

**3. lékařská fakulta univerzity Karlovy v Praze
Ruská 87, Praha 10**

**Zdravotnické systémy v mezinárodním
srovnání:**

**- srovnání vybraných aspektů nemocniční péče
v českém a německém zdravotnickém systému**

**Health care systems in international
comparison:**

**- comparison of selected indicators of in-patient
care in czech and german health care system**

**Autor : Simona Spišáková, 6. ročník
Školitel: PhDr. Eva Křížová**

Obsah:

1. Úvod do problematiky zdravotnických systémů
2. Cíl
3. Materiál
4. Metodika
5. Základní charakteristika České republiky a Spolkové republiky Německo
6. Postavení nemocnice v systému péče
7. Srovnání vybraných ekonomických ukazatelů
8. Srovnání vybraných ukazatelů nemocniční péče
9. Závěr
10. Příloha
11. Reference
12. Souhrn

1. Úvod do problematiky zdravotnických systémů

„Zdraví“ člověka lze jen obtížně vyjádřit jednoduchou definicí. Nelze ho chápat jen jako prostý protipól nemoci ani jako pouhou biologickou charakteristiku organismu.

Část ústavy Světové zdravotnické organizace (WHO) přijaté v roce 1946 na konferenci v New Yorku říká, že: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemocí nebo vady“. [1]

Pohled na hodnotu zdraví, především ze strany společnosti, se vyvíjel právě tak, jak se vyvíjelo lidstvo samo, jak se vyvíjelo jeho poznání, jeho kulturní a ekonomická úroveň, jak se vyvíjely různé modely uspořádání společnosti. Dnes je jeho hodnota z pohledu jednotlivce i společnosti nezpochybnitelná. Výstižně to vyjádřil bývalý ředitel WHO dr. Halfdan Mahler: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví je ničím“. [2]

Pro každého z nás je zdraví předpokladem osobního rozvoje, splnění osobních ambicí, různých aktivit vedoucích k seberealizaci a ke spokojenosti člověka. V tomto smyslu je individuální úloha a pozice jednotlivce dominantní. Ale současně je nutné si uvědomit, že každý jedinec je součástí určitého lidského společenství, prostřednictvím svého zdravotního stavu působí na své bezprostřední i širší okolí, podílí se na zdravotním potenciálu a tím i kvalitě života dané populace. A zpětně ta samá společnost ovlivňuje prostřednictvím svého prostředí, ať již přírodního, společenského nebo politického a ekonomické situace zdraví každého svého příslušníka. [3]

Je tedy naprosto zřejmé, že zdraví žádného jednotlivce ani starost a péči o ně nelze z těchto vazeb vyjmout a učinit nezávislým na společnosti, stejně tak nelze potlačit úlohu jednotlivce, považovat zdraví a jeho hodnotu jako výhradně veřejnou záležitost. Nebo-li jinak řečeno v demokratické společnosti se lidé musí učit rozhodovat sami za sebe, přejímat a nést svůj díl odpovědnosti za svoje zdraví a na druhé straně by měli být konkrétním vývojem v oblasti péče denně přesvědčováni o tom, že na péči o své zdraví nejsou sami, že žijí ve společnosti, která si zdraví váží a dovede pro zdraví lidí přijímat správná rozhodnutí a realizovat ta opatření, která jsou užitečná. [1]

Právo na péči o zdraví, jeho obnovu a ochranu je dnes považováno za jedno ze základních práv člověka a každého občana. Základní tendencí, alespoň v evropských zemích, je snaha poskytovat všem zdravotní péči podle jeho potřeby, bez ohledu na princip zásluhy a bez ohledu na finanční situaci a sociální postavení nemocného. Tato tendence však naráží na bariéry tvořené ekonomickými možnostmi společnosti, odbornými znalostmi a dovednostmi lékaře, kapacitami a technickými možnostmi zdravotnických zařízení.

Zdravotnický systém je specifickým sociálním subsystémem, jehož hlavním cílem je zajišťovat výše zmiňované právo jedince na péči o zdraví. Podle M. Fielda představuje zdravotnický systém souhrn formalizovaného úsilí, závazků, institucí, personálních a ekonomických zdrojů a výzkumných

aktivit, které společnost věnuje problematice nemoci, předčasných úmrtí, neschopnosti, prevenci, rehabilitaci a jiným problémům spjatým se zdravotním stavem populace.[4]

Dobrat se poznání pravidel tohoto komplexu, do jisté míry integrovaného, ale zároveň i otevřeného, je neobyčejně obtížné. Jeho studium nachází oporu v obecné teorii systémů aplikované na společenské soustavy a organizace, kdy rozumíme vlastní *zdravotnický systém* jako dynamickou soustavu profesionálních orgánů a institucí obklopenou široce definovaným „okolím“, ve které jsou vstupní zdroje převáděny pomocí nejrůznějších odborných činností do meziproductů, aby nakonec byly transformovány do finálního produktu, tj. zdravotního stavu obyvatelstva. Každý takovýto systém je charakterizován vstupem, procesem (činností), výstupem a mechanismem zpětné vazby. [7]

Za *vstupní zdroje* jsou obvykle považovány finance, materiál (technika, léky) a zdravotnická zařízení, pracovníci a jejich intelektuální potenciál. *Odborné činnosti* představují zdravotnické služby: promotivní, preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, pečovatelské a paliativní. K *výstupům* počítáme uspokojení zdravotních potřeb a zlepšení zdravotního stavu odrážející se ve změně jeho ukazatelů, např. úmrtnosti, nemocnosti, a tím i zvýšení kvality života populace. *Okolí* systému zahrnuje především socioekonomické poměry (bydlení, životospráva, výchova, vzdělání, zaměstnání), kulturní hodnoty, politickou situaci, zdravotní uvědomění a odpovědnost, apod. [1]

Pokus o systémový model péče o zdraví je uveden v příloze.

Zmiňovaný přístup je výsledkem úvahy, že veškerá společenská realita je prostoupena systémy nejrůznějšího druhu, různé subordinace a vzájemného prolnutí. Tyto rozmanité společenské útvary vznikaly v průběhu svého historického vývoje spontánně z potřeb a požadavků denního života, aniž by někdo předem definoval dlouhodobé cíle a podle nich plánovitě formoval jejich strukturu.

Takto vznikala též zdravotnická soustava, zprvu jako přirozený, „nonsystém“ složený z lékařů a pacientů, který se postupně a pozvolna spolu s pokroky vědy a techniky rozvíjel do složitější organizované a integrované podoby. Každá z následujících generací přizpůsobovala obsah a formy zdravotní péče svým zájmům a potřebám. Každá jednotlivá země se lišila též svým politickým, sociálním, ekonomickým i kulturním prostředím, které jejich tvorbu do značné míry ovlivňovaly, a proto se liší i jednotlivé zdravotnické soustavy v těchto zemích. Výsledkem těchto rozmanitých procesů je neobyčejná pestrost existujících systémů zdravotní péče. [2]

Pro zjednodušení se za tři základní subjekty každého zdravotnického systému považují: pacienti, poskytovatelé zdravotnických služeb (lékaři a jiní zdravotníci) a plátcí (zaměstnanci, zaměstnavatelé, stát). Jako čtvrtý se někdy uvádí stát reprezentující vládní politiku a tvořící zdravotnickou legislativu, tedy dá se říci, podílející se na „okolí“ zdravotnického systému.

Podle uspořádání vztahu mezi těmito třemi základními subjekty a míry státem vykonávaných regulačních zásahů, můžeme rozlišit dva základní typy zdravotnického systému:

- systém s převažující vládní regulací a
- systém s převažující tržní regulací nabízených služeb.

Ve všech rozvinutých zemích světa se dnes uplatňují současně oba principy, jak vládní, tak i tržní regulace. Jednotlivé země se liší jen v tom, kolik prostoru každému z nich ponechávají. [4]

Zdravotnický systém s převažující tržní regulací je dnes uplatňován pouze ve Spojených státech amerických (USA), tzv. *liberalistický model zdravotnictví*.

Zdravotnické systémy s převažující vládní regulací jsou typické pro evropské země. Jejich filosofie vychází z evropské kultury ovlivněné křesťanstvím a judaismem a založené na solidární pomoci potřebným. Dostupnost zdravotní péče je chápána jako jedna ze základních občanských práv, kterou je stát povinen garantovat.

Prostředky na zajištění tohoto práva jsou získávány systémem předplacené péče a to dvojí formou:

- účelovými příspěvky určenými na sociální a zdravotní pojištění, tzv. Bismarckův model financování z rozpočtů účelových organizací, zdravotních pojišťoven - *evropský pluralitní model*
- zdaňováním populace podle platných daňových předpisů dané země, tzv. Beveridgeův model financování ze státního rozpočtu. Tento model je někdy ještě rozdělován na svou demokratickou verzi západní Evropy - *státní zdravotní službu a centrálně plánované státní zdravotnictví* bývalých socialistických zemí, tzv. Semaškův model.

Pro úplnost se někdy také uvádí tzv. emergentní systém zdravotní péče, který se vyskytuje především v rozvojových zemích Afriky, a ve kterém se teprve formují vztahy mezi poskytovateli a klienty s nepatrnou úlohou státní regulace a stále významnou úlohou mezinárodních charitativních organizací (WHO). [4,5,6]

K hodnocení a porovnávání jednotlivých systémů v mezinárodním měřítku slouží tzv. ukazatelé (indikátory nebo proměnné). Mezi ty nejdůležitější patří dostupnost péče, kvalita péče, ekonomická nákladnost, výkonnost systému péče, rovnost (equita) a sociální přijatelnost (akceptibilita). Pro hlubší analýzu jednotlivých systémů jsou potřebné podrobnější statistické ukazatelé, jichž je velké množství (např. počet lékařů, zdravotnických zařízení, lůžek na počet obyvatel, a jejich struktura, ukazatelé zdravotního stavu, atd.). Tyto ukazatele jsou pravidelně vyhodnocovány a publikovány národními statistickými úřady a poskytovány mezinárodním databázím zdravotnických statistik při WHO nebo OECD.

Podrobné zmapování jednotlivých komponent zdravotnických systémů ve světě a trendů dalšího vývoje ukazuje, že neexistuje zcela vyhraněný dokonalý systém, který by bezproblémově plnil veškeré své funkce. Každý systém je souborem více či méně kvalitních komponent, které je možné vzájemně porovnávat, ale které ne všechny jsou univerzálně aplikovatelné na jiné systémy. Proto také většina světových odborníků varuje před neuváženým zaváděním zdánlivě fungujícího systému v jedné zemi do země jiné, s odlišným politickým, ekonomickým, kulturním a jiným pozadím. [2]

„Zdravotnictví je výzvou, prostorem pro nikdy nekončící proces poznání.“ [8]

Současné problémy zdravotnických systémů

Jak již bylo řečeno, současné zdravotnické systémy jsou výsledkem dlouhého historického a společenského vývoje. Mezi faktory a též motory vzniku a rozvoje zdravotnických systémů se řadí na jedné straně špatné životní podmínky, válečné konflikty, četné hospodářské krize a z nich plynoucí bída, epidemie, invalidita a sociální nejistota obyvatelstva, na straně opačné rozvoj přírodních věd a medicínských technologií a z toho plynoucí možnost léčby stále většího počtu chorob.

V průběhu tohoto vývoje se také měnily cíle a orientace zdravotní politiky jednotlivých mocností. Zatímco zhruba do 60. let 20. století bylo základním problémem zvýšit dostupnost zdravotnických služeb pro co nejširší okruh populace v rámci předplacené péče, v 60. letech se vynořil problém jiný, a sice jak této populaci z omezených zdrojů zajistit zdravotní péči, jejíž nabídka se v důsledku vědeckého a technologického rozvoje nastartovaného po druhé světové válce stále rozšiřuje. [9] Ekonomická recese v 70. letech následovaná ropnou krizí v r. 1974 a rostoucí zátěží nezaměstnaností pak znamenaly nutnost změn, hledání úspor a omezení plýtvání.

Cíle dnešní zdravotní politiky jsou proto orientovány na omezení růstu nákladů (cost containment), omezení růstu výdajů (% HDP) a efektivní využívání dostupných zdrojů za současného udržení dostupnosti a kvality zdravotní péče na požadované úrovni.

„Žádný zdravotnický systém nedokáže poskytnout tolik služeb, kolik by občané dokázali požadovat, žádná ekonomika není schopna vyprodukovat tolik zdrojů, kolik by zdravotničtí pracovníci dokázali utratit“. [1]

Realizace těchto cílů zdravotní politiky vychází z analýz spotřeby zdravotnických služeb v jednotlivých zemích a faktorů, které ji podstatným způsobem ovlivňují a současně jsou z krátkodobého či dlouhodobého hlediska modifikovatelné. Existuje několik modelů spotřeby zdravotnických služeb, obecně se faktory ji ovlivňující rozdělují na faktory na straně poptávky a faktory na straně nabídky zdravotnických služeb.

