



EVROPSKÁ
KOMISE

V Bruselu dne 4.4.2014
COM(2014) 215 final

SDĚLENÍ KOMISE

Účinné, dostupné a odolné systémy zdravotní péče

1. Úvod

Systémy zdravotní péče¹ hrají v moderní společnosti klíčovou roli tím, že lidem pomáhají zachovat a zlepšit si zdraví. Tyto systémy by měly být schopny život nejen prodloužit, ale také zkvalitnit.

Systémy zdravotní péče v členských státech EU jsou různorodé, neboť odrážejí rozdílné preference společnosti. I přes organizační a finanční rozdíly však vycházejí ze společných hodnot, uznaných Radou ministrů zdravotnictví v roce 2006:² univerzálnosti, přístupu ke kvalitní zdravotní péči, rovnosti a solidarity.

Systémy zdravotní péče zemí EU se vzájemně stále více ovlivňují. Klíčový krok při zvyšování této interakce představoval vstup směrnice 2011/24³ v platnost. Posilování spolupráce mezi systémy zdravotní péče by mělo napomoci jejich lepšímu fungování vzhledem k rostoucí mobilitě pacientů i zdravotnických pracovníků.

Během uplynulého desetiletí čelily evropské systémy zdravotní péče vzrůstajícímu množství společných výzev: zvyšujícím se nákladům na zdravotní péči, stárnutí obyvatelstva spojenému s nárůstem chronických onemocnění a multimorbiditu, což vedlo ke zvýšeným nárokům na zdravotní péči, nedostatku a nerovnému rozdělení zdravotnických pracovníků, nerovnostem v oblasti zdraví a k nerovnému přístupu ke zdravotní péči.

V posledních letech navíc hospodářská krize snížila množství dostupných finančních zdrojů, a tím zhoršila problémy členských států při zajišťování udržitelnosti jejich systémů zdravotní péče⁴. To zase ohrožuje schopnost členských států poskytovat univerzální přístup ke kvalitní zdravotní péči. Systémy zdravotní péče musí být odolné: musí být schopné se efektivně přizpůsobit měnícímu se prostředí a vypořádat se s vážnými problémy s omezenými zdroji.

Rostoucí vzájemná závislost a společné problémy vyžadují užší spolupráci. V roce 2006 se členské státy dohodly na společných cílech týkajících se dostupnosti, kvality a finanční udržitelnosti zdravotní péče v rámci otevřené metody koordinace pro sociální ochranu a sociální začlenění⁵. V roce 2011 Rada ministrů zdravotnictví zahájila proces reflexe, aby členským státům pomohla zajistit moderní, flexibilní a udržitelné systémy zdravotní péče⁶. Uznala, že „*zatímco zajištění rovného přístupu k vysoce kvalitním službám zdravotní péče za nedostatku hospodářských a dalších zdrojů bylo klíčovou*

¹ V tomto sdělení jsou systémy zdravotní péče definovány jako systémy, které se zaměřují na poskytování služeb zdravotní péče pacientům – ať už se jedná o služby preventivní, diagnostické, léčebné nebo paliativní – s primárním cílem zlepšit jejich zdraví.

² Závěry Rady o společných hodnotách a zásadách ve zdravotních systémech Evropské unie, Úř. věst. C 146, 22.6.2006.

³ Směrnice 2011/24/EU, Úř. věst. L 88, 4.4.2011.

⁴ To zdůrazňují rovněž závěry Rady o společné zprávě Výboru pro hospodářskou politiku (EPC) a Evropské komise o systémech zdravotnictví v EU (7. prosince 2010).

⁵ Společné stanovisko Výboru pro sociální ochranu a Výboru pro hospodářskou politiku ke sdělení Komise „Pracujme společně, pracujme lépe: návrhy nového rámce pro otevřenou koordinaci sociální ochrany a začlenění“, schválenému Radou EPSCO dne 10. března 2006.

⁶ Závěry Rady: Na cestě k moderním, pružným a udržitelným zdravotním systémům (6. června 2011).

otázkou vždy, to, co se nyní mění, je závažnost a naléhavost situace, a nebude-li tato otázka vyřešena, mohla by se v budoucnu stát v ekonomickém a sociálním prostředí EU klíčovým faktorem.“

V prosinci 2013 Rada ministrů zdravotnictví ve svých závěrech o procesu reflexe o moderních, pružných a udržitelných zdravotních systémech⁷ podpořila dosažený pokrok a požadovala další činnost v této oblasti.

V analýze růstu pro rok 2014⁸ (AGS) se uvádí, že „nejdůležitější současnou prioritou je dosažení růstu a konkurenceschopnosti“, aby se dosáhlo trvalého oživení. Vzhledem k tomuto cíli AGS zdůrazňuje nutnost zlepšit účinnost a finanční udržitelnost systémů zdravotní péče a zároveň zvyšovat jejich efektivnost i schopnost uspokojit sociální potřeby a zajistit síť základního sociálního zabezpečení. Uznává rovněž význam odvětví zdravotní péče při řešení sociálních dopadů hospodářské krize, když upozorňuje, že služby zdravotní péče představují oblast, která v nadcházejících letech vytvoří značné množství pracovních příležitostí. Doporučila vytváření strategií aktivního sociálního začleňování, zahrnujících univerzální přístup k cenově dostupným a vysoce kvalitním zdravotnickým službám.

To bylo zdůrazněno již v roce 2013, kdy jedenáct členských států⁹ dostalo v rámci evropského semestru doporučení týkající se reforem jejich systémů zdravotní péče. Většina těchto doporučení se zaměřovala na udržitelnost a nákladovou efektivnost systémů zdravotní péče a požadovala reformy v nemocničním odvětví, ve stanovení cen zdravotnických služeb, v ambulantní péči a primární péči. Tři doporučení také požadovala zachování nebo zlepšení přístupu ke zdravotní péči.

Zdraví je nejen cenné samo o sobě, ale představuje také nezbytný předpoklad hospodářské prosperity, jak uvádí pracovní dokument útvarů Komise „Investice do zdraví“, který tvoří součást balíčku sociálních investic¹⁰. Zdraví lidí ovlivňuje hospodářské výsledky, pokud jde o produktivitu, nabídku pracovních sil, lidský kapitál a veřejné výdaje. V odvětví zdravotní péče jsou významnou hnací silou inovace a toto odvětví má velký hospodářský význam: tvoří 10 % HDP EU. Navíc se jedná o činnost velmi náročnou na pracovní sílu a o jedno z největších odvětví v EU: v roce 2010 tvořila pracovní místa ve zdravotnictví 8 % všech pracovních míst v EU¹¹.

