



EVROPSKÝ SEMESTR – TEMATICKÝ PŘEHLED

SYSTEMY ZDRAVOTNÍ PÉČE

1. ÚVOD

Systémy zdravotní péče v členských státech EU velmi důležitým dílem přispívají k vysoké úrovni sociální ochrany a soudržnosti v Evropě.

Systémy zdravotní péče v EU se liší a odrážejí různé společenské volby. Navzdory organizačním a finančním rozdílům jsou založeny na společných hodnotách, které v roce 2006 uznala Rada ministrů zdravotnictví¹: univerzálnosti, přístupu ke kvalitní péči, rovnosti a solidaritě.

Obecně se uznává rovněž nutnost zajistit, aby byly systémy zdravotní péče fiskálně udržitelné, a to způsobem, který zaručuje zachování těchto hodnot v budoucnu².

V posledním desetiletí čelí evropské systémy zdravotní péče podobným rostoucím společným výzvám:

- evropské obyvatelstvo stárne a více je zatíženo chronickými nemocemi. To má za následek vyšší poptávku po zdravotní péči a rostoucí rozpočtový tlak,
- náklady na inovativní technologie a léčivé přípravky rostou a zatěžují veřejné finance,
- zdravotničtí pracovníci nejsou rozmístěni rovnoměrně a v některých oblastech péče je jich nedostatek a
- přístup ke zdravotní péči není stejný a má ve společnosti za následek rozdíly ve zdravotních ukazatelích.

Sdělení Komise o účinných, dostupných a odolných systémech zdravotní péče³ stanovilo strategický program pro systémy zdravotní péče v EU.

¹ Závěry Rady o společných hodnotách a zásadách ve zdravotních systémech Evropské unie (2006/C 146/01).
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:CS:PDF>

² Závěry Rady o systémech zdravotní péče a fiskální udržitelnosti (8. 11. 2016):
<http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-14182-2016-INIT/cs/pdf>

³ COM(2014) 215 final:
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_cs.pdf

Důležitým příspěvkem k tomuto programu byla společná zpráva o systémech zdravotní a dlouhodobé péče a fiskální udržitelnosti, kterou vypracovala Evropská komise a Výbor pro hospodářskou politiku⁴.

V Evropském pilíři sociálních práv přijatém v dubnu 2017 v zásadě č. 16 se uvádí, že každý má právo na včasný přístup k cenově dostupné, kvalitní preventivní a léčebné zdravotní péči.

Včasným přístupem se rozumí, že každý má přístup ke zdravotní péči, kdykoli ji potřebuje. To vyžaduje vyvážené geografické rozmístění zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků a politiky na minimalizaci dlouhých čekacích lhůt.

Cenově dostupnou zdravotní péčí se rozumí, že přístup k potřebné zdravotní péči by neměl být omezen z důvodu nákladů.

Kvalitní zdravotní péči se rozumí to, že by zdravotní péče měla být relevantní, vhodná, bezpečná a účinná.

Zdravotní systémy v EU jsou vzájemně stále více propojené. Směrnice o právech pacientů v přeshraniční zdravotní péči⁵ je milníkem ve vytváření právního rámce a politických nástrojů pro tuto spolupráci. Směrnice stanoví zejména jednoznačná pravidla a poskytuje pacientům spolehlivé informace o přístupu k zdravotní péči a o náhradě nákladů na zdravotní péči poskytnutou v jiné zemi EU.

2. POLITICKÉ VÝZVY

2.1. Zdravotnictví je významným zdrojem zaměstnanosti

Odvětví „zdravotní a sociální péče“ je oblastí, která v posledních letech zaznamenala největší nárůst zaměstnanosti s více než 2,6 milionu nových pracovních míst (mezi

prvním čtvrtletím roku 2009 a prvním čtvrtletím roku 2017). V odvětví zdravotní a sociální péče byl nárůst počtu pracovních míst rozdělen takto:

- v dílčí oblasti „zdravotní péče“: 960 500 nových pracovních míst, což představuje 36 % nových pracovních míst vytvořených v celém odvětví,
- v dílčí oblasti „ústavní sociální péče“ 946 500 nových pracovních míst, tj. 35 % z celkového počtu, a
- v oblasti „mimoústavní sociální péče“ 776 700 nových pracovních míst, tj. 29 % celkového počtu.

Na odvětví „zdravotní a sociální péče“ v prvním čtvrtletí roku 2017 připadalo 24 014 500 pracovníků. Většina z nich (13 601 700 pracovníků) byla zaměstnána v dílčí oblasti „zdravotní péče“. Na dílčí oblast „ústavní péče“ připadalo 5 066 800 pracovníků, zatímco 5 346 000 pracovníků bylo zaměstnáno v oblasti „mimoústavní sociální péče“.

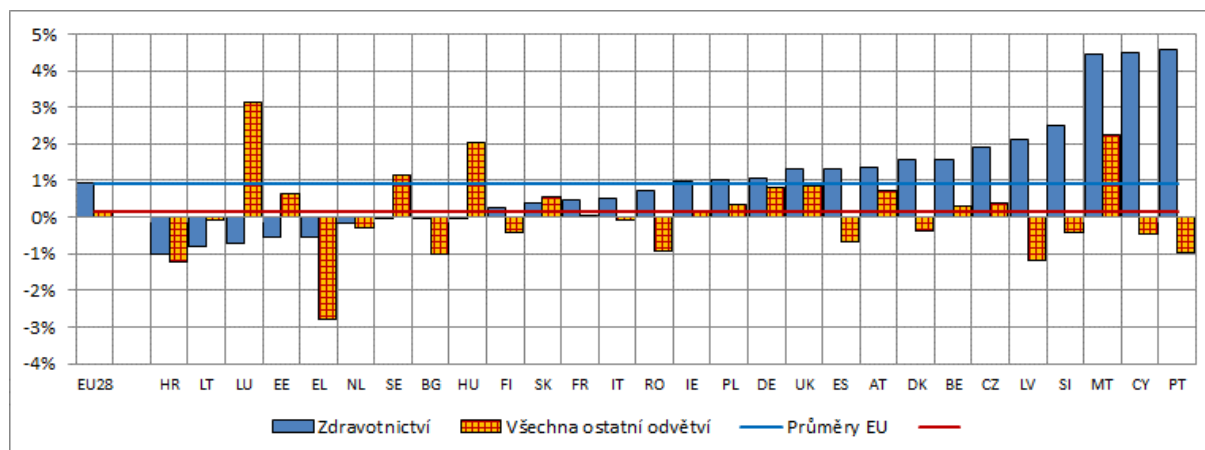
Ne všechna nová pracovní místa však odpovídají nové poptávce po zdravotní péči: k zajištění účinné péče o stárnoucí obyvatelstvo v Evropě se v jednotlivých odvětvích a oborech vyžadují různé soubory dovedností a různé způsoby práce.

Nesoulad těchto dovedností existuje jak v povaze, tak i rozdělení dovedností v rámci jednotlivých zdravotnických profesí. Nové formy poskytování péče, které s sebou nesou přesun úkolů (např. z lékařů na zdravotní sestry) a lepší integraci, mohou zajistit bezpečnější a účinnější péči při nižších nákladech.