Mezi faktory na straně poptávky patří především zdravotní stav a jeho determinanty, demografický vývoj populace a subjektivně vnímaná potřeba zdravotní péče, v jistém ohledu se na velikosti poptávky podílí také výše spoluúčasti pacientů. Na straně nabídky se potom uvádí typ financování a úhrad, rozsah a dostupnost služeb, zdravotnického personálu, medicínská technologie, léková a smluvní politika apod. [13, 14]

Většina reformních snah se dnes orientují především na stranu nabídky zdravotnických služeb a vzhledem k tomu, že nemocnice jsou nejnákladnějším článkem zdravotnické soustavy, nelze se divit, že pozornost se obrací právě k nim a k hledání cest k efektivnějšímu využívání jim určených finančních prostředků.

2. Cíl

Cílem této diplomové práce je porovnání vybraných ekonomických ukazatelů nemocniční péče v českém a německém zdravotnictví v kontextu celkových výdajů na zdravotnictví a struktury nákladů.

3. Materiál:

Poznatky uvedené v této práci pocházejí převážně z publikované literatury a mezinárodních a národních databází zdravotnické statistiky.

Statistické ukazatele charakterizující český zdravotnický systém jsou sbírány a vyhodnocovány Ústavem zdravotnických informací a statistiky Ministerstva zdravotnictví (ÚZIS), který každý rok vydává Zdravotnickou ročenku ČR.

Ve Spolkové republice Německo vyhodnocuje tyto údaje Federální statistický úřad. Důležitým zdrojem jsou také data sbíraná všeobecnými zdravotními pojišťovnami, které se ovšem týkají především povinně pojištěné populace.

K mezinárodnímu srovnání mi posloužila především databáze Health for All (HFA) při WHO, která je volně přístupná v on-line verzi na portále www.euro.who.int. Některá data jsem získala také z ročenky OECD Health Data.

4. Metodika

Metodikou je analýza údajů z uvedených databází zdravotnické statistiky. Vzhledem k tomu, že neexistuje mezinárodní konsensus v terminologii některých ukazatelů, je nutné přihlížet k definicím uvedeným v příslušných databázích zdravotnické statistiky. Definice a kalkulace některých ukazatelů zdravotní péče se mohou zejména v národních statistikách značně lišit. Některé země například z národních zdravotnických statistik vylučují soukromý či vojenský zdravotní sektor.

5. Základní charakteristika České republiky **a Spolkové republiky Německo a jejich systému zdravotní péče**

Česká republika (ČR) je vnitrozemský stát ležící ve střední Evropě. Skládá se ze tří historických zemí: Čechy, Morava a české Slezsko. Politicky je ČR parlamentní demokracií. Její vznik se datuje k 1.1.1993, kdy došlo k rozdělení bývalého Československa na Českou a Slovenskou republiku. Od prosince 1995 je ČR členem OECD, od 12.3.1999 součástí NATO a od 1.5. 2004 Evropské unie (EU). Území ČR, o rozloze 78,864 km², je od r. 2000 rozděleno na 14 nových samosprávných krajů, které se dále dělí na správní obvody obcí s rozšířenou působností (celkem 205 obcí).

K 31.12. 2004 žilo v ČR 10,2 mil. obyvatel, z toho přibližně 48,7% žen a 51,3% mužů. Hustota osídlení byla 130 obyvatel na km². Demografický vývoj české populace v roce 2004 se vyznačoval především dalším prohloubením procesu demografického stárnutí. Index stáří vzrostl z 91,6 na 94,0, což je dosud nejvyšší dosažená hodnota. Na druhou stranu se opět mírně zvýšila porodnost (9,57/1000 obyvatel), lze však očekávat další vzestup podílu starších osob, neboť současně došlo po třiletém období stagnace k poklesu úmrtnosti. (CDR 10,5/1000 obyvatel, SDR hodnoty 851,8/100 000)

Nejnovější údaje Českého statistického úřadu (ČSÚ) uvádějí reálný nárůst hrubého domácího produktu (HDP) v roce 2005 o více než 6,0 %. Toto zvýšení bylo největší nejen v uplynulých letech ale i od vzniku samostatné České republiky, která si tak upevnila svou ekonomickou pozici v mezinárodním společenství a zařadila se mezi státy EU-25 s nejrychleji rostoucí ekonomikou. Ve sledovaném roce 2004 dosáhl HDP vyjádřený v mezinárodní měně 107 014 mil. USD, v paritě kupní síly na jednoho obyvatele 15 708 (průměrná kupní síla 1 PPS odpovídá průměru kupní síly 1 eura v zemích EU-25). Reálný nárůst oproti roku 2003 činil 4,4 %.

Obecná míra nezaměstnanosti dosáhla ve sledovaném roce 8,3%, což je 0,5% nárůst oproti předcházejícímu roku. Dle Českého statistického úřadu se tato hodnota snížila v roce 2005 na 7,9% a znamená tedy výraznou pozitivní změnu.

Spolková republika Německo (SRN) je středoevropským státem o rozloze zhruba 357 027km². Po druhé světové válce bylo toto území rozděleno na východní část (NDR) spadající do sféry vlivu Sovětského svazu a západní, Německou spolkovou republiku (NSR). K jejich opětovnému sloučení došlo 1.12.1990. Dnes je SRN federativní republikou sestávající se ze 16 spolkových zemí. Každá z nich má svou ústavu, která musí být ve svých republikánských, demokratických a sociálních principech v souladu s ústavou spolkovou.

V prosinci 2004 měla SRN 82,5 mil. obyvatel, z toho bylo 51% žen a 49% mužů. Obyvatelstvo není rozloženo stejnoměrně, v západní části žije 66,6 mil., ve východní 13,5 mil. a v Berlíně 3,4 mil. Hustota obyvatel je 232/km². Demografický vývoj německé populace je charakteristický poklesem svého počtu o téměř 31tis. osob za rok 2004, na čemž se podílela především vysoká úmrtnost (CDR 9,9/1000, SDR 628,6/100 000) přesahující o 112,6tis. počet živě narozených (8,55/1000 obyvatel).

Zbýlých asi 82tis. osob se přistěhovalo. Vývoj struktury obyvatel je obdobný ostatním evropským vyspělým zemím. Index stáří zde přesáhl hodnotu 120%.

SRN patří mezi vyspělé evropské státy, s významným postavením ve sféře politické i ekonomické. V roce 2004 činil HDP vyjádřený v mezinárodní měně 2 750 003 mil. USD, přepočtený na jednoho obyvatele potom 27 230 EUR a značí reálný růst 1,6%. Od znovu sjednocení Německa dosáhl reálný růst HDP nejvyšší hodnoty v roce 1992 (7,4%), od té doby však postupně klesá, v roce 2003 dokonce na negativní hodnotu -0,1%.[17]

Ve stejném roce bylo v SRN přibližně 3,9 mil. nezaměstnaných osob, což odpovídá hrubé míře nezaměstnanosti 9,5%, s velkou variací mezi novými (16,7-20.7%) a starými (6.1- 13.2%) spolkovými zeměmi. V porovnání s průměrným růstem HDP v ostatních zemí OECD patří SRN k zemím s nižším reálným růstem HDP a vyšší nezaměstnaností. [17]

Základní charakteristika zdravotnického systému

Systém zdravotní péče v obou srovnávaných zemích je typem evropského pluralitního modelu zdravotnictví financovaném převážně z povinného zdravotního pojištění podle principu solidarity a založeném na svobodné volbě lékaře i zdravotní pojišťovny a dostupnosti služeb pro všechny ve stejné míře. Jeho filosofie vychází z Bismarckova modelu, jehož základy byly položeny v 80. letech 19. století právě v Německu.

Tento systém je historicky první snahou zavést státem garantovanou zdravotní péči prostřednictvím povinně předplacených služeb u veřejnoprávních subjektů neziskového charakteru, u nás nazývaných jako zdravotní pojišťovny, v Německu jako Nemocenské pokladny.

Základem je tedy evropské pojetí úlohy státu v občanské společnosti, deklarující jeho povinnost zajistit zdravotní péči pro své obyvatele. Ale současně zde můžeme nalézt prvky tržního zdravotnictví, s liberálním řízením systému, případnou spoluúčastí pacientů a respektem k postavení soukromých ambulantních lékařů.

Systém německého zdravotnictví se dnes pokládá za nejvíce kompromisní kombinaci mezi podílem trhu a veřejného dohledu nad zdravotnickou situací. [4,5]

Následuje stručná charakteristika obou systémů s upozorněním na některé odlišnosti.

Česká republika

Organizace

V souvislosti s reformou veřejné správy došlo od roku 2003 k převodu některých kompetencí a zdravotnických zařízení na krajské správy, které se nyní podílejí na koncipování a uplatňování krajské zdravotní politiky. Stejně jako v SRN tedy dochází k decentralizaci v řízení a organizaci systému, V ČR je však kritizováno nepřesné vymezení a nedostatečné legislativní podložení nových kompetencí kraje, především v oblasti tvorby sítě zdravotnických zařízení a jejich financování.

Financování

Veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany, výše pojistného je stanovena zákonem na 13,5% vyměřovacího základu. U zaměstnanců je tímto základem jejich hrubý příjem a podílejí se na výši pojistného z 1/3, zaměstnavatel ze 2/3. U osob samostatně výdělečně činných je vyměřovacím základem 35% jejich zisku. Stát platí za nezaopatřené děti a studenty, důchodce, ženy na mateřské, nezaměstnané, osoby ve vazbě a výkonu trestu atd. (celkem asi 55% populace). Vyměřovacím základem je 80% životního minima. [16]

Zdravotní pojištění nezahrnuje náhrady za absenci v práci pro nemoc, mateřství a nemoc z povolání nebo pracovní úraz; tyto náhrady poskytuje oddělený systém sociálního pojištění.

Kromě veřejného zdravotního pojištění se rozvíjí i smluvní (soukromé) zdravotní pojištění a připojištění, převážně se však soustřeďuje na léčebné výlohy v zahraničí v rámci cestovního pojištění.

Dalším zdrojem financování jsou přímé úhrady obyvatelstva, které tvoří kolem 8,5 % z celkových výdajů na zdravotnictví, podstatnou část z nich tvoří doplatky na léky a zdravotnické potřeby. Spoluúčast jako taková není v ČR legislativně zakotvena, naopak zákon zakazuje hradit nebo se podílet finančně na léčbě.

Poskytovatelé

Ambulantní sféra je zajištěna sítí zařízení primární a sekundární zdravotní péče. K primární péči se řadí praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, ambulantní gynekologové a stomatologové. Sekundární péče je poskytována odbornými ambulantními lékaři. Asi 95% ambulancí je privátních. Smlouvy uzavírají přímo se zdravotními pojišťovnami, rozsah služeb je stanoven v dohodovacím řízení mezi VZP a ČLK, která zastupuje zájmy PL, ale i AOL, úhrada probíhá kapitačně-výkonovou platbou. Pacienti mají svobodnou volbu lékaře, stejně jako v SRN zde neexistuje systém gate-keeping a pacienti často preferují přímou návštěvu OAL.

Nemocniční péče je blíže popsána v 8. kapitole. Na rozdíl od SRN zde nenajdeme institucionální oddělení ambulantní a nemocniční péče, naopak sekundární péče v nemocnicích je často poskytována formou pouze ambulantní péče. Úhrada probíhá od 1997 kombinací výkonové a paušální platby, snahou je stejně jako v SRN zavést platbu dle diagnostické skupiny (DRG).

Spolková republika Německo

Organizace

Decentralizace odpovědností a značných kompetencí v organizování zdravotnictví na jednotlivé spolkové země, federální vláda vytváří základní legislativní rámec a vykonává dohled nad systémem. Navíc je značná část odpovědnosti za organizování, financování a poskytování zdravotní péče delegována na nevládní občanské organizace (Asociace zdravotních pojišťoven a Asociace smluvních lékařů a stomatologů) které působí na regionální i spolkové úrovni.

Financování

Povinné zdravotní pojištění je součástí systému komplexního sociálního zabezpečení (zahrnuje ještě povinné pojištění důchodové, úrazové, pro případ nezaměstnanosti a pečovatelské), členství je povinné pro všechny zaměstnance, jejichž příjem nepřesáhne určitou hranici (3862 EUR v lednu 2004). Výše příspěvku je stanovena zdravotní pojišťovnou s ohledem na její náklady, nezávisle na zdravotním riziku pojištěnce nebo počtu spolupojištěných rodinných příslušníků. V roce 2004 se pohybovala mezi 12,82% až 14,41% hrubého příjmu. Od července 2005 se na něm podílí z 54% zaměstnanec a 46% zaměstnavatel. [17] Stát platí příspěvky za státní úředníky, vojáky, z více než poloviny také za umělce a studenty .

Navíc je v SRN možnost dobrovolného zdravotního pojištění u veřejnoprávních nemocenských pojišťoven nebo u soukromých komerčně orientovaných pojišťoven pro osoby nad stanovenou hranicí příjmu. Takto je pojištěno přibližně 10% populace. Výše příspěvku je stanovena podle rozsahu a výše sjednaného krytí a individuálního rizika. Pacient si hradí péči sám a účet předkládá ke zpětné úhradě. Ceny služeb jsou vyšší než u povinného pojištění (o faktor 1,7-2,3). Soukromé pojišťovny také nabízejí doplňkové připojištění pro povinně pojištěnou část populace (využije asi 4%).