Toto sdělení navazuje na zkušenosti a práci odvedenou v posledních letech a za účelem dalšího rozvoje přístupů na úrovni EU se zaměřuje na kroky vedoucí ke:

1. zvýšení efektivnosti systémů zdravotní péče;
2. zlepšení dostupnosti zdravotní péče;
3. zvýšení odolnosti systémů zdravotní péče.

⁷ Závěry Rady o procesu reflexe o moderních, pružných a udržitelných zdravotních systémech (10. prosince 2013).

⁸ COM(2013) 800.

⁹ Bulharsko, Česká republika, Finsko, Francie, Malta, Německo, Polsko, Rakousko, Rumunsko, Slovensko a Španělsko.

¹⁰ COM(2013) 83.

¹¹ SWD(2012) 93, připojený k COM(2012) 173.

2. Zvyšování efektivnosti systémů zdravotní péče

Efektivnost, bezpečnost a zkušenosti pacientů tvoří klíčové složky kvality zdravotní péče, která je významným aspektem výkonnosti systémů zdravotní péče. Práce na bezpečnosti pacientů na úrovni EU právě probíhají¹², zatímco zkušenosti pacientů představují klíčovou oblast, jež bude v budoucnu vyžadovat více pozornosti.

Toto sdělení se zaměřuje na efektivnost: schopnost systémů zdravotní péče přinášet pozitivní výsledky v oblasti zdraví, tj. zlepšit zdraví obyvatelstva.

Měření efektivnosti systémů zdravotní péče bude mít stále větší význam, zvláště proto, že tyto systémy nejsou jediným faktorem při zlepšování našeho zdraví. Ačkoliv mezi členskými státy dosud existují značné rozdíly ve střední délce života, obecně platí, že žijeme déle a zdravěji než předchozí generace. V neposlední řadě je tomu tak díky významným úspěchům zaznamenaným v oblasti veřejného zdraví i mimo systém zdravotní péče. Zlepšení lze očekávat také v budoucnu, například pokles počtu kuřáků, nižší spotřebu alkoholu, lepší výživu a větší tělesnou aktivitu. Panuje obecná shoda, že příspěvek odvětví zdravotní péče ke zdravému obyvatelstvu se v posledních padesáti až šedesáti letech prudce zvýšil.

Získávání informací o srovnávání efektivnosti systémů zdravotní péče je dosud na samém začátku. Níže uvedené příklady ukazují oblasti, ve kterých je příspěvek systémů zdravotní péče ke zlepšení zdraví nejviditelnější, s využitím ukazatelů dostupných pro celou EU (tj. perinatální úmrtnosti, odvrátitelné úmrtnosti, incidence nemocí, jimž lze předcházet očkováním, a screeningu rakoviny). Toto srovnání odhalilo značné rozdíly mezi členskými státy EU.

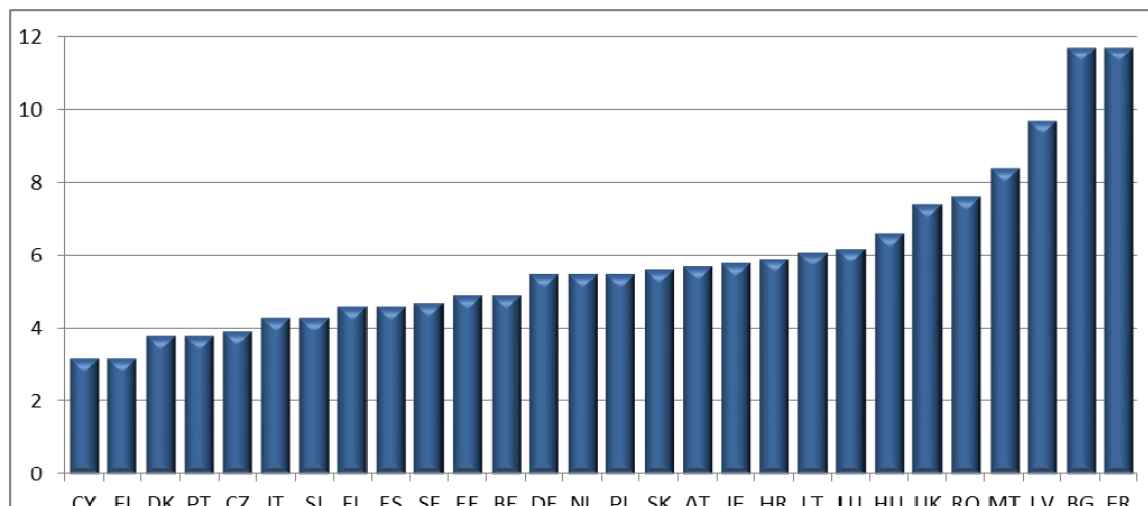
Perinatální úmrtnost

Perinatální úmrtnost se vypočítá jako součet pozdní fetální úmrtnosti (po 28. týdnu těhotenství) a časně novorozenecké úmrtnosti (do sedmi dnů po porodu). Ve srovnání s kojeneckou úmrtností¹³ není tak úzce spojena se socioekonomickými faktory, a proto je spolehlivějším ukazatelem efektivnosti systému zdravotní péče.

¹² Doporučení Rady ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí, Úř. věst. C 151, 3.7.2009.

¹³ Kojenecká úmrtnost je počet dětí zemřelých do jednoho roku života na 1 000 živě narozených dětí.

