4. Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotní péči

V této části je prezentováno porovnání základních ukazatelů **výdajů na zdravotní péči** ve vybraných zemích **Evropské unie (EU)** a **Evropského sdružení volného obchodu (EFTA** - *Státy EFTA jsou Island, Lichtenštejnsko, Norsko a Švýcarsko. Údaje za Lichtenštejnsko nebyly dostupné*). Předkládané statistiky přinášejí pohled na financování našeho zdravotnictví v evropském kontextu a mohou tak poskytnout užitečné podklady pro jeho hodnocení a přispět do diskuze o jeho budoucím směřování.

Pro zajištění lepší srovnatelnosti úrovně výdajů mezi jednotlivými zeměmi, jsou údaje přepočteny na jednotnou měnu (EUR) a očištěny o rozdíly v kupní síle mezi jednotlivými státy (PPP).

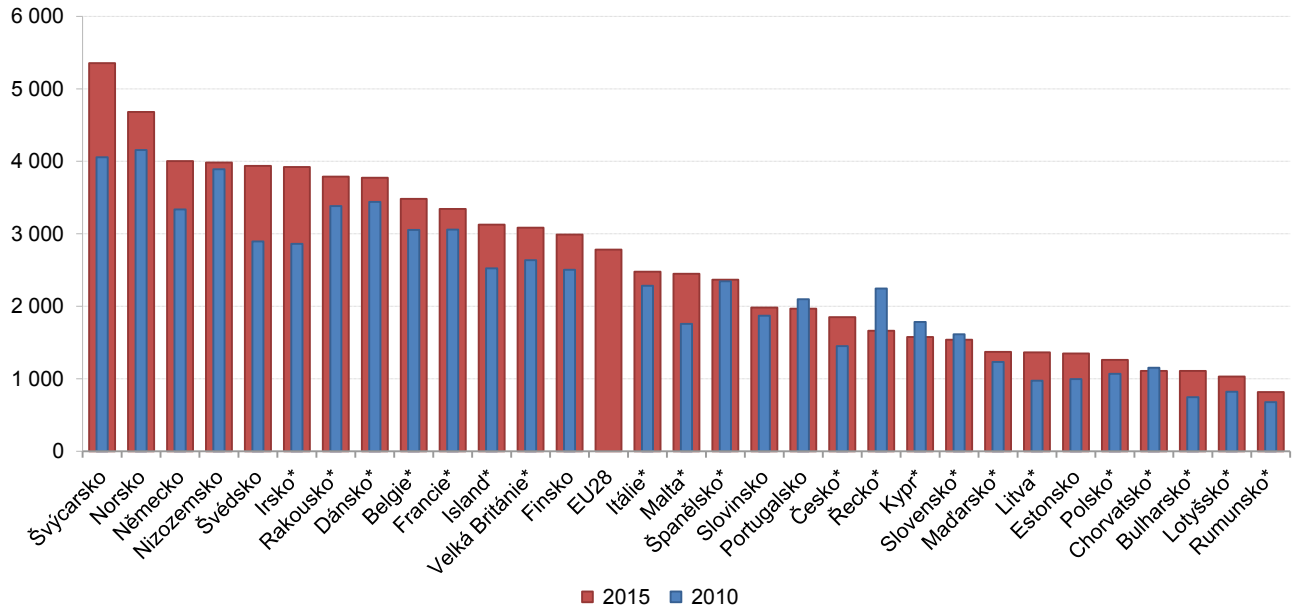
K výpočtu reálných změn (tedy temp růstu či poklesu ve stálých cenách) jsou použity obecné deflátory HDP. Mezinárodně srovnatelné deflátory pro zdravotní péči nebyly k dispozici.

Údaje použité v této kapitole byly převzaty z publikace Health at a Glance: Europe 2016 http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe_23056088[1].