V r. 2003 bylo v rámci povinného pojištění pokryto téměř 88% populace, 10% v rámci plného soukromého a za zbývající 2% hradil pojištění stát (státní zaměstnanci, nezaměstnaní, atd.). Bez předplacené péče zůstalo asi 0,2% populace. [17]

Od roku 1997 je navíc navýšena spoluúčast pacientů, např. za léky, některé stomatologické výkony, lázeňskou péči, dopravu. Doplatky pojištěnce však nesmí přesáhnout 2% hrubého ročního příjmu. Osvobození jsou občané pod hranici 25% hrubého ročního příjmu, pobírající sociální dávky, podporu v nezaměstnanosti a příspěvek v době studia.

Poskytovatelé

Ambulantní péče je zajišťována sítí praktických a odborných lékařů, pacient má svobodnou volbu lékaře, omezenou pouze smluvními vztahy s pojišťovnou. Výrazně vyšší je podíl ambulantních specialistů (v roce 2002 přesáhl 60%).

Podmínky smluv o rozsahu hrazené péče jsou rámcově zahrnuty v sociálním zákoníku (SGB), blíže je dále upravují směrnice vydávané Spolkovým koordinačním výborem (sdružuje zástupce asociací poskytovatelů a pojišťoven) s ohledem na doporučení Koncentrované akce ve zdravotnictví (výbor složený ze 75 zástupců všech subjektů v systému péče), smlouvy samotné jsou poté uzavírány na regionální či lokální úrovni mezi asociacemi poskytovatelů a plátců. [16, 17]

Způsobem úhrad je výhradně platba za výkon, který má dohodnuté bodové ohodnocení a probíhá prostřednictvím příslušné Asociace smluvních lékařů, jejímž je lékař člen.

Nemocniční péče je poskytována zařízeními různých zřizovatelů a vlastnických forem (kap.8) Specifickým německým problémem bylo, že nemocnice nesměly poskytovat neakutní ambulantní

péči, ta byla vyhrazena pouze ambulantním specialistům. V tomto směru dochází nyní ke změnám (asi 5% smluvních lékařů má nyní oprávnění k ošetřování pacientů v nemocnicích na základě nájemní smlouvy). Jen univerzitní kliniky mají formální zařízení ambulantní péče, která byla původně založena pro účely vzdělávání a výzkumu.

Od roku 1972 zaveden princip duálního financování nemocnic: investiční výdaje jsou financované spolkovými zeměmi na základě tzv. „plánu nemocnic“ a provozní výdaje zdravotními pojišťovnami a okrajově samotnými pacienty. Tento princip vedl k systému duálního plánování, kdy počet nemocnic a lůžek je stanoven spolkovou zemí a počet zdravotnických pracovníků a činností jsou sjednány mezi nemocnicemi a pojišťovnami. [13]

Od roku 2001 se postupně přechází na systém úhrady za diagnostickou skupinu (DRG). [17]

6. Postavení nemocnice v systému péče

Nemocnice jsou obecně velmi významnou součástí zdravotní péče. V sociologické rovině lze vymezit pojem nemocnice jako „organizace, která poskytuje lůžka, stravu a nepřetržitou ošetrovatelskou péči svým pacientům v průběhu léčby zajišťované kvalifikovanými lékaři. Poskytováním těchto služeb nemocnice usiluje o navrácení zdraví svým pacientům“. [15]

Nemocnice plní ale i další úlohy, např. působí v oblasti vzdělávání a výzkumu, představuje významného zaměstnavatele, významného odběratele různých průmyslových podniků a vykonávají zdravotně výchovnou, případně zdravotně sociální činnost. Z pohledu ekonomického jsou cílem značné části finančních prostředků určených na zdravotní péči a středem pozornosti podnikatelských aktivit. Nemocnice jsou také významným prostředkem regionálního rozvoje. Její přítomnost hraje nemalou roli v přilákání obyvatel, investorů, průmyslu a obchodu a tím působí nejen na ekonomický rozvoj regionu, ale také na udržení jeho sociální soudržnosti. [12]

Role a funkce nemocnic se během staletí měnily v reakci na sociální a politické změny a změny v lékařských znalostech. Původní role nemocnic ve středověku byla spíše sociální než medicínská. Nemocnice byla často součástí kláštera a sloužila jako útočiště chudých a nemocných. Medicínské znalosti personálu byly často velmi omezené. Zhruba od šestnáctého století začal převládat jejich lékařský charakter a postupně se staly také dějištěm výzkumu a výuky. [15]

Nemocnice jsou zpravidla tříděny podle několika hledisek:

- podle průměrné délky ošetrovací doby na nemocnice pro akutní péči a nemocnice pro dlouhodobou péči. Nemocnice pro akutní péči měly zpravidla průměrnou ošetrovací dobu nepřesahující 30 dnů, v 80. letech byla tato doba zkrácena na 18 dní. [11]
V západoevropských zemích a USA zahrnují akutní lůžka asi 60% lůžkového fondu nemocnic. [10]
- podle typu vlastnictví na nemocnice státní (univerzitní/fakultní, vojenské, atd.), veřejné (ve správě měst a obcí) a soukromé neziskové (charitativního charakteru ve vlastnictví a správě církví, dobročinných spolků) nebo soukromé ziskové. Převážná část nemocnic v zemích OECD náleží do prvních třech skupin.
- podle převažujícího druhu péče na všeobecné a specializované. Ve všeobecných nemocnicích je prováděna komplexní diagnosticko léčebná péče. Specializované jsou orientovány na specifický typ péče, např. kardiochirurgie, plastické operace, neurochirurgie, apod. [10]
- podle velikosti a spektra poskytovaných služeb se mohou také nemocnice dělit na zařízení terciární péče, sekundární péče nebo tzv. „community hospitals“ (venkovské). Zařízení terciární péče jsou často spojeny s univerzitami, nákladnou technologií a počtem lůžek i kolem

1000, poskytují všeobecnou i specializovanou péči vždy na základě doporučení ze zařízení nižší úrovně. Zařízení sekundární péče se nacházejí na úrovni okresu či kraje, s počtem lůžek 200 až 600 a poskytují komplexní léčbu, často jen formou ambulantních služeb. Venkovské nemocnice mají 50 a méně lůžek, jsou schopny poskytnout základní diagnostické služby, menší chirurgické výkony a ošetrovatelské služby. [18]

Nemocnice jako jedna z nejdůležitějších komponent zdravotnického systému musí reagovat nejen na změny v populaci, ve skladbě nemocí, vývoj lékařských poznatků a technologií, ale i na politické a finanční podmínky poskytování nemocniční péče. V posledních letech se staly díky rostoucím a rychle se měnícím finančním tlakům středem pozornosti celé řady států. Příčinou je zejména fakt, že nemocnice utrácejí značnou část z celkového rozpočtu určeného na zdravotnictví, v zemích východní Evropy okolo 40 – 50%. V souvislosti s tím proběhly v průběhu 80. a 90. let v řadě evropských zemí reformy zdravotní péče, přičemž důraz byl kladen na restrukturalizaci vnitřní i vnější organizace nemocnic a posílení služeb veřejného zdravotnictví s cílem zvýšit efektivitu a kvalitu lůžkové péče. [15]

Vývojové trendy nemocniční péče v mezinárodním pohledu

Z mezinárodního pohledu došlo za posledních dvacet let k několika obecným změnám ve vývoji nemocniční péče. Tento trend je společný všem vyspělým evropským zemím a vzniká jako nutná reakce a současně snaha se přizpůsobit měnícím se vnějším a vnitřním podmínkám systému péče.

Za hlavní faktory, které vedly k níže uvedeným změnám v oblasti nemocniční péče se považují:

Faktory na straně pacientů:

- demografický vývoj populace, který je charakteristický stárnutím a v řadě vyspělých zemích i úbytkem populace.
- změny ve skladbě nemocí - nárůst tzv. civilizačních chorob (ICHS, CMP, DM atd.), novotvarů, onemocnění plic v důsledku kouření, imunodeficiencí a alergických projevů či ATB rezistentních infekcí a především chronifikace nemocí a z toho vyplývající větší potřeba dlouhodobé a ošetrovatelské péče a kladení důrazu na primární péči, preventivní programy
- změna rizikových faktorů jako jsou výživové zvyklosti, škodlivé návyky, kouření a jejich vztah k cerebrovaskulárním a nádorovým onemocněním a z toho vyplývající výše uvedená změna zdravotní politiky ve smyslu posílení role primární péče ve zdravotním systému
- změny očekávání veřejnosti, vyšší informovanost, vyšší poptávka po kvalitních službách a tendence spolurozhodovat na léčbě, obecně se mění vztah pacient-lékař od tzv. paternalismu k partnerské kooperaci.

Faktory na straně poskytovatelů:

- rozvoj technologií jak v oblasti léčebných a diagnostických technik, tak i v oblasti podpůrných služeb. Průkazný je vliv na zkracování průměrné doby pobytu, lepší informovanosti pacientů, větší možnosti při epidemiologických analýzách atd.
- změny v kvalitní struktuře pracovníků, nutnost přizpůsobit se novým technologiím, užší specializace, požadavky na celoživotní vzdělávání.

V rámci širších společenských faktorů jsou důležité především:

- ekonomický tlak - Ve státech OECD tvoří náklady na nemocniční péči 40-60% celkového objemu nákladů na zdravotní péči. V zemích bývalého SSSR a některých východoevropských zemích je to až 70%. Ve všech vyspělých zemích jsou realizovány změny směřující ke zvýšení kvality a ekonomické efektivity, hledány nové způsoby financování nemocnic za účelem větší motivace k racionálnímu využívání prostředků. Pro všechny provozy nemocnice je efektivní vedení právě tak důležité jako odborná medicínská péče.
- mezinárodní spolupráce, internacionalizace zdravotních systémů a globalizace prostoru pro vzdělávání a výzkum. [12]

Následuje stručná charakteristika jednotlivých vývojových trendů a hlavních faktorů, které k nim vedou:

➤ *snižování počtu nemocnic*

Prakticky všechny evropské země vykazují ať již mírný či větší pokles počtu nemocnic. V jednotlivých zemích západní Evropy (EU-15) probíhal největší pokles počtu nemocnic v průběhu 70. až 80. let, kdy mnoho nemocnic s dlouhodobými lůžky bylo přetransformováno do ošetrovatelských ústavů. V zemích střední a východní došlo k poklesu počtu nemocnic v 90. letech v závislosti na politické události. Stále je zde však jejich počet ve vztahu k počtu obyvatelstva několikrát vyšší než v zemích EU-15.

➤ *snižování počtu lůžek*, jak z celkového počtu tak zejména lůžek akutních:

Ve státech EU-15 dochází již od začátku 80. let ke snižování počtu nemocničních lůžek, nutné je však zdůraznit, že původní počty lůžek zde byly značně rozdílné a různá byla i intenzita jejich poklesu (např. SRN měla v roce 1986 7,6 lůžek/1000 obyvatel, VB jen 2,6).

Státy střední a východní Evropy měly v roce 1980 zhruba o 20% více akutních lůžek než státy EU-15. Příčinou byly vyšší míra hospitalizovanosti. K poklesu jejich počtu došlo opět až v 90. letech. Důvodem tohoto trendu byly změny technologií, metod léčení, politika řízení nákladů a posouvání hranic mezi primární, nemocniční, domácí a sociální péčí.

➤ *deinstitutionalizace*

Jedná se především o proces vyčleňování některých druhů poskytované péče (o seniory, mentálně postižené) mimo sektor nemocniční péče. K tomuto trendu dochází v souvislosti se snižováním počtu

nemocnic a nemocničních lůžek a zvyšováním počtu ošetrovatelských zařízení jako alternativy akutní nemocniční péče o staré nesoběstačné pacienty. Důvodem byla snaha pečovat o lidi co nejlíže jejich domovu a komunitě, používání nových léků a technologií a větší tlak na nemocniční péči v důsledku stárnutí populace.

Využití ošetrovatelských domů se pohybuje mezi jednotlivými vyspělými státy od 2 do 5% z řad starší populace, tyto rozdíly jsou způsobeny spíše dotační politikou jednotlivých států než rozdílnou potřebou.

➤ *zvyšování hospitalizovanosti*

V kontrastu se snižováním počtu lůžek a nemocnic dochází v zemích EU i zemích bývalého komunistického bloku k zvyšování počtu přijetí do nemocnice. Důvodem může být opakované přijetí a propuštění pacientů, kteří by měli v nemocnici pobývat delší dobu či zvyšování počtu jednodenních pobytů. Tomu odpovídá i snižování doby pobytu v nemocnici.

➤ *zkracování délky pobytu*

Ve všech evropských zemích dochází ke snižování průměrné doby pobytu v nemocnici, nejnižší je v zemích EU-15, kde se pohybuje pod hranicí 9 dnů. [20]

Tento trend může mít několik příčin: přesun pacientů do specializovaných ošetrovatelských zařízení či do domácího prostředí, existence nových technologických možností a v některých případech i rozhodnutí ze strany tvůrců zdravotní politiky (např. změna úhradového mechanismu), nemalou měrou přispívá i stále se zvyšující podíl tzv. denních případů.