Graf 1: Míra perinatální úmrtnosti na 1000 narozených dětí (údaje z roku 2011 nebo novější)



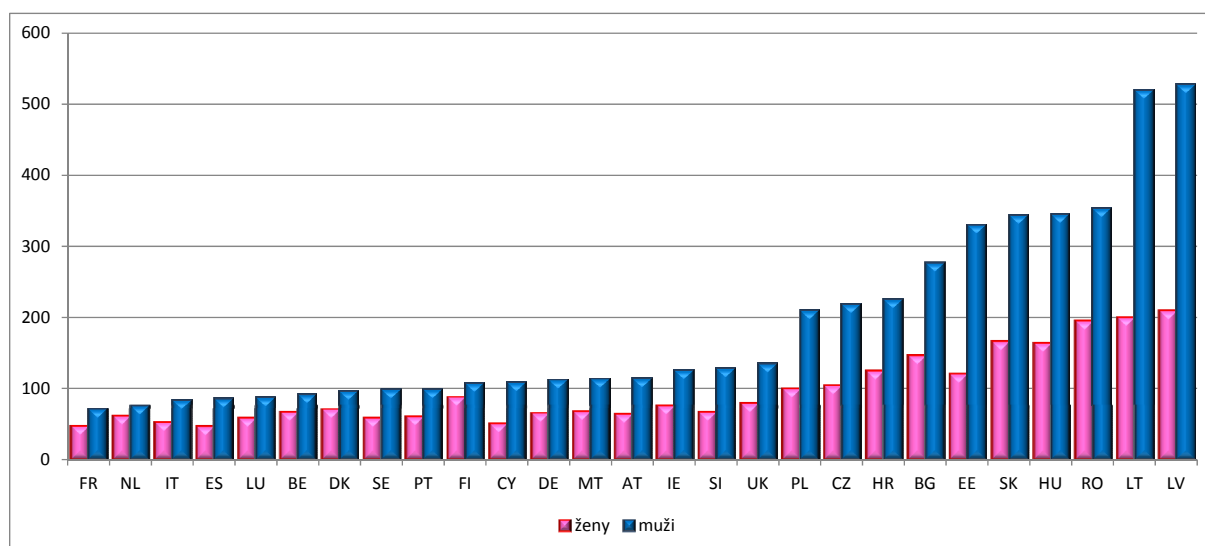
Zdroj: databáze Eurostatu, projekt Europeristat (vytvořeno pracovníky útvarů Komise)

Míra perinatální úmrtnosti se v posledních pěti letech ve většině členských států snížila, i když v některých zemích došlo během tohoto období k jejímu zvýšení.

Odvratitelná úmrtnost

Odvratitelná úmrtnost je definována jako předčasná úmrtí, ke kterým by zřejmě nedošlo, pokud by byla poskytnuta včasná a účinná zdravotní péče. Jde o základní ukazatel využívaný při zjišťování příspěvku systémů zdravotní péče k výsledkům v oblasti zdraví¹⁴. Odvratitelná úmrtnost kombinuje standardizované míry úmrtnosti u vybrané skupiny onemocnění, na něž má zdravotní péče podle předpokladů přímý dopad.

Graf 2: Odvratitelná úmrtnost, standardizované míry úmrtnosti na 100 000 obyvatel – 2010



Zdroj: Eurostat (údaje o Řecku nejsou k dispozici)

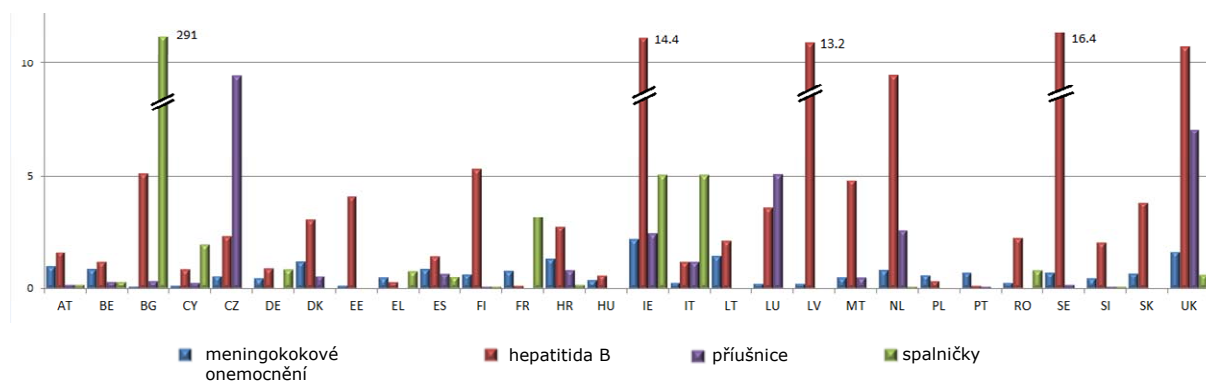
¹⁴ Je zřejmé, že srovnání „odvratitelné úmrtnosti“ musí brát v úvahu také incidenci onemocnění, a nikoli pouze úmrtí na příslušná onemocnění. Srovnatelné údaje však nejsou k dispozici.

Prakticky všem členským státům se v letech 2000 až 2010 podařilo míru odvrátitelné úmrtnosti snížit, ačkoli se značně liší míra tohoto poklesu.

Přenosná onemocnění

Incidence jednotlivých přenosných onemocnění je přímo ovlivněna poskytováním patřičných služeb zdravotní péče: imunizační kampaně výrazně snížily incidenci onemocnění, jimž lze předcházet očkováním (i když v některých zemích existují znepokojující náznaky klesající proočkovatosti).

Graf 3: Incidence onemocnění, jimž lze předcházet očkováním – potvrzené případy na 100 000 obyvatel – 2011



Zdroj: Výroční epidemiologická zpráva ECDC za rok 2012

I když se zaměříme jen na malou skupinu onemocnění, jimž lze předcházet očkováním (meningokokové onemocnění, hepatitidu B, příušnice a spalničky), mezi členskými státy se projevují značné rozdíly v míře incidence.

