

VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ

Jarní semestr 2018

5. ročník VL



Mgr. Pavlína Kaňová, Ph.D.

Ústav ochrany a podpory zdraví UKB, A21

pkanova@med.muni.cz

ORGANIZACE VÝUKY

- **PŘEDNÁŠKY (1. výukový týden)**
- **SEMINÁŘE (bloková výuka 4.-15. t.)**
- **SRZ Zdraví, prevence, zdravotnictví
(PL + EPI +VZ)**

ZÁKLADNÍ STUDIJNÍ TEXTY

1. Holčík, J.: Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. Brno, MU, 2010, 293 s.
2. Holčík, J., Žáček, A., Koupilová, I.: Sociální lékařství. Brno, MU 2006, 137 s.
3. Žáček, A., Holčík, J.: Sociální lékařství II, Úvod do veř. zdravotnictví. Brno, MU, 1992, 130 s.
4. Těšinová, J., Žďárek, R., Policar, R.: Medicínské právo. Praha, C. H. Beck, 2011, 448 s.
5. Doporučené studijní materiály uvedené v IS MU u předmětu VLVZ9X1p, VLVZ9X1c.

VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ

Veřejné zdravotnictví

INTERDISCIPLINÁRNÍ OBOR

- zdraví lidí (populační přístup)
- péče o zdraví
- zdravotnictví

- Integrace poznatků a metod různých vědních oborů s cílem přispět ke zlepšení zdraví lidí.

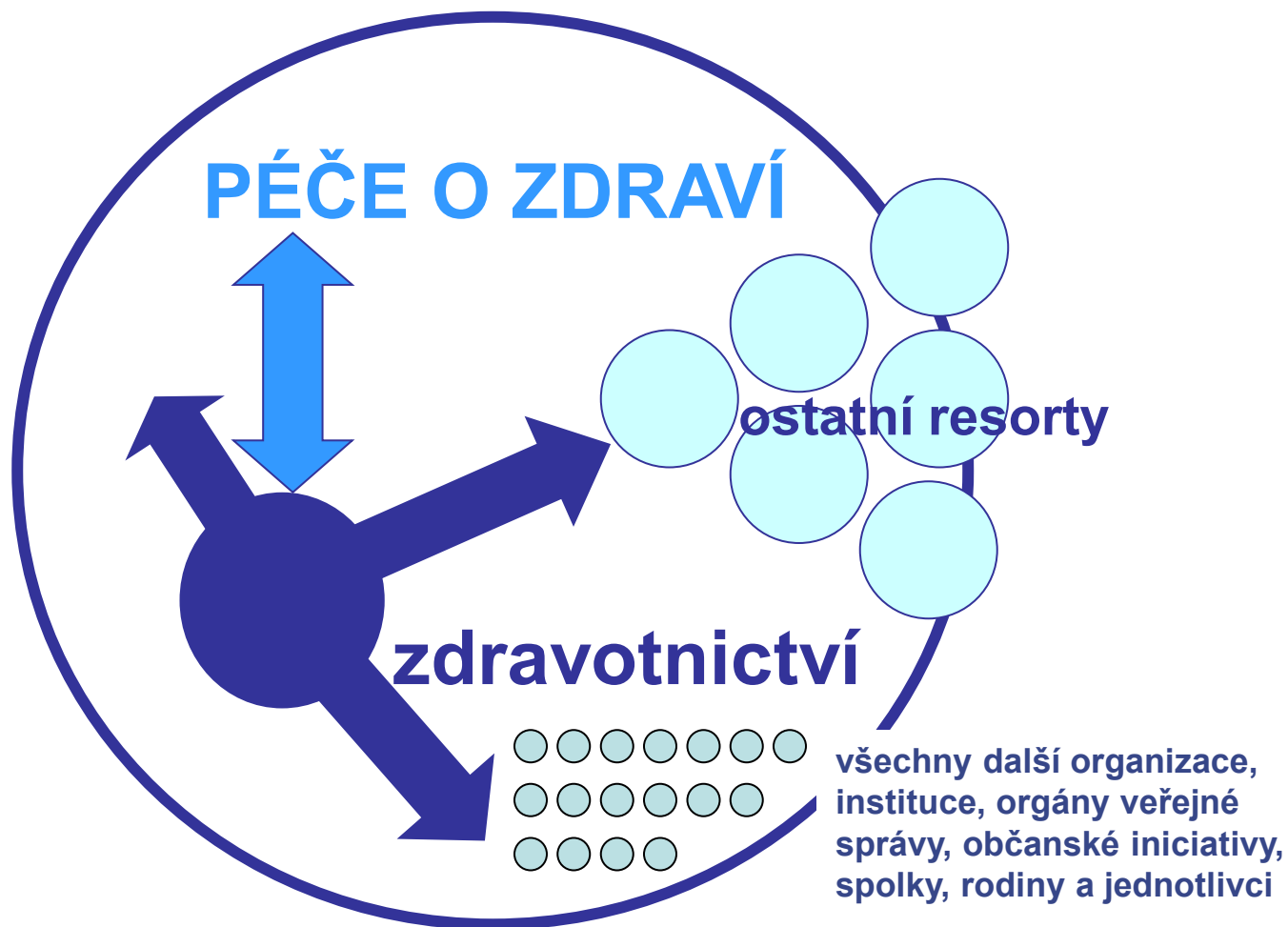
SYSTEM PÉČE O ZDRAVÍ

je široce pojatý souhrn zdravotnických, organizačních, ekonomických, výchovných a dalších prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví.

ZDRAVOTNICTVÍ

- resortní systém
- soustava odborných zařízení, orgánů a institucí (spolu s lidmi, vybavením, poznatky a metodami)
- cílem je poznávat a uspokojovat zdravotní potřeby i oprávněné požadavky lidí.

Zdravotnictví je subsystémem široce pojímané péče o zdraví.



PÉČE O ZDRAVÍ

ostatní resorty

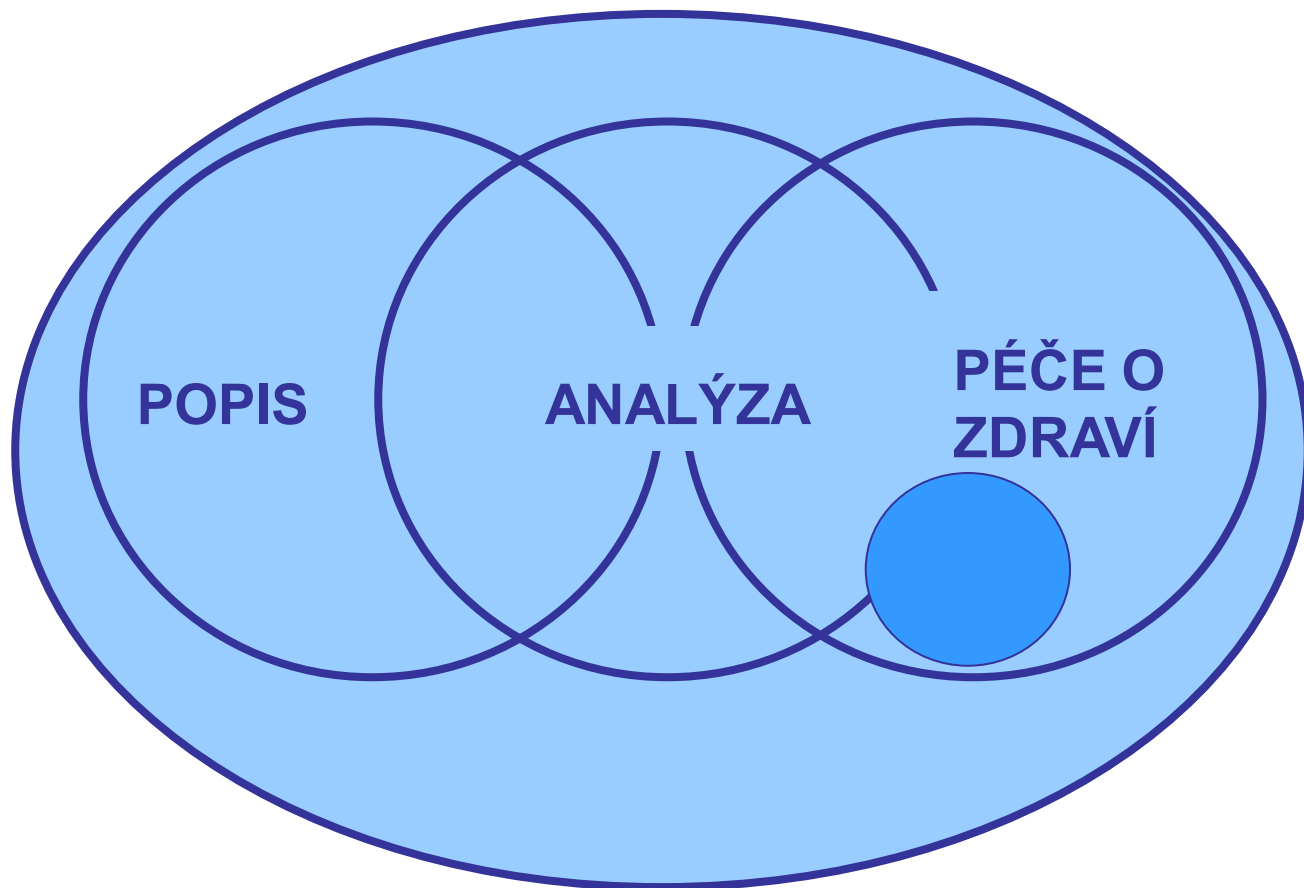
zdravotnictví

**všechny další organizace,
instituce, orgány veřejné
správy, občanské iniciativy,
spolky, rodiny a jednotlivci**

FUNKCE ZDRAVOTNICTVÍ

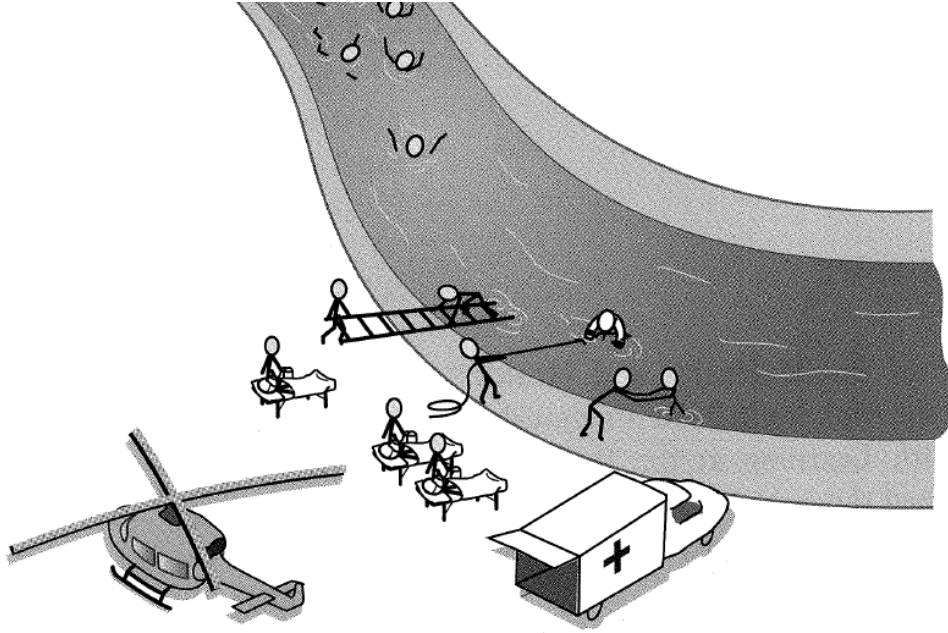
- **V užším smyslu: řídit** (ať už přímo nebo nepřímo) soustavu zdravotnictví
- **V širším smyslu: vhodně usměrňovat a koordinovat** systém péče o zdraví

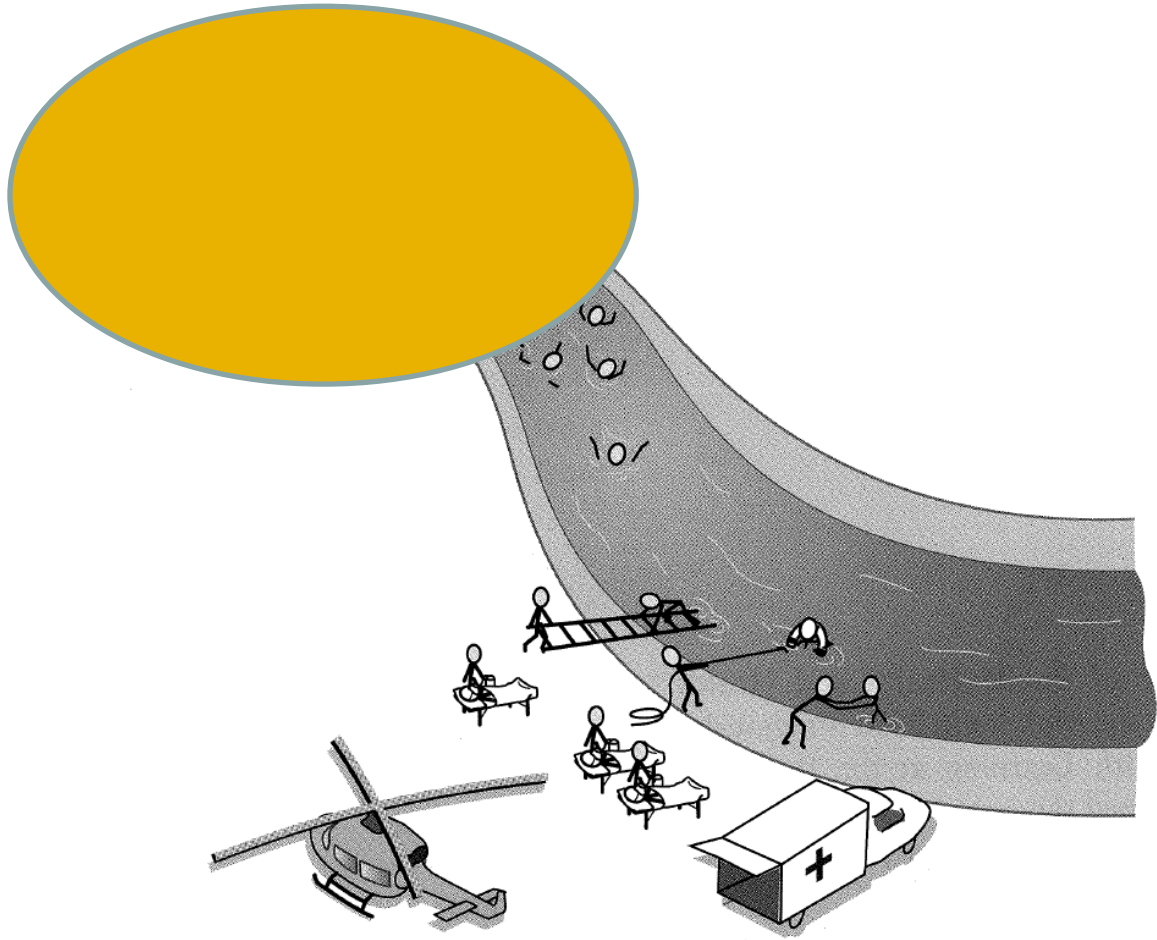
SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ











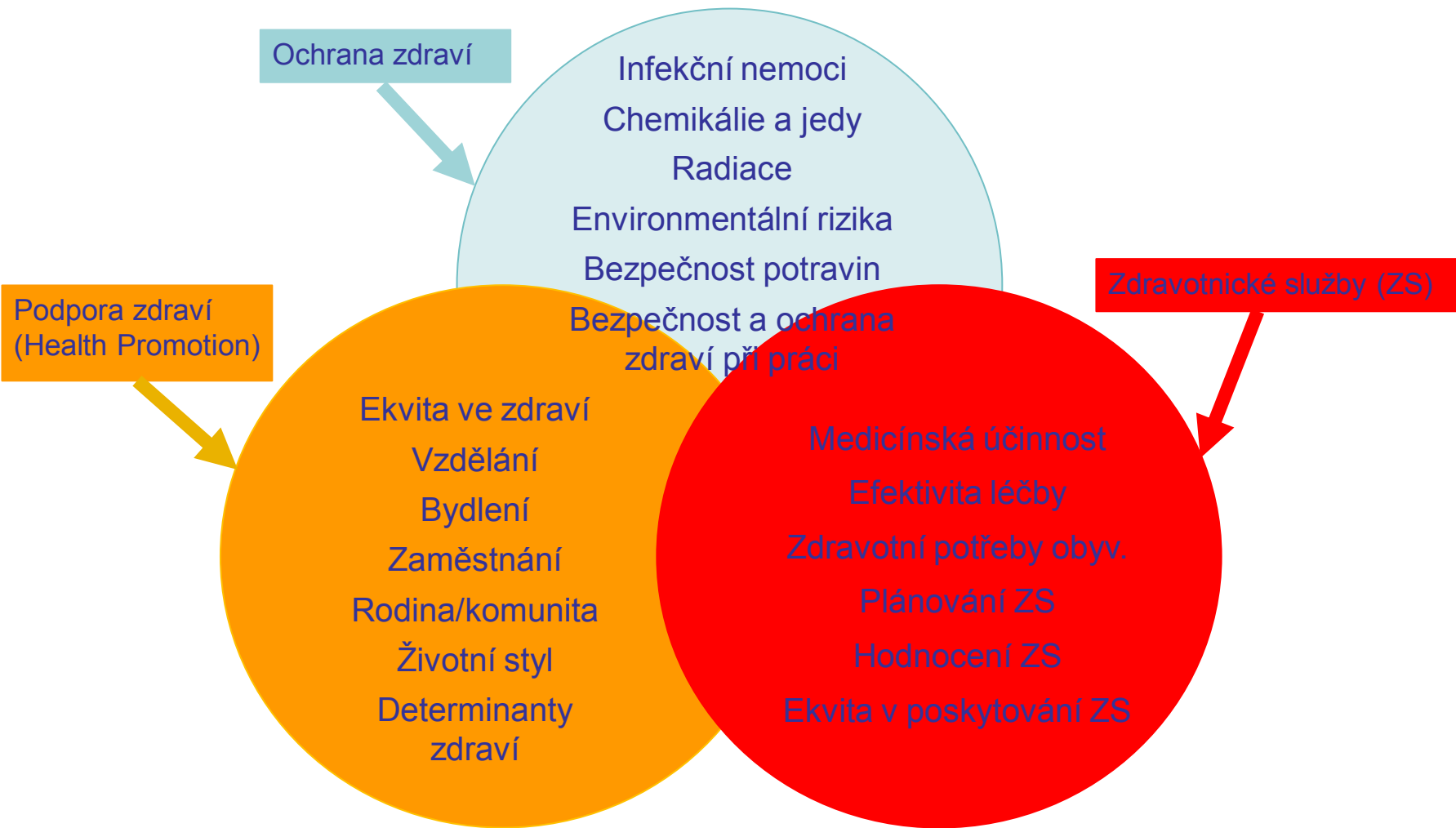
PUBLIC HEALTH

- **V ČR - několik relativně samostatných lékařských disciplín:**
 - **Sociální lékařství**
 - **Preventivní lékařství**
 - **Epidemiologie infekčních nemocí**
 - **Hygiena**
- **Navazující obory jako: sociální farmakologie, organizace a řízení zdr. systému, ekonomie zdravotnictví, sociologie zdraví a nemoci, sociální psychologie, zdravotnické právo, zdravotnická informatika**

PUBLIC HEALTH

organizované úsilí společnosti s cílem

- chránit,**
- rozvíjet**
- a navracet zdraví lidí.**





World Health
Organization

**SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ
ORGANIZACE**

Vznik WHO

- **7. dubna 1948**

- základní dokumenty podepsal 26. členský stát = den vzniku WHO = Mezinárodní den zdraví
- Funguje v rámci OSN, ale není jí podřízena
- Sídlo v Ženevě
- Členy WHO jsou vlády jednotlivých států, které poskytují prostředky pro činnost WHO
- Každý člen má jeden hlas bez ohledu na výši příspěvků

Vnitřní organizace WHO

- **Světové zdravotnické shromáždění**
- **Výkonný výbor**
- **Sekretariát včele s generálním ředitelem**
 - **Tedros Adhanom Ghebreyesus**
- **Oblastní úřady**
 - **Evropa (sídlo v Kodani)**
 - **Amerika (Jižní, Střední, Severní)**
 - **Afrika (mimo arabské země)**
 - **Východní Středomoří**
 - **Jihovýchodní Asie**
 - **Západní Tichomoří**

Základní cíl WHO

- Dosažení co nejvyšší možné úrovně zdraví pro všechny lidi na celém světě.
- Zdraví
- Hodnoty
 - zdraví, péče o zdraví, ekvita ve zdraví, solidarita, bezpečí, spravedlivé financování, udržitelný rozvoj systému péče o zdraví, zdravotní gramotnost

Veřejné zdravotnictví

TEORETICKÝ ZÁKLAD

**Sociální lékařství – teoretický základ
Veřejného zdravotnictví**

- **Jaké je zdraví?**
- **Proč je takové?**
- **Jak ho můžeme zlepšit?**

PUBLIC HEALTH

Jde o kombinaci

- vědeckých poznatků,
- dovedností
- i názorů

směřujících k udržení a zlepšení zdraví lidí prostřednictvím kolektivních anebo sociálních aktivit.

PUBLIC HEALTH je instituce, vědecký obor i praxe.“

PUBLIC HEALTH

*Umění a věda o:
předcházení nemocem,
prodlužování života,
posilování zdraví*

pomocí organizovaného úsilí komunity, které spočívá v ochraně životního prostředí, kontrole přenosných nemocí, výchově lidí ke zdraví, organizování lékařských a ošetrovatelských služeb, zajištění včasné diagnostiky a preventivní léčby a rozvoji společenských mechanismů, které umožní každému členu komunity dosažení životní úrovně potřebné k udržení zdraví.“

C. E. A. Winslow

Veřejné zdravotnictví

HODNOTOVÝ ZÁKLAD

Zdraví a péče o zdraví

– všeobecná **humánní hodnota**

- důležitý **individuální zájem** a potřeba
- významná **sociální hodnota**

INDIVIDUÁLNÍ HODNOTA ZDRAVÍ

- důležitá, ale nikoliv nejdůležitější hodnota
- pud sebezáchovy
- mnoho lidí hodnotu zdraví podceňuje
- je důležité **pomáhat** občanům, aby si hodnotu svého zdraví uvědomili, když jsou ještě zdraví, aby si zdraví vážili a naučili se je účinně chránit

SOCIÁLNÍ HODNOTA ZDRAVÍ

- Historicky - **vojenské hledisko** – armáda potřebovala zdravé muže.
- **Ekonomický aspekt** - výrobní organizace potřebovaly zdravé pracovníky.
- **Sociální hodnota** zdraví je ovšem mnohem bohatší. Jde o bezpečnost a spokojenost lidí, o právo žít ve zdravém prostředí a ve zdravé společnosti.

EKONOMICKÝ VÝZNAM ZDRAVÍ

- Zdraví a vzdělání lidí je základní podmínkou konkurenceschopnosti národní ekonomiky.
- Péče o zdraví jako investice (ne pouze výdaj).

POLITICKÝ VÝZNAM ZDRAVÍ

- V řadě evropských zemí se zdraví lidí dostalo do popředí **zájmu voličů**.
- **Dobrá zdravotní politika = nástroj růstu**
 - ekonomické výkonnosti,
 - konkurenceschopnosti
 - je i podmínkou kulturního a sociálního rozvoje státu.

Veřejné zdravotnictví

HODNOTOVÝ ZÁKLAD

- Globální zdravotní strategie WHO:
„ZDRAVÍ PRO VŠECHNY“ (*Health for All*)
- 1977: „Zdraví pro všechny do roku 2000“
- Zdraví – tělesné, psychické, sociální
- Spravedlnost ve zdraví
- Hodnoty a ideály

Veřejné zdravotnictví

VÝZKUM

- Dominantní zdravotní problémy a možnosti jejich řešení
- Analýza a hodnocení zdravotní politiky
- Zdravotnické systémy
- Hodnocení účinnosti, hospodárnosti a kvality péče, včetně otázek spravedlnosti při poskytování zdravotnických služeb

HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍ SITUACE

ZDRAVOTNÍ SITUACE

Hodnocení zdravotní situace spočívá v popisu a analýze hlavních zdravotních problémů zejména ve čtyřech následujících oblastech:

1. Zdravotní stav
2. Životní styl
3. Životní prostředí
4. Zdravotnický systém

1. ZDRAVOTNÍ STAV POPULACE

Negativní míry zdraví

- Nemocnost
- Úmrtnost

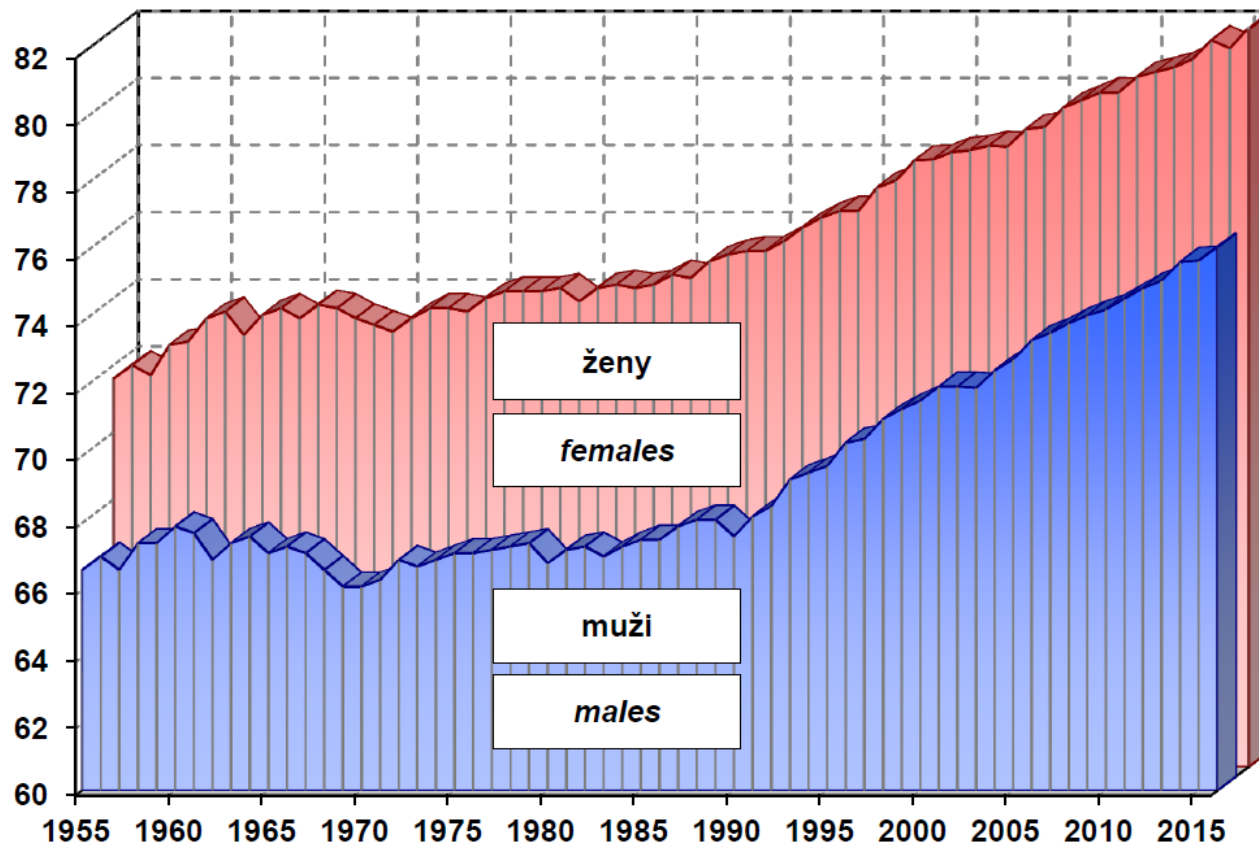
ZDRAVOTNÍ STAV

- **Vývoj střední délky života** je relativně příznivý. Je však patrné zaostávání za vyspělými zeměmi.

STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA

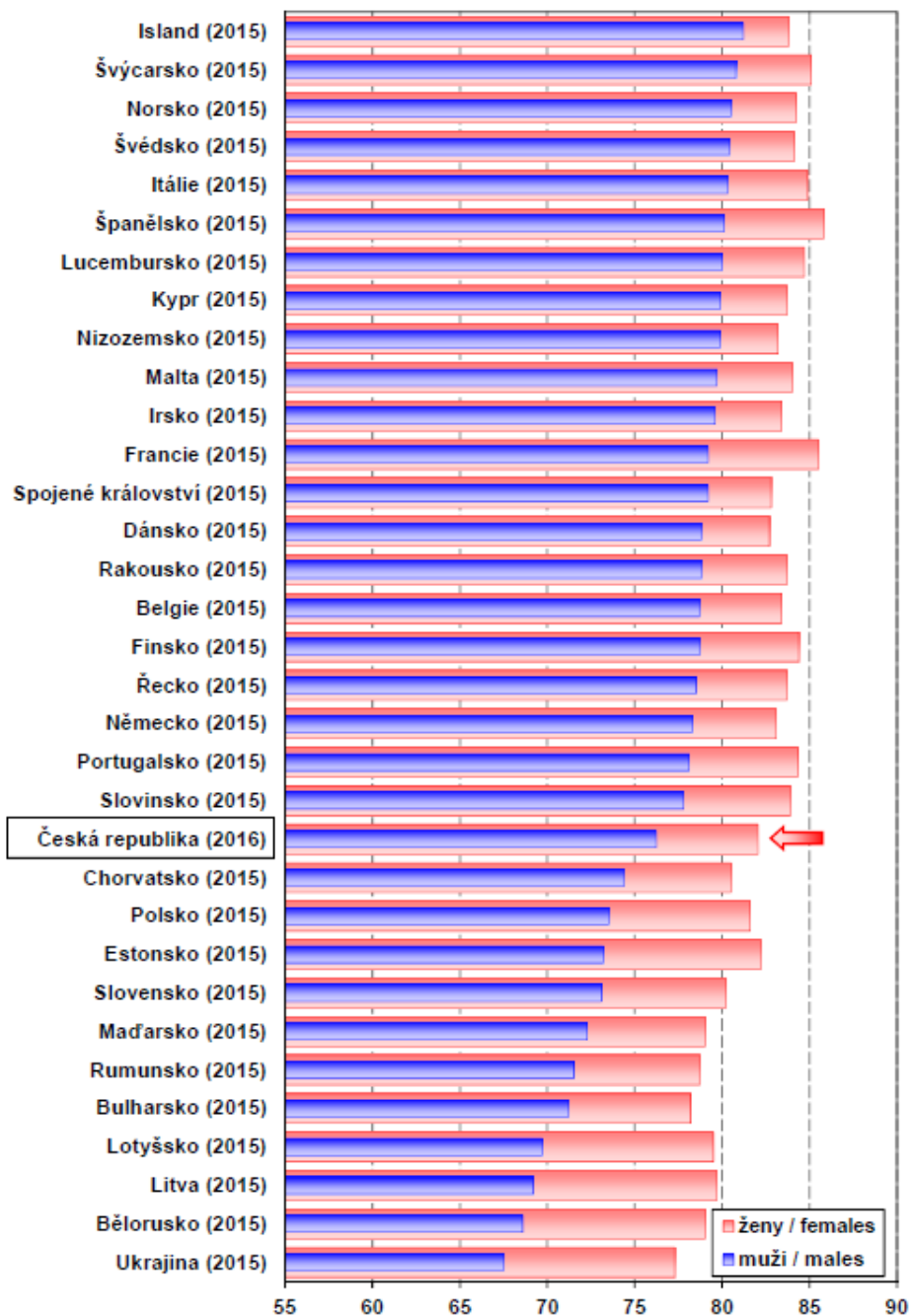
ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ČR 2016 / CZECH HEALTH STATISTICS 2016

Vývoj střední délky života při narození
Trend of life expectancy at birth



Střední délka života při narození

Life expectancy at birth



STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA

- V posledních 20 letech SDŽ neustále roste.
- **V r. 2016** byla SDŽ pro muže 76,2 let a pro ženy 82,1 let.
- SDŽ se zvyšuje zejm. v souvislosti s poklesem úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy.
- ČR má druhou nejlepší SDŽ ze zemí střední a východní Evropy, za západní Evropou však zaostává.