Nejvíce za zdravotní péči na jednoho obyvatele vydávalo v roce 2015 Švýcarsko

Jednoznačně nejvyšší částky na zdravotní péči v přepočtu na jednoho obyvatele mezi státy EU a EFTA vydávalo v roce 2015 Švýcarsko, kdy se jednalo o více než 5 tisíc EUR přepočtených podle parity kupní síly (PPP) (viz graf č 4.1). K hranici 5 tisíc EUR vynaložených na zdravotní péči na jednoho obyvatele se přiblížilo v tomto roce ještě Norsko, za Norskem pak následují Německo, Nizozemsko, Švédsko či Irsko, jejichž výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele se pohybují okolo 4 tisíc EUR PPP. Nejmenší částky na zdravotní péči v přepočtu na obyvatele vydávají naopak v Chorvatsku, Bulharsku, Lotyšsku či v Rumunsku, jedná se o částky okolo jednoho tisíce EUR PPP na jednoho obyvatele v roce 2015. V průměru evropské osmadvacítky bylo na zdravotní péči na jednoho obyvatele vydáno v roce 2015 necelých 2 800 EUR PPP. Česká republika patří mezi země se spíše nižšími výdaji na zdravotní péči na obyvatele s jejich výší mírně pod 2 000 EUR PPP. Z grafu č. 4.1 je patrná také změna těchto výdajů mezi lety 2010 a 2015. Ve většině sledovaných zemí došlo k jejich nárůstu, pokles byl zaznamenán pouze v případě Portugalska, Řecka, Kypru, Slovenska a Chorvatska. Více o vývoji tohoto ukazatele v čase viz graf č. 4.2 a příslušný text.

Graf č. 4.1 Průměrné výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele v zemích EU a EFTA (v EUR PPP)



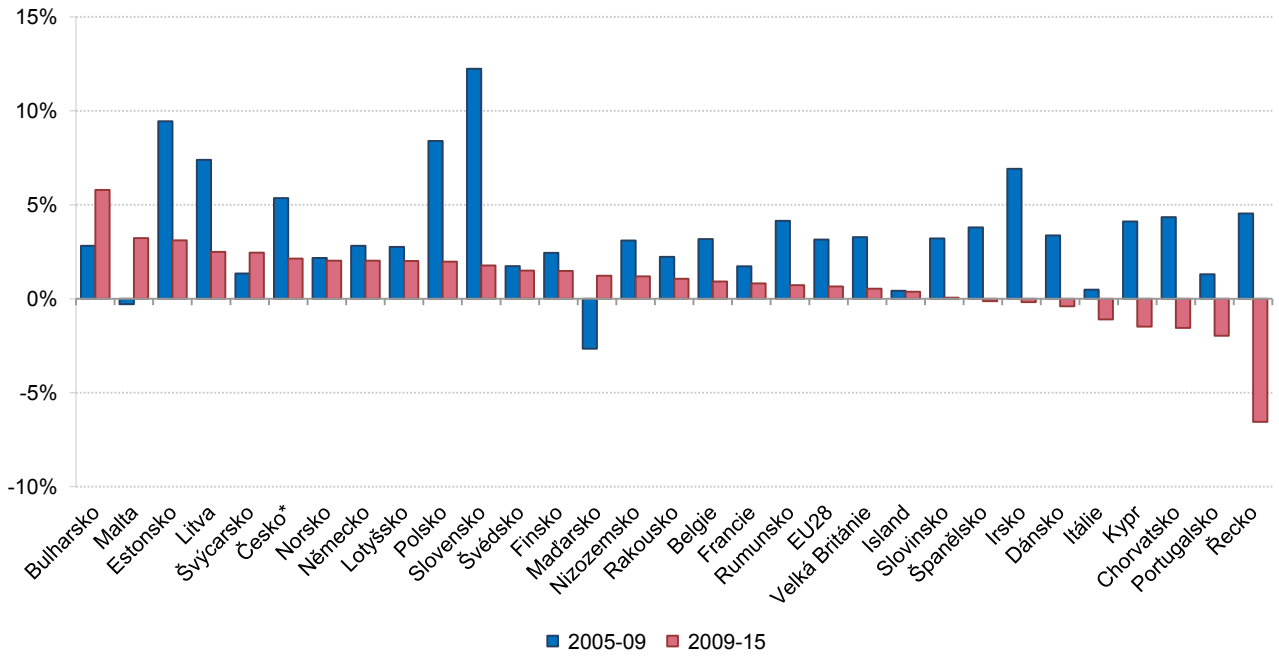
** data za rok 2015 - odhad OECD*

[1] Údaje za Českou republiku v grafech č. 4.3, 4.4 a 4.5 byly aktualizovány v souladu se zpracováním zdravotnických účtů za rok 2015.