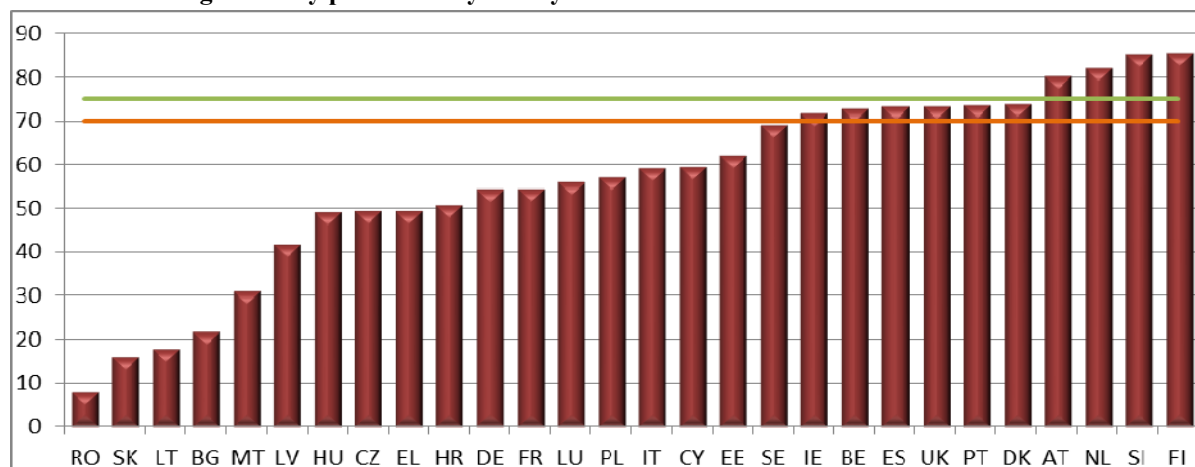
Screening rakoviny

Včasná diagnostika rakoviny tlustého střeva a konečníku, děložního čípku a prsu prostřednictvím organizovaných programů screeningu obyvatelstva je užitečným ukazatelem efektivnosti systému zdravotní péče při řešení problémů v rizikových oblastech. Rada doporučila provedení těchto programů v souladu s evropskými pokyny pro zajištění kvality¹⁵.

Rakovina prsu představuje oblast, ve které se dosáhlo největšího pokroku. Vnitrostátní programy screeningu v zásadě splňují pokyny EU ohledně určování cílových věkových skupin (ženy ve věku 50–69 let) a doporučených časových intervalů mezi mamografickými screeny. Přestože evropské pokyny za žádoucí rozsah cíleného screeningu označují nejméně 75 % žen patřících k cílové skupině (a za přijatelný rozsah 70 %), v roce 2010 tohoto rozsahu dosáhlo jen několik členských států.

¹⁵ Doporučení Rady ze dne 2. prosince 2003 o screeningu rakoviny; Úř. věst. L 327, 16.12.2003. Viz také evropské pokyny pro zajištění kvality při screeningu a diagnostice rakoviny tlustého střeva a konečníku, screeningu rakoviny děložního čípku a screeningu a diagnostice rakoviny prsu.

Graf 1: Screening rakoviny prsu — % vyšetřených žen ve věku 50–69 let



Zdroj: publikace OECD Stručný pohled na zdraví: Evropa 2012, vnitrostátní statistiky

Hlavní zjištění

Z těchto specifických ukazatelů lze vyvodit některé počáteční poznatky, které však nejsou dostatečně reprezentativní, aby umožnily celkové hodnocení systémů zdravotní péče. Dokládají značné rozdíly mezi členskými státy EU. Ukazují rovněž, že výsledky v oblasti zdraví mají více rozměrů a obtížně se určují. Obecně platí, že hodnocení efektivnosti systémů zdravotní péče je složitý proces: dopady opatření v oblasti zdravotní péče se mohou projevit až po dlouhé době a srovnatelnost i spolehlivost údajů představují problém. Pracuje se však na tom, aby se tato situace zlepšila.

Komise podpořila vývoj evropských základních zdravotních ukazatelů (ECHI), souboru ukazatelů pro monitorování zdraví obyvatelstva a výkonnosti systémů zdravotní péče. Vydáno bylo také několik zpráv hodnotících evropské systémy zdravotní péče. Zvláště přínosnými jsou společná zpráva Výboru pro hospodářskou politiku a Evropské komise o systémech zdravotnictví v EU, vydaná v roce 2010, a série publikací „Stručný pohled na zdraví: Evropa“, vydávaných OECD a Komisí.

V roce 2013 byl učiněn další významný krok: Výbor pro sociální ochranu vytvořil společný rámec pro hodnocení systémů zdravotní péče, jenž má sloužit jako počáteční nástroj screeningu určený ke zjišťování možných problémů v systémech zdravotní péče členských států. Tento rámec představuje klíčový příspěvek ke srovnávacímu hodnocení výkonnosti systémů zdravotní péče, vezmeme-li v úvahu dostupnost údajů na úrovni EU. Kromě toho bylo z rámcových programů pro výzkum a technologický vývoj financováno několik projektů za účelem vývoje ukazatelů a metod k hodnocení výkonnosti systémů zdravotní péče¹⁶.

3. Zlepšování přístupnosti systémů zdravotní péče

Systémy zdravotní péče musí být přístupné. Taková je jedna ze zásad uvedených v Evropské sociální chartě¹⁷, jež zdůrazňuje význam transparentních kritérií pro přístup k léčbě a povinnost států zajistit

¹⁶ Viz například projekty ECHO (<http://www.echo-health.eu>), Eurohope (<http://www.eurohope.info>) a EuroREACH (<http://www.euroreach.net>).

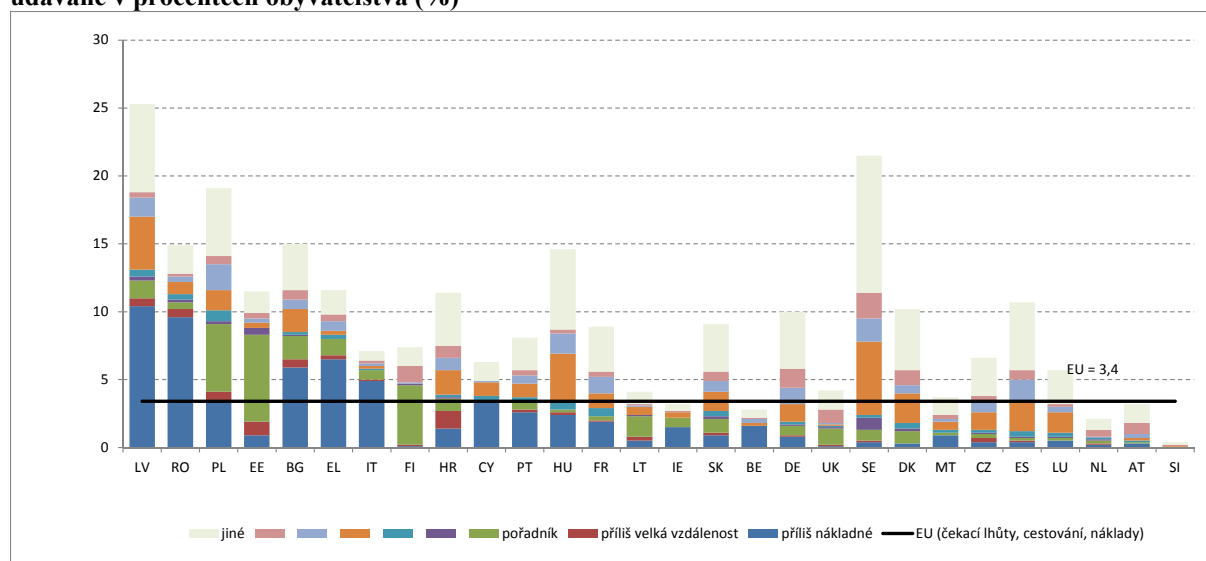
¹⁷ Revidovaná Evropská sociální charta, Štrasburk, dne 3. května 1996.

odpovídající systém zdravotní péče, který žádné části obyvatelstva nebrání ve využívání zdravotnických služeb.