⁴ European Economy, Institutional Paper č. 37, říjen 2016: https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en

⁵ Směrnice 2011/24/EU o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči; Úř. věst. L 88, 4.4.2011.

Graf 1 – Vývoj počtu pracovních míst ve zdravotnictví a ve všech ostatních odvětvích



Průměrné roční změny pracovních míst mezi rokem 2009 (1. čtvrtletí) a 2017 (1. čtvrtletí) ve zdravotnictví a ve všech ostatních odvětvích

Zdroj: Eurostat, šetření pracovních sil.

Pracovníci v odvětví zdravotní a sociální péče mají úroveň vzdělání, která značně převyšuje průměr ve všech ostatních odvětvích. Jak je uvedeno v příloze, počet pracovníků s terciárním vzděláním (tj. s diplomem z univerzity nebo jiné vysokoškolské instituce) je v odvětví zdravotní a sociální péče soustavně vyšší než v celém hospodářství.

V roce 2016 mělo v EU 33,9 % všech pracovníků terciární vzdělání; v odvětví zdravotní a sociální péče tato hodnota činila 43,4 %. Procentní podíl pracovníků s vyšším sekundárním nebo postsekundárním vzděláním v celém hospodářství činil 48 % a v odvětví zdravotní a sociální péče 45 %. Pro ucelenější představu: 17,9 % všech pracovníků má nejméně nižší sekundární vzdělání, zatímco v odvětví zdravotní a sociální péče tento podíl činí pouze 11,5 %⁶.

Zdravotní a sociální péče je i nadále odvětvím se značným podílem žen: čtyři z pěti pracovníků v tomto odvětví jsou ženy a v posuzovaném období se tento procentní podíl významně nezměnil.

Účinné a dostupné zdravotnictví přispívá nepřímou rovněž k hospodářskému růstu

a prosperitě: pomáhá lidem dosáhnout dobrého zdravotního stavu a udržet si jej, a zaručuje tudíž větší zapojení do pracovního procesu vyšší produktivitu.

2.2. Fiskální udržitelnost systémů zdravotní péče

Veřejný sektor hraje ve financování zdravotních služeb důležitou roli: ve dvou třetinách členských států financuje více než 70 % výdajů na zdravotní péči veřejný sektor. Tato situace může být pro udržitelnost veřejných financí problematická, zejména v souvislosti se stárnoucí populací.

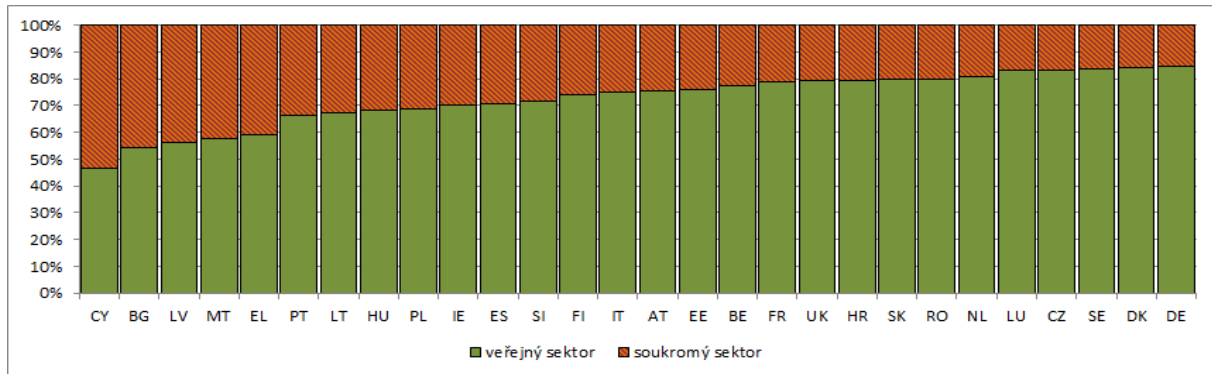
Graf 2 ukazuje podíl veřejného a soukromého financování systémů zdravotní péče v jednotlivých zemích EU. K členským státům s relativně vysokým podílem soukromých výdajů na zdravotní péči patří Bulharsko (46 % celkových výdajů na zdravotní péči), Řecko (více než 41 %), Kypr (54 %), Lotyšsko (44 %) a Malta (43 %)⁷.

Členskými státy s nejvyšším podílem výdajů na zdravotní péči, které jsou financovány vládou, je Česká republika (83 %), Dánsko (84 %), Německo (85 %), Lucembursko (83 %), Nizozemsko (81 %) a Švédsko (84 %).

⁶ Terciární vzdělání odpovídá úrovním 5 a 6 ISCED. Sekundární vzdělání odpovídá úrovni 3 ISCED. Nižší sekundární (a nižší) vzdělání odpovídá úrovním 0, 1 a 2 ISCED.

⁷ Na soukromou složku může mít vliv poptávka, která je vyvolána nabídkou, a způsob, jakým ovlivňuje rozhodnutí pacientů. Skutečné potřeby financování mohou být proto nadhodnocené.

Graf 2 – Financování zdravotní péče



Výdaje na zdravotní péči podle původu finančních prostředků — zdroj: OECD, Eurostat, WHO — 2016 nebo nejnovější údaje

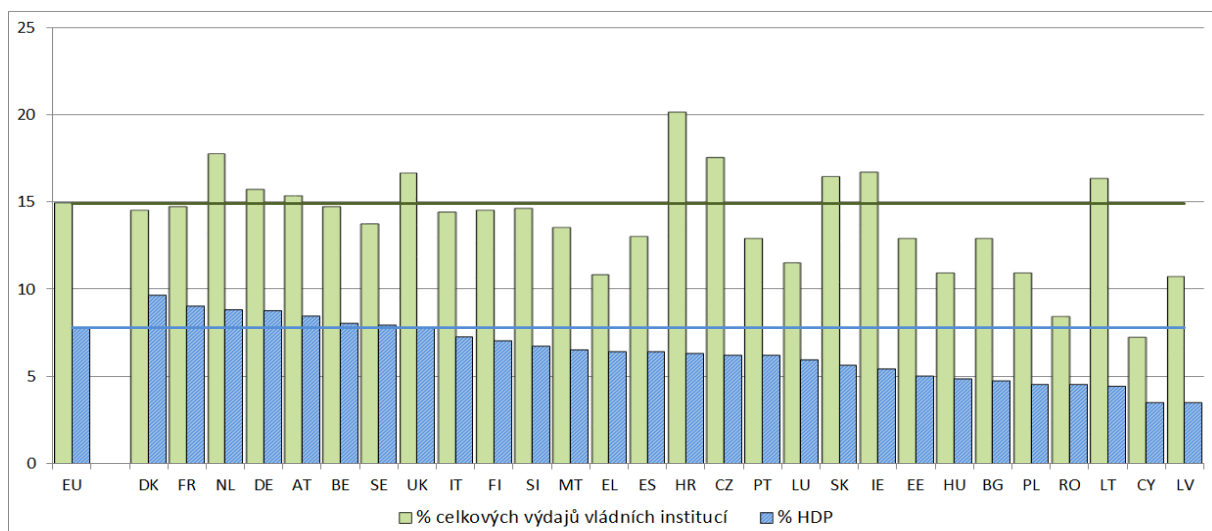
Graf 3 ukazuje úroveň veřejných výdajů na zdravotní péči v jednotlivých členských státech EU, vyjádřenou jako procento HDP a jako procento celkových výdajů vládních institucí.

