

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele
a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

Institut postgraduálního vzdělávání ve
zdravotnictví

škola veřejného
zdravotnictví Ruská 85,
Praha 10, 100 05

Zdravotnické systémy ve
světě a v České republice

Konzultant:

Autor práce

Oponent:

PhDr. Anna Arnoldová

V Praze dne 1.4.1996

O B S A H

	Strana:
1. Úvod	2
2. Charakteristika současných zdravotnických systémů ve světě	3 - 4
2.1. Filozofie zdravotnických systémů	4 - 5
2.2. Společné znaky zdravotnických systémů	5 - 7
2.3. Odlišnosti jednotlivých zdravotnických systémů	7 - 8
3. Zdravotnické systémy ve světě	9
3.1. Systém spočívající převážně na soukromých zařízeních a na komerčním podkladu koupě a prodeje zdravotnických služeb, např. USA	9 - 13
3.2. Systém, který je založen na povinném či nepovinném zdravotním pojištění, např. SRN	14 - 19
3.3. Systém, v němž rozhodující podíl na zdravotní péči hradí stát ze svého rozpočtu, např. Velká Británie	28 - 24
4. Systém zdravotní péče v České republice	25
4.1. Fáze transformace zdravotnictví a filozofie změn	26 - 31
4.2. Charakteristika současného systému v ČR	31 - 33
4.3. Korelace se světovými zdravotními systémy	33 - 34
5. Literatura	

1. Úvod

V rámci své činnosti ve zdravotnictví, která se datuje od r. 1965, zažívám v posledních letech transformaci mého oboru a ne vždy s klidem přijímám změny, které nastávaly, nastávají a nastanou. Žádný soudný člověk nemůže říci, že rozumí zdravotnictví natolik, aby ho účelně, ekonomicky a morálně vedl a event. dokázal přetransformovat. Vždy se to týká týmové spolupráce význačných odborníků několika profesí, a což je podstatné, časového období této transformace, tak by to nejméně postihlo občany. Vždyť i ve Velké Británii se provádějí reformy zdravotnictví, které jsou ale rozloženy zhruba na 15 - 20 let.

V šíleném tempu transformace našeho zdravotnictví, kdy dochází ke změně jednoho systému ve druhý, musí zákonitě docházet k některým nepřesnostem, přehmatům a neefektivním rozhodnutím. Začala jsem se proto zajímat i o jiné systémy zdravotnictví ve světě, aby si sama pro sebe zodpověděla na některé otázky a porovнала fungující zdravotnictví i v jiných státech.

Jako příklad jsem vybrala ty státy, ve kterých je zdravotní péče poskytována podle tří základních systémů zdravotní péče a které jsou nám více známy.

2. Charakteristika současných zdravotnických systémů ve světě

Stát může svůj vliv na sféru péče o zdraví uplatňovat v různé míře a různými způsoby. Ve vazbě na historické podmínky a tradice, na politický systém a s ním související sociální politiku státu, vznikly v průmyslově vyspělých zemích s státy východního bloku v podstatě tři základní systémy ekonomického zabezpečení zdravotní péče.

Všechny západoevropské i ostatní státy (kromě USA) mají ve svém právním řádu zakotveno právo na poskytování zdravotnické péče pro každého, bez ohledu na platební možnosti občanů.

1. Systém, spočívající převážně na soukromých zařízeních, na komerční zásadě prodeje a koupě zdravotnických služeb a na relativně značném podílu obyvatel na přímé finanční úhradě poskytnutých zdravotnických služeb. Zde stát realizuje svůj zájem pouze vůči některým populačním skupinám (chudí, staří, váleční veteráni, chroničtí nemocní) a těžiště zájmu, odpovědnosti i vlastní starosti o zajištění zdraví vkládá na občana a na jiné privátní subjekty v mezích vztahů a pravidel, platných pro tržní ekonomiku. Tento model je uplatněn zejména v USA, v různých modifikacích, ovšem ve zcela odlišném socioekonomickém prostředí je uplatňován i v mnoha zemích třetího světa.
2. Systém, v nichž výdaje na zdravotní péči jsou ve větší či menší míře hrazeny z povinného nemocenského zdravotního pojištění. Finanční příspěvky do pojišťovacích fondů jsou uhrazovány státem, zaměstnavateli a občany. Občané se také, v různé míře, podílejí na přímém hrazení některých poskytovaných služeb. Jde většinou o stomatologickou péči, příplatky za léky, brýle, protetické pomůcky a pod. Systém povinného pojištění je zaveden ve většině západoevropských

zemích, ale také např. v Japonsku.

3. Systém, v nichž rozhodující podíl výdajů na zdravotní péči hradí stát ze svého rozpočtu, tedy stát má formálně veškerou odpovědnost za péči o zdraví obyvatelstva. Tento systém je uplatněn např. ve Velké Británii, Dánsku a Itálii.