Přístup ke zdravotní péči se však obtížně měří a v EU chybí jednotná podrobná metodika pro jeho monitorování a propagaci osvědčených postupů. Ta by byla významným krokem ke snížení nerovností v oblasti zdraví¹⁸.

Běžně používaný ukazatel v celé EU představuje procento obyvatel uvádějících problémy s přístupem k lékařské péči z důvodů souvisejících¹⁹ s přístupností systémů zdravotní péče: čekací lhůtou, dlouhým cestováním a sdílením nákladů. Tato zjištění však pramení z potřeb uváděných příslušnou osobou, a při jejich srovnávání mezi zeměmi se tedy může ukázat, že jsou podmíněná kulturou.

Graf 5: Nesplněné potřeby lékařského vyšetření vyjádřené příslušnou osobou, rozdělené podle důvodů a udávané v procentech obyvatelstva (%)



Zdroj: Eurostat, statistiky v oblasti příjmů a životních podmínek v roce 2012 (u Rakouska a Irska jsou uvedeny údaje z roku 2011)

Přístup ke zdravotní péči je výsledkem vzájemného působení různých faktorů, včetně pokrytí systému zdravotní péče (tj. kdo má nárok na zdravotní péči), hloubky pokrytí (tj. na co mají občané nárok), cenové dostupnosti a dostupnosti zdravotnických služeb. Přístup ke zdravotní péči přímo ovlivňují také modely organizace a řízení používané v systémech zdravotní péče. Přístup ke zdravotní péči může být pro pacienty obtížnější, pokud jsou systémy zdravotní péče složité a netransparentní.



¹⁸ KOM(2009) 567.

¹⁹ Povšimněte si, že skupina v této analýze označená jako „jiné důvody“ se týká důvodů nesouvisejících s místními systémy zdravotní péče, např. „nedostatkem času“, „strachu z lékaře“ apod.

Pokrytí obyvatelstva

Zdravotnické služby jsou prakticky ve všech členských státech EU financovány převážně z veřejných zdrojů. Pokrytí zdravotní péči je ve všech členských státech univerzální či téměř univerzální. Někteří lidé pocházející ze znevýhodněného prostředí jsou však z odpovídajícího pokrytí zdravotní péči stále vyloučeni.

Hloubka pokrytí

Zdravotní péče financovaná z veřejných zdrojů se v různých vnitrostátních systémech zdravotní péče liší. Například zubní péče, oční péče a některé druhy nejmodernější léčby jsou do ní zahrnuty pouze v některých členských státech. V některých členských státech neexistuje žádné explicitní vymezení druhů léčby financované z veřejných zdrojů. To komplikuje srovnávání a analýzu, jež by mohly přispět ke konsensu na minimálním či optimálním rozsahu poskytování péče.

Cenová dostupnost

Po lidech se často žádá, aby na službu, kterou požadují, finančně přispěli, a to buď sdílením nákladů, nebo spoluúčastí. To pomáhá zajistit zodpovědné využívání zdravotnických služeb, zároveň by to však nemělo představovat překážku nebo prostředek k odrazení lidí od toho, aby dostali zdravotní péči, kterou potřebují. Opatření ke snížení nákladů v systémech zdravotní péče, jejichž účelem je podporovat racionální využívání zdravotní péče, by neměla neodůvodněně omezovat přístup k vysoce kvalitní zdravotní péči.

Dostupnost (zdravotníci pracovníci, vzdálenost od místa poskytování péče, čekací lhůty)

Pacienti by měli mít přiměřený přístup ke službám zdravotní péče: neměli by cestovat příliš daleko ani čekat příliš dlouho na to, aby se jim dostalo služby, kterou potřebují. To je vážný problém především ve venkovských a odlehlých oblastech.

Problémy spojené se vzdáleností by bylo možné vyřešit prostřednictvím více integrovaných modelů péče, které zlepšují kontakt mezi pacienty a systémem zdravotní péče, a také pomocí častějšího využívání řešení v oblasti elektronického zdravotnictví (eHealth).

Na úrovni EU není vymezeno, jak měřit čekací lhůty, přestože se jedná o významný koncept v nařízení 883/04²⁰ i směrnici 2011/24. To by se mohlo změnit, neboť směrnice 2011/24 zvyšuje odpovědnost systému zdravotní péče za přístup k péči prostřednictvím větší transparentnosti konceptu „zbytečného odkladu“ při čekání na léčbu.

Stárnutí obyvatelstva a nárůst mnoha chronických onemocnění vyžadují různé kombinace dovedností, což má dopady na obsah programů lékařské odborné přípravy. Oddělení jednotlivých profesí bude patrně méně striktní díky vytvoření multidisciplinárních týmů. Požadavky na dovednosti a kompetence se v odvětví zdravotní péče neustále mění a role i profese se patrně budou vyvíjet, aby vyhovely potřebám obyvatelstva. Vzhledem k vysoké míře fyzické nečinnosti v EU a s ní spojeným

²⁰ Nařízení 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, Úř. věst. L 166, 30.4.2004.

zdravotním rizikům hrají zdravotničtí pracovníci například klíčovou úlohu při informování pacientů o důležitosti fyzické aktivity, a to ve spolupráci s ostatními odvětvími, jako je například sport²¹.

Aby byly na tento vývoj připraveny, musí být systémy plánování lékařské odborné přípravy důmyslnější, schopné rychleji reagovat a lépe získávat studenty pro obory, po kterých je největší poptávka.

