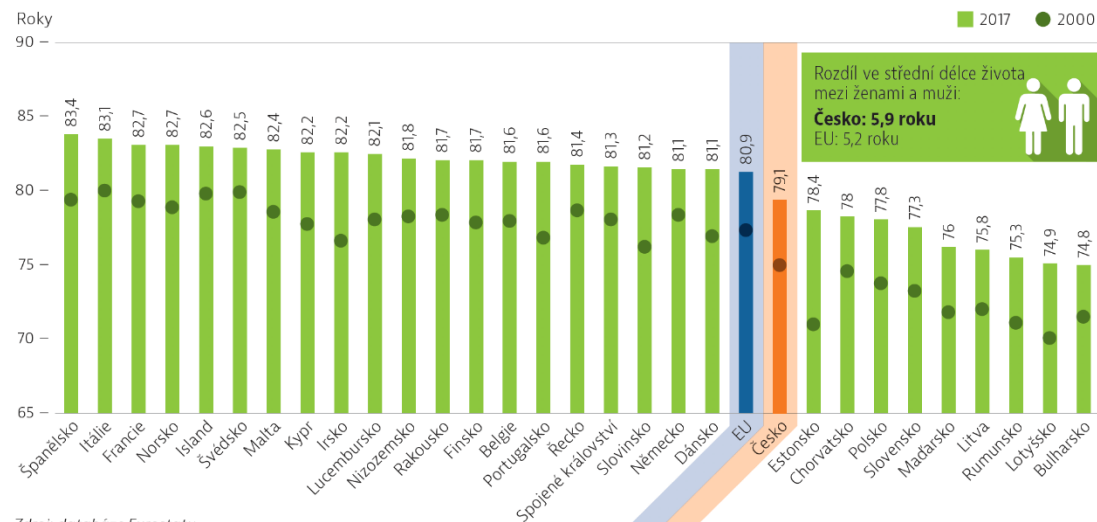


Poznámka: Údaje se týkají potřeby lékařského vyšetření nebo léčby neuspokojené kvůli nákladům, cestovní vzdálenosti nebo čekací době. Při srovnávání údajů z různých zemí je nutná obezřetnost, neboť existují odchylky ve způsobu provedení průzkumu.
Zdroj: databáze Eurostatu podle EU-SILC (údaje za rok 2017).

