

VÝKONNOST A JEJÍ MĚŘENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Iveta Vrabková

Materiály byly zpracovány v rámci projektu: CZ.11.3.119/0.0/0.0/16_013/0003093 „Zvýšení znalostí a dovedností vysokoškolských studentů v oblasti implementace veřejných politik v České republice a Polsku a zlepšení jejich uplatnitelnosti na trhu práce“

Projekt je spolufinancován z prostředků EFRR v rámci programu INTERREG V-A Česká republika – Polsko prostřednictvím Fondu mikroprojektů 2014 - 2020 v Euroregionu Silesia

Cíl a obsah prezentace

Cílem prezentace je rámcově studenty seznámit s problematikou hodnocení výkonnosti zdravotní péče a možnostmi mezinárodního srovnání.

Obsah:

- Úvod
- Parametry měření výkonnosti a hodnotící rámce
- Oblasti a indikátory měření výkonnosti zdravotního systému
- Příklady informačních potřeb zainteresovaných stran v systému zdravotnictví
- Mezinárodní komparace výkonnosti zdravotních systémů
- Program Zdraví 2020
- Srovnání výkonnosti zemí EU dle indikátoru Zdraví 2020 za roky 2005 a 2015

Úvod

Obsah pojmu výkonnost se odvozuje od pojmu výkon, přičemž ten je možné chápat jako výsledek specifického konání (činnosti). V ekonomice je výkonnost vázaná k cílevědomé a organizované činnosti, respektive souboru činností (procesů), jejímž účelem bez rozdílu je produkovat hodnotu, která převyšuje náklady na její vytvoření při vyvážené kombinaci efektivnosti a účinnosti (Wagnerová, 2008; Wagner, 2009; Vrabková, 2012). Měření a následné hodnocení výkonnosti zdravotních služeb podobně jako v jiných oblastech lidské činnosti dává odpověď na dnes již obligatorní otázky:

1. „Jsou věci dělány správně?“
2. „Jsou dělány správné věci?“
3. „Jsou správné věci dělány správně?“

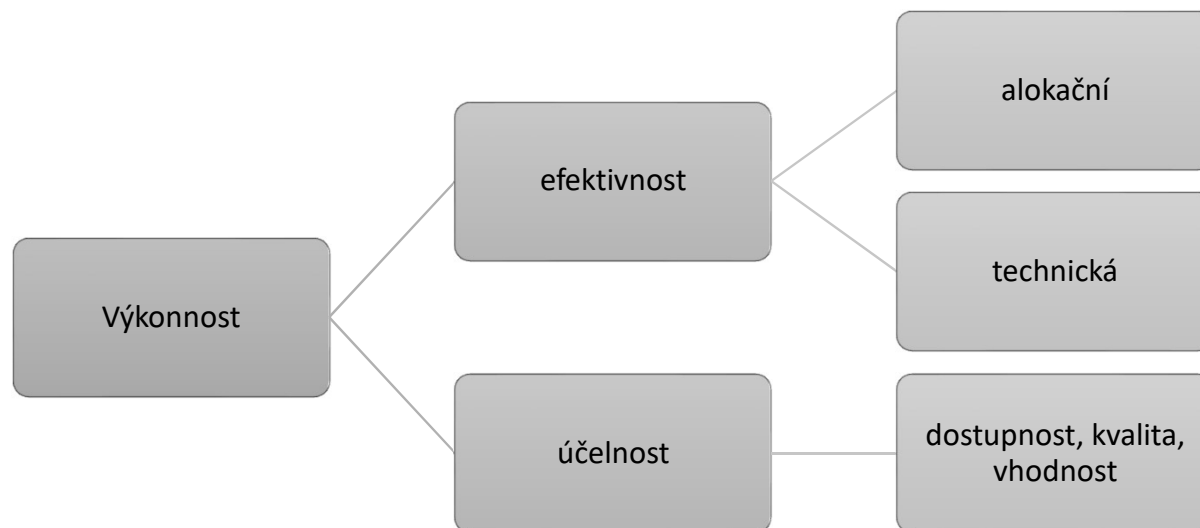
Úvod

Hodnocení a měření výkonnosti zdravotních služeb je tedy v přímé vazbě s pojetím výkonnosti a managementu ve veřejném sektoru. Nicméně, je třeba zmínit, že potřeba informovanosti o výkonnosti ve zdravotnictví nevzniká pouze **na straně poskytovatelů a garantů zdravotních služeb** (veřejná správa, management), ale také dalších přímo i nepřímo zainteresovaných stran, ke kterým rovněž patří **občané a veřejnost**. Samotné hodnocení výkonnosti zdravotních služeb a zdravotnictví jako celku je realizováno jak odborně dle stanovených indikátorů, hodnoticích rámců, specifických modelů a metod, tak laicky (občansky) na základě veřejně dostupných informací vlastních zkušeností se zdravotními službami.

