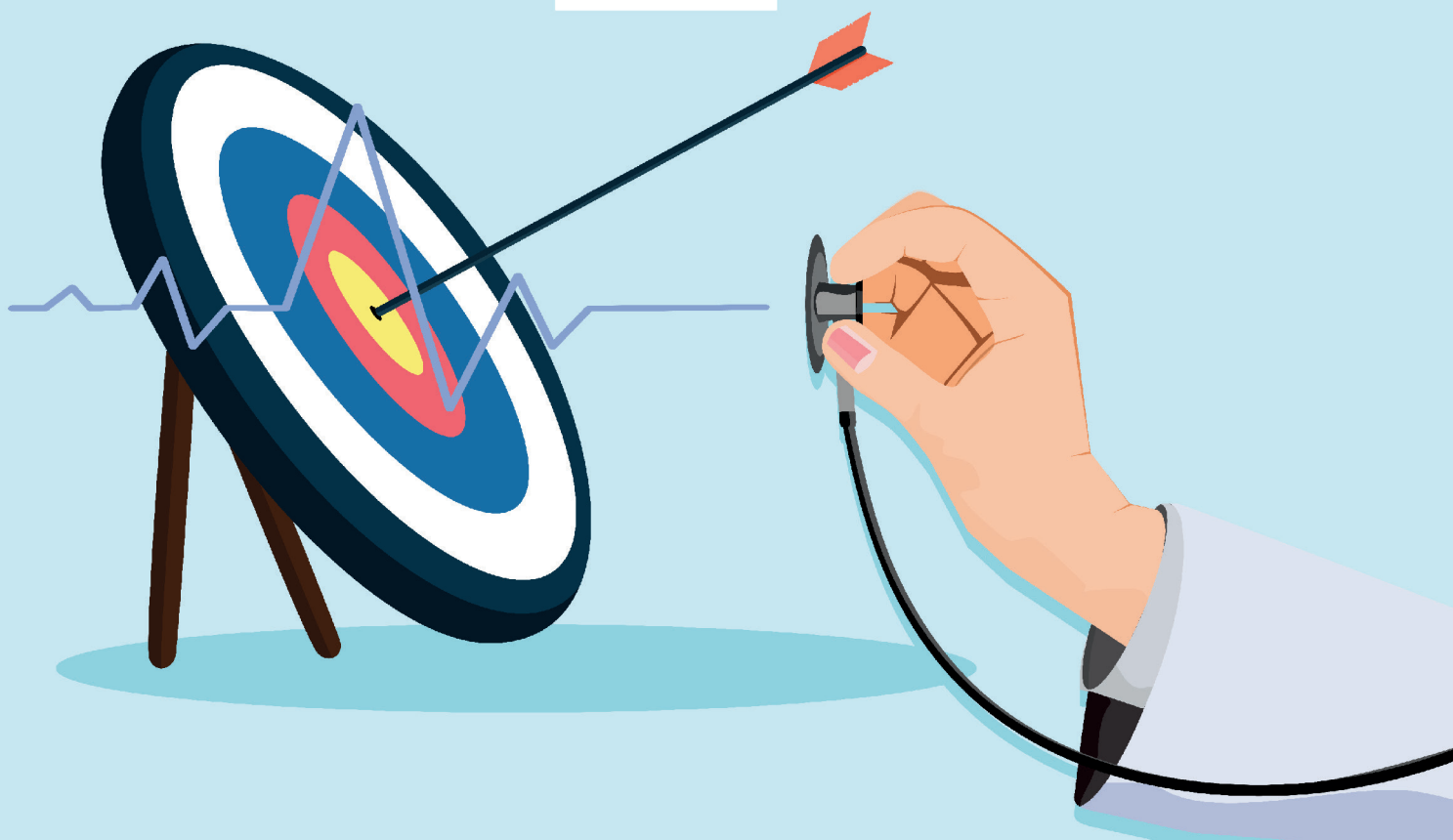




# Rámec pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému v České republice



Financováno  
Evropskou unií





# **Rámec pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému v České republice**

Za zveřejnění této práce odpovídá generální tajemník OECD. Zde vyjádřené názory a argumenty nemusí nutně odrážet oficiální názory členských zemí OECD.

Tento dokument byl vytvořen s finanční pomocí Evropské unie. Názory zde vyjádřené nelze v žádném případě považovat za oficiální stanovisko Evropské unie.

Tento dokument, stejně jako jakákoli data a mapa v něm obsažené, nemají vliv na status nebo suverenitu nad jakýmkoli územím, na vymezení mezinárodních hranic a na název jakéhokoli území, města nebo oblasti.

Tento překlad byl zadán Direktorátem pro zaměstnanost, práci a sociální věci a OECD nemůže zaručit jeho přesnost. Jedinou oficiální verzí je anglický text.

**Tuto publikaci prosím citujte takto:**

OECD (2023), *Rámec pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému v České republice*, OECD Publishing, Paris.

**Anglická publikace je:**

OECD (2023), *Health System Performance Assessment Framework for the Czech Republic*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5d59b667-en>.

**Fotografie:** Cover © Na\_Studio/Shutterstock.com.

© OECD 2023

# Předmluva

Rámce pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému (HSPA) jsou stále častěji vytvářeny a používány v různých zemích a regionech jako způsob, jak propojit zúčastněné strany v odvětví zdravotnictví, aby sdílely společné cíle zdravotního systému, a zároveň jak podpořit jejich práci na zlepšení výkonnosti zdravotního systému. V roce 2021 požádalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky Evropskou komisi a OECD o technickou pomoc na podporu procesu vytvoření národního rámce HSPA, který by umožnil národním orgánům České republiky institucionalizovat vykazování ukazatelů výkonnosti zdravotního systému.

Účinný rámec HSPA by měl být komplexní a zahrnovat všechny aspekty zdravotního systému a jeho výkonnosti. Měl by zahrnovat jak kvantitativní, tak kvalitativní ukazatele a měl by být schopen sloužit jako základ pro porovnávání a srovnávání s jinými zeměmi, jakož i pro sledování regionálních a socioekonomických rozdílů. Rámec by měl být také dostatečně pružný, aby se mohl přizpůsobit měnícím se okolnostem, jako jsou změny v politických prioritách, vývoj strategických cílů a plánů zdravotních politik a vývoj samotného zdravotního systému, například technologický pokrok a měnící se zdravotní potřeby obyvatelstva.

Rámec HSPA pro Českou republiku vyplňuje mezeru v českém zdravotním systému tím, že podporuje přehled o jeho výkonnosti a usnadňuje plánování zdravotních politik, monitorování a rozhodování. Byl navržen na základě vysoce konzultativního a iterativního procesu, který nastolil sdílené vlastnictví českého HSPA rámce mezi státními orgány i ostatními významnými aktéry v oblasti zdravotní péče. Věříme, že to povede ke zlepšení využívání údajů, zvýšení transparentnosti a vyšší odpovědnosti všech zúčastněných stran a k větší informovanosti veřejnosti o výkonnosti zdravotního systému.

# Poděkování

Projekt „Vytvoření rámce pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému v České republice“ byl financován Evropskou unií prostřednictvím nástroje technické podpory a realizován OECD ve spolupráci s Generálním ředitelstvím pro podporu strukturálních reforem Evropské komise. Názory zde vyjádřené nelze v žádném případě považovat za oficiální stanovisko Evropské unie.

Tuto zprávu vypracoval tým OECD pro kvalitu a výsledky zdravotní péče (OECD Health Care Quality and Outcome, HCQO) v rámci Zdravotnické divize OECD (OECD Health Division) ve spolupráci s Lenkou Poliakovou a Tomášem Trochem z Ministerstva zdravotnictví ČR.

Autorský tým děkuje všem, kdo se v průběhu celého projektu vytvoření rámce českého HSPA a během přípravy této zprávy podělili o své názory, podněty, poskytli údaje a zpětnou vazbu. Zvláštní poděkování patří členům hlavní pracovní skupiny a účastníkům technických fokusních skupin a členům poradního sboru na vysoké úrovni. Jsou mezi nimi zástupci Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva financí, Státního zdravotního ústavu, Ústavu zdravotnických informací a statistiky, Českého statistického úřadu, veřejných zdravotních pojišťoven a jejich sdružení, jakož i různých dalších zúčastněných stran zdravotního systému, včetně zástupců poskytovatelů a pacientů, odborových svazů a akademické obce.

# Table of contents

Předmluva	3
Poděkování	4
Použité zkratky	8
Shrnutí	9
1 Úvod	11
1.1. Projekt rámce českého HSPA	11
2 Účel a rozsah českého HSPA	15
2.1. Proces	15
2.2. Účel českého HSPA	15
2.3. Rozsah českého HSPA	16
2.4. Propojení českého HSPA s národními strategickými prioritami	16
3 Rámec českého HSPA	18
3.1. Proces	18
3.2. Domény a subdomény rámce českého HSPA	18
4 Naplnění rámce HSPA ukazateli	22
4.1. Proces výběru ukazatelů a kritéria výběru	22
4.2. Ukazatele vybrané pro český HSPA	25
5 Struktura řízení HSPA	32
5.1. Základní informace o správcích zdravotnických údajů	32
5.2. Návrh řízení HSPA	33
5.3. Navázání řídicích struktur a výstupů HSPA na účel rámce HSPA	34
6 Plán implementace HSPA	36
6.1. Klíčové součásti implementace českého HSPA	36
6.2. Klíčové kroky implementace českého HSPA	38

Odkazy	40
Příloha A. Koncepty vytváření rámce HSPA a mezinárodní praxe	42
Příloha B. Vymezení rozsahu a účelu HSPA v souladu s národními prioritami v oblasti zdraví	46
Příloha C. Proces stanovení domén rámce českého HSPA	49
Příloha D. Seznam ukazatelů, které obsahuje rámec českého HSPA	55
Příloha E. Přehled správců zdravotnických údajů a zdrojů dat v ČR	91
Poznámky	102

## OBRÁZKY

Obrázek 1.1. Přehled projektu rámce českého HSPA	12
Obrázek 1.2. Projektové týmy a jejich členové	13
Obrázek 2.1. Účel českého HSPA	16
Obrázek 3.1. Rámec českého HSPA	19
Obrázek 4.1. Porovnání zohledněné při výběru ukazatelů HSPA	22
Obrázek 4.2. Proces výběru ukazatelů pro naplnění rámce českého HSPA	25
Obrázek 4.3. Konečný počet ukazatelů pro jednotlivé (sub)domény rámce českého HSPA	26
Obrázek 5.1. Struktura řízení českého HSPA	33
Obrázek 5.2. Účel HSPA navázaný na řídicí struktury HSPA a výstupy	35
Obrázek 6.1. Plán implementace: kroky vedoucí k první české zprávě HSPA do 1,5 roku	38
Obrázek 6.2. Doporučené pracovní postupy pro sběr a analýzu údajů HSPA – roční cyklus	39
Obrázek A A.1. HSPA mají do značné míry podobný rámec: příklad z Irska	45
Obrázek A B.1. Strategické cíle Zdraví 2030 se týkají zdraví obyvatelstva, výkonnosti zdravotnického systému a vědy a výzkumu	47
Obrázek A C.1. Příklady společných domén používaných v rámcích HSPA v Evropě	49
Obrázek A C.2. Prostřednictvím procesu budování konsenzu ohledně HSPA bylo identifikováno 135 potenciálních témat	50
Obrázek A C.3. Hlasování určilo jako pět hlavních témat zdravotní stav, nákladovou efektivitu, kvalitu, strukturu dat a čekací doby	51
Obrázek A C.4. Návrh rámce českého HSPA vypracovaný během workshopů k vytvoření rámce v dubnu 2022	51
Obrázek A C.5. Navázání technických fokusních skupin na první návrh rámce HSPA	52
Obrázek A E.1. Struktura Národního zdravotnického informačního systému	99

## INFOGRAFIKY

Infografika A D.1. Doba dožití	57
Infografika A D.2. Úmrtnost	58
Infografika A D.3. Odvratitelná úmrtnost	60
Infografika A D.4. Subjektivní zdraví	61
Infografika A D.5. Hospitalizace a chronická onemocnění	64
Infografika A D.6. Míra nemocnosti a ohrožení depresí	65
Infografika A D.7. Kouření, konzumace alkoholu a kardiovaskulární riziko	67
Infografika A D.8. Spotřeba vybraných potravin a prevalence metabolického syndromu	68
Infografika A D.9. Předčasná úmrtí v důsledku znečištění ovzduší	70



Infografika A D.10. Nežádoucí události	73
Infografika A D.11. Smrtnost, dodržování klinických pokynů, a přežití rakoviny	75
Infografika A D.12. Odvratitelné hospitalizace	79
Infografika A D.13. Kontinuita péče – výsledky pacientů	81
Infografika A D.14. Screening karcinomů a zachycení karcinomu v raném stadiu	83
Infografika A D.15. Studenti lékařství a ošetřovatelství	87
Infografika A D.16. Výdaje na zdravotní péči v Česku podle typu péče na jednoho obyvatele	89

## TABULKY

Tabulka 1.1. Zasedání a workshopy hlavní pracovní skupiny	14
Tabulka 3.1 Popis domén a subdomén českého HSPA	20
Tabulka 4.1. Počet hlasů podle subdomén přidělených v rámci bodování ukazatelů	24
Tabulka 4.2. Seznam navržených ukazatelů pro české HSPA	27
Tabulka A B.1. Praktická uplatnění rozsahu a účelu českého HSPA	46
Tabulka A B.2. Ukazatele, o kterých pojednává dokument Zdraví 2030, ve vztahu ke specifickým cílům	48
Tabulka A D.1. Ukazatele naděje dožití a úmrtnosti	56
Tabulka A D.2. Ukazatele odvrátitelné úmrtnosti	59
Tabulka A D.3. Ukazatele subjektivního zdraví	61
Tabulka A D.4. Ukazatele zátěže nemocí	63
Tabulka A D.5. Ukazatele rizikových návyků	66
Tabulka A D.6. Ukazatele stravovacích návyků a výživy	67
Tabulka A D.7. Ukazatele tělesné aktivity	69
Tabulka A D.8. Ukazatele rizik životního prostředí	69
Tabulka A D.9. Ukazatele finanční dostupnosti	71
Tabulka A D.10. Ukazatele geografické (místní) dostupnosti	71
Tabulka A D.11. Ukazatele čekacích dob	72
Tabulka A D.12. Ukazatele bezpečí	73
Tabulka A D.13. Ukazatele klinické efektivity	74
Tabulka A D.14. Ukazatele odpovídající péče	76
Tabulka A D.15. Ukazatele zaměření na člověka	77
Tabulka A D.16. Ukazatele finanční stability	78
Tabulka A D.17. Ukazatele koordinace péče	79
Tabulka A D.18. Ukazatele kontinuity péče	80
Tabulka A D.19. Ukazatele dlouhodobé péče	81
Tabulka A D.20. Ukazatele prevence	82
Tabulka A D.21. Ukazatele nákladově efektivního poskytování péče	84
Tabulka A D.22. Ukazatele spravedlivého poskytování péče	84
Tabulka A D.23. Ukazatele současných kapacit pracovní síly	85
Tabulka A D.24. Ukazatele budoucích kapacit pracovní síly	86
Tabulka A D.25. Ukazatele infrastruktury zdravotnických informací	88
Tabulka A D.26. Ukazatele výzkumu a vývoje a zdravotnických technologií	88
Tabulka A D.27. Ukazatele financování	89
Tabulka A D.28. Ukazatele odolnosti	90

# Použité zkratky

MZ	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MF	Ministerstvo financí České republiky
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
ČSÚ	Český statistický úřad
EUROSTAT	Statistický úřad Evropské unie
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZP	zdravotní pojišťovna / zdravotní pojišťovny
SZP	Svaz zdravotních pojišťoven
HSPA	Hodnocení výkonnosti zdravotního systému, <i>Health system performance assessment</i>
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
WHO	Světová zdravotnická organizace
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
KZP	Kancelář zdravotního pojištění
EU	Evropská unie
CZE	Česká republika
EHIS	Evropské výběrové šetření o zdraví, <i>European Health Interview Survey</i>
SHARE	Šetření zdraví, stárnutí a odchodu do důchodu v Evropě, <i>Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe</i>
NRHZS	Národní registr hrazených zdravotních služeb
SES	Socioekonomický status
PaRIS	Výběrové šetření pacientů, projekt OECD <i>Patient Reported Indicator Survey</i>
EU-SILC	Statistiky Evropské unie o příjmech a životních podmínkách, <i>European Union Statistics on Income and Living Conditions</i>
NOR	Národní onkologický registr
HLAB	Poradní sbor na vysoké úrovni projektu HSPA

# Shrnutí

Hodnocení výkonnosti zdravotních systémů (HSPA) hraje nedílnou úlohu při zajišťování vysoké výkonnosti zdravotních systémů a poskytování kvalitní péče pacientům. Je důležitým nástrojem pro tvůrce zdravotních politik a slouží k zajištění toho, aby služby odpovídaly potřebám obyvatelstva, pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb. V České republice chyběl rámec HSPA a národní orgány považovaly jeho vypracování za užitečný přístup k měření a hodnocení českého zdravotního systému. Projekt „Vytvoření rámce pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému v České republice“ vyplnil tuto mezeru tím, že vytvořil rámec HSPA specifický pro danou zemi, který je přizpůsoben potřebám České republiky a uznáván všemi zúčastněnými stranami zdravotního systému.

Rámec HSPA pro Českou republiku je navržen tak, aby pomohl českému zdravotnímu systému zlepšit plánování, monitorování a rozhodování. Je výsledkem úzké spolupráce mezi českými orgány a zúčastněnými stranami zdravotního systému, podpořeným technickou pomocí OECD a financováním Evropské komise. Tato zpráva popisuje rámec HSPA pro Českou republiku, proces jeho vývoje, strukturu řízení a plán implementace. Dále uvádí podrobnosti o doménách rámce českého HSPA, které jsou doplněny ukazateli vybranými na základě komplexního procesu posouzení a selekce, do něhož byly zapojeny všechny zúčastněné strany.

Účelem českého HSPA je umožnit posouzení silných a slabých stránek českého zdravotního systému, a to i v kontextu mezinárodního srovnání, a zhodnotit pokrok dosažený v průběhu času. Jeho zavedení zvýší odpovědnost národních orgánů a hlavních zúčastněných stran ve zdravotnictví, zlepší zapojení veřejnosti, usnadní tok informací v celém zdravotnictví a umožní plánování a monitorování reforem. Poradní sbor na vysoké úrovni, složený z hlavních zúčastněných stran českého zdravotního systému, se pravidelně zabýval vytvářeným rámcem HSPA a schválil jeho konečnou verzi a související řídicí struktury a plán jeho implementace.

Rámec českého HSPA se skládá z dvanácti domén rozdělených do čtyř oblastí: výsledky, výstupy, procesy a struktury. Domény jsou dále rozděleny do 28 subdomén, které pokrývají různé aspekty českého zdravotního systému, aby byly v souladu s definovaným účelem a rozsahem HSPA. Rámec českého HSPA tvoří celkem 122 ukazatelů, které byly vybrány v rámci komplexního víceúrovňového procesu výběru a dále upřesněny se zúčastněnými stranami zdravotního systému a správci zdravotnických údajů prostřednictvím písemného postupu a individuálních konzultací. Většina ukazatelů již existuje a je často vykazována v mezinárodních databázích; dalších 30 ukazatelů je v různých fázích vývoje a chybí jim buď vypracovaná metodika, nebo příslušné národní údaje, případně obojí.

Při výběru ukazatelů se hodnotila jak jejich vhodnost pro použití (dostupnost a připravenost datových sad), tak vhodnost pro daný účel (smysluplnost z hlediska rámce HSPA), spolu s jejich možností srovnávání na mezinárodní a regionální úrovni a/nebo dostupností časových řad. Vzhledem k národním cílům a politickým prioritám v oblasti zdraví jsou některé ukazatele HSPA přímo propojeny se sledováním strategických priorit.

Navržená řídicí struktura pro HSPA má usnadnit spolupráci zúčastněných stran nad rámec původního projektu, v kterém byl rámec vytvořen. Zavedení a každodenní používání HSPA bude probíhat na třech úrovních řízení, přičemž na nejvyšší úrovni bude Rada HSPA, formalizovaná prostřednictvím příkazu ministra zdravotnictví a zahrnující hlavní zúčastněné strany zdravotního systému a správce relevantních dat. Koordinační orgán na Ministerstvu zdravotnictví doplní technické skupiny zřízené při institucích, které jsou správci ukazatelů HSPA. Každoroční konference zainteresovaných stran (stakeholder konference) by pak měly zajistit průběžné zapojení všech zúčastněných stran z oblasti zdravotnictví do HSPA.

Plán implementace HSPA je navržen v první fázi na jeden a půl roku, s vydáním první úplné zprávy českého HSPA v lednu 2025, a následně pro čtyřleté cykly. Při nastavování procesu HSPA byl kladen důraz na jeho kontinuitu, což umožní provádět HSPA činnosti pravidelně. Udržitelnost procesu HSPA bude dosažena prostřednictvím pravidelně poskytované zpětné vazby a dalšího zdokonalování rámce HSPA v reakci na měnící se priority zdravotní politiky.

Seznam ukazatelů, které byly během projektu vytvoření rámce českého HSPA vybrány, je určen jako vstup pro implementační fázi HSPA. Proto má tento dokument sloužit jako referenční příručka či návod, který poskytuje podrobné informace o možném členění údajů u každého ukazatele, možnosti jeho srovnání a referenčních hodnot, metodice, primárním zdroji údajů, správci údajů a správci ukazatele, spolu s uvedením oblastí, kde je zapotřebí další diskuse. Předpokládá se, že během implementační fáze proběhnou mezi zúčastněnými stranami HSPA další diskuse, když budou vypracovávány podrobné technické listy jednotlivých ukazatelů.

Česká republika se ve svém úsilí o vytvoření národního rámce HSPA připojuje k dalším zemím, které používají nebo vytvářejí vlastní rámce HSPA. Vzhledem k decentralizované povaze českého zdravotnického systému bylo za rozhodující faktor úspěchu označeno široké zapojení zúčastněných stran do procesu tvorby rámce. Tato zpráva tedy hodnotí proces vytvoření českého rámce HSPA a výběru ukazatelů, který přispěl k potřebnému budování národních kapacit HSPA v České republice.

# 1 Úvod

Hodnocení výkonnosti zdravotních systémů hraje nedílnou roli při zajišťování toho, aby zdravotní systémy poskytovaly pacientům kvalitní péči a zdravotní služby. Je to důležitý nástroj pro tvůrce zdravotní politiky a slouží k zajištění toho, aby služby odpovídaly potřebám široké populace, pacientů a poskytovatelů zdravotní péče. Hodnocení výkonnosti zdravotního systému zahrnuje rutinní posuzování výkonnosti zdravotního systému jako celku – zdravotních výsledků, výstupů zdravotní péče, procesů a struktur – s cílem určit oblasti, které je třeba zlepšit, kde lze efektivněji alokovat zdroje, a zda jsou plněny politické cíle.

V České republice chyběl rámec HSPA, který národní orgány považovaly za cenný přístup k měření a hodnocení zdravotního systému. Vzhledem k decentralizované povaze českého zdravotnického systému, v němž jsou odpovědnosti za zdravotní péči rozděleny mezi ústřední vládu, kraje, pojišťovny a poskytovatele zdravotní péče, byla dohoda o struktuře řízení českého systému HSPA spolu s širokým zapojením zúčastněných stran do procesu tvorby rámce od samého počátku projektu označena za rozhodující faktor úspěchu.

V polovině roku 2021 byl zahájen projekt zaměřený na vytvoření rámce HSPA pro Českou republiku podporovaný EU. Akci financovala Evropská unie prostřednictvím nástroje technické podpory a prováděla ji OECD společně s generálním ředitelstvím Evropské komise pro podporu strukturálních reforem. Očekávaným výsledkem projektu bylo vytvoření rámce českého HSPA, který by vnitrostátním orgánům umožnil zavést institucionální rámec pro vykazování ukazatelů výkonnosti zdravotního systému.

Tato zpráva je jedním z klíčových výstupů projektu Vytvoření rámce pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému v České republice. Podrobně popisuje konečnou verzi projektu rámce českého HSPA, jeho domény a subdomény a ukazatele, které byly vybrány pro realizaci prvního českého HSPA, který by měl na tento projekt navazovat. Zpráva dále popisuje strukturu řízení HSPA, na které se dohodly hlavní zúčastněné strany, a podrobně popisuje další kroky v plánu implementace HSPA. V neposlední řadě zpráva hodnotí český proces tvorby rámce a proces výběru ukazatelů, což vše přispělo k nezbytnému budování kapacit HSPA v zemi.

## 1.1. Projekt rámce českého HSPA

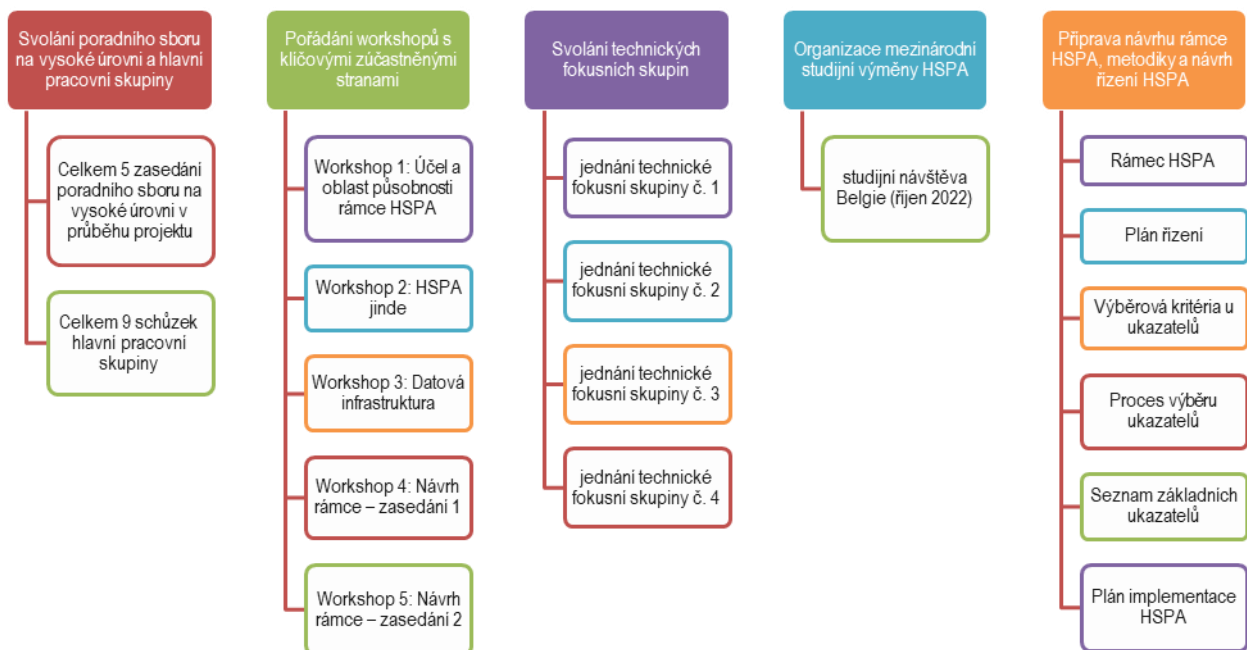
Rámce pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému (HSPA) byly v předchozích desetiletích vytvořeny a používány v různých zemích a regionech a spojily zúčastněné strany ve zdravotnictví, aby sdílely společné cíle zdravotního systému a podpořily svou spolupráci při dosahování vyšších cílů zdravotního systému. Česká republika se ve svém úsilí o vytvoření národního rámce HSPA připojuje k dalším zemím, které používají nebo vytvářejí vlastní rámce HSPA. V poslední době je rozvoj národních rámců HSPA systematicky podporován Evropskou unií (Albrecht, v tisku<sup>[1]</sup>).

Z mezinárodních zkušeností vyplývá, že k tomu, aby rámec HSPA sloužil svým účelům, je třeba podniknout několik kroků (více informací o koncepcích vývoje rámců HSPA a mezinárodní praxi viz Příloha A). Nejprve je třeba definovat jasné cíle a rozsah HSPA. Měla by být přezkoumána dostupnost údajů a politické priority by měly být přiřazeny k cílům HSPA. Po vytvoření rámce HSPA musí být domény naplněny příslušnými ukazateli, které umožní pravidelnou aktualizaci údajů a včasné podávání zpráv. Při výběru je třeba zohlednit také požadavek na dostupnost údajů a užitečnost ukazatelů pro více zúčastněných stran. Kromě

toho by měl být rámec prováděn objektivně, transparentně a konzistentně a měl by zahrnovat mechanismy zajištění kvality, jako je přezkum a konzultace se zúčastněnými stranami. A konečně, každý HSPA musí být přizpůsoben potřebám konkrétní země, ve které je prováděn, aby byl rámec relevantní a smysluplný pro národní priority.

Český projekt vytvoření rámce HSPA na tyto mezinárodní zkušenosti a praxi navázal. Vývoj rámce a proces výběru ukazatelů byly navíc řízeny inkluzivním, vysoce konzultativním a iterativním způsobem, aby se podpořil pocit vlastnictví vytvořeného rámce mezi vnitrostátními orgány a zúčastněnými stranami v oblasti zdravotní péče. Obrázek 1.1 ukazuje přehled projektu vytvoření rámce českého HSPA a Obrázek 1.2 uvádí projektové týmy. Projekt byl zahájen v září 2021 a skončil v červnu 2023. Oficiální spuštění nově vytvořeného rámce českého HSPA se uskutečnilo 24. května 2023 v Praze.

**Obrázek 1.1. Přehled projektu rámce českého HSPA**



Obrázek 1.2. Projektové týmy a jejich členové



Projekt řídil poradní sbor na vysoké úrovni (HLAB). Jeho členy byli zástupci na vysoké úrovni, například náměstci ministrů, ředitelé a vedoucí odborů zúčastněných stran. HLAB měl přehled o celém projektu a dohlížel na jeho vývoj. Sledoval průběh projektu a poskytoval organizační stanoviska a podněty k vypracovaným materiálům a schvaloval průběžné a konečné výstupy projektu.

Řídící tým projektu byl složen ze zástupců Ministerstva zdravotnictví a týmu OECD a v průběhu celého projektu se pravidelně scházel, připravoval programy jednání a podklady pro jednání a formuloval návrhy k projednání na schůzkách pracovní skupiny a HLAB. Tým OECD poskytl mezinárodní odborné znalosti a vědomosti, řídil a moderoval diskuse zúčastněných stran a provedl přezkum dostupných údajů o českém zdravotnictví a zdravotnickém systému a jeho infrastruktuře, toku dat mezi institucemi a sdílení informací.

Během projektu se uskutečnilo celkem devět schůzek hlavní pracovní skupiny (Tabulka 1.1). Pět z těchto setkání mělo podobu specializovaného workshopu. V rámci projektu OECD rovněž analyzovala současný stav českých zdravotnických dat, uspořádala sérii čtyř odborných diskusí v rámci technických fokusních skupin a uspořádala mezinárodní studijní cestu českých představitelů do Belgie. Tyto činnosti podpořily vývoj rámce HSPA a byly součástí inkluzivního procesu výběru ukazatelů (viz Příloha C).

**Tabulka 1.1. Zasedání a workshopy hlavní pracovní skupiny**

Datum	Počet účastníků	Téma setkání
1. října 2021	35	Účel a oblast působnosti rámce HSPA v České republice
9. listopadu 2021	40	HSPA jinde – zkušenosti s HSPA v jiných zemích
27. ledna 2022	35	Infrastruktura zdravotnických dat v ČR – přezkum dostupné infrastruktury zdravotních údajů a údajů o zdravotnickém systému, toku a sdílení dat mezi institucemi
4. dubna 2022	30	Návrh rámce – zasedání 1 – hledání témat a domén HSPA
5. dubna 2022	30	Návrh rámce – zasedání 2 – příprava návrhu rámce HSPA
25. ledna 2023	27	Aktualizace rámce HSPA a další kroky
24. března 2023	25	Naplnění rámce indikátory (část I)
27. března 2023	25	Naplnění rámce indikátory (část II)
24. dubna 2023	25	Finalizace rámce

## Další informace

Příloha A: Koncepce vývoje rámce HSPA a mezinárodní praxe.

Příloha C: Proces stanovení domén rámce českého HSPA.

- Workshopy k vytvoření rámce HSPA
- Technické fokusní skupiny
- Studijní návštěva Belgie



## 2 Účel a rozsah českého HSPA

Tento oddíl popisuje účel a rozsah HSPA a proces, který vedl k jeho definování a vzájemnému uznání mezi zúčastněnými stranami. Ukazuje také vazby, které má HSPA na národní strategické priority v oblasti zdraví a zdravotní politiky. Více informací o operacionalizaci HSPA a strategickém rámci rozvoje péče o zdraví v České republice Zdraví 2030 je uvedeno v Příloha B.

### 2.1. Proces

Účel a rozsah českého HSPA byly vypracovány na základě konzultací se členy hlavní pracovní skupiny a poradního sboru na vysoké úrovni (HLAB). Dne 1. října 2021 se k tomuto tématu konal zvláštní workshop pracovní skupiny. Na základě tohoto workshopu a následných konzultací vzali členové HLAB na vědomí první návrh účelu a rozsahu HSPA na svém zasedání v lednu 2022 a jeho podrobnou verzi na zasedání v červnu 2022. Tato podrobná verze byla dále zpřesněna a vyjasněna, zejména v souladu s postupným vývojem rámce HSPA, činností technických fokusních skupin a konzultacemi se členy pracovních skupin.

Od samého počátku projektu jeho účastníci identifikovali významnou hodnotu toho, že bude existovat specializovaný český HSPA, a zdůrazňovali potřebu vytvořit udržitelnou správu HSPA od samého počátku jeho realizace. V lednu 2023 schválil HLAB navrhovanou strukturu správy HSPA, která jasně propojuje hlavní výstupy HSPA s jeho definovaným účelem a rozsahem (viz oddíl 5.3).

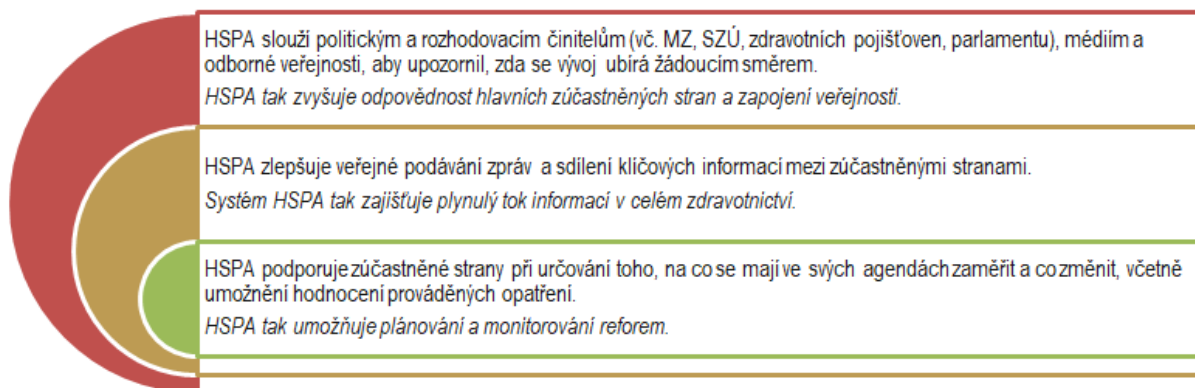
### 2.2. Účel českého HSPA

Schválený účel českého HSPA je znázorněn na Obrázek 2.1. Cílem českého HSPA je podpořit zúčastněné strany ve zdravotnictví v jejich úsilí o dosažení ultimátního cíle českého zdravotního systému. Tento cíl definuje Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (tzv. Zdraví 2030) takto: „Zdravotní stav všech skupin obyvatelstva se neustále zlepšuje.“ Podrobněji je popsán v úvodní části dokumentu Zdraví 2030 (MZČR, 2020<sup>[2]</sup>).

Cílem implementace HSPA je zvýšit odpovědnost hlavních zúčastněných stran, zlepšit zapojení veřejnosti, zajistit plynulý tok informací v celém zdravotnictví a umožnit plánování a monitorování reform. Rámec HSPA celkově umožní posoudit silné a slabé stránky českého zdravotnického systému.

## Obrázek 2.1. Účel českého HSPA

HSPA umožňuje posoudit silné a slabé stránky českého zdravotnictví, a to i v kontextu mezinárodního srovnání a pokroku dosaženého v čase.



Zdroj: Projekt českého HSPA.

## 2.3. Rozsah českého HSPA

HSPA slouží především jako nástroj, který poskytuje přehled o (ne)žádoucím vývoji v zájmových oblastech zdravotnictví. Cílem HSPA však není nahradit konkrétní analýzu dané problematiky. Může naznačit příčiny určitého vývoje, ale nemusí nutně poskytnout analýzu příčiny samotné.

V souladu s účelem českého HSPA má HSPA také zlepšit zveřejňování informací o stavu českého zdravotnictví, o zdravotním stavu obyvatelstva a o výsledcích zdravotní péče, umožnit srovnání jednotlivých zemí, analýzy vývojových řad a přehled u podskupin obyvatelstva. Proto rozsah rámce poskytuje přehled pro hodnocení v následujících kategoriích:

- vývoj zdravotního stavu,
- změny ve výkonnosti zdravotnictví,
- vývoj kvality zdravotní péče,
- výsledky a dopady opatření zdravotní politiky a investic do systému zdravotnictví ve sféře veřejného zdraví i v poskytování zdravotní péče,
- dostupnost zdravotní péče pro podskupiny obyvatelstva z hlediska geografického, časového a finančního.

## 2.4. Propojení českého HSPA s národními strategickými prioritami

Účel a rozsah českého HSPA výslovně řeší potřebu, aby rámec sledoval prioritní oblasti politiky. Proto byly oblasti a ukazatele HSPA vybrány (viz oddíly 3 a 4) s ohledem na národní cíle v oblasti zdraví a některé ukazatele se přímo shodují s ukazateli zahrnutými do sledování strategických priorit.

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (tzv. Zdraví 2030) byl poprvé schválen v roce 2019 a v roce 2020 revidován kvůli COVID-19. Ministerstvo zdravotnictví a jeho podřízené orgány jsou odpovědné za jeho naplnění do konce roku 2030. Strategie Zdraví 2030 vychází z předchozích národních strategií v oblasti zdraví, včetně strategie Zdraví 2020, národní strategie elektronického zdravotnictví, reformy primární péče a reformy psychiatrické péče, a zahrnuje je. Cíle strategie Zdraví 2030

naleznete v Příloha B. Mezi další strategické dokumenty zdravotní politiky z poslední doby patří například Národní onkologický plán, který vláda schválila v červnu 2022.

Při přezkumu a výběru ukazatelů byla proto zvláštní pozornost věnována ukazatelům týkajícím se primární péče, péče o duševní zdraví, zubní péče, onkologické péče a paliativní péče. Dostupnost, kvalita, integrované poskytování péče, prevence a pracovní síla patří mezi priority české zdravotní politiky a zároveň jsou nedílnou součástí samotného rámce HSPA (viz oddíl 3.2).

Český rámec HSPA nabízí ke sledování dosažených výsledků v politických prioritách a pokroku v reformách uvedených typů péče více hodnotících úhlů pohledu napříč všemi svými doménami. Například posílení primární péče lze sledovat z hlediska několika domén HSPA: dostupnost poskytování péče, úroveň kontinuity péče, kvalita koordinace péče, odpovídající péče, kapacity pracovní síly a spravedlivé poskytování péče. Další politické priority, jako je kvalita péče, jsou přímo spojeny s určitou doménou rámce.

## Další informace:

Příloha B: Definování rozsahu a účelu HSPA v souladu s národními prioritami v oblasti zdraví.

- Operacionalizace oblasti rozsahu a účelu českého HSPA
- Cíle strategie Zdraví 2030

# 3 **Rámec českého HSPA**

Tento oddíl představuje rámec českého HSPA a popisuje jeho domény a subdomény. Proces vývoje, který vedl k vytvoření a uznání společného rámce HSPA napříč všemi zúčastněnými stranami v odvětví zdravotnictví, je přehledně uveden v Příloha C.

## 3.1. Proces

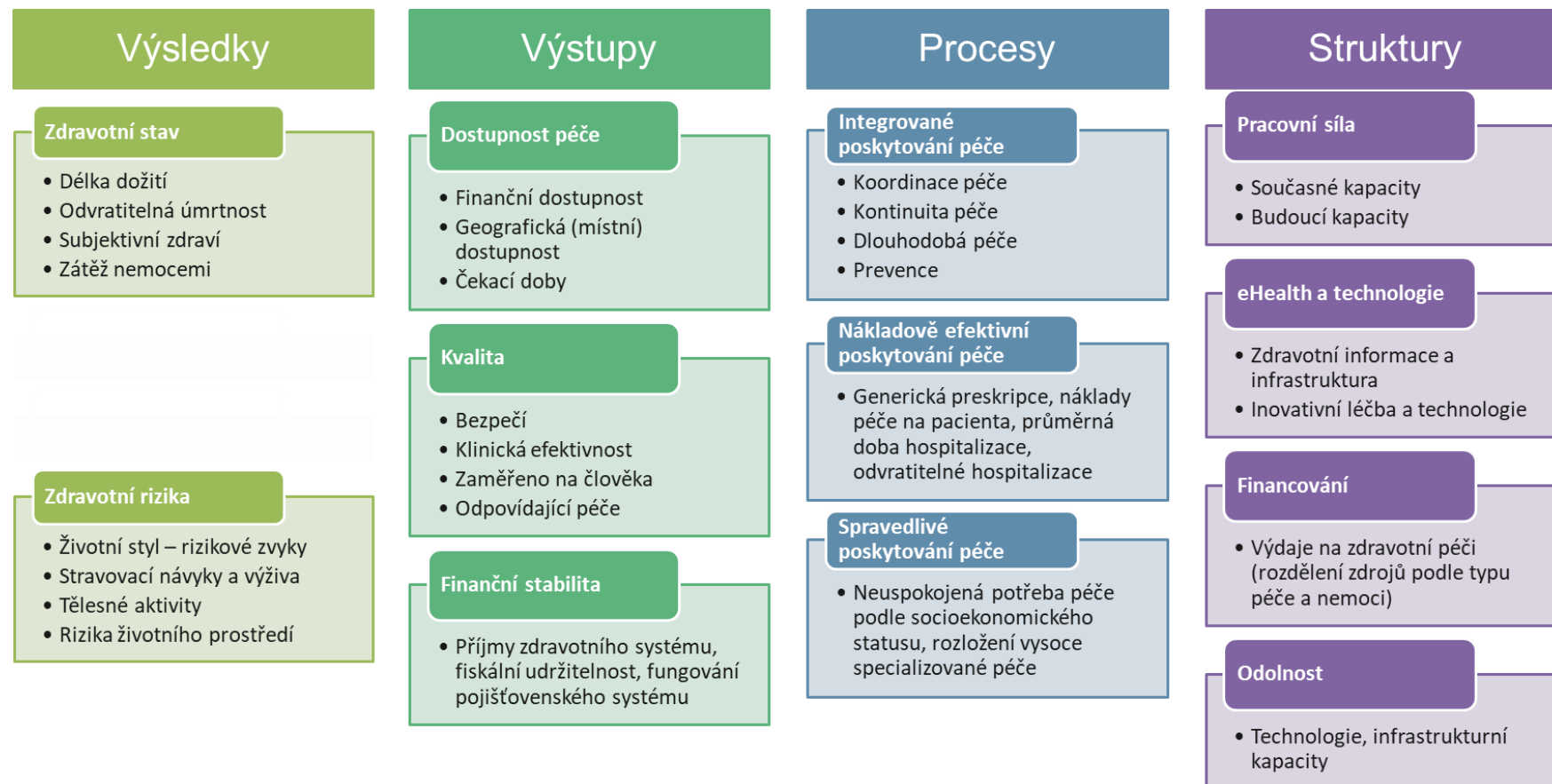
Rámec českého HSPA byl vyvinut v několika iteracích. První návrh byl výstupem interaktivních sezení při workshopech 4 a 5, které se konaly v dubnu 2022 (viz Příloha C). Členové pracovní skupiny vytvářeli témata a nápady, které byly následně seskupeny do společných domén.