V roce 2015 představovaly veřejné výdaje na zdravotní péči v celé EU 7,8 % HDP. Osm členských států mělo poměr výdajů na zdravotní péči k HDP stejný nebo vyšší než vážený průměr EU: Belgie, Dánsko, Německo, Francie, Nizozemsko, Rakousko, Švédsko a Spojené království. K členským státům s nejnižším podílem veřejných výdajů na zdravotní péči patřily Kypr a Lotyšsko (3,5 %)

a méně než 5 % měly Bulharsko, Estonsko, Litva, Maďarsko, Polsko a Rumunsko.

V průměru představovaly veřejné výdaje na zdravotní péči v roce 2015 v EU 15 % celkových výdajů vládních institucí. Členskými státy s výdaji nad průměrem EU byly Česká republika, Německo, Chorvatsko, Irsko, Litva, Nizozemsko, Rakousko, Slovensko a Spojené království. K členským státům s nejnižšími hodnotami patřily Kypr (7,2 %) a Rumunsko (8,4 %), za nimiž následovalo Řecko, Lotyšsko, Maďarsko, Polsko (všechny země pod 11 %) a Lucembursko (11,5 %)⁸.

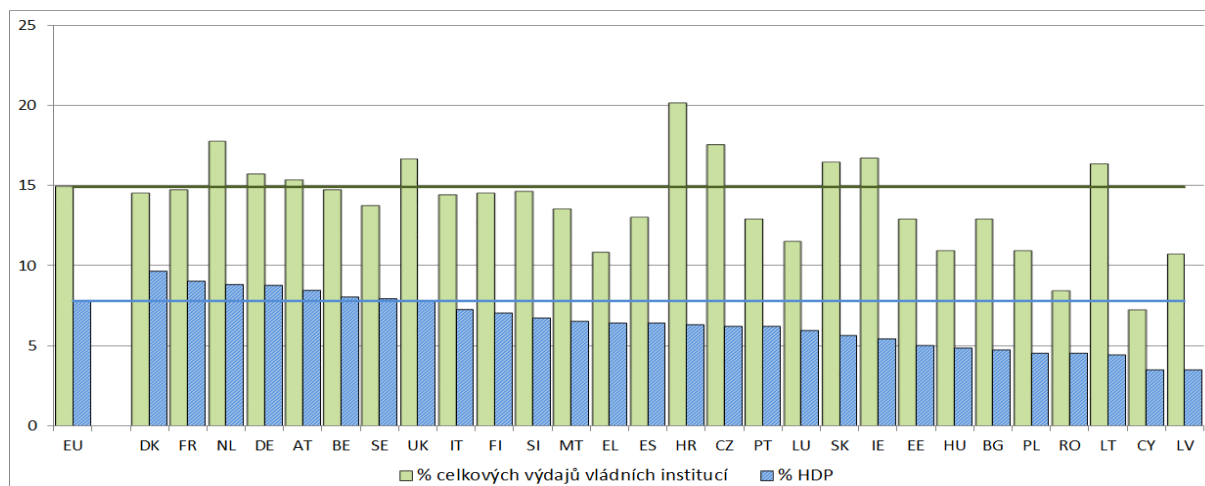
Graf 3 – Veřejné výdaje na zdravotní péči



Veřejné výdaje na zdravotní péči jako % celkových výdajů vládních institucí a % HDP
Zdroj: Eurostat, Statistická divize OSN; 2013 nebo nejnovější údaje — výpočty útvarů Komise

⁸ Některé země však v mnoha oblastech výdajů na zdravotní péči zavedly systém zpětného vyžádání. To znamená, že zaznamenaná úroveň veřejných výdajů může skutečnou výši podhodnocovat.

Graf 3 – Veřejné výdaje na zdravotní péči



Veřejné výdaje na zdravotní péči jako % celkových výdajů vládních institucí a % HDP

Zdroj: Eurostat, Statistická divize OSN; 2013 nebo nejnovější údaje — výpočty útvarů Komise

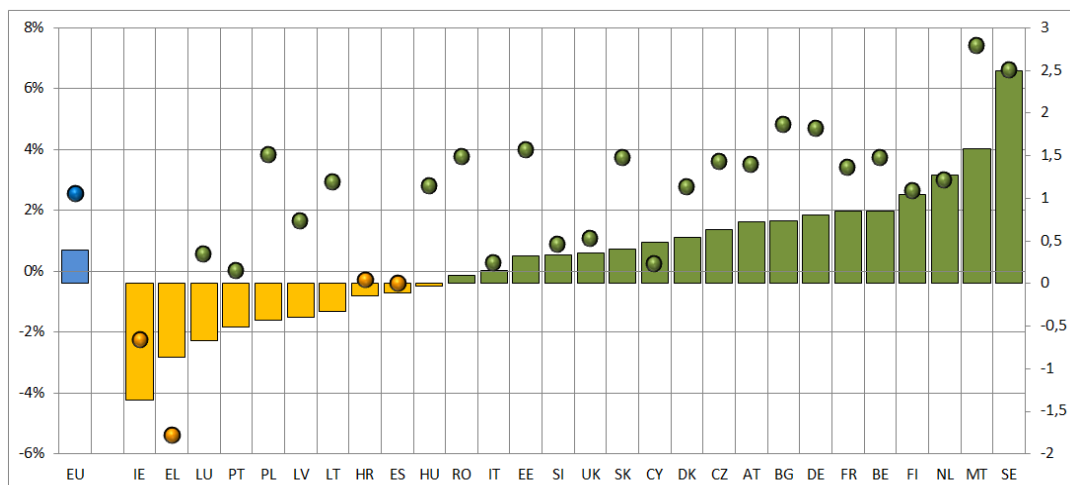
Veřejné výdaje na zdravotní péči patří k největším a nejrychleji rostoucím položkám vládních výdajů. Graf 4 zobrazuje nárůst veřejných výdajů na zdravotní péči jako procento HDP mezi roky 2008 a 2014 (v procentních bodech). Kolečka ve stejném grafu znázorňují průměrný roční nárůst skutečných veřejných výdajů na zdravotní péči na jednoho obyvatele v témže období.

Kombinace těchto dvou měřítek umožňuje lépe pochopit veřejné výdaje na zdravotní péči. Rozdíly v podílu výdajů na zdravotní péči na HDP jsou ve skutečnosti výsledkem kombinace trendů v oblasti veřejných výdajů na zdravotní péči i HDP.

Relativní zvýšení výdajů na zdravotní péči jako procenta HDP může být ve skutečnosti čistým účinkem snížení obou měřítek, přičemž se HDP snížil více než výdaje (a naopak). Hodnoty výdajů na obyvatele proto poskytují dodatečné informace pro posouzení těchto trendů: pokud výdaje na zdravotní péči jako podíl HDP rostou a výdaje na obyvatele se snižují, je pravděpodobné, že se HDP dané země snižuje rychleji než výdaje na zdravotní péči.