Nejvyšší reálný pokles výdajů na zdravotní péči v letech 2009 – 2015 byl zaznamenán v Řecku

Pokud se zaměříme na reálný vývoj výdajů na zdravotní péči v posledních několika letech, je možné sledovat odlišné tendence ve dvou obdobích. V letech 2005 až 2009 výdaje na zdravotní péči ve stálých cenách rostly v naprosté většině zemí. Výjimku tvořila pouze Malta, kde však byl pokles zanedbatelný a také Maďarsko s poklesem necelá 3 %. V období 2009 - 2015 pak lze vývoj výdajů na zdravotní péči označit v případě několika zemí za stagnaci a u sedmi sledovaných zemí zaznamenáváme pokles. Změna ve vývoji byla především důsledkem světové finanční a ekonomické krize, a tím došlo v roce 2009 u cca třetiny zemí a v roce 2010 u více než poloviny zemí k reálnému poklesu výdajů na zdravotní péči. Nejvýznamnější obrat ve vývoji výdajů na zdravotní péči mezi dvěma sledovanými obdobími zaznamenalo Řecko, kdy průměrné roční tempo růstu pokleslo ze 4,5 % na -6,5 %. V rámci průměru celé evropské osmadvacítky rostly výdaje na zdravotní péči v průměru cca 3 % ročně v období 2005-2009 a v období 2009-2015 bylo tempo růstu necelé 1 % ročně. Česká republika se v tomto případě staví nad průměr EU28 s hodnotami 5 % v období 2005 - 2009 a 2 % během období 2009 - 2015.

Graf č. 4.2 Průměrné roční tempo růstu výdajů na zdravotní péči na jednoho obyvatele ve stálých cenách (v %)



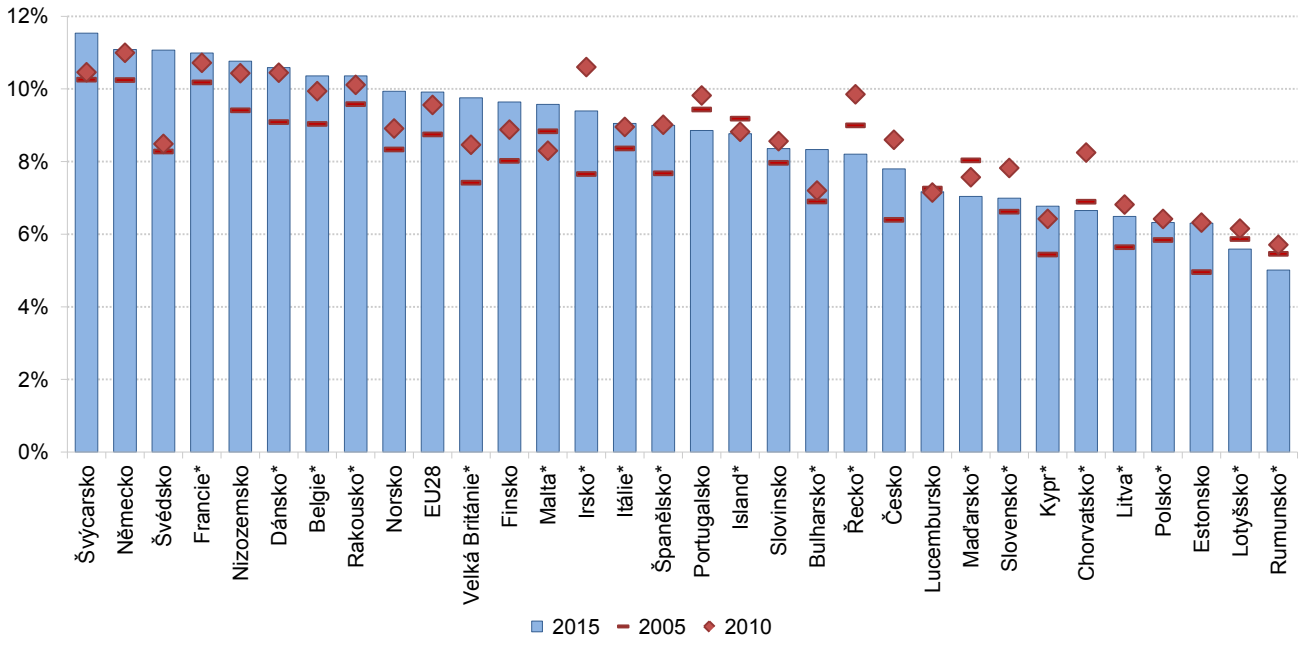
Nejvyšší podíl výdajů na zdravotní péči na HDP vykazuje Švýcarsko a Německo