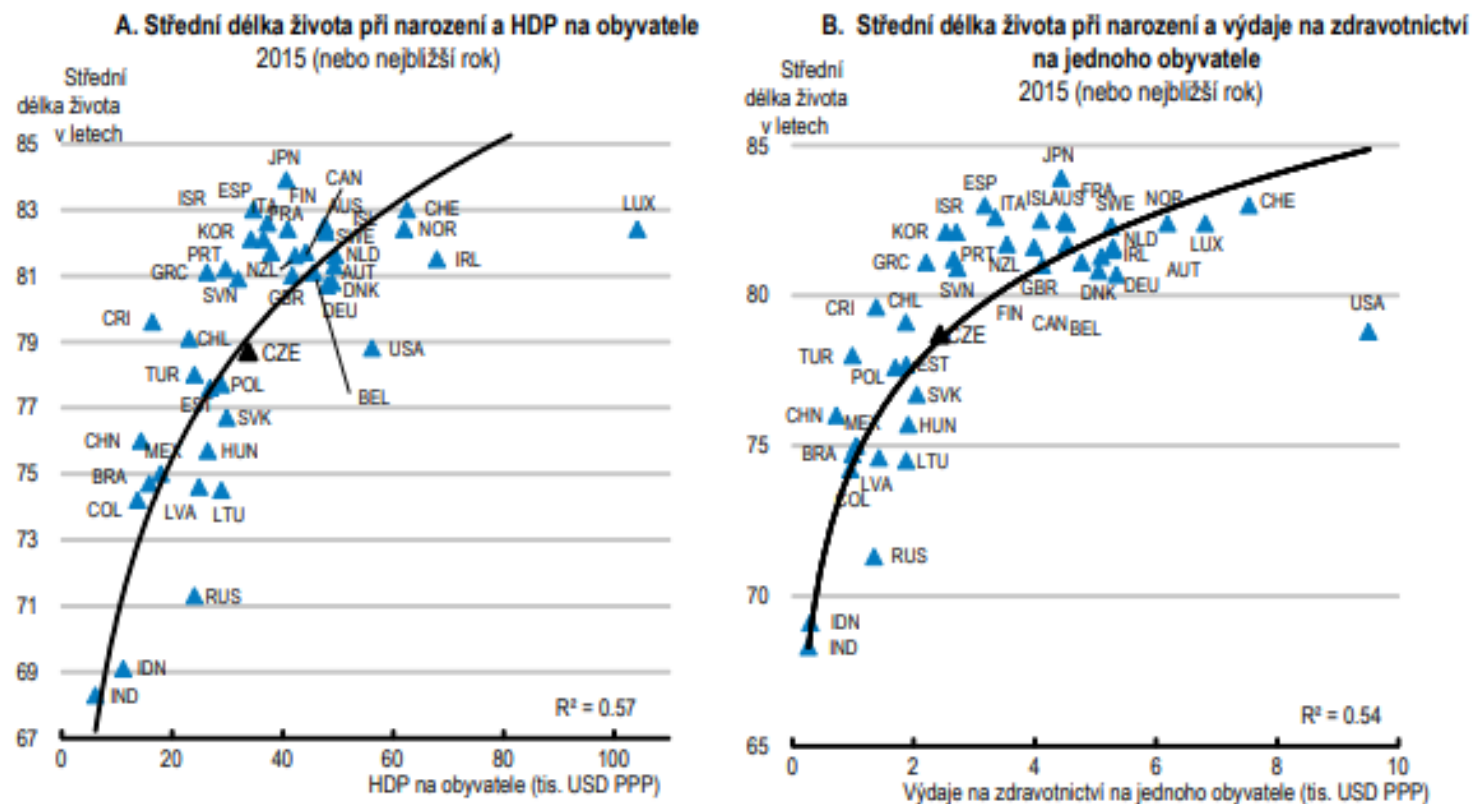
3. Zdravotní stav obyvatelstva

- Výsledky zdravotního stavu obyvatel ČR jsou poměrně variabilní
 - Některé důležité zdravotní ukazatele jsou lepší než průměry EU (například úmrtnost způsobená respirační chorobou) nebo dokonce mezi nejlepšími na světě (jako je dětská úmrtnost)
 - Na druhé straně průměrná délka života je stále pod průměrem EU15

Obrázek 1. Střední délka života při narození v Česku je téměř dva roky pod průměrem EU



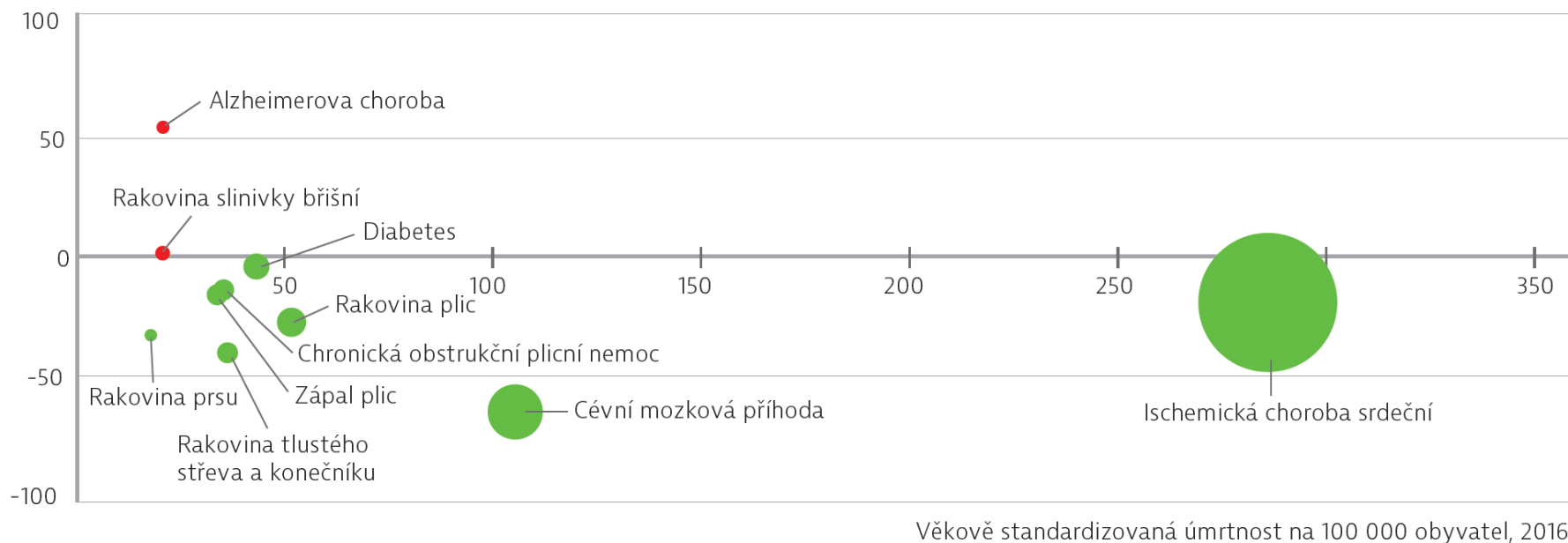
Prestonova krivka



3. Zdravotní stav obyvatelstva

Obrázek 3. I když hlavními příčinami úmrtí jsou srdeční onemocnění a cévní mozková příhoda, roste počet úmrtí na Alzheimerovu chorobu

% změna 2000–2016 (nebo nejbližší rok)



Poznámka: Velikost bublin je úměrná míře úmrtnosti v roce 2016. Zvýšení úmrtnosti na Alzheimerovu chorobu je z velké části způsobeno změnami v diagnostice a v kódování příčin smrti.

Zdroj: databáze Eurostatu.