Dráhu růstu je proto třeba analyzovat spolu s počáteční hodnotou. Nadprůměrná či podprůměrná výchozí hodnota může vést k jinému výkladu zvýšení či snížení výdajů na zdravotní péči.

Graf 4 – Růst veřejných výdajů na zdravotní péči jako % HDP a na obyvatele



Zvýšení veřejných výdajů na zdravotní péči jako % HDP (2008–2014, v procentních bodech, pravá stupnice) a průměrný roční růst skutečných veřejných výdajů na zdravotní péči na jednoho obyvatele (kolečka, 2008–2014, levá stupnice)

Zdroj: databáze WHO „Health for All“ — výpočty útvarů Komise.

Tlak na zvyšování výdajů na zdravotnictví bude přetrvávat.

Podle zprávy o stárnutí obyvatelstva z roku 2015 se od nynějška do roku 2060 očekává další zvyšování poměru veřejných výdajů na zdravotní péči k HDP. Hlavními příčinami tohoto růstu jsou:

- rostoucí příjmy a rostoucí očekávání týkající se kvalitních zdravotních služeb,
- stárnutí obyvatelstva a
- technologický pokrok.

V „referenčním scénáři Pracovní skupiny pro stárnutí populace“ se veřejné výdaje na zdravotní péči v EU do roku 2060 zvýší o 0,9 procentního bodu HDP (graf 5). „Rizikový scénář Pracovní skupiny pro stárnutí populace“ odhaduje průměrný nárůst výdajů do roku 2060 o 1,6 procentního bodu HDP (příloha). Základním cílem EU je zajistit udržitelnost veřejných financí, a to i ve střednědobém a dlouhodobém výhledu. Pro mnoho zemí EU souvisejí rizika týkající se udržitelnosti veřejných financí ve značné míře s předpokládaným dopadem veřejných výdajů

na zdravotní a dlouhodobou péči v souvislosti s věkem.

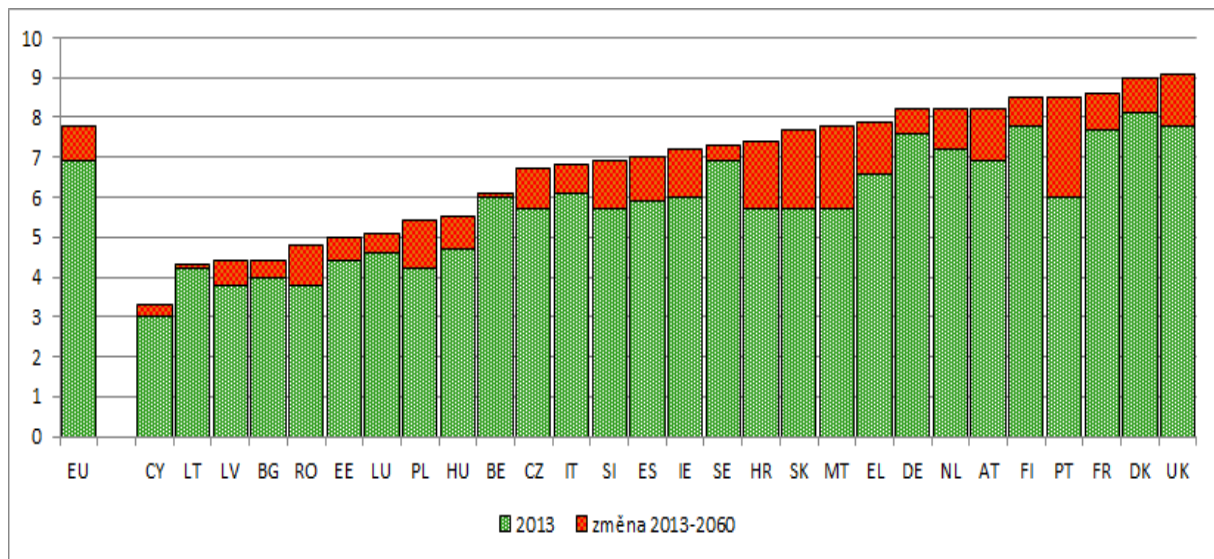
Kromě problémů ve fiskální oblasti se systémy zdravotní a dlouhodobé péče často potýkají se společnými strukturálními problémy, které souvisejí s neefektivním rozdělením a využíváním zdrojů v jednotlivých funkčních oblastech výdajů. OECD odhaduje, že jedna pětina výdajů na zdravotní péči přispívá k zlepšení zdravotního stavu lidí jen málo, případně vůbec. V některých případech vede dokonce k zhoršení výsledků v oblasti zdraví. Země by potenciálně mohly vynakládat na zdravotní péči podstatně méně, aniž by se zhoršila výkonnost systémů zdravotní péče nebo výsledky v oblasti zdraví⁹.

Dalšími otázkami, které je nutno řešit, jsou:

- nerovný přístup ke zdravotní péči,
- časté překročení rozpočtu,
- konkurence fiskálních tlaků ze strany různých ministerstev,
- měnící se politické priority,
- podvody nebo korupce a nedostatečné informace o ekonomické výhodnosti investic do systémů zdravotní a dlouhodobé péče.

⁹ OECD; Tackling Wasteful Spending on Health (Řešení nehospodárného vynakládání prostředků ve zdravotnictví); leden 2017 – <http://www.oecd.org/health/tackling-wasteful-spending-on-health-9789264266414-en.htm>

Graf 5 – Základní situace a předpokládané výdaje na zdravotní péči v zemích EU v období 2013–2060, referenční scénář Pracovní skupiny pro stárnutí populace



Zdroj: na základě zprávy o stárnutí obyvatelstva 2015 – útvary Komise.

2.3. Přístup k účinným systémům zdravotní péče přispívá k sociální soudržnosti

Nejčastější překážky přístupu ke zdravotní péči vyplývají z neschopnosti a/nebo neochoty pacientů platit za zdravotnické potřeby a služby. V některých zemích jsou problematické čekací doby nebo cestovní vzdálenost. Čekací doby mohou existovat z mnoha různých důvodů, včetně důvodů souvisejících s nedostatečným či nepřiměřeným přidělováním zdrojů nebo aktivními rozhodnutími v oblasti řízení přijatými subjekty s rozhodovací pravomocí v rámci systému zdravotní péče.