Parametry měření výkonnosti a hodnotící rámce

Měření výkonnosti zohledňuje **více parametrů** (např. hospodárnost, efektivnost, účinnost/účelnost, případně rovnost, vhodnost, kvalita), které mohou být posuzovány individuálně, návazně nebo souhrnně. Většina autorů zvýrazňuje dva parametry, a to efektivnost a účinnost. Příkladem je práce Pocelliho (2009) zabývající se měřením technické efektivnosti, kde determinuje hodnotící rámec výkonnosti, aby vymezil postavení technické efektivnosti, viz Obrázek 1. Rámec výkonnosti se člení na dva parametry **efektivnost** (efficiency) a **účinnost** (effectiveness).

Obrázek 1: Parametry výkonnosti



Efektivnost

Produkční jednotky (nemocnice, ambulance, klinika, oddělení) jsou efektivní, pokud:

- vyprodukují maximum výstupu s disponibilními vstupy (přístup z hlediska výstupů),
- respektive daný výstup s minimálními vstupy (přístup z hlediska vstupů).

Míra efektivnosti je tedy dána podílem výstupů a vstupů.

hodnota vstupů < hodnota výstupů

Vstupy: lidské zdroje, finanční zdroje, materiální zdroje, technologie, informace, ..

Výstupy: počet hodin péče, počet ošetřených pacientů, počet hospitalizovaných pacientů,

Účelnost (účinnost)

Produkční jednotky jsou účelné tehdy pokud dosahované výsledky (outcomes) včetně dostupnosti (accessibility), kvality (quality) a vhodnosti (appropriateness) poskytovaných služeb naplňují stanovené cíle.

Účelnost tedy sleduje efekty výstupů v praxi v podobě tzv. **výsledků**.

Dostupnost (prostorová, časová, finanční...) zdravotní péče.

Spokojenost pacientů/klientů s poskytovanou zdravotní péčí.

Zlepšení zdravotního stavu/kvality života, věk dožití...

Oblasti a indikátory měření výkonnosti zdravotního systému

Oblast měření	Charakteristika měření	Příklady indikátorů
zdraví populace	agregována data o zdravotním stavu populace	délka života, zkrácené roky života, oddálená úmrtnost, délka života omezená postižením
individuální zdraví	zdravotní stav jedince vůči populaci nebo skupině, dle indikátorů a různých zdravotních stavů	krátké obecné nebo specifické šetření založené na standardizovaném zdravotním průzkumu (parkinsonova nemoc, artritida)
klinická kvalita a vhodnost péče	měření týkající se služeb a péče o pacienty, osvědčených postupů a technologických postupů léčebného procesu	měřítka zaměřená na výsledky – zdravotní stav, pooperační komplikace, úmrtnost; měřítka zaměřená na proces – frekvence měření krevního tlaku
prostředí a komunikace s pacienty	zacházení s pacienty, prostředí pacientů v průběhu léčby, důstojnost pacienta, důvěrnost, komunikace, ochota, sociální podpora	průzkumy zaměřené na spokojenost a zkušenosti pacientů
rovnost	rovnost ve zdraví včetně schopnosti financování péče	poplatky (sazby) limitující přístup, poměr využití a užitku, limity financování péče, dělba měření zdravotních výsledků
produktivita	systému zdravotní péče, organizace a zdravotníci	produktivita práce, nákladová efektivnost, technická efektivnost, alokační efektivnost

Důvody pro hodnocení výkonnosti zdravotnictví

Ve zdravotnictví, jak uvádí Smith a kol. (2008), hodnocení a měření výkonnosti monitoruje, měří a sděluje, do jaké míry různé aspekty zdravotního systému splňují své klíčové cíle. **Potřeba měření výkonu zdravotního systému či jeho jednotlivých prvků je založená na odpovědnosti zainteresovaných stran** – počínaje občany (veřejnosti), pacienty, poskytovateli zdravotní péče, pojišťovnami, státní správou a konče vládami.