3. Zdravotní stav obyvatelstva

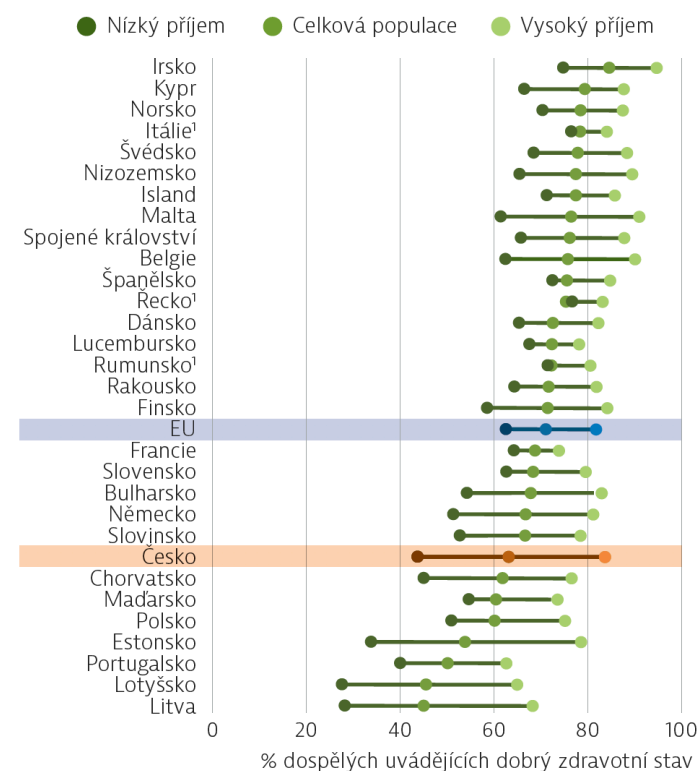
Tři pětiny obyvatel uvádějí, že jejich zdravotní stav je dobrý, ale existují výrazné rozdíly mezi příjmovými skupinami

Rozdíly mezi příjmovými skupinami jsou však značné a patří k nejvyšším v EU.

Více než 80% osob v nejvyšším příjmovém kvintilu považuje svůj zdravotní stav za dobrý

Zatímco u osob v nejnižším příjmovém kvintilu je to pouze 42%.

Obrázek 4. Nerovnosti v oblasti subjektivně vnímaného zdraví v závislosti na příjmech jsou významné

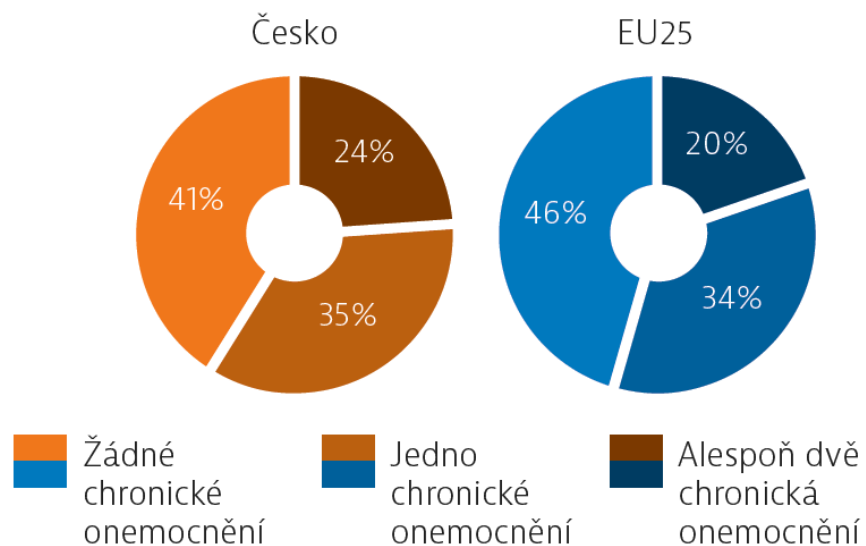


Poznámka: 1. Podíly za celé obyvatelstvo a za obyvatele s nízkými příjmy jsou zhruba stejné.

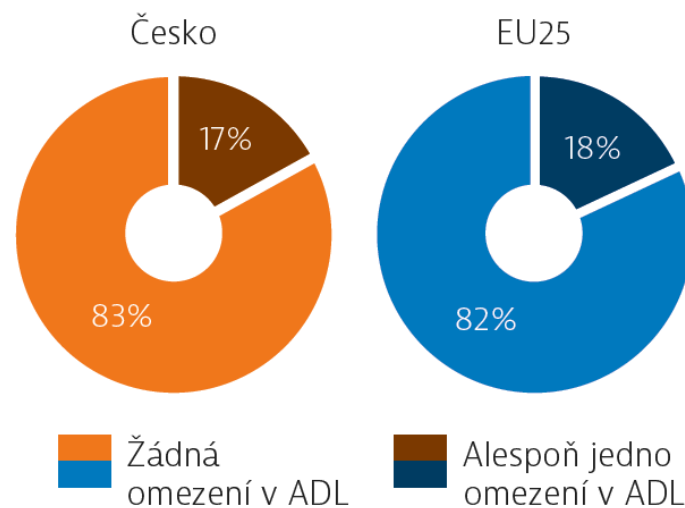
Zdroj: databáze Eurostatu podle EU-SILC (údaje za rok 2017).

