



Institucionální pohled na zdravotnické systémy

2. Přednáška EKZDR
(27.2.2008)

Hlavní dilemata

(vyskytující se v západní Evropě)

nerovnost mezi potřebami a zdroji

technokratické představy o nemocech a léčení

chronické zdravotní potíže stárnoucích lidí

zvýšení respekt k právům pacientů

úsilí o zefektivnění léčby a poskytování zdr. péče

kontrola nákladů a omezení nákladů

podřízení se – sdílení odpovědnosti

rostoucí spotřeba pacientů

rostoucí společenský individualismus

Specifická dilemata

(vyskytující se ve střední a východní Evropě)

trh uctívání a zbožňování

nová nespravedlivost podmíněná rychlým nárůstem rozdílu mezi jednotlivými vrstvami obyvatelstva

malý smysl pro spravedlnost a poctivost, mnoho zkušeností s nespravedlností a nepoctivostí

narušené mezilidské vztahy-socialní anemie

nový trh pro západní Evropu

riziko černého trhu

nespokojenost lékařů se svými platy (nové postavení ve společnosti)

riziko zpětného vývoje

rozdíly mezi morálními zásadami a zákony

Pramen: Křížová, E. Česká zdravotní péče na rozcestí

Struktura odvětví, druhy, segmenty péče

- [Seznam základních definic](#)



Instituce - poskytovatelé, plátcí, typologie

III. Druhy zdravotnických zařízení

1. Zdravotnické zařízení

Zdravotnické zařízení je právnická osoba, oprávněná poskytovat zdravotní péči.

2. Ordinance

Ordinance je samostatným zdravotnickým zařízením, nebo jeho částí, kde je zdravotní péče poskytována lékařem.

3. Odborné pracoviště laboratorní

4. rehabilitační

5. rentgenologické

Odborné pracoviště je zdravotnickým zařízením, poskytujícím ambulantně diagnostickou nebo léčebnou péči.

Zájmové skupiny

- Lékaři
- Výrobci/prodejci léčiv
- Výrobci/prodejci techniky
- Výrobci/prodejci zdravotnického materiálu
- Odbory
- Ochranná sdružení pacientů
- Zaměstnavatelé
- Finanční instituce...

Základní funkční ekonomické, organizační a řídicí vazby

- – [model 3 propojených trhů](#)

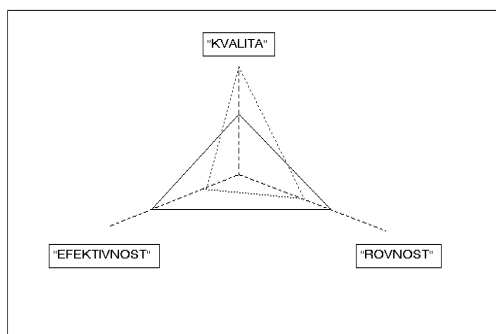
Modely

- příklady ZS v různých zemích
- Bismarck
- Beveridge
- Semaško
- liberální

Principy komparace ZS

- ZS se liší:
 - ve struktuře vlastnických vztahů,
 - formách státních zásahů,
 - způsobech financování, organizace a řízení,
 - podmínkách přístupu pacientů k jednotlivým druhům zdravotní péče,
 - rozsahem a způsobem jejich finanční spoluúčasti
- Tyto rozdíly vyplývají z odlišných tradic, historického vývoje, převládajících hodnot, politického systému a úrovně bohatství dané země.

Hodnocení ZS



Reformy zdravotnictví - dochází ke konvergenci?

- Existují nějaké společné prvky?
- V rovinách přístupu ke zdravotní péči [\(1\)](#).
- Vlastnických vztahů uvnitř odvětví [\(2 a 3\)](#).
- Způsobu financování [\(4 - 6\)](#)
- ostatních [\(7-9\)](#):

Přístup (Access)

- (1) Existuje celkově vysoká dostupnost základní (resp. standardní) péče, která není podmiňována výší příjmů či majetku. Na druhé straně, možnost utratit peníze za dodatečnou, kvalitnější, rychlejší, pohodlnější atd. péči je většinou zaručena a to i v systémech založených velice silně na hodnotách equity resp. rovnosti. Svoji cenu zpravidla má i samotná možnost výběru formy a poskytovatele zdravotní péče.



Vlastnictví

- (2) Paralelně vedle sebe fungují ziskové i neziskové, soukromé i veřejné instituce poskytující péči. Vzájemně se doplňují.
- (3) Primární péče je zajišťována především prostřednictvím soukromých lékařských praxí, lékaři v rámci výkonu svobodného povolání.



Financování



- (4) Bez výjimky převažují platby tzv. *třetí stranou* - přímé platby (spolučást) pacientů (pokud existují) mají omezený význam. Jejich primárním účelem není vytvoření dalšího, dodatečného zdroje úhrad nákladů poskytované zdravotní péče, nýbrž plní spíše funkce administrativní, motivační, regulační a kontrolní.
- (5) Za hlavní problém současného zdravotnictví bývá jednoznačně identifikován nekontrolovaný růst výdajů způsobovaný systémovými vlastnostmi zdravotnických trhů. Administrativní náklady nejsou tím největším strašákem, naopak. Za šanci omezit tempo růstu celkových výdajů jsou plátcí péče ochotní zaplatit zvýšením podílu administrativních nákladů, resp. zaváděním administrativně a manažersky náročnějších forem organizace a financování zdravotní péče. Nejruznější formy tzv. vnitřního trhu (GB), *managed competition* (USA) jsou toho dokladem.
- (6) Ekonomická zainteresovanost poskytovatelů péče na hospodárném a účelném využití disponibilních prostředků je považována za základní nástroj dosažení kontroly růstu nákladů. Vývoj se od plateb za výkony už dávno obrátil k nejrůznějším formám předplacené zdravotní péče. Uplatňují se často kapitace, globální rozpočty, fundholding apod.

Ostatní

- (7) Výrazným způsobem vzrostla úloha managementu což je podmíněno zaváděním tržních prvků do tohoto tradičně veřejného systému. Vyjednávání kontraktů definujících nejenom ceny služeb, nýbrž i jejich objem je relativně běžné. Snahou bývá nasmlovat dostatečný objem péče výměnou za cenová zvýhodnění, která umožňuje dosahování úspor z rozsahu.
- (8) Regulační role státu zůstává vysoká. Projevuje se typicky např. regulací cen, resp. přímou účastí státu na dohodovacích řízeních stanovujících výši úhrady za zdravotní péči; regulací počtu poskytovatelů zdravotnických služeb prostřednictvím udělování licencí, určováním počtu přijímaných studentů lékařských fakult, definováním garantované sítě služeb apod.
- (9) Významnou roli hrají municipality. Zdravotnictví je do značné míry v jejich pravomoci. Je kladen velký důraz na to, aby se veřejnost podílela na tvorbě rozhodnutí. (Tzv. *priority setting* je např. tématem dneška ve Velké Británii.)