ZDRAVOTNÍ STAV

- **Vývoj střední délky života** je relativně příznivý. Je však patrné zaostávání za vyspělými zeměmi.
- V ČR je **vysoký výskyt chorob** kardiovaskulárních, nádorových onemocnění, úrazů i psychických nemocí.
- I když je možno doložit některá dílčí zlepšení, **zaostávání úrovně zdraví lidí v ČR ve srovnání s vyspělými zeměmi přetrvává.**
- Jedním z východisek zlepšení situace by měla být úvaha o determinantách zdraví lidí, prioritách péče o zdraví i o možných regulačních mechanismech.

ŽIVOTNÍ STYL

K závažným rizikovým faktorům, jejichž vliv roste, patří zejména

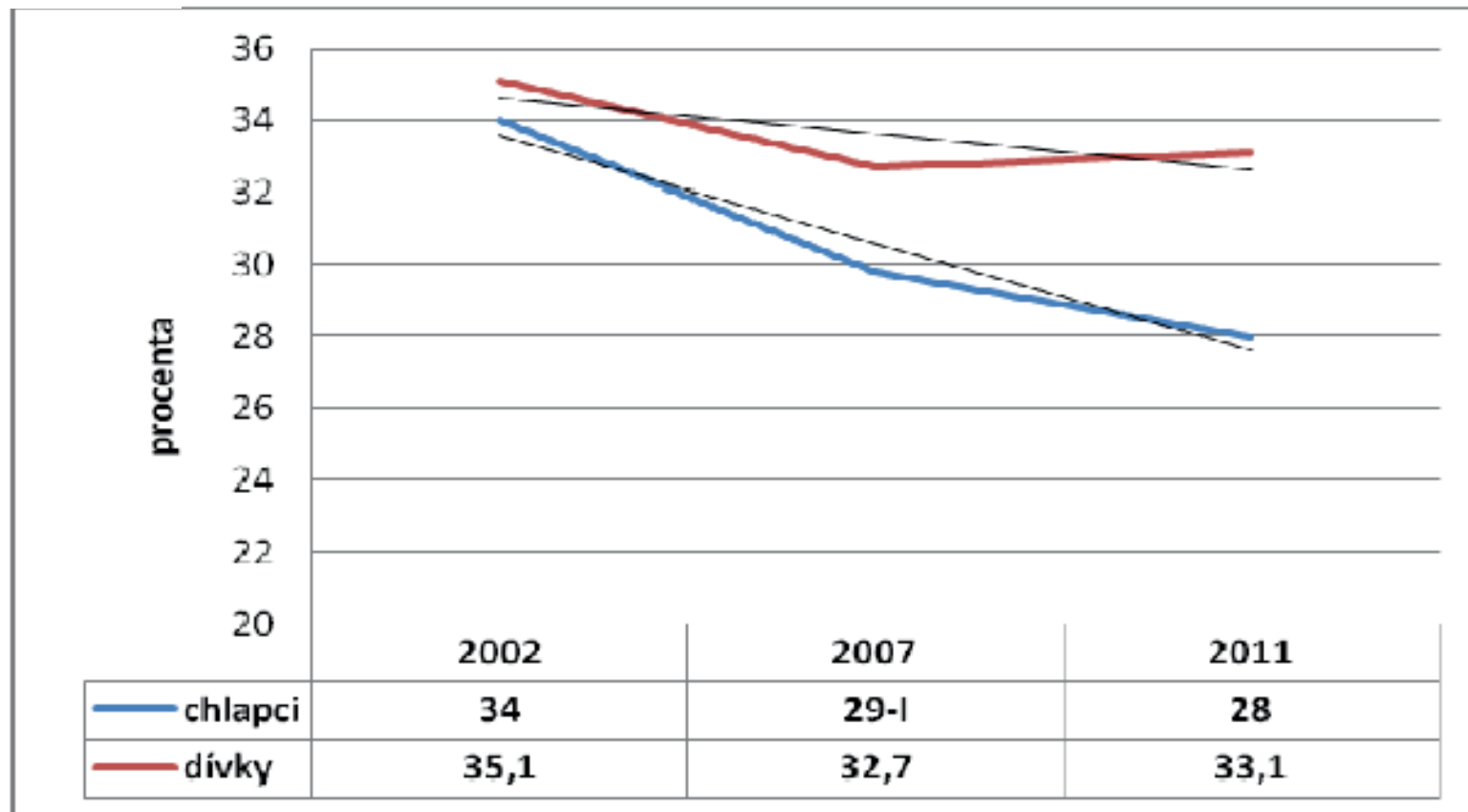
- **kuřáctví,**
- energeticky nadměrná a nevhodně složená **strava,**
- nízká **pohybová aktivita,**
- vysoká úroveň psychických tenzí a stresů,
- zneužívání alkoholu, léků a **drog,**
- nevhodné **sexuální chování** apod.

KOUŘENÍ

- V ČR kouří 30 % populace a převažují muži a lidé se základním vzděláním.
- Největší podíl kuřáků je ve věk. sk. 15-24 let (téměř 45 %).
- V ČR je velkým problémem velký podíl dětských kuřáků
 - mezi nimi převažují dívky
- Protikuřácká opatření – legislativa, prevence, pomoc při odvykání, zákazy kouření.

DĚTŠTÍ KUŘÁCI

Současní kuřáci cigaret (13–15letí) v ČR v letech 2002–2011



Zdroj: Studie WHO/CDC GYTS 2011

DŮSLEDKY KOUŘENÍ

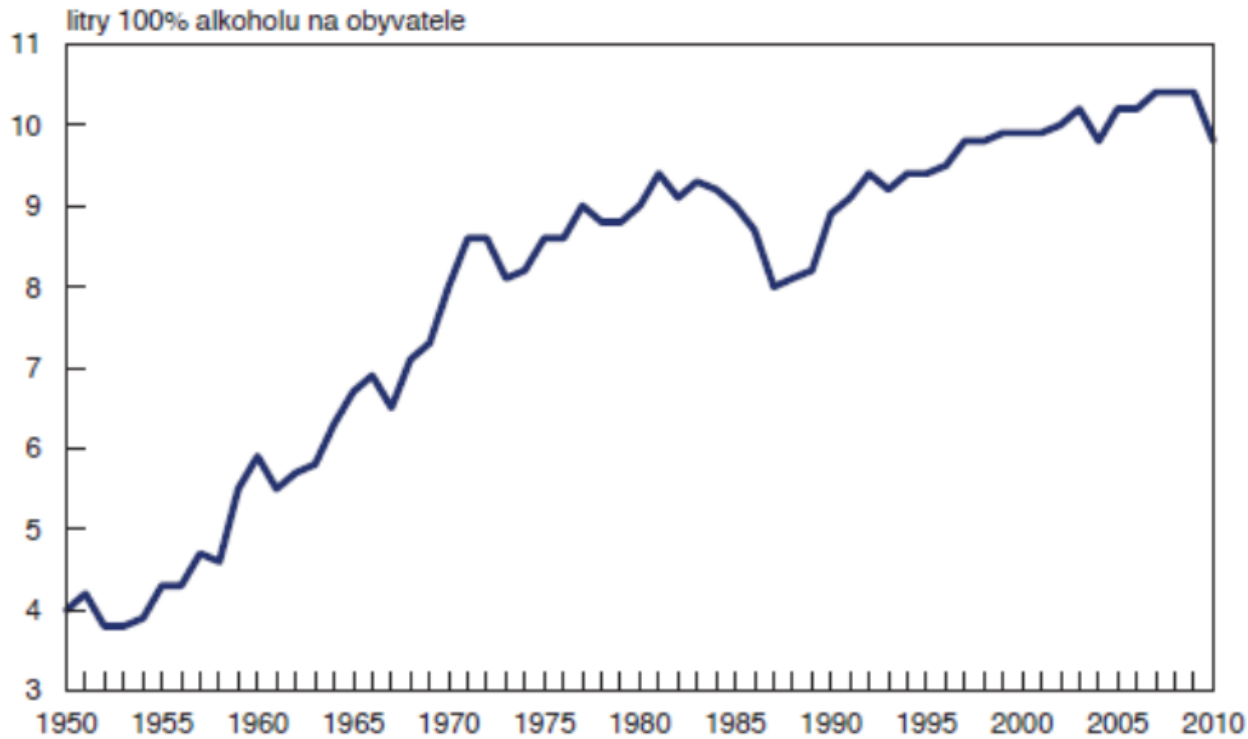
- V ČR umírá v důsledku kouření každý rok přibližně 18.000 lidí.
- **Pravidelní kuřáci mají:**
 - 3x vyšší riziko vzniku rakoviny,
 - 1,6x vyšší riziko úmrtí na NOS
 - 14x vyšší riziko CHOPN
- Pasivní kouření

ALKOHOL

- V ČR se spotřebuje ročně 12,5l čistého alkoholu na osobu 15+.
- Je to nejvíce v Evropě (průměr EU je 10l)
- Rizikovní konzumenti – 26 % mužů a 13 % žen
- Škodlivé pití -12,5 % mužů a 2,7 % žen
- Mezi českými dospívajícími je vyšší výskyt pití nadměrných dávek alkoholu než u jejich evropských vrstevníků

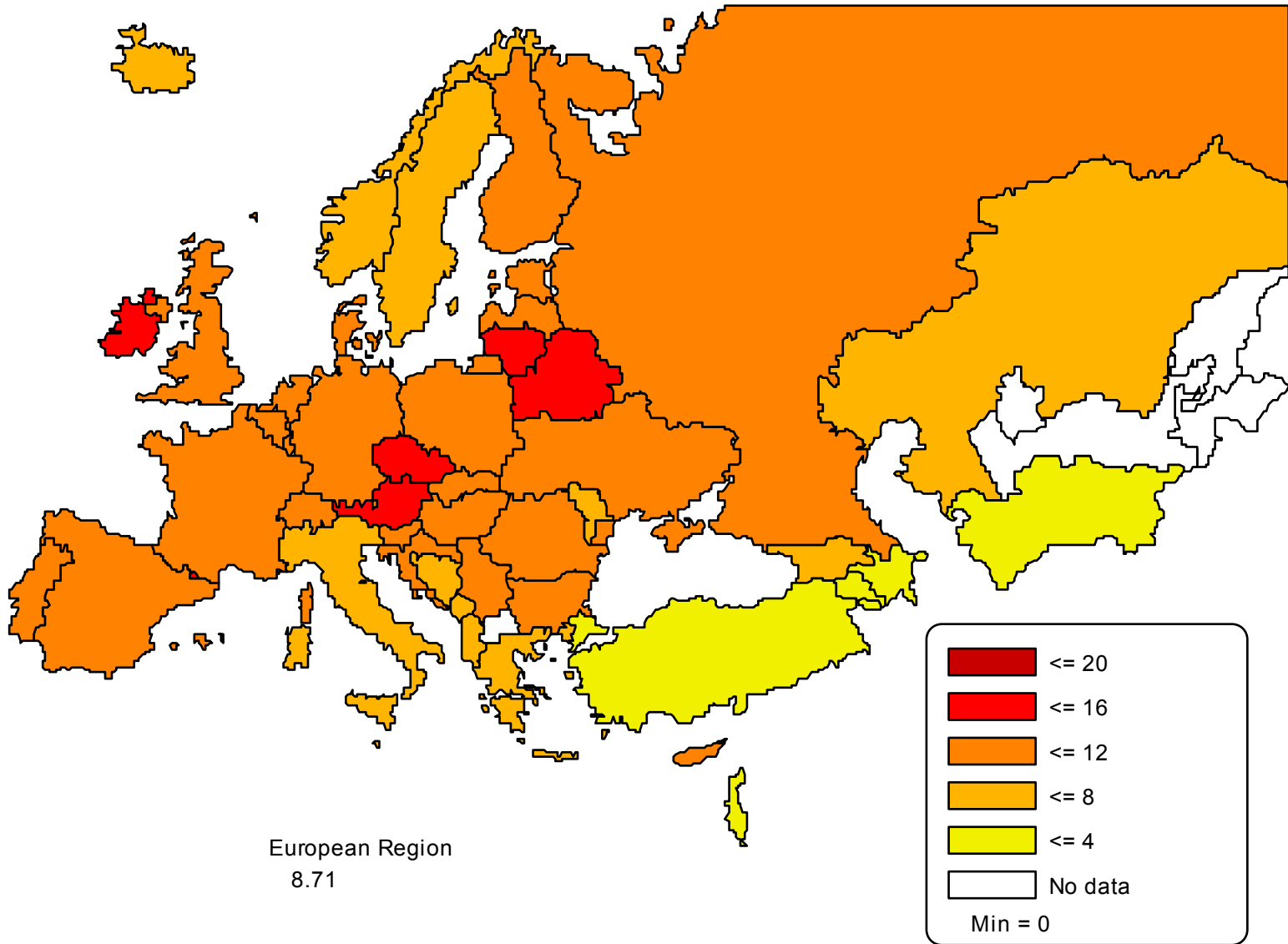
ALKOHOL

Vývoj spotřeby alkoholu na obyvatele ČR v přepočtu na 100% alkohol v letech 1950–2010

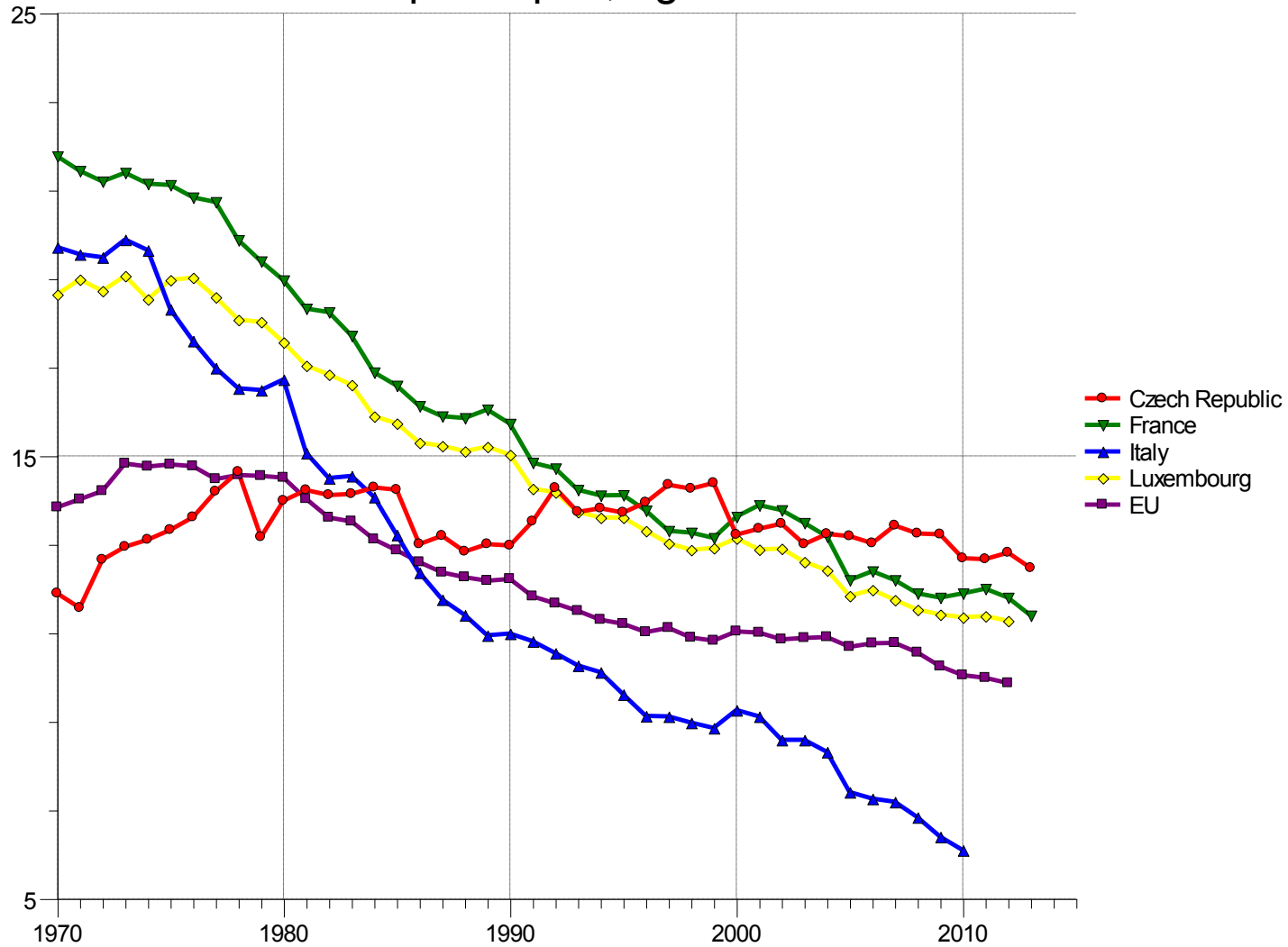


Zdroj: Český statistický úřad

Pure alcohol consumption, litres per capita, age 15+



Pure alcohol consumption, litres per capita, age 15+



ZKUŠENOSTI PATNÁCTILETÝCH S ALKOHOLEM

v roce 2012 v procentech



zdroj: OECD, graf: ČTK



ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ

K dílčímu zlepšení došlo až v posledním desetiletí. Stav dosud není příznivý, např. pokud jde o

- znečišťování ovzduší, vody, půdy, potravin,
- chemizaci zemědělství
- a škodlivé fyzikální faktory, hluk, záření apod.