Zdravotnictví je významným odvětvím národního hospodářství a ve sledovaných zemích EU a EFTA činil v roce 2015 podíl výdajů na zdravotní péči na HDP v průměru 8,7 %. Nejvyšší podíl výdajů na zdravotní péči na HDP byl v roce 2015 ve Švýcarsku, Německu, Švédsku a ve Francii, v těchto zemích přesahovala hodnota tohoto ukazatele hranici 11 %. V průměru EU28 činil podíl výdajů na HDP 9,9 % a Česká republika s hodnotou 7,5 % se tak nacházela pod evropským průměrem. Nejnižší podíl výdajů na zdravotní péči na HDP vykazovaly v roce 2015 baltské státy, Polsko a Rumunsko, kdy se výše výdajů na zdravotní péči pohybovala okolo 6 % HDP a v případě Rumunska se jednalo dokonce o pouhých 5 % HDP.

V grafu 4.3 je nastíněn také vývoj podílu výdajů na zdravotní péči na HDP i v letech 2005 a 2010. Vývoj podílu výdajů na zdravotní péči na HDP byl významně ovlivněn světovou finanční a ekonomickou krizí a ukazuje na určitou setrvačnost financování zdravotnictví v závislosti na vývoji celé ekonomiky. V letech 2008 a 2009 došlo k relativně výraznému nárůstu tohoto podílu ve většině zemí, což obecně souviselo s propadem HDP a ne se zvýšením výdajů na zdravotní péči. Mezi lety 2010 a 2015 lze vývoj u většiny sledovaných států označit spíše za stagnaci. Výjimkou jsou Chorvatsko, Slovensko, Portugalsku, Irsko

a Řecko, kde mezi lety 2010 a 2015 došlo k relativně významnému poklesu podílu výdajů na zdravotní péči na HDP.

Graf č. 4.3 Podíl výdajů na zdravotní péči na HDP v zemích EU a EFTA (v %)

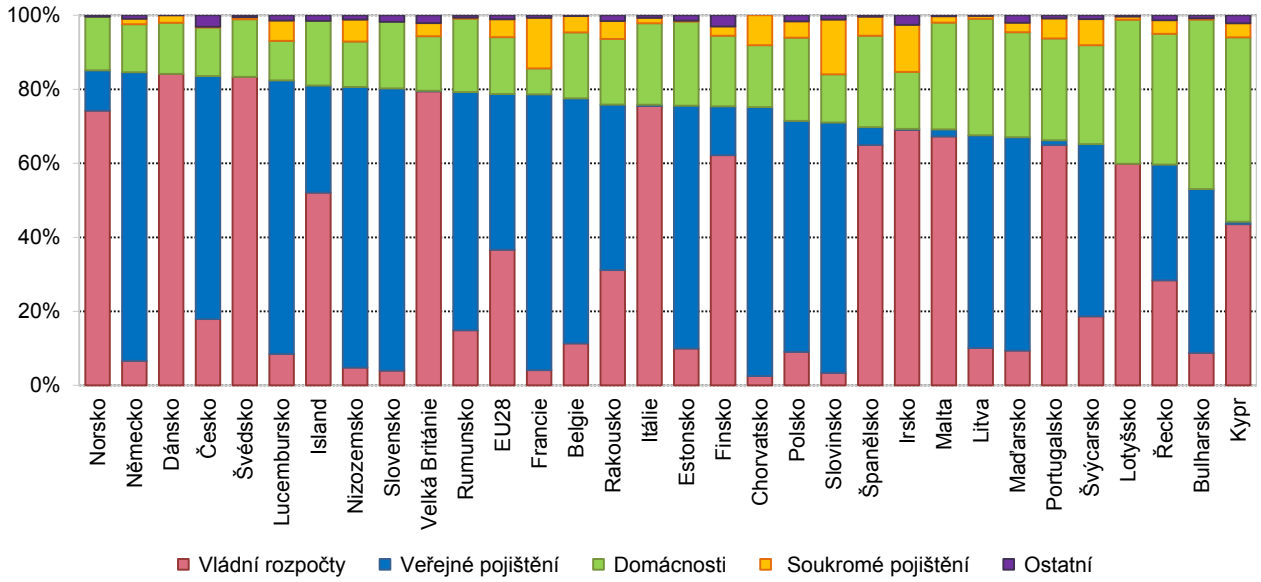


** data za rok 2015 - odhad OECD*

Ve většině sledovaných zemí převládá financování zdravotní péče z veřejných zdrojů