3. Zdravotní stav obyvatelstva

% lidí ve věku 65+ uvádějících chronická onemocnění¹



% lidí ve věku 65+ uvádějících omezení při základních každodenních činnostech (ADL)²





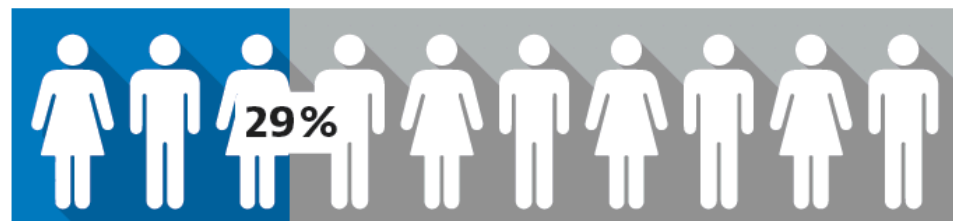
3. Zdravotní stav obyvatelstva

% lidí ve věku 65+ uvádějících příznaky deprese³

Česko



EU11





3. Zdravotní stav Obyvatelstva

- Odvrátitelná úmrtnost = úmrtnost, která je citlivá na zdravotní intervence i po nástupu onemocnění
- Preventivní úmrtnost = úmrtnost, kterou lze předejít individuálním chováním, jako je odvykání kouření (Nolte et al., 2012)



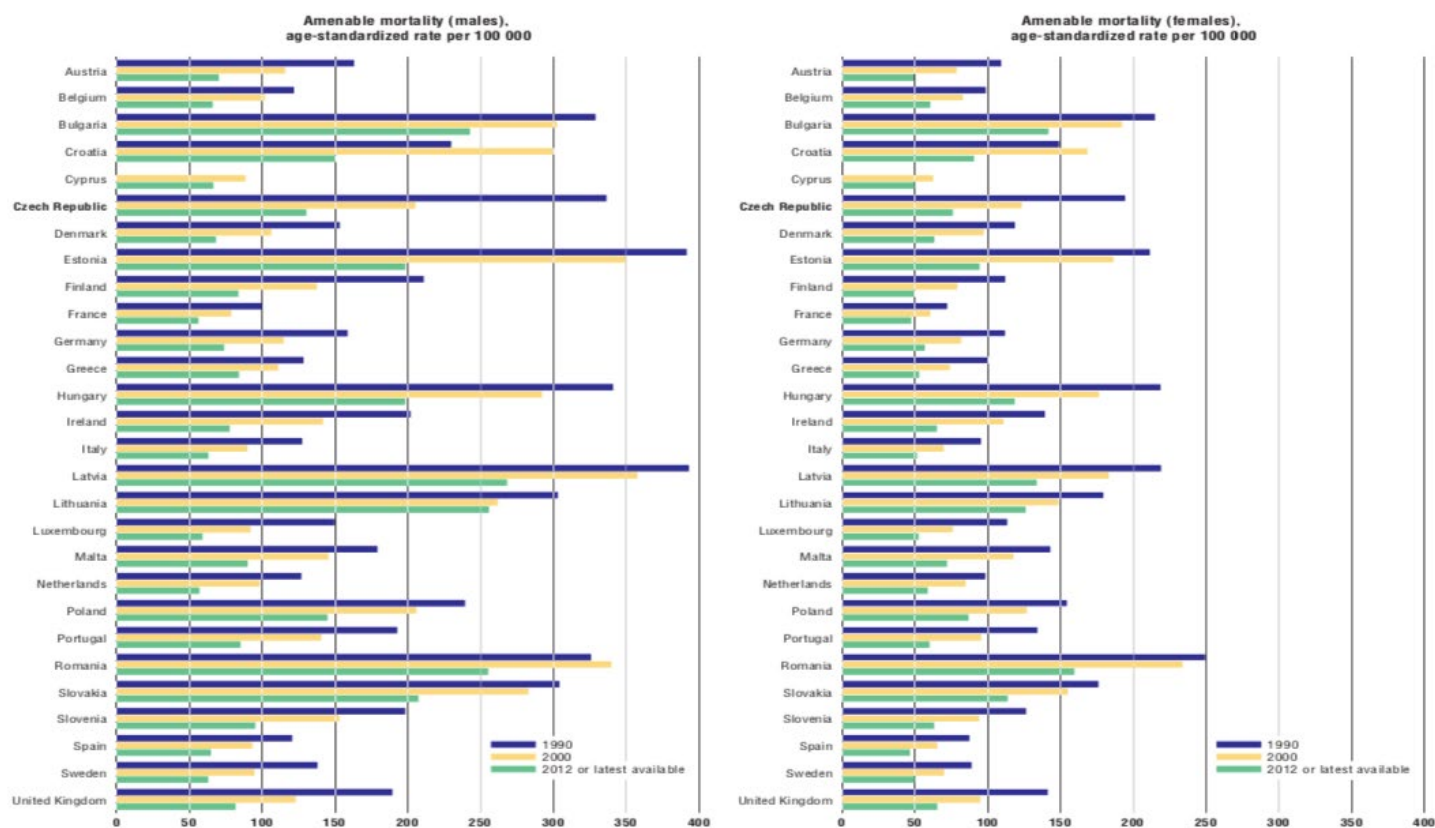
3. Zdravotní stav obyvatelstva

- Následující obrázek ukazuje vývoj odvrátitelné a preventivní úmrtnosti ve vybraných evropských zemích
- U mužů se výrazně zlepšila míra odvrátitelné i preventivní úmrtnosti
- U žen se výrazně zlepšila odvrátitelná úmrtnost, zatímco preventivní míra úmrtnosti se mírně zhoršila
- Celkový klesající trend odvrátitelné i preventivní úmrtnosti odráží neustálé úsilí o modernizaci a zlepšení zdravotního systému