SYSTÉM ZDRAVOTNICTVÍ

Péče o zdraví je dosud pojímána

- **resortně,**
- **s nedostatečným důrazem na prevenci, podporu a rozvoj zdraví**
- **a na primární zdravotní péči.**

V současné době zdravotnictví prochází obtížným obdobím transformace.

Nesnáze se projevují v oblasti

- **zdrojů** (peníze, lidé, zařízení, znalosti),
- **činností** (účinnost, efektivita a kvalita zdravotnických služeb)
- **i výstupů** a dopadů zdravotní péče (spokojenost občanů a uspokojování zdravotnických potřeb).

DETERMINANTY ZDRAVÍ

DETERMINANTY ZDRAVÍ

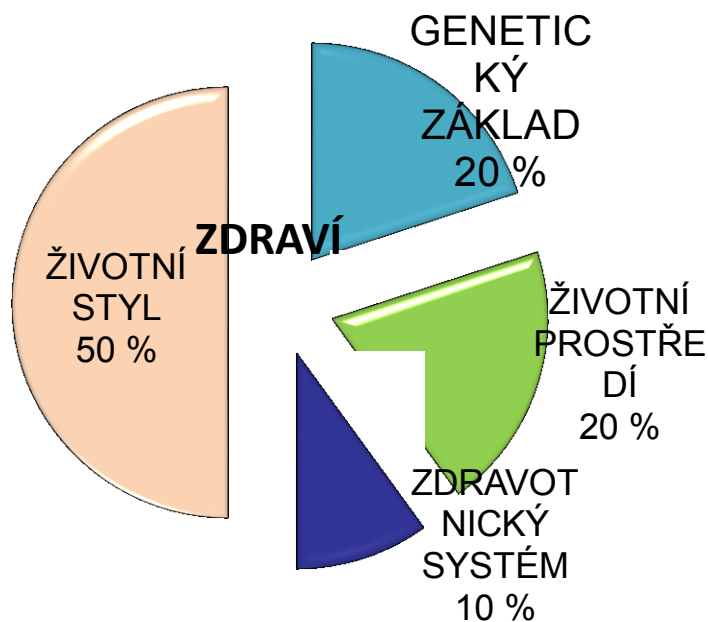
- **Determinanty zdraví** - všechny okolnosti a faktory, které určitým způsobem posilují a upevňují nebo naopak ohrožují a oslabují zdraví.
- **Zdravotní stav populace** je výsledkem působení celé řady determinant různé povahy a různého původu.
- Tato věta se může zdát banální, ale ještě v 70. letech minulého století převládalo přesvědčení, že zdravotní stav populace je z naprosto největší části odrazem úrovně zdravotní péče.

ZDRAVOTNICTVÍ JAKO DETRMINANTA ZDRAVÍ

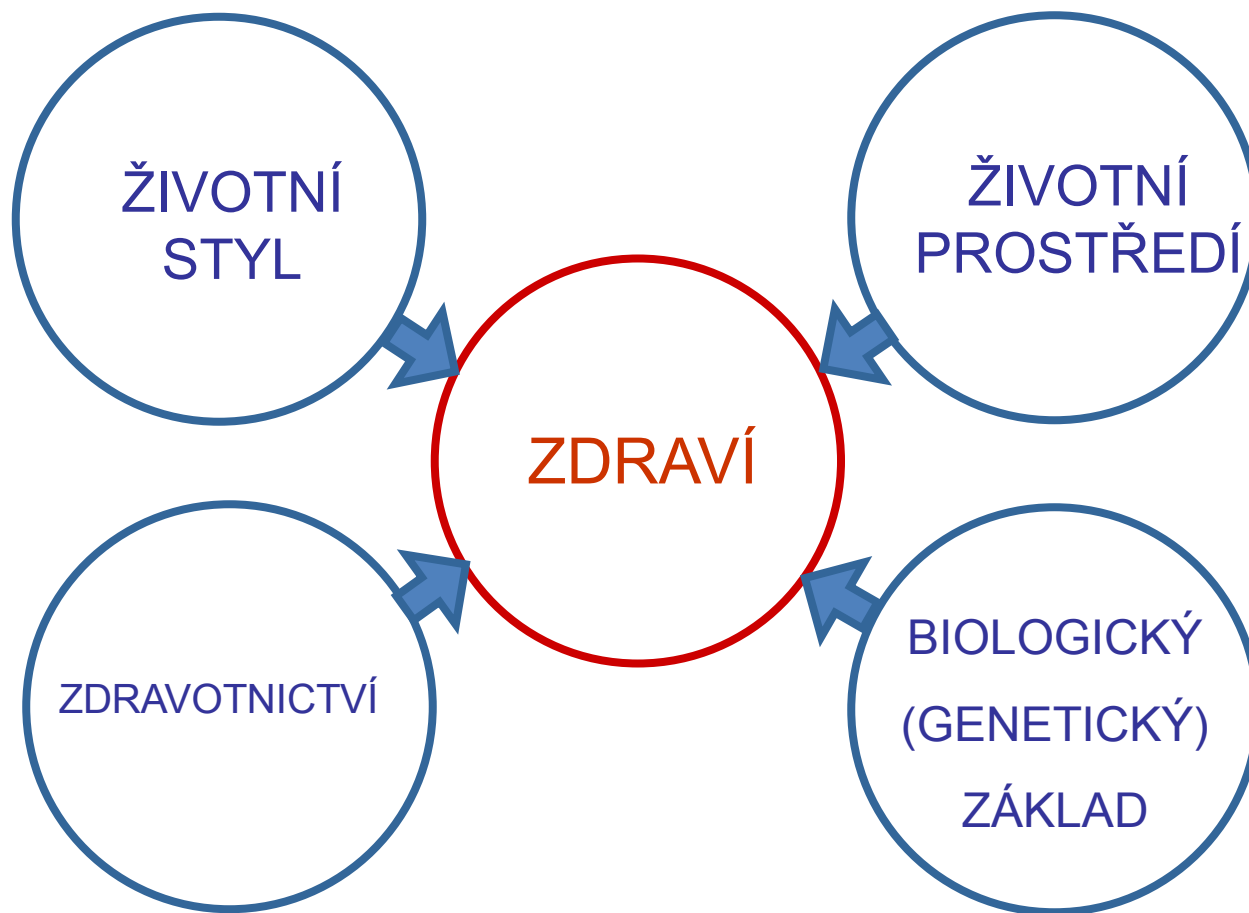
- **Úspěchy medicíny** v potlačování infekčních nemocí (hygienická opatření, očkování).
- Rozdíly ve zdraví lidí jako odraz rozdílů v **dostupnosti zdravotnických služeb**.
- Poválečný rozvoj zdravotnických systémů a **veřejného zdravotního pojištění** v Evropě.
- 70. léta 20. století – **3 základní zdravotní problémy**:
 - Růst výdajů na zdravotní péči
 - Stagnace zdravotního stavu obyvatelstva
 - Otázka ovlivnitelnosti známých rizikových faktorů na individuální úrovni

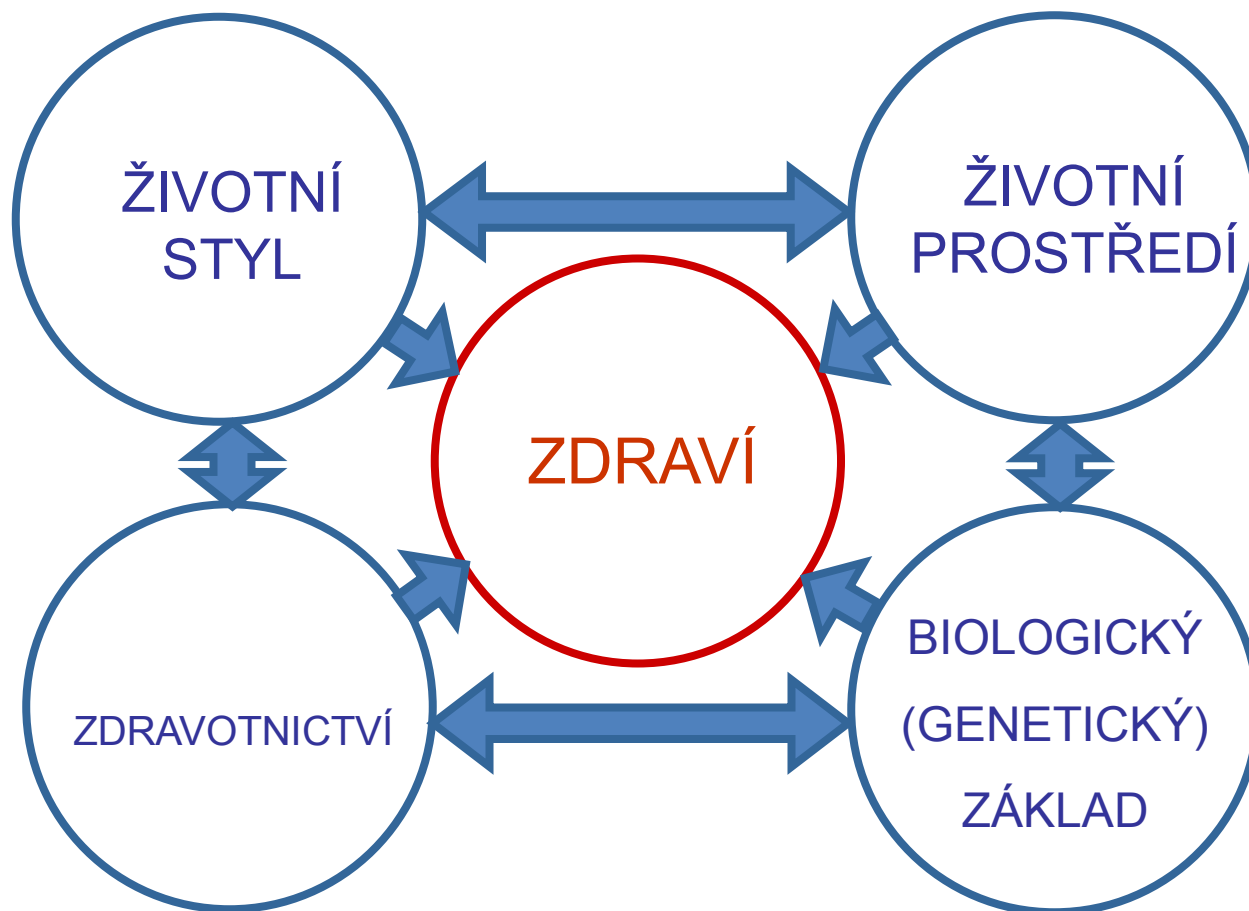
ZÁKLADNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ

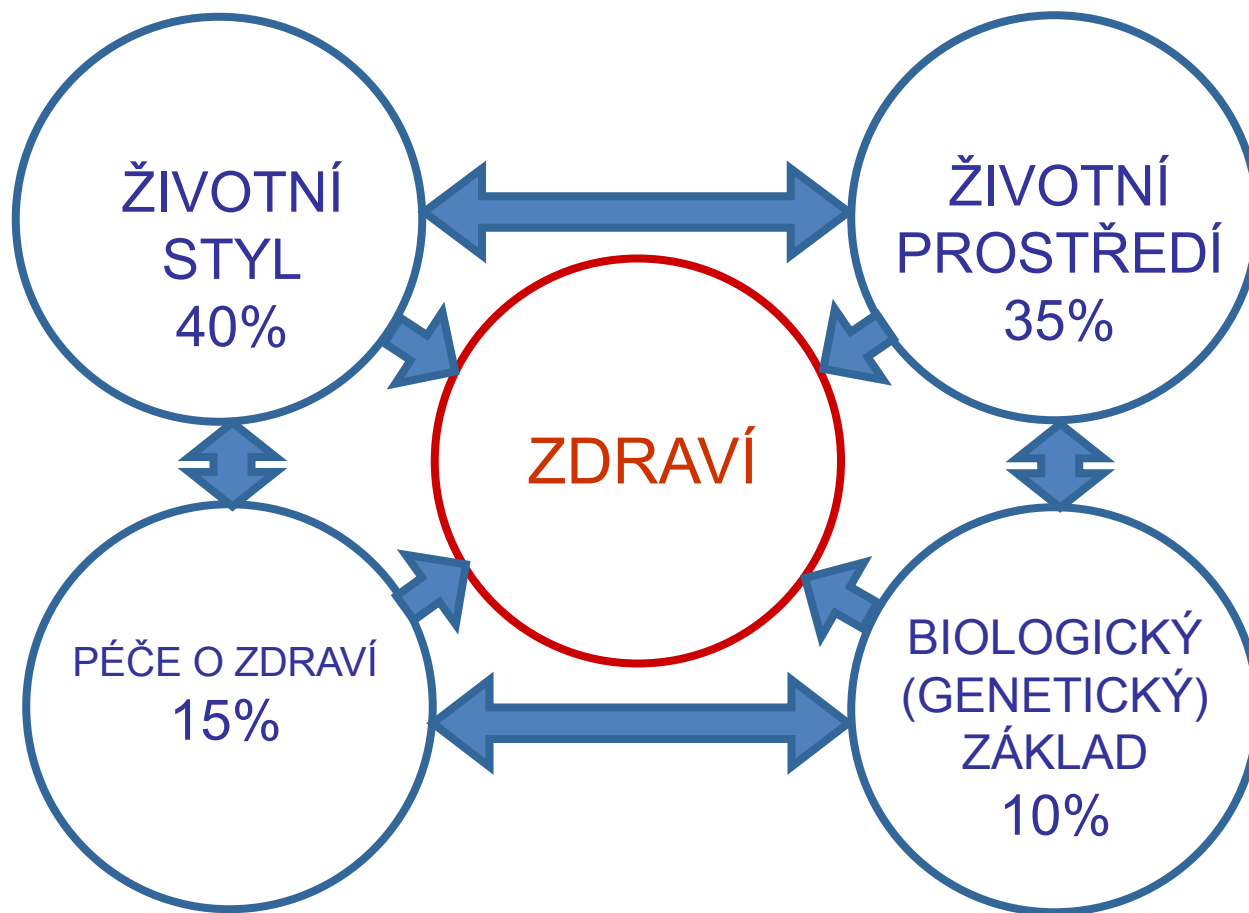
- Lalondova zpráva – vymezuje čtyři základní okruhy determinant zdraví

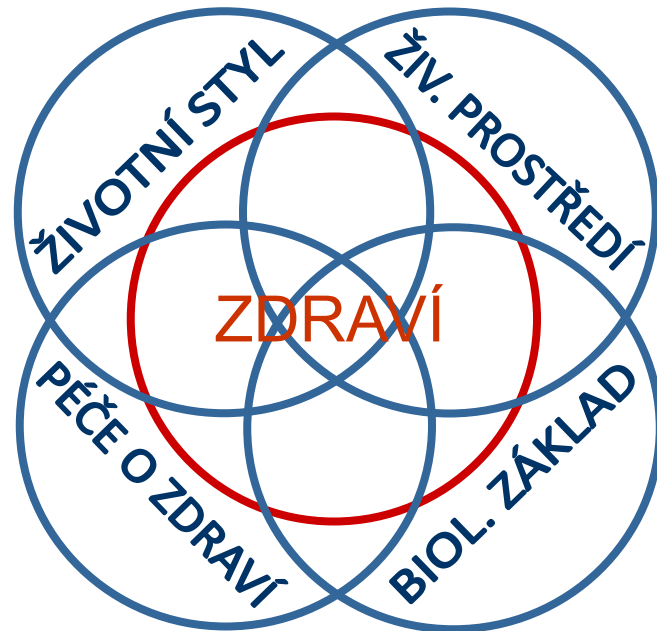


- **Nejvýznamnější determinanty zdraví leží mimo tradičně chápaný sektor zdravotnictví**
- **Stres**