Rámec byl dále rozpracováván a upřesňován v průběhu dalších fází projektu na základě diskusí a návrhů vznesených během schůzek fokusních skupin, schůzek řídicího týmu projektu, konzultací v rámci procesu výběru ukazatelů a podnětů od členů poradního sboru na vysoké úrovni. Ten se později pravidelně zabýval vývojem rámce a na svém zasedání v dubnu 2023 schválil konečnou verzi rámce českého HSPA.

## 3.2. Domény a subdomény rámce českého HSPA

Rámec českého HSPA se skládá z dvanácti domén rozdělených do čtyř oblastí: výsledky, výstupy, procesy a struktury (Obrázek 3.1). Domény jsou dále rozpracovány do 28 subdomén, pokrývajících různé aspekty českého zdravotnického systému, s cílem uvést je do souladu s definovaným účelem a rozsahem HSPA (viz oddíly 2.2 a 2.3).

Obrázek 3.1. Rámec českého HSPA



Zdroj: Projekt českého HSPA.

Nejdůležitější výsledky zdravotního systému jsou zahrnuty v doméně Zdravotní stav, která se zabývá délkou dožití a úmrtností, odvrátitelnou úmrtností, subjektivním zdravím a zátěží nemocí. Oblast zdravotních rizik se nachází trochu stranou, protože se zaměřuje na životní styl a prostředí lidí, které není přímým výsledkem zdravotnického systému, ale lze je do jisté míry ovlivnit, například preventivními kampaněmi a zlepšením zdravotní gramotnosti. Tato doména tedy zahrnuje témata rozdělená do skupin podle životního stylu, jako je kouření a konzumace alkoholu, zdravá strava, tělesná aktivita a rizika způsobená životním prostředím.

Jako doplněk k tomu zahrnují tři domény v oblasti výstupů měření přímých výstupů zdravotnického systému se zaměřením na dostupnost a kvalitu zdravotní péče a finanční stabilitu zdravotnického systému. Doména Dostupnost péče zahrnuje tři rozměry dostupnosti zdravotnických služeb, které souvisí s definicemi finanční dostupnosti zdravotní péče, geografické dostupnosti a čekacích dob. Doména Kvalita zahrnuje také téma bezpečí v oblasti zdravotní péče, téma klinické efektivity, téma zaměřením na člověka a téma odpovídající péče. Doména Finanční stabilita se zabývá příjmy zdravotnického systému, fiskální udržitelností a fungováním systému veřejného zdravotního pojištění.

Oblast Procesy popisuje dění ve zdravotnickém systému a odhaluje silné a slabé stránky související s organizací a poskytováním zdravotní péče. V rámci domény Integrované poskytování péče je koordinace zdravotnických služeb popsána jako procesy zahrnující interakce různých poskytovatelů zdravotní péče, které jsou obvykle nutné pro péči o chronicky nemocné osoby. Současně subdoména Kontinuita péče popisuje cestu pacienta systémem a návaznost poskytování péče v případě jedné diagnózy nebo zdravotní události a subdomény Dlouhodobá péče a Prevence doménu Integrované poskytování péče doplňují. Druhá oblast procesů zahrnuje nákladově efektivní poskytování péče a zaměřuje se na oblasti, kde je možné měřit nákladovou efektivitu: předpisy, náklady na léčbu, délka hospitalizace a odvrátitelné hospitalizace. Cílem Spravedlivého poskytování péče je popsat nerovnosti v požívání zdravotní péče na základě socioekonomického statusu, zejména s ohledem na neuspokojené potřeby zdravotní péče z určitých důvodů a pro určité skupiny obyvatel.

Poslední oblast rámce českého HSPA zahrnuje struktury zdravotnického systému, od domén zaměřených na zdravotnické pracovníky až po domény zaměřené na elektronické zdravotnictví (eHealth) a technologie, financování a odolnost zdravotnického systému.

Podrobný popis subdomén českého rámce HSPA je uveden v Tabulce 3.1.

**Tabulka 3.1 Popis domén a subdomén českého HSPA**

Oblast	Doména	Subdoména	Popis
Výsledky	Zdravotní stav	Doba dožití	Doména „doba dožití“ analyzuje střední délku života, střední délku života ve zdraví a hlavní příčiny úmrtí.
Výsledky	Zdravotní stav	Odvratitelná úmrtnost	Doména „odvrátitelná úmrtnost“ je zaměřena na sledování úmrtí z příčin, kterým lze předcházet nebo které lze léčit.
Výsledky	Zdravotní stav	Subjektivní zdraví	Subjektivní vnímání vlastního zdravotního stavu
Výsledky	Zdravotní stav	Zátěž nemocí	Doména „zátěž nemocí“ analyzuje výskyt a prevalenci nejčastějších onemocnění a výskyt komorbidit.
Výsledky	Zdravotní rizika	Rizikové zvyky	Sledování chování souvisejícího s rizikovým životním stylem (např. zneužívání návykových látek)
Výsledky	Zdravotní rizika	Stravovací návyky a výživa	Sledování chování v souvislosti se stravovacími návyky a výživou.
Výsledky	Zdravotní rizika	Tělesná aktivita	Sledování chování souvisejícího s aktivním životním stylem (tj. fyzické cvičení).
Výsledky	Zdravotní rizika	Rizika životního prostředí	Monitorování zdravotních rizik životního prostředí.
Výstupy	Dostupnost péče	Finanční dostupnost	Finanční dostupnost zdravotnických služeb pro pacienty.
Výstupy	Dostupnost péče	Geografická (místní) dostupnost	Geografická (místní) dostupnost zdravotnických služeb.

Oblast	Doména	Subdoména	Popis
Výstupy	Dostupnost péče	Čekací doby	Včasná dostupnost zdravotnických služeb.
Výstupy	Kvalita	Bezpečí	Bezpečí péče lze definovat jako „míru, do jaké systém nepoškozuje pacienta“.
Výstupy	Kvalita	Klinická efektivnost	Efektivnost péče je „míra dosažení žádoucích výsledků a míra, do jaké je péče poskytována v souladu s důkazy (EBM).“
Výstupy	Kvalita	Zaměřeno na člověka	Subjektivní zkušenosti pacientů se zdravotnickým systémem.
Výstupy	Kvalita	Odpovídající péče	Odpovídající péče je zdravotní péče, která je relevantní s ohledem na zdravotní stav pacienta, jeho klinické potřeby a aktuální stav znalostí (tj. péče poskytovaná poskytovatelem se správnou odborností nebo úrovní specializace ve správný čas).
Výstupy	Finanční stabilita		Analýza příjmové stránky systému, analýza finančních zdrojů systému a jejich stability (a dostatečnosti) v čase.
Procesy	Integrované poskytování péče	Koordinovaná péče	Průběžná koordinace více poskytovatelů v péči o chronicky nemocného pacienta, včetně měření důsledků nedostatečné koordinace (např. hospitalizace, kterým se lze vyhnout). (Např. péče oftalmologa, diabetologa a praktického lékaře o pacienta s diabetem)
Procesy	Integrované poskytování péče	Kontinuita péče	Měří cestu pacienta systémem (cesta pacienta), návaznost péče o pacienta mezi jednotlivými poskytovateli v rámci jedné diagnózy (např. časná rehabilitace po infarktu).
Procesy	Integrované poskytování péče	Dlouhodobá péče	Ukazatele popisující fungování dlouhodobé péče a domácí péče.
Procesy	Integrované poskytování péče	Prevence	Schopnost systému zabránit výskytu nemoci (primární prevence, např. pomocí očkování) nebo co nejdříve odhalit nemoc, aby bylo možné bez prodloužení zahájit léčbu (sekundární prevence, např. screeningové programy).
Procesy	Nákladově efektivní poskytování péče		Ukazatele měří způsoby poskytování zdravotní péče, které nejsou považovány za nákladově efektivní. Dále měří důsledky selhání péče, např. odvrátitelné hospitalizace.
Procesy	Spravedlivé poskytování péče		Dostupnost zdravotnických služeb pro pacienty bez ohledu na jejich pohlaví, věk, vzdělání nebo příjem.
Struktury	Pracovní síla	Současné kapacity	Aktuální dostupnost a kapacita zdravotnického personálu.
Struktury	Pracovní síla	Budoucí kapacity	Budoucí dostupnost a kapacity zdravotnického personálu.
Struktury	eHealth a technologie	Infrastruktura zdravotnických informací	Jak rychle a jak snadno jsou zdravotní informace dostupné pacientovi a příslušným poskytovatelům.
Struktury	eHealth a technologie	Inovativní léčebné postupy a technologie	Dostupnost hi-tech vybavení a inovací ve zdravotnictví.
Struktury	Financování		Analýza výdajové stránky systému zdravotní péče (např. podle typů péče, diagnóz).
Struktury	Odolnost		Schopnost systému zdravotní péče absorbovat neočekávané události, reagovat na ně a přizpůsobit se jim.

Zdroj: Projekt českého HSPA.

## Další informace:

Příloha C: Proces stanovení domén rámce českého HSPA.

- Workshopy k vytvoření rámce HSPA
- Technické fokusní skupiny
- Studijní návštěva Belgie

# 4 Naplnění rámce HSPA ukazateli

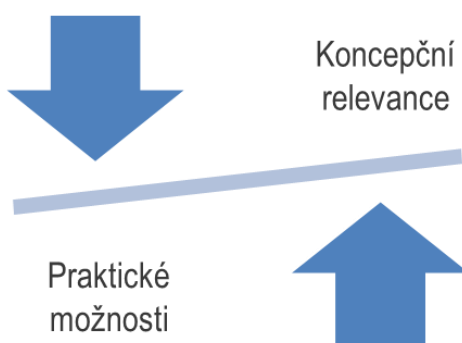
V tomto oddíle je uveden přehled procesu výběru ukazatelů a kritérií použitých k naplnění rámce HSPA (oddíl 4.1). Seznam ukazatelů vybraných a navržených pro implementaci prvního HSPA v České republice je uveden v oddíle 4.2. Podrobnější informace o ukazatelích v rámci každé domény a subdomény, včetně informací o možném členění údajů, metodikách ukazatelů, zdrojích údajů, správcích údajů a správcích ukazatelů, jsou uvedeny v Příloze D.

## 4.1. Proces výběru ukazatelů a kritéria výběru

Výběr ukazatelů pro naplnění domén se opírá o dva hlavní koncepty: 1) smysluplnost ukazatele pro hodnocení výkonnosti a 2) kvalita podkladových údajů a proveditelnost měření. Je třeba dosáhnout rovnováhy mezi koncepčním významem ukazatelů a praktickými možnostmi měření a vykazování vybraných ukazatelů (Obrázek 4.1). Ne všechny vybrané ukazatele musí být v okamžiku návrhu HSPA plně proveditelné a použitelné – některé z nich mohou mít aspirační charakter –, ale je třeba zohlednit závazek a schopnost tyto ukazatele v rámci plánu implementace HSPA vyvinout a zavést do praxe.

Pro účely českého HSPA zahrnovala kritéria výběru ukazatelů také posouzení strategických priorit a cílů zdravotnického systému (např. efektivita, odolnost, dostupnost, zaměření na člověka a kvalita péče) a dílčích dimenzí požadované výkonnosti. Mezi další hlediska patřila proveditelnost vykazování ukazatelů, validita a spolehlivost vybraných ukazatelů a použitelnost pro mezinárodní srovnávání (benchmarking). V konečném procesu výběru byl zohledněn i třetí aspekt – ukazatele vybrané pro určitou doménu nebo subdoménu byly posouzeny jako skupina. Použitá kritéria se zaměřila na to, zda vybrané ukazatele jako skupina popisují (sub)doménu v celé její šíři. Jinými slovy, skupina vynikajících a relevantních ukazatelů vypočtených ze spolehlivých údajů nemusí být dostatečná, pokud tyto ukazatele popisují danou doménu nebo subdoménu pouze částečně, a nikoliv zcela. V takovém případě se v hlavní pracovní skupině diskutovalo o rozšíření skupiny ukazatelů o další existující ukazatel nebo ukazatel k vytvoření, aby byl zachycen celý rozsah (sub)domény.

### Obrázek 4.1. Porovnání zohledněné při výběru ukazatelů HSPA



Zdroj: Vývoj HSPA v Nizozemsku.



#### Rámeček 4.1. Mezinárodní zkušenosti s výběrem ukazatelů HSPA

Země k výběru ukazatelů, které mají být součástí jejich HSPA, během procesu tvorby přistupovaly různě. Malta získala ukazatele na základě tří kritérií: 1) důležitost, 2) proveditelnost a 3) vědecká podloženost. Kritérium důležitosti se na výsledku podílelo 40 % a každé z dalších dvou kritérií představovalo 30 %. Pro zařazení byly zváženy ukazatele, které dosáhly více než 60 %. V Lotyšsku byly ukazatele hodnoceny podle hodnoty (využitelnost pro posouzení referenční hodnoty / referenčního cíle) a schopnosti posoudit vývoj (trendy). Irsko rovněž posuzovalo ukazatele ve dvou hlavních dimenzích: vhodnost pro daný účel (soulad s funkcemi HSPA) a vhodnost pro použití (měřitelnost a metodologická spolehlivost).

Ve Slovinsku byl výběr ukazatelů proveden na základě konsenzu. Výkonnost ukazatele se pak při vykazování kombinuje se „skórem důležitosti“ 0–3. Nizozemsko také použilo konsenzuální proces vývoje, přičemž se zaměřili jak na cíle systému zdravotní péče k určení domén ukazatelů, tak na příslušné ukazatele, které mají být použity, zatímco zdroje údajů a vědecký stav určují dostupnost a spolehlivost údajů pro naplnění ukazatelů.

Diskuse o možných ukazatelích pro český HSPA byla zahájena v pracovní skupině během jejího pátého workshopu v dubnu 2022, poté, co byl vypracován první návrh rámce HSPA. Pro diskusi byl přínosem přehled dostupnosti zdravotnických dat a prostředí toku dat a informací v České republice, který jako podkladový dokument pro jednání připravil tým OECD; přehled správců zdravotnických dat v České republice je uveden v Příloha E. První nápady na možné ukazatele byly shromážděny v rámci skupinového brainstormingu o možných ukazatelích během tohoto workshopu.

Po vypracování prvního návrhu zprávy HSPA se uskutečnilo několik technických fokusních skupin, na kterých se diskutovalo o dostupnosti údajů a možných ukazatelích v jednotlivých doménách podrobněji, přičemž tým OECD poskytl mezinárodní odborné znalosti a vstupy do diskuse národních odborníků; přehled technických fokusních skupin viz Příloha C.

Jako počáteční krok pro proces výběru ukazatelů byl na Ministerstvu zdravotnictví sestaven dlouhý seznam více než 1 400 ukazatelů. Seznam zahrnoval ukazatele vykazované a zveřejňované hlavními správci zdravotnických dat v České republice, ukazatele vykazované Českou republikou do mezinárodních databází, jako jsou Eurostat a OECD, ukazatele zveřejňované mezinárodními organizacemi a projekty na základě údajů poskytovaných na národní úrovni (např. potenciálně ztracené roky života sledované OECD a výsledky šetření SHARE), ukazatele uváděné ve strategických dokumentech českého zdravotnictví a ukazatele navržené jako ukazatele k vytvoření z různých odborných diskusí vedených během tohoto projektu.

Vzhledem k povaze a procesu sběru ukazatelů pro tento dlouhý seznam se některé ukazatele objevily na seznamu vícekrát (byly čerpány z více zdrojů) nebo poskytovaly různou rozlišitelnost a/nebo měrné jednotky pro stejné údaje. Řídící tým projektu proto zkrátil dlouhý seznam na přibližně 400 ukazatelů. Užší seznam byl vytvořen především odstraněním duplicit a seskupením podobných a překrývajících se ukazatelů pod jeden název ukazatele. Dále byly upřednostňovány ukazatele odrážející strategické priority a cíle národního zdravotnického systému, dostupnost a proveditelnost vykazování ukazatelů, validitu a spolehlivost primárních údajů a použitelnost mezinárodního srovnávání.

Většina těchto ukazatelů se již používala a byla pravidelně vykazována Eurostatu, OECD nebo jiným mezinárodním organizacím.

Užší seznam přibližně 400 ukazatelů byl zaslán členům hlavní pracovní skupiny. Členové měli k dispozici několik hlasů v každé subdoméně, které mohli použít k výběru ukazatelů, jež by – podle jejich názoru – nejlépe sloužily účelu HSPA (Tabulka 4.1). Byli požádáni, aby posoudili jak vhodnost použití každého jednotlivého ukazatele, tak vhodnost jednotlivých ukazatelů pro daný účel a skupinu ukazatelů, pro které se rozhodli hlasovat v každé subdoméně.

Tabulka 4.1. Počet hlasů podle subdomén přidělených v rámci bodování ukazatelů

Doména	Subdoména	Počet hlasů přidělených pro bodování
Zdravotní stav	Odvratitelná úmrtnost	2
Zdravotní stav	Zátěž nemocí	6
Zdravotní stav	Subjektivní zdraví	2
Zdravotní stav	Doba dožití	7
Zdravotní rizika	Stravovací návyky a výživa	2
Zdravotní rizika	Rizika životního prostředí	2
Zdravotní rizika	Tělesná aktivita	2
Zdravotní rizika	Rizikové zvyky	4
Dostupnost péče	Finanční dostupnost	2
Dostupnost péče	Geografická dostupnost	2
Dostupnost péče	Čekací doby	2
Kvalita	Odpovídající péče	6
Kvalita	Klinická efektivnost	4
Kvalita	Zaměřeno na člověka	2
Kvalita	Bezpečí	3
Finanční stabilita		4
Integrované poskytování péče	Kontinuita péče	2
Integrované poskytování péče	Koordinovaná péče	2
Integrované poskytování péče	Dlouhodobá péče	2
Integrované poskytování péče	Prevence	6
Nákladově efektivní poskytování péče		6
Spravedlivé poskytování péče		2
Pracovní síla	Kapacity	6
Pracovní síla	Budoucí potřeby	2
Pracovní síla	Nedostatek	2
eHealth a technologie	Infrastruktura zdravotnických informací	3
eHealth a technologie	Výzkum a vývoj a zdravotnické technologie	1
Financování		7
Odolnost		7

Poznámka: Hlasy byly přiřazeny doménám a subdoménám podle návrhu rámce českého HSPA z února 2023. Na základě výsledků bodového ohodnocení ukazatelů a následných konzultací s odborníky byly v rámci HSPA ještě provedeny drobné úpravy.

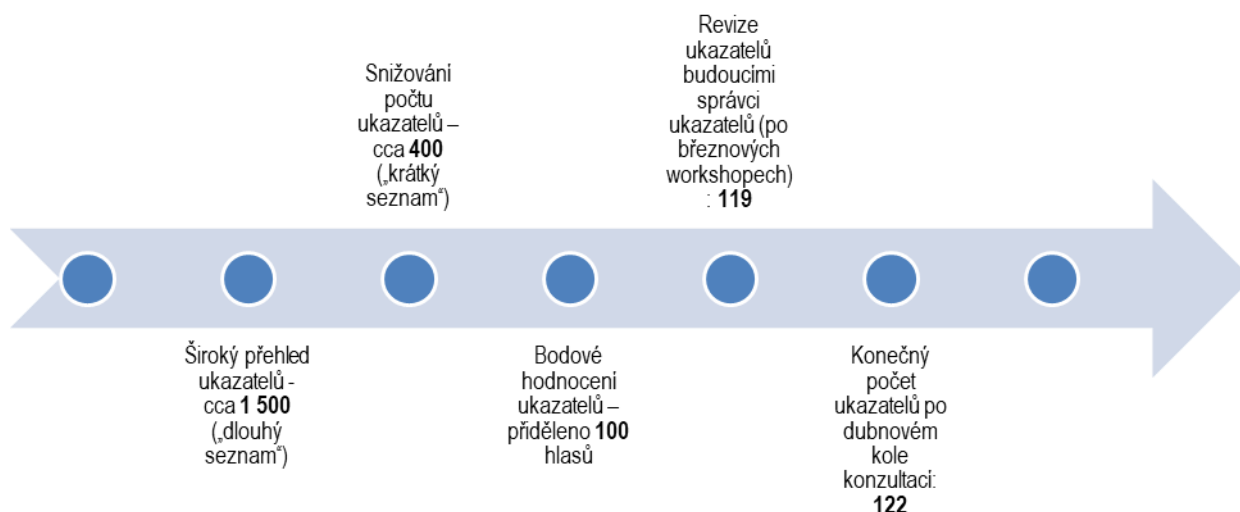
Zdroj: Projekt českého HSPA, únor 2023.

Na obodování ukazatelů se podílelo celkem 24 odborníků z 16 institucí, kteří zastupovali poskytovatele zdravotní péče (26 %), pacienty (10 %), systémový pohled (42 %) a zdravotní pojišťovny (21 %). Hlasy přidělené jednotlivými odborníky byly váženy, aby se zohlednila skutečnost, že různé skupiny zúčastněných stran (např. pacienti vs. poskytovatelé) nebyly zastoupeny rovnoměrně. Výběr ukazatelů napříč doménami byl mezi skupinami zúčastněných stran překvapivě jednotný, takže předběžný konečný výběr ukazatelů byl do značné míry konsenzuální.

Výsledky hlasování zúčastněných stran byly předloženy opět hlavní pracovní skupině ke zpětné vazbě a další diskusi během 7. a 8. workshopu (konaných v březnu 2023), kde proběhla podrobná diskuse ke každému jednotlivému vybranému ukazateli i k celku (sub)doménových ukazatelů. Během těchto workshopů se objevilo několik nápadů a návrhů, které vedly k dalšímu zpřesnění rámce HSPA a k vyřazení některých ukazatelů a přidání několika dalších. Seznam 119 ukazatelů byl zaslán ke kontrole hlavním českým správcům dat a následně proběhly individuální konzultace řídicího týmu projektu HSPA se zástupci institucí, které budou správci většiny ukazatelů HSPA. Proběhla podrobná jednání s ČSÚ, Státním zdravotním ústavem a ÚZIS. U ukazatelů s možností volby zdroje dat byly zvažovány různé zdroje dat,

někdy byl ukazatel nahrazen podobným, ale relevantnějším; v některých případech byl ukazatel vyloučen kvůli známým problémům s validitou primárních dat. Konečný seznam 122 ukazatelů byl zaslán hlavní pracovní skupině k závěrečnému přezkumu a předložen na posledním zasedání hlavní pracovní skupiny v dubnu 2023.

**Obrázek 4.2. Proces výběru ukazatelů pro naplnění rámce českého HSPA**

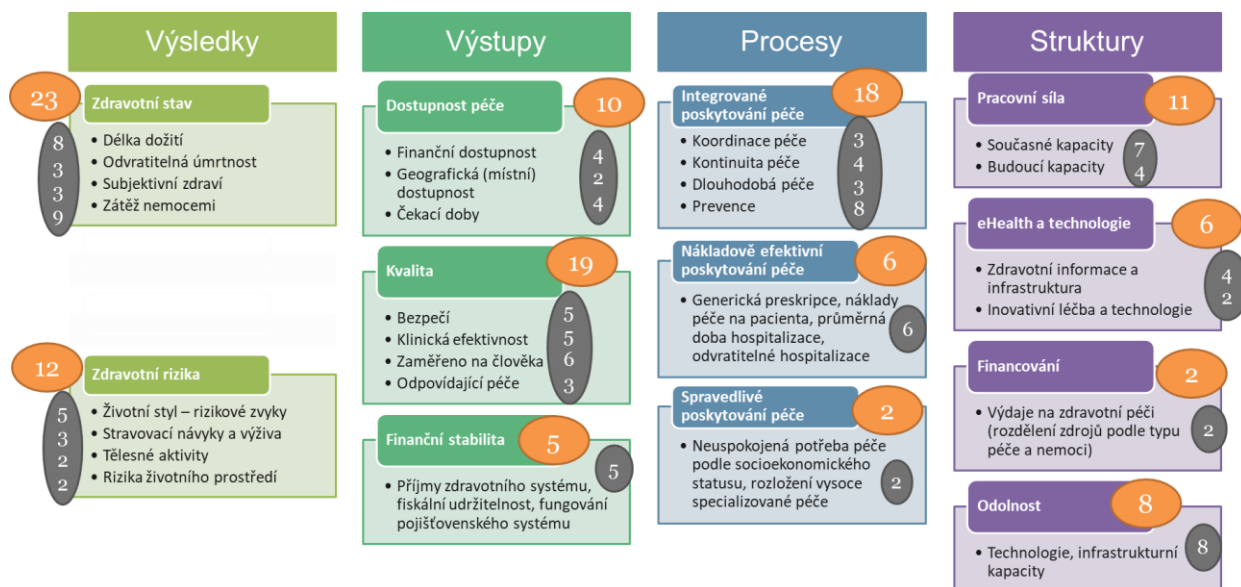


Zdroj: Projekt českého HSPA.

## 4.2. Ukazatele vybrané pro český HSPA

Celkem bylo pro český rámec HSPA vybráno 122 ukazatelů. Výběr byl proveden na základě iterativního procesu konzultací s členy pracovní skupiny. Tento proces těžil ze stanovení rozsahu a bodového ohodnocení, jak je popsáno v oddíle 4.1 výše. Protože byl kladen důraz na dostupnost dat, většina ukazatelů pochází z existujících zdrojů a je připravena k implementaci pro první kolo HSPA v České republice. Nicméně dalších přibližně 32 ukazatelů je k vytvoření a je třeba je dále rozvíjet. Ty jsou dvojího druhu. Primární údaje již mohou existovat (jsou shromažďovány), ale zatím neexistuje jasná shoda na metodice ukazatelů. Případně byl ukazatel inspirován existující metodikou ukazatele v jiné zemi nebo mezinárodní organizaci a jeho metodika musí být lokalizována na český obsah a dostupnost údajů vyžaduje prověření a/nebo další rozvoj. Obrázek 4.3 uvádí počty ukazatelů v každé doméně a subdoméně rámce.

Obrázek 4.3. Konečný počet ukazatelů pro jednotlivé (sub)domény rámce českého HSPA



Poznámka: Počet ukazatelů pro domény je ve žlutých kroužcích, počet ukazatelů pro subdomény je v šedém kroužku.

Zdroj: Projekt českého HSPA.

V Tabulce 4.2 je uveden seznam vybraných ukazatelů podle 12 domén a 28 subdomén rámce HSPA. U každého ukazatele jsou uvedeny informace o doméně, subdoméně a názvu ukazatele. Podrobné informace o ukazatelích jsou uvedeny v Příloze D. Ukazatele byly vybrány tak, aby odrážely rozsah a hloubku jednotlivých domén, ale také aby odrážely probíhající reformy v oblasti zdravotnictví nebo vrhaly světlo na stávající problémy – například stav duševního zdraví, finanční dostupnost zubní péče, pokrok v oblasti elektronického zdravotnictví a další. Seznam ukazatelů vybraných během tohoto projektu bude sloužit jako vstup pro nadcházející implementační fázi HSPA. Předpokládají se další jednání mezi zúčastněnými stranami HSPA, zejména správci údajů a navrhovanými správci ukazatelů, která se považují za vhodná pro vypracování podrobných technických listů pro každý jednotlivý ukazatel (viz oddíl 6.2).

Příloha D poskytuje podrobné informace o ukazatelích v jednotlivých doménách rámce. Pro každou doménu je uveden přehled vybraných ukazatelů spolu se speciální tabulkou. Tato tabulka obsahuje informace o možném členění údajů každého ukazatele, možném srovnávání (mezinárodní, regionální a časové řady, pokud jsou k dispozici), metodice ukazatele, primárním zdroji údajů, správci údajů a správci ukazatele. Primárním zdrojem dat mohou být administrativní údaje zdravotních pojišťoven (úhradové údaje od poskytovatelů, které ÚZIS spravuje v Národním registru hrazené zdravotní péče, NRHVS), údaje z klinických nebo populačních registrů a různé údaje z výkaznictví a šetření. V posledním případě je uveden také název šetření. Správce údajů označuje instituci, která je odpovědná za sběr údajů a jejich správu, zatímco správce ukazatele je instituce odpovědná za kontextualizaci a výklad ukazatele v rámci českého HSPA. V mnoha případech je správcem údajů a správcem ukazatelů stejná instituce, zatímco v jiných případech se správci údajů a ukazatelů liší.

V některých případech, kdy existují alternativy, je třeba ještě rozhodnout o výběru zdroje údajů, což bude mít přímý dopad na možné členění ukazatelů. Během implementační fáze HSPA se předpokládají diskuse například o výběru údajů ze šetření vs. administrativní údaje (údaje o úhradách) u určitých ukazatelů. Zatímco první z nich umožňují členění podle socioekonomického statusu, druhé jsou přesnější a umožňují regionální srovnání. Podobně i v případě některých dalších ukazatelů je třeba dále diskutovat o použití výsledků mezinárodních a národních šetření.

## Tabulka 4.2. Seznam navržených ukazatelů pro české HSPA

Seznam navržených ukazatelů je výsledkem iterativních konzultací se členy hlavní pracovní skupiny a dalšími odborníky a stanovení rozsahu ukazatelů a jejich bodového ohodnocení a slouží jako vstup pro implementační fázi HSPA.

Doména	Subdoména	Název ukazatele	Stav ukazatele
Zdravotní stav	Doba dožití	Střední délka života při narození, podle pohlaví (roky)	Existuje
Zdravotní stav	Doba dožití	Délka života ve zdraví při narození, podle pohlaví (roky)	Existuje
Zdravotní stav	Doba dožití	Střední délka života, podle pohlaví (roky)	Existuje
Zdravotní stav	Doba dožití	Délka života ve zdraví v 65 letech, podle pohlaví (roky)	Existuje
Zdravotní stav	Doba dožití	Hlavní příčiny úmrtnosti (%)	Existuje
Zdravotní stav	Doba dožití	Peri-neonatální úmrtnost podle věku matky, bydliště a výskytu (hlth_cd_aperro)	Existuje
Zdravotní stav	Doba dožití	Úmrtnost na nemoci krevního oběhu (specifická míra onemocnění na 100 000 obyvatel (věkově standardizovaná))	Existuje
Zdravotní stav	Doba dožití	Úmrtnost na rakovinu podle typu rakoviny (%)	Existuje
Zdravotní stav	Odvratitelná úmrtnost	Příčiny úmrtnosti, kterým lze předcházet prevencí (počet zemřelých)	Existuje
Zdravotní stav	Odvratitelná úmrtnost	Příčiny úmrtnosti, kterým lze předcházet léčbou (počet zemřelých)	Existuje
Zdravotní stav	Odvratitelná úmrtnost	Potenciálně ztracené roky života	Existuje
Zdravotní stav	Subjektivní zdraví	Omezení ze zdravotních důvodů (EU-SILC)	Existuje
Zdravotní stav	Subjektivní zdraví	Subjektivní vnímání vlastního zdravotního stavu dle věku, pohlaví a míry urbanizace (hlth_silc_18)	Existuje
Zdravotní stav	Subjektivní zdraví	Indikátory pacienty vnímaných výsledků zdravotní péče (projekt PaRIS)	K vytvoření
Zdravotní stav	Zátěž nemocí	Mnohočetná chronická onemocnění u lidí ve věku 65 a více let podle pohlaví (% lidí ve věku 65 let a více s alespoň dvěma chronickými onemocněními) (SHARE)	Existuje
Zdravotní stav	Zátěž nemocí	Standardizovaný vývoj příčin hospitalizace na 100 000 obyvatel	Existuje
Zdravotní stav	Zátěž nemocí	Prevalence (vybraných) chronických onemocnění a obtíží (EHIS)	Existuje
Zdravotní stav	Zátěž nemocí	Prevalence diabetu (% populace starší 15 let s diabetem)	Existuje
Zdravotní stav	Zátěž nemocí	Osoby se zdravotním postižením podle pohlaví a věku a podle pomoci druhé osoby	Existuje
Zdravotní stav	Zátěž nemocí	Podíl dospělých ohrožených depresí (% populace ve věku 18+ ohrožených depresí)	Existuje
Zdravotní stav	Zátěž nemocí	Omezení v každodenních aktivitách mezi lidmi ve věku 65 a více let (% lidí ve věku 65 a více let) (SHARE)	Existuje
Zdravotní stav	Zátěž nemocí	Komorbidity index ÚZIS (podíl populace s vysokým komorbidityním indexem dle administrativních dat)	Existuje
Zdravotní stav	Zátěž nemocí	Pracovní neschopnost dle ČSÚ (počet na nemocensky pojištěnou populaci a/nebo průměrná doba pracovní neschopnosti)	Existuje
Zdravotní rizika	Rizikové zvyky	Počet úmrtí na rizikové faktory	Existuje
Zdravotní rizika	Rizikové zvyky	Kouření	Existuje
Zdravotní rizika	Rizikové zvyky	Konzumace alkoholu	Existuje
Zdravotní rizika	Rizikové zvyky	Odhad kardiovaskulárního rizika	Existuje
Zdravotní rizika	Rizikové zvyky	Zdravotní gramotnost	K vytvoření
Zdravotní rizika	Stravovací návyky a výživa	Metabolický syndrom	Existuje
Zdravotní rizika	Stravovací návyky a výživa	Index tělesné hmotnosti (BMI) podle pohlaví, věku a země narození (hlth_ehis_bm1b)	Existuje
Zdravotní rizika	Stravovací návyky a výživa	Frekvence pití nealkoholických nápojů slazených cukrem podle pohlaví, věku a indexu tělesné hmotnosti (hlth_ehis_fv7m)	Existuje
Zdravotní rizika	Tělesná aktivita	Úsilí spojené s vykonáváním fyzické aktivity související s prací podle pohlaví, věku a stupně urbanizace (hlth_ehis_pe1u)	Existuje
Zdravotní rizika	Tělesná aktivita	Provádění fyzických aktivit (nesouvisejících s prací) podle pohlaví, věku a stupně urbanizace (hlth_ehis_pe3u)	Existuje
Zdravotní rizika	Rizika životního prostředí	Předčasná úmrtí v důsledku znečištění ovzduší PM2,5 (míra na 100 000)	Existuje

Doména	Subdoména	Název ukazatele	Stav ukazatele
		obyvatel)	
Zdravotní rizika	Rizika životního prostředí	Monitoringy: znečištění ovzduší, znečištění pitné a užitkové vody, hladina hluku, kontaminanty v potravinových řetězcích a dietární expozice, biomonitoring člověka, rizika pro zdraví při práci	Existuje
Dostupnost péče	Finanční dostupnost	% uvádějící subjektivně neuspokojenou potřebu zdravotní péče, podle příjmu	Existuje
Dostupnost péče	Finanční dostupnost	Podíl výdajů domácností na zdravotní péči vůči celkovým výdajům domácností (%)	Existuje
Dostupnost péče	Finanční dostupnost	Podíl domácností ohrožených katastrofickými výdaji na zdraví podle příjmových kvintilů (% všech domácností)	K vytvoření – metodologie existuje
Dostupnost péče	Finanční dostupnost	Výdaje domácností na zdravotní péči podle druhu zdravotní péče (např. léky, lůžková péče, ambulantní péče, stomatologie)	Existuje
Dostupnost péče	Geografická (místní) dostupnost	Průměrný počet registrovaných pacientů u praktického lékaře, po krajích	K vytvoření – data existují
Dostupnost péče	Geografická (místní) dostupnost	Podíl pojištěnců, kteří mají primární péči dostupnou v definované dojezdové vzdálenosti	K vytvoření – data existují
Dostupnost péče	Čekací doby	Čekací doba delší než dva týdny na vyšetření specialistou (% populace vyžadující vyšetření)	K vytvoření
Dostupnost péče	Čekací doby	Neuspokojená potřeba stomatologické péče – z finančních, časových nebo dojezdových důvodů (% z neuspokojených potřeb)	Existuje
Dostupnost péče	Čekací doby	Čekací doba na první návštěvu u ambulantního specialisty pro duševní zdraví	K vytvoření
Dostupnost péče	Čekací doby	Podíl pojištěnců, kteří mají primární péči dostupnou v definované dojezdové vzdálenosti	K vytvoření – data existují
Kvalita	Bezpečí	Prevalence infekcí spojených se zdravotní péčí (% hospitalizovaných pacientů)	Existuje
Kvalita	Bezpečí	Počet nemocnic monitorujících prevalenci infekcí krevního řečiště podle ECDC	Existuje
Kvalita	Bezpečí	Podíl rezistence vybraných mikroorganismů dle metodologie EARS-NET	Existuje
Kvalita	Bezpečí	Prevalence dekubitů kategorie II-IV získaných v nemocnici (% z hospitalizovaných pacientů).	Existuje
Kvalita	Bezpečí	Pády v nemocnicích	Existuje
Kvalita	Klinická efektivnost	Smrtnost případů do 30 dnů po přijetí k hospitalizaci pro AMI (populace ve věku 45+, patientská data, %)	Existuje
Kvalita	Klinická efektivnost	Smrtnost případů do 30 dnů po přijetí k hospitalizaci pro ischemickou cévní mozkovou příhodu (populace ve věku 45+, patientská data, %)	Existuje
Kvalita	Klinická efektivnost	Přežití rakoviny – % podíl podle věku, pohlaví a typu rakoviny	Existuje
Kvalita	Klinická efektivnost	Sada ukazatelů kvality péče o pacienty s CMP (ukazatele KZP)	Existuje
Kvalita	Klinická efektivnost	Pacienti s rakovinou s konzultací multidisciplinárního diagnostického týmu (% z nově diagnostikovaných pacientů s rakovinou)	Existuje
Kvalita	Odpovídající péče	Dataset k používání antibiotik	K vytvoření – v procesu
Kvalita	Odpovídající péče	Podíl císařských řezů (na 1 000 živě narozených)	Existuje
Kvalita	Odpovídající péče	Používání antidepresiv (celkové DDD/1 000 obyvatel/den)	K vytvoření
Kvalita	Odpovídající péče	Podíl dospělých diabetiků s odpovídající péčí (% z diabetických pacientů s inzulínem)	K vytvoření
Kvalita	Odpovídající péče	Podíl pacientů, jimž byla poskytnuta paliativní péče (% z pacientů s rakovinou v terminálním stádiu, kteří zemřeli v daném roce)	K vytvoření – metodologie existuje
Kvalita	Odpovídající péče	Subjektivně udávané užívání nepředepsaných léků podle pohlaví, věku a úrovně dosaženého vzdělání (hlth_ehis_md2e)	Existuje
Kvalita	Zaměřeno na člověka	Lékaři poskytující srozumitelné informace pacientům (%)	K vytvoření
Kvalita	Zaměřeno na člověka	Průměrné hodnocení poskytovatelů zdravotní péče v dotazníku spokojenosti pacientů	K vytvoření – data existují
Kvalita	Zaměřeno na člověka	Indikátory zkušeností pacientů se zdravotní péčí (projekt PaRIS)	K vytvoření

Doména	Subdoména	Název ukazatele	Stav ukazatele
Finanční stabilita		Příjmy v systému veřejného zdravotního pojištění celkem	Existuje
Finanční stabilita		Výdaje v systému zdravotního pojištění celkem	Existuje
Finanční stabilita		Veřejné výdaje na zdravotní péči jako podíl na celkových výdajích na zdravotnictví (%)	Existuje
Finanční stabilita		výdaje na zdravotnictví jako podíl na HDP (% HDP)	Existuje
Finanční stabilita		Poměr rezerv zdravotních pojišťoven k denním výdajům na péči	Existuje
Integrované poskytování péče	Koordinovaná péče	Odvratitelné hospitalizace (diabetes, CHOPN, CHF, hypertenze)	Existuje
Integrované poskytování péče	Koordinovaná péče	Návštěvy pohotovosti do 5 dnů po propuštění z nemocnice nebo po ambulantní návštěvě	K vytvoření – data existují
Integrované poskytování péče	Koordinovaná péče	Podíl pojištěnců registrovaných a neregistrovaných u praktického lékaře, kteří navštívili pohotovost či je přivezla ZZS	K vytvoření – data existují
Integrované poskytování péče	Kontinuita péče	Výsledky pacientů jeden rok po ukončení hospitalizace po mrtvici a po srdečním selhání (hrubá míra na 100 pacientů)	Existuje
Integrované poskytování péče	Kontinuita péče	Čas od pozitivního screeningu určitého typu rakoviny do zahájení léčby	K vytvoření
Integrované poskytování péče	Kontinuita péče	Doba do zahájení péče A po poskytnutí péče B (podle Klinických doporučených postupů)	K vytvoření – data existují
Integrované poskytování péče	Kontinuita péče	Vyšetření praktickým lékařem do 7 dnů po propuštění z nemocnice (% pacientů 65+)	K vytvoření – data existují
Integrované poskytování péče	Dlouhodobá péče	Dlouhodobá péče v pobytových zařízeních (podíl populace 65+)	K vytvoření
Integrované poskytování péče	Dlouhodobá péče	Dlouhodobá domácí péče (podíl populace 65+)	K vytvoření
Integrované poskytování péče	Dlouhodobá péče	Polyfarmacie mezi seniory (5 a více léků >80 DDD ročně) (% pop 65+)	K vytvoření – data existují
Integrované poskytování péče	Prevence	Počet pacientů s všeobecnou preventivní prohlídkou praktickým lékařem	Existuje
Integrované poskytování péče	Prevence	Počet pacientů se zubní preventivní prohlídkou	Existuje
Integrované poskytování péče	Prevence	Screening kolorektálního karcinomu (% cílové populace)	Existuje
Integrované poskytování péče	Prevence	Screening karcinomu prsu a děložního čípku (hlth_ps_scre)	Existuje
Integrované poskytování péče	Prevence	Očkování proti chřipce u osob nad 65 let (% populace)	Existuje
Integrované poskytování péče	Prevence	Povinné očkování dětí	Existuje
Integrované poskytování péče	Prevence	Očkování proti HPV	Existuje
Integrované poskytování péče	Prevence	Podíl karcinomů zachycených v raném stadiu	Existuje
Nákladově efektivní poskytování péče		Výdaje zdravotních pojišťoven na 1 obyvatele podle pohlaví a kapitol MKN-10	Existuje
Nákladově efektivní poskytování péče		Podíl jednodenní chirurgie (% chirurgických zákroků)	Existuje
Nákladově efektivní poskytování péče		Návštěvy na pohotovosti ze sociálních, psychologických nebo psychiatrických důvodů (% z přijetí na pohotovosti v nemocnicích)	K vytvoření
Nákladově efektivní poskytování péče		Rozložení počtu hospitalizací podle délky trvání a kapitol MKN-10	Existuje
Nákladově efektivní poskytování péče		Hospitalizace a průměrná doba ošetření podle věkových skupin	Existuje
Nákladově efektivní poskytování péče		Užívání generických léků (% z celkových ambulantních DDD)	K vytvoření
Spravedlivé poskytování péče		Subjektivně neuspokojená potřeba zdravotní péče podle věku, pohlaví, důvodu a příjmových kvantilů (hlth_silc_08)	Existuje

Doména	Subdoména	Název ukazatele	Stav ukazatele
Spravedlivé poskytování péče		Subjektivně neuspokojená potřeba zubní péče podle věku, pohlaví, stupně urbanizace a dle důvodu (hlth_silc_22)	Existuje
Pracovní síla	Současné kapacity	Počet lékařů dle věku a pohlaví (hlth_rs_phys)	Existuje
Pracovní síla	Současné kapacity	Migrace zdravotníků (hlth_rs_wkmg)	Existuje
Pracovní síla	Současné kapacity	Praktikující lékaři na 1 000 obyvatel	Existuje
Pracovní síla	Současné kapacity	Praktikující zubaři na 1 000 obyvatel	Existuje
Pracovní síla	Současné kapacity	Praktikující sestry na 1 000 obyvatel	Existuje
Pracovní síla	Současné kapacity	Podíl osobních nákladů z důvodů přesčasů na smluvních odpracovaných hodinách /na celkových mzdových nákladech	K vytvoření
Pracovní síla	Současné kapacity	Počet pacientů na 1 zdravotní sestru (patient-to-nurse ration)	K vytvoření
Pracovní síla	budoucí kapacity	Absolventi všeobecného lékařství (na 100 000 obyvatel)	Existuje
Pracovní síla	budoucí kapacity	Absolventi ošetrovatelství (na 100 000 obyvatel)	Existuje
Pracovní síla	budoucí kapacity	Sestry ve věku 50+ (z profesionálně aktivních)	Existuje
Pracovní síla	budoucí kapacity	% lékařů nad 60/65 let, na základě indikátoru [Počet lékařů dle věku a pohlaví (hlth_rs_phys)]	Existuje
eHealth a technologie	Infrastruktura zdravotnických informací	Podíl populace vyhledávající informace o zdraví online	Existuje
eHealth a technologie	Infrastruktura zdravotnických informací	Podíl poskytovatelů zdravotní péče, kteří vedou dokumentaci pouze elektronicky	Existuje
eHealth a technologie	Infrastruktura zdravotnických informací	Procento lékařských praxí, které mohou elektronicky sdílet informace s nemocnicemi o aktuální medikaci pacientů	K vytvoření
eHealth a technologie	Infrastruktura zdravotnických informací	Podíl poskytovatelů zdravotní péče, kteří využívají elektronický poukaz na zdravotnické prostředky	K vytvoření
eHealth a technologie	Výzkum a vývoj a zdravotnické technologie	CT, MRI a PET vyšetření na 1 000 obyvatel	Existuje
eHealth a technologie	Výzkum a vývoj a zdravotnické technologie	Státní výdaje na vědu a výzkum ve zdravotnictví	Existuje
Financování		Výdaje na zdravotní péči v Česku podle typu péče	Existuje
Financování		Výdaje na zdravotní péči v Česku podle typu péče na jednoho obyvatele	Existuje
Odolnost		Lůžka pro dlouhodobou péči v pečovatelských a pobytových zařízeních podle regionů NUTS 2 (hlth_rs_bdsns)	Existuje
Odolnost		Poskytování ambulantní péče o duševní zdraví dětí a dospívajících	K vytvoření
Odolnost		Existence mechanismu včasné detekce nedostatku léků	K vytvoření
Odolnost		Kapacita primární péče	K vytvoření
Odolnost		Nemocniční lůžka na 1 000 obyvatel	Existuje
Odolnost		Míra obsazenosti lůžek léčebné (akutní) zdravotní péče (%)	Existuje
Odolnost		Míra obsazenosti lůžek JIP dospělých (%)	Existuje
Odolnost		Lůžka intenzivní péče pro dospělé (na 100 000 obyvatel)	Existuje

Zdroj: Projekt českého HSPA, duben 2023.