Jednotlivé státy se výrazně odlišují ve způsobu financování zdravotní péče, obecně lze říci, že ve všech sledovaných zemích EU a EFTA převládá financování z veřejných zdrojů nad soukromými, výjimku tvoří pouze Kypr, kde v roce 2014 činil podíl veřejných zdrojů pouze 44 %. Z grafu č. 4.4 je patrné, že nejvyšší podíl veřejných zdrojů na financování zdravotní péče vykazovalo v roce 2014 Norsko (85 %), Německo (85 %), Dánsko (84 %), Česká republika (84 %) a Švédsko (83 %). Naopak nejnižší veřejné výdaje na zdravotní péči zaznamenáváme na již zmiňovaném Kypru a dále pak v Bulharsku (53 %), Řecku (60 %), Lotyšsku (60 %) a také například ve Švýcarsku (65 %).

Graf č. 4.4 Struktura výdajů na zdravotní péči podle zdrojů financování v zemích EU a EFTA v roce 2014 (v %)



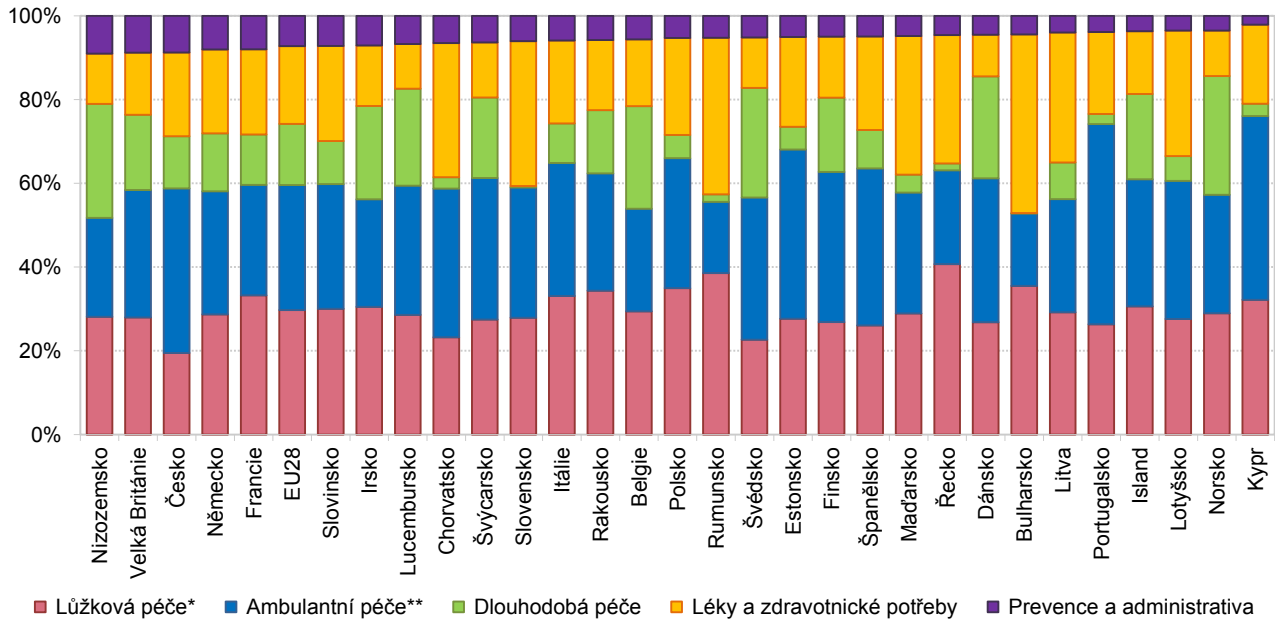
Pozn.: Země jsou řazeny podle výše podílu veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotní péči.