INDIVIDUÁLNÍ ÚSILÍ NA CESTĚ KE ZDRAVÍ

INDIVIDUÁLNĚ
ORIENTO VANÁ
ZDRAVOTNÍ VÝCHOVA A
DALŠÍ FORMY MOTIVACE



INDIVIDUÁLNÍ ÚSILÍ A POPULAČNÍ OPATŘENÍ

INDIVIDUÁLNĚ
ORIENTO VANÁ
ZDRAVOTNÍ VÝCHOVA A
DALŠÍ FORMY MOTIVACE



POPULAČNĚ
ORIENTO VANÁ
OPATŘENÍ

Riziko
onemocnění

nezdravé pracovní a životní prostředí

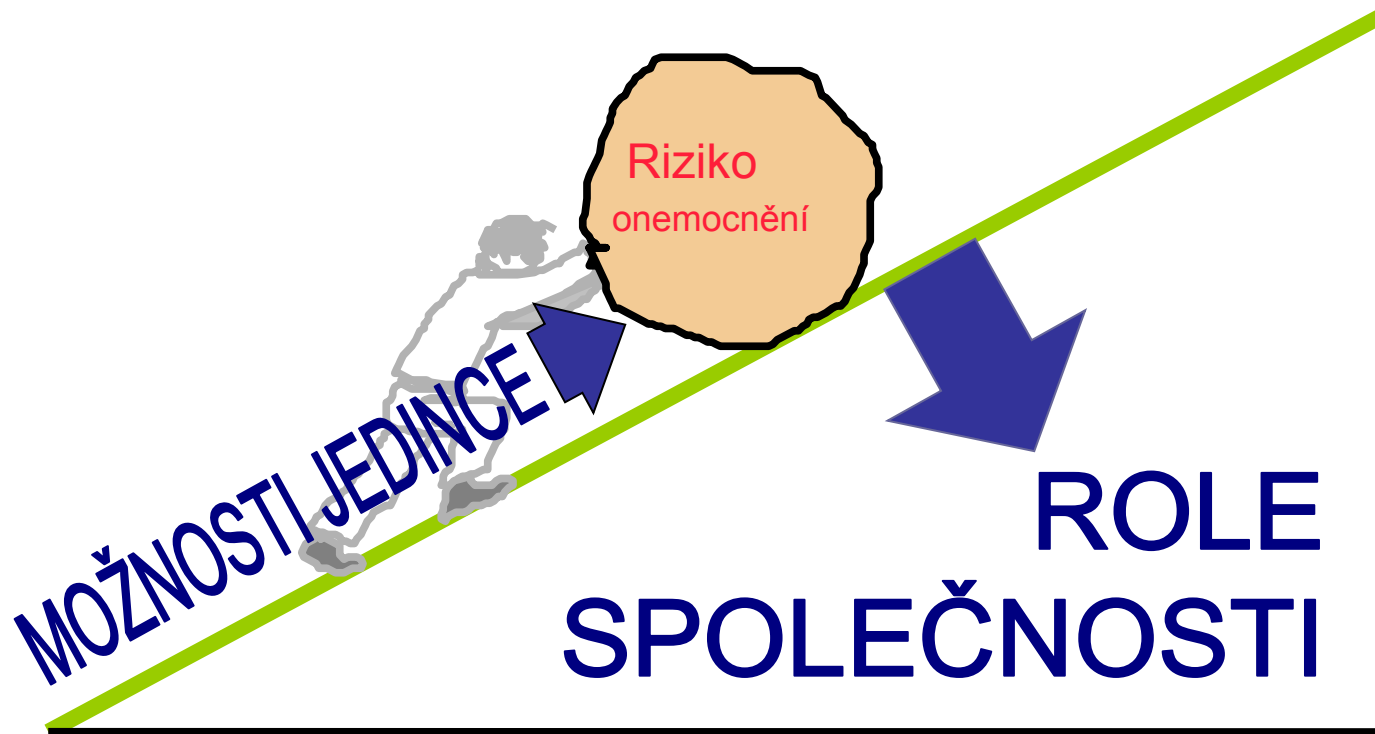
špatná výživa (zdravotně nebezpečné potraviny)

nebezpečné sociální chování, např. růst násilí a kriminality

nevhovující bydlení, nevhodné využívání volného času, stres apod.

široká škála dalších sociálních a ekologických faktorů ohrožujících zdraví

MOŽNOSTI JEDINCE A ROLE SPOLEČNOSTI

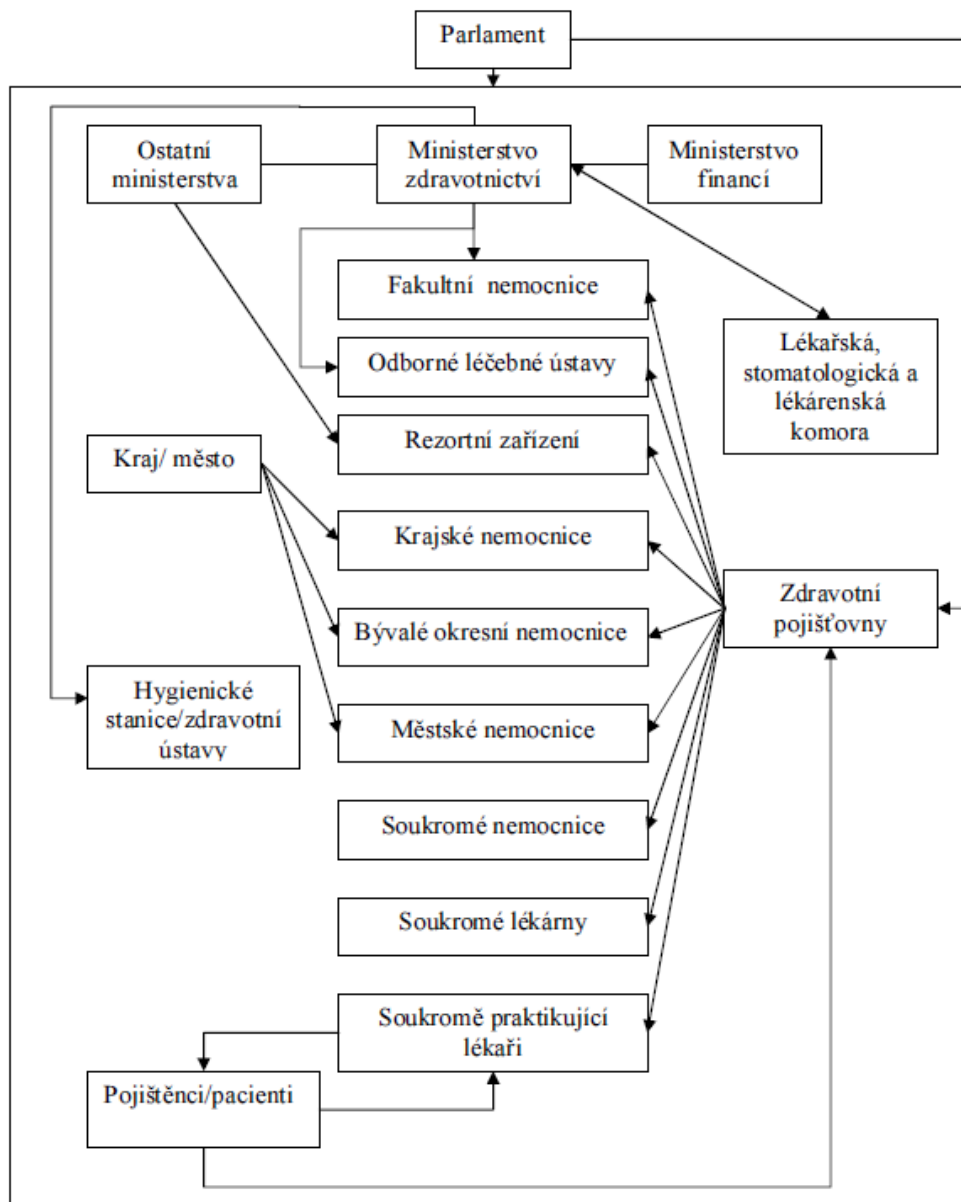


NEW PUBLIC HEALTH

- **Tradiční „tired“ Public Health**
- **New Public Health**

**STÁTNÍ SPRÁVA
A SAMOSPRÁVA
VE ZDRAVOTNICTVÍ**

SUBJEKTY ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU V ČR



ZDRAVOTNICTVÍ

- **Zdravotnická část péče o zdraví**
- Poskytuje zdravotní péči prostřednictvím zdravotnických služeb poskytovaných zdravotnickými zařízeními
 - Státní ZZ
 - Nestátní ZZ
 - Krajská, obecní, soukromá

ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY

ZZ podle typu péče

- Ambulantní péče
- Ústavní (lůžková) péče
- Závodní preventivní péče
- Přednemocniční neodkladná péče
- Doprava nemocných, raněných a rodiček
- Lázeňská péče
- Péče zajišťující léčiva, zdravotní pomůcky a stomatologické výrobky

ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY

- Poskytují odbornou péči o zdraví vykonávanou pracovníky ve zdravotnictví
- rozlišujeme:
 - a) preventivně léčebnou péči
 - b) péči o prostředí (hygienická služba)
 - c) zdravotní výchovu obyvatelstva

ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY

PREVENTIVNĚ LÉČEBNÁ PÉČE

1. Sanogenní činnost
2. Protektivní činnost
3. Vyhledávací činnost
4. Diagnostická a prognost. činnost
5. Léčení
6. Návratná péče
7. Udržovací péče
8. Terminální péče

ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY

- Primární péče
- Sekundární péče
- Terciární péče

ZDRAVOTNÍ POTŘEBA

ZDRAVOTNÍ POTŘEBA

Uspokojování zdravotních potřeb lidí je cílem systému péče o zdraví i zdravotnického systému.

ZDRAVOTNÍ POTŘEBA

- složitý jev, má aspekty
 - biologické
 - psychologické
 - behaviorální
 - sociologické
 - ekonomické
 - morální

ZDRAVOTNÍ POTŘEBA

- Tři typy
 - **subjektivně pocítovaná** potřeba
 - **profesionálně definovaná** potřeba
 - **normativní (objektivizovaná)** potřeba

SUBJEKTIVNĚ POCITŮVANÁ POTŘEBA

- **Psychický stav člověka**
 - Necítí se zdráv
 - Pozoruje na sobě symptomy
 - Má potřebu vyhledat radu či pomoc
 - Požaduje odbornou péči
 - **Intenzita** pocitované potřeby
 - **Postoj** samotného člověka k poruše zdraví
 - **Dostupnost** zdravotnických služeb

PROFESIONÁLNĚ DEFINOVANÁ POTŘEBA

- **Lékař**
 - reviduje požadavky pacienta
 - definuje vlastní profesionálně odůvodněné požadavky
 - v nich reflektuje zájmy pacienta, zájem svůj i zájem společnosti
 - nejde o objektivní určení potřeby – názory lékařů se mohou lišit

NORMATIVNÍ POTŘEBA

- **Teoretický koncept**
 - Relativně objektivizovaná potřeba
 - Očištěná od neurčitosti a hodnotových postojů
 - Závisí na úrovni poznání o medicínské účinnosti a ekonomické efektivitě poskytované péče
 - Vytváření standardů a norem vycházejících ze seriózních epidemiologických výzkumů a klinických pokusů

Zdravotní potřeba vychází z konkrétního zdravotního problému, který může

- existovat objektivně,**
- je subjektivně vnímán a je**
- řešen, např. prostřednictvím poskytnuté zdravotnické služby.**

8



DEMOGRAFICKÝ TRANZIT A EPIDEMIOLOGICKÁ TRANSFORMACE

Demografický vývoj a populační zdraví

- **System péče o zdraví i zdravotnictví** jako systém poskytující odborné zdravotnické služby reaguje na **zdravotní potřeby** populace.
- **Zdravotní potřeby se mění** v souvislosti
 - se změnou velikosti a složení populace
 - se změnami ve vzorcích nemocnosti a příčin smrt
- K demografickým a epidemiologickým změnám v populaci dochází v důsledku **proměny socioekonomických a kulturních podmínek**, které byly, jsou a budou významnými determinantami zdraví populace.

Demografický tranzit, epidemiologická transformace, determinanty zdraví

- **Zdravotnictví** jako systém poskytující odborné zdravotnické služby je závislý na stavu veřejných financí
 - **růst nákladů** v souvislosti se stárnutím populace (často přeceňovaná příčina růstu nákladů)
 - otázka **způsobu financování** veřejných zdravotnických služeb (snižování počtu přispěvatelů)
 - spektrum služeb

EKONOMIE ZDRAVOTNICTVÍ

Ekonomie a zdravotnictví

- Zdravotnictví – významný sektor NH
 - cca 250 000 pracovníků
 - necelých 8 % HDP = 350 mld. Kč
 - Efekt vynakládaných peněz není lineární
 - sektor, spojený s veřejnými penězi, ve kterém jdou proti sobě zájmy jednotlivých aktérů – to je ideální prostor pro korupci na různých úrovních (otázka plýtvání zdroji).

Ekonomická teorie a zdravotnictví

- **ekonomie - medicína**
 - finance - zdravotnictví**
 - peníze - zdravotní péče**
- potenciální konflikt
- omezené zdroje x všeobecně uznávané lidské hodnoty
- obtížnost hodnocení dopadů různých variant alokace zdrojů

Trh a zdraví

- Trh jako standardní řešení omezených zdrojů v oblasti péče o zdraví
 - Nakolik je tržní mechanismus vhodný?
 - Kde, kdy a proč selhává?
 - Mohou být tržní selhání napravena státními zásahy?

Financování zdravotnických služeb

- Formy financování
 - Typy zdravotnických systémů
- Platby za zdravotnické služby

Hodnocení ekonomické efektivnosti zdravotní péče

- Ekonomická efektivnost je pouze jedním z mnoha aspektů hodnocení zdravotnických služeb.
- Ekonomická efektivnost = poměr mezi vstupy a výstupy
 - problémy porovnávání

Ekonomie

- zkoumá **hospodaření s materiálními zdroji**,
 - vytváření a rozdělování bohatství,
 - výrobu a spotřebu zboží a služeb.
- Základní pojmy: „**nedostatek**“ a „**volba**“.
 - V podmínkách **omezených zdrojů** je nutno provádět **volbu (výběr) mezi konkurenčními požadavky** souvisejícími se spotřebou zdrojů.
 - Kdyby všechny zdroje byly v potřebné míře k dispozici, ztratil by ekonomický přístup své opodstatnění.

Ekonomie a zdraví

- Chceme-li charakterizovat ekonomické aspekty systému péče o zdraví a analyzovat jej jako systém hospodářský, je třeba rozlišit dva základní pojmy:
 - ekonomiku péče o zdraví a
 - ekonomiku zdravotnictví (jakožto součásti systému péče o zdraví)
- Ekonomika péče o zdraví se zabývá vynakládáním vzácných zdrojů do širokého systému péče o zdraví a jejich výnosem.

Ekonomika zdravotnictví

- **je jednou z aplikovaných ekonomických disciplín;**
- **zabývá se studiem možností optimální alokace omezených lidských, hmotných a peněžních zdrojů s cílem dosáhnout integrace medicínské, organizační a ekonomické racionality v oblasti poskytování zdravotnických služeb.**

Ekonomika zdravotnictví

- ... řeší problematiku alokace (rozhodování komu, kam, kolik bude přiděleno) nedostatkových zdrojů (lidé, materiál, peníze) ve zdravotnickém systému...
- ... aby bylo dosaženo lepšího zdravotního stavu (u jedinců i populačních skupin) při minimálních nákladech...
- ... jen velmi zřídka jsou rozhodnutí činěna pouze na základě ekonomických úvah, při rozhodování je třeba brát v úvahu další aspekty – medicínské, etické, organizační aj.

Hlavní oblasti ekonomiky zdravotnictví

- faktory nabídky a poptávky po zdravotních službách
- zdravotní potřeby,
- financování zdravotní péče,
- náklady zdravotní péče,
- měření výsledků a výstupů zdravotní péče,
- měření produktivity, účinnosti a ekonomické efektivity zdravotnických služeb,
- vliv ekonomického prostředí na ekonomiku zdravotnických organizací,
- analýza efektivnosti různých zdravotnických systémů,
- ekonomické vyhodnocování medicínských intervencí.