➤ *tzv. substituce, nebo-li zvyšování počtu tzv. denních případů*

Zvyšování počtu přijetí do nemocnice ve vyspělých státech je způsobeno substitucí mezi lůžkovou péčí poskytovanou v nemocnicích, jednodenními případy a ambulantní péčí poskytovanou v nemocnicích. Odráží se také na zkracování průměrné délky pobytu v nemocnici. Tento trend započal v 90. letech jako důsledek nových technologických možností a do jisté míry i podporou tvůrců zdravotní politiky. [11]

➤ *obloženost(%)*

V zemích EU-15 se obloženost od počátku 80. let stabilně udržuje na úrovni okolo 75%. V zemích střední a východní Evropy dochází od počátku 80. let k výraznému poklesu obloženosti akutních nemocničních lůžek a následnému nárůstu zhruba na úroveň EU v druhé polovině 90. let.

➤ Další trendem dnes především v ČR hojně diskutovaným je snaha *zvyšovat autonomii nemocnic.*

Období posledních let je obdobím značných organizačních změn v evropských zdravotnických systémech. Obecně dochází k rozvoji snah podnikatelských aktivit ve zdravotnictví, konkrétně se v oblasti zdravotní péče zvyšují tlaky na vyšší autonomii nemocnic.

Nemocniční péče představuje veřejnou službu (veřejný statek), jejíž poskytování je sice teoreticky možné i soukromým sektorem, ale existence výrazné informační asymetrie mezi pacienty a

poskytovateli zdravotní péče vedla v průběhu historického vývoje k převaze poskytování zdravotnických služeb veřejným sektorem.

Za rizika případné transformace nemocnic na více autonomní nebo dokonce soukromé organizace se obecně považuje zhoršení geografické i finanční dostupnosti péče, redukce ekvity a kvality zdravotní péče v širším smyslu, problémy při přerozdělování zdrojů mezi segmenty služeb (tlak nemocnic na zvyšování úhrad), zvýšená roztržitost systému.

V zemích západní Evropy přetrvává názor, že zvýšení autonomie nemocnic vyžaduje i nové způsoby regulace ze strany veřejného sektoru (státu) a tedy efektivní regulace podnikatelského jednání státem je nezbytná.

Souhrnem lze tedy říci, že v zemích EU-15 došlo v důsledku zvyšujícího se počtu příjmů, snižující se délky pobytu v nemocnicích k intenzivnějšímu využívání nemocniční péče, měřeno hospitalizační četností. Velké změny jsou patrné v poslední dekádě 20. století i u zemí střední a východní Evropy, které postupně nabírají trendy vývoje v zemích EU-15.

Tvůrci politiky ve vyspělých zemích si v současnosti kladou otázku, kde se nacházejí hranice klesající tendence v délce pobytu v nemocnicích a počtu akutních lůžek současně se zvyšujícím se počtem příjmů do nemocnice. [11]

7. Srovnání vybraných ekonomických ukazatelů

- celkové výdaje na zdravotnictví a struktura výdajů:

Česká republika

Zdravotnictví je České republice financováno z více zdrojů, veřejných a soukromých. Mezi veřejné výdaje patří povinné zdravotní pojištění a veřejné státní a územní rozpočty. Mezi soukromé potom přímé platby občanů, a také komerční připojištění (zatím jen formou cestovního připojištění, tedy hrazené zdravotní péče při zahraničních pobytech).

V roce 2003 činily celkové výdaje na zdravotnictví 7,3 % HDP, vyjádřené v \$PPP/1 obyvatele 1298 (parita kupní síly na jednoho obyvatele vyjádřená v mezinárodní měně). (příloha, graf 1 a 2)

(V těchto výdajích nejsou zahrnuty výdaje státního rozpočtu mimo resort zdravotnictví, tedy za resort obrany, vnitra a spravedlnosti a ostatní soukromé výdaje mimo statistiky rodinných účtů.)

V roce 2003 se na celkových výdajích podílely:

- rozhodujícím podílem zdravotní pojišťovny 79,3%,
- státní a územní rozpočty kryly 12,1% a
- soukromé výdaje obyvatelstva 8,6%.

V dlouhodobém vývoji lze vysledovat, že dochází ke kontinuálnímu růstu nákladů na zdravotnictví v absolutním čísle při zachování poměru mezi základními zdroji financování, tedy veřejnými prostředky a soukromými výdaji obyvatel. Veřejné výdaje na zdravotnictví se pohybují dlouhodobě nad úrovní 90 %, soukromá vydání obyvatel kolem 8,5%. (příloha, graf 3)

Spolková republika Německo

Zdravotnictví v SRN je také vícezdrojové. Mezi veřejné zdroje se opět řadí povinné zdravotní pojištění a státní rozpočty, k soukromým dobrovolné zdravotní pojištění a spoluúčast pacientů.

V roce 2003 činily celkové výdaje na zdravotnictví 11,1 % HDP, vyjádřené v \$PPP/1 obyvatele 2996. (příloha, graf 1 a 2)

Podle OECD se jednotlivé zdroje podílely na celkových výdajích takto:

- soukromé výdaje pokrývaly 10,4% výdajů na zdravotnictví. [19]
- povinné zdravotní pojištění 68,4%
- veřejné rozpočty 9,8%

Celkově se tedy veřejné zdroje podílely na financování zdravotnictví ze 78,2% [19]

Podle údajů Federálního statistického úřadu se v roce 2003 podílely jednotlivé zdroje na celkových výdajích takto:

Veřejné zdroje

- státní rozpočty 7,8%
- povinné zdravotní pojištění 56,7%
- povinné pečovatelské pojištění 6,9%
- povinné důchodové pojištění 1,8%
- povinné úrazové pojištění 1,7%

Soukromé zdroje

- soukromé zdravotní pojištění 8,6%
- příspěvky zaměstnavatelů 4,1%
- spoluúčast 12,3%

Veřejné zdroje se tedy podílely na celkových výdajích ze 75% a soukromé zdroje z 25%. (*příloha, graf 3*).

V dlouhodobém vývoji se podíl veřejných výdajů na zdravotnictví zvýšil především v 70. letech, pravděpodobně v důsledku hospodářské recese a ropných šoků, a počátkem 90. let v závislosti na mimořádné výdaje spojené se znovu sjednocením východních a západních zemí. Od roku 1995 již zůstávají veřejné výdaje na zdravotnictví stabilní i navzdory zavedení pojištění pro dlouhodobou péči. Tento trend poukazuje na relativní nárůst nákladů z privátních zdrojů. [17]

Souhrn

V zemích OECD tvoří celkové výdaje na zdravotnictví v průměru 8,6% HDP, v přepočtu na paritu kupní síly a jednoho obyvatele potom 2307 USD s reálným meziročním růstem 4,8% od roku 1998. Veřejné zdroje se podílely na celkových výdajích ze 72,1%.

Ve srovnání s ostatními zeměmi OECD se nachází německý systém péče mezi nejdražšími, šestá příčka v nákladech na jednoho obyvatele a dokonce třetí v procentu HDP vynaloženém na zdravotnictví za rok 2002. [17] Reálné hodnoty růstu HDP vyjádřené v \$PPP/1 obyvatele patří ale mezi nejnižší v porovnání s ostatními zeměmi OECD (1,8%) a to především díky cost-containment reformám. [19]

Česká republika se svými 7,3% HDP patří mezi země s nižšími celkovými výdaji než je průměr zemí OECD, je tedy stále podfinancováno. (otázkou je, zda jsou do celkové sumy vynaložené na zdravotnictví započítávány i mimořádné výdaje spojené s odkupem pohledávek České konsolidační agentury za nezaplacené pojistné, případně spojené s oddlužováním bývalých okresních nemocnic, apod.). [16] Veřejné výdaje se podílejí na celkové částce z 90% , což je výrazně nad průměrem zemí OECD. Důvodem je především stále malá spoluúčast pacientů na zdravotní péči, nepřítomnost možnosti soukromého pojištění, které je obvyklé v západních vyspělých zemích.

V grafické části přílohy je uvedeno srovnání struktury výdajů na zdravotnictví obou zemí s průměrem v zemích EU -15. (*příloha, graf 3*).

8. Srovnání vybraných ukazatelů nemocniční péče

Pro hodnocení efektivnosti zdravotnických lůžkových zařízení je možno použít různé ukazatele. Vedle finanční analýzy se využívá znalosti tzv. provozních a výkonových ukazatelů. Některá z nich – počet hospitalizovaných, ošetrovací dny, průměrná ošetrovací doba, obloženost jsou předmětem mého srovnání. [21] Pokud nebude uvedeno jinak pocházejí data z HFA databáze za rok 2004.

Česká republika

Nákladově nejnáročnějším článkem zdravotnického systému jsou nemocnice. Při pohledu na strukturu výdajů zdravotních pojišťoven podle segmentů zdravotní péče je zřejmé, že lůžková péče včetně zařízení LDN spotřebovala 46,7% z celkových výdajů v roce 2003. Podle HFA databáze to bylo 36,2%, v přepočtu na paritu kupní síly 440 \$PPP/1 obyvatele.

Údaje o sledovaných parametrech jsou odlišné v databázi HFA WHO a ÚZIS. Příčinou je jiný výchozí soubor nemocnic, v databázi HFA započítávají do základního souboru také mimoresortní nemocnice a odborné léčebné ústavy a zařízení dlouhodobé péče, tím se také zvyšuje celkový lůžkový fond nemocnic a prodlužuje průměrná délka pobytu. Pojmu nemocnice v databázi ÚZIS odpovídá „acute /short-stay hospital“ v HFA databázi. K tomuto jevu je nutné brát ohled i při mezinárodním srovnání.

Uvedeny budou údaje z obou databází, kromě využití lůžek ve dnech, ty zde nejsou sledovány; pro grafickou část, ale budou použity údaje pouze z HFA databáze. Jednotlivé definice pojmů z HFA budou uvedeny i v příloze.

- *počet nemocnic a jejich rozdělení podle zřizovatele:* 1,96 / 100 000 obyvatel; 3,56/100 000 obyvatel včetně odborných léčebných ústavů a zařízení dlouhodobé péče (LDN).

Informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky vypovídají o stavu ústavní péče koncem roku 2004 takto:

Síť zdravotnických zařízení ústavní péče se členila na:

- 197 nemocnic
- 166 odborných léčebných ústavů, včetně ozdravoven a hospiců
- 83 lázeňských léčeben (nejsou započítávány do dat v HFA databázi)

Z celkového počtu 197 nemocnic bylo:

- 19 zařízení přímo řízeno Ministerstvem zdravotnictví,
- 63 zařízení spravováno krajským úřadem,
- 26 zařízení spravováno městem nebo obcí a
- 83 zařízení privátních, zřizovatelem je tedy fyzická nebo právnická osoba včetně církve
- 6 zařízení nacházejících se mimo resort zdravotnictví, tedy resort obrany, vnitra a spravedlnosti (tyto jsou započítávány do celkového počtu až od roku 2000,)

- *počet lůžek*: 8.4 všech lůžek/1 000 obyvatel, z toho 6.2 lůžek akutních nemocnic /1 000 obyvatel

Údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky uvádějí pro stejný rok 6,4 lůžek /1000 obyvatel, akutní lůžka se podílela na celkovém fondu z 86%, lůžka následné a ošetrovatelské péče z 10%.

Podle zřizovatele bylo ve stejném roce:

- 27 % lůžek přímo řízeno Ministerstvem zdravotnictví,
- 41 % lůžek spravováno krajským úřadem,
- 8 % lůžek spravováno městem nebo obcí a
- 21 % lůžek privátních

Lůžkový fond nemocnic mimo resort zdravotnictví představoval méně než 3% z celkového lůžkového fondu. V ČR tak zůstává 30% veškeré nemocniční kapacity ve státním sektoru. (nemocnice přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví a ostatními centrálními orgány).

- *počet přijetí do nemocnice, nebo-li hospitalizovanost*: 221.5 / 1000 obyvatel

- *průměrná délka hospitalizace*: 11 dní, na lůžkách akutních nemocnic 8.2 dní

Ústav zdravotnických informací a statistiky uvádí údaje o něco nižší: 8.1 dnů, na akutním lůžku potom 7, 4 dnů.

- *obložnost* : 74.8% na lůžkách akutních nemocnic

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky vykazovaly lůžka akutní péče průměrnou obložnost 78%, dlouhodobé péče 90,2%.

Nejvyšší obložnost vykazovaly lůžka spravovaná přímo Ministerstvem zdravotnictví, a to 81,5%. Nemocnice spravovaná městy a obcemi vykazovaly průměrnou obložnost 79,9% a privátní nemocnice 77,1%. Lůžka mimo resort zdravotnictví jen 72%.

- *využití lůžek ve dnech maximální lůžkové kapacity*

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky vykazovaly lůžka akutní péče využití 268,8 dní a lůžka dlouhodobé péče 317,7 dní v roce , v celkovém průměru potom 273.5 dní v roce.

Shrnutí

Struktura sítě zdravotnických zařízení se v posledních letech již výrazněji nemění. V důsledku slučování menších zařízení ve větší ekonomické celky klesl počet nemocnic v České republice o tři zařízení. Počet krajských nemocnic klesl v průběhu roku 2004 z 81 na 63. Byly převedeny na obchodní společnosti a tím došlo i k posílení privátního sektoru. Převod krajských nemocnic na

obchodní organizace v 2. polovině roku legislativně zastaven a čeká se na podrobnou analýzu možných důsledků.