## Další informace:

Příloha D: Seznam ukazatelů, které tvoří český rámec HSPA.

- Přehledové tabulky jednotlivých ukazatelů podle subdomén, s podrobnostmi o dostupnosti členění údajů, metodice, zdrojích údajů, správcích údajů a správcích ukazatelů.
- Infografika zobrazující vybrané stávající ukazatele a jejich možné členění, srovnávání a vizualizaci.

Příloha E: Přehled správců zdravotnických údajů a zdrojů dat v České republice

# 5 Struktura řízení HSPA

Tato část popisuje navrhovanou řídicí strukturu českého HSPA, která by měla zajistit hladkou implementaci nově navrženého a ukazateli naplněného rámce HSPA do praxe. Na začátku je stručně představen kontext českého prostředí správců zdravotnických údajů (oddíl 5.1). Oddíl 5.2 představuje navrhovanou strukturu řízení českého HSPA, kterou schválil HLAB na svém zasedání v lednu 2023. Oddíl 5.3 dále propojuje navrhované činnosti a výstupy HSPA s účelem rámce HSPA.

## 5.1. Základní informace o správcích zdravotnických údajů

V České republice existují různé instituce, které se cítí být vlastníky některých zdravotnických dat a databází. Všechny tyto instituce se podílely na vytváření rámce českého HSPA od samého počátku, a to jak na úrovni poradního sboru na vysoké úrovni, tak na úrovni hlavní pracovní skupiny. Přirozeně se navrhuje, aby řídicí struktura HSPA odrážela řídicí strukturu tohoto projektu, aby se navázalo na zavedenou vzájemnou spolupráci a na dosažené dohody související s HSPA.

Tým OECD vypracoval podkladový dokument pro jeden z workshopů k vývoji HSPA. Zpráva podrobně popsala role různých institucí v rámci českého prostředí zdravotnických dat a poskytla seznamy aktuálně vykazovaných ukazatelů, a to jak českými národními institucemi, tak v mezinárodním kontextu. Dále analyzovala toky dat a jejich sdílení mezi jednotlivými zúčastněnými stranami a zmapovala informační prostředí. Shrnutí a přehled českých správců zdravotnických údajů naleznete v Příloze E.

V srpnu 2021 byl přijat zákon, kterým se mění zákon o zdravotních službách, který zavedl tzv. resortní referenční statistiky (RRS). Zákon ukládá Ministerstvu zdravotnictví vymezení resortních referenčních statistik v doprovodném právním předpise a resortní referenční statistiky pak bude zveřejňovat ÚZIS. Zákon ještě nebyl přijat (květen 2023) a v průběhu projektu HSPA se diskutovalo o tom, jak propojit vymezení a vývoj resortních referenčních statistik s vývojem rámce HSPA. V rámci jednání o projektu HSPA bylo mezi MZ a ÚZIS dosaženo dohody, že ukazatele HSPA v gesci ÚZIS budou uvedeny mezi resortními referenčními statistikami, přičemž seznam těchto statistik bude širší a bude zahrnovat i oblasti a statistiky mimo působnost HSPA.

## 5.2. Návrh řízení HSPA

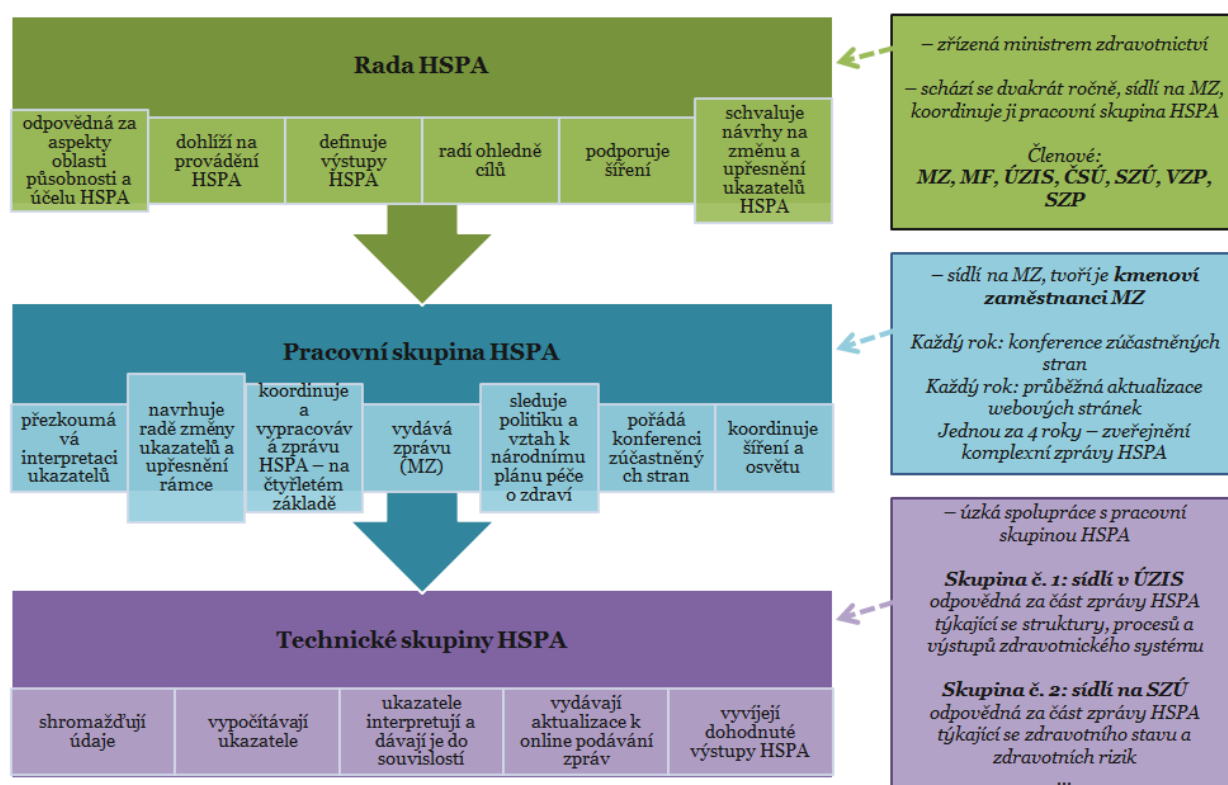
Rámec českého HSPA byl navržen tak, aby zlepšil veřejné podávání zpráv a jejich sdílení, odpovědnost hlavních zúčastněných stran a zapojení veřejnosti a zároveň umožnil plánování a monitorování reform. Tímto účelem se řídil návrh řídicích struktur HSPA v České republice. Zároveň byla sledována institucionální kontinuita projektu vytvoření rámce HSPA, což umožňuje budovat řízení HSPA na již zavedené spolupráci. Stejně tak je HSPA kontinuální činností, takže řízení a jeho struktury jsou navrženy tak, aby fungovaly v cyklech.

Řídicí struktura HSPA má tři úrovně (Obrázek 5.1). Na vrcholu stojí Rada HSPA. Tento orgán bude zřízen příkazem ministra, což je v České republice běžná legislativní praxe u poradních sborů ministrů, stejně jako u řídicích rad projektů, na kterých se podílí více ministerstev, odborníků a zúčastněných stran. Rada HSPA by byla koncipována podobně jako například Rada CZ-DRG, která má za sebou již téměř pětiletou historii.

Stávající členové HLAB se stanou členy Rady HSPA. Jedná se o vysoce postavené zástupce Ministerstva zdravotnictví (MZ), Ministerstva financí (MF), Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), Svazu zdravotních pojišťoven, Českého statistického úřadu (ČSÚ) a Státního zdravotního ústavu (SZÚ). Hlavním úkolem Rady by bylo definovat výstupy HSPA a podporovat jejich šíření, dohlížet na implementaci HSPA a poskytovat poradenství ohledně cílů a pravidelně přehodnocovat rozsah a účel HSPA. Posledně jmenovaná činnost by se uskutečnila souběžně se schvalováním změn ukazatelů HSPA a návrhů na jejich upřesnění předložených pracovní skupinou HSPA (Obrázek 5.1).

### Obrázek 5.1. Struktura řízení českého HSPA

Klíčové orgány a funkce řídicí struktury



Zdroj: Projekt českého HSPA, zasedání HLAB v lednu 2023.

Pracovní skupina HSPA, která sídlí na Ministerstvu zdravotnictví a je tvořena kmenovými zaměstnanci MZ, by byla druhou úrovní řízení českého HSPA. Jejím úkolem bude podporovat zasedání Rady HSPA a přijímání jejich rozhodnutí (navrhováním změn a upřesněním ukazatelů), přezkoumávat výklad ukazatelů vypracovaný technickými skupinami, spolukoordinovat proces vypracování zprávy HSPA a přispívat do něj, monitorovat národní zdravotní politiku a navrhnout Radě změny nebo aktualizace rozsahu a účelu HSPA a každoročně organizovat konference zúčastněných stran.

Třetí úroveň řídicí struktury českého HSPA tvoří technické skupiny. Těchto skupin je více a jsou tvořeny správci ukazatelů HSPA, takže *de facto* tvoří jednu skupinu v každé organizaci, která je správcem ukazatele. Z hlediska počtu ukazatelů, které má v péči, bude největší technická skupina při ÚZIS, dále skupina při Státním zdravotním ústavu (SZÚ), Českém statistickém úřadu (ČSÚ), Ministerstvu zdravotnictví (MZ) a Kanceláři zdravotního pojištění (KZP). V určitých oblastech však může technická skupina požádat o odborné poradenství jiné zúčastněné strany, jako jsou fondy zdravotního pojištění (zdravotní pojišťovny), MF nebo například v oblasti duševního zdraví Národní ústav duševního zdraví. Technické skupiny budou rozvíjet dohodnuté výstupy HSPA tím, že budou připravovat technické listy ukazatelů, ukazatele vypočítávat a poskytovat jejich popis, kontextualizaci a srovnávání (benchmarking), přezkoumávat technické listy ukazatelů navržené ostatními technickými skupinami a případně také zveřejňovat aktualizace na webové platformě HSPA.

### 5.3. Navázání řídicích struktur a výstupů HSPA na účel rámce HSPA

Proces vývoje českého rámce HSPA začal definováním rozsahu a účelu národního HSPA (viz oddíl 2). Aby se zajistilo, že je HSPA implementováno v souladu se svým účelem, a aby tento soulad zůstal zachován i během implementační fáze a následných ročních a čtyřletých cyklů, bylo provedeno mapování, které navázalo účel HSPA na jeho řídicí struktury a výstupy. Obrázek 5.2 zobrazuje propojené struktury HSPA řízení a HSPA výstupy, jak byly projednány na zasedání HLAB v lednu 2023.

## Obrázek 5.2. Účel HSPA navázaný na řídicí struktury HSPA a výstupy

Tabulka znázorňuje vztah výstupů českého HSPA (v modrých rámečcích) a navrhovaných řídicích struktur HSPA (v zelených rámečcích) k rozsahu a účelu českého HSPA

HSPA slouží k posouzení silných a slabých stránek českého zdravotnictví, a to i v kontextu mezinárodního srovnání a časového vývoje.

<p>HSPA slouží politickým a rozhodovacím činitelům (vč. MZ, SZÚ, zdravotních pojišťoven, parlamentu), médiím a odborné veřejnosti, aby upozornil, zda se vývoj ubírá žádoucím směrem.</p> <p>Zvyšuje tak odpovědnost hlavních zúčastněných stran a zapojení veřejnosti.</p>	<div data-bbox="791 533 1398 622" style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Konference zúčastněných stran (příležitost k šíření informací)</i></li> <li>• <i>Komplexní zpráva HSPA každé 4 roky</i></li> </ul> </div> <div data-bbox="791 633 1398 768" style="border: 1px solid green; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Konference zúčastněných stran (možnost získat zpětnou vazbu)</i></li> <li>• <i>Komplexní zpráva HSPA každé 4 roky</i></li> <li>• <i>= zvýšení odpovědnosti institucí, které se účastní HSPA, ale také těch které přispívají k výkonnosti zdravotnického systému</i></li> </ul> </div>
<p>HSPA zlepšuje veřejné podávání zpráv a jejich sdílení mezi zúčastněnými stranami.</p> <p>Zajišťuje tak plynulý tok informací napříč celým zdravotnictvím.</p>	<div data-bbox="791 790 1398 925" style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Komplexní webové stránky pro všechny ukazatele HSPA, všechny hlavní body na jednom místě.</i></li> <li>• <i>Technické listy definují zlatý standard podrobnosti při zveřejňování informací – napříč institucemi (zejména ve zdravotnictví).</i></li> </ul> </div> <div data-bbox="791 947 1398 1025" style="border: 1px solid green; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Existence různých příspěvatelů (ÚZIS, SZÚ, ČSÚ) vysvětluje potřebu koordinačního orgánu na centrální úrovni =&gt; pracovní skupina při MZ</i></li> </ul> </div>
<p>HSPA podporuje zúčastněné strany při určování toho, na co se mají ve svých agendách zaměřit a co změnit, včetně umožnění hodnocení prováděných opatření.</p> <p>Umožňuje tak plánování a monitorování reforem.</p>	<div data-bbox="791 1070 1398 1149" style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pracovní skupina sleduje probíhající reformy a navrhuje nové ukazatele pro jejich sledování.</i></li> </ul> </div> <div data-bbox="791 1160 1398 1272" style="border: 1px solid green; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Rada schvaluje výstupy HSPA, nové ukazatele a upřesnění rámce, které jsou v souladu s probíhajícími a plánovanými reformami, neboť instituce zastoupené v Radě jsou do značné míry tvůrci politik.</i></li> </ul> </div>

Zdroj: Projekt českého HSPA, zasedání HLAB v lednu 2023.

### Další informace:

Příloha E: Přehled správců zdravotnických údajů v České republice.

- Kontext politiky a správy zdravotnických údajů
- Kontext infrastruktury zdravotnických údajů

# 6 Plán implementace HSPA

Oddíl 6 představuje plán, jak HSPA v České republice uskutečnit poté, co byl stanoven rámec, který byl naplněn ukazateli. Další fází je přirozeně implementace HSPA, která by měla být dokončena do vydání první zprávy o HSPA. Hodnocení výkonnosti zdravotního systému je však kontinuální proces, který je koncipován cyklicky a umožňuje přizpůsobit národní HSPA vývoji v odvětví zdravotní péče a měnícím se prioritám a cílům zdravotní politiky. Plán implementace HSPA projednala hlavní pracovní skupina na svém posledním zasedání v dubnu 2023 a poté skupina na vysoké úrovni v dubnu 2023.

## 6.1. Klíčové součásti implementace českého HSPA

V kontextu České republiky zahrnuje plán implementace HSPA prvky tří oblastí: řízení, správa údajů a zveřejňování a šíření HSPA.

### 6.1.1. Implementace řízení HSPA

HSPA by mělo být začleněno do stávajících institucionálních struktur Ministerstva zdravotnictví a jeho dceřiných organizací s jasným řízením a odpovědností za různé úrovně řízení HSPA. Zúčastněné strany se dohodly, že budou stavět na základech položených během tohoto projektu – podrobnosti o navržené struktuře řízení HSPA viz oddíl 5.2.

Řídící struktura HSPA bude navazovat na stávající struktury současného projektu HSPA; pro zprovoznění HSPA a zajištění kontinuity HSPA by však hlavní řídicí struktury HSPA měly být formalizovány formálním aktem – např. příkazem ministra, běžnou praxí je zřizování různých poradních orgánů ministra zdravotnictví a pracovních skupin na ministerstvu. Mezi členy HLAB proběhla diskuse o možnosti, že by vláda přijala usnesení o zveřejňování zprávy HSPA v čtyřletém cyklu; to však nebylo považováno za nezbytné pro navázání spolupráce mezi správci zdravotnických údajů a ukazatelů HSPA a zřízení nezbytných koordinačních struktur HSPA. Další diskuse se může vést o potenciálu, který může mít vládní usnesení pro zviditelnění a dosah zpráv HSPA.

### 6.1.2. Implementace správy údajů HSPA

Infrastruktura zdravotnických informací v České republice je robustní, ale chybí jí některá žádoucí datová propojení a sdílení informací (viz Příloha E). V kontextu implementace HSPA musí mít sběr dat, tok informací a výpočet ukazatelů jasný harmonogram. Pro naplnění rámce českého HSPA ukazateli si zúčastněné strany vybraly převážně již existující ukazatele. To znamená, že u většiny ukazatelů je již známa periodičita sběru údajů a dostupnost časových řad. Tyto informace by měly být u každého ukazatele uvedeny (viz Rámeček 4.1). Dále by mělo být stanoveno datum – buď jedno pro všechny ukazatele, nebo jedno pro každý ukazatel –, které by určovalo lhůtu pro předání příslušných údajů mezi institucemi (pokud by tento krok byl nutný), pro vypracování technického listu ukazatele, včetně první aktualizace hodnoty ukazatele a kontextualizace, pro přezkum ostatními technickými skupinami a pracovní skupinou a pro konečný výpočet ukazatele, kontextualizaci a schválení technického listu.

Seznam ukazatelů vybraných v rámci komplexního procesu v průběhu tohoto projektu Vytvoření rámce českého HSPA bude sloužit jako vstup pro implementační fázi HSPA. Předpokládají se další diskuse mezi

zúčastněnými stranami HSPA, zejména správci údajů a navrhovanými správci ukazatelů, které se považují za vhodné pro vypracování podrobných technických listů pro každý jednotlivý ukazatel (viz Rámeček 4.1).

### Rámeček 6.1. Vlastnosti technických listů ukazatelů

Ministerstvo zdravotnictví a ÚZIS se v roce 2022 dohodly, že některé ukazatele HSPA, za jejichž výpočet a interpretaci bude odpovědný ÚZIS, zahrne MZ ve spolupráci s ÚZIS do vyhlášky MZ o resortních referenčních statistikách (RRS). Dále panuje shoda, že je nezbytné, aby každý ukazatel (jak v HSPA, tak v RRS) měl svůj vlastní „rodný list“ neboli technický list.

Tento technický list bude obsahovat alespoň název ukazatele, popis ukazatele (včetně označení), zdroj údajů a periodicitu sběru údajů, instituci odpovědnou za sběr a zpracování údajů, metodu výpočtu, členění ukazatele (např. regionální srovnání, srovnání prostřednictvím zdravotních pojišťoven, věk, pohlaví, socioekonomický status atd.), kontextualizaci ukazatele (např. časový vývoj, mezinárodní srovnání), existenci národní nebo mezinárodní referenční hodnoty (benchmarku).

U ukazatelů, za jejichž správu nebude zodpovědný ÚZIS, ale jiná instituce, by měly mít jejich technické listy stejnou strukturu.

Navrhuje se, aby Česká republika během prvního roku a půl po dokončení současného projektu usilovala o vytvoření struktur HSPA a zveřejnění své první zprávy o HSPA na konferenci zúčastněných stran v lednu 2025.

#### 6.1.3. Prováděcí struktury pro šíření HSPA

Zúčastněné strany se shodly na tom, že český rámec HSPA by měl být zveřejněn na internetových stránkách, aby bylo možné ukazatele aktualizovat, kdykoli budou k dispozici nové údaje. To by doplnilo čtyřletý cyklus zveřejňování úplné zprávy HSPA.

Hlavní pracovní skupina upřednostnila vytvoření specializovaných internetových stránek pro online verzi HSPA. Ta by se případně mohla stát součástí stávajících platform, jako je například Národní zdravotnický informační portál [www.nzip.cz](http://www.nzip.cz), který spravuje ÚZIS.

V implementační fázi HSPA by se mělo diskutovat také o rozdělení odpovědnosti za pravidelnou aktualizaci údajů o ukazatelích na specializovaných internetových stránkách HSPA. To má přímé technické důsledky pro podobu platformy: je třeba rozhodnout, zda by správci ukazatelů měli mít přímý přístup k platformě HSPA a zda by měli nezávisle zveřejňovat aktualizace svých ukazatelů. Alternativně může technické listy ukazatelů, tj. vypočtené ukazatele s jejich úplným popisem, kontextem a srovnáváním, shromažďovat jedna instituce, která by pak byla odpovědná za jejich zveřejnění, a to i na internetových stránkách.

Během šestého workshopu hlavní pracovní skupiny, který se konal v lednu 2023, se zúčastněné strany dohodly, že zveřejněné technické listy ukazatelů HSPA by měly mít tyto vlastnosti:

- Všechny ukazatele HSPA a související informace by měly být k dispozici na jedné internetové stránce.
- Ukazatele by měly být aktualizovány vždy, když jsou k dispozici nové údaje.
- Internetová stránka by měla poskytovat odkazy na další podrobnější zdroje informací u příslušných institucí (zúčastněných stran).
- Je žádoucí zahrnout vizualizaci ukazatelů a co nejvíce jejich různých rozměrů a členění.

Úplná zpráva HSPA by měla být zveřejňována pravidelně, přičemž za přiměřenou četnost se považuje období každých čtyř let. Mezitím by se měly konat každoroční konference zúčastněných stran, které by poskytovaly zpětnou vazbu k výpočtu stávajících ukazatelů a souvislostem, a to i v rámci priorit a cílů

zdravotní politiky, k vývoji ukazatelů, jež byly navrženy k vytvoření, a k poskytování podnětů pro nové ukazatele a/nebo (sub)domény rámce. Konference zúčastněných stran představuje dobrou příležitost pro odbornou veřejnost (včetně zástupců pacientů, manažerů zdravotní péče, tvůrců zdravotní politiky, poskytovatelů zdravotní péče a zástupců zdravotních pojišťoven), aby se sešla, vyslechla si aktuální informace o vývoji HSPA a poskytla zpětnou vazbu.

České zúčastněné strany poznamenaly, že je velmi vhodné, aby součástí koordinačních struktur HSPA byli odborníci na komunikaci. Doporučuje se, aby zpráva HSPA byla dobře zpracována nejen z hlediska údajů, které prezentuje, ale také z hlediska vizualizace údajů, tj. způsobu, jakým jsou ukazatele HSPA prezentovány a komunikovány. Tento aspekt nabývá na důležitosti v souvislosti se zvýšením dosahu HSPA na širokou i odbornou veřejnost a tvůrce zdravotních politik. Infografiky, které jsou k dispozici v Příloze D slouží jako příklad existující vizualizace ukazatelů, která může být použita jako výchozí bod pro vizualizaci HSPA.

## 6.2. Klíčové kroky implementace českého HSPA

Po skončení současného projektu, který se týká nastavení rámce pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému v České republice, je třeba učinit několik nezbytných kroků a stanovit posloupnost činností, které budou následovat, aby bylo možné do roka a půl, tj. kolem ledna 2025, zveřejnit první zprávu HSPA. Tyto kroky jsou znázorněny na Obrázek 6.1.

**Obrázek 6.1. Plán implementace: kroky vedoucí k první české zprávě HSPA do 1,5 roku**

MZ	léto 2023	Přeměna stávajících struktur HSPA: <ul style="list-style-type: none"> <li>- HLAB na Radu HSPA</li> <li>- Pracovní skupiny na technické skupiny HSPA a konferenci zúčastněných stran</li> <li>- Současný řídicí tým projektu HSPA na MZ na pracovní skupinu</li> </ul>
Pracovní skupina	podzim 2023	Oslovení technických skupin HSPA n na ÚZIS, ČSÚ, SZÚ a KZP <ul style="list-style-type: none"> <li>- Potvrzení seznamu ukazatelů a hlavního správce ukazatelů</li> <li>- Potvrzení časového harmonogramu vedoucího k první zprávě HSPA</li> </ul>
Pracovní skupina	podzim 2023 – 1. čtvrtletí 2024	Zahájení koordinační práce na vytvoření národního portálu pro HSPA <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vymezení odpovědností za jeho zřízení a údržbu</li> </ul>
Rada HSPA	Říjen 2023	Schůzka ke schválení časového harmonogramu vedoucího k první zprávě HSPA a rozdělení odpovědností mezi hlavního správce ukazatelů
Pracovní skupina + technické skupiny HSPA	Podzim 2023 – 1. čtvrtletí 2024	Shromažďování údajů, tvorba ukazatelů, návrh technických listů ukazatelů (= kontextualizace ukazatelů a srovnávání údajů)
Konference zúčastněných stran	Leden 2024	Získat informace o aktuálním stavu provádění HSPA, o tom, čeho bylo dosaženo a co je třeba udělat před první zprávou HSPA
Pracovní skupina + technické skupiny HSPA	1. čtvrtletí 2024 – 2. čtvrtletí 2024	Křížová validace návrhů technických listů ukazatelů dalšími příslušnými institucemi, technickými skupinami HSPA: přezkum v rámci pracovní skupiny a dalšími společnými správci ukazatelů
Rada HSPA	Říjen 2024	Schválení návrhu zprávy HSPA a rozhodnutí o jejím zveřejnění (čas a datum)
Konference zúčastněných stran	Leden 2025	Konference zúčastněných stran, na které bude představena první zpráva o HSPA

Poznámka: Kroky k dosažení zveřejnění první zprávy HSPA za rok a půl po ukončení tohoto projektu byly projednány s hlavní pracovní skupinou a poradním sborem na vysoké úrovni v dubnu 2023.

Zdroj: Projekt rámce českého HSPA, zasedání HLAB v dubnu 2023.

Po zveřejnění první zprávy HSPA by klíčové činnosti měly zůstat zachovány a měly by se uskutečňovat pravidelně, každoročně a v rámci čtyřletého cyklu pro účely úplné zprávy HSPA, ideálně ve stejné fázi roku. Tyto činnosti a pracovní postupy jsou znázorněny na Obrázku 6.2.



## Obrázek 6.2. Doporučené pracovní postupy pro sběr a analýzu údajů HSPA – roční cyklus

Pracovní skupina	Leden	Pořádá konferenci zúčastněných stran
Pracovní skupina	Leden každé 4 roky	Vydává zprávu o HSPA a představuje ji na konferenci zúčastněných stran
Konference zúčastněných stran	Leden	Poskytuje zpětnou vazbu k současnému rámci HSPA
Rada HSPA	Únor	Schvaluje změny v rámci HSPA
Technické skupiny HSPA	Celoročně	Shromažďují údaje, vypočítávají ukazatele a poskytují kontextualizaci aktualizací technických listů ukazatelů (ke schválení pracovní skupinou)
Pracovní skupina	Únor	Sděluje technickým realizačním skupinám roční harmonogram projektu
Rada HSPA	Září	Dohlíží na plnění milníků a dodržování stanoveného časového harmonogramu
Technické skupiny HSPA	Celoročně, uzávěrka v listopadu	Zveřejňují aktualizace údajů pro ukazatele, pokud jsou k dispozici (po schválení pracovní skupinou)

Zdroj: Projekt rámce českého HSPA, zasedání HLAB v dubnu 2023.

Datum zveřejnění první úplné zprávy HSPA bylo projednáno v hlavní pracovní skupině i se členy HLAB během dvou zasedání, která se konala v dubnu 2023. Leden 2025 jako datum prvního zveřejnění odpovídá i politickému cyklu a zúčastněné strany se dohodly, že zpráva bude k dispozici v lednu roku konání parlamentních voleb. Parlamentní volby se zpravidla konají každé čtyři roky v říjnu a příští volby jsou naplánovány na podzim roku 2025.

Leden předchází datu voleb téměř o devět měsíců, což znamená, že zpráva bude aktuální i v době sestavování nové vlády a při stanovování nových priorit a přípravě politik v oblasti zdravotnictví. Zároveň by zpráva HSPA byla zveřejněna dostatečně brzy před parlamentními volbami, aby přímo neovlivnila politické debaty těsně před volbami.

Otázka konkrétních pracovních postupů byla rovněž projednána na zasedání hlavní pracovní skupiny v dubnu 2023. Skupina potvrdila, že pro sběr údajů a výpočet ukazatelů není třeba zvláštní pracovní postup, protože stávající právní předpisy jsou dostatečné pro podporu činnosti, jako je činnost HSPA. Zúčastněné strany se rovněž shodly na tom, že k předložení zprávy HSPA parlamentu není zapotřebí žádný zvláštní postup, neboť parlament si může od MZ vyžádat jakýkoli materiál a má možnost jej projednat nebo požádat MZ o další informace. Zúčastněné strany však navrhly, že by v budoucnu mohlo být přínosné zaslat zprávu HSPA na oficiální zasedání vlády. To jednoduše provede MZ a opět není třeba žádný zvláštní postup. Vládní usnesení však může mít potenciál zviditelnit zprávu HSPA a zvýšit jejich dosah.

# Odkazy

- Albrecht, T. (v tisku), "Lessons from a Community of Practice on Health System Performance Assessment". [1]
- ČSÚ (2022), *Zaostřeno na ženy a muže – 2022*, Czech Statistical Office, <https://www.czso.cz/csu/czso/2-health-odwefpip9h>. [13]
- ČSÚ (2021), *Zdravotnické účty ČR 2010-2019*, Český statistický úřad. [20]
- Fekri, Macarayan and Klazinga (2018), *Health system performance assessment in the WHO European Region: which domains and indicators have been used by Member States for its measurement?*. [3]
- Fekri, O., E. Macarayan and N. Klazinga (2018), "Health system performance assessment in the WHO European Region: which domains and indicators have been used by Member States for its measurement?". [10]
- Fujisawa, R. and N. Klazinga (2017), "Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016", *OECD Health Working Papers*, No. 102, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/893a07d2-en>. [5]
- Kringos et al (2021), *The development of the Irish Health System Performance Assessment Framework & its relation to the Health Information System*, Academic Medical Centre of the University of Amsterdam (AMC), <https://www.gov.ie/pdf/?file=https://assets.gov.ie/202664/27186db4-d41e-4084-a607-a91517b5ef82.pdf#page=null>. [8]
- MZČR (2020), *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 "Zdraví 2030"*, Ministry of Health of the Czech Republic, <https://zdravi2030.mzcr.cz/>. [2]
- OECD (2023), *EU Country Cancer Profile: Czech Republic 2023*, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c37fd099-en>. [14]
- OECD (2022), *Health Data Governance for the Digital Age: Implementing the OECD Recommendation on Health Data Governance*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/68b60796-en>. [21]
- OECD (2022), *OECD Health Statistics*, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>. [15]
- OECD (2021), *OECD Health Statistics*, <https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2021.pdf>. [9]
- OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, [4]

<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

- OECD (2015), *Health Data Governance: Privacy, Monitoring and Research*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264244566-en>. [6]
- OECD (2013), *Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264193505-en>. [7]
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Česko: zdravotní profil země 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, <https://www.oecd.org/czech/czech-republic-country-health-profile-2021-8b341a5e-en.htm>. [11]
- OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>. [16]
- SZÚ (2022), *Zdravotní stav české populace: výsledky studie EHES 2019*, Státní zdravotní ústav, <https://szu.cz/wp-content/uploads/2023/01/ehes2022.pdf>. [17]
- ÚZIS (2023), *Centrální systém hlášení nežádoucích událostí – Metodika Nežádoucí událost: PÁD*, ÚZIS, [https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke\\_dokumenty/pad\\_metodika\\_plna\\_verze\\_metodiky\\_2022\\_final\\_na\\_web.pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/pad_metodika_plna_verze_metodiky_2022_final_na_web.pdf). [18]
- ÚZIS (2022), *Národní onkologický plán České republiky: souhrn analytické studie*, Institute of Health Information and Statistics, <https://zdravi2030.mzcr.cz>. [19]
- ÚZIS (2020), *„Zdraví 2030“ – Analytická studie*, Ministry of Health of the Czech Republic, <https://zdravi2030.mzcr.cz/>. [12]

## Příloha A. Koncepty vytváření rámce HSPA a mezinárodní praxe

HSPA bylo v předchozích desetiletích vytvořeno a používáno ve všech zemích a regionech a propojilo zúčastněné strany v odvětví zdravotnictví, aby mohly sdílet cíle zdravotnického systému, a podpořilo je ve spolupráci při dosahování vyšších cílů zdravotnického systému. První iniciativy vedoucí k vytvoření rámců HSPA zahájila WHO, zejména WHO/EUR (Fekri, Macarayan and Klazinga, 2018<sup>[3]</sup>). V poslední době je vytvoření rámců HSPA systematicky podporováno Evropskou unií. Země jako Anglie (NHS), Malta a Nizozemsko vytvořily národní rámce HSPA, k nimž se nedávno připojily Irsko, Chorvatsko, Lotyšsko, Portugalsko a Slovinsko. Česká republika a Estonsko zahájily v roce 2021 nové iniciativy za účelem vytvoření a implementace rámců HSPA.

Po pandemii COVID-19 nabyla hodnocení HSPA na významu, zejména jako mechanismus pro rozvoj a monitorování odolnějších zdravotnických systémů. Krize COVID-19 vedla k novým nerovnostem a vzájemně si konkurujícím prioritám mezi zúčastněnými stranami v rámci zdravotnických systémů. Zdravotnické systémy potřebují podpořit v kolektivním zvyšování odolnosti systému vůči podobným nebo jiným otřesům, které mohou nastat v budoucnu. Celosystémová spolupráce HSPA může spojit všechny zúčastněné strany při vytváření odolného zdravotnického systému.

K tomu, aby byl vytvořen funkční rámec HSPA, je třeba učinit několik kroků. U HSPA je nutné 1) stanovit jeho cíle, 2) stanovit rozsah jednotek a nástrojů analýzy zdraví (**Health**), systému (**Systém**), výkonnosti (**Performance**) a funkci hodnocení (**Assessment**) a 3) vytvořit rámec. Dále je třeba 4) HSPA udržovat pomocí pravidelně aktualizovaných údajů a včas o něm podávat zprávy.

### Stanovení cílů

Nejprve je u HSPA třeba stanovit jasné cíle. Tyto cíle jsou stanoveny a sdíleny mezi zúčastněnými stranami – zejména těmi, jejichž výkonnost bude prostřednictvím HSPA hodnocena. U jednotlivých HSPA se příslušné zúčastněné strany mohou v závislosti na rozsahu a účelu HSPA lišit. Obvykle se konají schůzky, na nichž jsou zastoupeny příslušné zúčastněné strany a stanoví a sdílejí se na nich cíle a poskytují podněty. Ve stále větším počtu zemí se do stanovování cílů HSPA zapojují také skupiny/zástupci občanů a pacientů, neboť se usiluje o transformaci zdravotnických systémů tak, aby se více zaměřovaly na lidi (např. HSPA Irsko v roce 2021).

Podle dosud vypracovaných HSPA k cílům obvykle patří:

- veřejné podávání zpráv o výkonnosti systému zdravotní péče,
- národní a mezinárodní srovnávací analýzy (benchmarking),
- určení strategických priorit,
- monitorování politických reforem a/nebo
- zvýšení odpovědnosti různých součástí/služeb, které tvoří systém zdravotní péče.

### Stanovení rozsahu HSPA

Za druhé je třeba stanovit rozsah HSPA a vyjasnit každou z následujících oblastí:

- zdraví (**Health**) (tj. zda se bude týkat špatných zdravotních výsledků, výskytu nemocí a úmrtnosti, nebo bude zahrnovat zdravotní postižení a životní pohodu),
- systémy (**Systems**) (tj. zda se má jednat o zdravotnický systém, systémy zdravotní a/nebo sociální péče),
- výkonnost (**Performance**) zastřešujícího systému, konkrétních služeb a/nebo systémů poskytování služeb,
- funkce hodnocení (**Assessment**), jako je řízení, tvorba politik, odpovědnost a/nebo zlepšování.

Stejně jako u stanovení cílů musí být i rozsah HSPA určen společně příslušnými zúčastněnými stranami. Konzultační proces s více zúčastněnými stranami je obzvláště důležitý pro úroveň hodnocení výkonnosti a hodnotících funkcí, protože souhlas a zapojení příslušných zúčastněných stran znamená úspěšné zavedení HSPA do praxe a následně vede k posílení zdravotnického systému.

Ve zbývající části tohoto oddílu jsou popsány různé prvky, které je třeba vzít do úvahy při rozhodování o rozsahu každé z následujících oblastí.

### Zdraví

HSPA obvykle zahrnuje výsledky hodnocení, jako jsou úmrtí a výskyt a závažnost onemocnění, s cílem posoudit výkonnost zdravotního systému. **Smrtnost a délka dožití** jsou klasické parametry používané k měření výkonnosti zdravotního systému z hlediska veřejného zdraví. K použití těchto opatření je zapotřebí dobře fungující registr úmrtí. **Prevalence a incidence nemocí** jsou dalšími klasickými parametry výsledků zdravotního systému, které se používají k hodnocení nemocnosti v dané zemi. Související měřítka týkající se výsledku používaná u kvality života (např. Quality-Adjusted Life Years (**QALY**)) mají za cíl zachytit snížení nemocnosti a následků v důsledku konkrétních onemocnění. Lékařský/klinický pohled je dominantním způsobem operacionalizace těchto měřítek týkajících se výsledku a tato měřítka jsou závislá na dostupnosti a kvalitě klinických registrů (např. o rakovině a diabetu). Tato měřítka jsou často spojena s náklady (hodnotou) na úrovni systému, aby bylo možné posoudit zátěž nemocí, a s konkrétními službami a intervencemi, aby bylo možné vyhodnotit nákladovou efektivitu.

HSPA může také hodnotit zdravotní postižení jako součást výsledků zdravotních systémů. Důvodem je skutečnost, že mnoho chronických onemocnění způsobuje dlouhodobé zdravotní postižení a HSPA by mohlo řešit způsob, jakým se zdravotní systém zabývá zdravotním postižením. Na systémové úrovni je nejznámějším měřítkem zdravotního postižení **DALY** (Disability Adjusted Life Expectancy) a na úrovni zdravotních služeb jsou k dispozici různé nástroje pro hodnocení zdravotního postižení (např. **iniciativa inter RAI**). Tyto výsledky využívají jako zdroje údajů především administrativní databáze a šetření.

HSPA v poslední době zahrnuje jako součást výsledků zdravotnických systémů životní pohodu (OECD, 2019<sup>[4]</sup>). Subjektivní zdravotní výsledky, které pociťují občané/pacienti (**PROMS**, Patient-Reported Outcome Measures), se zatím testují hlavně u klinických postupů a léčby a u chronických onemocnění se stále vyvíjejí. Místo toho se jako výstupy zdravotnických systémů HSPA používá **EQ5D**,<sup>1</sup> obecnější měřítka, které není úzce spojeno s konkrétním klinickým postupem a léčbou. Používají se také měřítka **PREM** (Patient-Reported Experience Measures) (Fujisawa and Klazinga, 2017<sup>[5]</sup>), ačkoli tyto nástroje (např. **CAHPS**,<sup>2</sup> **Picker**) mají omezenou mezinárodní validitu.

Země stále častěji využívají **elektronické zdravotní záznamy** pro podrobnější hodnocení výsledků zdravotnického systému, jako je bezpečná zdravotní péče. Možnosti **propojení dat** na základě jedinečného identifikátoru pacienta (**UPI**) se v zemích stále více rozšiřují, aby bylo možné hodnotit složitější výsledky zdravotnických systémů, jako je integrovaná péče v rámci zdravotnických systémů a mezi systémy zdravotní a sociální péče.