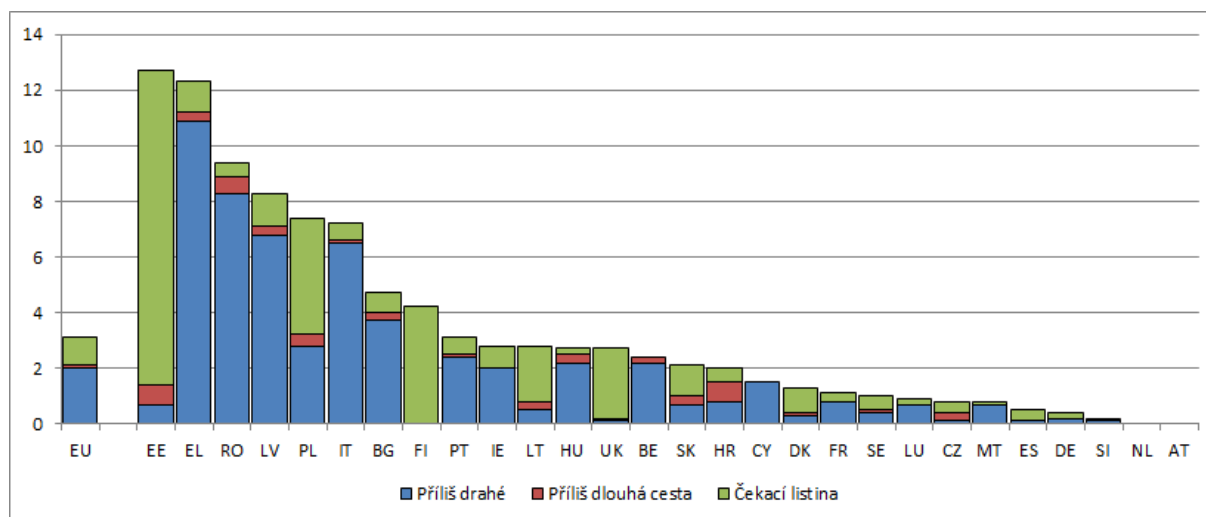
Přístupu ke zdravotní péči může bránit rovněž

nedostatečná přístupnost zdravotnické infrastruktury a nedostatek zdravotnických pracovníků.

Ukazatelem, který se často používá k znázornění překážek přístupu ke zdravotní péči, je subjektivně neuspokojená potřeba zdravotní péče udávaná pacientem¹⁰. Tento ukazatel byl nyní přijat ve srovnávacím přehledu sociálních ukazatelů, který je součástí sociálního pilíře.

Ve čtyřech z pěti evropských zemí udává méně než 5 % obyvatelstva subjektivně neuspokojenou potřebu lékařského vyšetření. V některých zemích je však podíl osob udávajících neuspokojené potřeby podstatně vyšší¹¹.

Graf 6 – Subjektivně neuspokojená potřeba lékařského vyšetření kvůli nákladům, čekací době a cestovní vzdálenosti



Zdroj: statistika EU v oblasti příjmů a životních podmínek (2015)

¹⁰ Subjektivně neuspokojená potřeba zdravotní péče vychází z vlastního posouzení dané osoby, která uvádí, zda potřebovala vyšetření nebo léčbu v rámci specifického typu zdravotní péče, kterých se jí však nedostalo nebo které nevyhledala, a to z následujících tří důvodů: „finanční důvody“, „čekací listina“ a „příliš dlouhá cesta“. Problémy, které lidé uvádějí v souvislosti s poskytováním péče, když jsou nemocní, často odrážejí závažné překážky přístupu k péči.

¹¹ Pokud jde konkrétně o Řecko, dramatické snížení platů a výrazný nárůst nezaměstnanosti v podmínkách roztržitého systému zdravotního pojištění vyvolaly spolu se slabým přerozdělováním výrazný pokles v pokrytí a způsobilosti pro veřejnou zdravotní péči. Existují sice důkazy o nadužívání služeb zdravotní péče v Řecku v předkrizovém období (což se odráželo ve vysoké úrovni přímých plateb), ty ale s nástupem krize přestaly být cenově dostupné. Následnými reformami provedenými v letech 2014 a 2016 bylo zavedeno všeobecné pojištění. Údaje, které jsou k dispozici, dopad těchto reforem na neuspokojenou potřebu v oblasti zdravotní péče ještě nezachycují.

V EU existují v subjektivně vnímaném nedostatečném přístupu ke kvalitní zdravotní péči rozdíly, a to navzdory skutečnosti, že členské státy schválily společnou zásadu týkající se rovnosti systémů zdravotní péče. Překážek rovného přístupu ke zdravotní péči může být mnoho a zahrnují finanční, administrativní, geografické, právní, kulturní a organizační faktory.

Subjektivně neuspokojenou potřebu zdravotní péče je třeba posoudit rovněž na základě objektivních měřítek týkajících se využívání zdravotní péče a výdajů na ni. Například výše veřejných výdajů, soukromých výdajů a přímých výdajů na zdravotní péči¹², která rovněž poskytuje informace týkající se finanční ochrany obyvatel před riziky onemocnění, a stávající využívání zdravotních služeb.

Zajištění udržitelného všeobecného přístupu ke kvalitní péči vyžaduje vyšší efektivnost a účinnost výdajů na zdravotní péči v kontextu rostoucí poptávky a omezených zdrojů. Úkolem je určit nákladově efektivní způsoby financování, organizace a poskytování péče k dosažení lepších výsledků v oblasti zdraví při hospodárnějším využívání dostupných zdrojů.

Paušální snižování výdajů k zajištění krátkodobých úspor, které se nezaměřuje na nákladovou efektivnost systému, může ve střednědobém až dlouhodobém horizontu vést k vyšším výdajům.

Mnoho členských států pokládá za problém zejména zlepšení přístupu k cenově dostupným léčivým přípravkům. Podle odhadů má být v příštích letech uveden na trh vysoký počet nových léčivých přípravků, což v porovnání s minulým desetiletím povede ke zvýšení potřeby financování.

Postupně se mění povaha nových léčivých přípravků: inovace jsou založeny na složitých a nákladných biofarmaceutických přípravcích a v rostoucí míře se zaměřují na menší skupiny obyvatel. Veřejní a soukromí plátcí zdravotní péče se stále více potýkají s finanční dosažitelností rostoucího počtu těchto léčivých přípravků.

V Evropě dosud dochází k mnoha předčasným úmrtím. V roce 2014 zemřelo v EU 1,69 milionu osob mladších 75 let. Z tohoto celkového počtu lze přibližně 562 034 úmrtí pokládat za předčasná. Těmto úmrtím by bylo možno na základě současných lékařských poznatků a technologií zabránit. Na srdeční infarkty a mrtvice společně připadá téměř polovina z tohoto celkového počtu úmrtí, jimž bylo možno zabránit.