Důležitým předpokladem převzetí odpovědnosti na dané úrovni (např.: pacienta při výběru lékaře, poskytovatele zdravotní péče při zabezpečení chodu nemocnice, vlády při rozhodování o systému financování a dostupnosti poskytování zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny při tvorbě preventivních zdravotních programů nebo pojistných plánů, občanů při volbách) **jsou důvěryhodné a přesné informace** (data) jak v mikro-podobě, tak makro-podobě (agregování). Z toho důvodu vznikají specifické informační systémy. Nicméně v praxi je rozvoj informačních systémů zaměřených na výkonnost ve zdravotnictví jen málokdy prováděn s jasnou představou o tom, kdo jsou uživatelé informací nebo jaké jsou jejich informační potřeby.

Příklady informačních potřeb zainteresovaných stran v systému zdravotnictví

Vláda	monitorování zdraví národa; nastavení zdravotní politiky; zajištění funkčnosti a správnosti regulačních postupů; naplnění účelnosti veřejných výdajů; zajištění příslušných informací a výzkumu; sledování efektivity a účelnosti (účinnosti) regulace
Státní správa	zabezpečení ochrany a bezpečnosti zdravotní péče; zabezpečení dobrých životních podmínek pacientů; zajištění širší ochrany spotřebitele; zajištění efektivního fungování trhu
Pojištěnci	zajištění efektivního a účelného vynaložení plateb (pojistného) na zdravotní služby a zboží
Pojišťovny	zajištění, aby smlouvy nabízené jejich pacientům byly uzavřeny v souladu s cíli, které pacienti očekávají
Poskytovatelé	monitorování a zlepšování stávajících služeb; posuzování místních potřeb
Lékaři	schopnost držet krok s aktuální praxí a zlepšit výkon
Pacienti	možnosti výběru poskytovatele; získání informací o alternativních způsobech léčby
Veřejnost	zajištění dostupnosti příslušných služeb v současnosti i budoucnosti; volby vlády

Mezinárodní komparace výkonnosti zdravotních systémů

Mezinárodní komparace zdravotních systémů, respektive jejich výkonnosti je velmi oblíbené téma jak akademických výzkumníků, tak nadnárodních institucí typu OECD, WHO či Evropské komise.

Význam mezinárodní komparace výkonnosti zdravotních systémů narůstá také proto, že umožňuje formovat odpovědnější zdravotní politiku, zlepšovat kvalitu zdravotní péče či zvyšovat obecně kapacitu vládnutí a partnerství.

Neméně důležitá je také skutečnost, že výkonnost zdravotnických systémů má dopad na přeshraniční zdravotní péči a zdravotní turistiku. Především na úrovni Evropské unie má mezinárodní komparace jeden zásadní význam, a to že tvoří nezbytný základ pro vývoj právního a organizačního rámce, který je nezbytný k implementaci direktiv upravujících volný pohyb osob a služeb v oblasti péče o zdraví tedy přeshraniční zdravotní péče.

Důležitou otázkou v rámci mezinárodního srovnávání je vymezení jeho rozsahu. V případě zdravotního systému se jedná o vymezení jeho hranic a součástí. Klíčovými pojmy při vymezování hranic zdravotního systému jsou zdraví populace a podpora zdraví.

Program Zdraví 2020

Program Zdraví 2020 je dokument evropské zdravotní politiky pro 21. století. Dokument podepsaly všechny státy evropského regionu WHO. Strategické cíle tohoto dokumentu jsou zacíleny na zlepšení zdraví obyvatel a snížení nerovnosti v oblasti zdraví a posílení role veřejné správy v oblasti zdraví.

Cíle dokumentu odrážejí tři hlavní oblasti:

- zátěž, kterou znamenají nemoci a rizikové faktory;
- zdraví lidí, životní pohodu a její determinanty;
- činnost a řízení zdravotnických systémů.

Na základě stanovení prioritních oblastí bylo formulováno 6 hlavních cílů a 19 cílů měřitelných, tj. indikátorů, které umožňují zhodnotit rozdíly mezi jednotlivými státy.

Cíle programu Zdraví 2020

Cíle programu Zdraví 2020:

- Cíl 1: Do roku 2020 snížit v Evropě předčasnou úmrtnost.
- Cíl 2: Zvýšit střední délku života při narození.
- Cíl 3: Snížit nerovnost v oblasti zdraví (cíl zahrnuje sociální determinanty).
- Cíl 4: Zvýšit životní pohodu obyvatel Evropy.
- Cíl 5: Zabezpečit všeobecnou dostupnost zdravotní péče a respektování práva na zdraví.
- Cíl 6: V jednotlivých zemích stanovit národní zdravotní cíle a záměry.