Důkazy navíc ukazují, že je třeba věnovat pozornost lékům, neboť podíl soukromých výdajů je u léků výrazně vyšší než u ostatních druhů zdravotní péče hrazené z veřejných zdrojů.

Vnitrostátní rozhodnutí týkající se stanovení cen a úhrad mají přímý i nepřímý dopad na přístup k lékům v celé EU: inovativní produkty nejsou vždy dostupné ve všech členských státech současně a v některých zemích nemusí být dostupné vůbec.

První krok ke zlepšení této situace představoval proces vytváření odpovědnosti ve farmaceutickém odvětví, který podnítil diskusi mezi příslušnými orgány odpovědnými za stanovení cen a úhrad a dalšími zúčastněnými stranami a také podpořil transparentní výměnu informací o tom, jak zajistit lepší přístup k lékům.

4. Zvyšování odolnosti systémů zdravotní péče

Moderní systémy zdravotní péče musí zůstat přístupné a efektivní a zároveň usilovat o dlouhodobou udržitelnost. To vyžaduje, aby zůstaly fiskálně udržitelnými. Komise členské státy v této činnosti podporuje tím, že jim poskytuje analýzy a prognózy a doporučuje jim reformy v rámci evropského semestru.

Systémy zdravotní péče by se měly rovněž zaměřit na nefiskální faktory. Musí být schopny se efektivně přizpůsobit měnícímu se prostředí a nalézt a uplatňovat inovativní řešení významných problémů – nedostatku odborníků či zdrojů v konkrétních oblastech, neočekávaného prudkého nárůstu poptávky (např. kvůli epidemii) apod. – s omezenými zdroji. Jinými slovy řečeno, musí získat odolnost a udržet si ji.

Systémy zdravotní péče zemí EU se s hospodářskou krizí vypořádaly s různým úspěchem a některé musely ve velice krátké době zavést významné a někdy i bolestivé reformy. S využitím zkušeností s nedávnými reformami Komise vymezila následující faktory odolnosti, které pomohly některým systémům zdravotní péče zajistit pro své obyvatelstvo dostupné a efektivní zdravotnické služby.

²¹ Doporučení Rady ze dne 26. listopadu 2013 o podpoře zdraví upevňující tělesné aktivity ve všech odvětvích, Úř. věst. C 354, 4.12.2013.



Mechanismy stabilního financování

Stabilní financování umožňuje efektivní plánování investic a bezproblémové pokračování služeb v oblasti organizace a řízení poskytování zdravotní péče. Systémy zdravotní péče, jejichž financování je založeno na méně stabilních zdrojích příjmů, bývají náchylnější vůči vnějším šokům: např. systémy spoléhající ve financování převážně na příspěvky od zaměstnanců a zaměstnavatelů jsou více postiženy následky nárůstu nezaměstnanosti. Stabilitu finančních prostředků mohou pomoci zajistit rezervy nebo jiné proticyklické mechanismy pro transfer prostředků ve státním rozpočtu.

Spolehlivé metody přizpůsobování se rizikům

Důsledný systém přizpůsobování se rizikům a sdílení rizik je klíčovým nástrojem zajišťujícím, aby se prostředky vynakládaly podle potřeb. Když například různé sociální a zdravotní pojišťovny vybírají sociální příspěvky nebo pojistné, využívají mechanismus přizpůsobování se rizikům / vyrovnávání rizik, který zohledňuje velikost, strukturu podle věku a pohlaví a reprezentativní vzorce úmrtnosti jednotlivců pojištěných u příslušného fondu. To má zabránit selekci pacientů i jejich diskriminaci a zajistit, aby se financování přizpůsobilo potřebám.

Řádná správa

Podstatou správy je jasně vymezená odpovědnost při řízení systému zdravotní péče a jeho hlavních složek spolu s pevným vedením, spolehlivými mechanismy odpovědnosti a jasnou organizační strukturou. To systémům umožňuje rychle se přizpůsobit novým cílům a prioritám a zvyšuje jejich schopnost reagovat na hlavní výzvy nalezením a zavedením opatření nezbytných pro podporu inteligentních investičních rozhodnutí.

Informační toky v systému

Spolehlivá znalost silných i slabých stránek a schopnost sledovat informace, a to i na úrovni jednotlivých pacientů nebo poskytovatelů zdravotní péče, umožňuje manažerům systémů zdravotní péče činit v konkrétních pododvětvích taková rozhodnutí, která jsou šitá na míru a podložena důkazy.

Informační systémy založené na elektronickém zdravotnictví usnadňují a podporují posilování informačních znalostních systémů. Elektronické zdravotnictví navíc může zajistit individualizovanou zdravotní péči, která je cílenější a efektivnější a pomáhá snižovat počet chyb a minimalizovat délku hospitalizace.

Řádná kalkulace nákladů na zdravotnické služby

Tato kalkulace je nezbytná k porozumění komplexním procesům směřujícím od nákladů k výsledkům: jak náklady souvisejí s lidskými a materiálními zdroji, jak se zdroje podílejí na činnostech (např. chirurgických zákrocích, diagnostických testech), jak lze tyto činnosti rozdělit na intervence v rámci zdravotní péče a konečně jaký mají tyto intervence v rámci zdravotní péče dopad na zdraví.

Hodnocení zdravotnických technologií je klíčem k prosazení společné metody hodnocení efektivnosti intervencí a řádné kalkulace nákladů na služby, což manažerům umožní rozdělovat prostředky tím nejefektivnějším způsobem.

Schopnost přesně vyčíslit náklady na zdravotnické služby je nutná nejen pro kontrolu výdajů, ale představuje také nezbytný předpoklad pro efektivní rozhodování o investicích a prioritách.

Zdravotničtí pracovníci s vhodnými schopnostmi a náležitými dovednostmi

Vysoce kvalifikovaní a motivovaní zdravotničtí pracovníci s vhodnými schopnostmi a náležitými dovednostmi jsou nepostradatelní pro nalezení inovativních řešení prostřednictvím organizačních a technologických změn. Efektivní systém pobídek je nezbytný pro zvýšení výkonnosti zdravotnických pracovníků a zajištění orientace na přímé poskytování zdravotní péče.

5. Program EU pro efektivní, přístupné a odolné systémy zdravotní péče

Primární odpovědnost za systémy zdravotní péče nesou členské státy. EU učinila celou řadu opatření, která mohou členským státům pomoci, poskytla jim především obecné pokyny a nástroje k monitorování a hodnocení.