Česká republika patří společně například s Německem, Nizozemskem, Francií či Slovenskem k zemím se systémem založeným především na všeobecném zdravotním pojištění, které se v těchto zemích podílí na veškerých výdajích na zdravotní péči více než 70 %. V Dánsku, Švédsku, Velké Británii, Itálii a Norsku je naopak zdravotní péče financovaná především nebo výhradně přímo z rozpočtů centrálních a místních vlád s jejich podílem na veškerých výdajích na zdravotní péči z více než 70 %. Soukromé zdravotní pojištění či připojištění hraje významnější roli ve Slovinsku, Francii a Irsku, kde představuje více než desetinu výdajů na zdravotní péči. Domácnosti se velmi významně podílí na financování zdravotní péče na Kypru, kde se v roce 2014 jednalo o celou polovinu veškerých výdajů na zdravotní péči. Vysoké zastoupení mají na financování zdravotní péče rozpočty domácností také v Bulharsku (46 %), Lotyšsku (39 %), Řecku (35 %) či v Litvě (31 %). V České republice se domácnosti na zdravotní péči podílí 13 %, podobně je tomu také v Německu a v Nizozemsku. Ze sledovaných zemí se nejméně podílejí na zdravotní péči domácnosti ve Francii, jedná se o 7 %. Ostatní zdroje financování, tedy soukromé výdaje placené podniky či neziskovými institucemi nebo dovoz, se ve všech zemích podílely na financování zdravotní péče ve velmi omezené míře (do 3 % na celkových výdajích).

V průměru EU 28 bylo za lůžkovou a ambulantní péči vydáno 60 % všech výdajů na zdravotní péči

Více než polovina všech výdajů na zdravotní péči byla v roce 2014 ve všech sledovaných zemích vynakládána na lůžkovou a ambulantní péči (včetně podpůrných služeb jako jsou laboratorní a zobrazovací vyšetření a zdravotnická doprava). V průměru všech zemí EU 28 se jednalo ve zmiňovaném roce o 60 % veškerých financí vydaných za zdravotní péči. V průměru EU 28 pak bylo 15 % výdajů na zdravotní péči vynaloženo na péči dlouhodobou, 19 % na léky a zdravotnické potřeby a preventivní péče a správa systému zdravotnictví odčerpala 7 % (viz graf 4.5).

Graf č. 4.5 Struktura výdajů na zdravotní péči podle druhu péče v zemích EU a EFTA v roce 2014 (v %)



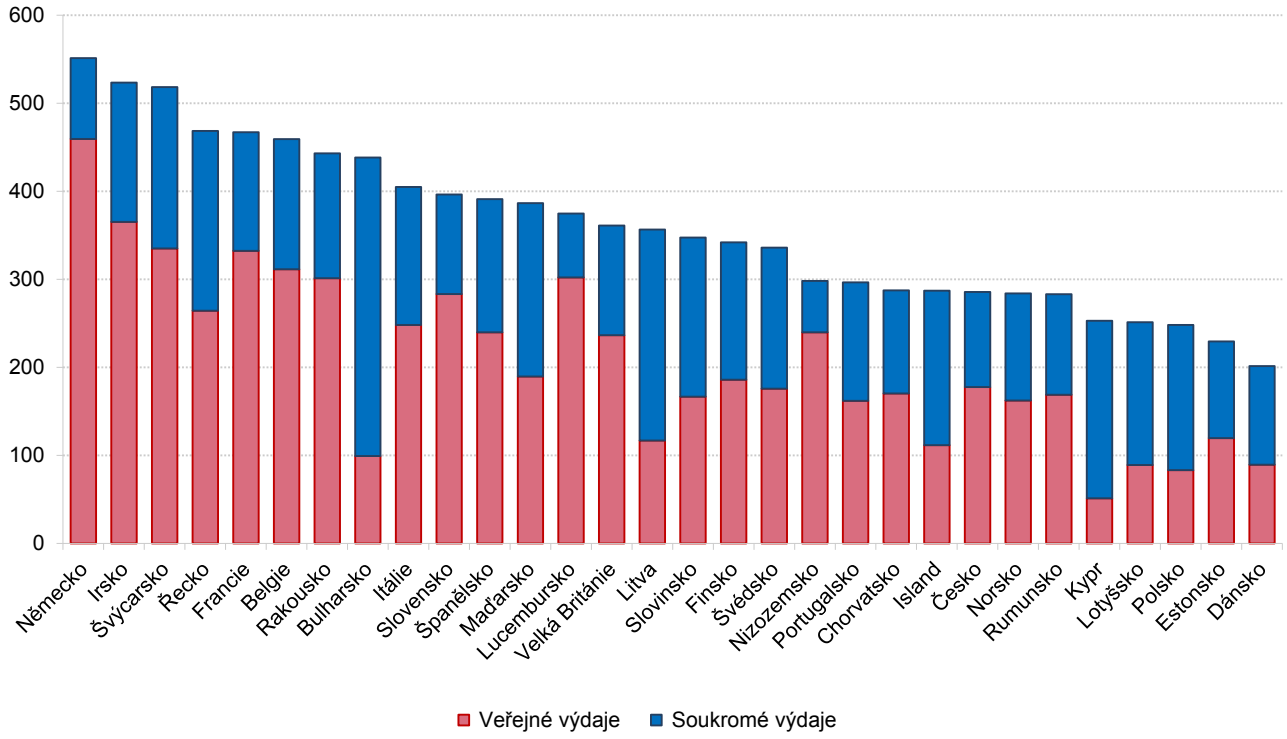
** Zahrnuje léčebně-rehabilitační lůžkovou a jednodenní péči.*
*** Zahrnuje domácí péči a podpůrné služby (laboratorní a zobrazovací vyč´šetření a zdravotnickou dopravu).*
Pozn.: Země jsou řazeny podle výše podílu výdajů na lužkovou a ambulantní péči na celkových výdajích na zdrav. péči.