Výsledky 2005

Výpočty indexů

	Cel 1	Cel 2	Cel 3	Cel 4	Cel 5
AUT	29,32	87,82	35,36	86,23	19,42
BEL	58,47	83,20	67,80	67,80	71,26
BGR	42,08	18,37	37,51	37,51	41,82
CYP	65,05	83,60	83,31	83,31	11,46
CZE	45,91	53,63	31,30	74,02	64,62
DEU	67,76	86,64	77,91	77,91	83,03
DNK	71,97	75,83	74,17	74,17	80,04
ESP	63,53	95,48	73,99	73,99	67,68
EST	23,73	23,18	42,94	42,94	17,74
FIN	72,10	84,77	78,25	78,25	71,65
FRA	61,03	95,87	81,65	81,65	86,56
GBR	58,36	84,09	68,73	68,73	56,00
GRC	70,50	84,48	46,55	46,55	61,95
HRV	48,70	46,37	50,98	50,98	61,88
HUN	35,49	22,50	56,52	56,52	68,56
IRL	66,31	83,30	31,63	75,01	47,88
ITA	64,79	100	76,05	76,05	64,66
LTU	27,81	5,40	30,16	30,16	35,25
LUX	52,81	93,71	85,77	85,77	74,58
LVA	64,90	1,00	8,60	14,74	33,77
MLT	29,02	86,15	32,81	78,53	54,33
NLD	34,03	87,92	34,33	83,09	86,87
POL	60,70	43,22	8,82	8,82	47,63
PRT	63,68	84,28	37,46	37,46	72,16
ROU	55,11	14,64	9,42	9,42	8,32
SVK	62,40	34,58	43,41	43,41	60,02
SVN	81,11	67,29	82,58	82,58	74,19
SWE	79,18	99,21	77,54	77,54	79,11



PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKRACZAMY GRANICE
2014–2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

Výsledky 2015

Výpočty indexů

	Cel 1	Cel 2	Cel 3	Cel 4	Cel 5
AUT	80,3	80,3	84,0	92,3	75,6
BEL	71,5	77,2	79,9	88,9	78,7
BGR	22,8	1,0	3,3	6,6	25,4
CYP	71,2	82,8	61,3	64,3	11,4
CZE	53,7	49,0	82,1	96,1	57,4
DEU	66,3	73,3	74,5	86,5	70,6
DNK	79,5	75,4	82,1	92,5	74,1
ESP	72,4	98,0	48,0	41,7	58,7
EST	25,6	40,3	54,5	68,6	34,0
FIN	75,1	79,1	86,8	87,1	69,4
FRA	64,4	100,0	79,2	80,7	80,3
GBR	58,6	76,3	69,2	74,3	65,6
GRC	73,5	76,2	21,8	17,9	48,6
HRV	56,7	34,4	52,6	65,2	54,1
HUN	39,9	16,8	50,0	81,8	52,7
IRL	63,9	80,3	75,5	70,2	52,0
ITA	59,8	95,6	68,6	64,4	36,3
LTU	15,9	0,6	14,9	40,0	31,9
LUX	75,3	99,3	85,6	78,9	57,4
LVA	40,6	6,3	32,7	49,7	22,1
MLT	32,6	86,8	75,6	87,3	52,4
NLD	79,4	83,5	82,4	83,1	81,8
POL	58,5	35,8	56,6	75,9	34,3
PRT	78,6	79,6	61,9	61,3	65,7
ROU	22,8	6,3	4,2	10,6	4,1
SVK	61,8	29,2	43,1	69,2	54,7
SVN	66,8	74,8	87,9	91,8	66,6
SWE	88,8	89,4	87,8	88,6	89,9