TRH
A ZDRAVOTNÍ
PÉČE
(tržní selhání)

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- vysvětlení a zdůvodnění vládních zásahů, ve všech zdravotních systémech
- základní příčina: **selhání trhu zdravotní péče:**
 1. asymetrie informací
 2. povaha poptávky po zdravotních službách
 3. očekávané chování lékařů
 4. nejistota výsledku
 5. podmínky na straně nabídky zdravotních služeb
 6. tvorba cen
 7. externality
 8. Riziko inekvity ve zdraví

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Nedostatek a asymetrie informací**

Pacient není ve stejné pozici jako spotřebitel běžných komerčních služeb.

- **Pacient neví:**

- Co mu chybí
- Jaké zdravotnické služby potřebuje
- Kde, kdy a od koho je má požadovat
- Jakou cenu by měl za služby zaplatit
- Jaký přínos či prospěch může očekávat od poskytnuté péče

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Povaha poptávky**
 - **spotřebu zdr. služeb nelze plánovat nebo odložit:**
 - Nemoc je nepředvídatelný a nepravidelný jev
 - Potřeba zdravotnických služeb je často nezbytná a neodkladná
 - Je spojena s rizikem úmrtí, omezení funkčnosti (vč. snížení schopnosti vydělávat peníze)
 - Nemoc = velmi nákladné riziko

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Očekávané chování lékařů - omezená soutěž**
 - Ani v ryze tržních společnostech mezi lékaři zdravotnickými zařízeními prakticky nedochází ke konkurenci prostřednictvím reklamy a cen
 - Lékař = informovaný expert, jím navrhovaná léčba je odrazem objektivní potřeby pacienta, nikoli finančními potřebami lékaře (důvěra).
 - Nutnost spolupráce (konzultací) mezi lékaři
 - Přirozená spádovost nemocnic (bydliště, záchranka)

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Podmínky na straně nabídky**

- Vstup do profese je omezen (nákladné vzdělání = omezený počet studentů)
- Vede to k omezení nabídky a k růstu nákladů (x zajištění kvality)

- **Tvorba cen**

- administrativní tvorba cen = nepružnost nabídky
- existence zdravotního pojištění omezuje cenovou konkurenci pouze na částku, kterou pacient hradí přímou platbou.

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Externality**

- Činnosti, které pozitivně nebo negativně ovlivňují jiné subjekty, aniž za to musí platit nebo jsou za tyto činnosti odškodňovány.
- Péče o zdraví má někdy charakter kolektivního statku (nelze z něj nikoho vyloučit)
 - **Negativní externalita**
 - Výrobní podniky znečišťující ovzduší
 - **Pozitivní externalita**
 - Prevence nemocí (užitek má celá společnost)
 - Očkování

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Zajištění ekvity ve zdravotní péči**
 - Potřebu péče často provází pokles výdělečných schopností.
 - Zajištění výběru vhodných služeb za přijatelné ceny.
 - Některé služby by bez pomoci veřejné správy nebyly dostupné v některých lokalitách.
 - Některé služby by bylo velice nákladné poskytovat v malém měřítku.

**PŘÍČINY
NÁRŮSTU
VÝDAJŮ NA
ZDRAVOTNÍ PÉČI**

Zájem ekonomie o zdravotní péči

Systematický zájem o ekonomickou problematiku zdravotnictví od 60. let 20. století.

- Zdravotnictví se stalo významným hospodářským odvětvím
- Růst výdajů na zdravotnictví (začal předstihovat růst HDP)
 - Začaly být analyzovány hlavní příčiny růstu výdajů na zdravotní péči

Hlavní příčiny růstu nákladů

Nárůst nákladů na zdravotnictví má několik příčin, které lze jen těžko seřadit podle pořadí nebo je navzájem oddělit.

1. Demografické změny

- Stárnutí populace není tak závažným faktorem, jak se obecně myslí (roční růst výdajů v ČR je cca 7 % a pouze jeden procentní bod připadá na populační stárnutí, zbylých 6 má příčinu jinde).

2. Struktura a charakter nemocnosti a úmrtnosti

- Hromadný výskyt chronických nemocí

3. Nové a staronové choroby

- AIDS, TBC
- závislosti

4. Léčiva a technologie

- drahý výzkum
- odstraňují následky, nikoli příčiny
- odhalování nemocí v časnějších stádiích = delší život s nemocí

Hlavní příčiny růstu nákladů

5. Nárůst výkonů

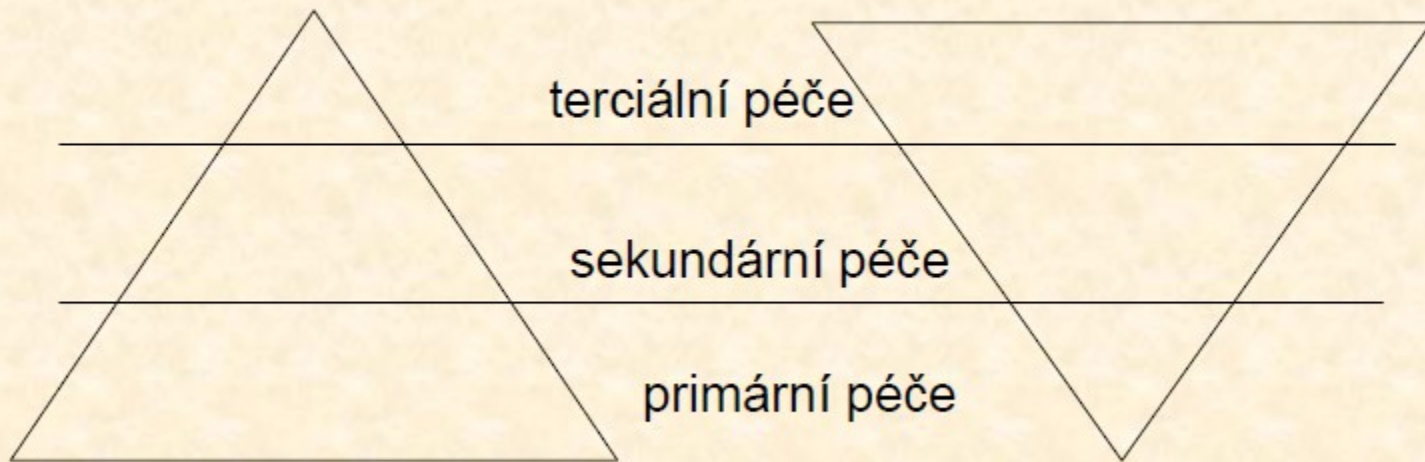
- Nové technologie usnadňují výkony a zkracují hospitalizaci (roste nabídka).
- Z rizikových metod se stávají metody relativně bezpečné (roste poptávka).

6. Zaměření na nejtěžší stavy a nemoci

- Jsou léčeny stavy a nemoci dříve považované za beznadějně a kde i dnes je poměr šance na vyléčení a selhání velmi nepříznivý.
- Přibližně 22 % veškerých nákladů na zdravotnictví spotřebovává 5 % populace.
- Chybné zaměření, lepší by bylo zaměřit se na předcházení nemocem (sociální determinanty zdraví).

potřeba zdravotní péče

finanční nákladovost



terciální péče

sekundární péče

primární péče

Hlavní příčiny růstu nákladů

5. Nárůst výkonů

- Nové technologie usnadňují výkony a zkracují hospitalizaci (roste nabídka).
- Z rizikových metod se stávají metody relativně bezpečné (roste poptávka).

6. Zaměření na nejtěžší stavy a nemoci

- Jsou léčeny stavy a nemoci dříve považované za beznadějně a kde i dnes je poměr šance na vyléčení a selhání velmi nepříznivý.
- Přibližně 22 % veškerých nákladů na zdravotnictví spotřebovává 5 % populace.
- Chybné zaměření, lepší by bylo zaměřit se na předcházení nemocem.

7. Očekávání lidí

- V informačním věku roste „informovanost“ a očekávání lidí, kteří požadují stále více (z hlediska kvantity i kvality).

Hlavní příčiny růstu nákladů

8. Chybějící kontrolní mechanismy

9. Komeracionalizace

- vstup komerčních zájmů a podnikatelských aktivit za účelem zisku (výrobci a obchodníci s technikou, materiály, léky, službami)

MOŽNOSTI ŘEŠENÍ

1. Další peníze do systému zdravotnictví
2. Zvýšení hospodárnosti zdravotnictví
3. Omezení dostupnosti zdravotnických služeb
4. Všeobecné zlepšení zdraví lidí

FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ

Finance

- **Kolik?**
- **Kdy?**
- **Kam?**
- **Komu?**
- **Za co?**
- **Jak (formy čerpání)?**



- **Co to přineslo?**
- **Jak lépe?**

FORMY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Nepřímé

- veřejné rozpočty (státní, krajské, městské)
- povinné (veřejnoprávní) pojištění
- dobrovolné (soukromoprávní) pojištění
- zaměstnanecké pojištění
- charita
- zahraniční pomoc

Přímé

- přímé platby od příjemců služeb

FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

- ČSÚ: Výsledky financování zdravotnických služeb ČR v letech 2010 - 2015
 - Mezinárodní metodika: OECD, WHO, Eurostat

System (konečný zdroj) financování zdravotní péče - HF	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2014
1 Vládní systémy a povinné příspěvkové systémy zdravotní péče (veřejné zdroje)	288 768	291 272	294 861	297 412	296 641	299 362	100,9
1.1 Vládní systémy (veřejné rozpočty)	56 879	56 935	56 934	59 058	62 039	64 656	104,2
1.1.1 Státní rozpočet	48 835	47 692	47 079	49 360	52 546	54 889	104,5
1.1.2 Místní rozpočty	8 044	9 243	9 855	9 698	9 493	9 766	102,9
1.2 Zdravotní pojišťovny	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 706	100,0
2 Systém dobrovolných plateb na zdravotní péči (soukromé zdroje bez přímých plateb domácností)	9 217	9 205	9 110	9 202	10 668	9 322	87,4
2.1 Soukromé pojištění	427	477	520	475	537	478	89,1
2.2 Neziskové organizace	7 888	7 820	7 719	7 726	7 757	7 929	102,2
2.3 Podniky	901	908	871	1 001	2 374	915	38,5
3 Domácnosti	42 705	44 028	44 239	43 465	46 490	45 043	96,9
Celkový součet	340 690	344 506	348 210	350 079	353 799	353 727	100,0

Hlavní zdroje financování zdravotnictví

- **Veřejné zdravotní pojištění (67 %)**
 - občané
 - stát
 - zaměstnavatelé
- **Státní a místní rozpočty (18 %)**
 - státní (státní rozpočet)
 - krajské a obecní (krajský, obecní rozpočet)
- **Soukromé platby (15 %)**
 - přímé platby za péči, léky, pomůcky ...
 - regulační poplatky
 - soukromé zdravotní pojištění
 - další soukromé platby (dary, sbírky, závodní preventivní péče)

Výdaje na zdravotní péči

- **40 % z celkových výdajů na ZP jdou na léčebnou péči (cca 142 mld. Kč)**
 - 55 % z toho jde na péči ambulantní (84 mld. Kč)
 - 41 % z toho jde na péči lůžkovou (51 mld. Kč)
 - 4 % ostatní léčebná péče (denní, domácí)
- **19 % výdajů jde na léčiva a ostatní zdravotnické pomůcky**

Formy úhrady

- neměly by motivovat poskytovatele k nabídce „nadbytečných“ zdravotnických výkonů
- neměly by motivovat poskytovatele k "nedostatečnému„ poskytování zdravotní péče (systém paušálních plateb)
- měly by garantovat úhradu oprávněných (nutných) nákladů poskytnuté zdravotní péče

Formy úhrady

- **Kapitace**
 - Platba za registrovaného pacienta
- **Platba za výkon**
 - Bodové hodnoty výkonů v sazebníku „Seznam zdravotních výkonů“
 - Hodnota bodu je výsledkem dohodovacího řízení mezi ZP a ČLK, stanovuje se pro nadcházející čtvrtletí
- **Paušál**
 - Stanovený pro daný typ zdr. zařízení na základě veškeré vykázané a uznané péče v předcházejícím roce
- **DRG**
 - Definování skupin s klinicky a nákladově shodnými případy.

Formy úhrady:

Ambulantní zdravotní péče

Praktičtí lékaři

- kapitace + platba za výkon

Stomatologové

- platba za výkon (zvláštní sazebník, výkony v Kč, ne v bodech)
- přímé platby (definice nadstandardu)

Ambulantní specialisté

- platba za výkon (hodnota bodu dle specializace)
- maximální úhrada na jednoho ošetřeného pacienta

Laboratoře a RTG

- paušální sazba (odhad potřeby financí na základě referenčního období), výjimečně platba za výkon

Formy úhrady Nemocnice

- Od roku 2012 postupný přechod na systém DRG
 - Definování skupin s klinicky a nákladově shodnými případy.
 - Platba za odléčeného pacienta, nikoli za provedené výkony.
- Platby: cca 80 % péče placeno DRG, 20 % hrazeno jinými formami

ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

VEŘEJNOPRÁVNÍ POJIŠTĚNÍ

Veřejné zdravotní pojištění

- **Povinné** (dáno zákonem) pro každého
- **Garance zdravotní péče** pomocí povinně předplacených služeb
- **Odstranění finančních bariér** v dostupnosti ZP
- Souvisí s pojetím **úlohy státu** v péči o zdraví
- Základním principem je **solidarita**

Veřejné zdravotní pojištění – jde o solidaritu:

- bohatých s chudými
- zdravých s nemocnými
- mladých se staršími
- jedinců s rodinami
- ekonomicky aktivních s ekonomicky neaktivními
- mužů se ženami
- zodpovědných s nezodpovědnými ...

Veřejné zdravotní pojištění

- Bismarckovský model financování
- Vychází z křesťanských hodnot
- Výraz sociálního citění a humánních hodnot
- Zdravotní péče jako jedno ze základních lidských práv, jehož garantem je stát

Veřejné zdravotní pojištění

„Železný kancléř“
Otto von Bismarck



„Moje myšlenka si klade za cíl získat pracující třídu. Můžu dokonce říct – uplatit ji státem.“

Veřejné zdravotní pojištění jako výraz sociální solidarity

- **Odděluje poskytování zdravotní péče od schopnosti za ni platit.**
- **Příspěvky** na zdravotní péči stanovuje **podle finančních možností** (procentuální částka z příjmu, nikoli pevná částka).
- **Přerozděluje** shromážděné finance ve prospěch sociálně slabých a nemocných.

Veřejné zdravotní pojištění

- Zavedeno v roce **1992**
- Na počátku 90. velký počet zdravotních pojišťoven (až 27)
- V současnosti je v ČR **7 zdravotních pojišťoven**

Plátcí veřejného zdravotního pojištění

- Zaměstnavatelé a zaměstnanci
- Osoby samostatně výdělečně činné
- Stát

Z povinného zdravotního pojištění se hradí:

- Nezbytné lékařské úkony
- Zdravotnický materiál
- Některé léky

Zaměstnanci a zaměstnavatelé

- **Zaměstnanec** platí **4,5 %** z hrubé mzdy.
- **Zaměstnavatel** platí **9 %** z hrubé mzdy – lze to brát jako **část nevyplacené mzdy**.

OSVČ

- **13,5% z vyměřovacího základu**
- **Vyměřovacím základem je (od r. 2006) 50 % příjmu ze SVČ po odpočtu výdajů nutných na jeho dosažení, zajištění a udržení.**
- **Je stanovena minimální měsíční záloha na zdr. pojištění (v r. 2018 = 2 024 Kč)**

Osoba bez zdanitelných příjmů (OBZP)

- Osoba, která má na území ČR trvalý pobyt,
 - není však zaměstnancem,
 - nemá příjmy ze samostatné výdělečné činnosti,
 - ani nepatří do kategorie, za kterou platí pojistné stát, a uvedené skutečnosti trvají celý kalendářní měsíc.
 - Např. žena v domácnosti, student školy, která neposkytuje soustavnou přípravu na budoucí povolání, člen náboženského řádu bez příjmu, nezaměstnaný neevidovaný na ÚP, absolvent SŠ, který ihned po prázdninách nenastoupí do zaměstnání + neeviduje se na ÚP + nezačne podnikat.
- **OBZP platí 13,5 % z minimální mzdy** v měsíci, za které se platí pojistné.
- Aktuálně je minimální mzda 12 200 Kč, výše měsíční platby tedy činí **1 647 Kč**.