Odvratitelná Úmrtnost

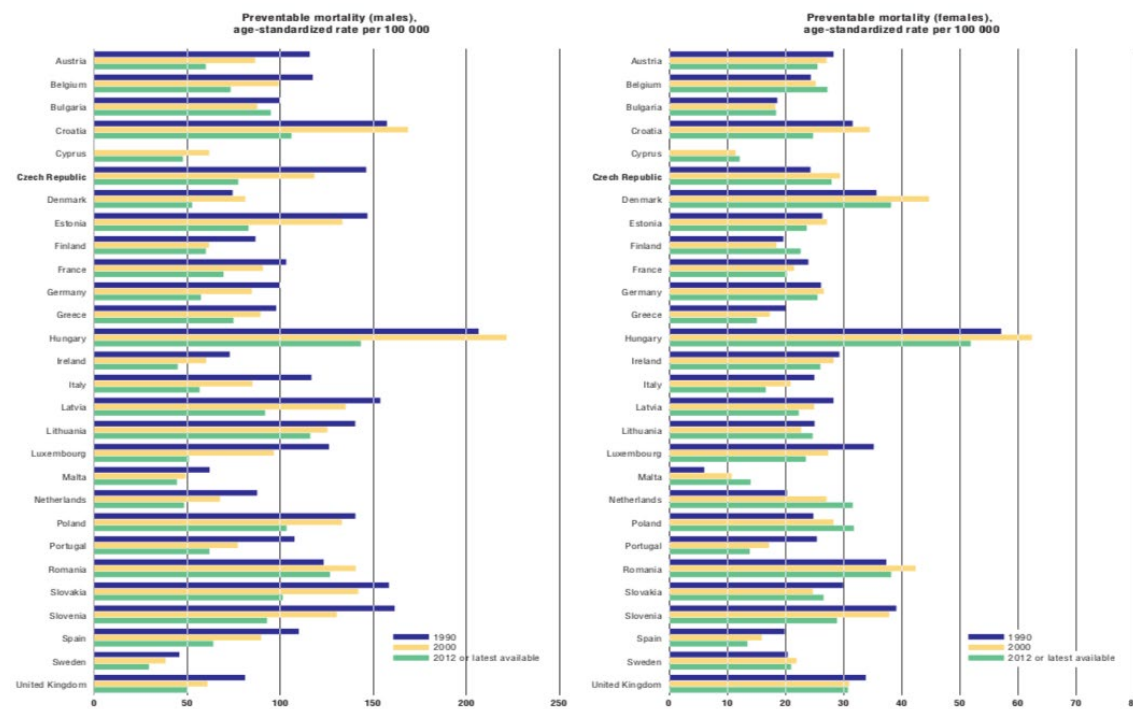
(a) *Amenable mortality*





Preventabilní úmrtnost

(b) Preventable mortality

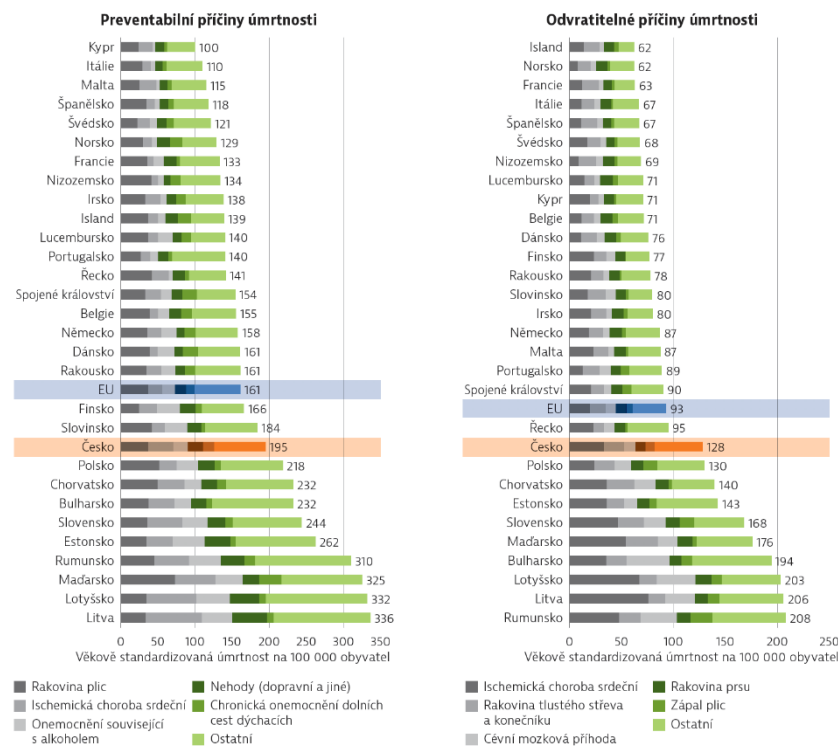


Sources: Adapted from Nolte et al., 2012; Murauskiene et al., 2013; update calculated by Karanikolos, M using WHO mortality files (released February 2014), http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/ for number of deaths and populations; and Nolte & McKee, 2004.