V roce 2004 se snížil celkový počet vykázaných lůžek, přičemž počet lůžek akutní péče se snížil o 2,8 % a počet lůžek dlouhodobé péče vzrostl o 12%. Vysoká obloženost lůžek dlouhodobé péče poukazuje na jejich stály nedostatek, příčinou je především pomalá restrukturalizace lůžkového fondu. V roce 2004 byl počet „uzavřených“ akutních lůžek kompenzován pouze z poloviny nárůstem lůžek dlouhodobé péče a v roce 2005 dokonce z jedné pětiny.

Snaha o omezení počtu akutních lůžek nevychází jen z ekonomické náročnosti lůžkové péče, ale zohledňuje i rychlé přejímání moderních léčebných metod a rozvíjející se síť zařízení domácí zdravotní péče. (ÚZIS) Ve srovnání se zeměmi OECD vykazuje však ČR stále vysoký počet lůžek akutní péče (průměr v zemích OECD je 4,1/1000).

Podobně jako ve vyspělých zemích se i v ČR zkracuje průměrná délka pobytu a v souvislosti s tím roste i hospitalizovanost. Důvodem ale může být i snaha udržet objem ošetrovacích dnů při paušálním způsobu úhrady. [21]

V České republice byl přechod od výkonové k paušální platbě doprovázen poklesem počtu hospitalizací i využití lůžek a zkrácením průměrné ošetrovací doby v letech 1997 a 1998 (*viz příloha, graf. 11,12*). Důvodem zavedení paušálních plateb byla snaha zamezit nadprodukcii zdravotních výkonů, ale na druhou stranu došlo k výraznému omezení poskytované zdravotní péče. [21]

V privátní sféře došlo díky převodu krajských nemocnic na obchodní společnosti sice ke nárůstu počtu lůžek, vzhledem k tomu, že šlo především o lůžka akutní, zkrátila se zde průměrná délka pobytu o 0,5 dne na 8,8 dne. Průměrná délka pobytu bývá nejdelší v mimoresortních nemocnicích a to 9,8 dne.

V členění podle velikosti lůžkového fondu vykazují dlouhodobě nejvyšší využití lůžek nemocnice s kapacitou do 100 lůžek (297,3 dny z roku), které však mají téměř polovinu svého lůžkového fondu vyčleněnu pro následnou ošetrovatelskou péči. Nemocnice s kapacitou od 100 do 200 vykazují druhé nejvyšší využití lůžek stejně jako druhý nejvyšší podíl lůžek ošetrovatelských. Potvrzuje se tedy výrazná závislost mezi podílem lůžek ošetrovatelských a využitím lůžkového fondu. (ÚZIS)

Spolková republika Německo

Výdaje na nemocniční péči se podílely 35.8% na celkových výdajích na zdravotnictví v roce 2003. Vyjádřené v paritě kupní síly: 1073 \$PPP/1 obyvatele.

Následující údaje o některých kapacitních a provozních ukazatelích pocházejí především z databáze HFA, doplněné ev. o údaje Spolkové organizace nemocnic a Federálního statistického úřadu. (opět se zde liší pojem nemocnice, HFA započítává i ústavní zařízení preventivní a rehabilitační péče, pojmu „nemocnice“ potom odpovídá tzv. „acute /short-stay hospitals“).

V grafické části jsou použity data z HFA databáze.

- *počet nemocnic:* 2,63 akutních /100 000 obyvatel; 4,19/100 000 obyvatel včetně RHB zařízení (v roce 2004)

Podle údajů Spolkové organizace nemocnic měla SRN v roce 2004 celkem 2166 nemocnic a 1294 zařízení ústavní preventivní a rehabilitační péče. Oproti roku 2003 se snížil počet nemocnic o 31 zdravotnických zařízení a počet RHB o 22 zdravotnických zařízení.

Podle zřizovatele nemocnic bylo ve stejném roce:

- 25,6% privátních
- 36% veřejných
- 38,4% veřejně prospěšných (neziskových)

Podle zřizovatele RHB a preventivních zařízení:

- 57% privátních
- 18% veřejných a
- 25% veřejně prospěšných

- *počet lůžek:* 8.6/1 000 obyvatel všech lůžek a 6.4/1 000 obyvatel lůžek akutních nemocnic

Podle HFA databáze se počet privátních lůžek podílí z 25.32% na celkovém lůžkovém fondu. Údaje WHO z roku 2000 uvádějí rozložení lůžkového fondu dle zřizovatele následovně: 55% veřejných, 38% soukromých neziskových a 7% soukromých ziskových. [22]

Podle grafické části Spolkové asociace nemocnic je patrný vzestup počtu privátních lůžek a pokles veřejných zhruba od roku 1997

- *počet přijetí do nemocnice (hospitalizovanost):* 226.6/1000 obyvatel

- *průměrná délka hospitalizace:* 10.4 dní, na lůžku akutní nemocnice 8.7 dní

Podle Spolkové organizace nemocnic průměrná ošetrovací doba 8,7 dní se liší jen nevýrazně v nemocnicích podle zřizovatele. Průměrná ošetrovací doba u RHB zařízení je 25,1 dne.

- *obložnost:* 75,5%,

Podle Federální asociace nemocnic se průměrná obložnost liší mezi nemocnicemi dle jejího zřizovatele: veřejné 75,7%, veřejně prospěšné 73,4% a soukromé 71,2%.

- *využití lůžek ve dnech:* 146,7 dní (Federální asociace nemocnic)

Shrnutí

Lůžkový fond SRN patří stále k nejrozsáhlejším ve vyspělých evropských zemích. Sestupný trend, který sice začal v 80. letech, postupoval pomaleji než v ostatních zemích EU (v EU klesal počet zhruba o 1,5%, v SRN o 0,6%). Počet nemocnic i nemocničních lůžek v Německu je vysoký i ve

srovnání se zeměmi OECD. Vysokému počtu nemocnic a lůžek odpovídají také vysoké náklady vydávané na německé zdravotnictví.

Lůžkový fond dlouhodobé péče se považuje za dostatečný a dlouhodobě se výrazněji nemění. Počátkem 90. let na základě Zákona o reformě zdravotnictví z r.1989 dochází k novému uspořádání geriatrické péče. Kromě upravení výše věcných a peněžitých dávek hrazených z veřejného pojištění, obsahoval zákon i nová opatření o restrukturalizaci lůžkové péče ve smyslu výstavby geriatrických zařízení v nemocnicích, reprofilizace lůžek všeobecné péče a zřizování lůžek pečovatelských atd. Na vysokém podílu privátních lůžek z celkového lůžkového fondu v databázi HFA se pravděpodobně podílí i započítání právě lůžek RHB péče, kde převažuje soukromé vlastnictví.

Podobně jako v ostatních evropských zemích dochází i v SRN ke zkracování doby pobytu na lůžku a růstu počtu hospitalizací. Na vyšší délce doby hospitalizace v mezinárodním porovnání se může podílet vyloučení ambulantních chirurgických zákroků z lůžkové péče v důsledku oddělení ambulantní péče a péče v nemocnicích.

Velmi se liší počet nemocnic i lůžek i rozdělení podle vlastníka v jednotlivých spolkových zemích. Jednotlivé spolkové země totiž odpovídají za tvorbu a regulaci sítě ústavní péče. Od roku 1972 vypracovávají tzv. „plány nemocnic“, ve kterém se uvádí přehled uvažovaných nemocnic, jejich předpokládané kapacity dle specializací, schválená stanoviště nákladných zdravotnických přístrojů atd. V plánu se rozlišují nemocnice, které jsou plánem podporovány a nemocnice stojící mimo tento plán. Nemocnice podporované státem mají investiční náklady hrazené z veřejných zdrojů nezávisle na statutu nemocnice a v souladu s prioritami vlády spolkových zemí. Provozní náklady jsou hrazeny pojišťovnami a okrajově samotnými pacienty. Byl tedy zaveden princip tzv. „duálního plánování, kdy počet nemocnic a lůžek je stanoven spolkovou zemí a počet zdravotnických pracovníků a činností jsou sjednány mezi nemocnicemi a pojišťovnami. [13]

Nemocnice uzavírají jednotlivé smlouvy se zdravotními pojišťovnami pokud se pojišťovny podílejí více než 5% na platbách v dané nemocnici, po reformě v roce 1989 musí nemocnice a Asociace zdravotních pojišťoven projednávat smlouvy o zajištění kvality poskytované zdravotní péče, navíc pojišťovny získaly právo rozvázat smluvní vztah s nemocnicemi (musí být však dosaženo souhlasu všech pojišťoven a schválení vlády). [11]

9. Závěr

Celkové výdaje na zdravotnictví jsou ve srovnání se zeměmi OECD i EU-15 vyšší v SRN a nižší v ČR. Německo se řadí dokonce ne přední pozice v žebříčku nákladnosti systému zdravotní péče.

Hustota nemocnic i lůžek akutní péče je systémově vyšší ve zdravotnických systémech s národním pojištěním.

Síť zdravotních zařízení ústavní péče je v SRN i ČR předimenzovaná v porovnání s ostatními zeměmi EU-15. Vyšší je rozsah lůžkového fondu, jak jejich celkového počtu, tak i lůžek akutní péče. Restrukturalizace lůžkové péče ve smyslu zvýšení počtu lůžek ošetrovatelských se zdá být úspěšná a dostačující v SRN, v ČR však zatím probíhá velmi pomalu a nedostatečně. Podle informací ÚZIS je nevyvážená i co se týče geografické dostupnosti.

Rozsahu sítě nemocnic a počtu lůžek odpovídají i vysoké výdaje na nemocniční péči v ČR i v SRN. Snahou zdravotní politiky je proto zefektivnit lůžkovou péči a omezit tak růst nákladů. V SRN již bylo přijato několik reformních zákonů a velké změny se očekávají i od zavedení úhrady podle DRG.

V souladu s vyspělými evropskými zeměmi dochází k růstu počtu hospitalizací, zkracování doby pobytu na lůžku. Podílí se na tom zejména dostupnost moderní technologie a nové diagnostické a léčebné technologie, vyšší počet jednodenních hospitalizací a s tím související i časnější přesun pacientů do specializovaných ošetrovatelských zařízení či do domácího prostředí. Dochází tak i ke sbližování a užší spolupráci nemocniční a ambulantní péče. V SRN je tento vývoj z historického hlediska přísného oddělení ambulantní a ústavní péče velmi pomalý, ale nicméně jisté náznaky zde již lze spatřit.

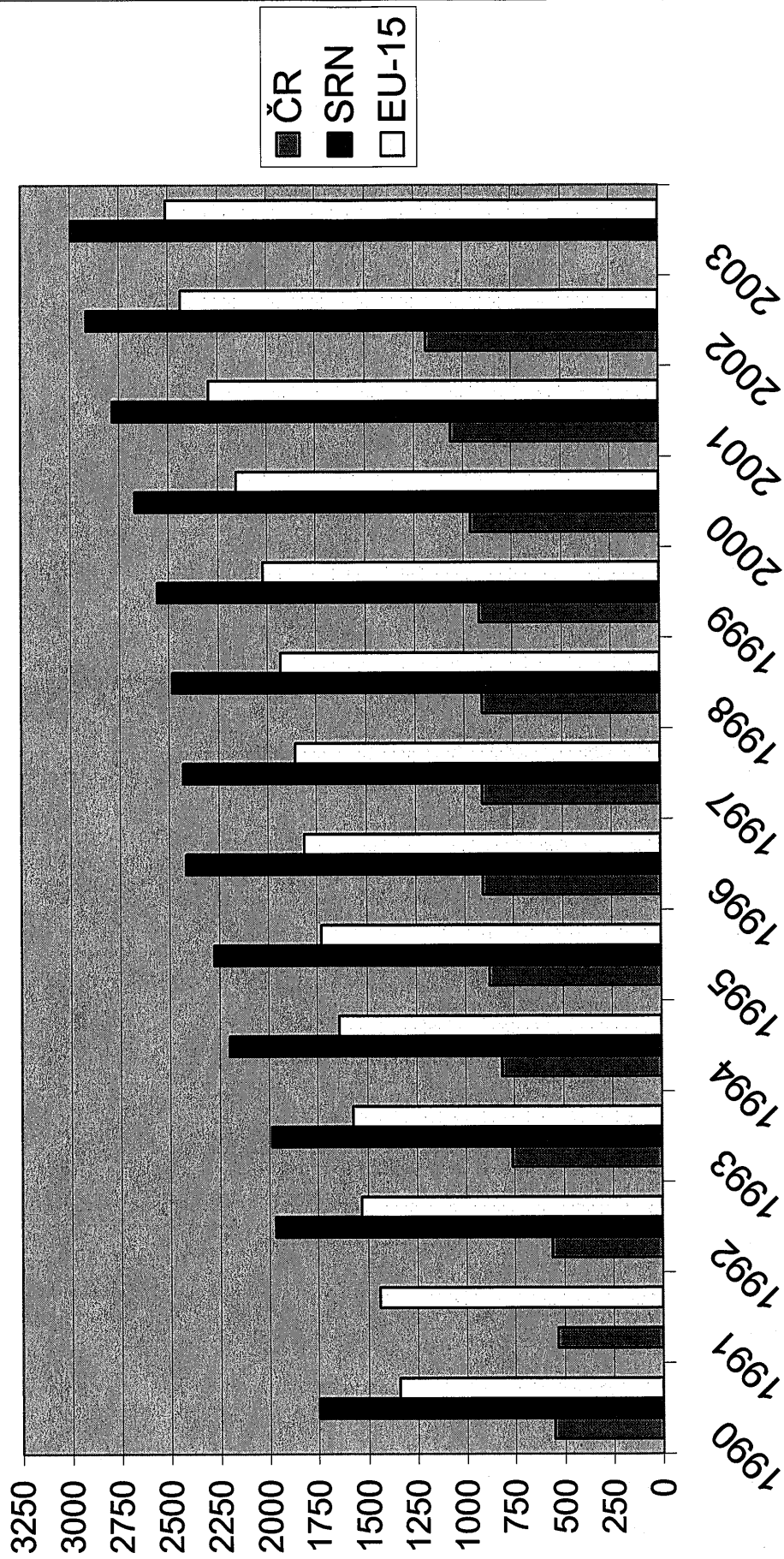
Zdravotní politika většiny vyspělých zemí dnes také klade důraz na primární péči, především prevenci nemocí a promoci, ochranu, zdraví se snahou snížit výskyt tzv. civilizačních nemocí, onemocnění v důsledku špatných životních návyků a tzv. preventabilních úmrtí. ČR ani SRN nejsou výjimkou.