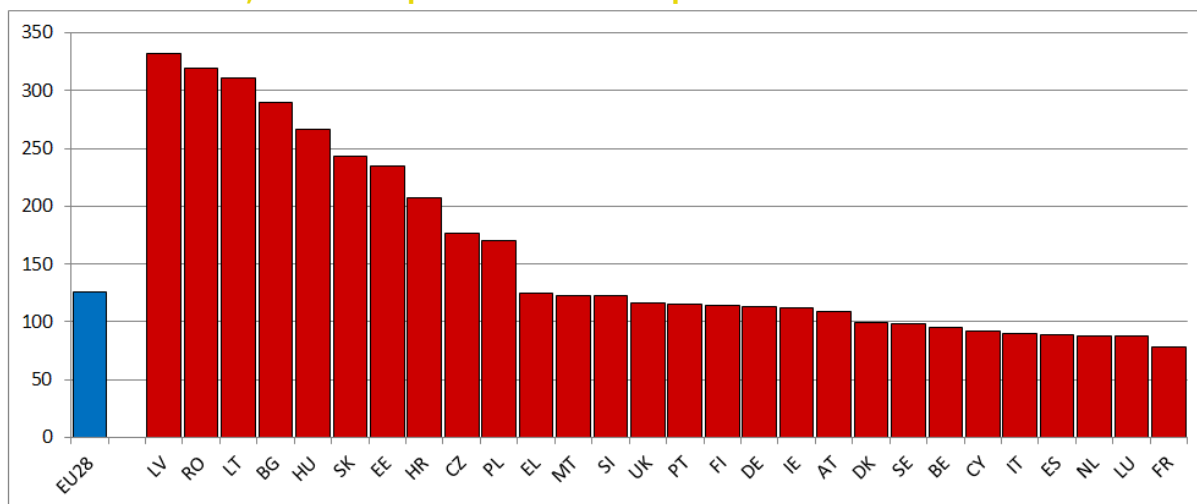
Pojem úmrtnost, kterou lze přisoudit kvalitě zdravotní péče, je založen na myšlence, že by určitým úmrtím (u konkrétních věkových skupin a u určitých nemocí) bylo možno „zabránit“. Jinými slovy, k určitým úmrtím by nemuselo v této fázi dojít, pokud by byla poskytnuta včas účinná zdravotní péče.

Tento ukazatel úmrtnosti, kterou lze přisoudit kvalitě zdravotní péče, se používá v globálním kontextu posuzování výkonnosti systémů zdravotní péče za účelem poskytnutí určitých údajů o kvalitě a výsledcích zdravotních politik.

Podíl úmrtí, kterým bylo možno zabránit poskytnutím optimální péče, na všech úmrtích osob mladších 75 let v roce 2013 se mezi členskými státy EU značně liší.

¹² Přímými výdaji se rozumí přímé platby za zboží a služby z primárního příjmu nebo úspor domácnosti, kdy platbu provádí uživatel v době nákupu zboží nebo využití služeb, a to buď bez jakékoli náhrady, nebo jako spoluúčast na nákladech v rámci organizovaného systému. Tento ukazatel je potenciálně rovněž ovlivněn rozhodnutími pacientů. Údaje mezi jednotlivými zeměmi nejsou v současnosti zcela srovnatelné z důvodu rozdílné úrovně přesnosti, s jakou byl v zemích EU zaveden systém zdravotnických účtů 2011.

Graf 7 – Úmrtost, kterou lze přisoudit zdravotní péči



Zdroj: databáze Eurostatu (2014)

3. URČENÍ MOŽNÝCH ŘEŠENÍ POLITICKÝCH VÝZEV

Ve sdělení Komise o účinných, dostupných a odolných systémech zdravotní péče je navržen program EU s řadou mechanismů spolupráce na podporu vnitrostátních reforem. Cílem je zlepšit výkonnost systémů zdravotní péče v EU. Mechanismy zahrnují hodnocení zdravotnických technologií, elektronické a digitální zdravotnictví, posuzování výkonnosti systémů zdravotní péče, plánování pracovních sil, evropské referenční sítě atd.¹³.

Tato spolupráce má zvýšit efektivnost a účinnost systémů zdravotní péče k zajištění fiskální udržitelnosti a přístupu všech osob ke kvalitním zdravotním službám.

Společná zpráva Evropské komise a Výboru pro hospodářskou politiku o systémech zdravotní a dlouhodobé péče (2016) určuje řadu oblastí, v nichž by zlepšení mohlo ve střednědobém a dlouhodobém horizontu zvýšit nákladovou efektivnost systémů zdravotní péče a jejich dlouhodobou udržitelnost.

Vhodnými politickými prostředky jsou:

Zlepšení správy a řízení systémů

1. Posílení spolupráce mezi orgány odpovědnými za fiskální a zdravotní politiku a využívání široké škály nástrojů rozpočtového plánování na podporu efektivnosti, transparentnosti a odpovědnosti.
2. Vypracování strategií v oblasti informačních technologií a správy údajů na podporu sledování a správy a řízení a posílení boje proti korupci, podvodům a zneužívání veřejných prostředků.
3. Systematické a formální posuzování reforem *ex ante* a *ex post* na základě důkazů a zavedení posuzování výkonnosti systémů zdravotní péče.
4. Jednoznačné vymezení úlohy veřejných orgánů při poskytování služeb dlouhodobé péče se zaměřením na integraci zdravotních a sociálních služeb prostřednictvím právního rámce a zvýšení správní účinnosti.
5. Zlepšení přiměřenosti a kvality lidských zdrojů ve zdravotnictví přizpůsobením plánování podle potřeb, úpravou pobídek, přezkoumáním možnosti přeshraničního nábory lékařů a dlouhodobým plánováním.

Podpora udržitelnosti a efektivnosti financování a výdajů

¹³ https://ec.europa.eu/health/home_cs

6. Zajištění toho, aby byly balíčky výhod hrazené z veřejných prostředků založeny na kritériích nákladové efektivity a rovnosti a aby systémy spoluúčasti podporovaly omezování veřejných výdajů, zároveň však byl zaručen přístup.

7. Koncepce mzdových a nákupních mechanismů na podporu efektivity a rovnosti.

8. Přechod systémů zdravotní péče od tradičního modelu založeného na nemocniční péči přiznáním větší úlohy praktickým lékařům a odkazováním na základní péči a podpora koordinace a integrace péče.

9. Posílení udržitelnosti nemocniční péče zlepšením mechanismů financování, snížením provozních nákladů a zlepšením srovnání výsledků nemocnic a referenčního srovnávání.

10. Posílení nákladově efektivního užívání a cenové dostupnosti léčivých přípravků prosazováním zadávání veřejných zakázek a podporou úlohy generických léčivých přípravků a biologicky podobných přípravků¹⁴, náležitých politik kontroly cen a prosazováním racionálního užívání léčivých přípravků.

11. Bližší přezkoumání mechanismů vzájemné spolupráce zemí při řešení otázek přístupu a cenové dostupnosti léčivých přípravků v zemích EU. Součástí toho by měly být vhodné regulační mechanismy na úrovni EU a dohody o společném zadávání veřejných zakázek.

12. Umožnění nákladově efektivních rozhodnutí založených na hodnocení zdravotnických technologií týkajících se pokrytí s ohledem na nové a existující technologie, včetně spolupráce mezi členskými státy.

Zlepšení přístupu, kvality a účinnosti péče

¹⁴ *Generický léčivý přípravek* je farmaceutický produkt, jenž je stejný jako léčivý přípravek, který již byl povolen („referenční léčivý přípravek“). Obsahuje stejnou účinnou látku nebo látky jako referenční léčivý přípravek. *Biologicky podobný přípravek* je ve všech základních aspektech velmi podobný již schválenému biologickému léčivému přípravku.

13. Posílení politik na podporu zdraví a prevence nemocí: propagační kampaně týkající se rizikových faktorů, vypracování integrovaných víceodvětvových iniciativ se zapojením mnoha zúčastněných stran a sladění finančních plánů s časovými harmonogramy politiky.

14. Zvýšení přístupu kvalitní péče zkrácením čekacích dob a snížením finanční zátěže domácností v souvislosti s výdaji na zdravotní péči, včetně neformálních plateb.