Komise zřídila nezávislý panel odborníků pro poskytování poradenství ohledně investování do zdraví²². Tento panel bude Komisi poskytovat analýzy a doporučení týkající se celé řady projednávaných otázek.

Podpora zvyšování efektivnosti systémů zdravotní péče

Hodnocení výkonnosti systémů zdravotní péče (HSPA)

²² Rozhodnutí Komise o zřízení mnohoovětvového a nezávislého panelu odborníků pro poskytování poradenství ohledně účinných způsobů investování do zdraví, Úř. věst. C 198, 6.7.2012.

Rada ministrů zdravotnictví vyzvala členské státy, aby při prosazování politik, odpovědnosti a transparentnosti využívaly HSPA, a také vyzvala Komisi, aby členské státy ve využívání HSPA podporovala.

Spolupráce na HSPA, jež je reakcí na tuto výzvu, členským státům poskytne nástroje i metodiku a rovněž:

- navazuje na výzkum financovaný EU a zaměřený na opatření a ukazatele pro hodnocení výkonnosti,
- stanoví kritéria a postupy výběru prioritních oblastí pro HSPA na úrovni členských států i EU,
- vytváří systém podávání zpráv šitý na míru, a
- prohlubuje spolupráci s mezinárodními organizacemi, především s OECD a Světovou zdravotnickou organizací.

Tato spolupráce může na úrovni EU také umožnit činnost více zaměřenou na snižování nerovností poskytováním podpory členským státům, jejichž výsledky nedosahují průměru EU, ve snaze pomoci zlepšit jejich situaci. Mohla by také významně pomoci členským státům při plnění požadavků směrnice 2011/24 týkajících se informací o kvalitě a bezpečnosti.

Kvalita péče včetně bezpečnosti pacientů

Na jaře 2014 hodlá Komise předložit svou druhou zprávu o provádění doporučení Rady o bezpečnosti pacientů²³. V návaznosti na závěry této zprávy má Komise v úmyslu jednat o opatřeních, jež mají dále posílit bezpečnost pacientů a omezit neodůvodněné rozdíly v rámci členských států i mezi nimi.

Závěry nedávné veřejné konzultace o bezpečnosti pacientů a kvalitě péče ukazují, že existuje značný zájem na vytvoření širšího programu EU zaměřeného na řešení problémů, které mají dopad na kvalitu zdravotní péče. Komise hodlá na tato zjištění náležitě navázat.

Integrace poskytování péče

K integraci poskytování péče by mělo dojít jak mezi různými druhy zdravotní péče (primární péče, nemocniční péče atd.), tak mezi zdravotní a sociální péčí, zejména pokud jde o starší osoby nebo osoby s chronickým onemocněním.

Reformy členských států, zaměřené na snížení závislosti jejich systémů zdravotní péče na nemocniční péči prostřednictvím lepší integrace poskytování péče, poskytují příležitost vyměnit si zkušenosti získané v klíčových oblastech a zodpovědět následující otázky:

- Které pacienty lze lépe nebo stejně tak dobře léčit mimo nemocnici?
- Jak lze úspěšně snížit množství odvratitelných hospitalizací?

²³ První zpráva byla vydána v roce 2012: COM(2012) 658.

Panel odborníků na investování do zdraví vydal zprávu o primární péči a integraci poskytování péče, o které Komise zahájila veřejnou konzultaci s cílem nalézt nové oblasti k analýze.

Zvyšování dostupnosti zdravotní péče

Zdravotničtí pracovníci v EU

Byly zjištěny závažné nedostatky ve schopnosti členských států plánovat s ohledem na budoucí požadavky na zdravotnické pracovníky, týkající se jejich celkového počtu i požadovaného souboru dovedností, za účelem efektivního naplňování očekávaných potřeb v oblasti zdravotní péče.

Výsledky akčního plánu pro zdravotnické pracovníky²⁴ pomohou lépe předvídat budoucí potřeby týkající se dovedností a poskytnou důležité poznatky pro odbornou přípravu příštích generací zdravotnických pracovníků s náležitými dovednostmi. Zpřesňování dostupných údajů pro vylepšení vnitrostátních systémů plánování může také pomoci řešit problémy spojené s mobilitou zdravotnických pracovníků a nalézt řešení, jež zohledňují právo volného pohybu v EU.

Plánování týkající se zdravotnických pracovníků by mělo na úrovni EU vést k udržitelným řešením, aby byl zajištěn dostatečný počet adekvátně vyškolených zdravotnických pracovníků s náležitými dovednostmi pro poskytování péče všem, kteří ji potřebují. Ve snaze zabránit budoucímu nedostatku pracovních sil i náležitých dovedností hodlá Komise spolupracovat s členskými státy na vytváření doporučení, společných nástrojů, ukazatelů i obecných pokynů, a posílit tak podporu EU poskytovanou členským státům při plánování.

Nákladově efektivní využívání léků

EU potřebuje konkurenceschopný farmaceutický průmysl. Vzhledem k tomu by členské státy a Komise měly dále zvažovat, jak sladit politické cíle v podobě zajištění dostupné zdravotní péče pro všechny občany EU s potřebou omezit náklady. Mělo by se přitom zvážit zlepšení spolupráce při vytváření mechanismů pro zvyšování transparentnosti a také lepší koordinace, aby se tak minimalizovaly jakékoli nezamýšlené dopady, které mohou mít současné vnitrostátní systémy stanovování cen na dostupnost v celé EU.

Optimální provádění směrnice 2011/24

Směrnice 2011/24 rozšiřuje možnosti volby pacientů v oblasti zdravotní péče a pomáhá jim vyhnout se zbytečným odkladům při poskytování léčby, kterou potřebují. Tato směrnice zvýší transparentnost, jelikož po členských státech požaduje, aby zřídily národní kontaktní místa, kde mají být občanům poskytovány informace o jejich právech a nárocích, bezpečnosti pacientů a standardech kvality péče. Požaduje rovněž lepší porozumění balíčků zdravotní péče. Členské státy by měly zajistit, aby byla řádně provedena veškerá ustanovení směrnice. Komise bude pečlivě sledovat, jakým způsobem se v členských státech uplatňuje koncept zbytečného odkladu.