10. Příloha:

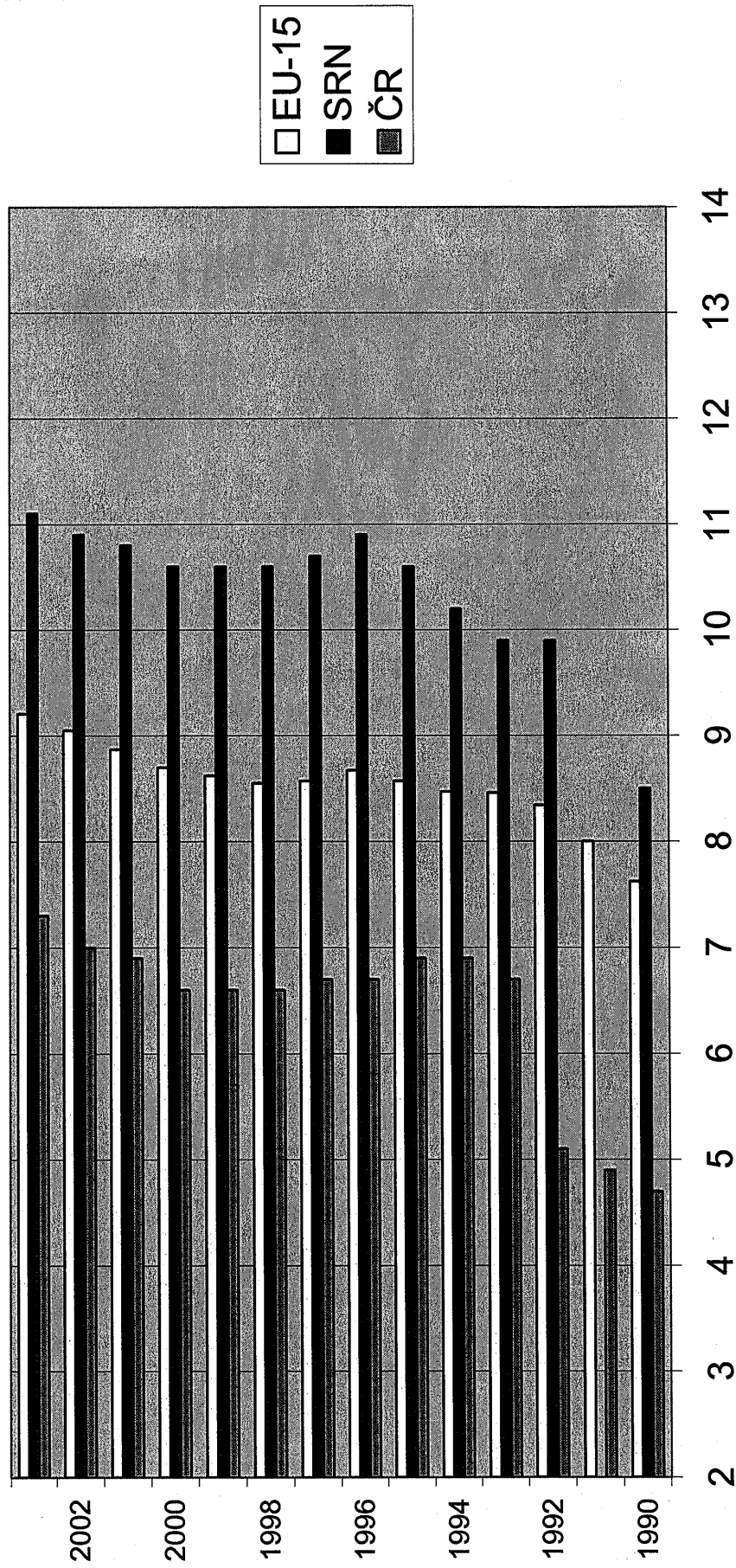
Grafická část:

1. Celkové výdaje na zdravotnictví v \$PPP/1 obyvatele
2. Celkové výdaje na zdravotnictví v % HDP
3. Struktura celkových výdajů na zdravotnictví
4. Výdaje na nemocniční péči v \$PPP/1 obyvatele
5. Počet nemocnic /100 000 obyvatel
6. Podíl privátních lůžek z celkového lůžkového fondu
7. Nemocnice podle zřizovatele v ČR
8. Nemocnice podle zřizovatele v SRN
9. Počet lůžek /1000 obyvatel
10. Akutní lůžka /1000 obyvatel
11. Hospitalizovanost /1000 obyvatel
12. Průměrná doba hospitalizace ve dnech

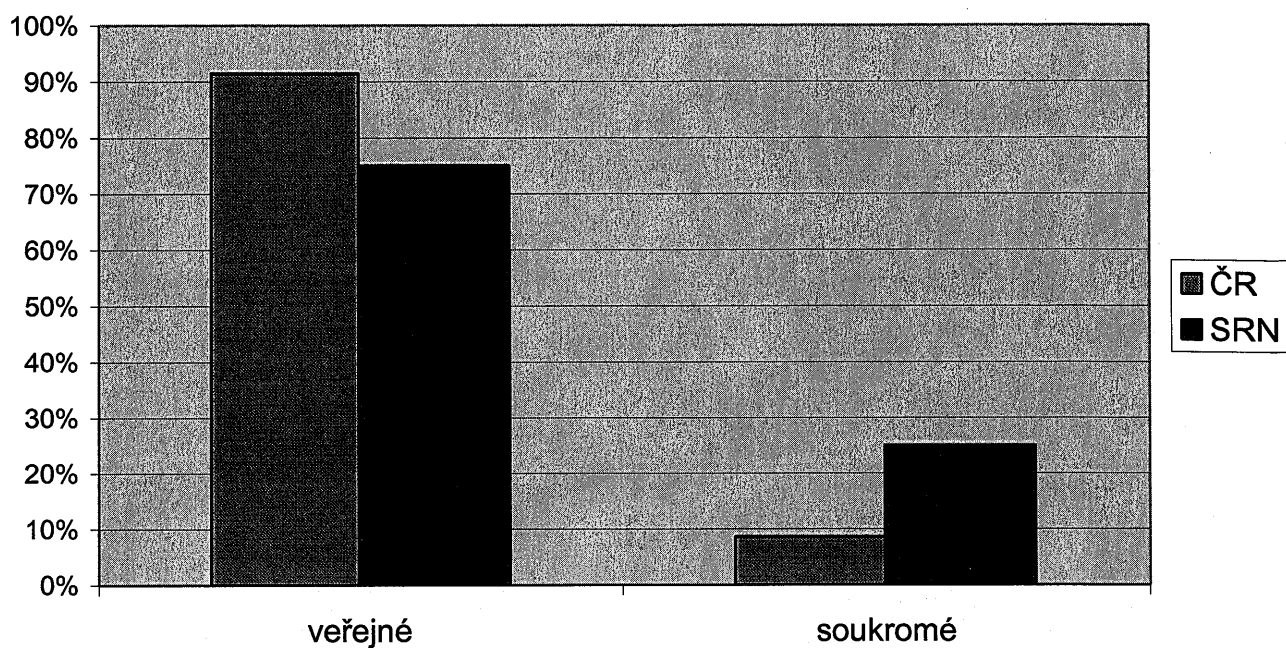
Celkové výdaje na zdravotnictví v \$PPP/1 obyv. (HFA datab.)



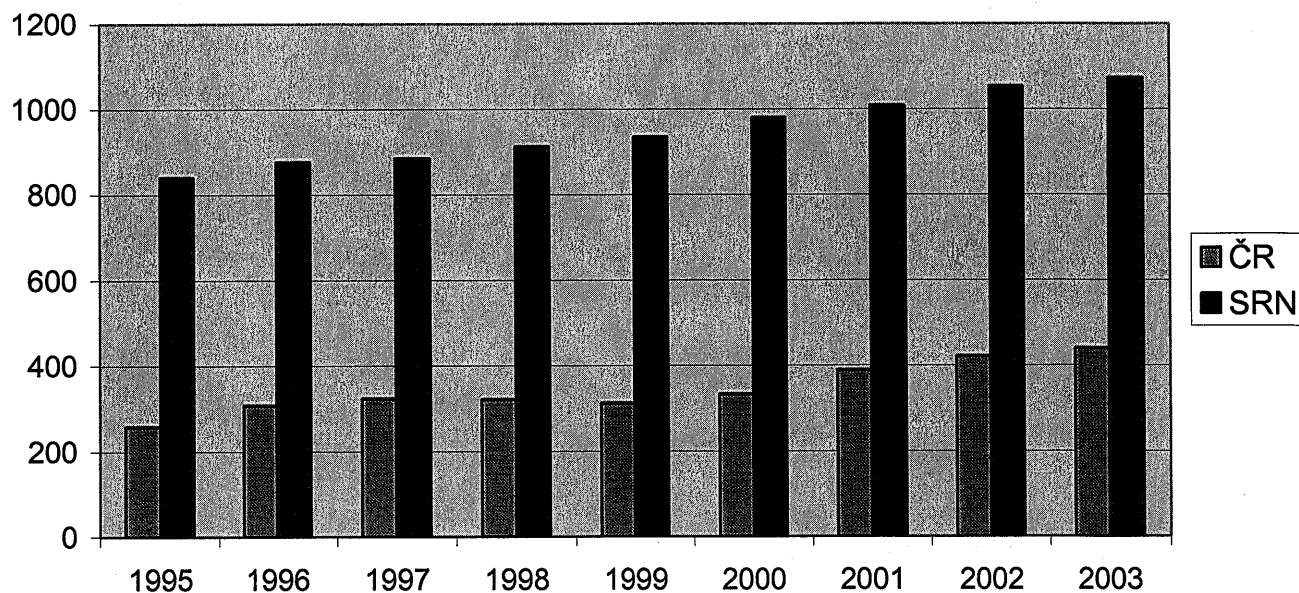
Celkové výdaje na zdravotnictví v % HDP (HFA datab.)



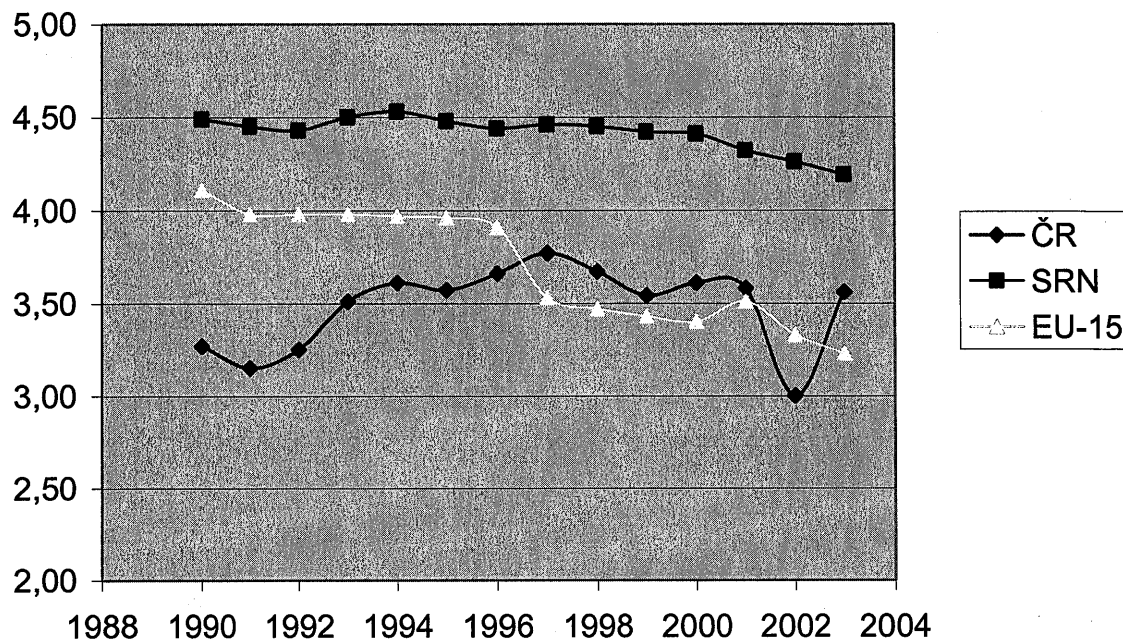
Struktura celkových výdajů na zdravotnictví (2003)