### Systém

HSPA může hodnotit různé systémy a je třeba vyjasnit hranici systému posuzovaného v HSPA. V rámci HSPA se často hodnotí zdravotnický systém jako celek. Lze však hodnotit i výkonnost systémů zdravotní

péče, jako je veřejné zdravotnictví, primární péče, nemocniční péče, péče o duševní zdraví, komunitní péče a dlouhodobá péče. Vzhledem k rostoucímu počtu obyvatel, kteří potřebují jak zdravotní, tak sociální péči, se někdy hodnotí v rámci HSPA výkonnost zdravotních systémů včetně sociální péče. Rozsah systémů používaných pro HSPA musí být v souladu s hranicemi používanými pro tvorbu zdravotní politiky a také s prioritami zdravotnického systému v zemích a regionech.

### Výkonnost

Výkonnost zdravotnického systému (systémů) může být hodnocena na různých úrovních, například na úrovni zastřešujícího systému, konkrétních služeb nebo systémů poskytování nebo na úrovni konkrétních poskytovatelů či odborníků, přičemž jednotka analýzy musí být v souladu s cíli stanovenými pro konkrétní HSPA. Výkonnost zdravotnického systému lze hodnotit na nadregionální nebo celostátní úrovni zdravotnického systému, pokud je cílem HSPA i národní a mezinárodní srovnávání. HSPA často využívá analytickou jednotku zdravotnických služeb, jako je veřejné zdraví, primární péče, nemocniční péče, péče o duševní zdraví, komunitní péče, dlouhodobá péče, pro národní a mezinárodní srovnávání (benchmarking), určení strategických priorit zdravotnického systému a/nebo k monitorování reforem zdravotní politiky prováděných v těchto subsystémech. Analýzy OECD uvedené v její stěžejní publikaci *Health at a Glance* zahrnují jak hodnocení na úrovni systému, tak analýzy prioritních zdravotnických služeb.

Jednotka analýzy může být stanovena tak konkrétně, jako je úroveň poskytovatele a odbornosti, pokud závazek veřejného podávání zpráv vyžaduje takové podrobnosti, například pro výběr poskytovatele ze strany obyvatelstva nebo pro zvýšení odpovědnosti za poskytování zdravotní péče na úrovni poskytovatele a/nebo odbornosti.

Vzhledem k tomu, že pacienti často vyhledávají péči v různých zařízeních, jako je primární péče, akutní péče a dlouhodobá péče, a potřebují hladký přechod péče a její kontinuitu, může HSPA posoudit výkonnost systémů integrovaného poskytování péče. Aby bylo možné provést průřezové hodnocení systémů integrovaného poskytování péče zahrnující různá zařízení péče, je třeba propojit údaje od různých poskytovatelů a systémů. To vyžaduje UPI a odpovídající předpisy na ochranu soukromí, aby se údaje používaly přiměřeně a zároveň chránily soukromí občanů (OECD, 2015<sup>[6]</sup>; OECD, 2013<sup>[7]</sup>).

### Hodnocení

HSPA musí propojit měření a podávání zpráv s řízením zdravotnického systému a tvorbou politiky. Za tímto účelem je třeba stanovit **jasné funkce hodnocení** na základě stanovených cílů. HSPA obvykle **plní funkci odpovědnosti** vůči občanům, financujícím subjektům, tvůrcům politik a **funkci řízení** pro subjekt odpovědný za poskytování zdravotní péče, jako jsou ministerstva zdravotnictví. HSPA může mít také **funkci zlepšování** pro příslušné zúčastněné strany, včetně občanů, poskytovatelů zdravotní péče, odborníků a průmyslových odvětví, aby se společně učili a zlepšovali zdravotní systémy prostřednictvím výkonnosti jednotlivých zúčastněných stran. Možná bude nutné funkce hodnocení zrevidovat. Například ve Spojeném království byly v minulosti vytvořeny samostatné rámce výsledků pro veřejné zdraví, zdravotnické služby a sociální péči, které se v průběhu času používaly pro kombinaci hodnotících funkcí k řízení různých služeb NHS. Rovnováha mezi formativní (učení) a sumativní (odpovědnost) funkcí se v průběhu času mění.

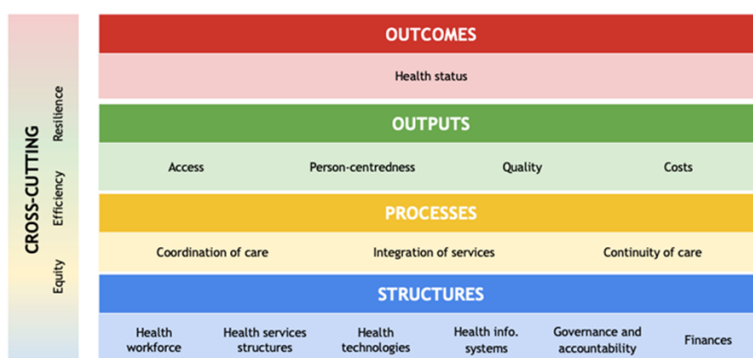
## Mezinárodní postupy při vytváření rámce HSPA

Rámec HSPA musí odrážet stanovené cíle a rozsah a musí stanovit klíčové oblasti pro hodnocení zdravotnických systémů.

HSPA mají obvykle podobný rámec, jaký je uveden na Obrázek A A.1. Mnoho HSPA používá jako klíčové dimenze **struktury/vstupy, procesy, výstupy a výsledky** a v každé dimenzi jsou identifikovány klíčové oblasti, které odrážejí priority zdravotní politiky. Vzhledem k pandemii COVID-19 začaly nedávno HSPA

zahrnovat telemedicínu jako důležitou subdoménu v rámci domény zdravotnických technologií. Vzhledem k rostoucímu počtu pacientů s chronickými onemocněními, kteří potřebují péči v různých zařízeních, se v dimenzi procesů stávají běžnými doménami koordinace péče, integrované poskytování služeb a kontinuita péče. V rámci dimenze výstupů jsou přístup a náklady klasickými oblastmi zahrnutými do rámce HSPA, ale v poslední době je do něj zahrnuta také kvalita péče, protože se posilují infrastruktury zdravotnických dat a jsou k dispozici komplexnější údaje pro hodnocení kvality zdravotní péče (OECD, 2015<sup>[6]</sup>; OECD, 2013<sup>[7]</sup>). I když jsou zdravotnické systémy vyspělé, je poskytování péče zaměřené na člověka stále považováno za náročné, a proto se v poslední době stále častěji zařazuje zaměření na člověka jako doména HSPA.

### Obrázek A A.1. HSPA mají do značné míry podobný rámec: příklad z Irska



Zdroj: Kringos et al. (2021<sup>[8]</sup>).

Ve všech doménách se systém zdravotnictví snaží řešit a zlepšovat průřezová témata, jako je spravedlnost, efektivita a/nebo udržitelnost. Vzhledem k tomu, že pandemie COVID-19 znamenala pro zdravotnické systémy obrovské otřesy, a aby bylo možné zvládnout současnou krizi a připravit se na otřesy budoucí, považuje se v současné době odolnost také za důležité průřezové téma, které je třeba do rámce HSPA zahrnout.

### Mezinárodní postupy při zdůvodňování HSPA a při jeho zavádění do praxe

Rámec hodnocení musí být podložen měřeními, která jsou pravidelně aktualizována, aby včas zachytila změny ve výkonnosti zdravotnického systému. Měření je možné čerpat ze stávajících zdravotnických statistik a/nebo je nově vyvinout například prováděním průzkumů nebo umožněním sekundárního využití zdravotnických údajů a propojením zdrojů údajů, což může vyžadovat změny v legislativě (OECD, 2015<sup>[6]</sup>; OECD, 2013<sup>[7]</sup>). Pro národní a mezinárodní srovnávání lze použít mezinárodní ukazatele, například ty, které byly vyvinuty v OECD a které pokrývají celé spektrum zdravotní péče (OECD, 2021<sup>[9]</sup>). V závislosti na cílech a rozsahu HSPA lze jako měřítka pro HSPA zvážit nově vyvinuté ukazatele, jako jsou například zaměření na člověka, kultura bezpečí pacientů, měření pacientova subjektivního vnímání vlastního zdravotního stavu a bezpečí pacientů ze subjektivního pohledu pacienta, integrované poskytování péče, paliativní péče.

Ke sdělování výkonnosti zdravotnického systému lze použít různé typy měření. HSPA může mít řadu ukazatelů, mohou to být přehledy s klíčovými ukazateli nebo složený index, který shrnuje výkonnost zdravotnického systému. Rozhodnutí o typu měření závisí na cílech a funkcích daného HSPA. Pokud má HSPA signalizovat celkovou výkonnost pro tvůrce politik nebo pro řízení zdravotnického systému, může být shrnující nástroj, jako jsou přehledy nebo složené indexy, lepším sdělením, ale pokud má HSPA sloužit mnoha zúčastněným stranám, například ke změně postupů, mohou být užitečné podrobnější údaje určené pro jednotlivou zúčastněnou stranu. Lze použít kombinaci různých typů měření, protože HSPA často mají různé cíle a funkce.

## Příloha B. Vymezení rozsahu a účelu HSPA v souladu s národními prioritami v oblasti zdraví

### Operacionalizace rozsahu a účelu českého HSPA

Tabulka A B.1. Praktická uplatnění rozsahu a účelu českého HSPA

Formulace účelu HSPA	Možná praktická uplatnění
Hodnocení vývoje zdravotního stavu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zda se vývoj ubírá žádoucím směrem, tj. zda vede ke konečnému cíli, kterým je zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva</li> <li>Pro politické a rozhodovací orgány (včetně MZ, SZÚ, zdravotních pojišťoven, parlamentu) a odbornou veřejnost k veřejné diskusi o politických prioritách</li> <li>Pro média a širokou veřejnost k lepšímu pochopení vývoje zdravotního stavu obyvatelstva</li> </ul>
Hodnocení změn ve výkonnosti zdravotnictví	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zvýšení odpovědnosti hlavních zúčastněných stran, konkrétně poskytovatelů zdravotní péče a zdravotních pojišťoven</li> <li>Podpora zúčastněných stran, aby věděly, na co se mají ve svých agendách zaměřit</li> <li>Umožnění zúčastněným stranám vyhodnotit prováděná opatření</li> </ul>
Hodnocení vývoje kvality zdravotní péče	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zvýšení odpovědnosti hlavních zúčastněných stran, konkrétně poskytovatelů zdravotní péče a zdravotních pojišťoven</li> <li>Podpora zúčastněných stran, aby věděly, na co se mají ve svých agendách zaměřit</li> <li>Umožnění srovnávání mezi poskytovateli zdravotní péče, které povede k vyšší kvalitě péče</li> <li>Zlepšení mezinárodního srovnávání, které povede k dalšímu zvýšení kvality péče.</li> </ul>
Vyhodnocení výsledků a dopadů opatření zdravotní politiky a investic do zdravotnického systému	<p>Sledování pokroku při dosahování cílů uvedených v národním strategickém dokumentu Zdraví 2030</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Posouzení výkonnosti investic do zlepšení zdravotnického systému, včetně dostupnosti, efektivity a odolnosti</li> <li>Posílení funkce veřejného podávání zpráv</li> </ul>
Posouzení dostupnosti zdravotní péče pro všechny (geografický, časový a finanční rozměr)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zvýšení odpovědnosti zdravotních pojišťoven</li> <li>Umožnění rozhodování na základě důkazů pro plánování pracovní síly</li> <li>Zlepšení spravedlnosti v přístupu ke zdravotní péči</li> <li>Posílení finanční ochrany při konzumaci zdravotní péče</li> </ul>

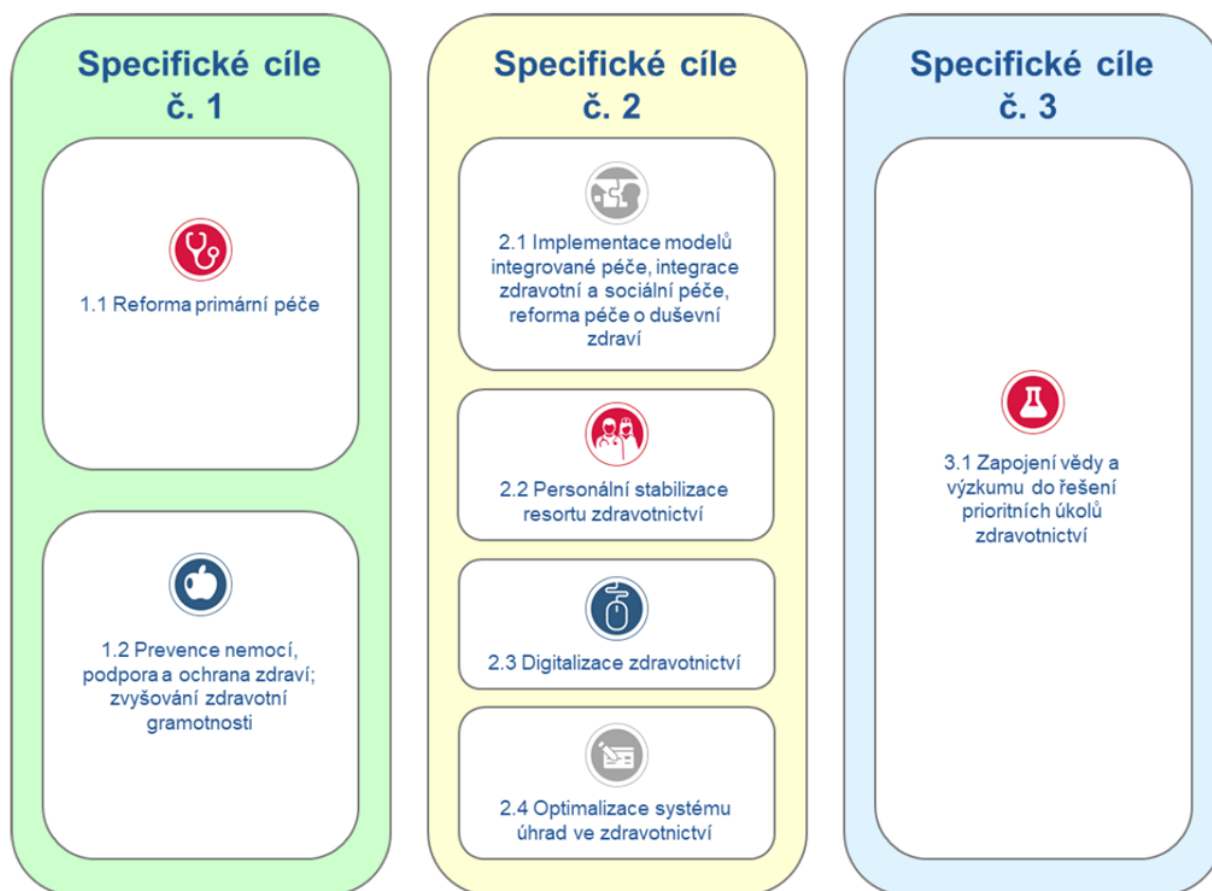
Zdroj: Projekt českého HSPA, zasedání HLAB v červnu 2022.

### Cíle strategie Zdraví 2030

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (Zdraví 2030) se zaměřuje na tři strategické cíle, které jsou rozděleny do sedmi specifických cílů (viz Obrázek A B.1).



Obrázek A B.1. Strategické cíle Zdraví 2030 se týkají zdraví obyvatelstva, výkonnosti zdravotnického systému a vědy a výzkumu



Zdroj: MZČR (2020<sub>[2]</sub>).

Rámec HSPA přispívá k cílům a dílčím cílům uvedeným ve strategii, zejména v souvislosti s analytickými hodnoceními a zahrnutím ukazatelů zdravotního stavu a zdravotních rizik. Podrobnosti o ukazatelích uvedených v dokumentu Zdraví 2030 jsou popsány v Tabulce A B.2; mnohé z nich byly vybrány i pro naplnění rámce českého HSPA ukazateli (viz Příloha D).

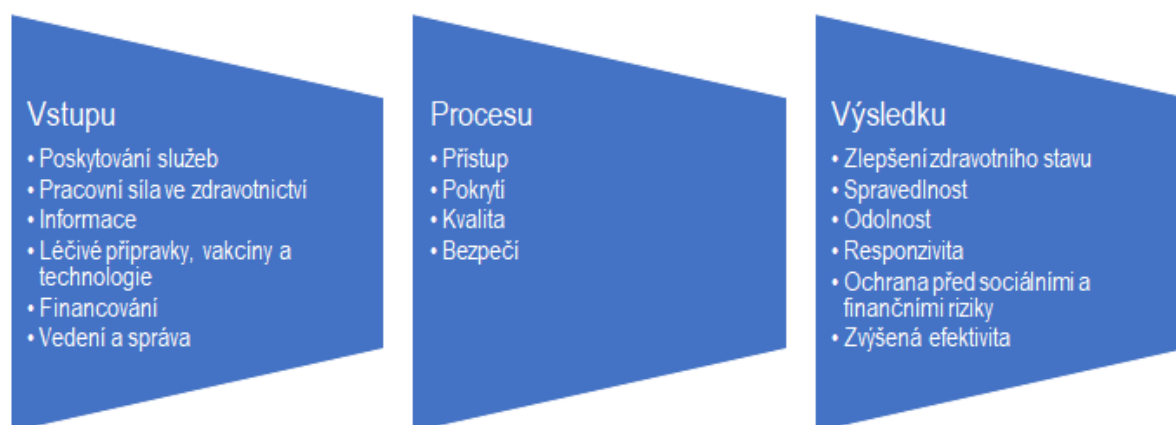
**Tabulka A B.2. Ukazatele, o kterých pojednává dokument Zdraví 2030, ve vztahu ke specifickým cílům**

Specifický cíl	Ukazatel uvedený v dokumentu Zdraví 2030
1.1. Reforma primární péče	Celkový počet lékařů Průměrný věk praktických lékařů Poměr ambulantních specialistů ku praktickým lékařům Počet lékařů na 1 000 obyvatel Poměr návštěv u ambulantních specialistů ku návštěvám u specialistů Poměr návštěv u ambulantních specialistů ku návštěvám u praktických lékařů Preventivní prohlídky dětí Preventivní prohlídky dospělých
1.2 Prevence nemocí, podpora zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti	Pokrytí populace očkováním Poměr antimikrobiální rezistence Zdravotní gramotnost (pomocí standardizované stupnice) Míra obezity (u dětí a dospělých) Míra tělesné aktivity Spotřeba ovoce a zeleniny (podle výše příjmu) Užívání tabáku a konopí u dospívajících Současní denní kuřáci Konzumace alkoholu (u dětí a dospělých) Užívání nelegálních drog Úmrtnost na rakovinu prsu Úmrtnost na rakovinu děložního čípku Úmrtnost na rakovinu tlustého střeva Úmrtnost na rakovinu konečníku
2.1 Integrace modelů péče a zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví	Doba dožití Chronická onemocnění Chronická onemocnění u starších dospělých Počet diagnostikovaných případů rakoviny Počet pacientů léčených na chronické respirační onemocnění Počet pacientů s hypertenzí Počet příjemců dlouhodobé péče (starší dospělí) Počet příjemců dlouhodobé péče (zdravotní postižení) Hospitalizace vážně nemocných pacientů v posledních třech měsících života Příčina úmrtí na chronická onemocnění Integrované poskytování zdravotní a sociální péče Počet příjemců komunitní péče o duševní zdraví
2.2 Udržení a posílení pracovních sil ve zdravotnictví 2.3 Digitalizace 2.4 Optimalizace systému úhrad	Počet pracovních hodin aktivních lékařů, zubařů a lékárníků na 1 000 obyvatel Počet lékařů v nemocnici na 100 000 obyvatel Průměrný věk lékařů Ambulantní chirurgická péče s digitální infrastrukturou Podíl výdajů na lůžkovou péči na celkovém rozpočtu na zdravotnictví Počet absolventů lékařských fakult Počet ambulantních lékařů Počet zubařů Počet zdravotních sester na 1 000 obyvatel Počet zdravotních sester v nemocniční péči Průměrný plat lékaře (veřejná zařízení) Průměrná mzda lékaře (soukromá zařízení) Průměrný plat zdravotní sestry Přístup k dlouhodobé péči Procento HDP na zdravotní péči (mezinárodní srovnání) Efektivita výdajů na zdravotnictví
3.1 Zlepšení vědy a výzkumu při řešení prioritních cílů v oblasti zdravotnictví	Dopad výzkumu na produktivitu Výzkum zdravotního stavu Dopad technologií na produktivitu Používání inovativních technologií a léčiv

## Příloha C. Proces stanovení domén rámce českého HSPA

První návrh rozsahu a účelu českého HSPA, definovaný na začátku roku 2022, poskytl vodítko pro výběr domén a ukazatelů, které mají rámec HSPA naplnit. Běžné funkce HSPA se často týkají také odpovědnosti a sledování výkonnosti. Další běžné účely se vztahují k vyhodnocování tvorby politik a strategií, hodnocení konkrétních odvětví nebo programů a poskytování platformy pro odpovědnost vládě nebo veřejnosti. Tyto cíle společně obvykle vyvažují funkce podávání zpráv a hodnocení s funkcemi učení a zlepšování. Ve stávajících rámcích HSPA v Evropě se často používá řada společných domén HSPA (Obrázek A C.1).

Obrázek A C.1. Příklady společných domén používaných v rámcích HSPA v Evropě



Zdroj: (Fekri, Macarayan and Klazinga, 2018<sup>[10]</sup>).

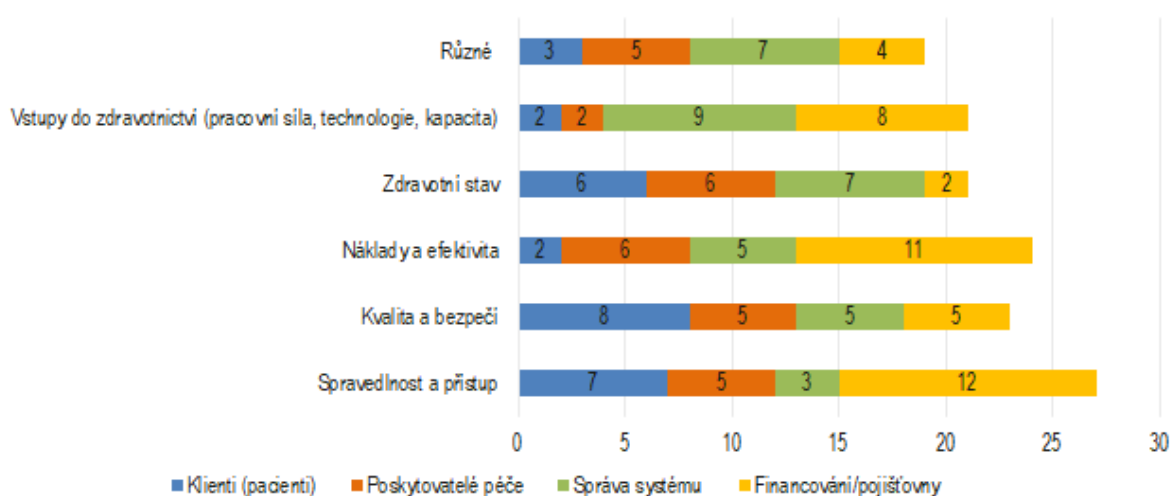
### Workshopy k vytvoření rámce HSPA

Při workshopech k vytvoření rámce HSPA, které se konaly 7. a 8. dubna 2022 v Praze, se sešlo více než 35 účastníků zastupujících různé vládní instituce i důležité zúčastněné strany z oblasti zdravotnictví, aby společně stanovili strukturu rámce a začali identifikovat ukazatele, které budou použity při měření klíčových domén HSPA. Jednání se zúčastnili zástupci Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva financí, Ústavu zdravotnických informací a statistiky, Českého statistického úřadu, Státního zdravotního ústavu, zástupci veřejných zdravotních pojišťoven (ČPZP, VZP, VoZP, OZP, ZPS), Kanceláře zdravotních pojišťoven, Sdružení ambulantních specialistů, zástupci fakultních nemocnic (Bulovka), zástupci pacientů z Pacientské rady ministra zdravotnictví a akademické obce (Univerzita Karlova). V Praze byl osobně přítomen i tým OECD.

Po shrnutí mezinárodních přístupů k definici domény HSPA byli účastníci požádáni, aby na barevné lepicí papírky napsali 4–8 potenciálních témat, kterými se má HSPA zabývat. Účastníci workshopu poté připojili své samolepicí papírky na postery, kde byly identifikovány široké oblasti potenciálních domén. Celkem bylo v rámci tohoto úkolu identifikováno 135 návrhů na domény/témata HSPA (viz Obrázek A C.2).

Účastníci workshopu byli rozděleni do čtyř skupin podle toho, jaký úhel pohledu a jakou úlohu sehrává jejich instituce ve zdravotnickém systému. Rozdělení bylo provedeno prostřednictvím barevných samolepicích papírků, což umožnilo na základě vytvořených témat analyzovat preference. Například zatímco skupina pacientů kladla největší důraz na kvalitu a bezpečí, pojišťovny se zaměřily na náklady a efektivitu, ale obě skupiny kladly velký důraz na spravedlnost a dostupnost.

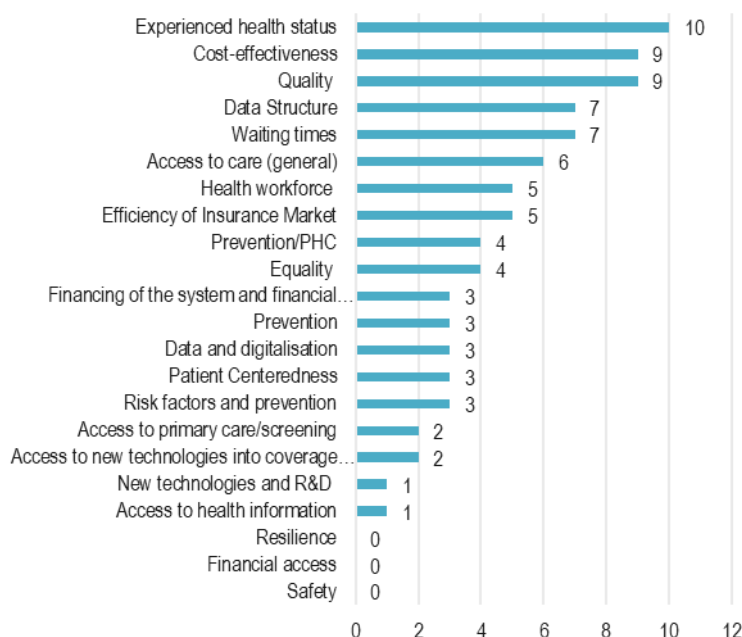
### Obrázek A C.2. Prostřednictvím procesu budování konsenzu ohledně HSPA bylo identifikováno 135 potenciálních témat



Zdroj: Projekt českého HSPA, zasedání pracovní skupiny v dubnu 2022.

Po tomto úkolu generování témat se účastníci workshopu zapojili do moderované diskuse, jejímž cílem bylo shrnout flipcharty a vznikající domény a vyjasnit si s účastníky případné nejasnosti v poznámkách. V procesu hledání shody bylo 135 navržených témat rozděleno do 22 témat, v nichž byly dále stanoveny priority hlasováním, aby se určila ta nejdůležitější, která mají být v HSPA zastoupena. Odhlasováno bylo 19 z 22 témat, přičemž nejvyšší počet bodů získala témata týkající se zdravotního stavu, nákladové efektivity, kvality, struktury údajů, čekacích dob a dostupnosti péče (viz Obrázek A C.3).

**Obrázek A C.3. Hlasování určilo jako pět hlavních témat zdravotní stav, nákladovou efektivitu, kvalitu, strukturu dat a čekací doby**



Zdroj: Projekt českého HSPA, zasedání pracovní skupiny v dubnu 2022.

Po hlasování byly domény uspořádány řídicím týmem Ministerstva zdravotnictví a OECD a jejich subdomény rozděleny do společných domén. Návrh rámce byl poté předložen účastníkům workshopu k ověření a zpětné vazbě. Po zapracování připomínek účastníků pracovní skupiny byl návrh rámce přepracován do verze uvedené na Obrázku A C.4.

**Obrázek A C.4. Návrh rámce českého HSPA vypracovaný během workshopů k vytvoření rámce v dubnu 2022**

První pracovní návrh rámce HSPA z dubna 2022

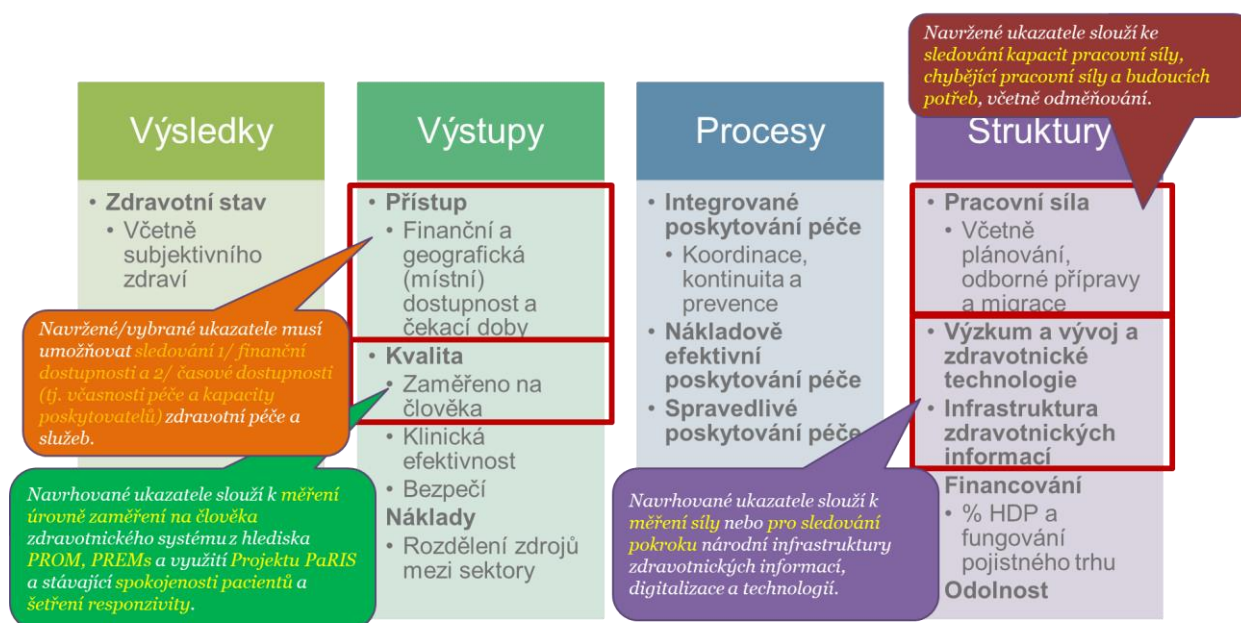


Zdroj: Projekt českého HSPA, zasedání pracovní skupiny v dubnu 2022.

## Technické fokusní skupiny

Prvotní návrh rámce HSPA byl použit k určení témat technických fokusních skupin. Účastníci dubnových workshopů se dohodli na uspořádání samostatných technických diskusí na témata Dostupnost péče, Kvalita, Pracovní síla a Zdravotnická informační infrastruktura a zdravotnické technologie. Ty se konaly virtuálně v měsících květnu, červnu, září a říjnu 2022 a jejich konkrétní zaměření navázané na návrh rámce HSPA je znázorněno na Obrázku A C.5.

### Obrázek A C.5. Navázání technických fokusních skupin na první návrh rámce HSPA



Zdroj: Projekt českého HSPA, zasedání HLAB v lednu 2023.

Technické fokusní skupiny sloužily k podrobným technickým diskusím mezi vybranými členy pracovních skupin, experty OECD s odbornými znalostmi v jednotlivých doménách a dalšími přizvanými českými a mezinárodními experty. Jednání probíhala virtuálně a počet účastníků byl nízký, 10 až 14 osob, aby bylo možné důkladně prodiskutovat a přezkoumat stávající mezinárodní praxi a metodiku ukazatelů a možnosti pro českou lokalizaci HSPA. Níže uvedený seznam obsahuje přehled technických fokusních skupin a shrnutí jejich diskusí.

- Technická fokusní skupina č. 1: Zaměřeno na člověka, v rámci domény Kvalita (18. května 2022)

Zúčastnili se MZ, ČSÚ, ÚZIS, zástupce pacientů, národní manažer projektu PaRIS.

Během technické fokusní skupiny se experti OECD podělili o své odborné znalosti týkající se situace se sběrem dat o položkách projektu OECD PREMs a ukazatelů subjektivně udávaného bezpečí pacientů v rámci tohoto projektu, a projektu PaRIS (patient reportet indicator survey), se zvláštním zaměřením na měření subjektivního vnímání poskytované péče pacienty (PREMs) – mezinárodní šetření PaRIS mezi osobami s chronickými onemocněními. Během jednání bylo navrženo použít také souhrnný ukazatel z průzkumu spokojenosti pacientů, který provádí Ministerstvo zdravotnictví pro lůžková zařízení. Nemocnice se průzkumu účastní dobrovolně, ale v průběhu let se počet zúčastněných nemocnic výrazně zvýšil.

- Technická fokusní skupina č. 2: Domény Digitalizace a Zdravotnické technologie (1. června 2022)

Zúčastnily se ho různé odbory MZ, tři zdravotní pojišťovny a zástupce pacientů.

Během technické fokusní skupiny se experti OECD s účastníky podělili o současný stav dodržování doporučení Rady OECD pro správu zdravotnických dat, o příklady ukazatelů OECD z dalších zemí používaných při sledování zavádění a vyspělosti systémů elektronických zdravotních záznamů (EHR) a ukazatelů používaných při sledování telemedicíny a vzdálené péče. Účastníci se shodli na tom, že pro účely HSPA by bylo vhodnější vyvinout průběžný ukazatel pro měření zavádění elektronického zdravotnictví, než používat otázky typu „ano/ne“.

- Technická fokusní skupina č. 3: Doména Monitorování pracovních sil (12. září 2022)

Zúčastnily se různé odbory MZ (včetně odboru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů), ČSÚ, ÚZIS, VoZP, VZP, odborové organizace (OSZSP), Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Během technické fokusní skupiny se experti OECD podělili s účastníky o zkušenosti OECD a mezinárodní zkušenosti s ukazateli používanými pro monitorování pracovních sil. Česká republika předkládá údaje o pracovnících ve zdravotnictví shromážděné prostřednictvím společného dotazníku OECD/Eurostat/WHO-Europe, které jsou obecně velmi dobré. Pro plánování pracovních sil ve zdravotnictví na národní úrovni je však zapotřebí mnohem více údajů, které by sloužily jako vodítko pro politické rozhodování, včetně údajů o nabídce a poptávce, minulých/současných/budoucích kapacitách (na základě různých scénářů). Nizozemsko je jedním z nejlepších příkladů dobrého národního plánování pracovní síly ve zdravotnictví. Diskuse se poté zaměřila na možné ukazatele, které by umožnily sledovat kapacity, nedostatek a budoucí potřeby pracovních sil, včetně odměňování. Počet ukazatelů týkajících se pracovní díly ve zdravotnictví bude třeba omezit na ty nejdůležitější/nejrelevantnější.

- Technická fokusní skupina č. 4: Dostupnost

Zúčastnilo se MZ, ČSÚ, různé odbory ÚZIS, zdravotní pojišťovny (VZP, VoZP), fakultní nemocnice (Olomouc, VFN).

Během technické fokusní skupiny se experti OECD podělili o své poznatky týkající se měření finanční dostupnosti v zemích OECD i na mezinárodní úrovni, a to pomocí ukazatelů pro sledování finanční ochrany, katastrofických výdajů a měření pokrytí z veřejných výdajů podle typu zdravotní péče. S účastníky skupiny byla sdílena i druhá položka zaměřená na měření časové dostupnosti a měření čekacích dob vycházející ze zkušeností OECD. Představen byl také příklad dobré praxe ze Slovinska, který se zaměřil na metodiku čekacích listin a měření čekací doby.

## Studijní návštěva Belgie

Studijní návštěvu Belgie zorganizoval tým OECD s cílem podpořit sdílení znalostí, vzájemné vytváření sítí a budování bilaterálních vztahů mezi hlavními českými orgány HSPA a jejich belgickými protějšky. Rozhodnutí navštívit Belgii vycházelo ze zájmu českých orgánů o belgický HSPA a ze skutečnosti, že HSPA je v Belgii již řadu let dobře propracováno a udržováno, existují zkušenosti s dopady HSPA na návrhy a realizaci zdravotní politiky a v Belgii je zaveden proces neustálého zdokonalování HSPA a také průběžný proces stanovování cílů v oblasti zdraví.

Studijní návštěva trvala dva a půl dne a jejím cílem bylo prozkoumat fungování, udržování a řízení belgického systému HSPA. Součástí byly schůzky s Institut National Assurance Maladie Invalidité (INAMI), Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Sciensano, belgickým federálním ministerstvem zdravotnictví Santé Publique a Evropskou komisí (GŘ REFORM). V české delegaci bylo sedm vysokých představitelů Ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven (VZP, VoZP) a Státního zdravotního ústavu.

Česká studijní skupina se seznámila s historií belgického HSPA, s jeho prvotními záměry a s tím, jak se postupem času vyvíjelo. Belgičtí kolegové se rovněž podělili o informace o nejnovějším vývoji v oblasti rozvoje rámce HSPA a o podrobnosti o tom, jak je HSPA začleněno do tvorby politik, jak jsou zapojeny klíčové zúčastněné strany a jaké jsou postupy pro získání podpory. Jedna z aktuálně probíhajících aktivit zahrnuje proces víceletého rozpočtování jako výstup reflexe belgického HSPA a další se zaměřuje na proces stanovení zdravotních cílů a metodiku začlenění těchto cílů do belgického zdravotního pojištění. Proběhla také jednání s KCE a společností Sciensano o technickém vytváření zprávy o HSPA a tematických zpráv a o cyklech přezkumu indexů.



## Příloha D. Seznam ukazatelů, které obsahuje rámec českého HSPA

Seznam ukazatelů vybraných v rámci komplexního procesu při vytváření rámce českého HSPA bude sloužit jako vstup pro další, implementační fázi HSPA. Předpokládáné a považované za vhodné jsou další diskuse mezi zúčastněnými stranami HSPA, zejména správci údajů a navrženými správci ukazatelů, s cílem vypracování podrobných technických listů pro každý jednotlivý ukazatel (vlastnosti technických listů viz Rámeček 4.1).

V této příloze jsou uvedeny ukazatele pro každou z dvanácti domén. V každé části jsou v tabulkách podrobně popsány ukazatele vybrané pro první český HSPA a uvedeny informace o dostupnosti údajů pro různá hlediska členění, dostupnosti referenčních hodnot, primárním zdroji údajů, správci údajů a navrženém správci ukazatele.

V mnoha případech jsou správce údajů a správce ukazatele pro daný ukazatel stejní. Pokud se liší, znamená to, že správce údajů je odpovědný za sběr a zpracování údajů a za zajištění celkového výpočtu ukazatele na základě primárního souboru údajů. Správce ukazatele je pak odpovědný za uvedení ukazatele ve zprávě HSPA a zároveň komentuje jeho širší kontext, vývoj časové řady a/nebo mezinárodní srovnání a vysvětluje jeho možné příčiny a/nebo důsledky pro zdraví obyvatelstva nebo zdravotní systém. Typicky se rozdělení funkcí týká ukazatelů údajů ze šetření, kdy jedna instituce provádí šetření, ale oblast zájmu ukazatele spadá do působnosti jiné instituce.

Ukazatele byly přiřazeny správcům ukazatelů na základě diskusí vedených během schůzek pracovní skupiny a na základě písemných připomínek obdržných od různých zúčastněných stran HSPA. Přidělení bylo poté přezkoumáno během individuálních konzultací s budoucími správci ukazatelů HSPA. Konečné rozdělení ukazatelů mezi správce je však otevřeno k další diskusi během fáze implementace HSPA.

### Doména: Zdravotní stav

Pro tuto doménu bylo vybráno celkem devatenáct ukazatelů, které jsou seskupeny do čtyř subdomén (délka dožití a úmrtnost, odvrátitelná úmrtnost, subjektivní zdraví a zátěž nemocí).

#### *Délka dožití a úmrtnost*

Subdoména délky dožití a úmrtnosti analyzuje střední délku života, délku života ve zdraví a hlavní příčiny úmrtnosti. Bylo vybráno celkem osm ukazatelů. Primární data pro tyto ukazatele pocházejí z Českého statistického úřadu (ČSÚ) pro údaje o české populaci, z Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) pro příčiny úmrtí a z Eurostatu pro mezinárodní srovnání. Ukazatel délky života ve zdraví využívá metodiku Eurostatu/OECD, která vychází z dotazníkového šetření týkajícího se dlouhodobých omezení v obvyklých činnostech v důsledku zdravotních problémů.

Registr úmrtí uvedený v tabulce znamená Registr příčin úmrtí, který je naplňován informacemi získanými z Listu o prohlídce zemřelého (LPZ). Metodicky je za údaje o příčinách úmrtí odpovědný ÚZIS, přestože tyto údaje do mezinárodních datasetů vykazuje ČSÚ. V následujících tabulkách je proto ÚZIS uveden jako primární správce údajů, ačkoli v praxi má za metodiku, udržování a mezinárodní vykazování datasetů sdílenou odpovědnost.