Pokud se zaměříme na strukturu výdajů na zdravotní péči podle konkrétních druhů péče v jednotlivých státech, je patrné, že jsou mezi zeměmi výrazné rozdíly. Lůžková péče zaujímá nejvyšší podíl výdajů na zdravotní péči v Řecku, Rumunsku či v Bulharsku, kdy se hodnoty pohybují okolo 40 % a naopak nejméně například ve Španělsku, Chorvatsku nebo Švédsku s hodnotami okolo 20 %. Ambulantní péče nejvíce z rozpočtu na zdravotní péči ukrajuje v Portugalsku, na Kypru nebo také v Estonsku (více než 40 %) a nejméně v Řecku, Bulharsku či v Rumunsku (okolo 20 %). Ještě větší rozdíly než jaké zaznamenáváme

u ambulantní a lůžkové péče, jsou patrné mezi zeměmi, pokud se zaměříme na dlouhodobou péči. V tomto případě se hodnoty pohybují od méně než 2 % v Řecku, Bulharsku, Rumunsku a Slovensku až po více než 25 % v Belgii, Norsku, Nizozemsku a Švédsku. Významné rozdíly jsou i v případě výdajů za léky, nejmenší část výdajů na zdravotní péči byla za léky utracena v Dánsku, Norsku a v Lucembursku (okolo 10 %) a naopak nejvíce v Bulharsku, Rumunsku či na Slovensku (více než 35 %). Výdaje na kolektivní služby, tedy prevenci a správu systému zdravotní péče, se pohybovaly od 2 % na Kypru až po 9 % v Nizozemsku, Velké Británii a Česku.

V Bulharsku jsou ze soukromých zdrojů hrazeny přibližně dvě třetiny výdajů za léky

Výdaje za léky představují významnou položku v celkových výdajích na zdravotní péči a v souvislosti s vývojem nových a nákladných léků je důležité se jimi zabývat z hlediska udržitelnosti financování zdravotní péče. Jak ukazuje graf č. 4.6, bylo nejvíce peněz za léky vydáno v roce 2014 v Německu, Švýcarsku a Irsku, kde se roční výdaje za léky na jednoho obyvatele pohybovaly nad hranicí 500 EUR PPP. Naopak nejméně se za léky v průměru na jednoho obyvatele utrácelo v Dánsku, Lotyšsku, Estonsku a Polsku, kde tyto výdaje činili méně než 250 EUR PPP, v Dánsku se jednalo dokonce pouze o 200 EUR PPP. Česká republika se s 286 Eury vydanými za léky na jednoho obyvatele zařadila v roce 2014 spíše ke konci pomyslného žebříčku sledovaných států.

Jak je z grafu 4.6 patrné, zdroj financování léků se v jednotlivých zemích výrazně odlišuje. V Německu, Nizozemsku a Lucembursku jsou léky z více než 80 % hrazeny z veřejných zdrojů. Soukromé zdroje pak převažují v Lotyšsku, Polsku, Litvě, Bulharsku a na Kypru. V těchto zemích jsou ze soukromých zdrojů hrazeny cca dvě třetiny výdajů za léky, na Kypru se jedná dokonce o čtyři pětiny. V České republice bylo v roce 2014 z veřejných zdrojů placeno 62 % výdajů za léky.

Graf č. 4.6 Průměrné výdaje na léky na jednoho obyvatele v zemích EU a EFTA v roce 2014 (v EUR PPP)