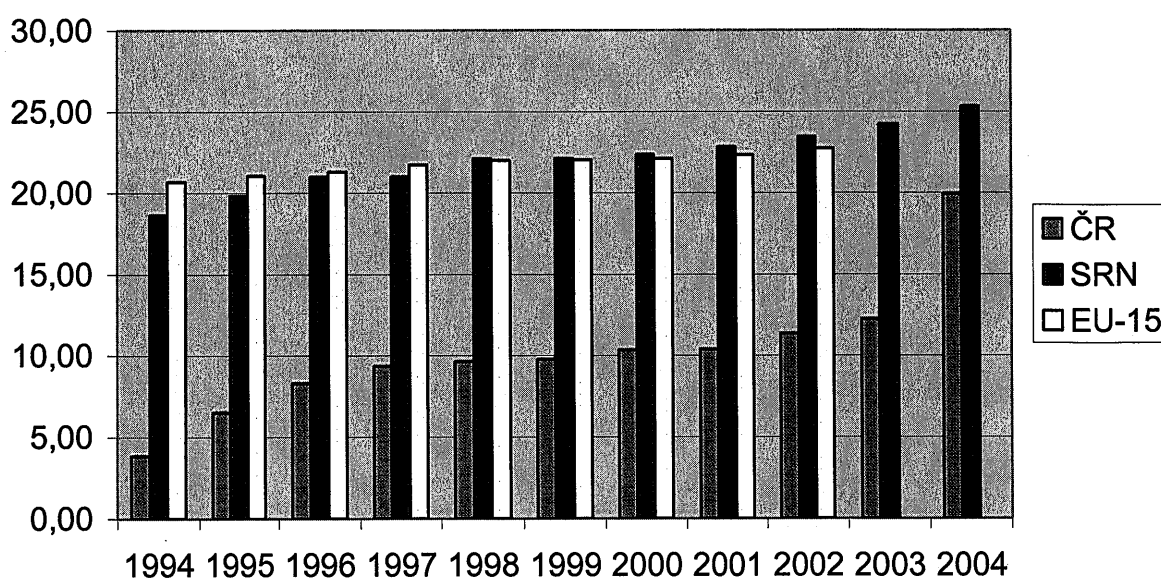
Výdaje na nemocniční péči v \$PPP/1 obyv. (HFA datab.)



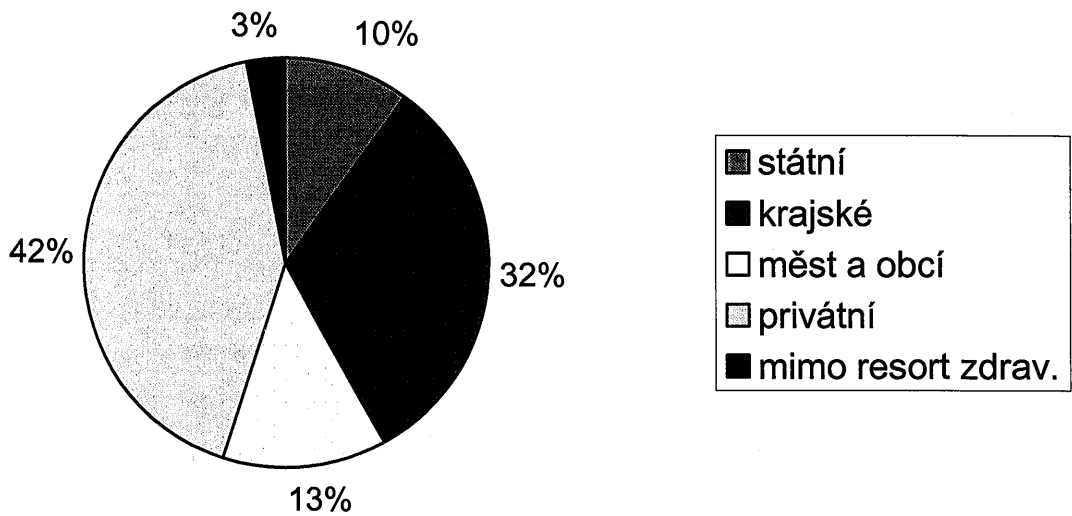
Počet nemocnic/100 000 obyv. HFA datab.



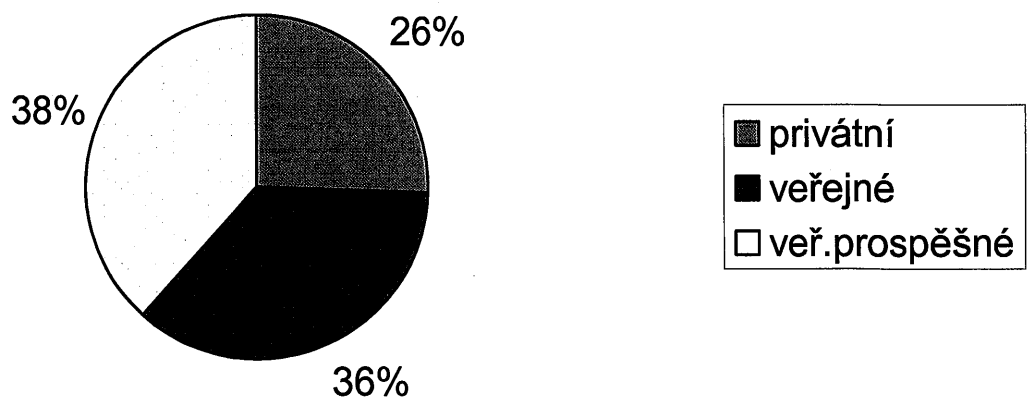
Podíl privátních lůžek z celkového lůžkového fondu v % (HFA datab.)



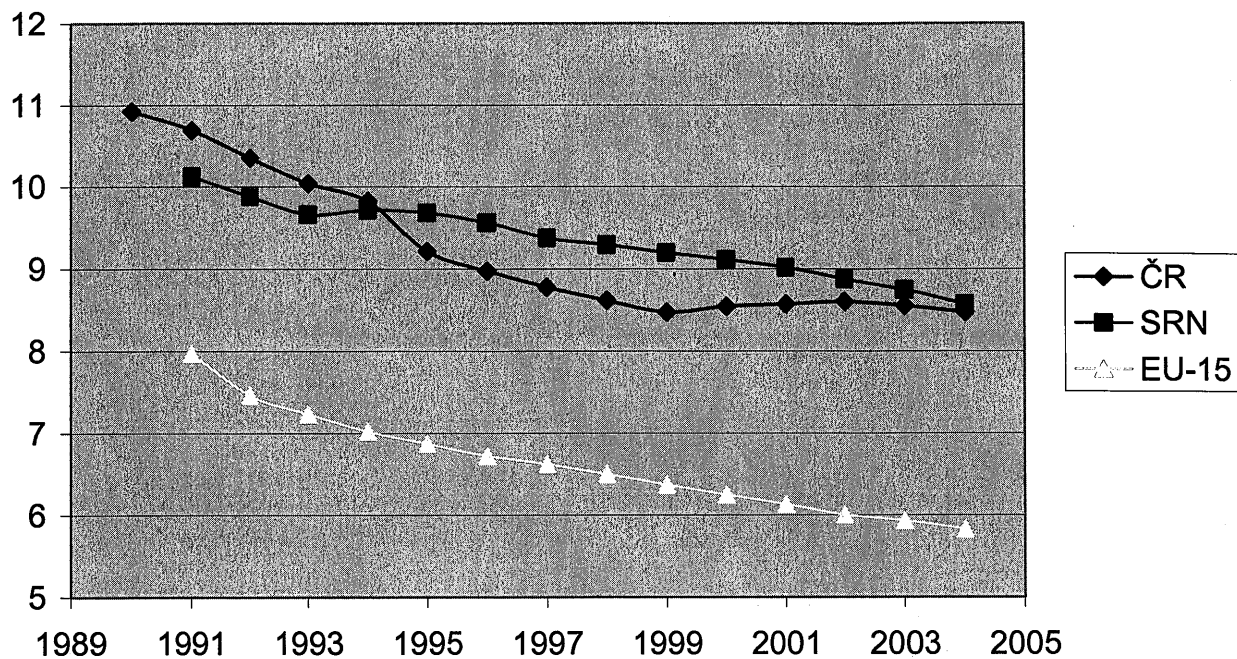
Nemocnice podle zřizovatele v ČR (ÚZIS,2004)



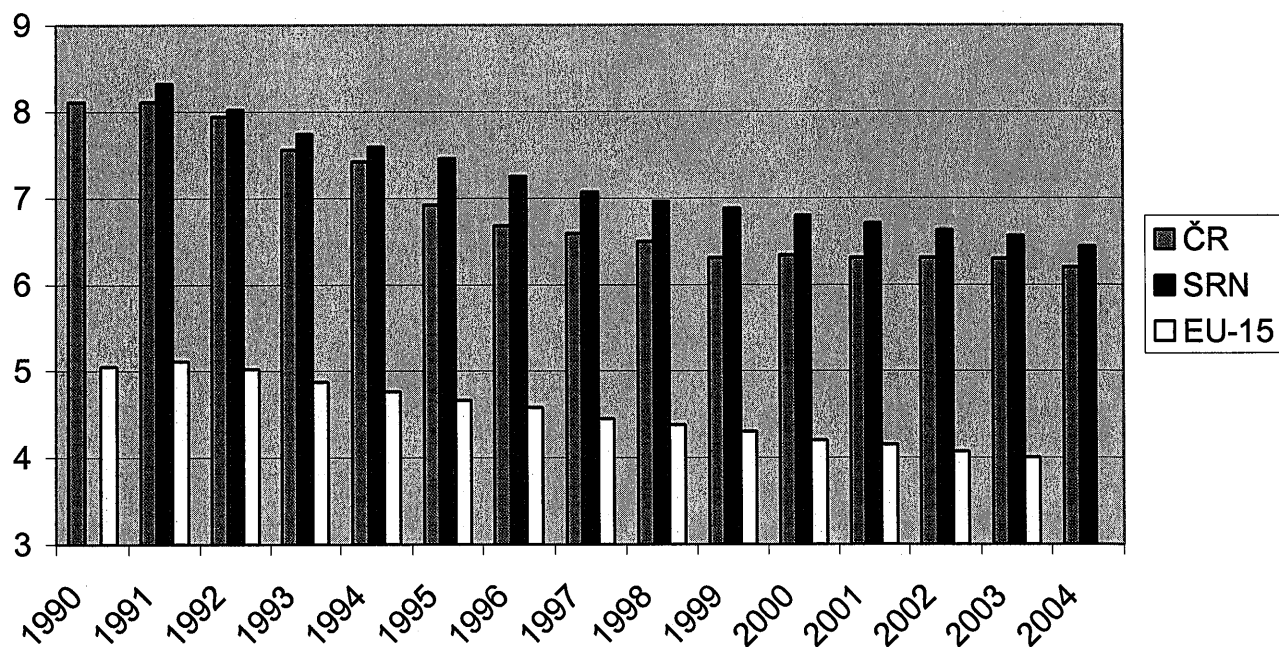
Nemocnice podle zřizovatele v SRN (Fed.Statist.úřad,2004)



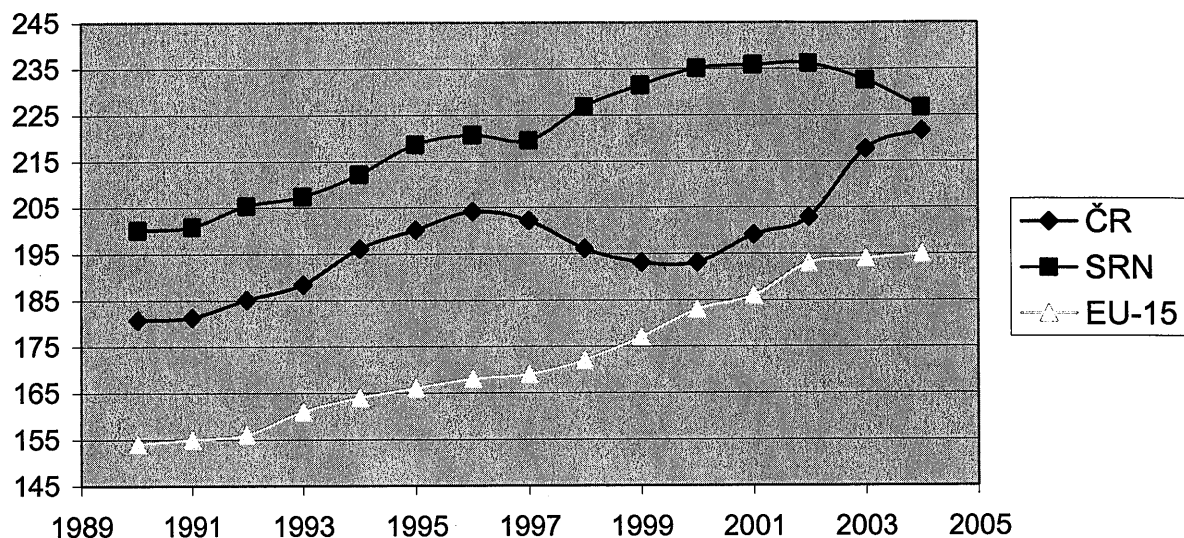
Počet lůžek /1000 obyv. (HFA datab.)