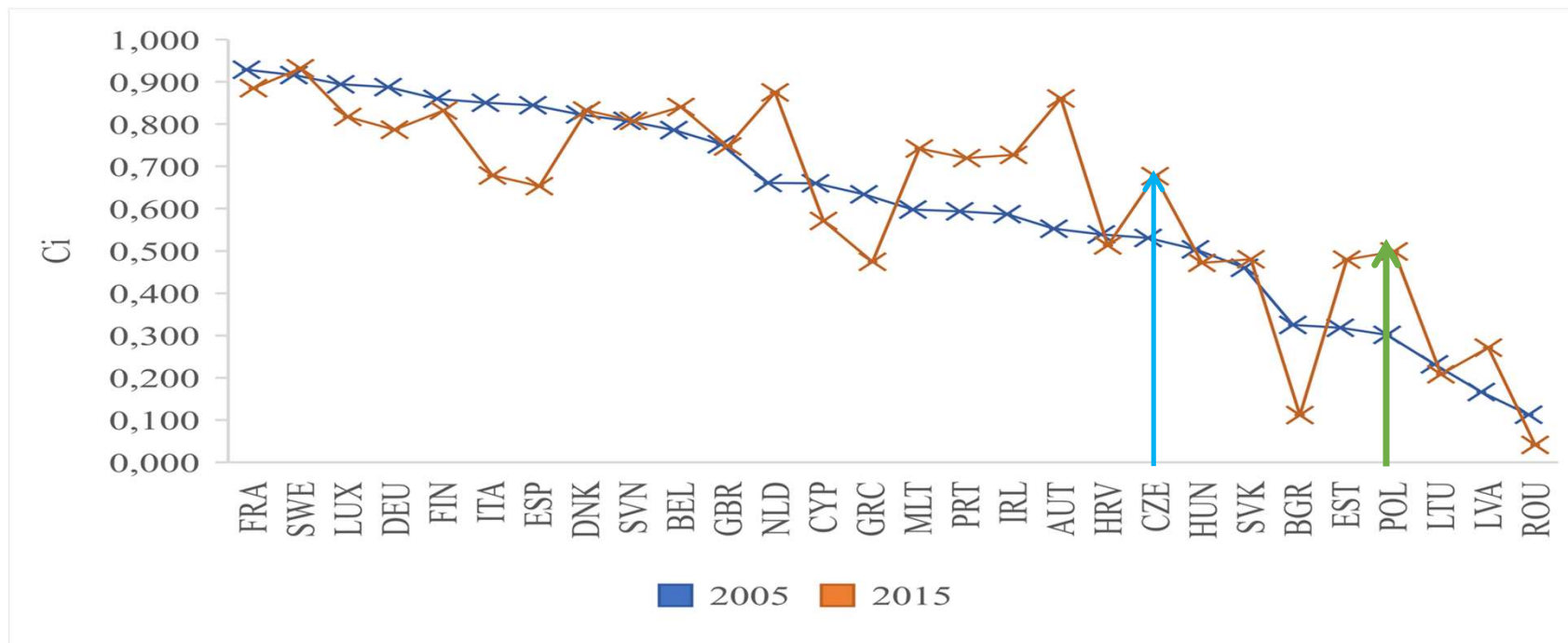


PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKRACZAMY GRANICE
2014—2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

Pořadí států dle výpočtu metody TOPSIS, srovnání výsledků za roky 2005 a 2015



O čem výsledky porovnání vypovídají?

Z výsledků vyplývá, že v průměru se státy Evropské unie v roce 2015 (průměrná hodnota 0,626) oproti roku 2005 (průměrná hodnota 0,612) pouze mírně zlepšily.

Pozitivní vliv na dosaženou úroveň zdraví populace měly z hlediska průměrných hodnot následující indikátory: standardizovaná celková míra předčasné úmrtnosti (pokles hodnoty), konzumace alkoholu na osobu u osob starších 15 let (pokles hodnoty), procento dětí očkovaných proti spalničkám a obrně (nárůst hodnoty), standardizovaná úmrtnost na všechny vnější příčiny a zranění (pokles hodnoty), střední délka života při narození (nárůst hodnoty), kojenecká úmrtnost na 1000 živě narozených (pokles hodnoty), procento populace se zlepšenými hygienickými zařízeními (nárůst hodnoty), celkové výdaje na zdraví % z HDP (nárůst hodnoty).

Naopak negativně ovlivnily vývoj zdraví populace - obezita (nárůst hodnoty), míra nezaměstnanosti (nárůst hodnoty), podíl nezapsaných dětí v oficiálním základním školním věku (nárůst hodnoty), GINI koeficient (nárůst hodnoty) a podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví (nárůst hodnoty).

Literatura

Vaňková, I., Vrabková, I., Ardielli, E. *Evaluace ekonomických determinantů zdravotnictví: možnosti multikriteriálního hodnocení*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2022.

WHO (2012). *Developing indicators for the Health 2020 targets* [online]. 2021. [cit. červenec 2021]. Dostupné z: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/172509/Developing-indicators-for-the-Health-2020-targets-Eng.pdf.

WHO. (2021). *Health 2020: the European policy for health and well-being* [online]. 2021. [cit. červenec 2021]. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/about-us/regional-director/regional-directors-emeritus/dr-zsuzsanna-jakab,-2010-2019/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>

Děkuji za pozornost

doc. Ing. Iveta Vrabková, Ph.D.

iveta.vrabkova@vsb.cz

www.vsb.cz