Referenční síť podpoří spolupráci mezi vysoce specializovanými poskytovateli v různých členských státech, a umožní tak pacientům trpícím onemocněním s nízkou prevalencí či komplexním nebo

²⁴ SWD(2012) 93, připojený k COM(2012) 173.

vzácným onemocněním přístup k vysoce kvalitní péči. Komise má v úmyslu vyhlásit výzvu k vyjádření zájmu o členství v evropské referenční síti. Členové této sítě by také mohli zajišťovat odbornou přípravu zdravotnických pracovníků a poskytovat podporu při určování společných požadavků na zabezpečení kvality.

Zvyšování odolnosti systémů zdravotní péče

Je naprosto nezbytné se dále zabývat faktory odolnosti systémů zdravotní péče i způsoby jejich vytváření. Členské státy by měly na základě svých vnitrostátních zkušeností provést lepší analýzy těchto faktorů. Tyto analýzy by měla doplnit činnost EU týkající se sdílení osvědčených postupů a navrhování politických opatření. Odolnost systémů zdravotní péče v Evropské unii pomohou zvýšit následující přístupy.

Hodnocení zdravotnických technologií (HTA)

HTA je vědecký přístup k hodnocení relativního dopadu konkrétní zdravotnické technologie na zdravotní stav prostřednictvím odpovědí na otázky typu:

- Je daná technologie účinná?
- Komu pomáhá?
- Jaké náklady jsou s ní spojeny?
- Jaké má výsledky ve srovnání s alternativními technologiemi?

Ukázalo se, že HTA představuje účinný nástroj pro zlepšování přístupu pacientů k inovativním technologiím a pro podporu efektivnějšího rozdělování finančních prostředků.

Členské státy na HTA spolupracují v rámci sítě vytvořené směrnicí 2011/24. Komise podporuje ambiciózní cíl týkající se sítě HTA, tj. opětovné využívání informací společně získaných v rámci HTA na vnitrostátní úrovni. To omezí zdvojení činnosti regulačních orgánů, orgánů a odvětví HTA a povede ke společnému porozumění klinickým aspektům zdravotnických technologií (tj. jejich relativní bezpečnosti a účinnosti/efektivnosti).

V příštích letech bude vytvořena ambicióznější a stabilnější struktura pro podporu vědecké spolupráce na HTA. Komise společně se sítí HTA pracuje na možných návrzích této struktury.

Zdravotnický informační systém

Jakýkoli zásah za účelem zvýšení odolnosti systému zdravotní péče musí brát v úvahu samotný systém. Rozhodnutí o investování nebo o omezení investic do konkrétních odvětví musí vycházet z porozumění procesům, které uvedená odvětví řídí, i dopadu těchto zásahů na zdravotní a hospodářské parametry.

Členské státy by proto měly investovat do rozvoje informačních toků, aby například zajistily, že informační toky na úrovni pacientů budou náležitě směřovat ke všem poskytovatelům nezbytné

zdravotní péče nebo že bude podporována efektivnější a udržitelná reorganizace systémů a služeb zdravotní péče²⁵.

Komise uvažuje o poskytnutí podpory členským státům při vytváření udržitelného a integrovaného zdravotnického informačního systému EU a v této souvislosti analyzuje zejména potenciál konsorcia evropské výzkumné infrastruktury (ERIC) v oblasti informací týkajících se zdraví.

Elektronické zdravotnictví (eHealth)

Komise jednoznačně podporuje spolupráci mezi členskými státy v oblasti elektronického zdravotnictví a pomáhá jim při vytváření a zavádění nákladově efektivních a interoperabilních řešení v oblasti elektronického zdravotnictví s cílem zdokonalit systémy zdravotní péče²⁶. V souladu s požadavky směrnice 2011/24 Komise podporuje síť elektronického zdravotnictví, jež má zajistit udržitelný přínos evropských systémů elektronického zdravotnictví, služeb a interoperabilních aplikací. Přínosy služeb elektronického zdravotnictví pro občany, pacienty i poskytovatele zdravotní péče zdůrazňuje také akční plán elektronického zdravotnictví na období 2012–2020, který navrhuje konkrétní opatření k odstraňování překážek bránících zavádění těchto služeb.

Je třeba vyvinout další úsilí při vytváření efektivních a interoperabilních služeb v oblasti telemedicíny. Evropské referenční sítě budou ideální příležitostí k zavádění a testování telemedicíny v EU.

6. Závěry

Analýza růstu na rok 2013 přiznala, že „v souvislosti s demografickými výzvami a tlakem na výdaje spojené se stárnutím obyvatelstva by se měly uskutečnit reformy systémů zdravotní péče s cílem dosáhnout nákladové efektivnosti a udržitelnosti a nastavit hodnocení výkonnosti těchto systémů z hlediska dvojího cíle, tj. účinnějšího využívání veřejných zdrojů a přístupu k vysoce kvalitní zdravotní péči“.

Schopnost členských států poskytovat vysoce kvalitní péči všem bude v budoucnu záviset na zvýšení odolnosti systémů zdravotní péče a na zlepšení jejich schopnosti vypořádat se s výzvami, kterým budou čelit. Systémy zdravotní péče přitom musí zůstat nákladově efektivními a fiskálně udržitelnými.

I když jde především o úkol pro členské státy, toto sdělení poukazuje na celou řadu iniciativ, jejichž prostřednictvím může EU podporovat tvůrce politik v členských státech. EU bude muset tyto iniciativy rozvíjet a stavět na nich, aby zajistila, že poptávka občanů po vysoce kvalitní péči bude moci být uspokojena. Bude nutné se zaměřit na metody a nástroje, které členským státům umožní dosáhnout větší efektivnosti, přístupnosti a odolnosti jejich systémů zdravotní péče v souladu s doporučeními v oblasti reformy adresovanými členským státům v rámci evropského semestru.

²⁵ Viz závěry zprávy pracovní skupiny pro elektronické zdravotnictví nazvané „Redesigning health in Europe for 2020“ (Nové pojetí poskytování zdravotní péče v Evropě do roku 2020), která tvůrce politik vyzývá, aby využili přesvědčivosti údajů: <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/eu-task-force-ehealth-redesigning-health-europe-2020>.

²⁶ COM(2012) 736.

Členské státy jsou rovněž vyzývány, aby při uskutečňování reforem zmíněných v těchto doporučeních využívaly evropské nástroje financování.