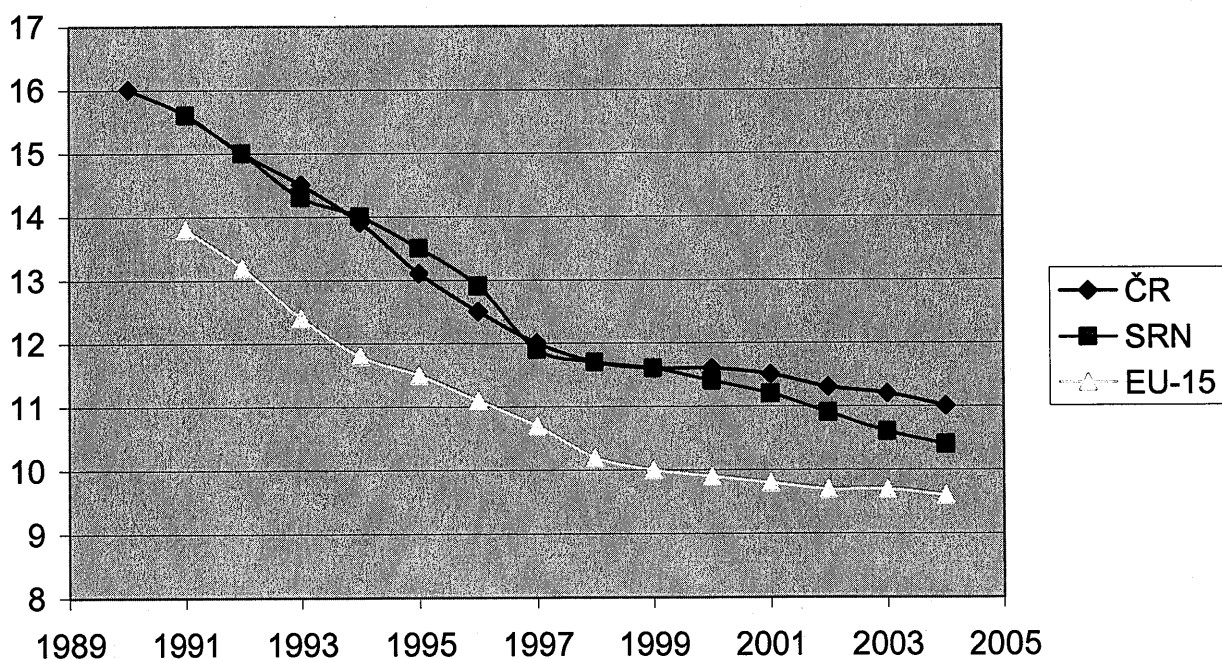
Akutní lůžka /1000 obyv. (HFA datab.)



hospitalizovanost /1000obyvatel (HFA datab.)



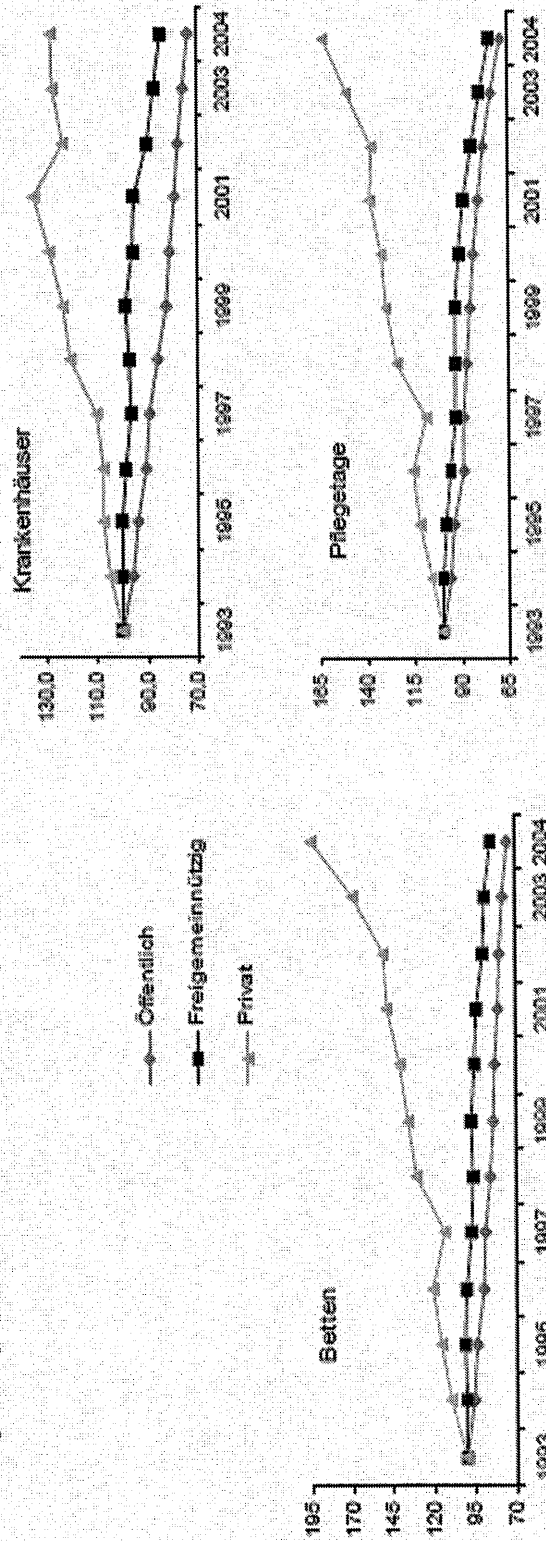
Průměrná doba hospitalizace ve dnech (HFA datab.).



Eckdaten der Träger



Krankenhäuser, Betten und Pflegetage – nach Trägern



III/Re 17. Februar 2006

Quelle: destatis

11. Reference

Literatura:

- [1] Holčík, J., Kaňová, P., Prudil, L.: Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno 2005
- [2] Holčík, J., Žáček, A., Koupilová, I.: Sociální lékařství, Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity, Brno 2002
- [3] Drbal, C.: Česká zdravotní politika a její východiska, Galén 2005
- [4] Křížová, E.: Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, 3.LF UK Praha, 1998
- [5] Pustelník, K., Jarošová, D.: Úvod do studia zdravotnických systémů, Zdravotně sociální fakulta, Ostrava 2003
- [6] Skřítecký, R.: Zdravotnické systémy, VSE 2005
- [7] Wan, T.T.H.: Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče, integrovaný přístup k manažerskému rozhodování, vydavatelství Univerzity Palackého Olomouc 1998
- [8] Kuvíková, H., Murgaš, M., Nemeč, J.: Ekonomía zdravotníctva, Phoenix, 1995
- [9] Křížová, E. : Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky; Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky 3/1998
- [10] Dlouhý, M., Strnad, L.: Nemocnice, kvalita, efektivita, finance; Praha IGA MZ ČR 1999
- [11] Dobiášová, K.: Vývojové trendy v oblasti nemocniční péče: mezinárodní srovnání, IZPE 2001
- [12] Hanušová, P.: Nemocnice II - problémy organizačně právního postavení nemocnic v kontextu reformy veřejné správy, IZPE 2004
- [13] Háva, P., Goulli, R. a kol.: Financování Českého zdravotnictví v kontextu úhrad, IZPE 2003
- [14] Forejtová, L.: Financování zdravotnictví v České republice, IZPE 2004
- [15] McKee, M., Healy, J.: Hospitals in a changing Europe, Open University Press, Buckingham 2002
- [16] Vepřek, J., Vepřek, P., Janda, J.: Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb zdravotnická reforma včera, dnes a zítra, Avicenum 2002
- [17] Busse, R., Riesberg, A. : Health care systems in transition: Germany, WHO 2004
- [18] Mousques, J., Paris, V.: Fungování nemocnic v šesti zemích, Zpráva pro nejvyšší účetní dvůr Francie, Credes 2002
- [19] OECD Health Data 2005, Germany
- [20] Gladkij, I. A kol. : Management ve zdravotnictví, Computer Press 2003
- [21] Maaytová, A.: Lůžková zařízení v České republice (vybrané problémy), Acta Oeconomica Pragensia, 3/2003

- [22] Busse, R., Riesberg, A. : Health care systems in transition: Germany, WHO 2000
- [23] Rokosová, M., Háva P.: Health care systems in transition: Czech Republic, WHO 2005
- [24] Ginzlová, P., Solich J.: Systém sociálního zabezpečení reformy zdravotnictví v SRN, Zdravotnictví v České republice, č. 1/roč. 2, 1999
- [25] Křížová, E.: Korporativismus, Solidarita a dostatek zdrojů (klíč k německému zdravotnictví, Zdravotnictví v České republice, č. 1/roč. 2, 1999
- [26] Krukemeyer, M.G.: Structural problems in the German Hospital systém, Central Europe Journal of Public Health 2004,12(3): 161-165
- [27] Jaroš, J., Kalina, K. a kol.: České zdravotnictví - Financování a poskytování péče, studie OECD, 1998

Internetové odkazy:

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: www.uzis.cz

Ministerstvo Zdravotnictví ČR: www.mzcr.cz

Český statistický úřad: www.czso.cz

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR: www.vzp.cz

Fakulta managementu VŠE v Praze: www.fm.vse.cz

Institut Zdravotní politiky a ekonomiky: www.izpe.cz

Časopis Zdravotnictví České republiky: www.zcs.cz

WHO Regional Office for Europe Health for all database (HFA): www.euro.who.int

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD): www.oecd.org

European Observatory on Health Systems and Policies: www.observatory.dk

Světová zdravotnická organizace: www.who.dk

Federální statistický úřad SRN: www.destatis.de

Spolkové ministerstvo zdravotnictví: www.bmgs.bund.de

Federální asociace zdravotních pojišťoven: www.g-k-v.com

Spolková organizace nemocnic: www.dkgev.de

12. Souhrn

Zdravotnický systém je specifickým sociálním subsystém, jehož hlavním cílem je zajišťovat právo jedince na péči o zdraví. Současné zdravotnické systémy jsou výsledkem dlouhého historického a společenského vývoje, který probíhal v závislosti na podmínkách a potřebách dané země.

V průběhu tohoto vývoje se také měnily cíle a orientace zdravotní politiky. Do první poloviny 20. století bylo hlavní snahou zvýšit dostupnost zdravotnických služeb pro co nejširší okruh populace, v 70. letech se objevil nový cíl, a sice, jak této populaci z omezených zdrojů zajistit zdravotní péči, jejíž nabídka se v důsledku vědeckého a technologického rozvoje stále rozšiřuje.

Cíle dnešní zdravotní politiky jsou proto orientovány na omezení růstu výdajů na zdravotnictví a efektivní využívání dostupných zdrojů. Většina reformních snah se dnes orientují především na stranu nabídky zdravotnických služeb a vzhledem k tomu, že nemocnice jsou nejnákladnějším článkem zdravotnické soustavy, obrací se pozornost právě k nim a k hledání cest k efektivnějšímu využívání jim určených finančních prostředků. Pro hodnocení efektivnosti lůžkových zařízení se využívá znalosti tzv. provozních a výkonových ukazatelů, např. počet hospitalizovaných, ošetrovací dny, průměrná ošetrovací doba, obloženost.

Za posledních dvacet let došlo v nemocniční péči k několika změnám. Dochází k restrukturalizaci lůžkové péče ve smyslu snižování nejen celkového počtu lůžek, ale především lůžek akutní péče a naopak zvyšování lůžek péče ošetrovatelské. Dále ke zkracování doby pobytu na lůžku a v závislosti na to i zvyšování počtu hospitalizací.

Mezi faktory, které mají vliv na tyto trendy patří především změna demografického vývoje, epidemiologické transformace nemocí, rozvoj vědy a medicínských technologií a již zmiňované omezené finanční možnosti.

V SRN se tyto trendy objevily již v 80. letech 20. století, Česká republika na ně navázala až po politických událostech po roce 1989.

12. Summary

Health care system is specific social subsystem, whose the main goal is to guarantee civil law on a health care. Present health care systems are result of long historical and social evolution and arise from specific conditions and requirements of each country.

During this evolution health care policy's goals modified. The main effort of first half of 20th century was to increase accessibility of health services to the widest part of population, in 70. new goal was appeared, how to guarantee health care, whose supply is as a consequence of scientific a technological progres constantly spreaded, to this population in case of limited resources.

Present health care policy is oriented to limit increasing total expenditure on health services and efective exploitation of accessible resources. Most of reformatory efforts are today oriented mainly to the side of supply of health services and forasmuch as, that hospitals are the most expensive component of health care system, attention of health care policy is pointed to them and to search how could they use more efficacious financial ressource allocated to them. There are used several indicators for evaluation effectiveness of in-patient care, for example number of admission, average length of stay , bed occupancy, etc.

There are some changes of in-patient care in last twenty years. The numer of beds are decreasing, not only all beds, but almost acute beds, and in reverse number of long-care beds is increasing. Then we can notice that average length of stay is shortening and number of in-patient care admissions are increased.

From faktors, which have influence on these trends, I can name demographic changes, epidemiological transformation of diseases, progress of science and medical technology and as was said limited financial resources.

These trends developed in Germany at 80. of last century, later in the Czech republic, after political changes in 1989.