**Tabulka A D.1. Ukazatele naděje dožití a úmrtnosti**

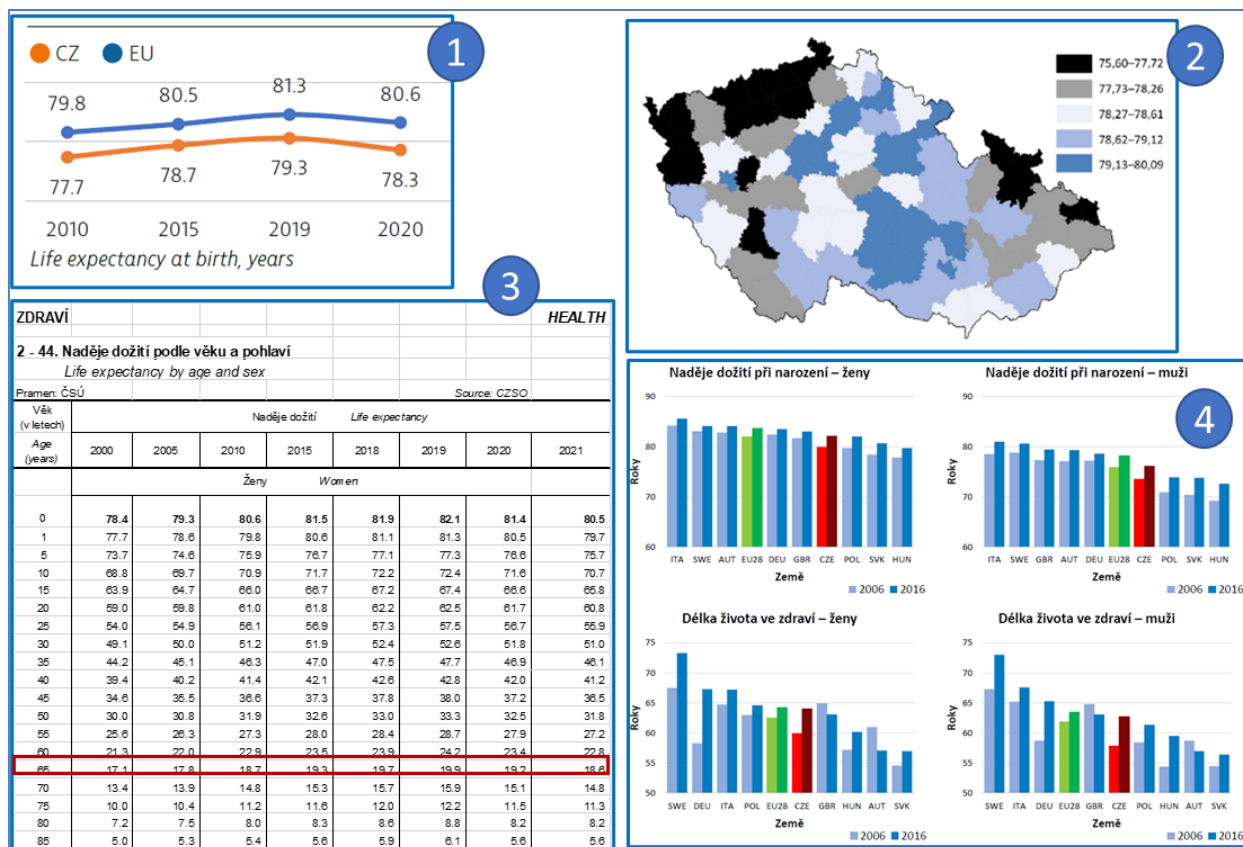
Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Naděje dožití při narození, podle pohlaví (roky)	Pohlaví, region	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	Registr obyvatelstva	ČSÚ	ČSÚ
Délka života ve zdraví při narození, podle pohlaví (roky)	Pohlaví, region	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Registr obyvatel, registr úmrtí (LPZ), šetření EU-SILC	ÚZIS	ÚZIS
Naděje dožití v 65 letech podle pohlaví (roky)	Pohlaví, region	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	Registr obyvatelstva	ČSÚ	ČSÚ
Délka života ve zdraví v 65 letech, podle pohlaví (roky)	Pohlaví, region	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Registr obyvatel, registr úmrtí (LPZ), šetření EU-SILC	ÚZIS	ÚZIS
Hlavní příčiny úmrtnosti (%)	Pohlaví, region	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	Registr úmrtí (LPZ)	ÚZIS	ÚZIS
Peri-neonatální úmrtnost podle věku matky, bydliště a výskytu (hlth_cd_aperro)	region	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	Registr obyvatel, registr úmrtí (LPZ)	ÚZIS	ÚZIS
Úmrtnost na nemoci krevního oběhu (specifická míra onemocnění na 100 000 obyvatel (věkově standardizovaná))	Věk, pohlaví, region	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	Registr úmrtí (LPZ)	ÚZIS	ÚZIS
Úmrtnost na rakovinu podle typu rakoviny (%)	Pohlaví, region	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	registr úmrtí (LPZ), Národní onkologický registr	ÚZIS	ÚZIS

Poznámka: Registr úmrtí je zkratka pro Registr příčin úmrtí, který je naplňován informacemi získanými z Listu o prohlídce zemřelého (LPZ).

Infografika A D.1 a Infografika A D.2 ukazují možnou vizualizaci a srovnávání, ať už regionální, podle věku, pohlaví nebo mezinárodní, pro naději dožití, délku života ve zdraví a úmrtnost.

## Infografika A D.1. Doba dožití

1. Naděje dožití při narození, ČR a EU; 2. Naděje dožití při narození, regionální srovnání; 3. Naděje dožití podle věku a pohlaví v ČR; 4. Naděje dožití při narození a délka života ve zdraví podle pohlaví

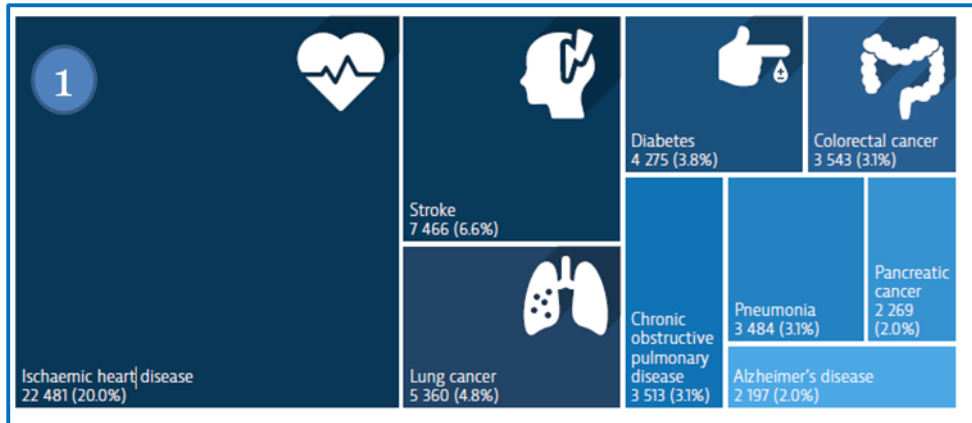


Poznámka: Primárním zdrojem údajů použitých v zobrazených grafech je Český statistický úřad a Eurostat.

Zdroj: Obrázky převzaty z OECD / Evropského střediska pro sledování zdravotnických systémů a politik (2021<sub>(11)</sub>) pro číslo 1, ÚZIS (2020<sub>(12)</sub>) pro číslo 2 a 4 a ČSÚ (2022<sub>(13)</sub>) pro číslo 3.

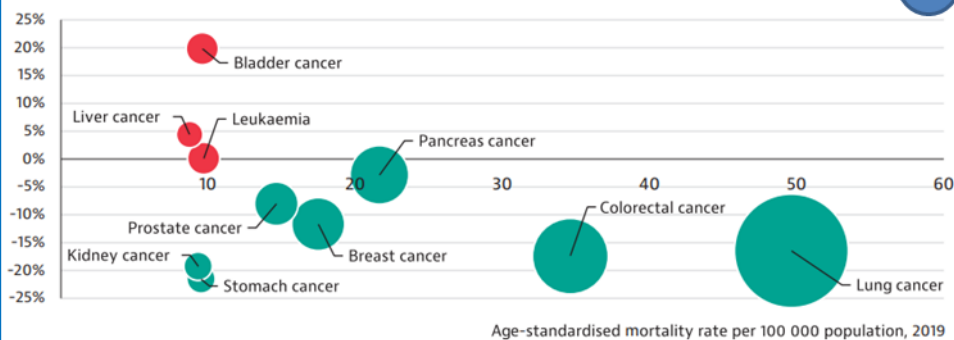
## Infografika A D.2. Úmrtnost

1. Hlavní příčiny úmrtí, počet a procento všech úmrtí; 2. Úmrtnost na rakovinu podle typu rakoviny, věkově standardizovaná úmrtnost na počet obyvatel a procentuální změna za dané období; 3. Počet úmrtí na solidní nádory, podle místa nádoru a pohlaví



**Figure 3. Mortality rates for main cancer types decreased in recent years**

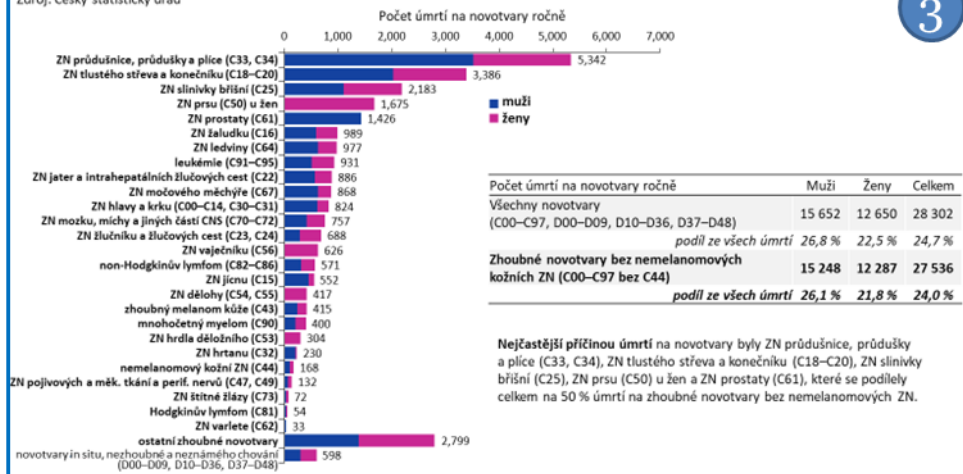
Change in cancer mortality, 2011–2019 (or nearest year)



Note: Red bubbles signal an increase in the percentage change in cancer mortality during 2011–2019; green bubbles signal a decrease. The size of the bubbles is proportional to the mortality rates in 2019. The mortality of some of these cancer types is low; hence, the percentage change should be interpreted with caution. Bubble sizes for mortality rates are not comparable between countries. Source: Eurostat Database.

## Mortalita na novotvary v České republice v letech 2016–2020

Zdroj: Český statistický úřad



Poznámka: Primárním zdrojem údajů pro zobrazené grafy je Eurostat a Český statistický úřad.

Zdroj: Obrázky převzaty z OECD / Evropského střediska pro sledování zdravotnických systémů a politik (2021<sub>[11]</sub>) pro číslo 1, OECD (2023<sub>[14]</sub>) pro číslo 2 a ÚZIS (2020<sub>[12]</sub>) pro číslo 3.

### Odvratitelná úmrtnost

Subdoména odvratitelné úmrtnosti zahrnuje tři ukazatele. Analyzuje úmrtí z příčin, kterým lze předcházet, zejména prostřednictvím intervencí v oblasti veřejného zdraví a primární prevencí (příčiny úmrtnosti, kterým lze předcházet), a úmrtí z příčin, kterým lze předcházet zejména prostřednictvím včasné a účinné zdravotní péče, včetně screeningů/diagnostiky a léčby (léčitelné příčiny úmrtnosti). Potenciálně ztracené roky života (PYLL) jsou souhrnným ukazatelem předčasné úmrtnosti, který umožňuje explicitně vážit úmrtí v mladším věku, jimž lze a priori předcházet. Výpočet PYLL spočívá v tom, že se sečtou úmrtí v jednotlivých věkových kohortách a vynásobí se počtem zbývajících let života do zvolené věkové hranice. Všechny tři ukazatele se týkají předčasné úmrtnosti (do 75 let věku). U odvratitelné úmrtnosti údaje vycházejí z revidovaných seznamů OECD/Eurostatu, PYLL používá metodiku OECD. Primárním zdrojem údajů v ČR je registr úmrtí, viz poznámka pod tabulkou a v předchozí subdoméně.

**Tabulka A D.2. Ukazatele odvratitelné úmrtnosti**

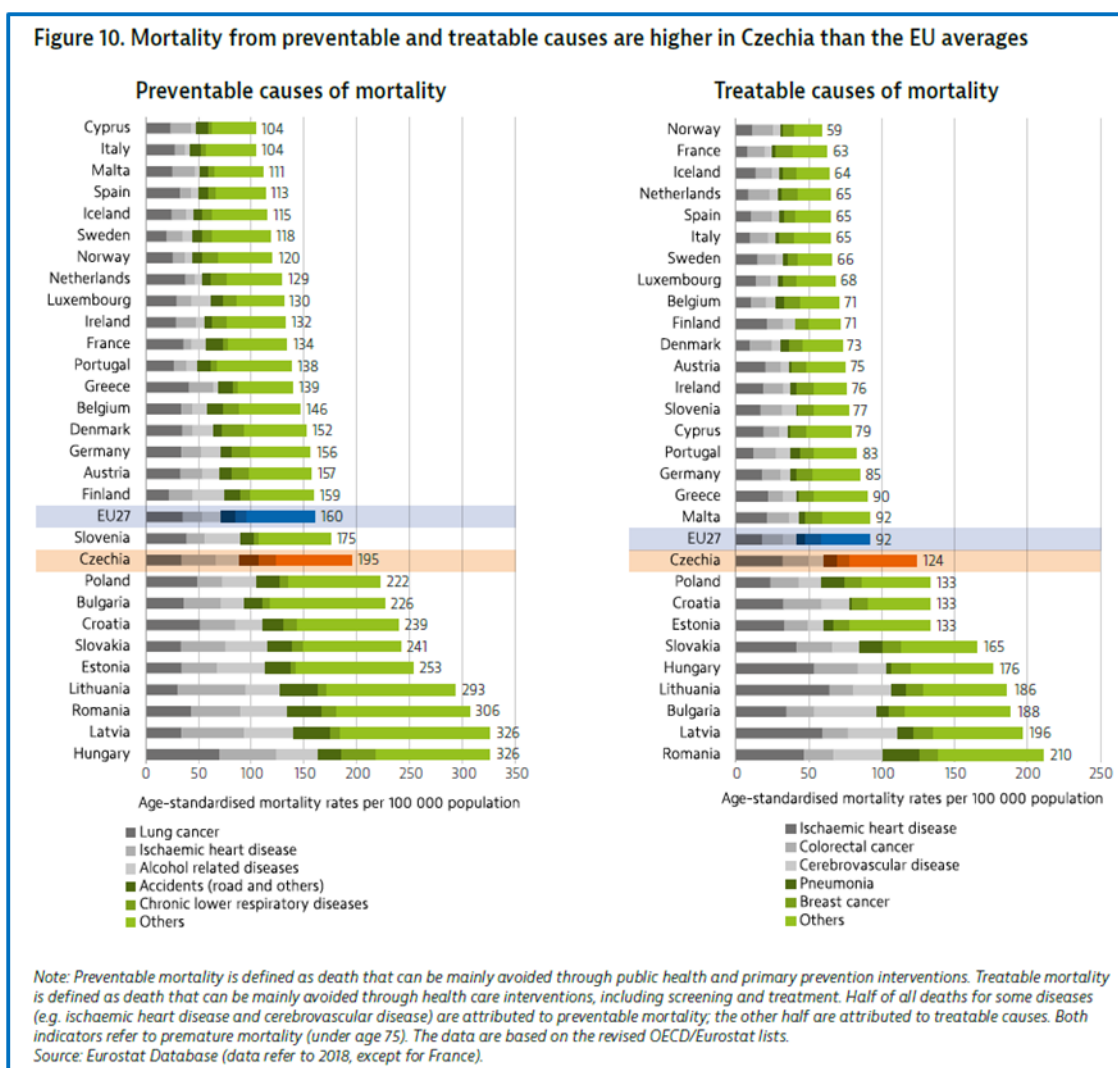
Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Příčiny úmrtnosti, kterým lze předcházet prevencí (počet zemřelých)	pohlaví	Mezinárodní, časové řady	Definice OECD/Eurostat	Registr úmrtí (LPZ), Eurostat	ÚZIS	ÚZIS
Příčiny úmrtnosti, kterým lze předcházet léčbou (počet zemřelých)	pohlaví	Mezinárodní, časové řady	Definice OECD/Eurostat	Registr úmrtí (LPZ), Eurostat	ÚZIS	ÚZIS
Potenciálně ztracené roky života		Mezinárodní, časové řady	OECD	Registr úmrtí (LPZ), zdravotní statistika OECD	ÚZIS	ÚZIS

Poznámka: Registr úmrtí je zkratka pro Registr příčin úmrtí, který je naplňován informacemi získanými z Listu o prohlídce zemřelého (LPZ).

Infografika A D.3 ukazuje možnou vizualizaci jak léčitelné, tak preventabilní úmrtnosti.

## Infografika A D.3. Odvratitelná úmrtnost

Úmrtnost z příčin, kterým lze předcházet (obrázek vlevo), a z příčin, které lze léčit (obrázek vpravo).



Poznámka: Primárním zdrojem údajů pro zobrazený graf je OECD/Eurostat pro evropské země a Český statistický úřad pro údaje za Českou republiku.

Zdroj: Obrázky převzaty z OECD / Evropského střediska pro sledování zdravotnických systémů a politik (2021<sup>[11]</sup>).

### Subjektivní zdraví

Subdoména subjektivního zdraví analyzuje subjektivní vnímání vlastního zdraví. Zde jsou celkem tři ukazatele. První dva ukazatele vycházejí ze šetření EU-SILC, které má roční periodicitu a lze je členit dle věku, pohlaví, vzdělání a míry urbanizace (hlth\_silc\_18). Ukazatele jsou srovnatelné napříč zeměmi EU prostřednictvím databáze Eurostatu; primárním správcem údajů v České republice je ČSÚ. Druhý ukazatel sleduje subjektivně vnímaná dlouhodobá (nejméně šest měsíců) omezení v činnostech denního života ze zdravotních důvodů. Tento ukazatel byl původně zvolen na základě Evropského výběrového šetření o zdraví (EHIS), které se provádí každých šest let (od roku 2019), ale po konzultaci byl změněn na údaje ze šetření EU-SILC, protože jsou k dispozici každý rok. Obě statistická šetření se řídí mezinárodní metodikou Eurostatu. EHIS i šetření EU-SILC nabízejí možnost členění podle socioekonomického statusu (SES), jako je úroveň vzdělání a příjem.

Tyto dva ukazatele jsou svěřeny do správy ÚZIS, nicméně se doporučuje (a s oběma institucemi bylo dohodnuto), aby pro účely vypracování technického listu ukazatele bylo hledisko veřejného zdraví konzultováno se Státním zdravotním ústavem (SZÚ).

Subdoména obsahuje také jeden ukazatel k vytvoření, který bude vytvořen na základě probíhajícího šetření Indikátory pacienty vnímaných výsledků zdravotní péče (projekt PaRIS), jež se ve své části PROMs zaměřuje na ukazatele výsledků hlášených pacienty u pacientů ve věku 45 let a starších, kteří navštívili svého praktického lékaře alespoň jednou v předchozím půlroce, přičemž se zaměřuje především na chronicky nemocné pacienty. Správa tohoto předběžného ukazatele ze strany SZÚ může být dále diskutována na základě vývoje národního projektu PaRIS.

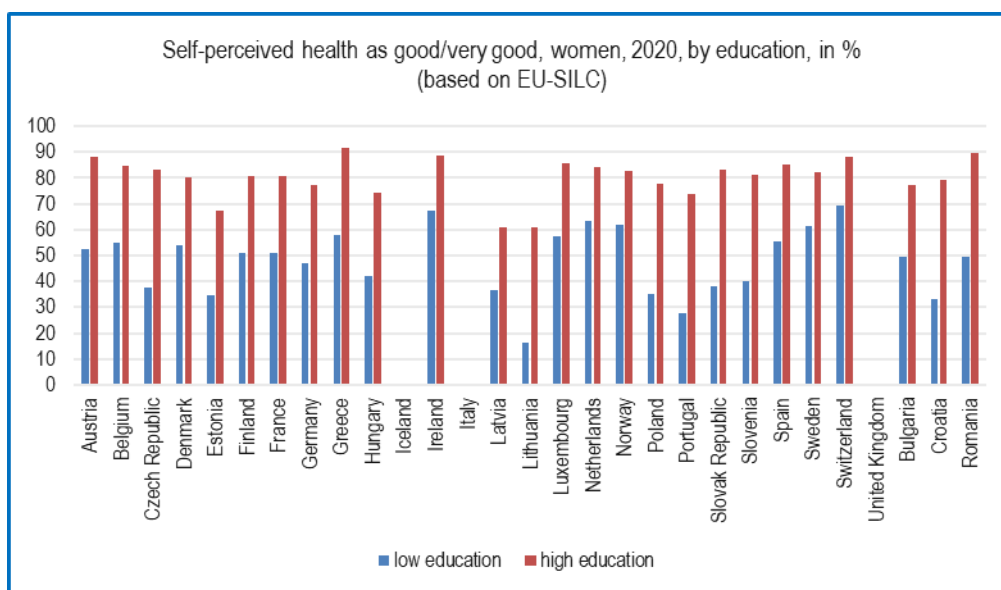
### Tabulka A D.3. Ukazatele subjektivního zdraví

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Omezení ze zdravotních důvodů (EU-SILC)	Pohlaví, věk, socioekonomický stav	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EU-SILC	ČSÚ	ÚZIS
Subjektivní vnímání vlastního zdravotního stavu dle pohlaví, věku a míry urbanizace (hlth_silc_18)	věková skupina, pohlaví a míra urbanizace	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EU-SILC	ČSÚ	ÚZIS
Indikátory pacienty vnímaných výsledků zdravotní péče (projekt PaRIS)	K VYTVOŘENÍ	mezinárodní	OECD	Šetření PaRIS	MZ	SZÚ

Infografika A D.4 ukazuje možné členění ukazatele subjektivního vnímání vlastního zdravotního stavu ze šetření EU-SILC.

### Infografika A D.4. Subjektivní zdraví

1. Subjektivní vnímání vlastního zdravotního stavu dle pohlaví a vzdělání. Primárními údaji pro zobrazený obrázek je šetření EU-SILC, v České republice spravované ČSÚ



Zdroj: Zdravotní statistiky OECD (2022<sub>[15]</sub>).

### *Zátěž nemocí*

Subdoména zátěže nemocí analyzuje výskyt a prevalenci nejčastějších a/nebo nejzávažnějších onemocnění a úroveň komorbidit v populaci. Zde je celkem devět ukazatelů.

Dva ukazatele, týkající se výskytu více chronických onemocnění u starších osob a omezení v každodenních činnostech u starších osob, pocházejí z průzkumu zdraví, stárnutí a odchodu do důchodu v Evropě (SHARE). SHARE je výzkumnou infrastrukturou pro studium účinků zdravotních, sociálních, ekonomických a environmentálních politik v průběhu života evropských občanů i s přesahem mimo Evropu. Jedná se o multidisciplinární mezinárodní časovou databázi sběru mikrodat o zdravotním stavu, socioekonomickém postavení a sociálních a rodinných sítích osob ve věku 50 let a více ze všech zemí EU, Švýcarska a Izraele. V České republice sídlí tým SHARE v Národohospodářském ústavu Akademie věd ČR a CERGE-EI, Univerzita Karlova, a šetření provádí agentura vybraná v zadávacím řízení hlavním koordinátorem projektu v Německu.

Ohledně prevalence diabetu proběhla diskuse, který primární zdroj údajů použít. Bylo by možné využít šetření EHIS, které rovněž nabízí členění podle socioekonomického statusu (SES), ale od roku 2019 bude prováděno pouze s šestiletou periodicitou (pozn.: šetření EHIS probíhá na vzorku respondentů ČSÚ, ale primárním správcem údajů je ÚZIS). Údaje o úhradách v registru NRHZS, který spravuje ÚZIS, neumožňují členění podle socioekonomického statusu, ale jsou k dispozici každoročně a mají potenciál pro regionální srovnání. Údaje o úhradách se totiž týkají lidí, kteří se léčí na diabetes pomocí léků, zatímco údaje EHIS zahrnují i osoby, které jsou pouze na dietě. Z těchto důvodů ČSÚ, SZÚ a ÚZIS podpořily pro tento ukazatel použití údajů z úhrad. V technickém listu ukazatele se doporučuje doplnit ukazatel prevalence založený na údajích o úhradách o výsledky Evropského šetření zdravotního stavu (EHES), který se zaměřuje i na potenciální pacienty s diabetem, kteří nejsou léčeni.

Ukazatel pro dospělé ohrožené depresí byl vybrán vzhledem k jeho politickým důsledkům a probíhající reformě duševního zdraví. Buď lze použít údaje z Eurofoundu (Evropská nadace pro zlepšení životních a pracovních podmínek), pokud bude elektronické šetření Život, práce a COVID-19 pokračovat i v dalších cyklech, nebo lze použít údaje ze šetření EHIS Eurostatu – zdroj údajů bude ještě projednán během implementační fáze HSPA.

Na základě doporučení ČSÚ a po schválení pracovní skupinou byly do výběru zařazeny dva ukazatele: ukazatel o osobách se zdravotním postižením podle pohlaví a věku a podle pomoci druhé osoby z výběrového šetření ČSÚ (výběrové šetření osob se zdravotním omezením, nikoliv roční, ale v pravidelné periodicitě) a celostátní statistika pracovní neschopnosti na základě údajů o pracovní neschopnosti z důvodu nemoci, která je k dispozici dvakrát ročně. V druhém jmenovaném případě může jít zejména o ukazatel počtu pracovních neschopností na nemocensky pojištěnou populaci a/nebo průměrnou dobu pracovní neschopnosti ve dnech.

Index komorbidit, který ÚZIS vypočítal na základě metodiky Deyovy modifikace indexu komorbidit dle Charlsonové (DCCI), byl uveden v Analytické studii strategického dokumentu Zdraví 2030. Z tohoto důvodu byl tento ukazatel pracovní skupinou vybrán pro naplnění rámce HSPA.



Tabulka A D.4. Ukazatele zátěže nemocí

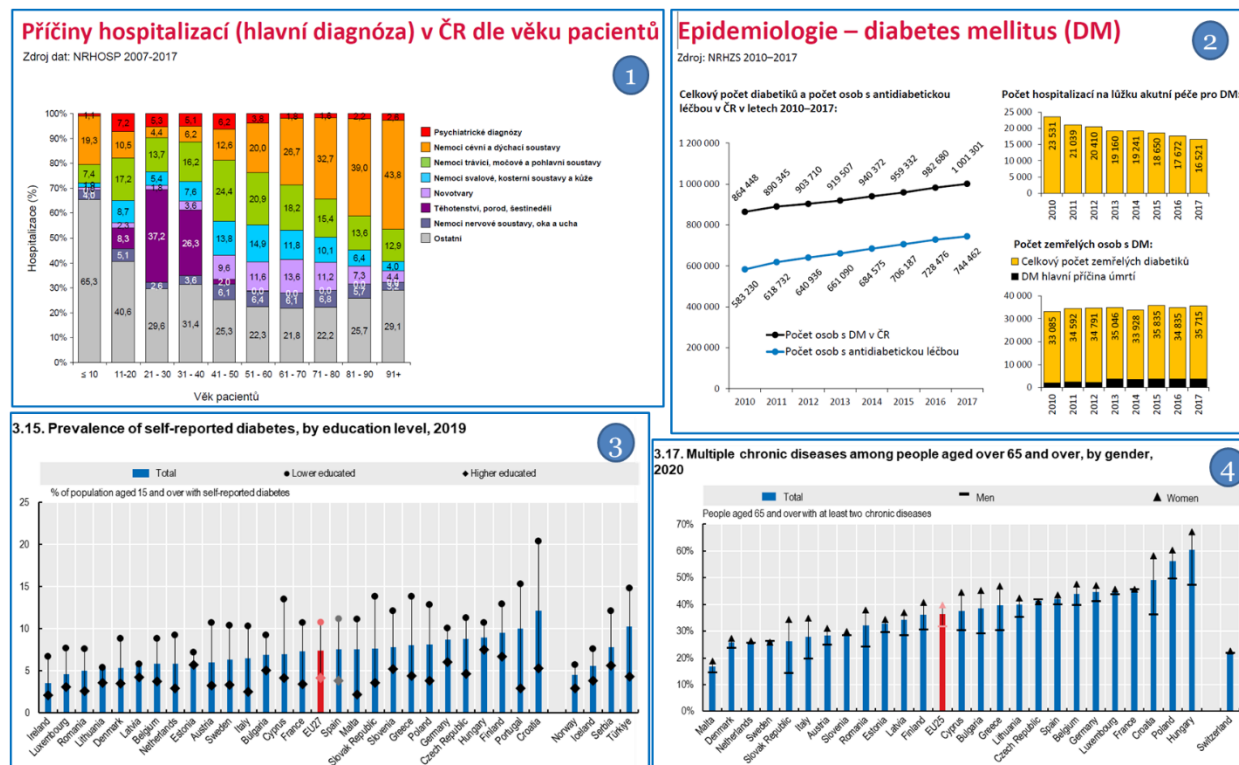
Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Mnohočetná chronická onemocnění u lidí ve věku 65 a více let podle pohlaví (% lidí ve věku 65 let a více s alespoň dvěma chronickými onemocněními) (SHARE)	Pohlaví, socioekonomický status?	Mezinárodní, časové řady	SHARE	Šetření SHARE	Tým SHARE	SZÚ
Standardizovaný vývoj příčin hospitalizace na 100 000 obyvatel	Pohlaví, region	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat / OECD	Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS
Prevalence (vybraných) chronických onemocnění a obtíží (EHIS)	Pohlaví, věk, socioekonomický stav	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EHIS	ÚZIS	SZÚ
Prevalence diabetu (% populace starší 15 let s diabetem)	pohlaví, věk, region	časové řady, regionální	národní (ÚZIS)	Údaje o úhradách NRHZS (Diabetologický registr)	ÚZIS	ÚZIS, alt. SZÚ
Osoby se zdravotním postižením podle pohlaví a věku a podle pomoci druhé osoby	Pohlaví, věk	Časové řady	národní (ČSÚ)	Výběrové šetření ČSÚ	ČSÚ	ČSÚ
Podíl dospělých ohrožených depresí (% populace ve věku 18+ ohrožených depresí) // bude poskytnuto ze 2 zdrojů	Pohlaví	Mezinárodní, časové řady	Eurofound <b>nebo</b> Eurostat	Šetření Eurofound <b>nebo</b> EHIS	Eurofound <b>nebo</b> ÚZIS	NÚDZ/SZÚ?
Omezení v každodenních aktivitách mezi lidmi ve věku 65 a více let (% lidí ve věku 65 a více let) (SHARE) // alternativně na základě EHIS	Pohlaví, socioekonomický status?	Mezinárodní, časové řady	SHARE	Šetření SHARE	Tým SHARE	SZÚ
Komorbidity index ÚZIS (podíl populace s vysokým komorbidity indexem dle administrativních dat)	Věk, pohlaví, region	Časové řady, regionální	Deyova modifikace indexu komorbidit dle Charlsonové (DCCI)	Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS
Pracovní neschopnost dle ČSÚ (počet na nemocensky pojištěnou populaci a/nebo průměrná doba pracovní neschopnosti)	Pohlaví, věk, region	Časové řady, regionální	ČSÚ	administrativní údaje České správy sociálního zabezpečení o nemocenské eSick-leave	ČSÚ	ČSÚ

Poznámka: NÚDZ – Národní ústav duševního zdraví

Infografika A D.5 a Infografika A D.6 ukazují možné členění a vizualizaci ukazatelů zátěže nemocí.

## Infografika A D.5. Hospitalizace a chronická onemocnění

1. Příčiny hospitalizace dle hlavních diagnóz (v procentech) a dle věku pacientů; 2. Celkový počet pacientů s diabetem a pacientů s antidiabetickou léčbou, počet hospitalizací z důvodu diabetu a počet všech úmrtí pacientů s diabetem;
3. Prevalence diabetu dle úrovně vzdělání; 4. Mnohočetná chronická onemocnění u lidí ve věku 65 a více let podle pohlaví

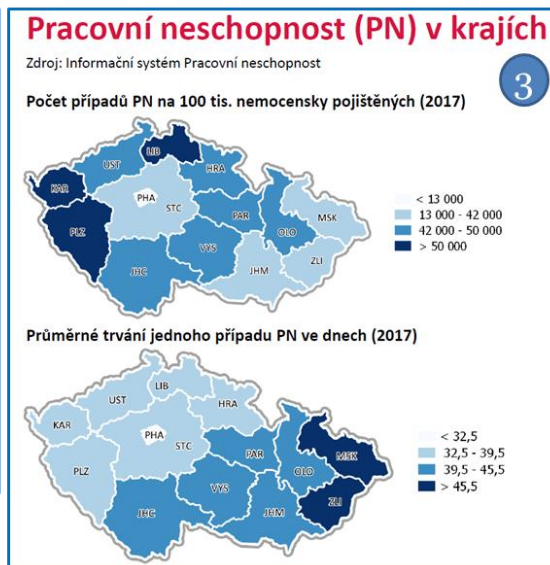
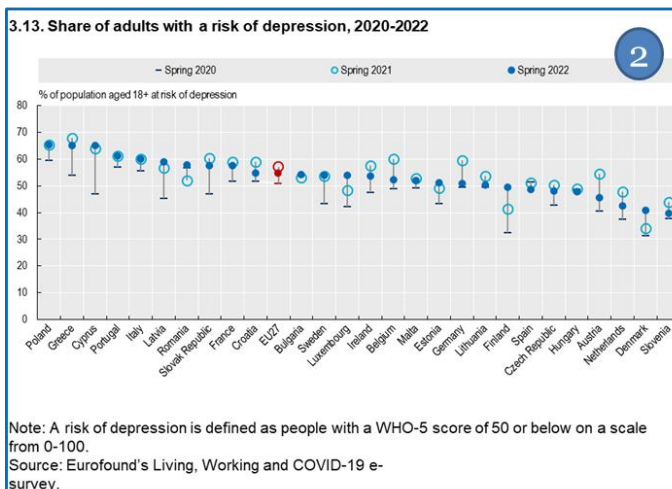
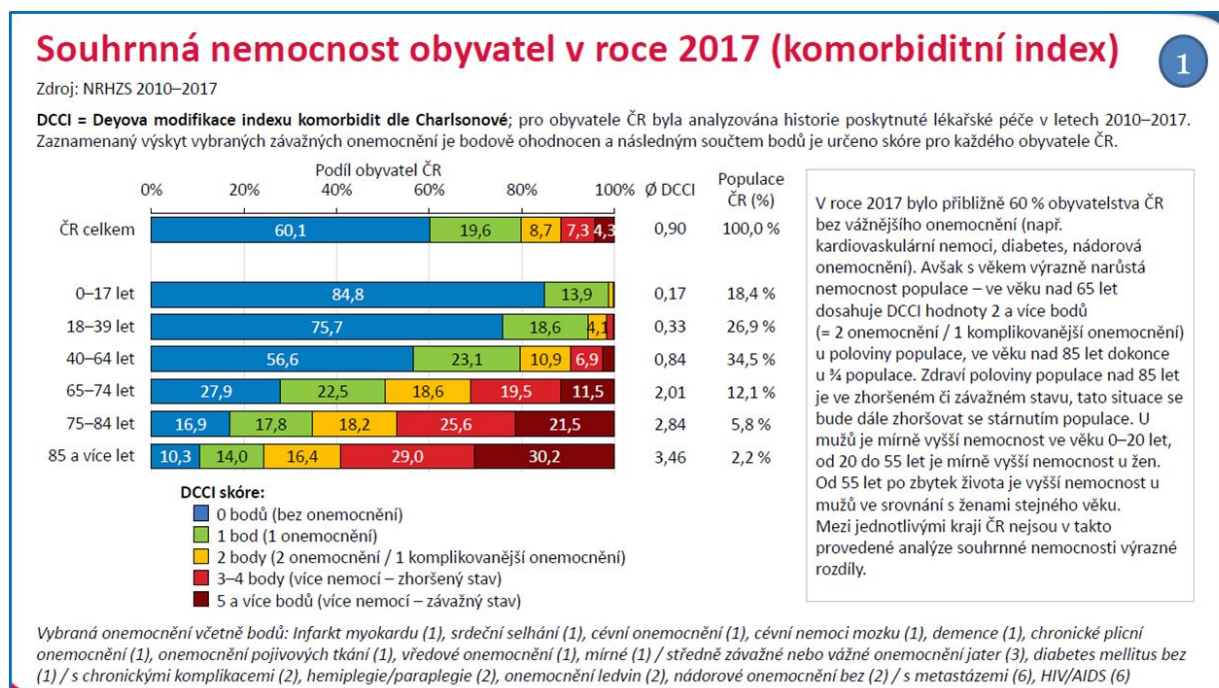


Poznámka: Primárním zdrojem údajů pro zobrazený graf je registr údajů o úhradách NRHZS na ÚZIS pro čísla 1 a 2 a zdravotní statistiky OECD pro čísla 3 a 4.

Zdroj: Obrázky převzaty z ÚZIS (2020<sub>(12)</sub>) pro čísla 1 a 2 a OECD / Evropské unie (2022<sub>(16)</sub>) pro čísla 3 a 4.

## Infografika A D.6. Míra nemocnosti a ohrožení depresí

1. Komorbiditní index založený na DCCI (Deyově modifikaci indexu komorbidit dle Charlsonové); 2. Podíl dospělých ohrožených depresí; 3. Pracovní neschopnost podle regionů ČR: počet na nemocensky pojištěnou populaci a/nebo průměrná doba pracovní neschopnosti



Poznámka: Primárním zdrojem údajů pro zobrazený graf je registr údajů o úhradách NRHZS na ÚZIS pro číslo 1, online šetření Eurofound Living, Working, and COVID-19 e-survey pro číslo 2 a informační systém ČSÚ o nemocenské.

Zdroj: Obrázky převzaty z ÚZIS (2020<sub>(12)</sub>) pro čísla 1 a 3 a OECD/Evropské unie (2022<sub>(16)</sub>) pro číslo 2.

## Doména: Zdravotní rizika

Pro tuto doménu bylo vybráno celkem dvanáct ukazatelů, které jsou rozděleny do čtyř subdomén (rizikové zvyky, stravovací návyky a výživa, tělesná aktivita a rizika životního prostředí).

### Rizikové zvyky

Subdoména rizikových zvyků sleduje chování související s rizikovým životním stylem (tj. zneužívání návykových látek). Bylo vybráno celkem pět ukazatelů. S výjimkou jednoho ukazatele, který se týká úmrtnosti na rizikové faktory, mohou být primárním zdrojem údajů ostatních ukazatelů šetření EHIS a EHES, která mají od roku 2016 pouze šestiletou periodicitu. Přestože údaje ze šetření EHIS jsou ve správě ÚZIS, ukazatele jsou svěřeny do péče SZÚ, neboť spadají do jeho kompetence a lze je kontextualizovat i s využitím jejich dalších šetření. V období mezi jednotlivými koly EHIS totiž SZÚ plánuje využít výsledky národního šetření NAUTA, které od roku 2018 probíhá každý rok.

Oblast konzumace alkoholu je otevřena další diskusi a rozhodnutí o tom, jaký konkrétní ukazatel zahrnout, učiní správce ukazatele. Může se jednat například o celkovou spotřebu čistého alkoholu v litrech nebo o míru nárazového pití u dospělé populace nebo u mládeže. Opět lze použít buď údaje z EHIS, nebo údaje ze šetření NAUTA.

Stejně tak je možné zařadit společný údaj o všech zdravotních rizicích souvisejících s životním stylem, jako je obezita, výživa, pohyb, kouření atd., například ve srovnání s ostatními zeměmi EU.

### Tabulka A D.5. Ukazatele rizikových návyků

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Počet úmrtí na rizikové faktory	pohlaví, věk	Mezinárodní, časové řady	IHME (Eurostat, WHO?)	IHME (především český registr úmrtí)	IHME	SZÚ
Kouření	Pohlaví, věk, socioekonomický stav	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EHIS // NAUTA	ÚZIS, SZÚ	SZÚ
Konzumace alkoholu	Pohlaví, věk, socioekonomický stav	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EHIS // NAUTA	ÚZIS, SZÚ	SZÚ
Odhad kardiovaskulárního rizika	pohlaví, věk, socioekonomický status	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EHES	SZÚ	SZÚ
Zdravotní gramotnost	<i>K VYTVOŘENÍ</i>			Údaje ze šetření	SZÚ	SZÚ

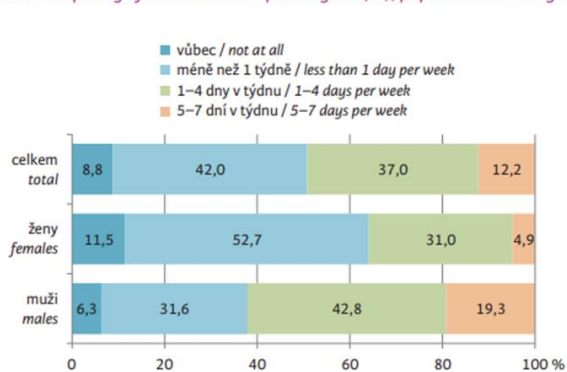
Poznámka: Registr úmrtí je zkratka pro Registr příčin úmrtí, který je naplňován informacemi získanými z Listu o prohlídce zemřelého (LPZ).

Infografika A D.7 ukazuje možné členění a vizualizaci ukazatelů souvisejících s některými zdravotními riziky (rizikovými zvyky) životního stylu.

## Infografika A D.7. Kouření, konzumace alkoholu a kardiovaskulární riziko

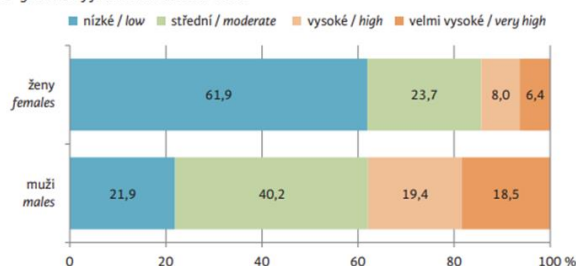
1. Frekvence pití alkoholických nápojů podle pohlaví; 2. Kardiovaskulární riziko podle pohlaví; 3. Kouření podle pohlaví.  
Primárním zdrojem údajů pro číselné hodnoty je šetření EHIS/EHES

**Obrázek 18** Frekvence konzumace alkoholu podle pohlaví (%), populace 25–64 let  
**Figure 18** Frequency of alcohol consumption by sex (%), population 25–64 years

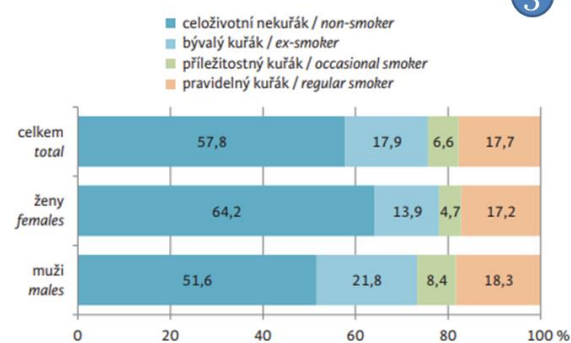


**Obrázek 27** Kardiovaskulární riziko podle pohlaví (%), populace 40–64 let  
**Figure 27** Cardiovascular risk by sex (%), population 40–64 years

Riziko vzniku fatální kardiovaskulární příhody v příštích 10 letech  
10-year risk of fatal cardiovascular event



**Obrázek 17** Kuřácké zvyklosti podle pohlaví (%), populace 25–64 let  
**Figure 17** Smoking habits by sex (%), population 25–64 years



Zdroj: Obrázky převzaty z SZÚ (2022<sub>[17]</sub>).

### Stravovací návyky a výživa

Subdoména stravovacích návyků a výživy sleduje rizika související se stravovacími návyky. Byly vybrány celkem tři ukazatele. Primárním zdrojem údajů je šetření EHIS, doplněné o jeho část European Health Examination Survey (EHES) pro ukazatel metabolického syndromu. Šetření EHES je řízeno SZÚ.

Při hlasování zúčastněné strany vybraly ukazatele „metabolický syndrom“ a „index tělesné hmotnosti (BMI) podle pohlaví, věku a země narození (hlth\_ehis\_bm1b)“. Ukazatel popisující spotřebu nealkoholických nápojů slazených cukrem byl přidán na základě diskuse pracovní skupiny vzhledem k jeho významu v debatě o specifickém zdanění nápojů obsahujících cukr a také vzhledem k jeho významu pro potřeby zubní zdravotní péče, která je aktuálním tématem zdravotní politiky.

Návrh technických listů pro oba ukazatele EHIS bude konzultován týmem ÚZIS z hlediska konkrétního členění, např. podle socioekonomického statusu.