Osoby, za které je plátcem stát

- Nezaopatřené děti (i PGS studenti nad 26 let)
- Poživatelé důchodů
- Osoby na mateřské a rodičovské dovolené
- Uchazeči o zaměstnání
- Osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby
- Osoby převážně nebo úplně bezmocné
- Osoby pečující o blízkou osobu
- Osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu

Stát za vyjmenované osoby platí zálohu na zdravotní pojištění ve výši **969 Kč** měsíčně (od r. 2018).

Zdravotní pojišťovny v ČR

- **veřejnoprávní neziskové organizace**
- mají za úkol
 - a) vybírat zdravotní pojištění v zákonem stanovené výši
 - b) a zajišťovat za vybrané prostředky úhrady zdravotní péče tak, aby vybrané pojistné bylo vynakládáno účelně a fektivně.
- uzavření/neuzavření smlouvy se zdravotnickým zařízením
- výše a forma úhrad (kapitace, výkon, paušál, DRG)
- financování zdravotní péče se stanovuje na základě tzv. dohodovacího řízení
 - mezi zdravotními pojišťovnami
 - Českou lékařskou komorou (komory, profesní organizace)
 - příp. vládou (MZ)

Výběr zdravotní pojišťovny

Volba zdravotní pojišťovny

- výběr ze 7 zdravotních pojišťoven
- novorozenec se stává automaticky pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u níž je pojištěna jeho matka

Změna zdravotní pojišťovny

- ze zákona lze 1x za 12 měsíců

Kritéria

- dostupnost smluvní lékařské péče pojišťovny
- praktická využitelnost nabízených výhod z fondu prevence

Zdravotní pojišťovny a počet jejich pojištěnců v r. 2017

• Česká průmyslová zdravotní pojišťovna:	1,24 mil.	(11,6 %)
• Oborová zdr. pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví:	728 tis.	(7,1 %)
• Revírní bratrská pokladna:	431 tis.	(4,1 %)
• Vojenská zdravotní pojišťovna:	700 tis.	(6,8 %)
• Všeobecná zdravotní pojišťovna:	5,91 mil.	(57,0 %)
• Zaměstnanecká pojišťovna Škoda:	142 tis.	(1,3 %)
• Zdr. pojišťovna Ministerstva vnitra:	1,30 mil.	(12,1 %)

SOUKROMOPRÁVNÍ POJIŠTĚNÍ

Co lze pojistit?

Typy soukromého zdravotního pojištění:

- Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti
- Pojištění pobytu v nemocnici
 - Ušlý příjem
 - Nadstandard
- Pojištění stomatologické péče
- Pojištění vážných onemocnění a invalidity
 - Dlouhodobá pracovní neschopnost
 - Výdaje spojené s léčením, výdaje na nadstandardní péči, na jednorázové splacení závazků např. úvěr, leasing nebo na úpravu prostředí (bezbariérový byt).
- Pojištění dlouhodobé péče (potřeba pečovatele)
- Léčebné výlohy při cestách do zahraničí

Charakteristiky soukromého zdravotního pojištění

- Nedochozí ke spoření, celou vloženou částku pojišťovna používá na **pokrytí rizik**.
- Výše plnění se zpravidla stanovuje v závislosti na **počtu dní pracovní neschopnosti**, nikoli na základě bodového ohodnocení jako u úrazového pojištění.
- Pojišťovna zpravidla plní na žádost o plnění až po uplynutí **čekací (karenční) doby**.
- **Nelze se pojistit na smrt**, pro případ smrti je nutné využít jiné produkty (např. rizikové, životní nebo kapitálové životní pojištění).

Cizinci odkázáni na komerční ZP

- **Občané ze „třetích zemí“** se účastní veřejného zdravotního pojištění, pokud pracují **jako zaměstnanci u zaměstnavatele se sídlem v ČR.**
- **Ostatní cizinci ze zemí mimo EU** s dlouhodobým pobytem v ČR si musí zdravotní pojištění obstarat jiným způsobem.
- Týká se to cizinců, kteří v ČR:
 - působí jako živnostníci či podnikatelé (OSVČ) a nemají trvalý pobyt
 - jsou rodinnými příslušníky (děti, a to včetně zde narozených dětí, manželé, starší rodiče) všech cizinců ze třetích zemí, tj. i cizinců s trvalým pobytem; dokonce sem spadají i rodinní příslušníci českých občanů, pokud ještě nemají trvalý pobyt (do dvou let po sňatku) a nejsou v ČR ani zaměstnanci
 - studenti

Cizinci odkázáni na komerční ZP

- Jedná se odhadem o **150 000 cizinců s legálním pobytem**
- Minimální pojistné krytí je do 30 000 EUR
- Jsou povinni si sjednat komerční zdravotní pojištění, které však není nijak regulováno
 - uzavření smlouvy o komerčním zdravotním pojištění totiž cizinci nikterak negarantuje, že mu příslušná pojišťovna zdravotní péči skutečně proplatí. Oproti veřejnému zdravotnímu pojištění jsou pro všechny druhy komerčního pojištění charakteristické **četné výluky z pojištění a limity** pojistného plnění, které účelnost tohoto pojištění velmi zpochybňují.
- 2 typy balíčků: Základní péče nebo Komplexní péče
- Od r. 2010 je možnost pojištění omezena na pojišťovny se sídlem v ČR
- Problémem jsou zejména **následující omezení**:
 - výluky z pojištění vztahující se k druhům onemocnění a k druhům lékařské péče
 - výluky z pojištění vztahující se k příčinám či jiným okolnostem vzniku pojistné události, tj. onemocnění
 - maximální limit pojistného plnění (na 1 událost vs. celkový roční limit – malý rozdíl)
 - podmínka dodržení dalších povinností vyplývajících ze smlouvy
 - možnost pojišťoven **kdykoliv** odstoupit od smlouvy.

ROLE STÁTU V PÉČI O ZDRAVÍ

Odpovědnost za zdraví

- Péče o zdraví není jen záležitostí jednotlivce ani jen záležitostí státu.

V odpovědnosti za zdraví je třeba hledat **rovnováhu mezi rolí občanů a státu.**

Právo na zdraví

- Právo na život
- Právo na ochranu zdraví
- Právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění

Úkoly státu v péči o zdraví

- tvorba **koncepce** systému péče o zdraví
- zajištění **dostupnosti** zdravotní péče
- **sladování zájmů** různých účastníků zdravotní péče
- odpovědnost za **efektivní využívání prostředků** určených na zdravotní péči

Role státu v péči o zdraví dle WHO

- 1) **garantuje dostupnost** základní zdravotní péče pro všechny občany a stanoví pravidla za jakých jsou různé druhy péče poskytovány
- 2) v různé míře se **podílí na financování** zdravotní péče
- 3) je v různé míře **vlastníkem** zdravotnických zařízení
- 4) **rozhoduje** či spolurozhoduje o **podmínkách pro výkon lékařského povolání**
- 5) **reguluje** přímo nebo nepřímo **ceny** lékařských služeb a usměrňuje konkurenci

Role státu v péči o zdraví dle WHO

- 6) **zajišťuje protiepidemickou službu** a významně se podílí na snižování environmentálních rizik
- 7) významně **podílí na výchově lékařů a ostatních odborníků** ve zdravotnictví
- 8) prostřednictvím různých orgánů **monitoruje zdravotní stav populace**, aktuální problémy populačního zdraví řeší ve spolupráci s odborníky a občanskými sdruženími, či samosprávnými orgán
- 9) přímo nebo nepřímo **podporuje lékařský výzkum**
- 10) prostřednictvím svých orgánů **spolupracuje s WHO** v oblasti ochrany zdraví mezi zeměmi

ZDRAVOTNÍ POLITIKA

Zdravotní politika

- projev **zájmu a odpovědnosti** za zdraví lidí a výraz touhy po **spravedlnosti** při spravování záležitostí obce.

(Konference SZO v Adelaide 1988)

Zdravotní politika

- opatření, která se navrhují, realizují a hodnotí v oblasti péče o zdraví.
- není jen to, co se udělá, ale i to, co se neudělá

Hlavní cíl zdravotní politiky

- vytvořit a rozvíjet **příznivé zdravotní prostředí**, v němž by lidé mohli žít zdravě:
 - usnadnění správné volby zdravého způsobu života
 - důraz na příznivé přírodní a sociální prostředí
 - odpovědnost všech rezortů za zdravotní důsledky jejich rozhodnutí

KONCEPCE ZDRAVOTNÍ POLITIKY

Základy pro vytváření koncepce zdravotní politiky

- **Východiska:** popis a analýza současného stavu, vymezení problémů a posouzení možností jejich zvládnutí
- **Hodnoty, záměry a cíle** péče o zdraví a zdravotnictví
 - Orientace na občana, svébytnost, spravedlnost, demokratické principy, hodnota zdraví,
 - zdravotní péče jako individuální i sociální hodnota, politické, ekonomické, kulturní a sociální okolnosti
- **Teorie péče o zdraví a zdravotnictví**, systémové interdisciplinární pojetí
 - Jaké je zdraví? Proč je takové? Čím lze přispět k jeho zlepšení?

Nástroje pro realizaci koncepce zdravotní politiky

- **Financování**
- **Legislativa**
- **Lidé a jejich výchova ke zdraví**
- **Dobré řízení**
- **Informace**
- **Věda, výzkum a rozvoj**

Regionalizace, decentralizace, recentralizace, komunikace, tvůrčí partnerství, podíl odborné a široké občanské veřejnosti na rozvoji péče o zdraví

Cíle koncepce zdravotní politiky

- Dobrá péče o zdraví a výkonný systém zdravotnictví
- **ZDRAVÍ LIDÉ**

EVROPSKÁ ZDRAVOTNÍ POLITIKA

Evropská zdravotní politika

- mnoho rozličných podkladových materiálů
- principy a hodnoty
- inspirace pro jednotlivé státy a jejich specifickou situaci
- důraz na participaci občanů (jednotlivců, rodin, sociálních skupin, dobrovolných a zájmových organizací)

Historický vývoj evropské zdravotní politiky

1851

- I. evropská zdravotní konference v Paříži

1907

- založen Mezinárodní úřad veřejné hygieny v Paříži

1948

- založení Světové zdravotnické organizace

Základní programové dokumenty evropské zdravotní politiky

SZO

- nová strategie **Zdraví 2020**

EU

- **Společně pro zdraví** (součást komplexní strategie rozvoje EU Evropa 2020)

Aktuální program ZDRAVÍ 2020

Strategické cíle programu Zdraví 2020

1. Zlepšení zdraví pro všechny a snižování nerovností ve zdraví
2. Posílení roli veřejné správy v péči o zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce.

Prioritní oblast 1

- celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí
- posilování role občanů
- vytváření podmínek pro naplňování jejich zdravotního potenciálu

Prioritní oblast 2

- čelit závažným zdravotním problémům v oblasti neinfekčních i infekčních nemocí
- průběžně monitorovat zdravotní stav obyvatel

Prioritní oblast 3

- posilovat zdravotnické systémy
- zajistit použitelnost a dostupnost zdravotních služeb z hlediska příjemců
- soustředit se na ochranu a podporu zdraví a na prevenci nemocí
- rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví,
- zajistit krizovou připravenost,
- průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích

Prioritní oblast 4

- vytváření podmínek pro rozvoj odolných sociálních skupin, komunit, žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví

TYPY ZDRAVOTNICKÝCH SYSTEMŮ

Zdravotnické systémy

- Různost zdravotnických systémů
- Možnost **klasifikace podle**:
 - míry regulačních zásahů do struktury a funkce zdravotnictví ze strany státu;
 - míry sociální solidarity;
 - způsobu financování zdravotní péče.

Základní typy zdravotnických systémů

- Komerční
- **Liberalistický**
- **Pojišťovnický (pluralitní, smíšený, Bismarckovský)**
- **Národní zdravotní služba (Beveridgeův)**
- Státní
- Totalitní

Typy zdravotnických systémů ve světě

- Ani jedna z vyspělých zemí dnes není čistým typem
- Dochází ke konvergenci jednotlivých typů zdravotnických systémů:
 - Důvodem je prostý fakt, že řeší v zásadě stejný problém, a tím je potřeba zajistit zdravotní péči stále rostoucímu počtu potřebné populace v podmínkách omezených zdrojů.

HODNOCENÍ VÝKONNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH SYSTEMŮ

Základní kritéria

- Dostupnost
- Produktivita
- Účinnost
- Efektivita
- Utilita
- Kvalita

DOSTUPNOST ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Dostupnost

- Je jedním z **důležitých cílů** všech zdravotnických systémů.
- Důležité je najít „**správnou**“ míru dostupnosti (včasná pomoc x plýtvání).

Základní dimenze dostupnosti

- Geografická
- Ekonomická
- Organizační
- Odborně medicínská
- Časová
- Psychosociální
- Sociokulturní

Geografická dostupnost

- rozmístění zdravotnických služeb různých specializací
- jde o zajištění akceptovatelné vzdálenosti od zdroje péče
- rozmístění obyvatelstva v jednotlivých oblastech
- dopravní trasy

Časová dostupnost

- zdravotní péče by měla být **VČASNÁ**, tedy ne nutně co nejrychlejší
- je ovlivněna vzdáleností mezi místem bydliště a zdravotnickým zařízením, cestovní vzdáleností, **cestovním časem** – jde o celkovou dobu až k poskytnutí péče
- čekací listy (na operaci)
- záchranná a pohotovostní služba

Návrh dojezdové doby vyjadřující místní dostupnost lůžkové hrazené péče podle oborů / činností

dojezdová doba	obor / činnost
60 minut	anesteziologie a intenzivní medicína gynekologie a porodnictví neonatologie dětské lékařství chirurgie vnitřní lékařství dlouhodobá péče (ošetřovatelská péče)
75 minut	neurologie ortopedie pneumologie a ftizeologie rehabilitační a fyzikální medicína (akutní lůžková péče) urologie
120 minut	traumatologie klinická onkologie dermatovenerologie infekční lékařství oftalmologie otorinolaryngologie psychiatrie následná lůžková (léčebně rehabilitační) péče
180 minut	kardiochirurgie neurochirurgie cévní chirurgie radiační onkologie geriatrie

Návrh lhůt časové dostupnosti plánované hrazené péče

Plánovaná hrazená péče	časová dostupnost*
Náhrada kyčelního kloubu	52 týdnů
Náhrada kolenního kloubu	52 týdnů
Artroskopie	8 týdnů
Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkony	8 týdnů
Echokardiografie	10 týdnů
Operace katarakty	30 týdnů
Endoskopické vyšetření	4 týdny
Denzitometrie	16 týdnů
Skiografie a sonografie	2 týdnů
Počítačová tomografie	3 týdnů
Magnetická resonance	5 týdnů
Mamografické vyšetření	6 týdnů
Zahájení biol. léčby roztroušené sklerózy	4 týdnů

* Lhůta časové dostupnosti ode dne indikace

Návrh dojezdové doby vyjadřující místní dostupnost ambulantní hrazené péče podle oborů / činností

dojezdová doba	obor / činnost
35 minut	všeobecné praktické lékařství praktické lékařství pro děti a dorost gynekologie a porodnictví zubní lékař lékárna
45 minut	diabetologie chirurgie neurologie oftalmologie otorinolaryngologie ortopedie traumatologie radiologie a zobrazovací metody (jen ultrazv., skiografické a rentgenové vyšetření) rehabilitační a fyzikální medicína fyzioterapie urologie vnitřní lékařství
60 minut	gastroenterologie kardiologie pneumologie a ftizeologie hematologie a transfúzní lékařství revmatologie hemodialýza psychiatrie psychologie logopedie dermatovenerologie
90 minut	alergologie a klinická imunologie angiologie endokrinologie nefrologie klinická onkologie dětská chirurgie dětská a dorostová psychiatrie dětská neurologie ortodontie počítačová tomografie
120 minut	dětská gynekologie foniatrie a audiologie radiační onkologie magnetická rezonance nukleární medicína kardiochirurgie neurochirurgie cévní chirurgie infekční lékařství lékařská genetika plastická chirurgie geriatrie sexuologie

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví

Ekonomická dostupnost

- Je dána úhradou nákladů, typem pojištění a mírou spoluúčasti.
- Ve všech vyspělých zemích existuje zdravotní pojištění.
- Hodnotí se jaká část obyvatelstva je pojištěna a jaká péče se z pojištění hradí.