15. Zohlednění potřeb zranitelných skupin, zejména prostřednictvím příslušných fiskálních politik a politik v oblasti sociální ochrany, mezioborové spolupráce při poskytování služeb péče, kulturně citlivých služeb.

16. Zajištění vhodných úrovní péče o osoby, které ji potřebují, prosazováním a hodnocením kvality a účinnosti.

17. Prosazování nezávislého života a podpora poskytování služeb zdravotní a dlouhodobé péče doma a v rámci komunity místo v ústavním prostředí, je-li to vhodné.

18. Propagace zdravého stárnutí a prevence zhoršení fyzického a mentálního zdraví osob s chronickým onemocněním.

4. PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

Řada členských států zavedla a provádí významná opatření k zlepšení přístupu ke zdravotním službám, přičemž musí být současně zachována kvalita a udržitelnost systému.

Bulharsko, Estonsko, Malta, Rakousko a Polsko uskutečnily významné reformy k posílení základní péče a k lepší koordinaci s nemocniční a specializovanou péčí. Švédsko mimoto přidělilo větší finanční prostředky rovněž na zlepšení přístupu služeb zdravotní péče.

Kypr zahájil postup přeměny svého systému zdravotní péče s cílem umožnit všem obyvatelům přístup ke zdravotní péči a snížit vysoké přímé platby.

Portugalsko provedlo v letech 2016 a 2017 významné reformy k zajištění všeobecného zdravotního pojištění.

Bulharsko přijalo opatření k zvýšení ambulantní péče tam, kde nízké pokrytí veřejnou ambulantní lékařskou péčí ztěžuje některým osobám přístup ke zdravotní péči.

Rakousko zavedlo nový systém diagnosticky příbuzných skupin pro úhradu ambulantní péče v nemocnicích s cílem snížit tlak na nemocniční péči a podnítit k využívání denních klinických a ambulantních služeb.

Lotyšsko a Polsko iniciovaly reformy k zvýšení dostupnosti zdravotnických pracovníků.

Maďarsko a Rumunsko přijaly první opatření k zvýšení mezd zdravotnických pracovníků.

Lotyšsko, Polsko, Portugalsko a Rumunsko oznámily opatření, která mají přilákat lékaře a zdravotní sestry do příměstských nebo venkovských oblastí.

Lotyšsko a Malta zkrátily čekací doby, zatímco Rumunsko přeorganizovalo části systému ambulantní péče.

Itálie, Malta, Portugalsko a Slovinsko vyvinuly a zavedly řešení v oblasti IKT s cílem zkrátit dobu čekání na zdravotní služby.

Španělsko, Itálie, Portugalsko a Slovensko provádějí reformy, jako je centralizace veřejných zakázek, využívání generických léčivých přípravků a zřizování subjektů pro hodnocení zdravotnických technologií. Hlavním cílem je zlepšit přístup k léčivým přípravkům a zajistit jejich nákladově efektivní užívání.

Lotyšsko a Rumunsko zavedly plány k posílení mechanismů odpovědnosti a transparentnosti v systému zdravotní péče.

Informace o zdravotních politikách v Evropě poskytuje cyklus *State of Health*

in the EU (Zdravotní stav populace v EU)¹⁵. Podrobnější analýzy o situaci v jednotlivých členských státech poskytují zejména zdravotní profily zemí.

Průvodní zpráva vychází ze zjištění jednotlivých profilů zemí a zdůrazňuje průřezové důsledky politiky.

Datum: 26. 9. 2017

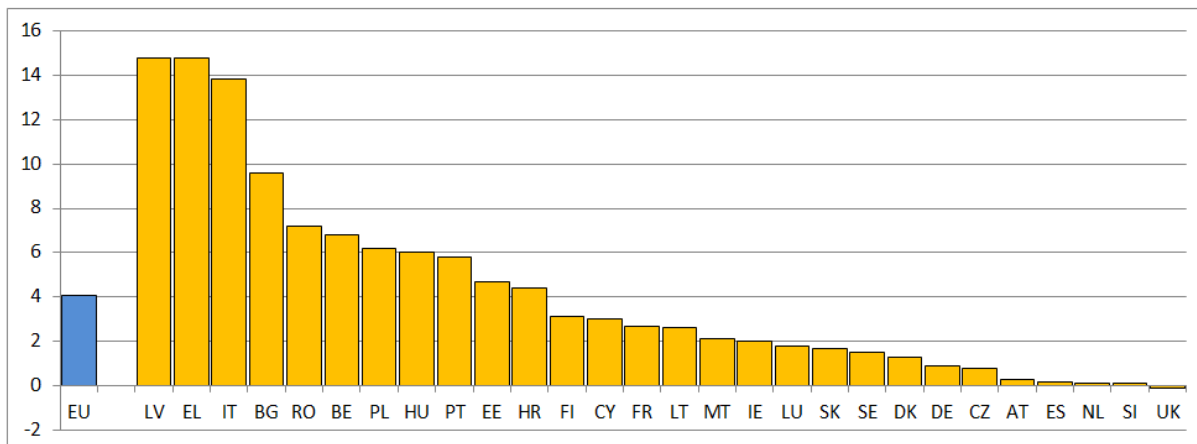
¹⁵ https://ec.europa.eu/health/state/summary_cs

5. UŽITEČNÉ ZDROJE INFORMACÍ

- Sdělení Komise o účinných, dostupných a odolných systémech zdravotní péče (COM(2014) 215 final)
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_cs.pdf
- Společná zpráva o systémech zdravotní a dlouhodobé péče a fiskální udržitelnosti – European Economy, Institutional Paper č. 37, říjen 2016; GŘ pro hospodářské a finanční záležitosti a Výbor pro hospodářskou politiku
https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en
- *State of Health in the EU* (Zdravotní stav populace v EU): zdravotní profily zemí
https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_cs
- Publikace s názvem „*Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*“ (Stručný pohled na zdraví v Evropě: 2016 – Zdravotní stav populace v EU), OECD Publishing, Paříž
https://ec.europa.eu/health/state/glance_en
- Evropský semestr – tematický přehled týkající se udržitelnosti veřejných financí
- Databáze WHO „Health for All“ (Zdraví pro všechny)
- Databáze OECD o zdraví
- Evropská komise, datový nástroj ECHI
https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_cs
- Stanovisko skupiny odborníků k účinným způsobům investování do zdravotní péče nazvané „*Typology of health policy reforms and framework for evaluating reform effects*“ (Typologie reforem zdravotní politiky a rámec pro hodnocení dopadů reformy)
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/013_healthpolicyreforms_reformeffects_en.pdf
- Stanovisko skupiny odborníků k účinným způsobům investování do zdravotní péče nazvané „*Access to health services in the European Union*“ (Přístup ke zdravotním službám v Evropské unii)
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf
- Stanovisko skupiny odborníků k účinným způsobům investování do zdravotní péče nazvané „*Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems*“ (Definice referenčního rámce, pokud jde o primární péči se zvláštním důrazem na systémy financování a referenční systémy)
https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf
- Zpráva odborné skupiny EU o posouzení výkonnosti systémů zdravotní péče nazvaná „*So What? Strategies across Europe to assess quality of care*“ (Strategie hodnocení kvality péče v Evropě)
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/sowhat_en.pdf
- Zpráva odborné skupiny EU o posouzení výkonnosti systémů zdravotní péče nazvaná „*Blocks: Tools and methodologies to assess integrated care in Europe*“ (Nástroje a metodiky k hodnocení integrované péče v Evropě)
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2017_blocks_en_0.pdf