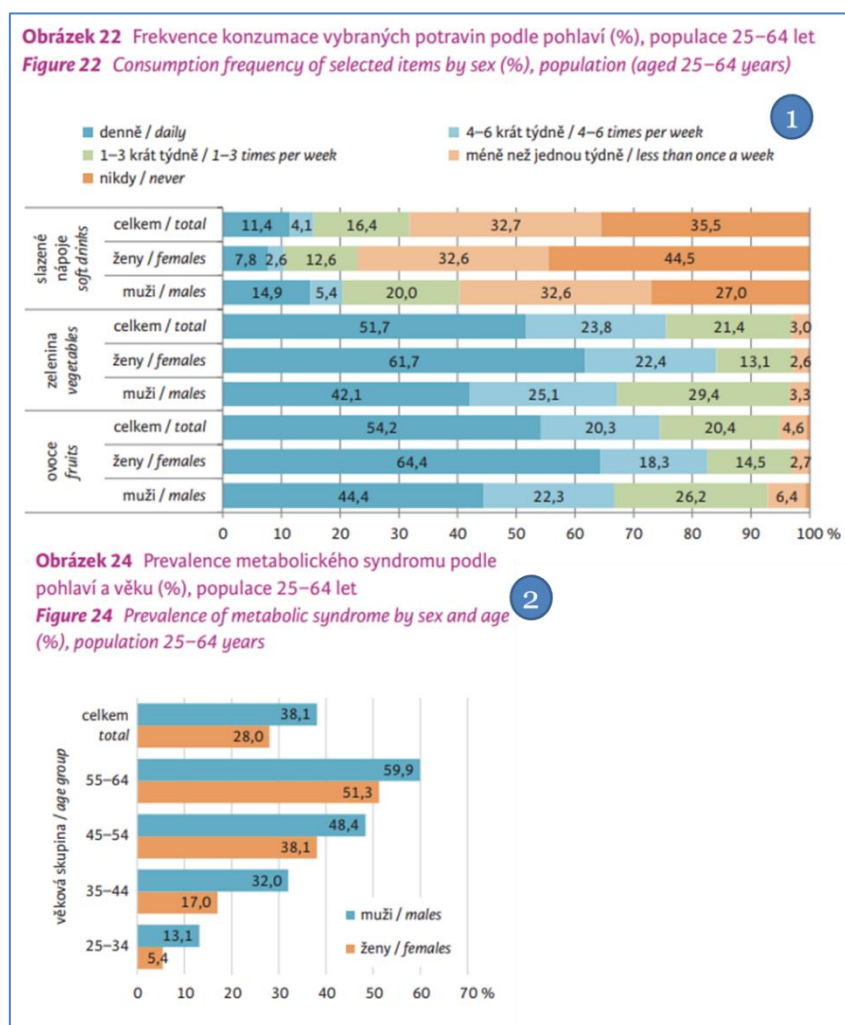
### Tabulka A D.6. Ukazatele stravovacích návyků a výživy

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele

Metabolický syndrom	pohlaví, věk	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EHES	SZÚ	SZÚ
Index tělesné hmotnosti (BMI) podle pohlaví, věku a země narození (hlth_ehis_bm1b)	Pohlaví, věk, socioekonomický stav	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EHIS	ÚZIS	SZÚ (ÚZIS)
Frekvence pití nealkoholických nápojů slazených cukrem podle pohlaví, věku a indexu tělesné hmotnosti (hlth_ehis_fv7m)	Pohlaví, věk, socioekonomický stav	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EHIS	ÚZIS	SZÚ (ÚZIS)

## Infografika A D.8. Spotřeba vybraných potravin a prevalence metabolického syndromu

1. Frekvence konzumace vybraných potravin podle pohlaví; 2. Prevalence metabolického syndromu podle věku a pohlaví. Primárním zdrojem údajů pro číselné hodnoty je šetření EHIS/EHES



Zdroj: Obrázky převzaty z SZÚ (2022<sub>(17)</sub>).

### Tělesná aktivita

Subdoména tělesné aktivity sleduje chování související s aktivním životním stylem. Primárním zdrojem údajů je šetření EHIS. V rámci bodového ohodnocení zúčastněné strany původně vybraly tři ukazatele, ale nakonec byly vybrány pouze dva ukazatele. Hlavní pracovní skupina se shodla na zařazení jednoho

ukazatele popisujícího vykonávání tělesné aktivity související s prací a jednoho ukazatele popisujícího vykonávání tělesné aktivity nesouvisející s prací.

**Tabulka A D.7. Ukazatele tělesné aktivity**

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Úsilí spojené s vykonáváním fyzické aktivity související s prací podle pohlaví, věku a stupně urbanizace (hlth_ehis_pe1u)	Pohlaví, věk, socioekonomický stav	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EHIS	ÚZIS	SZÚ
Provádění fyzických aktivit (nesouvisejících s prací) podle pohlaví, věku a stupně urbanizace (hlth_ehis_pe3u)	Pohlaví, věk, socioekonomický stav	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EHIS	ÚZIS	SZÚ

### **Rizika životního prostředí**

Subdoména rizik životního prostředí sleduje zdravotní rizika související s životními podmínkami. Byly vybrány celkem dva ukazatele, avšak pouze jeden z nich je přesný a popisuje znečištění ovzduší. Druhý ukazatel je ve skutečnosti souborem ukazatelů, které se obecně vztahují k pravidelnému monitorování řízenému SZÚ. Monitorování se zaměřuje na různé environmentální aspekty (kvalita vody, rizika pro zdraví při práci).

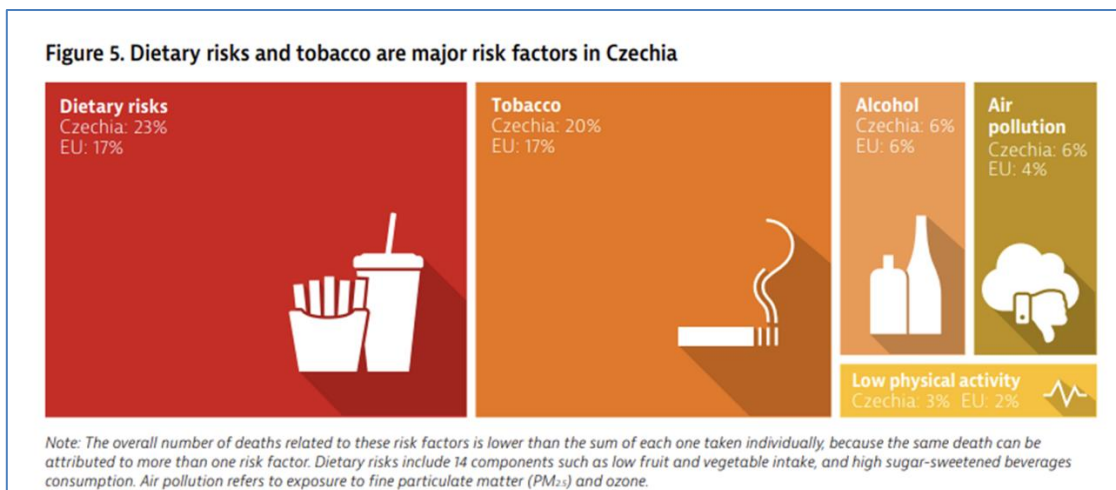
Hlavní pracovní skupina navrhla uvádět úmrtí související se znečištěním ovzduší v poměru k ostatním úmrtím souvisejícím se zdravotními riziky, podobně jako je tomu u údajů OECD zobrazených na Infografika A D.9. Pokud bude tento způsob prezentace ukazatelů životního prostředí přijat, mohla by být tato subdoména případně sloučena s ostatními subdoménami zdravotních rizik. Alternativní ukazatel zdravotních rizik životního prostředí lze čerpat z české národní strategie „ČR 2030“<sup>3</sup>, která také sleduje stav životního prostředí, včetně znečištění ovzduší. V průběhu implementační fáze HSPA SZÚ dále upřesní, jaký konkrétní ukazatel pro tuto subdoménu v tomto tématu zahrnout, resp. vytvořit.

**Tabulka A D.8. Ukazatele rizik životního prostředí**

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Předčasná úmrtí v důsledku znečištění ovzduší PM2,5 (míra na 100 000 obyvatel)	věk	mezinárodní	WHO	Model SZÚ	SZÚ	SZÚ
Monitorování: znečištění ovzduší, znečištění pitné vody a vody ke koupání, hluk v obci, kontaminující látky v potravinových řetězcích a dietární expozice, biomonitorování člověka, zdravotní rizika při práci	regionální	Časové řady, regionální	SZÚ	SZÚ	SZÚ	SZÚ

## Infografika A D.9. Předčasná úmrtí v důsledku znečištění ovzduší

1. Úmrtí v důsledku znečištění ovzduší ve vztahu k úmrtím v důsledku jiných zdravotních rizik. Primárním zdrojem údajů je šetření EHIS



Zdroj: Zobrazený údaj je převzat z (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021<sup>[11]</sup>).

### Doména: Dostupnost péče

Pro tuto doménu bylo vybráno celkem deset ukazatelů, které jsou rozděleny do tří subdomén (finanční dostupnost, geografická (místní) dostupnost a čekací doby).

#### Finanční dostupnost

Subdoména finanční dostupnosti analyzuje finanční dostupnost zdravotní péče pro pacienty v celkem čtyřech ukazatelích. Ukazatel subjektivně neuspokojené potřeby uvádí podíl respondentů, kteří uvedli, že důvod subjektivně neuspokojené potřeby zdravotní péče je finanční povahy.

Ukazatel podílu domácností ohrožených katastrofickými výdaji na zdraví je k vytvoření. V roce 2012 jej *ad hoc* vypočítala WHO Europe na základě údajů ČSÚ z šetření o rozpočtech domácností. Tento ukazatel k vytvoření je třeba dále projednat ve fázi implementace HSPA. ČSÚ uvedl, že by bylo možné poskytnout aktualizaci údajů za rok 2012 a jako základ lze použít metodiku WHO Europe, která umožňuje i mezinárodní srovnání. Až bude v českém HSPA tento ukazatel vypracován, může nabídnout i porovnatelnost v čase, protože údaje z šetření o rozpočtech domácností se shromažďují pravidelně.

Hlavní pracovní skupina podporuje zahrnutí všech tří ukazatelů s nejvyšší možnou úrovní členění, a to z důvodu vysoké důležitosti tohoto tématu v politické agendě. Tyto ukazatele se tak stanou podkladem pro veřejnou diskusi o případných návrzích politik.

Pracovní skupina rovněž navrhla zahrnout členění výdajů domácností na zdravotní péči podle druhu zdravotní péče (např. léky, lůžková péče, ambulantní péče, stomatologie).

V návaznosti na tuto subdoménu lze v popisu technického listu doplnit ukazatele výdajů domácností o analýzu výdajů na léčiva nad roční limit spoluúčasti, které jsou následně pacientům hrazeny z fondů zdravotního pojištění.



Tabulka A D.9. Ukazatele finanční dostupnosti

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
% uvádějící subjektivně neuspokojenou potřebu zdravotní péče, podle příjmu	Pohlaví, věk, socioekonomický stav	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EU-SILC	ČSÚ	ČSÚ
Podíl výdajů domácností na zdravotní péči vůči celkovým výdajům domácností (%)	příjmové kvintily, senioři, rodiny s dětmi	Mezinárodní, časové řady	OECD	Šetření rozpočtu domácností	ČSÚ	ČSÚ
Podíl domácností ohrožených katastrofickými výdaji na zdraví podle příjmových kvintilů (% všech domácností) // K VYTVOŘENÍ	Podle příjmových kvintilů	Mezinárodní, časové řady	WHO Europe	Šetření rozpočtu domácností	ČSÚ	ČSÚ
Výdaje domácností na zdravotní péči podle druhu zdravotní péče (např. léky, lůžková péče, ambulantní péče, stomatologie)	příjmové kvintily, senioři, rodiny s dětmi	Časové řady	OECD	Šetření rozpočtu domácností	ČSÚ	ČSÚ

### Geografická (místní) dostupnost

Subdoména geografické (místní) dostupnosti analyzuje dostupnost zdravotnických služeb v místě. Oba ukazatele jsou k vytvoření – to znamená, že dosud se pravidelně nezveřejňují a nepoužívají. Pro oba ukazatele by však měly být údaje snadno dostupné. Ve fázi implementace HSPA by se diskuse měly zaměřit na vývoj metodiky ukazatelů. Pro registrace pacientů jsou k dispozici dva zdroje údajů, a to buď údaje o úhradách v registru NRHZS nebo informace shromážděné Kapitáčním centrem. V diskusích bylo vyjasněno, že se mají používat údaje z Kapitáčního centra.

Účastníci pracovní skupiny také navrhli rozšířit ukazatel na celou primární péči, tj. zahrnout do něj i registrující zubní lékaře, gynekology a pediatry. Pracovní skupina vyjádřila určité obavy ohledně relevance údajů u zubních lékařů, protože mnoha lidem je poskytována zubní péče mimo rozsah zdravotního pojištění.

V případě využití údajů z kapitačního centra by bylo možné provést i věkovou standardizaci pro registrované pacienty, podobně jako ji kapitační centrum uplatňuje pro účely úhrad.

Pro ukazatel podílu pojištěnců, kteří mají primární péči dostupnou v definované dojezdové vzdálenosti, bylo diskutováno použití počtu osob žijících na území obce s rozšířenou působností (ORP), vyděleného počtem úvazků praktických lékařů pro dospělé a pro děti.

Tabulka A D.10. Ukazatele geografické (místní) dostupnosti

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Průměrný počet registrovaných pacientů u praktického lékaře, po krajích // K VYTVOŘENÍ	region	Časové řady, regionální	Kapitalizační centrum	Kapitalizační centrum	Kapitalizační centrum	MZ
Podíl pojištěnců, kteří mají primární péči dostupnou v definované dojezdové vzdálenosti // K VYTVOŘENÍ, data existují	region	Časové řady, regionální	MZ	Kapitalizační centrum	Kapitalizační centrum	MZ

## Čekací doby

Subdoména čekacích dob analyzuje dostupnost zdravotních služeb v odpovídající časové lhůtě. Nakonec byly vybrány čtyři ukazatele, z nichž tři jsou k vytvoření. Jediný existující ukazatel – neuspokojené potřeby stomatologické péče – z finančních, časových nebo dojezdových důvodů – je však v realitě České republiky vhodnější pro doménu „finanční dostupnosti“, neboť finanční důvody jsou respondenty uváděny jako důvod neuspokojených potřeb zubního vyšetření nejčastěji. Čekací doby na vyšetření nebo zákroky se v České republice systematicky neměří. Problém by mohl být vyřešen, pokud by bylo zavedeno elektronické odesílání (*trojcestné* žádanky pro pacienta, poskytovatele, k němuž je pacient odeslán, a zdravotní pojišťovnu), což se však v současné době v ČR nepřipravuje.

**Tabulka A D.11. Ukazatele čekacích dob**

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Čekací doba delší než dva týdny na vyšetření specialistou (% populace vyžadující vyšetření)	<i>K VYTVOŘENÍ</i>					
Neuspokojená potřeba stomatologické péče – z finančních, časových nebo dojezdových důvodů (% z neuspokojených potřeb)	SES	Časové řady	Eurostat	Šetření EHIS	ÚZIS	ÚZIS
Čekací doba na první návštěvu u ambulantního specialisty pro duševní zdraví	Pohlaví, regionální <i>K VYTVOŘENÍ</i>					MZ
Podíl pojištěnců, kteří mají primární péči dostupnou v definované dojezdové vzdálenosti // <i>K VYTVOŘENÍ, data existují</i>	region	Časové řady, regionální	MZ	Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS

## Doména: Kvalita

Pro tuto doménu bylo vybráno celkem devatenáct ukazatelů, které jsou rozděleny do čtyř subdomén (bezpečí, klinická efektivnost, zaměřeno na člověka a odpovídající péče).

### Bezpečí

Ukazatele v subdoméně bezpečí zkoumají skutečnost, že poskytování zdravotních služeb nepřivodí pacientovi újmu. Celkem se jedná o pět ukazatelů.

Primárním zdrojem údajů pro všechny čtyři ukazatele je hlášení poskytovatelů zdravotní péče do Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU), který spravuje ÚZIS. Hlášení nežádoucích událostí je od roku 2018 pro všechny poskytovatele zdravotní péče povinné. Metodika byla vypracována a podrobně je popsána pro každou z nežádoucích událostí. V době přípravy této zprávy poskytovatelé zdravotní péče vykazovali pouze souhrnné údaje, nikoli údaje o jednotlivých pacientech. Mezinárodní srovnatelnost národních údajů je třeba vyjasnit v implementační fázi HSPA.

Tabulka A D.12. Ukazatele bezpečí

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Prevalence infekcí spojených se zdravotní péčí (% hospitalizovaných pacientů)		Mezinárodní, časové řady	ECDC	prevalenční studie (4 roky, 5 let)	SZÚ	SZÚ
Počet nemocnic monitorujících prevalenci infekcí krevního řečiště podle ECDC			Národní (SZÚ)	Hlášení poskytovatelů SZÚ	SZÚ	SZÚ
Podíl resistance vybraných mikroorganismů dle metodologie EARS-NET		Mezinárodní, časové řady	ECDC, metodika EARS-NET	Hlášení poskytovatelů SZÚ, hlášení mikrobiologických laboratoří	SZÚ	SZÚ
Prevalence dekubitů kategorie II-IV získaných v nemocnici (% z hospitalizovaných pacientů).	regionální	Mezinárodní?, časové řady, region	národní (ÚZIS)	hlášení poskytovatelů do systému SHNU	ÚZIS	ÚZIS
Pády v nemocnicích (ÚZIS)	regionální	Mezinárodní?, časové řady, region	národní (ÚZIS)	hlášení poskytovatelů	ÚZIS	ÚZIS

Infografika A D.10 uvádí dostupné údaje o některých ukazatelích bezpečí.

### Infografika A D.10. Nežádoucí události

1. Výskyt nežádoucí události „pády v nemocnicích“.

Období	Absolutní počet NU	Počet NU na 1000 pacientů	Celkový počet hospitalizovaných pac.	Počet PZS, kteří NU sledují (z celkového počtu PZS)
2018	32 316	47,84	2 706 998	408 (408)
2019	32 834	53,82	2 856 355	430 (430)
2020	29 635	54,72	2 320 850	435 (435)
2021	29 731	49,37	2 364 538	429 (429)

Poznámka: primárním zdrojem údajů je systém hlášení nežádoucích událostí, který spravuje ÚZIS.

Zdroj: Vyobrazená tabulka je převzata z ÚZIS (2023<sup>[18]</sup>).

### Klinická efektivnost

Subdoména klinické efektivnosti hodnotí míru dosažení žádoucích výsledků a míru, v jaké je péče poskytována v souladu s důkazy (evidence based medicine, EBM – medicína založená na důkazech). Zde je celkem pět ukazatelů.

Ukazatele smrtnosti případů do 30 dnů po přijetí k hospitalizaci pro AMI a pro ischemickou cévní mozkovou příhodu mají mezinárodní metodiku vypracovanou OECD. Pro HSPA byly vybrány ukazatele propojených dat, které sledují smrtnost pacientů i mimo nemocnici nebo v jiné nemocnici. V mezinárodním měřítku se údaje sbírají jednou za dva roky, národní údaje v ÚZIS jsou k dispozici každoročně.

Čistá míra přežití pět let u rakoviny je vypočtena v rámci programu CONCORD, který vede London School of Hygiene and Tropical Medicine. Zatímco pro mezinárodní srovnání mohou být údaje zveřejňovány se zpožděním, ÚZIS má obecně k dispozici aktuálnější národní údaje o přežití onkologických pacientů, jak ukázala analytická studie k Národnímu onkologickému plánu; ty však nejsou vždy mezinárodně srovnatelné, zejména v členění na regionální úroveň nebo typ nádorového onemocnění.

V této subdoméně jsou k vytvoření ukazatele kvality péče o pacienty s ischemickou cévní mozkovou příhodou, a to na základě probíhající iniciativy Kanceláře zdravotního pojištění (KZP), jejímž cílem je vytvořit ukazatele kvality zdravotní péče na míru.

Součástí této subdomény je také ukazatel Pacienti s rakovinou s konzultací multidisciplinárního diagnostického týmu (MDT), pro který ÚZIS ve spolupráci s Českou onkologickou společností vypracoval komplexní metodiku. Používání MDT je součástí klinických pokynů na mezinárodní úrovni. Tento ukazatel souvisí také s prioritami zdravotní politiky v oblasti onkologické péče, jak je definuje Národní onkologický plán.

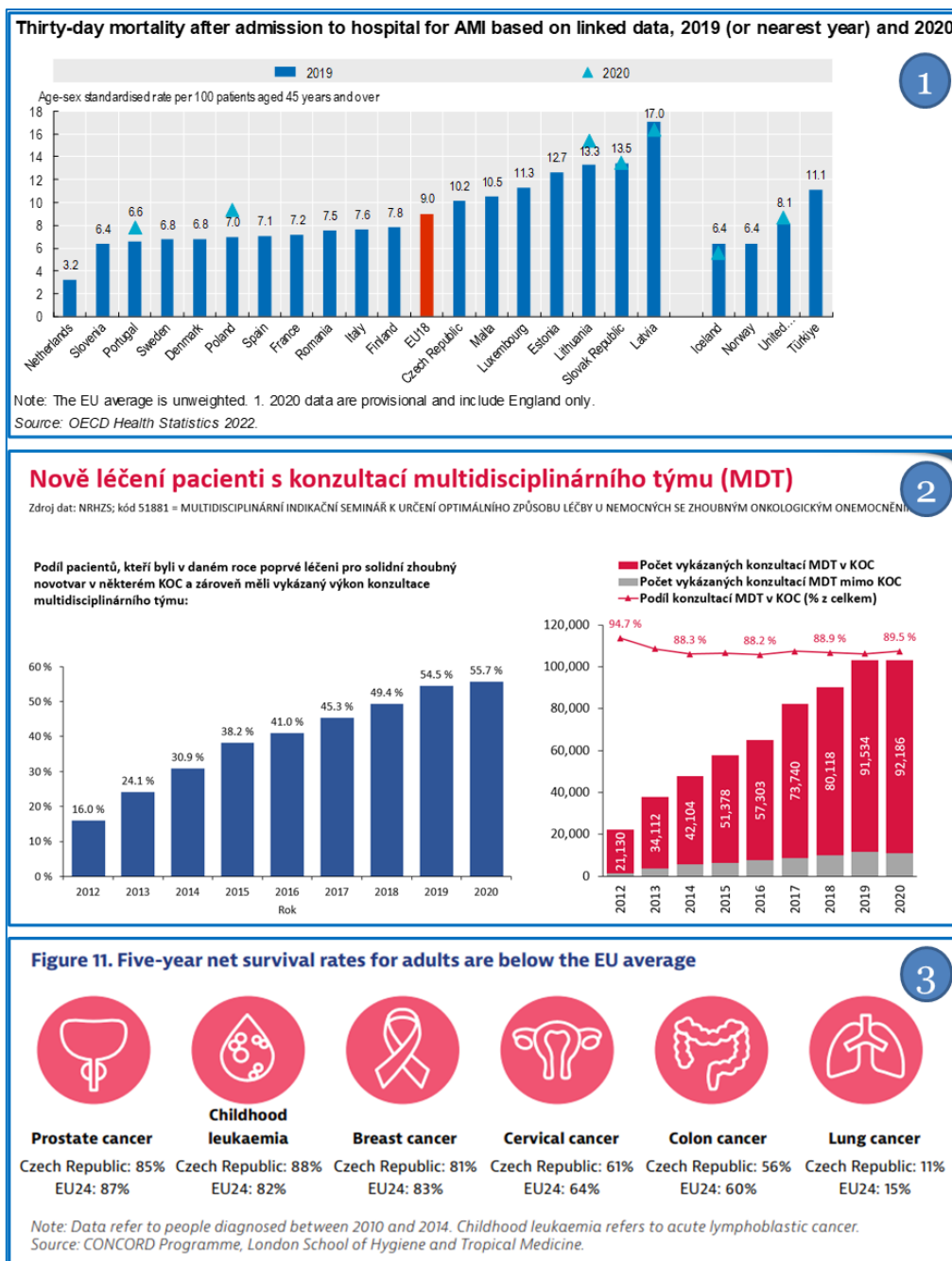
**Tabulka A D.13. Ukazatele klinické efektivity**

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Smrtnost případů do 30 dnů po přijetí k hospitalizaci pro AMI (populace ve věku 45+, patientská data, %)		Mezinárodní, časové řady	OECD	Údaje o úhradách NRHZS, registr úmrtí	ÚZIS	ÚZIS
Smrtnost případů do 30 dnů po přijetí k hospitalizaci pro ischemickou cévní mozkovou příhodu (populace ve věku 45+, patientská data, %)		Mezinárodní, časové řady	OECD	Údaje o úhradách NRHZS, registr úmrtí	ÚZIS	ÚZIS
Přežití rakoviny – % podíl podle věku, pohlaví a typu rakoviny	Věk, pohlaví, typ rakoviny	Mezinárodní, časové řady	CONCORD	Národní onkologický registr	ÚZIS	ÚZIS
Sada ukazatelů kvality péče o pacienty s CMP (ukazatele KZP)		Časové řady	národní (KZP)	údaje o úhradách ze zdravotních pojišťoven	KZP	KZP
Pacienti s rakovinou s konzultací multidisciplinárního diagnostického týmu (% z nově diagnostikovaných pacientů s rakovinou)	region	Časové řady, regionální	národní (ÚZIS)	Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS

Infografika A D.11 ukazuje možné členění a vizualizaci ukazatelů klinické efektivity.

## Infografika A D.11. Smrtnost, dodržování klinických pokynů, a přežití rakoviny

1. Smrtnost případů do 30 dnů po přijetí k hospitalizaci pro AMI, propojená data; 2. Nově diagnostikovaní pacienti s rakovinou s konzultací multidisciplinárního diagnostického týmu; 3. Přežití pět let u rakoviny



Poznámka: Primárním zdrojem údajů pro zobrazený graf je registr úhrad NRHZS při ÚZIS pro číslo 1 a 2 a Český onkologický registr při ÚZIS pro číslo 3; pro číslo 1 a 3 je propojen s registrem úmrtí.

Zdroj: Obrázky převzaty z OECD/European Union (2022<sub>[16]</sub>) pro číslo 1, ÚZIS (2022<sub>[19]</sub>) pro číslo 2 a OECD (2023<sub>[14]</sub>) pro číslo 3.

### Odpovídající péče

Tato subdoména se zaměřuje na otázky související s odpovídající péčí, která je definována jako zdravotní péče, která je relevantní s ohledem na zdravotní stav pacienta, klinické potřeby a současné poznatky (tedy péče poskytnutá poskytovatelem správné odbornosti či úrovně specializace, ve vhodném období léčby a v souladu s klinickými pokyny). Je zde celkem šest ukazatelů.

Tři z těchto ukazatelů se týkají užívání léčiv. Ukazatel užívání antibiotik připravuje SZÚ na základě údajů o úhradách zdravotních pojišťoven zpracovávaných Kanceláří zdravotního pojištění. Ty lze dále členit podle krajů nebo nižších územně správních celků, a podle typu antibiotik. OECD totiž disponuje mezinárodně srovnatelným měřítkem samopředepisování v primární péči, které se zabývá celkovým objemem předepsaných antibiotik; Česká republika však zatím nezačala vykazovat údaje do tohoto sběru dat.

Ukazatel užívání samopředepsaných léků podle vlastního uvážení vychází z údajů šetření EHIS, které umožňuje i členění podle socioekonomického statusu, avšak od roku 2019 má šestiletou periodicitu.

V posledních letech v České republice věnuje zvláštní pozornost paliativní péči, což se projevilo i v nových úhradových schématech a kódování. To nově umožňuje výpočet ukazatele paliativní péče o onkologicky nemocné, kterým je poskytována paliativní péče, na základě pilotní metodiky OECD pro paliativní péči, a Česká republika hodlá začít vykazovat tyto údaje do statistik OECD v letošním roce.

Ukazatele týkající se užívání antidepresiv a vhodné následné péče o diabetické pacienty je třeba dále projednat a vypracovat v implementační fázi HSPA; belgické ukazatele HSPA mohou sloužit jako metodické příklady.

**Tabulka A D.14. Ukazatele odpovídající péče**

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Datasey k používání antibiotik // v procesu v ČR	Region, typ ATB	Časové řady, regionální	národní (KZP)	údaje o úhradách ze zdravotních pojišťoven	KZP	SZÚ
Podíl císařských řezů (na 1000 živě narozených)	region	Mezinárodní, časové řady, regionální	OECD	Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS
Používání antidepresiv (celkové DDD/1000 obyvatel/den) // k vypracování v ČR	Věk, pohlaví K VYTVOŘENÍ	Časové řady		Údaje o úhradách NRHZS nebo SÚKL	ÚZIS, alt. SÚKL	ÚZIS po konzultaci s NÚDZ
Podíl dospělých diabetiků s odpovídající péčí (% z diabetických pacientů s inzulinem) // k vypracování v ČR	Věk, pohlaví K VYTVOŘENÍ	Časové řady	Česká lékařská diabetologická společnost + SZP	Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS
Podíl pacientů, jimž byla poskytnuta paliativní péče (% z pacientů s rakovinou v terminálním stádiu, kteří zemřeli v daném roce) // v procesu v ČR	region	Časové řady (do budoucna), regionální	OECD	Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS
Užívání nepředepsaných léků podle pohlaví, věku a úrovně dosaženého vzdělání (hlth_ehis_md2e)	Věk, pohlaví, SES	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EHIS	ÚZIS	ÚZIS

### Zaměřeno na člověka

Zkušenost se zdravotním systémem ze subjektivního pohledu pacienta. V této subdoméně jsou celkem tři ukazatele, dva z nich jsou však k vytvoření, tj. ještě neexistují.

Ukazatel týkající se lékařů poskytujících srozumitelné informace pacientům byl inspirován šetřením Commonwealth Fund, které však nezahrnuje Českou republiku. Je tedy třeba, aby zúčastněné strany v rámci českého HSPA diskutovaly o tom, zda a jakým způsobem zařadit další otázku do stávajících dotazníků pro pacienty. Jednou z možností může být omezení vzorku šetření pouze na lůžkovou péči a využití Národního hodnocení spokojenosti pacientů, které spravuje MZ.

Projekt Národní hodnocení spokojenosti pacientů je výsledkem dlouhodobé aktivity Ministerstva zdravotnictví, jejímž hlavním cílem je vytvoření jednotného systému sledování a hodnocení spokojenosti pacientů v České republice a posílení hlasu pacienta v lůžkových zařízeních. Hodnocení je zaměřeno na pacienty v nemocnicích a účast poskytovatelů zdravotní péče je dobrovolná. Od roku 2020, kdy bylo hodnocení poprvé zahájeno, se počet zapojených lůžkových zařízení výrazně zvýšil. Původně byl projekt vyvinut pro informační účely vedení nemocnic, tj. jako manažerský nástroj. Na základě konzultací v rámci pracovní skupiny byl pro rámec HSPA navržen ukazatel vycházející z celkových výsledků hodnocení spokojenosti pacientů, s možným rozdělením na kraje (to však musí být ještě upřesněno ve fázi implementace HSPA).

Poslední ukazatel k vytvoření vychází z výsledků probíhajícího projektu OECD Patient Reported Indicator Survey (PaRIS) se zvláštním zaměřením na opatření týkající se subjektivně udávaného vnímání pacienty (PREMs). Z několika probíhajících iniciativ v rámci projektu PaRIS je pro tento ukazatel k vytvoření nejslibnější mezinárodní průzkum PaRIS mezi osobami s chronickými onemocněními, který se zaměřuje na pacienty ve věku 45 let a starší, kteří v předchozím půlroce alespoň jednou navštívili svého praktického lékaře.

**Tabulka A D.15. Ukazatele zaměření na člověka**

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Lékaři poskytující srozumitelné informace pacientům (%)	K VYTVOŘENÍ		Commonwealth Fund		?	?
Průměrné hodnocení poskytovatelů zdravotní péče v dotazníku spokojenosti pacientů // K VYTVOŘENÍ – data existují	region	Časové řady, regionální?	vypracuje MZ	Hodnocení spokojenosti pacientů	MZ	MZ
Indikátory zkušeností pacientů se zdravotní péčí (projekt PaRIS)	K VYTVOŘENÍ	mezinárodní	OECD	Šetření PaRIS	MZ	MZ

### Doména: Finanční stabilita

Doména finanční stability zkoumá a provádí rozbor příjmové stránky zdravotnického systému s důrazem na analýzu finančních zdrojů zdravotnictví a jejich stabilitu (a dostatečnost) v čase. Pro tuto doménu bylo vybráno celkem pět ukazatelů.

Dva z ukazatelů vycházejí z mezinárodní metodiky systému zdravotních účtů OECD. ČSÚ je zpravidla schopen poskytnout aktualizace těchto ukazatelů o šest měsíců dříve než sběr dat OECD (tj. v druhé polovině roku za předchozí rok).

Mezi členy pracovní skupiny proběhla diskuse, zda jako měrnou jednotku zvolit procento HDP, nebo pro mezinárodní srovnání spíše měnovou jednotku, protože v ČR panuje veřejný názor, že výdaje na zdravotnictví jsou v reálném vyjádření hluboko pod úrovní ostatních zemí EU. Skupina se shodla na tom, že pro implementaci prvního HSPA bude použito procento HDP, protože v současné době probíhá

mezinárodní diskuse o definování parity kupní síly specifické pro zdravotnictví; výpočet parity kupní síly provádí mezinárodní organizace, nikoliv ČSÚ.

Další tři ukazatele jsou specifické pro jednotlivé země a sledují příjmy a výdaje pouze veřejných zdravotních pojišťoven (ZP) a poměr finančních rezerv zdravotních pojišťoven k běžným výdajům. Ten byl využíván MZ a MF k dohledu nad finančním vývojem systému povinného zdravotního pojištění.

Tyto dva ukazatele příjmové a výdajové stránky ZP, založené na metodice národních účtů MF, jsou v HSPA prezentovány jako dva samostatné ukazatele, předpokládá se však, že budou interpretovány společně a dávány do vzájemných souvislostí.

**Tabulka A D.16. Ukazatele finanční stability**

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Příjmy v systému veřejného zdravotního pojištění celkem	neuplatní se	neuplatní se	MZ, MF (národní účty)	ZP, MF	MZ, MF	MZ, MF
Výdaje v systému zdravotního pojištění celkem	neuplatní se	neuplatní se	MZ, MF (národní účty)	Údaje o úhradách NRHZS	MZ, MF	MZ, MF
Veřejné výdaje na zdravotní péči jako podíl na celkových výdajích na zdravotnictví (%)	neuplatní se	Mezinárodní, časové řady	OECD, EST, WHO (systém zdravotních účtů)	Systém zdravotních účtů	ČSÚ	ČSÚ
výdaje na zdravotnictví jako podíl na HDP (% HDP)	neuplatní se	Mezinárodní, časové řady	OECD, EST, WHO (systém zdravotních účtů)	Systém zdravotních účtů	ČSÚ	ČSÚ
Poměr rezerv zdravotních pojišťoven k denním výdajům na péči	neuplatní se	neuplatní se	MZ, MF	ZP	MZ, MF	MZ, MF

## Doména: Integrované poskytování péče

Pro tuto oblast bylo vybráno celkem osmnáct ukazatelů, které jsou rozděleny do čtyř subdomén (koordinace péče, kontinuita péče, dlouhodobá péče a prevence).

### Koordinace péče

Cílem subdomény koordinace péče je sledovat úroveň průběžné koordinace vícero poskytovatelů při péči o chronicky nemocného pacienta, včetně měření důsledků nedostatečné koordinace (např. odvrátitelné hospitalizace). V této subdoméně jsou celkem tři ukazatele, dva z nich jsou však k vytvoření, tj. ještě neexistují.

Ukazatele odvrátitelných hospitalizací jsou Českou republikou vykazovány do datasetu OECD, tj. existují mezinárodně srovnatelné údaje. V implementační fázi HSPA je třeba projednat, zda je možné regionální členění a zda pro tyto výpočty použít věkovou standardizaci.

Využití pohotovosti je rozděleno do dvou ukazatelů, přičemž oba vyžadují vypracování metodiky. Jeden z nich je zaměřen na měření (ne)přiměřenosti standardní ambulantní péče, zatímco druhý se zabývá využíváním pohotovosti (jak pohotovostní služby, tak ambulantní služby). Údaje o obou existují v registru údajů o úhradách NRHZS v ÚZIS. Pokud by byl ve fázi implementace HSPA zaveden pouze jeden ukazatel, účastník pracovní skupiny podporuje zařazení ukazatele o využívání pohotovosti po poslední návštěvě.



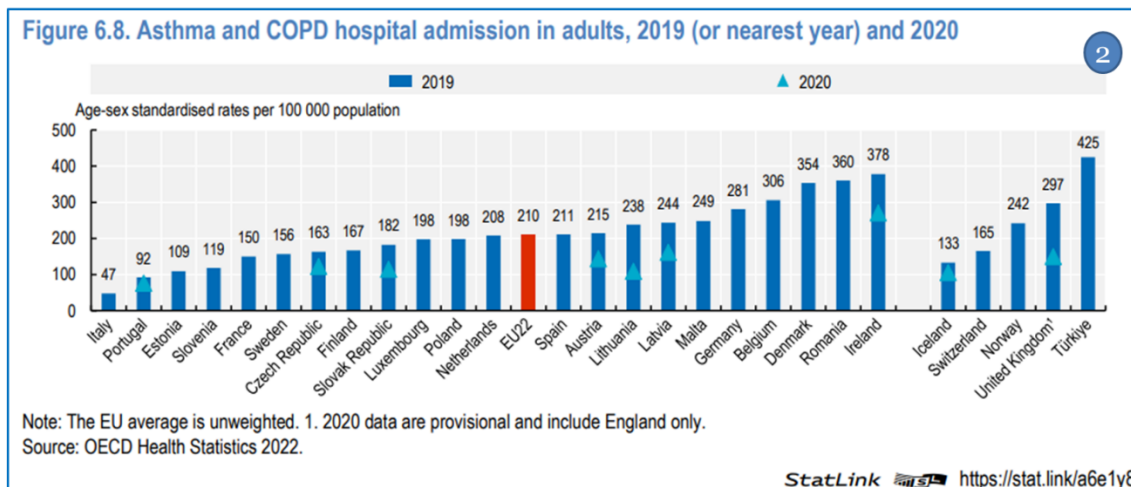
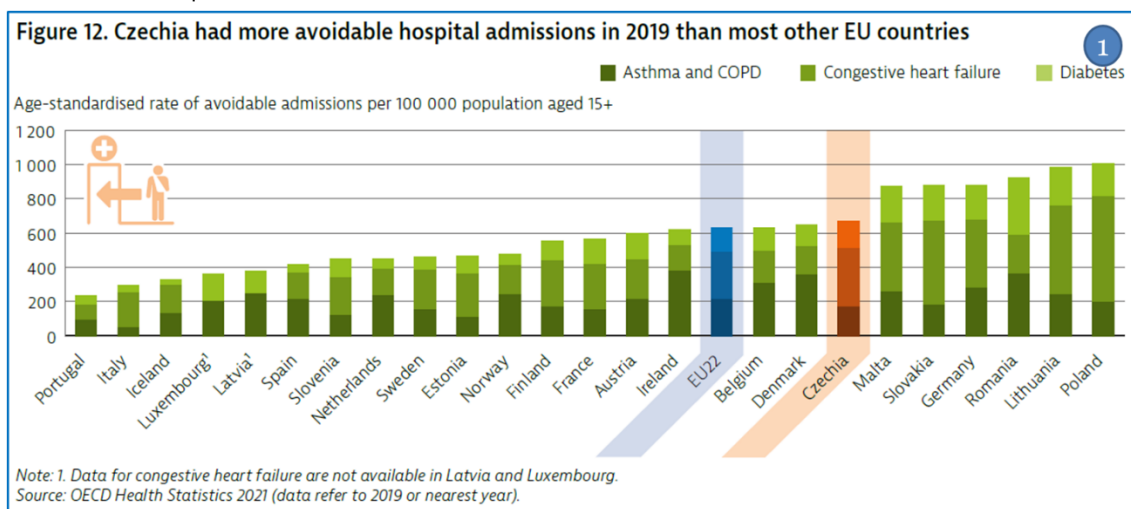
Tabulka A D.17. Ukazatele koordinace péče

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Odvratitelné hospitalizace (diabetes, COPD, CHF, hypertenze)	Věk?, pohlaví?, region?	Mezinárodní, regionální?	OECD	Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS
Návštěvy pohotovosti do 5 dnů po propuštění z nemocnice nebo po ambulantní návštěvě	Věk?, pohlaví?, region? K VYTVOŘENÍ	regionální?	[Belgický HSPA]	Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS
Podíl pojištěnců registrovaných a neregistrovaných u praktického lékaře, kteří navštívili pohotovost či je přivezla ZZS	Věk?, pohlaví?, region? K VYTVOŘENÍ	regionální?	[národní (MZ)]	Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS

Infografika A D.12 ukazuje možné srovnání a vizualizaci ukazatelů koordinace péče.

### Infografika A D.12. Odvratitelné hospitalizace

1. Věkově standardizovaná míra odvratitelných hospitalizací u vybraných onemocnění; 2. Vývoj počtu hospitalizací pro astma a chronickou obstrukční plicní nemoc za určité období



Poznámka: Primárním zdrojem údajů pro zobrazené grafy je registr údajů o úhradách NRHZS v ÚZIS a pro mezinárodní srovnání zdravotnická statistika OECD.

Zdroj: Obrázky převzaty z OECD / Evropské observatoře zdravotnických systémů a politik (2021<sub>[11]</sub>) pro číslo 1 a OECD / Evropské unie (2022<sub>[16]</sub>) pro číslo 2.

### Kontinuita péče

Subdoména kontinuity péče zahrnuje ukazatele zaměřené na sledování cesty pacienta systémem (patient pathway), návaznost péče o pacienta mezi jednotlivými poskytovateli v rámci jedné diagnózy chronického onemocnění, resp. jedné zdravotní události, kterou musí organizovat a poskytovat více poskytovatelů zdravotní péče (např. včasná rehabilitace po infarktu). V této subdoméně jsou vybrány čtyři ukazatele.

Ukazatel výsledků pacientů jeden rok po ukončení hospitalizace u vybraných onemocnění je Českou republikou vykazován do datasetu OECD, tj. existují mezinárodně srovnatelné údaje. V implementační fázi HSPA je třeba projednat, zda je možné regionální členění a zda pro tyto výpočty použít věkovou standardizaci.

Dva ukazatele se týkají cesty pacienta systémem u určitých diagnóz a včasných léčebných doporučení, která jsou obecně obsažena v klinických pokynech. ÚZIS v současné době pracuje na klinických pokynech pro tyto konkrétní diagnózy a bude schopen definovat metodiku pro tyto dva ukazatele v relativně blízké budoucnosti, včas pro implementaci prvního HSPA. Pro rozvoj těchto ukazatelů lze využít i probíhající projekty KZP, která ve spolupráci s lékařskými společnostmi připravuje mapování cest pacientů u vybraných výkonů, a některé šablony cest pacientů by měly být k dispozici již v průběhu roku 2023.

Poslední ukazatel je rovněž k vypracování a sleduje následnou péči o starší pacienty po propuštění z nemocnice. Mezi MZ a ÚZIS již probíhají diskuse o metodice těchto ukazatelů.