Odborně medicínská dostupnost

- Dostupnost různých typů zdravotnických služeb (specializace)
- Vysoce specializované zdravotnické služby jsou obvykle velmi nákladné a jsou koncentrovány do velkých měst

Organizační dostupnost

- Překážky administrativního rázu – potřeba doporučení od praktického lékaře k návštěvě specialisty.
- Vytvoření spádových oblastí.

Psychosociální dostupnost

- Motivace k vyhledání zdravotnické služby
 - důvěra (v medicínu, ke zdravotnickým pracovníkům a zdravotnickým zařízením)
 - zájem o zdraví
 - vnímání hrozby nemoci
 - ochota spolupracovat

Sociokulturní dostupnost

- Sociokulturní faktory, které mohou ovlivňovat orientaci občanů ve zdravotním systému a tím i poptávku po adekvátní péči.
- Patří sem vzdělání, etnická příslušnost, odlišné náboženské normy ve vztahu k tělu, jazykové problémy apod.

ÚČINNOST A EFEKTIVITA

Účinnost (*effectiveness*)

- Definujeme jako **míru dosažené změny** ve srovnání s výchozím stavem nebo s předem stanoveným cílem.
- Změnou ve zdravotnictví je obvykle **zlepšení zdravotního stavu**
 - **objektivně** (vyléčení, prodloužení života, redukce symptomů, navrácení pracovní schopnosti)
 - **subjektivně** (spokojenost s výsledkem ošetření)

Účinnost (*effectiveness*)

- **Individuální úroveň – účinnost terapie** (postupy, léky)
- **Populační úroveň – účinnost zdravotnického programu** (preventivní programy)
- **Obtíže s hodnocením účinnosti**
 - zvláště u populačních opatření – mnoho intervenujících faktorů, dlouhá doba od zavedení programu do prvních výsledků

Skutečná účinnost nových léčiv a terapeutických procedur (prověřená dlouhodobými epidemiologickými studiemi) je „neznámá“ ⇒ intuitivní, manipulovatelná polypragmatie ⇒ nízká efektivita léčebné medicíny.

Efektivita (*efficiency*)

- Efektivita je snaha s **minimálními prostředky** dosáhnout **maximálního prospěchu**.
- Je to **vztah mezi vstupními náklady a výstupním cílem**.
- Ve zdravotnictví jde o to organizovat zdravotní péči tak, abychom dosahovali zlepšení zdravotního stavu a uspokojování zdravotních potřeb s **nejmenšími finančními náklady**.
- Při hodnocení efektivity se nikdy nesmí ztrácet ze zřetele, že **nejde primárně o zisk, ale o humánní hodnoty**, o zdraví lidí a celé společnosti.

Metody stanovení efektivity

- Metoda „cena – výkon“
-

- Metoda „cena – zisk“ (*cost–benefit*)
- Metoda „cena – účinnost“ (*cost–effectiveness*)
- Metoda „cena – utilita“ (*cost–utility*)

Metoda „cena – zisk“

- Užívá se, pokud lze **výstup zdravotní péče měřit ve stejných jednotkách jako náklady, tj. v korunách**
 - *Zkrátíme-li účinnou léčbou dobu hospitalizace, zisk lze vyjádřit **ušetřenými provozními náklady** v korunách.*
 - *Zkrácení doby pracovní neschopnosti lze přibližně ocenit **přínosem vyléčeného člověka** pro národní hospodářství v korunách.*
- **Analýza:** Cenu a zisk porovnáváme pomocí podílu (kolikrát) nebo rozdílu (o kolik) je cena větší nebo menší než zisk.
- **Obtíže:** Převedení výstupu na peníze. (Jak penězi vyjádřit např. záchranu života?)

Metoda „cena – účinnost“

- **Výstup** zdravotní péče můžeme vyjadřovat **obvyklými biomedicínskými ukazateli**, úmrtností, nemocností apod.
- **Analýza:** Srovnávání několika léčebných postupů (nebo preventivních programů), u kterých se sleduje **cena a účinnost, vyjádřená např. počtem odvrácených úmrtí nebo počtem dnů rekonvalescence.**
- **Obtíže:**
 - Metoda je vhodná, když máme rozhodnout mezi postupy (programy), jsou-li **stejně velké buď ceny, nebo náklady.** Avšak jsou-li cena i náklady srovnávaných postupů (programů) rozdílné, nejde o ekonomické, ale sociálně-etické rozhodnutí.

Metoda „cena – utilita“

- **Výstupem** je míra subjektivně pocíťovaného zdraví. Používají se standardizované dotazníky. Oblíbenou mírou utility je QALY (*Quality Adjusted Life Years*).
- **Analýza:** Srovnávání efektivity různých operačních výkonů.

Po operaci jsou pacienti dlouhodobě sledováni – počítají se dny, po které se cítí bez potíží. Součet dnů se dělí 365, čímž dostaneme upravené roky QALY. Známe-li cenu operačního výkonu, lze stanovit cenu za jeden rok QALY a následně určit, která intervence poskytne jeden rok QALY za nejnižší cenu.

KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE

Kvalita

- Intuitivně chápaný pojem
- Subjektivita
- Z toho plyne i nespočetné množství výkladů a definic:
 - *Dělat správné věci správným způsobem.*
 - *... způsob provedení výkonu podle platných odborně technických norem.*
 - *Souhrn všech možných hodnotících kritérií, jako jsou: odbornost, účinnost, efektivita, utilita, potřebnost, neškodnost, spravedlnost, lidská důstojnost.*

Kvalita zdravotní péče

- Hodnocení kvality péče znamená měření a posuzování
 - medicínských
 - technických
 - ekonomických
 - interpersonálních
 - psychologickýcha jiných aspektů zdravotnických služeb.

Kvalita zdravotní péče

Posuzování podléhají všechny 3 články systému:

1. struktura

- zařízení a jejich vybavení, odborná způsobilost pracovníků, organizace práce aj.

2. proces

- styk pacienta s lékařem, aktivity všeho druhu, řízení aj.

3. výsledky

- objektivně měřitelné výstupy, spokojenost pacientů apod.

Kvalita zdravotní péče z hlediska jednotlivých aktérů

PACIENT:

- navrácení zdraví,
- fyziologické, pracovní a jiné sociální funkce,
- spokojenost se službami a zacházením

LÉKAŘ:

- dobré provedení odborně technické stránky ošetření

MANAGEMENT:

- ekonomická stránky provozu a bezkonfliktnost vztahů

**DALŠÍ MOŽNÁ KRITÉRIA
PRO SOUHRNNÉ
HODNOCENÍ
ZDRAVOTNICKÝCH
SYSTEMŮ**

JAKÝ SYSTÉM HODNOTIT?

World Health Report 2000

Health System Improving Performance

- **System (health system) - celek sestávající ze všech organizací, institucí a zdrojů, které jsou určeny k výkonu zdravotnických činností.**
- **Zdravotnické činnosti jsou takové aktivity, jejichž primárním účelem je zlepšení zdraví.**



JAKÉ ASPEKTY HODNOTIT? CÍLE A KRITÉRIA

Kritéria cíle	Průměrná úroveň	Rozložení
Zlepšení zdraví	✓	✓
Respon- zivnost	✓	✓
Slušnost financování		✓



NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ NOVÉ POJMY

A. Performance

B. Responzivnost

C. Stewardship

D. Slušné financování



NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ NOVÉ POJMY

A. PERFORMANCE

- Jak jsou využívány zdroje
- Performance – činnost a její výsledek, výkon, výkonnost
- Schopnost systému dosáhnout co nejlepších výsledků v daných podmínkách
- Co jsou nejlepší výsledky?
 - Co nejlepší zdraví
 - Co nejvyšší responzivnost
 - Co nejslušnější financování

NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ NOVÉ POJMY

B. RESPONZIVNOST

1. Projev úcty, vážnosti a odpovědnosti k člověku
2. Zachování důvěrnosti osobních informací ve věcech zdraví
3. Právo na rozhodování o vlastním zdraví
4. Bezodkladná pomoc ve stavech ohrožení života
5. Pohodlné prostředí (čistota, prostor, strava apod.
6. Sociální opora pacientů (rodina, přátelé, sociální péče)
7. Svobodná volba ve výběru poskytovatele zdravotní péče

NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ NOVÉ POJMY

C. STEWARDSHIP

DOBŘE ŘÍZENÍ (pečlivá a odpovědná správa něčeho, co je komu svěřeno do péče)

- 1. Formulace zdravotní politiky (definování vize a záměru zdravotnického systému)**
- 2. Regulace (stanovení spravedlivých pravidel hry v jednotlivých oblastech)**
- 3. Informační a analytická práce (hodnocení výkonnosti a poskytování informací)**

NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ NOVÉ POJMY

D. SLUŠNÉ FINANCOVÁNÍ

(fair financing)

- Rizika velkých nákladů na zdravotní výdaje jsou odvozena spíše od schopnosti placení, než od rizika onemocnění.
- Slušný systém poskytuje finanční ochranu.
- Řešení může přinést zdravotní pojištění odvozené od výše příjmu.

VÝCHOVNÝ PROGRAM

DEFINICE ZDRAVOTNÍ VÝCHOVY

Zdravotní výchova je souhrn všech výchovně-vzdělávacích aktivit zaměřených na duševní, tělesný i sociální rozvoj lidí se záměrem přispět ke zlepšení zdraví jedinců, skupin i celé společnosti.

OBSAH ZDRAVOTNÍ VÝCHOVY

Tři tradiční tématické okruhy:

1. výchova a vzdělávání týkající se lidského těla a postupů jak o ně pečovat;
2. informace o zdravotnickém systému, jaké zdravotnické služby, proč a kdy mohou být užitečné, komu a za jakých okolností jsou poskytovány;
3. výchova a vzdělávání věnované širším problémům a východiskům zdravotní politiky, možnostem zdravotních aktivit v národním i lokálním měřítku a všem dalším okolnostem, které zdravotní podmínky i zdraví lidí významně ovlivňují.

ZAMĚŘENÍ ZDRAVOTNÍ VÝCHOVY

- a. **Tradiční zdravotní výchova orientovaná zejména na pacienta a nemoci (zdravotnická osvěta).**
- b. **Zdravotní výchova zaměřená na rizikové faktory**
- c. **Zdravotní výchova orientovaná na zdraví (výchova ke zdraví)**

NÁVAZNOST ZDRAVOTNÍ VÝCHOVY NA NĚKTERÉ DALŠÍ ZDRAVOTNÍ AKTIVITY A POJMY

- **PODPORA ZDRAVÍ (HEALTH PROMOTION)**
- **ZDRAVOTNĚ VÝCHOVNÉ PROGRAMY**

ZDRAVOTNĚ VÝCHOVNÉ PROGRAMY

- Metoda PRECEDE-PROCEED
(*Predisposing, Reinforcing, and Enabling
Constructs in Educational/Ecological
Diagnosis and Evaluation – Policy,
Regulatory, and Organizational Constructs
in Educational and Environmental
Development*).
- Metoda má devět základních fází.

Precede (pri:'si:d) *předcházet, uvést*

Proceed (prə'si:d) *pokračovat*

ZÁKLADNÍ KROKY VÝCHOVNÉHO PROGRAMU

- 1. Sociální diagnóza**
- 2. Epidemiologická diagnóza**
- 3. Behaviorální diagnóza**
- 4. Výchovná diagnóza**
- 5. Organizační diagnóza**
- 6. Realizační fáze**
- 7. Hodnocení průběhu programu**
- 8. Hodnocení bezprostředních výsledků programu**
- 9. Zhodnocení dlouhodobých důsledků programu**

a. Sociální diagnóza

- popis a analýza hlavních sociálně zdravotních problémů v populaci, které lidé chtějí a mohou ovlivnit,**
- stanovení vhodných indikátorů, jimiž lze měřit výsledky aktivit.**

Může jít např. o sociálně zdravotní problémy, které se týkají životního stylu, nezaměstnanosti, bydlení, zločinnosti, násilí, devastace prostředí apod.

b. Epidemiologická diagnóza

- **popis a rozbor epidemiologických dat o nemocnosti a úmrtnosti (úroveň, rozložení, příčiny a možnosti jejich ovlivnění v konkrétní populaci).**
- **posuzovat jejich souvislost**
 - **s životním stylem a životním prostředím dané populace**
 - **i v návaznosti na charakteristiky jednotlivých osob (věk, pohlaví, vzdělání apod.).**

c. Behaviorální diagnóza

Jde o zhodnocení chování lidí a jeho vztah jak k existujícím zdravotním problémům, tak k možnostem příznivé změny. Je nutné stanovit žádoucí způsob chování a zvolit metody jak pomoci lidem, aby se pro něj rozhodli. V této souvislosti se zvažují ekonomické, legislativní a organizačně politické možnosti.

ODPOVĚDNOST JEDINCE V PÉČI O ZDRAVÍ

- Lidé jsou nadáni svobodnou vůlí a jsou odpovědní za své činy.**
- Je ovšem nutné připustit, že většina lidí jedná tak a jen tak, jak jim to okolnosti dovolí.**

d. Výchovná diagnóza

Předmětem pozornosti jsou zde zejména okolnosti, které mohou ovlivnit výchovný proces a jeho výsledky. Jsou to:

- **Predisponující faktory** – všechny charakteristiky lidí, které je motivují k náležité změně chování. Ta je tím snazší, čím více si lidé uvědomují užitečnost a bezprostřední přínos změny.
- **Umožňující faktory** – všechny vlastnosti prostředí, dovednosti lidí a dostupné zdroje, které umožňují navodit žádoucí chování.
- **Posilující faktory** – odměny, tresty a další okolnosti, které pomáhají motivovat občany k náležitému chování, popřípadě je odrazovat od chování nežádoucího.

e. Organizační diagnóza

Návrh a analýza metod a opatření (harmonogram, koordinace, možné překážky), zvážení zdrojů (finance, lidé, zařízení) a organizačních nástrojů, kterými bude program realizován.

f. Realizační fáze

Záměry programu jsou prostřednictvím zvolených metod (motivačních, organizačních i regulačních) realizovány v konkrétní populaci. Realizace programu je průběžně sledována.

g. Hodnocení průběhu programu

Předmětem hodnocení se stává přípravná fáze, zvolená opatření a jejich realizace, aktivita lidí, kvalita poskytovaných služeb, využití prostředků a zkušeností získaných v průběhu realizace.

h. Hodnocení bezprostředních výsledků programu

Zhodnocení, zda a do jaké míry byly dosaženy bezprostřední cíle programu, zda se podařilo změnit faktory predisponující, umožňující i posilující a zejména, zda se změnilo chování lidí a kvalita životního prostředí.

i. Zhodnocení dlouhodobých důsledků programu

Zvažuje se dosažení základních cílů programu, tzn., zda se zlepšilo zdraví lidí a kvalita jejich života, jestli byli občané s programem spokojeni a vítají jeho přínos.

PREVENENCE A JEJÍ PŘEKÁŽKY

MOTIVACE K PREVENCI

- **Když něco neexistuje, nejsou s tím starosti**
- **Ekonomické důvody**
- **Malé úspěchy terapie chronických nemocí**
- **Etické a kulturně výchovné důvody**
– **lidé by měli spoléhat více sami na sebe**

KATEGORIZACE PREVENENCE

- Podle času
- Podle objektu
- Podle subjektu
- Podle metody

PŘEKÁŽKY PREVENCE

- NEZNALOST
- PODCENĚNÍ ZÁVAŽNOSTI
- ZMĚNA ŽIVOTNÍHO STYLU
- OMEZENÍ POHODLÍ
- EKONOMICKÁ NÁROČNOST
- KOGNITIVNÍ DISONANCE
- NESTABILITA DOPORUČENÍ
- NEVĚROHODNÝ PŘÍNOS

J. E. PURKYNĚ O PREVENCI A PODPOŘE ZDRAVÍ

„Úkolem lékařovým je život ne pouze obnovovati a na krátkou dobu udržeti, ale od porušení chrániti a k vrcholu obdivuhodné dokonalosti a kráse přiváděti. Lékařství teprve tehdy bude dokonalé, až bude učit křehkost lidského organismu upevňovati, nákazám předcházet, nemocem brániti, a tyto úkony bude vykonávat tak, aby lidský život dobře byv počat, blaženě a skvěle byl prodloužen až k přirozenému konci.“