3. Zdravotní stav obyvatelstva

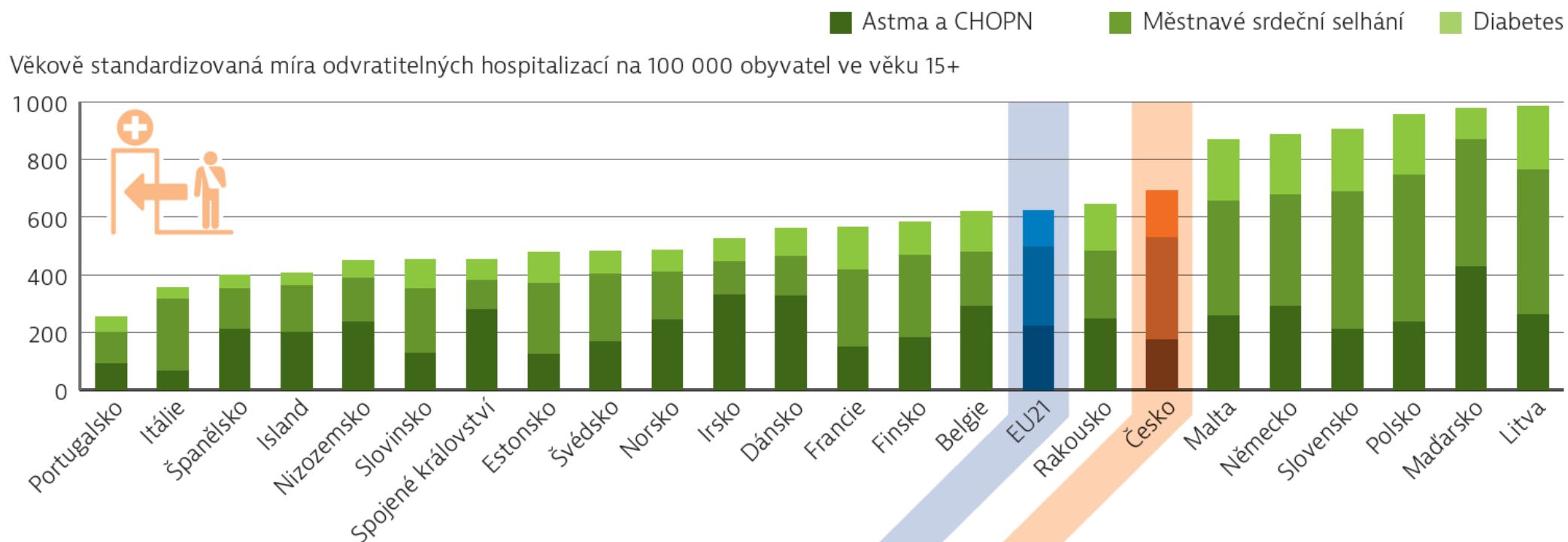
Obrázek 11. Úmrtnost na příčiny, jimž lze předcházet prevencí, i na příčiny, které lze odvrátit včasnou a účinnou léčbou, je vyšší než průměr EU



Poznámka: Preventabilní úmrtnosti se rozumí úmrtí, kterým lze zabránit především prostřednictvím ochrany veřejného zdraví a primární prevence. Odvrátitelnou úmrtností se rozumí úmrtí, kterým lze zabránit především zdravotní péčí, včetně screeningu a léčby. Oba ukazatele se týkají předčasné úmrtnosti (ve věku nižším než 75 let). Údaje jsou založeny na revidovaných seznamech OECD/Eurostatu.
Zdroj: databáze Eurostatu (údaje za rok 2016).