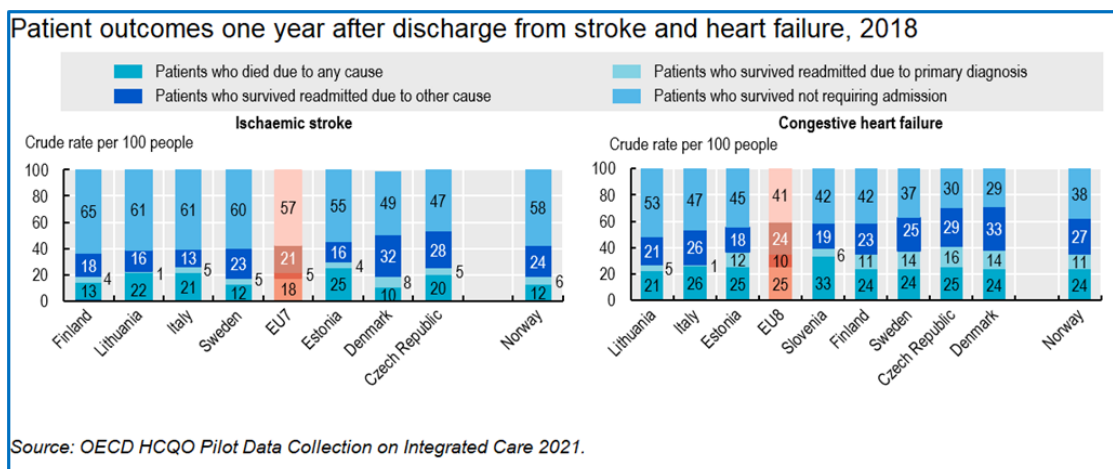
### Tabulka A D.18. Ukazatele kontinuity péče

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Výsledky pacientů jeden rok po ukončení hospitalizace po mrtvici a po srdečním selhání (hrubá míra na 100 pacientů)	region?	Mezinárodní, časové řady, regionální?	OECD	Údaje o úhradách NRHZZ / registr hospitalizací, registr úmrtí	ÚZIS	ÚZIS
Čas od pozitivního screeningu určitého typu rakoviny do zahájení léčby	K VYTVOŘENÍ		[klinické pokyny ÚZIS]	Údaje o úhradách NRHZZ	ÚZIS	ÚZIS
Doba do zahájení péče A po poskytnutí péče B (podle Klinických doporučených postupů)	K VYTVOŘENÍ		[klinické pokyny ÚZIS]	Údaje o úhradách NRHZZ	ÚZIS	ÚZIS
Vyšetření praktickým lékařem do 7 dnů po propuštění z nemocnice (% pacientů 65+)	regionální? K VYTVOŘENÍ	Časové řady, regionální?	je třeba vypracovat (MZ a ÚZIS)	Údaje o úhradách NRHZZ	ÚZIS	ÚZIS

Infografika A D.13 ukazuje možné srovnávání ukazatelů kontinuity péče.

## Infografika A D.13. Kontinuita péče – výsledky pacientů

Výsledky pacientů jeden rok po ukončení hospitalizace u konkrétních diagnóz



Poznámka: Primárním zdrojem údajů pro zobrazené grafy je registr údajů o úhradách NRHZS na ÚZIS a registr úmrtí, pro mezinárodní srovnání pak zdravotnická statistika OECD.

Zdroj: Zobrazený údaj je převzat z OECD/European Union (2022<sup>[16]</sup>).

### Dlouhodobá péče

Všechny tři ukazatele v subdoméně dlouhodobé péče jsou k vypracování a vyžadují další diskusi zaměřenou na vytvoření požadovaných ukazatelů. Jediný ukazatel, týkající se polyfarmacie mezi seniory, má dosud známý zdroj dat, ale metodika vyžaduje další diskusi během implementační fáze HSPA; ÚZIS prozkoumá možnost rozvoje tohoto ukazatele. Použití registru údajů o úhradách NRHZS má ale omezenou interpretaci, protože nejsou zahrnuty recepty s nulovou úhradou; to by bylo možné vyřešit použitím datasetu o receptech SÚKL. Volně prodejné léky ovšem nejsou zahrnuty v žádném z obou datasetů.

Dva ukazatele dlouhodobé péče v pobytových zařízeních a domácí ošetrovatelské péče mohou být potenciálně seskupeny do jednoho společného ukazatele, pokud by oba typy dlouhodobé péče byly při prezentaci ukazatele vizuálně odlišeny. Mezinárodní srovnání těchto ukazatelů může být obtížné. Vzhledem k tomu, že několik zemí používá mírně odlišné metodiky/definice dlouhodobé péče, nemusí být výsledky plně srovnatelné.

### Tabulka A D.19. Ukazatele dlouhodobé péče

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Dlouhodobá péče v pobytových zařízeních (podíl populace 65+)	K VYTVOŘENÍ					
Dlouhodobá domácí péče (podíl populace 65+)	K VYTVOŘENÍ					
Polyfarmacie mezi seniory (5 a více léků >80 DDD ročně) (% pop 65+)	K VYTVOŘENÍ – data existují			Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	

### Prevence

V této subdoméně je osm ukazatelů. Pět z nich bylo vybráno na základě bodového ohodnocení a další dva byly přidány na základě diskuse v hlavní pracovní skupině: jeden ukazatel týkající se povinného očkování dětí (pro experty SZÚ, aby rozhodli o přesném výběru očkování, např. třetí dávka DTP)

a ukazatel sledující úroveň časného zachytu karcinomu na základě analýzy podílu nově diagnostikovaných pacientů s karcinomem zachyceným v raném stadiu na základě údajů Národního onkologického registru.

Ukazatel „Podíl výdajů na prevenci na běžných výdajích na zdravotnictví (%)“ byl z této subdomény odstraněn, protože je rovněž součástí ukazatele výdajů na zdravotní péči podle typu péče v doméně Financování.

Diskutovalo se o ukazatelích screeningu rakoviny, kde existuje možnost dvou různých zdrojů dat. Využití šetření EHIS nabízí možnost rozčlenění podle socioekonomického statusu (SES), to ale má nižší frekvenci sběru dat a je méně přesné než údaje o úhradách na screening rakoviny z NRHZZ, které sice neumožňují rozčlenění podle socioekonomického statusu, ale je tu možnost prozkoumat rozčlenění podle regionů. Členové hlavní pracovní skupiny se dohodli, že pro první zprávu HSPA budou použity údaje NRHZZ o úhradách na screening; nicméně informace EHIS z Eurostatu, a zejména informace, které obsahuje, pokud jde o různé socioekonomické členění a mezinárodní srovnání, budou použity k doplnění kontextu informací poskytovaných ukazateli založenými na úhradách na screening.

Diskutovalo se také o zařazení ukazatele nepovinného očkování dětí, ovšem hrazeného ze zákonného zdravotního pojištění, jako je očkování proti HPV nebo meningokokům, který by doplnil povinné míry očkování. Na základě konzultací se SZÚ byl doplněn ukazatel dobrovolného očkování, který představuje proočkovanost proti HPV.

Informace o povinném očkování jsou zahrnuty do ročního hlášení ÚZIS pro MZ a v budoucnu bude na ÚZIS zřízen registr očkování.

A v neposlední řadě interpretace preventivních prohlídek u zubního lékaře může být časem obtížnější, protože stále více lidí se rozhodne využívat zubní péči, včetně prevence, u zubních lékařů, kteří nemají smlouvu se zdravotní pojišťovnou, tj. tato péče není hrazena. Přesto se pracovní skupina shodla na tom, že tento ukazatel má hodnotu sám o sobě, a to i proto, aby ukázal, kolik lidí stále využívá hrazené stomatologické služby.

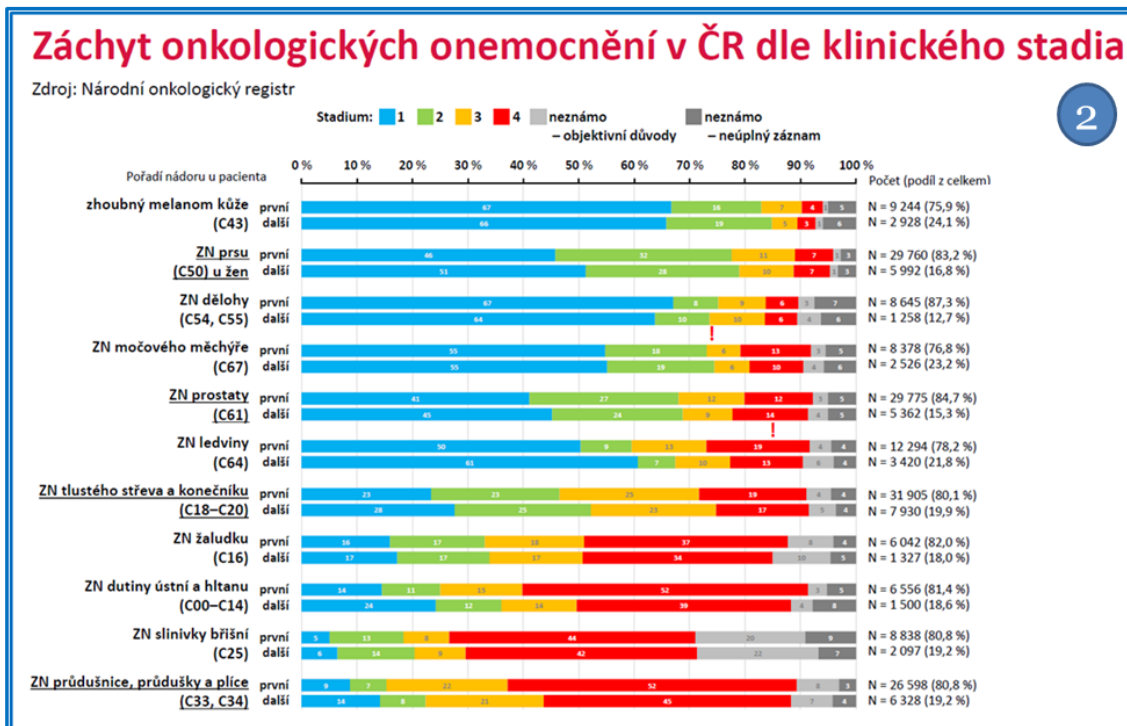
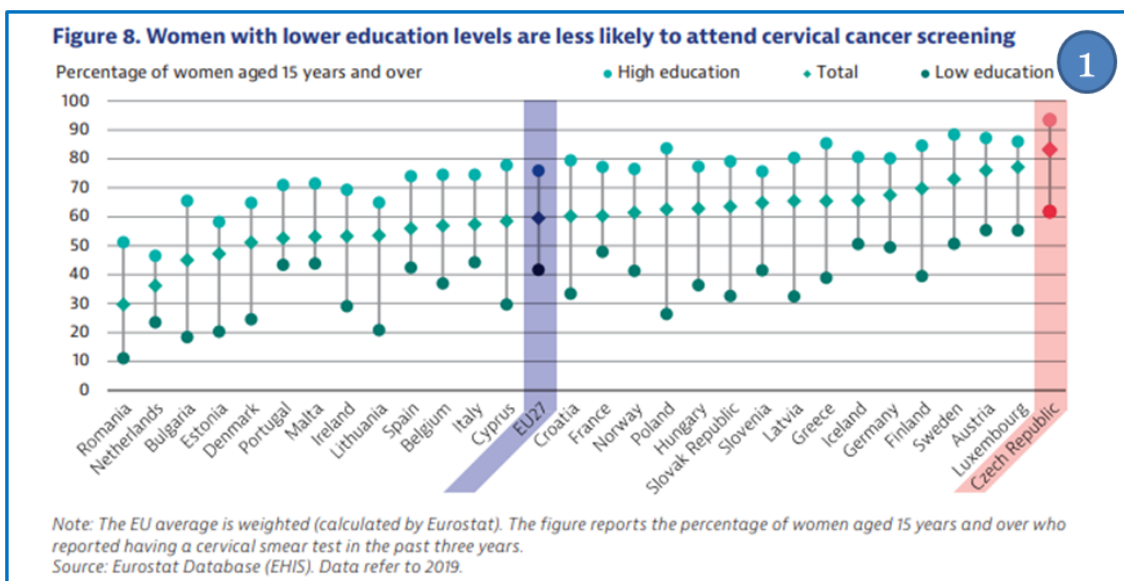
## Tabulka A D.20. Ukazatele prevence

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Počet pacientů s všeobecnou preventivní prohlídkou praktickým lékařem	region	Časové řady, regionální	MZ	Hlášení ZP pro MZ	MZ	?
Počet pacientů se zubní preventivní prohlídkou	region	Časové řady, regionální	MZ	Hlášení ZP pro MZ	MZ	?
Screening kolorektálního karcinomu (% cílové populace), <i>doplněný o informace z EHIS</i>	Pohlaví, věk, region <i>(doplněno o EHIS, pokud jde o SES)</i>	Časové řady <i>(doplněné o EHIS pro mezinárodní srovnání)</i>	ÚZIS	Údaje o úhradách NRHZZ	ÚZIS	ÚZIS
Screening karcinomu prsu a děložního čípku <i>doplněný o informace z EHIS</i>	Věk, region <i>(doplněno o EHIS, pokud jde o SES)</i>	Časové řady <i>(doplněné o EHIS pro mezinárodní srovnání)</i>	ÚZIS	Údaje o úhradách NRHZZ	ÚZIS	ÚZIS
Očkování proti chřipce u osob nad 65 let (% populace)	pohlaví	Mezinárodní, časové řady	WHO/ECDC	?	ÚZIS	SZÚ
Povinné očkování dětí	<i>[bude vybráno, které očkování]</i>	Mezinárodní, časové řady, regionální?	WHO?	Údaje o úhradách HRHZZ <b>nebo</b> šeeření KHS	ÚZIS <b>nebo</b> SZÚ/KHS	SZÚ
Očkování proti HPV	regionální	Mezinárodní, časové řady, regionální	<i>[bude vytvořeno v rámci projektu EU]</i>	Údaje o úhradách NRHZZ, registr očkování <i>[bude vytvořen]</i>	ÚZIS	ÚZIS

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Podíl karcinomů zachycených v raném stadiu		Časové řady	ÚZIS	Národní onkologický registr	ÚZIS	ÚZIS

## Infografika A D.14. Screening karcinomů a zachycení karcinomu v raném stadiu

1. Míra screeningu karcinomu děložního čípku podle úrovně vzdělání; 2. Stádium karcinomu v době jeho záchytu, pro různá místa. Primárním zdrojem údajů je šetření EHIS pro číslo 1 a Národní onkologický registr pro číslo 2



Zdroj: Obrázky převzaty z OECD (2023<sup>[14]</sup>) pro číslo 1 a z ÚZIS (2022<sup>[19]</sup>) pro číslo 2.

## Doména: Nákladově efektivní poskytování péče

V oblasti nákladově efektivního poskytování péče se ukazatele zaměřují na sledování způsobů poskytování zdravotní péče, které nejsou považovány za nákladově efektivní. Dále měří důsledky selhání péče, např. odvrátitelné hospitalizace. Pro tuto doménu bylo vybráno celkem šest ukazatelů, z nichž dva jsou k vytvoření, je třeba je dále rozvíjet, a jeden ukazatel je třeba dále upřesnit pro lokalizaci mezinárodní metodiky na českou praxi.

**Tabulka A D.21. Ukazatele nákladově efektivního poskytování péče**

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Výdaje zdravotních pojišťoven na 1 obyvatele podle pohlaví a kapitol MKN-10	Pohlaví, věk	Časové řady, regionální	WHO	Systém zdravotních účtů	ČSÚ	ČSÚ
Podíl jednodenní chirurgie (% chirurgických zákroků) // v procesu v ČR		Mezinárodní, časové řady, regionální?	OECD	Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS
Návštěvy na pohotovosti ze sociálních, psychologických nebo psychiatrických důvodů (% z přijetí na pohotovosti v nemocnicích)	<i>K VYTVOŘENÍ</i>					
Rozložení počtu hospitalizací podle délky trvání a kapitol MKN-10		Mezinárodní?, časové řady, regionální?	WHO	Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS
Hospitalizace a průměrná doba ošetření podle věkových skupin		Mezinárodní, časové řady, regionální?	OECD	Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS
Užívání generických léků (% z celkových ambulantních DDD)	<i>K VYTVOŘENÍ</i>					

## Doména: Spravedlivé poskytování péče

Pro tuto doménu byly vybrány celkem dva ukazatele. V obou případech se jedná o údaje ze šetření EU-SILC. Zubní péči je v této oblasti věnována zvláštní pozornost kvůli obavám veřejnosti z omezené dostupnosti stomatologických služeb v některých oblastech; důkazy však naznačují, že problém může být v nespravedlivých podmínkách takového poskytování, a to i z finančních důvodů.

Šetření EHIS pro ukazatel obecných neuspokojených potřeb zdravotní péče bylo z různých důvodů zvažováno kvůli jeho srovnatelnosti s ostatními ukazateli vybranými pro český HSPA, nicméně roční dostupnost údajů ze šetření EU-SILC byla vztažena na šestiletou periodicitu šetření EHIS.

U dvou ukazatelů je ÚZIS k dispozici pro konzultace hlavnímu správci ukazatele, kterým by měl být ČSÚ.

**Tabulka A D.22. Ukazatele spravedlivého poskytování péče**

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Subjektivně neuspokojená potřeba zdravotní péče podle věku, pohlaví, důvodu a příjmových kvantilů (hlth_silc_08)	Věk, pohlaví, SES	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EU-SILC	ČSÚ	ČSÚ
Subjektivně neuspokojená potřeba zubní péče podle věku, pohlaví, stupně urbanizace a dle důvodu (hlth_silc_22)	Věk, pohlaví, SES	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Šetření EU-SILC	ČSÚ	ČSÚ

## Doména: Pracovní síla

Pro tuto doménu bylo vybráno celkem jedenáct ukazatelů, které jsou rozděleny do dvou subdomén. Původně byly zvažovány tři subdomény (současné kapacity, nedostatek a budoucí potřeby). Hlavní pracovní skupina však dospěla k závěru, že budoucí nedostatek a budoucí potřeby je příliš obtížné oddělit, a navrhla je sloučit do jedné dílčí oblasti. Doména je tedy rozdělena na současné kapacity pracovní síly a budoucí kapacity pracovní síly.

### Současné kapacity

Subdoména současných kapacit pracovní síly sleduje aktuální dostupnost a kapacitu zdravotnického personálu. Pro tuto subdoménu bylo vybráno celkem sedm ukazatelů, z nichž dva jsou k vytvoření a vyžadují rozvoj metodiky během implementační fáze HSPA.

Dalších pět ukazatelů se zabývá celkovým počtem lékařů a dále počtem praktikujících lékařů a praktikujících zubařů zvlášť, migrací zdravotnických pracovníků a počtem praktikujících sester. Zdrojem údajů je Národní registr zdravotnických pracovníků, NRZP. V současné době však není mezinárodní vykazování údajů o lékařích ideální a vychází z registru České lékařské komory (údaje o všech licencovaných lékařích, chybí informace o podílu praktikujících lékařů tohoto registru), ekonomického výkaznictví poskytovatelů zdravotní péče pro ÚZIS a informací z údajů o úhradách NRHZZ o počtu ekvivalentů plného pracovního úvazku. Česká lékařská komora je také hlavním správcem údajů o migraci lékařů, např. počtu lékařů, kteří získali lékařské vzdělání v zahraničí.

**Tabulka A D.23. Ukazatele současných kapacit pracovní síly**

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Počet lékařů dle věku a pohlaví (hlth_rs_phys)	Pohlaví, věk	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	Česká lékařská komora // Registr pracovníků ve zdravotnictví NRZP	ÚZIS	ÚZIS
Migrace zdravotníků (hlth_rs_wkmg)	Pohlaví, věk	Časové řady, mezinárodní	Eurostat	Česká lékařská komora // Registr pracovníků ve zdravotnictví NRZP	ÚZIS	ÚZIS
Praktikující lékaři na 1 000 obyvatel		Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	// Registr pracovníků ve zdravotnictví NRZP	ÚZIS	ÚZIS
Praktikující zubaři na 1 000 obyvatel		Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	// Registr pracovníků ve zdravotnictví NRZP	ÚZIS	ÚZIS
Praktikující sestry na 1 000 obyvatel		Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	// Registr pracovníků ve zdravotnictví NRZP	ÚZIS	ÚZIS
Podíl osobních nákladů z důvodů přesčasů na smluvních odpracovaných hodinách /na celkových mzdových nákladech	<i>K VYTVORENÍ</i>					
Počet pacientů na 1 zdravotní sestru (patient-to-nurse ration)	<i>K VYTVORENÍ</i>	Mezinárodní? Časové řady?				

### Budoucí kapacity

Subdoména budoucí kapacity pracovní síly sleduje možnou budoucí dostupnost a kapacitu zdravotnického personálu. Pro tuto subdoménu byly vybrány čtyři ukazatele, přičemž dva z nich se zaměřují na absolventy všeobecného lékařství a absolventy ošetrovatelství a další dva na podíl starších zdravotních sester a starších lékařů v pracovní síle ve zdravotnictví. Zdrojem údajů o počtu absolventů je matrika studentů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

**Tabulka A D.24. Ukazatele budoucích kapacit pracovní síly**

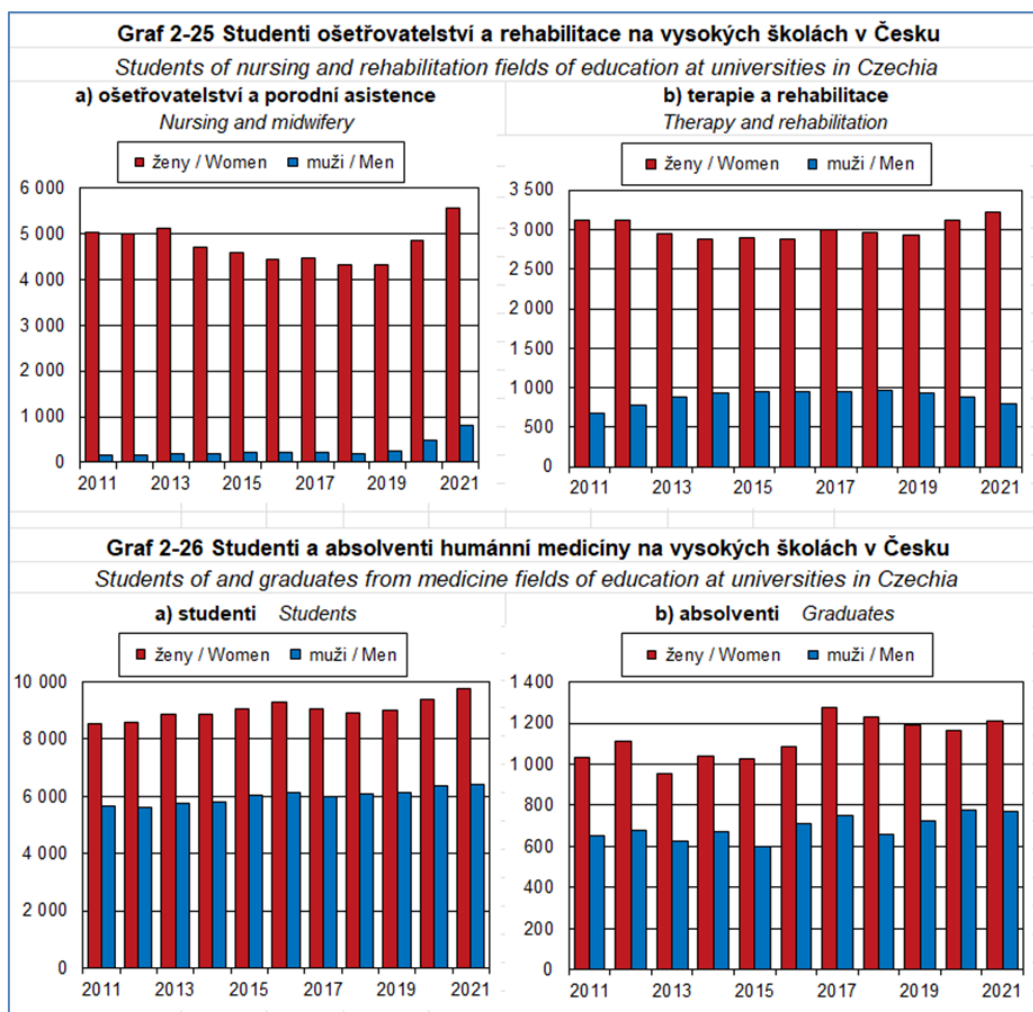
Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Absolventi všeobecného lékařství (/100 000 obyvatel)	Pohlaví, věk	Mezinárodní, časové řady, regionální	Klasifikace ISCED F	Matrika studentů	MoEdu	ČSÚ
Absolventi ošetrovatelství a porodnictví (/100 000 obyvatel)	Pohlaví, věk	Mezinárodní, časové řady, regionální	Klasifikace ISCED F	Matrika studentů	MoEdu	ČSÚ
Sestry ve věku 50+ (z profesionálně aktivních)	Pohlaví, věk	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	Registr pracovníků ve zdravotnictví NRZP	ÚZIS	ÚZIS
% lékařů nad 60/65 let, na základě indikátoru [Počet lékařů dle věku a pohlaví (hlth_rs_phys)]	Pohlaví, věk	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	Registr pracovníků ve zdravotnictví NRZP	ÚZIS	ÚZIS

Poznámka: MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.



## Infografika A D.15. Studenti lékařství a ošetřovatelství

Primárním zdrojem údajů je matrika studentů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy



Zdroj: Obrázky převzaty z ČSÚ (2022<sub>[13]</sub>).

### Doména: eHealth a technologie

Pro tuto doménu bylo vybráno celkem šest ukazatelů, které jsou rozděleny do dvou subdomén (informační infrastruktura ve zdravotnictví a výzkum, vývoj a zdravotnické technologie).

#### *Infrastruktura zdravotnických informací*

Tato subdoména hodnotí, jak rychle a jak snadno jsou klinicky podstatné informace dostupné pro pacienta a pro relevantní zdravotníky. Pro tuto subdoménu byly vybrány čtyři ukazatele, dva z nich jsou však k vytvoření a vyžadují další rozvoj metodiky. Ukazatel „podíl poskytovatelů zdravotní péče, kteří využívají elektronický poukaz na zdravotnické prostředky“ byl vybrán jako ukazatel, který sleduje dobrovolnou činnost poskytovatelů v oblasti elektronického zdravotnictví.

Ukazatel „podíl populace vyhledávající informace o zdraví online“ byl převzat z průzkumu ČSÚ o využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech. V průzkumu jsou ještě dvě otázky, které by

mohly být potenciálně zajímavé: podíl populace komunikující se svým lékařem online a podíl populace objedávající se na schůzku online pomocí aplikace nebo webového formuláře.

**Tabulka A D.25. Ukazatele infrastruktury zdravotnických informací**

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Podíl populace vyhledávající informace o zdraví online	Pohlaví, věk	Mezinárodní, časové řady	Eurostat	Průzkum o využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a jednotlivci	ČSÚ	ČSÚ
Podíl poskytovatelů zdravotní péče, kteří vedou dokumentaci pouze elektronicky		Časové řady, Regionální	ČSÚ: IKT ve zdravotnictví	Hlášení poskytovatele pro ÚZIS	ÚZIS	ÚZIS
Procento lékařských praxí, které mohou elektronicky sdílet informace s nemocnicemi o aktuální medikaci pacientů	<i>K VYTVOŘENÍ</i>					
Podíl poskytovatelů zdravotní péče, kteří využívají elektronický poukaz na zdravotnické prostředky	<i>K VYTVOŘENÍ</i>	regionální				

### Výzkum a vývoj a zdravotnické technologie

Subdoména sleduje dostupnost špičkového vybavení a rozšířenost inovací ve zdravotnictví. Pro tuto doménu byly vybrány dva ukazatele – CT, MRI a PET vyšetření na 1 000 obyvatel a státní výdaje na výzkum a vývoj ve zdravotnictví. Může však být zapotřebí dalšího zkoumání této subdomény.

**Tabulka A D.26. Ukazatele výzkumu a vývoje a zdravotnických technologií**

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
CT, MRI a PET vyšetření na 1 000 obyvatel		Mezinárodní, regionální		Údaje o úhradách NRHZS	ÚZIS	ÚZIS
Státní výdaje na vědu a výzkum ve zdravotnictví		Mezinárodní, časové řady	Klasifikace NAPS	Informační systém výzkumu, vývoje a inovací (administrativní údaje)	ČSÚ	ČSÚ

### Doména: Financování

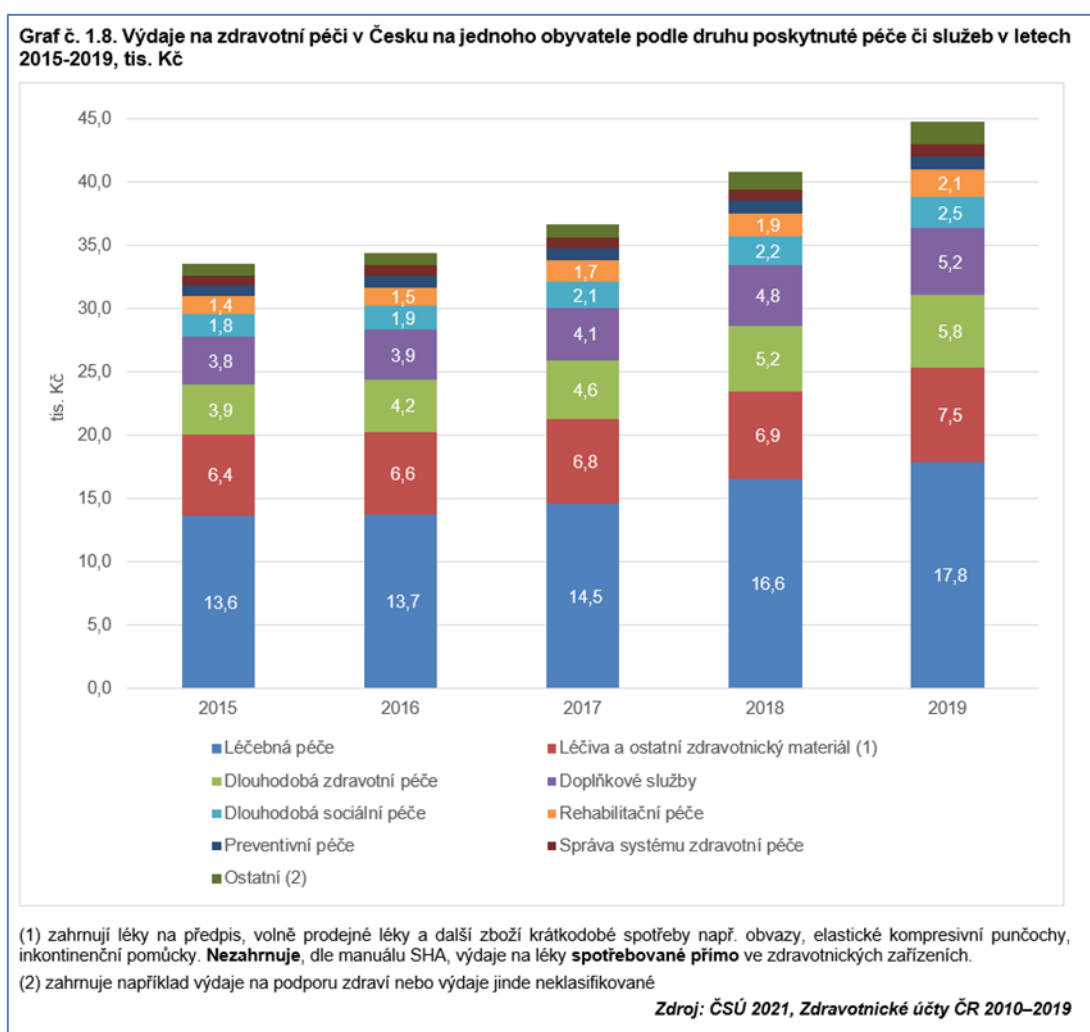
Doména financování analyzuje výdajovou stránku systému zdravotnictví, např. dle typu péče. Pro tuto doménu byly vybrány celkem dva ukazatele. Oba ukazatele jsou však poměrně široké a komplexní a zahrnují rozčlenění na řadu dalších ukazatelů. Proto jsou do těchto ukazatelů zahrnuty i výdaje na dlouhodobou péči a výdaje na prevenci, a proto byly z příslušných subdomén dlouhodobé péče a prevence vypuštěny.

## Tabulka A D.27. Ukazatele financování

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Výdaje na zdravotní péči v Česku podle typu péče	Typ péče	Mezinárodní, časové řady	OECD/ Eurostat/ WHO	Systém zdravotních účtů	ČSÚ	ČSÚ
Výdaje na zdravotní péči v Česku podle typu péče na jednoho obyvatele	Typ péče	Mezinárodní, časové řady	OECD/ Eurostat/ WHO	Systém zdravotních účtů	ČSÚ	ČSÚ

## Infografika A D.16. Výdaje na zdravotní péči v Česku podle typu péče na jednoho obyvatele

Primárním zdrojem údajů je Systém zdravotnických účtů spravovaný ČSÚ



Zdroj: Zobrazený obrázek je převzat z (ČSÚ, 2021<sub>[20]</sub>).

## Doména: Odolnost

Pro tuto doménu, jejímž cílem je popsat schopnost zdravotního systému odolávat externím šokům, včetně schopnosti šoky vstřebávat a vhodně na ně reagovat, bylo vybráno celkem osm ukazatelů. Většina ukazatelů se zaměřuje na schopnost zdravotního systému poskytovat zdravotní služby a na přezkoumání jeho volné kapacity. Tři další ukazatele jsou k vytvoření a je třeba je dále diskutovat a rozpracovat během implementační fáze HSPA. Dosud žádný z ukazatelů nezachycuje schopnost zdravotnického systému absorbovat neočekávanou událost, tj. flexibilitu systému, jeho přizpůsobivost a míru snadnosti, s jakou lze v případě potřeby nasadit volné kapacity.

**Tabulka A D.28. Ukazatele odolnosti**

Název ukazatele	Členění	Benchmarky	Metodika	Zdroj údajů	Správce údajů	Správce ukazatele
Lůžka pro dlouhodobou péči v pečovatelských a pobytových zařízeních podle regionů NUTS 2 (hlth_rs_bdsns)	region	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	Registr úhrad NRHZZ, hlášení poskytovatelů zdravotní péče	ÚZIS	ÚZIS
Poskytování ambulantní péče o duševní zdraví dětí a dospívajících	<i>K VYTVOŘENÍ</i>					
Existence mechanismu včasné detekce nedostatku léků	<i>K VYTVOŘENÍ</i>					
Kapacita primární péče	<i>K VYTVOŘENÍ</i>					
Nemocniční lůžka na 1 000 obyvatel	Region	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	Registr úhrad NRHZZ, hlášení poskytovatelů zdravotní péče	ÚZIS	ÚZIS
Míra obsazenosti lůžek léčebné (akutní) zdravotní péče (%)	Region	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	Registr úhrad NRHZZ, hlášení poskytovatelů zdravotní péče	ÚZIS	ÚZIS
Míra obsazenosti lůžek JIP dospělých (%)	Region	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	Registr úhrad NRHZZ, hlášení poskytovatelů zdravotní péče	ÚZIS	ÚZIS
Lůžka intenzivní péče pro dospělé (na 100 000 obyvatel)	Region	Mezinárodní, časové řady, regionální	Eurostat	Registr úhrad NRHZZ, hlášení poskytovatelů zdravotní péče	ÚZIS	ÚZIS

## Příloha E. Přehled správců zdravotnických údajů a zdrojů dat v ČR

Tato příloha obsahuje informace prezentované na 3. workshopu pracovní skupiny v lednu 2022 a zahrnuté do podkladového dokumentu pro 4. a 5. workshop konané v dubnu 2022. Poskytuje souhrnný přehled o infrastruktuře zdravotnických dat, dostupnosti dat a informačních a datových tocích mezi zúčastněnými stranami v oblasti zdravotnických dat v ČR, které jsou důležité pro vytvoření HSPA.

### Politika a správa zdravotnických údajů

Existují různé instituce, které se cítí být vlastníky některých zdravotnických údajů a databází. Instituce často využívají stejná primární data pro různé datasety (tj. data jsou seskupena nebo prezentována z různých hledisek, ale skládají se ze stejných primárních dat). V českém zdravotnickém systému se obecně využívají čtyři hlavní zdroje dat: údaje o úhradách poskytovatelům zdravotní péče, pravidelné výkazy poskytovatelů zdravotní péče (včetně výkazů o výkonnosti, pracovní síle a klinického výkaznictví), údaje o výkonnosti zdravotních pojišťoven a šetření mezi obyvatelstvem. Ty jsou (ale ne vždy) propojeny se základními informacemi z registru obyvatel, jako jsou údaje o úmrtích a narozeních; často se propojení provádí *ad hoc* pro konkrétní účel, včetně požadavku na konkrétní ukazatel pro mezinárodní vykazování údajů. Pátým zdrojem dat je dataset Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL); ačkoli většina (ale ne všechny) jejich informace jsou obsaženy také v údajích o úhradách zdravotních pojišťoven; strukturovaný dataset SÚKL nebyl dosud využíván pro tvorbu politik ani pro politické rozhodování.

Hlavním orgánem odpovědným za zpracování zdravotnických údajů pro účely tvorby politik je Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Přestože má v údajích, jejichž je správcem, bohaté informace, většina z nich není veřejně přístupná a Ministerstvo zdravotnictví je má k dispozici pouze na vyžádání. Kromě statistik souvisejících s COVID-19 Česká republika nesdílí deidentifikované soubory zdravotnických dat pro účely monitorování a výzkumu a nemá výzkumné datové centrum ani službu dálkového přístupu k datům (OECD, 2022<sup>[21]</sup>).

Využití informací ze zpracovaných datasetů při tvorbě politik a rozhodování je omezené. Proud zdravotnických dat se často nedostane k institucím odpovědným za tvorbu politik a/nebo k institucím pověřeným rozhodováním. To je částečně způsobeno tím, že do českého prostředí zdravotnických dat nebyla začleněna zpětnovazební smyčka zpracovávaných dat a/nebo výsledných informačně bohatých ukazatelů. Ministerstvo zdravotnictví nevyužívá nebo nemá přístup k výsledným zpracovaným údajům o úhradách, údajům z klinických registrů a údajům o preskripci.

Národní strategie Zdraví 2030 byla prvním strategickým dokumentem, který byl podpořen rozsáhlou analytickou studií, kterou vypracoval ÚZIS (viz ÚZIS (2020<sup>[12]</sup>)). Dříve bylo sdílení dat mezi ÚZIS a MZ hlášeno jako pomalé a těžkopádné. Změnu tohoto přístupu signalizuje právní předpis přijatý v srpnu 2021, kterým se mění zákon o zdravotních službách. Tato legislativa zavedla tzv. resortní referenční statistiky (RRS) a pověřila Ministerstvo zdravotnictví, aby tyto statistiky, resp. ukazatele, definovalo v doprovodném právním předpise. Tento podzákonný předpis dosud nebyl vypracován a v průběhu projektu HSPA se diskutovalo o tom, jak propojit jeho definování a vypracování s vytvořením rámce HSPA. V rámci diskusí o projektu HSPA bylo mezi MZ a ÚZIS dosaženo dohody, že ukazatele HSPA ve správě ÚZIS budou

vedeny mezi resortními referenčními statistikami, přičemž seznam těchto statistik bude širší a bude zahrnovat oblasti a podrobnosti údajů i mimo rozsah HSPA (viz oddíl 5).

## Infrastruktura zdravotnických dat

V současné době shromažďované údaje o zdravotním stavu v České republice obsahují rozsáhlé množství informací a data jsou běžně shromažďována z různých zdrojů. Zatímco údaje o úhradách ukazují na robustní infrastrukturu pro sběr dat, shromážděné klinické informace nejsou vždy spolehlivé kvůli chybějícím pobídkám k jejich řádnému hlášení. Údaje o výsledcích obecně chybí, ale existují výjimky. Ne všechny shromážděné informace se však dále zpracovávají.

Obecně platí, že různé datasety v rámci českého prostředí zdravotnických dat nejsou propojovány automaticky, ale propojení na *ad hoc* bázi je obvykle možné. Takové propojení provádí Ústav zdravotnických informací a statistiky obvykle z konkrétního důvodu nebo na základě požadavku – například pro účely mezinárodního reportingu nebo, což je nedávný případ, pro podporu tvorby Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030, Národní strategie „Zdraví 2030“, analytickou studií.

V Rámeček A E.1 je uveden přehled správců zdravotnických údajů v České republice a typ a obsah databází, které mají ve správě. V dalších oddílech jsou pak podrobně uvedeny informace o dostupných údajích a datasetech jednotlivých institucí, které jsou k dispozici k prosinci 2021 / lednu 2022.

### Rámeček A E.1. Přehled českých správců zdravotnických údajů

#### Zdravotní pojišťovny (ZP)

- **administrativní (úhradové) údaje** od poskytovatelů zdravotní péče pro účely úhrady, propojené s registrem obyvatel,
- **údaje o příspěvcích na zdravotní pojištění** (včetně zaměstnaneckého statusu).

#### Ministerstvo zdravotnictví (MZ)

- **vykazování údajů o celkové, zejména finanční výkonnosti zdravotních pojišťoven** (počet pojištěnců, finanční situace, vybrané ukazatele spotřeby zdravotní péče),
- **údaje ze šetření u poskytovatelů péče** (údaje o vysoce specializované lůžkové péči, údaje o sebehodnocení kvality lůžkové péče, souhrnné údaje o nákladných zdravotnických technologiích, některé údaje o pracovní síle).

#### Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS)

- údaje o **struktuře a pracovní síle** poskytované **poskytovateli zdravotní péče** (registr zdravotnických pracovníků a registr poskytovatelů zdravotních služeb, údaje o ekonomické výkonnosti nemocnic atd.),
- **údaje z klinických registrů** hlášené poskytovateli zdravotní péče o vybraných diagnózách a hospitalizacích (dvanáct národních zdravotních registrů, z toho jedenáct klinických nebo diagnosticky specifických registrů + jeden registr hospitalizací),
- údaje z průzkumů/šetření poskytnuté poskytovateli zdravotní péče v rámci referenční sítě poskytovatelů pro účely CZ-DRG,
- **údaje ze šetření o obyvatelstvu (EHIS, pořizuje ČSÚ),**
- **administrativní údaje (údaje o úhradách)** poskytnuté zdravotními pojišťovnami,

- údaje převzaté od jiných institucí a údaje ze šetření (základní registr obyvatel, **registr úmrtních listů**).

#### Český statistický úřad (ČSÚ)

- **údaje o obyvatelstvu** (registr obyvatel, registr úmrtí, další demografické údaje; údaje ze sčítání lidu se zatím při tvorbě zdravotní politiky nepoužívají, ale nově existuje malá legislativní výjimka),
- **údaje ze šetření u obyvatelstva** (správa šetření pro **EHIS**),
- další údaje ze šetření (zdravotní postižení, pracovní neschopnost obyvatelstva, matrika studentů a absolventů),
- databáze **systému zdravotnických účtů** (souhrnné údaje poskytované ZP nebo ZP prostřednictvím ÚZIS a dalšími ústředními a regionálními orgány státní správy),
- **odměňování pracovníků ve zdravotnictví** na základě šetření MPSV o odměňování a informačního systému MF o tarifech.

#### Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL)

- datasey ze systému elektronických receptů,
- datasey z elektronického systému hrazených zdravotnických prostředků a pomůcek (od roku 2022).

#### Státní zdravotní ústav (SZÚ)

- údaje ze **šetření EHES** (propojené s datasetem EHIS poskytnutým ÚZIS),
- **údaje z průzkumu** kouření a užívání tabáku (**NAUTA**),
- datasey k používání antibiotik (od KZP),
- různé druhy monitorování (znečištění ovzduší, vody, hluku).

#### Ministerstvo financí

- stejné údaje jako MZ o celkové (především finanční) výkonnosti ZP.

#### Kancelář zdravotního pojištění (KZP)

- údaje o zdravotní péči čerpané v zahraničí a zdravotní péči čerpané v tuzemsku ostatními občany EU (zúčtovací centrum pro český systém zdravotního pojištění vůči ostatním zemím EU),
- ukazatele kvality zdravotní péče na základě vybraných údajů o úhradách z ZP.

Zdroj: Podkladový dokument OECD k workshopům k vytvoření českého rámce HSPA, které se konaly v dubnu 2022.

### Údaje zdravotních pojišťoven

ZP disponují souborem údajů o žádostech o úhradu od poskytovatelů zdravotní péče předložených pro účely úhrady. Obecně platí, že **všechny ZP mají údaje o úhradách ve stejné struktuře**, založené na datovém rozhraní VZP, které je veřejně dostupné ([www.vzp.cz/poskytovatele/vyuctovani-zdravotni-pece](http://www.vzp.cz/poskytovatele/vyuctovani-zdravotni-pece)). Žádná ze zdravotních pojišťoven však nemá k dispozici kompletní soubor údajů o úhradách – **každá zdravotní pojišťovna má k dispozici údaje o zdravotních službách, které mají být hrazeny, pouze za své pojištěnce**. To vytváří určitá omezení, protože trh je roztržštěný. V současné době existuje sedm veřejných zdravotních pojišťoven, z nichž nejvyšší podíl na trhu má VZP, a to více než 50 % všech pojištěnců.

ZP mají **základní demografické údaje o každém svém pojištěnci**, propojené se státním registrem obyvatel: adresa trvalého bydliště, informace o úmrtí, informace o narození. Členové zpravidla dobrovolně poskytují svým ZP také informace o své kontaktní adrese a další kontaktní údaje. Kontaktní adresa může lépe sloužit k orientačnímu určení místa, kde daná osoba skutečně žije a využívá zdravotní služby.

Kromě toho mají ZP k dispozici také **informace o socioekonomickém statusu každého pojištěnce** – lidé mají povinnost hlásit se na svou zdravotní pojišťovnu, pokud spadají do vymezené skupiny ekonomicky neaktivních obyvatel, jako jsou důchodci, studenti, nezaměstnaní a rodiče na rodičovské dovolené. ZP mají také kompletní přehled o příjmech osob samostatně výdělečně činných a strukturovaný přehled o ekonomické situaci zaměstnanců podle jejich zaměstnavatelů (před zrušením ročního stropu pro odvod pojistného měly zdravotní pojišťovny k dispozici také informace o jednotlivých zaměstnancích s vysokými příjmy). ZP však obecně **nepropojují informace o ekonomickém statusu s údaji o úhradách**, protože nárok na příspěvky není podmíněn zaplaceným pojistným. **Bylo by třeba dále konzultovat** se zástupci zdravotnických zařízení možnost propojení údajů o čerpání zdravotní péče s individuálním ekonomickým statutem.

Každý pojištěnec má **jedinečný osobní identifikátor**, stejné identifikační číslo se používá v registru obyvatelstva a používá se i v žádostech o úhradu zdravotní péče.

Léčiva – ZP mají informace spojené s jednotlivými členy **pouze o předepsaných lécích, které byly odebrány a mají nenulovou úhradu**. Údaje získávají z lékáren (zpravidla měsíčně), ale mohou si je také stáhnout ze systému ePreskripce SÚKL (okamžitý online systém). ZP nemají přístup ke všem údajům eReceptu; mohou si prohlížet a stahovat pouze údaje, které splňují výše uvedené podmínky. Jedná se o poněkud menší množství informací, než je obsaženo v úplném souboru dat systému elektronické preskripce (ePreskripce) na SÚKL, který obsahuje informace o všech předepsaných lécích, tedy i o těch s nulovou úhradou a těch, které nebyly odebrány (s jasným vyznačením těch, které odebrány nebyly). Léčivé přípravky spotřebované během hospitalizace nejsou vykazovány v žádném ze systémů (viz níže).

Zdravotnické prostředky a pomůcky (ZP) – informace o předepsaných pomůckách obdrží ZP pouze tehdy, když si je pacient vyzvedne a poskytovatel požádá o úhradu, zpravidla o měsíc později. **Údaje jsou často nespolehlivé až do jara následujícího roku**, dokud poskytovatelé nemohou vykázat a nárokovat případné doplatky za předchozí rok – pozdní vykazování některých hrazených výkonů a služeb je běžné zejména u nemocnic. Lepší přehled o předepsaných ZP by mohl být později dostupný z elektronické evidence předepsaných ZP na SÚKL, která v praxi funguje od března 2022, ale pouze na dobrovolné bázi.

**V údajích o nárocích na úhradu jsou spolehlivé pouze ty informace, které se oceňují při úhradě.**<sup>4</sup> Obecně platí, že u každé zdravotní služby má ZP **informace o identifikaci pacienta, datu poskytnutí, identifikaci poskytovatele a místě poskytnutí. Vykazovaná diagnóza je velmi nespolehlivá, pokud není oceněna v samotné úhradě** (např. služby poskytnuté pacientům s diagnózou COVID-19 mají vyšší úhradu než u pacientů bez této diagnózy, proto je informace o diagnóze COVID-19 spolehlivá; v opačném případě je informace o primární a sekundární diagnóze bezvýznamná, protože chybí metodika vykazování a lékaři se také mohou rozhodnout žádnou diagnózu nevykazovat).

U praktických lékařů pro děti a dorost se nevykazují všechny návštěvy (kontakty s lékařem), protože většina služeb je hrazena z kapitační platby. Z údajů o úhradách lze získat pouze údaje o poskytování služeb hrazených na principu FFS. Patří mezi ně **prevence, očkování, odběr krve**.

U praktických lékařů pro dospělé jsou v údajích o úhradách zachyceny stejné služby hrazené podle FFS jako u praktických lékařů pro děti. Kromě toho **jsou od roku 2020 údaje o návštěvách/kontaktech u praktických lékařů pro dospělé spolehlivě získávány z údajů o úhradách zdravotních pojišťoven**. FFS za kontakt s lékařem byla po zrušení uživatelských poplatků nějakým způsobem zachycena v úhradě, ale s ročním limitem, což vedlo k tomu, že praktičtí lékaři přestali každoročně žádat o úhradu (tj. vykazovat) u návštěv nad limit úhrady (např. praktický lékař v daném roce nevykázal žádný kód návštěvy pacienta po září). **Časové řady o návštěvách u praktického lékaře z přehledu úhrad před rokem 2020 jsou tedy**



nepoužitelné. Přesto bude po roce 2020 získávání počtu návštěv u praktického lékaře z údajů o úhradách spolehlivější než současné časové řady, které ÚZIS vytváří z pravidelného hlášení poskytovatelů zdravotní péče.<sup>5</sup> Kromě toho umožňují údaje o úhradách hlubší analýzu chování pacientů také na regionální úrovni a s ohledem na další sociodemografické faktory. Přesto ZP nemají žádné další informace o hlášených návštěvách praktického lékaře kromě toho, kdy k nim došlo – hlášená diagnóza je nespolehlivá (viz výše).

U ambulantních specialistů mají ZP informace „téměř o všem“: kromě identifikace pacienta a data poskytnutí péče se výkony vykazují pomocí Seznamu zdravotních výkonů, vyhlášky MZ s přibližně 4 000 podrobně popsánymi výkony; výjimečně mohou být pod jedním kódem dva různé výkony, např. magnetická rezonance ruky a nohy. Informace o poskytovateli jsou podrobné až na konkrétní ordinaci lékaře (k těmto informacím přistupuje každá zdravotní pojišťovna jinak, protože nemají žádné úhradové důsledky, takže poskytovatelé nejsou motivováni k pravidelné aktualizaci informací o místě poskytování a svých lékařích; záleží tedy na každé pojišťovně, jak obezřetně bude prosazovat pravidelnou aktualizaci, viz také níže).

Úhrada FFS se vztahuje také na gynekologickou péči a péči v těhotenství; od roku 2020 se později změnila na kapitační platby za trimestr, ale některé služby je stále nutné podrobně vykazovat, aby bylo možné získat kapitační platbu.

Stomatologická péče je hrazena odlišně, přesto lze preventivní péči zkoumat z údajů o žádostech o úhradu u těch stomatologů, kteří mají smlouvy s ZP (ne všichni stomatologové je mají – někteří jsou odkázáni pouze na přímé platby od svých pacientů nebo mají smlouvy pouze s vybranými ZP. V takových případech pacienti nedostávají od své zdravotní pojišťovny úhradu za prevenci a zubní ošetření). Diskutuje se o kapitační platbě za preventivní stomatologické služby – taková změna by znemožnila získávat informace o stomatologické prevenci z údajů z žádostí o úhradu.

**Nemocnice akutní péče vykazují všechny služby podle Seznamu zdravotních výkonů**, i když jejich úhrada je strukturována odlišně (viz níže). Vzhledem k tomu, že Seznam zdravotních výkonů prošel za posledních deset let minimálními významnými změnami, **mohou být údaje o poskytování jednotlivých lůžkových zdravotních služeb z tohoto souboru dat cenným zdrojem informací** s dostatečně dlouhou časovou řadou. Léčiva spotřebovaná během hospitalizace se nevykazují (a nejsou zachycena ani v systému eRecept); výjimkou jsou tzv. zvlášť účtované léky, které se vykazují (a hradí) zvlášť – zpravidla se jedná o **nákladné inovativní léky, včetně léků pro onkologickou péči, a ZP má o jejich spotřebě podrobný přehled** na základě údajů o úhradách. Předpokládá se, že náklady na všechny ostatní léky jsou hrazeny v rámci úhrady výkonu. V případě zařízení dlouhodobé zdravotní péče je úhrada založena na platbě za ošetrovací den (*per diem*), přičemž je stanovena zvláštní kapitační platba za pevnou denní částku na léčivé přípravky. **Dny hospitalizace jsou známy pro všechny typy lůžkových zařízení** (i když nejsou explicitně hrazeny pro nemocnice akutní péče, ale délka hospitalizace je relevantní pro nástroj DRG grouper, proto jsou nemocnice motivovány ji správně vykazovat). Od roku 2021 se nástroj CZ-DRG grouper používá k měření objemu poskytované péče nemocnic akutní péče a k úhradě přibližně 44 % jejich výkonů. Předtím se používal IR-DRG grouper, což vedlo k neporovnatelnosti starých a nových údajů DRG. **Seskupování pro účely úhrad však provádějí ZP, takže ZP disponují kompletním souborem relevantních primárních údajů** – vykazovaných na základě Seznamu zdravotnických výkonů, délky hospitalizace a komorbidit. **Úhrady DRG podléhají neustálým změnám**, včetně slučování základních sazeb pro různé typy nemocnic. Z tohoto důvodu není v současné době celková platba DRG vhodným vstupem pro výpočet jakéhokoli ukazatele.

Pokud jde o hlášení diagnóz v akutní lůžkové péči, je třeba při interpretaci údajů o úhradách v této oblasti postupovat opatrně. **Lékaři mají často tendenci uvádět podezření na diagnózu, které slouží k další diagnostice**, místo konečné diagnózy po dokončení vyšetření. Informace o zdravotním stavu pacienta v době příjmu pacienta nejsou k dispozici, totéž platí pro zdravotní stav v době propuštění. **Sledovat lze pouze informace o úmrtí nebo převozu na jiné oddělení nebo do jiného zařízení**. Některé chronické

**stavy lze hodnotit na základě informací o spotřebovaných léčivých přípravcích před hospitalizací** – lze využít algoritmus používaný pro úpravu rizik a přerozdělování (viz informace v části o údajích MZ týkající se sdružování údajů o údajích fondů); případně lze k hodnocení některých chronických stavů pacienta využít „zvlášť účtované léky“ během hospitalizace.

V datasetech **neexistuje automatické propojení**, které by umožnilo okamžitě získat informace například o **počtu pacientů přeložených z akutní péče do rehabilitačních zařízení po velkých ortopedických operacích nebo akutní léčbě AMI či mozkové mrtvice**. Přesto lze tyto informace na vyžádání získat z údajů o úhradách (pro některé zdravotní pojišťovny to však může být příliš časově a personálně náročné). Stejně tak ZP pravidelně nezkontrolují, zda například pacienti s diabetem chodí na pravidelné kontroly k oftalmologovi. Na vyžádání a *ad hoc* jsou ZP schopny poskytnout informace o pacientovi, který využívá doporučenou péči (péči, které byl předán). Údaje však neumožňují posoudit, zda byl pacient odeslán k jiným specialistům a zda se tímto doporučením neřídil. To by se mohlo změnit po realizaci projektu elektronických žádánek (od začátku roku 2022, zatím bez realizační fáze).

Kromě údajů o úhradách disponují ZP také informacemi o poskytovatelích zdravotní péče. Poskytovatel péče je v rámci smlouvy s ZP povinen vykazovat **lékařskou specializaci svých zaměstnanců, počet svých zaměstnanců, úvazky, vybavení zdravotnickou technikou a provozní dobu**. Ačkoli jsou poskytovatelé povinni neprodleně hlásit jakoukoli změnu těchto informací, zpravidla tak nečiní.<sup>6</sup> Kromě toho si každý ZP vede záznamy o svých smluvních poskytovatelích sám; často se stává, že se informace o stejném poskytovateli v záznamech ZP liší. Poskytovatelé musí podobné informace hlásit ÚZIS v rámci svých pravidelných ročních výkazů; v návaznosti na mimořádné odměny pro zdravotnické pracovníky, kteří pracovali během pandemie COVID-19, vyplacené na základě těchto záznamů, provádí ÚZIS kontroly mezi datasety a následné čištění datasetů.

Údaje poskytované zdravotními pojišťovnami ÚZIS: Kromě číselníků a seznamů poskytují ZP ze svých databází ústavu ÚZIS následující datasety:

- Údaje o poskytovatelem vykázané (nárokované) a zdravotní pojišťovnou hrazené péči – seznam hrazených výkonů (na základě směrnice Seznam zdravotnických výkonů) a kódy léčivých přípravků, a to čtvrtletně s měsíčním zpožděním (s účetním zúčtováním po skončení kalendářního roku), včetně údajů o délce hospitalizace.
- Celková úhrada na poskytovatele – na pololetní bázi.
- Seznam svých smluvních poskytovatelů zdravotní péče, včetně informací o personálním obsazení a vybavení zdravotnickou technikou jednotlivých smluvních poskytovatelů<sup>7</sup> – čtvrtletně, s měsíčním zpožděním.

Údaje zpracovávané Kanceláří zdravotního pojištění:

Kancelář zdravotního pojištění (KZP) zpracovává údaje o zdravotní péči čerpané v zahraničí českými pojištěnci zdravotního pojištění a o zdravotní péči čerpané v tuzemsku ostatními občany EU a plní funkci zúčtovacího centra pro český systém zdravotního pojištění vůči ostatním zemím EU.

KZP působí také jako podpůrná organizace pro zdravotní pojišťovny, a to v různých aspektech. Nedávno byla KZP pověřena zdravotními pojišťovnami, aby udržovala v chodu projekt ukazatelů kvality zdravotní péče. Tyto ukazatele jsou sestaveny na základě údajů o úhradách v rámci ZP ve spolupráci s příslušnými lékařskými společnostmi a odbornými lékařskými sdruženími. Údaje o úhradách poskytují KZP jednotlivé zdravotní pojišťovny po schválení nového ukazatele radou KZP a vyžádání podrobných údajů. KZP tedy provádí analýzu pouze na definované části informací z úhradových dat, která byla schválena všemi ZP pro konkrétní vytvoření ukazatele kvality, jeho validaci a zpětnou vazbu pro ZP a poskytovatele zdravotní péče.

Ukazatele KZP jsou standardizovány podle věku, pohlaví a nemocnosti, což umožňuje porovnávat poskytovatele s jinými poskytovateli podobné velikosti. Výsledky zdravotní péče měřené ukazateli KZP si

mohou prohlížet zdravotní pojišťovny i jednotliví poskytovatelé po zajištění přístupu na portál KZP na adrese <https://puk.kzp.cz/>.

KZP průběžně pracuje na vytvoření dalších ukazatelů kvality péče. Na počátku roku 2022 byly mezi ukazatele kvality péče zařazeny ukazatele týkající se chirurgické léčby, gynekologie a porodnictví, neurologie a předepisování antibiotik.

### **Údaje Ministerstva zdravotnictví**

#### Údaje o sdružování prostředků.

Úprava o riziko a přerozdělování má v českém systému veřejného zdravotního pojištění dlouhou historii s několika významnými změnami. Nejnovější z nich, platná od roku 2018, zavedla farmaceuticko-nákladové skupiny pojištěnců (PCG) jako zástupce vybraných chronických onemocnění. Původně byly skupiny PCG převzaty z nizozemského systému úpravy o riziko z roku 2012; v roce 2020 došlo k drobným změnám (jedna skupina PCG byla vyřazena pro nesplnění statistických požadavků) a v roce 2022 budou vytvořeny čtyři nové skupiny a dvě stávající skupiny se rozdělí. To má určité důsledky pro obecnou použitelnost časových řad, ale nebude to mít velký vliv na skupiny PCG, které se nezměnily. Od roku 2022 bude existovat 30 skupin PCG. Mechanismus klasifikace rizika vybraných chronických onemocnění je dobře známý, ale dodnes se používá pouze pro účely sdružování prostředků a přerozdělování. Nebyl použit pro jiné účely, například pro účely úhrady nebo rozhodování o zdravotní politice.

Příslušné údaje jsou k dispozici na Ministerstvu zdravotnictví – všechny ZP každoročně vykazují strukturu nákladů svých pojištěnců, včetně jejich věku a pohlaví, a kompletní seznam hrazených léčivých přípravků na každého pojištěnce. Struktura nákladů na každého pacienta je pro účely srovnatelnosti vypočtena na základě metodiky oceňování popsané ve směrnici MZ; vykazované náklady se tak liší od skutečných nákladů na úhradu. MZ vytváří jeden dataset z informací poskytnutých všemi ZP (sloučí informace o osobách, které změnily zdravotní pojišťovnu) a vypočítá věk/pohlaví a indexy rizika PCG na následující rok. Kompletní anonymizovaný dataset je pak poskytnut zpět zdravotním pojišťovnám pro jejich analytické účely.

Tento dataset může sloužit k různým účelům – kromě toho, že poskytuje průměrné náklady podle věkových skupin, může dobře posloužit k analýze vývoje chronických onemocnění a prevalence nebo léčby nemocí zachycených ve skupinách rizik PCG.

Dataset má také některá omezení – například pokud je pacient hospitalizován, spotřeba léčiv není zachycena v údajích o úhradách zdravotních pojišťoven (viz výše v odstavci o *údajích zdravotních pojišťoven*), což vede k tomu, že tento pacient může být v konečném důsledku vynechán z dané skupiny rizik PCG. Kontrolní analýza ZP ukazuje, že zkresení způsobené tímto problémem je obecně zanedbatelné (také kvůli běžné praxi, zejména v zařízeních dlouhodobé péče, kdy si pacient po propuštění vyzvedne léky v lékárně a poté je znovu přijat do nemocnice).

Využití údajů nad rámec definovaného použití pro úpravu o riziko a přerozdělování by vyžadovalo buď souhlas orgánu dohledu nad vyhodnocením rizik, nebo změnu legislativy; první varianta nepředstavuje pro MZ jako člena tohoto orgánu dohledu problém.

#### Údaje o celkové výkonnosti ZP

Celkové hospodaření (zejména finanční) zdravotních pojišťoven sledují Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí. Za tímto účelem hlásí zdravotní pojišťovny MF i MZ své **zdravotně pojistné plány** na příští kalendářní rok s očekávanými údaji za aktuální kalendářní rok. **Výroční zprávy** se předkládají po uzavření roku. Zástupci obou ministerstev jsou rovněž členy dozorčích rad jednotlivých ZP a v průběhu roku jsou pravidelně seznamováni s finančními a výkonnostními výsledky.

Soubor informací, které mají být veřejně dostupné prostřednictvím zdravotně pojistných plánů a výročních zpráv, je definován ve směrnici MZ. Informace zahrnují:

- informace o zákonných příjmech ze zdravotního pojištění, informace o pojištěncích, počtu zaměstnanců a administrativních nákladech ZP, údaje o výdajích veřejného zdravotního pojištění a údaje o výdajích rozdělené podle typu péče. Mezi ukazatele finanční výkonnosti patří běžné výdaje a příjmy, náklady a výnosy, závazky po splatnosti, finanční rezervy ve dnech výdajů atd.

Neveřejná část výročních zpráv obsahuje také několik **vybraných ukazatelů, především ukazatele čerpání preventivní péče, poskytované pouze pro informaci MZ**, v členění na úroveň okresů (75, včetně hl. m. Prahy jako jednoho okresu): počet všeobecných preventivních prohlídek, zubních preventivních prohlídek, gynekologických preventivních prohlídek, podíl pojištěnců ve věku 65+ očkovaných proti chřipce a statistiku stížností na zajištění místní a časové dostupnosti péče.

### *Údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS)*

Národní zdravotnický informační systém (NZIS) zahrnuje řadu databází o zdravotním stavu obyvatelstva a kapacitách zdravotnického systému. Ty z datasetů, které jsou založeny na údajích na úrovni pacienta, používají stejný jedinečný osobní identifikátor. Právní předpisy umožňují propojení všech datasetů ve správě ÚZIS.

ÚZIS dále spravuje údaje poskytované poskytovateli zdravotních služeb o jejich struktuře a pracovních (registr zdravotnických pracovníků a registr poskytovatelů zdravotních služeb, údaje o ekonomické výkonnosti nemocnic atd.), údaje poskytované poskytovateli zdravotních služeb o vybraných diagnózách a hospitalizacích (dvanáct národních zdravotních registrů, z toho jedenáct klinických, resp. Diagnosticky specifických registrů + jeden registr hospitalizací), údaje poskytované poskytovateli zdravotních služeb v rámci referenční sítě poskytovatelů pro účely CZ-DRG a údaje přebírané z jiných institucí a šetření (základní registr obyvatel, EHIS, registr úmrtních listů).

ÚZIS rovněž podává zprávy o ukazatelích zdraví a zdravotní péče do mezinárodních databází.

NRHZS, Národní registr hrazených zdravotních služeb, obsahuje administrativní údaje o hrazených zdravotních službách poskytované (vyplňované) zdravotními pojišťovnami.

Národní zdravotní (klinické) registry a další registry v rámci NZIS jsou databáze shromažďující údaje na úrovni jednotlivých pacientů nebo poskytovatelů zdravotní péče, které obvykle (ale ne vždy) vyplňují poskytovatelé zdravotní péče (viz níže). Hlášení do těchto registrů se provádí prostřednictvím výkazů, které mohou, ale nemusí být automatické v nemocničním informačním systému. Výkazy mají předepsanou strukturu podle ÚZIS a v některých případech byl IT systém nemocnice upraven tak, aby generoval zprávu přímo z interních dat nemocnice (která se nemusí shodovat se zdravotnickou dokumentací pacienta).

#### Národní zdravotní registry:

Národní registr hospitalizací (NRHOSP) – obsahuje údaje na úrovni pacientů, vyplněné poskytovateli zdravotní péče, validované (křížově kontrolované) pomocí datasetu NRHZS.

Klinické registry určitých diagnóz – v současnosti jedenáct registrů, zahrnují údaje na úrovni pacientů.

- Onkologický registr, registr kardiovaskulárních operací a intervencí – vyplňují poskytovatelé zdravotní péče.
- Diabetologický registr – vyplněný na základě údajů o úhradách NRHZS.

Národní registr zdravotnických pracovníků (NRZP) obsahuje údaje ze statistických zjišťování (výkaznictví), které vyplňují školy, poskytovatelé zdravotní péče, profesní komory.

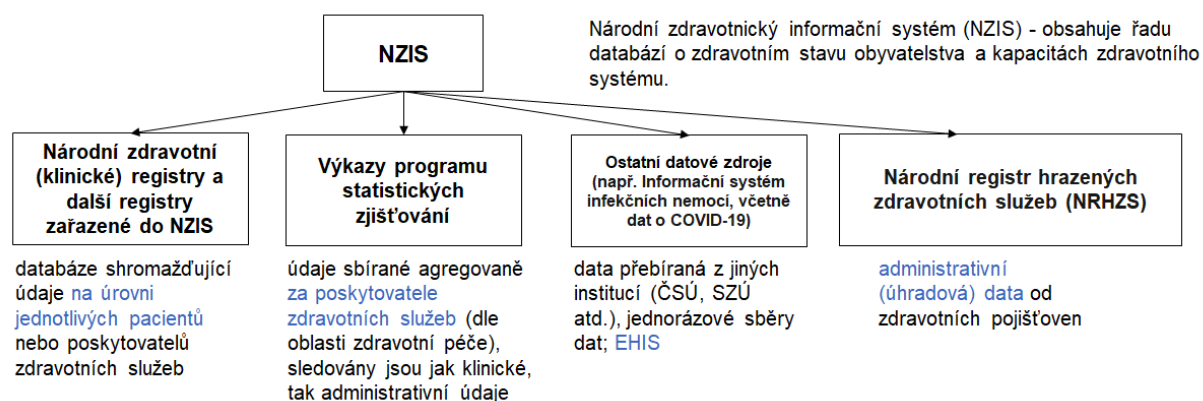
Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS) obsahuje údaje ze statistických šetření (výkaznictví), které vyplňují poskytovatelé zdravotních služeb.

#### Šetření:

ÚZIS zpracovává údaje získané v rámci šetření o zdraví u domácností prováděného ČSÚ pro šetření EHIS. Podrobnosti o šetření EHIS naleznete níže v oddíle o ČSÚ a oddíle o SZÚ.

ÚZIS také analyzuje údaje z referenční sítě poskytovatelů (rovněž pro účely CZ-DRG).

### Obrázek A E.1. Struktura Národního zdravotnického informačního systému



Zdroj: Převezato z (ÚZIS, 2020<sub>[12]</sub>).

### Údaje Českého statistického úřadu (ČSÚ)

**Systém zdravotnických účtů<sup>8</sup>** obsahuje mezinárodně srovnatelnou komplexní statistiku výdajů na zdravotní péči v České republice podle mezinárodní klasifikace ICHA, a to podle typu poskytované péče (HC), typu poskytovatele zdravotní péče (HP) a zdroje financování (HF) a v jejich kombinaci. Zahrnuje také část výdajů na sociální péči (příspěvek na sociální péči, dotace na domovy pro seniory). Obsahuje souhrnné údaje předložené zdravotními pojišťovnami a dalšími ústředními a regionálními orgány státní správy (v poslední době byly souhrnné údaje ZP nahrazeny výpočty ÚZIS provedenými na základě sdružených původních údajů o úhradách). Ministerstvo zdravotnictví předává část informací o rozdělení úhrad za typ péče, která není jednoznačně uvedena v údajích o úhradách; MZ tyto souhrnné informace získává od jednotlivých ZP a celkové počty hlásí Českému statistickému úřadu.

**Údaje o obyvatelstvu** (registr obyvatel, demografické údaje – věková a genderová struktura, úmrtnost). Údaje ze sčítání lidu se při tvorbě zdravotní politiky nepoužívají; lze použít pouze souhrnné údaje, protože individuální údaje musí být podle zákona při zpracování údajů ze sčítání lidu vymazány.

**Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS)** – výběrové šetření domácností, každých šest let (poslední v roce 2019, 8 000 respondentů ve věku 15+), sdílená evropská metodika. ČSÚ shromažďuje data od roku 2014, **zpracování dat provádí ÚZIS** (viz výše). Výběrové šetření o zdravotním stavu od roku 1993, od roku 2008 na základě jednotné evropské metodiky (před rokem 2014 šetření realizované ÚZIS na jiném vzorku domácností). Průzkum se zaměřuje nejen na zdravotní stav, ale také na využívání zdravotní péče (návštěvy lékaře, hospitalizace) a vybrané aspekty životního stylu, které úzce souvisejí se zdravím (konzumace ovoce a zeleniny, tělesná aktivita a kouření). Některé výsledky šetření jsou součástí Statistické ročenky České republiky 2020.<sup>9</sup>

**Výběrové šetření osob se zdravotním postižením (VŠPO)** – výběrové šetření domácností. Informace o osobách se zdravotním postižením, nejen o těch, které jsou zachyceny ve statistikách státních příspěvků na sociální péči a invalidních důchodů. Zahrnuje informace o věku, pohlaví, ekonomické aktivitě, vzdělání, soběstačnosti v každodenním životě a využívání pečovatelské podpory, kvalitě života a zdravotním stavu zdravotně postižených osob. Výsledky jsou veřejně dostupné.<sup>10</sup>

**Statistika pracovní neschopnosti<sup>11</sup>** – společně s Českou správou sociálního zabezpečení (ČSSZ), dvakrát ročně, od roku 1989. Zahrnuje incidenci, prevalenci a průměrnou délku pracovní neschopnosti. Podle příčin, typu hospodářského odvětví, podle krajů a okresů a také podle věku a pohlaví a podle diagnóz. Veřejně dostupné jsou také statistiky smrtelných úrazů.

Statistika výdajů na výzkum a vývoj ve zdravotnictví<sup>12</sup> – roční šetření (výkaznictví) všech podniků, škol a výzkumných institucí. Výdaje na výzkum a vývoj jsou k dispozici výslovně pro poskytovatele zdravotní péče. Počet výzkumných pracovníků je k dispozici pro lékařské vědy.

Výdaje z veřejných rozpočtů na zdravotnický a lékařský výzkum podle socioekonomických cílů<sup>13</sup> (mezinárodní klasifikace Government Budget Appropriations for R&D, GBARD) vychází z administrativních údajů. Rozdělení také podle zřizovatelů a příjemců podpory. Dataset zahrnuje více oblastí, jednou z nich je Ochrana a zlepšování lidského zdraví.

**Odměňování pracovníků ve zdravotnictví** je odlišný dataset než statistika ÚZIS na stejné téma, protože oba mají odlišné primární zdroje dat. Dataset ČSÚ vychází ze dvou zdrojů: z výběrového šetření o odměňování (provádí Ministerstvo sociálních věcí) a z informačního systému o tarifních platech (Ministerstvo financí). Informace jsou veřejně dostupné například v nově vydané publikaci ČSÚ *Zaostřeno na ženy a muže 2022*,<sup>14</sup> v kapitole 2. Zdraví (tabulky 2–24 až 2–27), (ČSÚ, 2022<sub>[13]</sub>).

Informace o **studentech a absolventech lékařských a zdravotnických** oborů jsou čerpány z matriky studentů (systém Sdružených informací matrik studentů, SIMS). Údaje za studenty vysokých škol se vztahují vždy k 31. prosinci příslušného roku, údaje za absolventy k celému kalendářnímu roku. Studijní obor Zdravotnictví je vymezen na základě Klasifikace oborů vzdělání CZ-ISCED-F 2013 s využitím úzce vymezeného oboru 091 Zdravotnictví, který zahrnuje následující podrobněji vymezené obory vzdělání: Stomatologie (0911); Humánní medicína (0912); Ošetřovatelství a porodní asistentství (0913); Lékařská diagnostika a léčebné techniky (0914); Fyzioterapie (0915); Farmacie (0916); Tradiční a alternativní medicína a terapie (0917). Veřejně dostupné ukazatele naleznete v kapitole 2. Zdraví publikace *Zaostřeno na ženy a muže 2022* (tabulky 2–19 až 2–23) (ČSÚ, 2022<sub>[13]</sub>).

**Statistika využívání eHealth** – získaná z ročního výkaznictví poskytovatelů ÚZIS a zpracovaná ČSÚ, se zaměřuje na IT vybavení poskytovatelů a nabízené služby eHealth. Druhým zdrojem informací k tomuto tématu jsou výběrová šetření domácností o využívání ICT v domácnostech a mezi jednotlivci. Veřejně dostupné ukazatele lze nalézt na webových stránkách ČSÚ<sup>15</sup> a v každoroční publikaci ČSÚ Informační společnost v číslech, kapitola G: Využívání informačních technologií u poskytovatelů zdravotní péče.<sup>16</sup>

### **Údaje Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL)**

SÚKL má na starosti datasety informací získaných ze systému elektronických receptů a nově také datasety z elektronického systému hrazených zdravotnických prostředků a pomůcek a databázi pro správu očkování.

- Databáze zdravotnických prostředků.
- Databáze léčiv.
- Registr zdravotnických prostředků
- Systém elektronických receptů (ePreskripce) – databáze na úrovni pacienta:
  - individuální lékové záznamy,
  - zahrnuje všechny předepsané léčivé přípravky, a to i ty, které se nevyzvedávají,
  - zahrnuje léky na předpis s nulovou úhradou.
- Přehled vykázaných očkování – nová, povinná evidence od 1. února 2022.
- Databáze předepsaných zdravotnických prostředků – nová od března 2022, dobrovolná.

## Údaje Státního zdravotního ústavu (SZÚ)

### Údaje ze šetření EHES o zdravotním stavu obyvatelstva

Šetření EHES (European Health Examination Survey) bylo pilotně provedeno v letech 2010–2011 (400 osob). První kolo standardního šetření proběhlo v roce 2014. Druhé kolo pravidelného šetření proběhlo v červenci 2019 – únoru 2020 (4 000 osob) a navazovalo na Evropské výběrové šetření o zdraví (realizované ČSÚ v rámci výběrového šetření domácností). Šetření EHES bylo koordinováno SZÚ a realizováno SZÚ za pomoci odborů zdravotnictví krajských úřadů, Ústavů veřejného zdraví (v ČR jsou tyto ústavy dva) a vybraných poskytovatelů zdravotní péče.

EHES je propojeno s šetřením EHIS: Šetření EHIS koordinuje ÚZIS a provádí ČSÚ prostřednictvím své sítě šetření v domácnostech metodou CAPI, přípustné jsou však i PAPI a CATI<sup>17</sup>. V rámci šetření EHES bylo respondentům EHIS ve věku 25–64 let nabídnuto lékařské vyšetření – včetně měření výšky, hmotnosti a obvodu pasu, měření krevního tlaku, stanovení hladiny tuků v krvi (celkového a HDL a LDL cholesterolu a triglyceridů), stanovení hladiny cukru v krvi (HbA1c – glykovaný hemoglobin) a vyšetření hormonů štítné žlázy (TSH).

Údaje z EHIS spravuje ÚZIS. Údaje z EHES spravuje SZÚ. ID EHES respondentů je přiřazeno k jejich ID EHIS, takže údaje EHES a EHIS jsou SZÚ propojeny a sdruženy. Příručka pro šetření EHES v České republice je k dispozici v českém jazyce na webových stránkách SZÚ<sup>18</sup> (stejně jako pro kolo šetření v roce 2014). Vybrané výsledky studií z roku 2019 jsou rovněž veřejně dostupné.<sup>19</sup>

**NAUTA** (Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice). Pravidelná šetření probíhají od roku 1997, poslední v roce 2020 (1 769 respondentů, reprezentativní pro českou populaci ve věku 15+ podle věku, pohlaví a regionů); výsledky těchto šetření se zadávají do databáze WHO Zdraví pro všechny. Výsledky průzkumu jsou veřejně dostupné.<sup>20</sup> Průzkumy jsou založeny na strukturovaných osobních rozhovorech; v případě užívání tabáku průzkum využívá soubor klíčových otázek v rámci Otázek týkajících se používání tabákových výrobků pro šetření (Tobacco Questions for Surveys – TQS) GATS; v případě konzumace alkoholu průzkum využívá společnou metodu pro frekvenci a množství pití nápojů projektu EU SMART a přidává otázku týkající se nárazového pití. Podrobnosti lze nalézt v Csémy et al. (2021).<sup>21</sup>

Šetření **HAPIEE** (Health, Alcohol and Psychosocial factors in Eastern Europe)<sup>22</sup> je kohortová studie zaměřená na životní styl a psychosociální faktory. Činnost zahájilo v období 2002–2005 (8 800 respondentů), kdy všichni respondenti vyplnili dotazník a podstoupili lékařské vyšetření včetně krevních testů. Od roku 2010 se zhruba každé dva roky zasílá respondentům dotazník poštou. Poslední kolo průzkumu skončilo v roce 2018.

**Pravidelný monitoring SZÚ:** týkající se znečištění ovzduší, znečištění pitné vody a vody ke koupání, hluku v životním prostředí, kontaminantů v potravních řetězcích a dietární expozice, lidského biomonitoringu, zdravotních rizik při práci.<sup>23</sup>

**Průzkumy o alergiích u dětí** – od roku 1996, každých pět let, naposledy v roce 2016.<sup>24</sup> Podrobnosti o minulých a ukončených průzkumech lze nalézt na webových stránkách SZÚ,<sup>25</sup> včetně průzkumu HELEN (ukončeného v roce 2014).

**Dataseť k používání antibiotik.** V nedávné době byly SZÚ poskytnuty údaje o předepisování antibiotik (pouze vyzvednutá antibiotika) ze strany KZP, přičemž primárním zdrojem dat byly údaje o úhradách od zdravotních pojišťoven. Analýza provedená KZP umožňuje sledovat preskripční chování jednotlivých lékařů (zahrnuti jsou pouze vybrané recepty s nenulovou úhradou).

# Poznámky

<sup>1</sup> EQ-5D je standardizované měřítko kvality života související se zdravím, které vyvinula skupina EuroQol Group, aby poskytla jednoduchý, obecný dotazník pro použití při klinickém a ekonomickém hodnocení a šetřeních zdravotního stavu populace.

<sup>2</sup> Hodnocení poskytovatelů a systémů zdravotní péče (CAHPS) je standardizované šetření zkušeností pacientů s ambulantní péčí a péčí na úrovni zařízení v komerčních a zdravotnických zařízeních, který vypracovala Agentura pro výzkum a kvalitu zdravotní péče (AHRQ) ve Spojených státech.

<sup>3</sup> Ministerstvo životního prostředí, Národní strategie „ČR 2030“.

<sup>4</sup> Konstatujeme, že všechny údaje v Národním registru hrazených služeb pocházejí z údajů z žádostí o úhradu a nejsou vázány na zdravotnickou dokumentaci pacientů. Informace o diagnóze obsažené v tomto souboru údajů nejsou příliš spolehlivé, s výjimkou několika (méně významných) případů, které lze striktně vysledovat pro účely nenulové úhrady.

<sup>5</sup> Což je současná praxe vykazování tohoto ukazatele mezinárodními organizacím.

<sup>6</sup> Míra nepřesností ve výkazech poskytovatelů zdravotních služeb podávaných zdravotním pojišťovnám se ukázala, když ZP vyplatily poskytovatelům zdravotních služeb mimořádné odměny na základě výkazů jejich zaměstnanců v průběhu pandemie COVID-19.

<sup>7</sup> V podstatě to znamená, že ÚZIS má k dispozici osm různých seznamů poskytovatelů zdravotní péče – sedm seznamů poskytly zdravotní pojišťovny a osmý seznam je z pravidelného hlášení poskytovatelů zdravotních služeb ÚZISu.

<sup>8</sup> ČSÚ (2021), Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010-2019. <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-m6hwrlzbbw>.

<sup>9</sup> <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2020>.

<sup>10</sup> <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-osob-se-zdravotnim-postizenim-2018>.

<sup>11</sup> <https://www.czso.cz/csu/czso/pracovni-neschopnost-pro-nemoc-a-uraz-v-ceske-republice-1-pololeti-2021>.

<sup>12</sup> [https://www.czso.cz/csu/czso/statistika\\_vyzkumu\\_a\\_vyvoje](https://www.czso.cz/csu/czso/statistika_vyzkumu_a_vyvoje).

<sup>13</sup> <https://www.czso.cz/csu/czso/prima-verejna-podpora-vyzkumu-a-vyvoje-2020>.

<sup>14</sup> <https://www.czso.cz/csu/czso/zaostreno-na-zeny-a-muze-s9uog5djz>.



<sup>15</sup> [https://www.czso.cz/csu/czso/informacni\\_technologie\\_ve\\_zdravotnictvi](https://www.czso.cz/csu/czso/informacni_technologie_ve_zdravotnictvi).

<sup>16</sup> [https://www.czso.cz/csu/czso/informacni\\_spolecnost\\_v\\_cislech](https://www.czso.cz/csu/czso/informacni_spolecnost_v_cislech).

<sup>17</sup> CAPI – Computer Assisted Personal Interview (osobní rozhovor s pomocí počítače); PAPI – Paper Assisted Personal Interview (osobní rozhovor s pomocí papíru); CATI – Computer Assisted Telephone Interview (telefonický rozhovor s pomocí počítače).

<sup>18</sup> [http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/ehes/manual\\_EHES\\_cely\\_28042014.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/ehes/manual_EHES_cely_28042014.pdf).

<sup>19</sup> <http://www.szu.cz/ehes/vybrane-vysledky-studie-ehes-2019>.

<sup>20</sup> <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prevence-zavislosti>. Za období 1997–2011 jsou výsledky k dispozici na adrese <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/studie-kuractvi-dospele-populace-cr-2011>.

<sup>21</sup> Csémy, Dvořáková, Fialová, Kodl, Malý, Skývová (2021). Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020 (NAUTA). Státní zdravotní ústav, [http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/nauta\\_2020.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/nauta_2020.pdf).

<sup>22</sup> Podrobnosti o českém průzkumu jsou k dispozici na [adrese http://www.szu.cz/hapiee](http://www.szu.cz/hapiee).

<sup>23</sup> Podrobnosti na adrese <http://www.szu.cz/ehes/vybrane-vysledky-studie-ehes-2019>, a zejména na adrese [http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/souhrnna\\_zprava/SZU\\_Report\\_2019.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/souhrnna_zprava/SZU_Report_2019.pdf).

<sup>24</sup> <http://www.szu.cz/tema/prevence/alergie-deti>.

<sup>25</sup> <http://www.szu.cz/tema/studie>.

# Rámec pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému v České republice

Rámec pro hodnocení výkonnosti zdravotního systému (HSPA) v České republice je iniciativa navržená s cílem pomoci českému zdravotnímu systému zlepšit plánování, monitorování a rozhodování. Tato zpráva popisuje rámec HSPA pro Českou republiku, jeho vývoj, strukturu řízení a implementační plán. Rovněž podrobně popisuje domény českého rámce HSPA, které jsou naplněny indikátory vybranými skrze komplexní proces hodnocení dostupných ukazatelů. Rámec HSPA jako takový umožňuje posouzení silných a slabých stránek českého zdravotnictví. Jeho implementace zvýší odpovědnost národních orgánů a hlavních zúčastněných stran ve zdravotnictví,lepší zapojení veřejnosti, podpoří hladký tok informací napříč sektorem zdravotnictví a usnadní plánování a monitorování reforem.



Financováno  
Evropskou unií