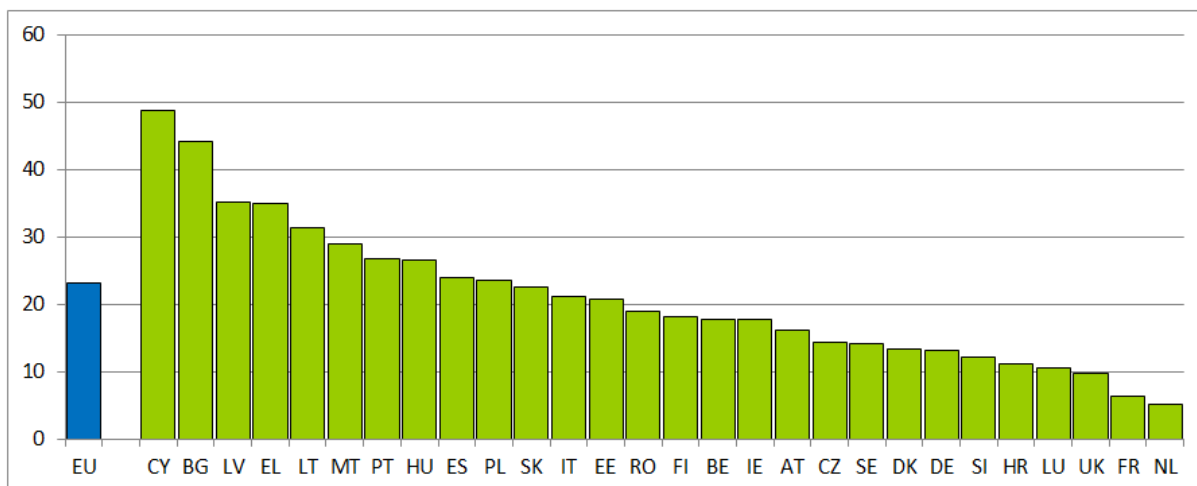
PŘÍLOHA

Graf A: Rozdíl mezi příjmovými kvintily¹⁶ pro subjektivně neuspokojenou potřebu zdravotní péče, 2015



Zdroj: Eurostat, statistika EU v oblasti příjmů a životních podmínek. Poznámky: všechny důvody; rozdíl vyjádřený v procentních bodech.

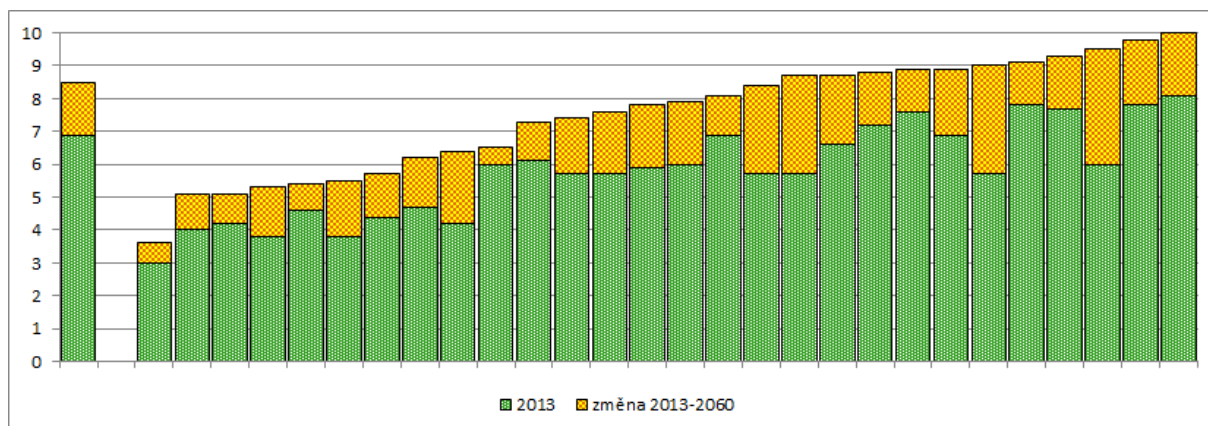
Graf B: Soukromé přímé výdaje domácností jako % celkových současných výdajů na zdravotní péči, 2014 nebo aktuálnější dostupné údaje



Zdroj: databáze WHO „Health for All“ (Zdraví pro všechny)

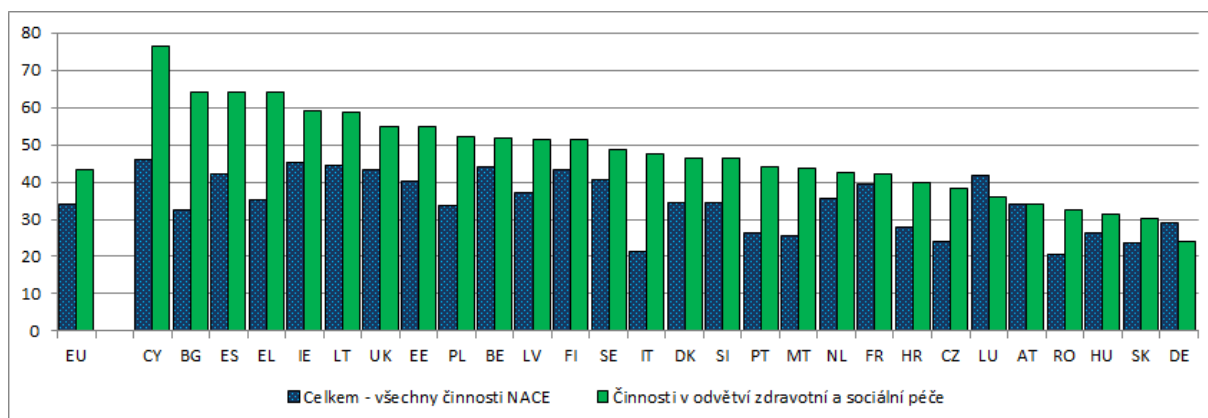
¹⁶ Rozdíl mezi procentem populace v dolním (1.) a horním (5.) příjmovém kvintilu se subjektivně celkovou neuspokojenou potřebou lékařského vyšetření v předchozích dvanácti měsících. Skupina v prvním kvintilu představuje 20 % obyvatel s nejnižšími příjmy a skupina v pátém kvintilu představuje 20 % obyvatel s nejvyššími příjmy.

Graf C: Předpokládané výdaje na zdravotní péči v zemích EU v období 2013–2060, rizikový scénář Pracovní skupiny pro stárnutí populace



Zdroj: na základě zprávy o stárnutí obyvatelstva 2015 – útvary Komise.

Graf D: Úroveň vzdělání pracovníků



Zaměstnávání pracovníků s terciárním vzděláním jako procento všech zaměstnanců v odvětví zdravotní a sociální péče a ve všech odvětvích, 2016 — zdroj: Eurostat