3. Zdravotní stav obyvatelstva

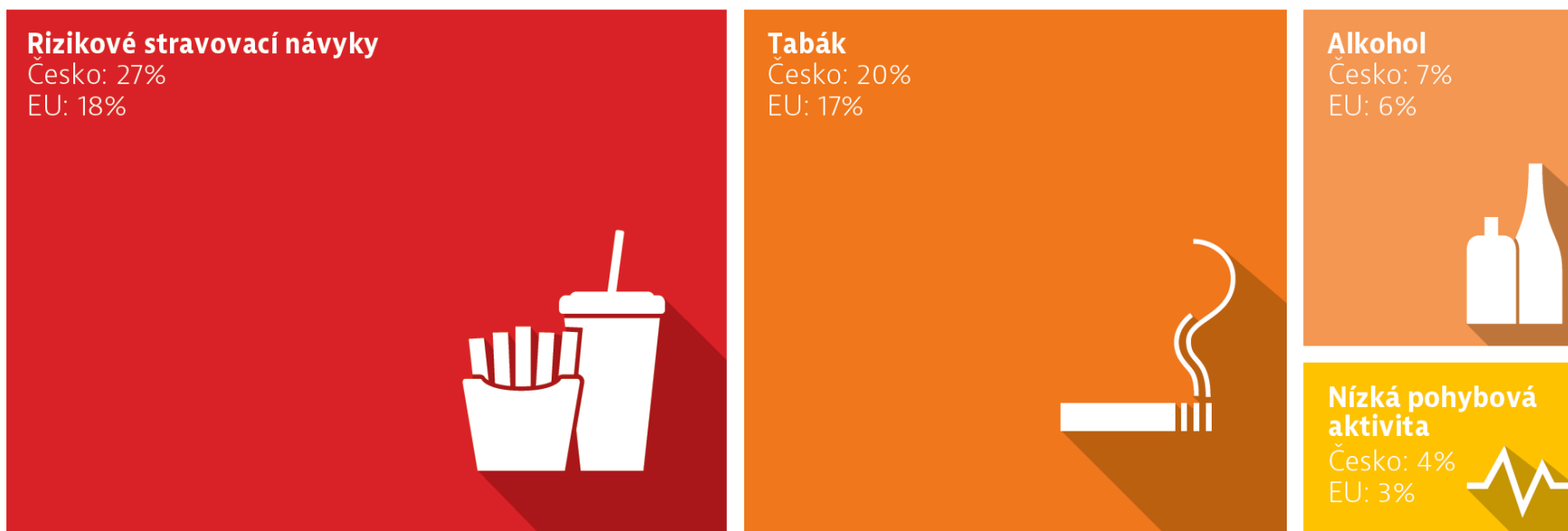
Obrázek 15. Počet odvratitelných hospitalizací je vyšší než v několika dalších zemích EU



Zdroj: OECD Health Statistics 2019 (údaje za rok 2017 nebo nejbližší rok).

3. Zdravotní stav obyvatelstva

Obrázek 6. Rizikové stravovací návyky a tabák významně přispívají k úmrtnosti



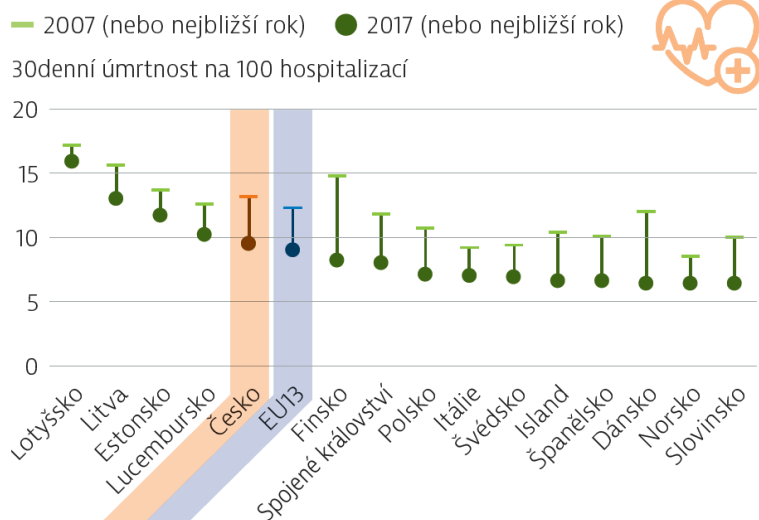
Poznámka: Celkový počet úmrtí souvisejících s těmito rizikovými faktory (53 600) je nižší než součet počtů úmrtí za jednotlivé faktory (64 300), protože stejné úmrtí lze přičíst více než jednomu rizikovému faktoru. Rizikové stravovací návyky zahrnují 14 složek, například nízkou konzumaci ovoce a zeleniny a vysokou konzumaci nápojů slazených cukrem.

Zdroje: IHME (2018), Global Health Data Exchange (odhady se týkají roku 2017).

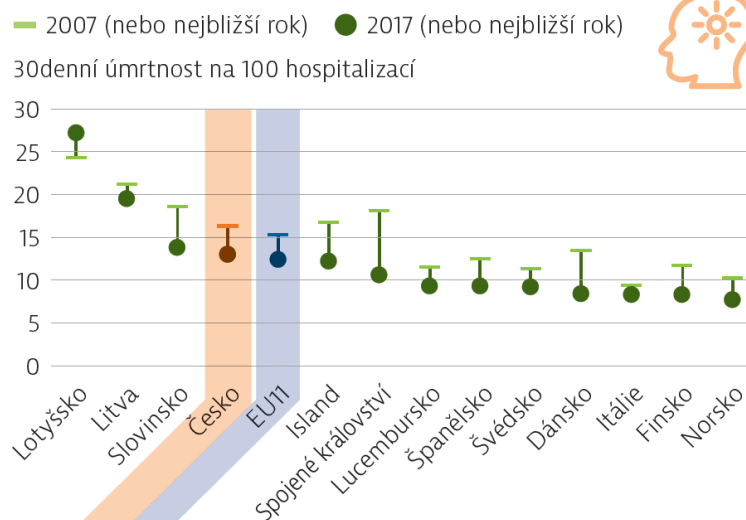
3. Zdravotní stav obyvatelstva

Obrázek 13. Reorganizace péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou a akutním infarktem myokardu dramaticky snížila 30denní úmrtnost po hospitalizaci

Akutní infarkt myokardu



Cévní mozková příhoda



Poznámka: Údaje jsou založeny na údajích o pacientech a byly věkově a pohlavně standardizovány na obyvatele OECD ve věku 45+, kteří byli v roce 2010 přijati do nemocnice s akutním infarktem myokardu nebo cévní mozkovou příhodou.

Zdroj: OECD Health Statistics 2019.

3. Zdravotní stav obyvatelstva

Obrázek 14. Míry přežití pacientů s rakovinou jsou jen mírně pod průměrem EU



Rakovina prostaty

Česko: 85 %
EU26: 87 %



Rakovina prsu

Česko: 81 %
EU26: 83 %



Rakovina tlustého střeva

Česko: 56 %
EU26: 60 %



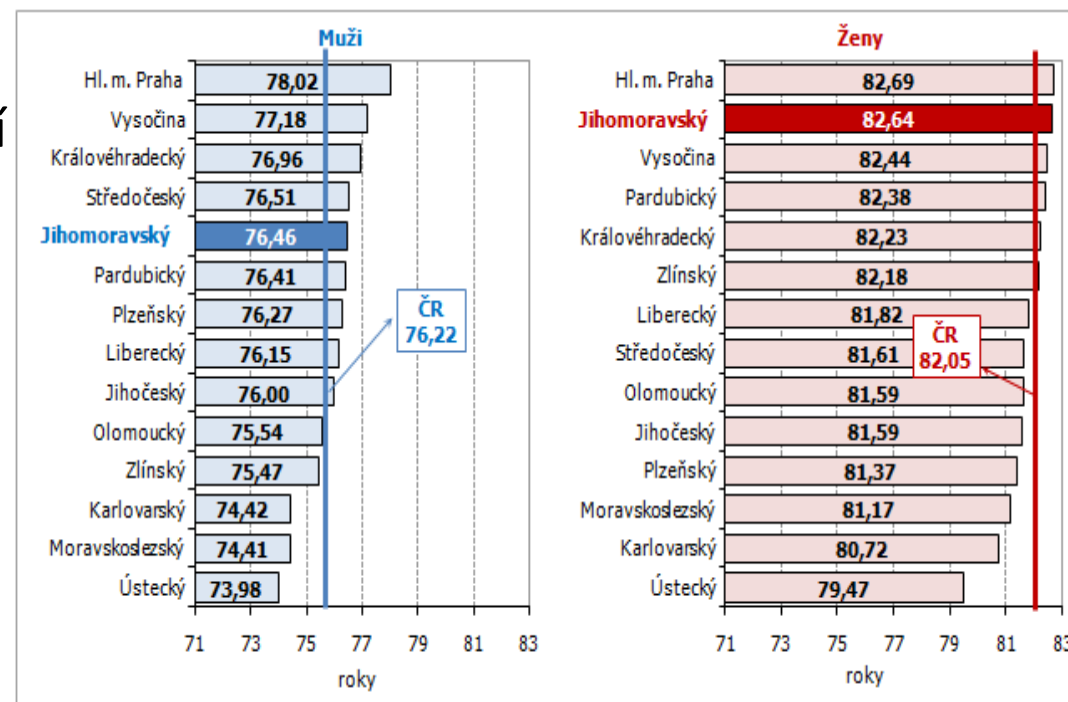
Rakovina plic

Česko: 11 %
EU26: 15 %

*Poznámka: Údaje se týkají osob diagnostikovaných mezi lety 2010 a 2014.
Zdroj: CONCORD Programme, London School of Hygiene & Tropical Medicine.*

3. Spravedlivost výsledků

- Očekávaná délka života se mezi kraji liší
- Zatímco průměrná délka života při narození pro muže v Praze činí 78 let, v Ústeckém kraji je to pouze 74 let
- Tyto rozdíly pravděpodobně budou do značné míry způsobeny environmentálními faktory, neboť regiony s relativně nízkou střední délkou života (např. Moravskoslezský nebo Ústecký) měli v minulosti těžký průmysl, intenzivní těžbu a špatnou kvalitu životního prostředí
- Geografické rozdíly v délce života jsou pro muže výraznější než u žen





Shrnutí

- Celkový klesající trend odvrátitelné i preventivní úmrtnosti odráží neustálé úsilí o modernizaci a zlepšení zdravotního systému
- Pokrýtí zdravotních služeb v Česku je velmi dobré. Přesto lze pozorovat trend odlivu lékařů z maloměst k větším městům. Značně se liší čekací doba k úkonům v různých sektorech zdr. Systému.
- Česko se potýká s nadužíváním zdravotní péče, především primární ambulantní. Toto mělo částečně upravit zavedení regulačních poplatků, které vyly ovšem zrušeny.
- Systém zdravotní péče celkově nabízí poměrně vysoký stupeň vertikální spravedlnosti ve financování, což je také podpořeno nízkým podílem - zejména regresivních - plateb OOP. Největší část financování je zastoupena částkami ze mzdy.



Zdroje

- OECD 2019
- Concore programme 2014
- IHME 2018
- Nolte et al. 2012
- Wagstaff & van Doorslaer, 2000
- WHO 2000
- EUROSTAT 2015

Děkuji za pozornost