Kontrola výdajů na zdravotní péči státem je prováděna celou řadou regulačních zásahů zaměřených zejména na usměrňování počtu lékařských míst, úroveň příjmů zdravotnických pracovníků, regulování počtu studentů přijímaných na lékařské fakulty a na imigraci lékařů. Významnou úlohu hraje i regulování poplatků a cen za poskytované služby.

I když všechny země s tržní ekonomikou je možno podle převládající formy financování zdravotní péče zařadit do některé z výše uvedených tří skupin, mechanismus řízení a financování zdrav. péče v jednotlivých zemích uplatňujících stejný systém se v detailech liší. Proto v dalších kapitolách bych charakterizovala typické představitele jednotlivých systémů.

2.1. Filozofie zdravotnických systémů

Starost státu o zdraví obyvatelstva nebo alespoň některých skupin je záležitostí prastarou. Po mnohá století se zájem vládců a vlád upínal na zdraví občanů do té míry a v té podobě, nakolik je k tomu motivovala potřeba posilovat touto cestou vojenský, hospodářský, ale i intelektuální potenciál jejich zemí.

Snaha pomoci všem potřebným osobám sahá daleko historie. Zprvu charitativně organizovaná a živelná pomoc, založená na principu dobročinnosti a lidumilství, se postupně měnila ve veřejnoprávní program.

Je přirozené, že tato potřeba vznikala vždy v určitých historicky determinovaných souvislostech, které předurčovaly i možnosti a způsoby jejího uspokojení, tj. v určité kulturně politické atmosféře, v určitých sociálních a ekonomických podmínkách a v prostředí úrovně lidského poznání vůbec a medicínského zvláště.

Tak byly původní prameny zájmu státu o zdraví obyvatel postupně obohacovány o další dimenze, zejména v prostředí evropské kultury a civilizace pronikaly do spektra pozornosti jednotlivých států různé aspekty humánní, hodnotové a sociální, z nichž postupně krystalizoval názor na lidské zdraví jako na jednu z dominantních hodnot, na zdroj individuálního i společenského rozvoje, jako na prvořadé kritérium kulturní, mravní a sociální vyspělosti.

Proto se také medicína v posledních 50. letech atomizovala na další, někdy i zcela nové subdisciplíny, a to ne vždy ku prospěchu nemocných.

Mimo tato obecně deklarovaná hlediska připoutaly v nedávné době zájem vlád v různých vyspělých zemích ještě jiné okolnosti. Stále zřetelněji se totiž ukazovalo, že finanční nároky na krytí žádoucí péče o zdraví vzrůstají natolik, že přestávají být únosné i pro nejbohatší státy. Mimoto různé rozbory a výzkumy přinášely důkazy, že mnohé, stále dokonalejší, avšak technicky složitější a finančně náročnější diagnostické a léčebné výkony nejsou úměrně efektivnější ve svých prokazatelných výsledcích.

Dalším významným faktorem byl samotný charakter těch onemocnění, která se nejčastěji podílejí na úmrtnosti a nemocnosti populace (srdeční a cévní onemocnění, zhoubné nádorové choroby).

Ovlivnění těchto faktorů a procesů, majících zásadní význam pro utváření zdravotního stavu

obyvatelstva, zdaleka není a nemůže být věcí pouhého zdravotnictví. Každá součást společnosti, každý sektor jejího sociálního a ekonomického spektra totiž se více či méně, tak či onak na něm podílejí. Proto také musí být péče o zdraví celospolečenskou záležitostí, proto také stát, chce-li vyjádřit svůj zájem a starost o zdraví občanů, musí hledat cesty a možnosti uplatnění svého vlivu prostřednictvím zdravotní politiky.

Tato zdravotní politika vždy vychází z existence a charakteru jistým způsobem uspořádané konkrétní společnosti a její globální politiky, kterou aplikuje na sféru péče o zdraví.

Pramení z jistých hodnotových aspektů a priorit, z povahy určitého společenského uspořádání a ekonomické úrovně i z působení určitého společenského reprodukčního procesu, jímž daná společnost realizuje svou existenci a svůj další vývoj.

2.2. Společné znaky zdravotnických systémů

Bez ohledu na organizační formy poskytování zdravotní péče a formy financování zdravotnictví jsou pro zdravotnictví všech států charakteristické některé znaky: (zejména západoevropských)

- vysoká dostupnost ve vyšších nástavbových formách péče, způsobená v nemalé míře platební schopností občanů
- menší či větší účast občanů na přímých platbách za poskytnutou zdravotní péči
- významný podíl soukromé praxe na poskytování zdravotní péče
- rychle zavádění nových diagnostických a léčebných metod do praxe.

Ve všech těchto zemích si stát ponechává v rukou kontrolu nad:

- usměrňováním počtu lékařských míst

- úrovní příjmů zdravotnických pracovníků
- regulováním počtu studentů na lékařských fakultách
- imigrací lékařů
- regulací poplatků a cen za poskytované služby, tzn. že stát stanovuje horní hranice honoráře.

Lékaři jsou odměňováni formou:

- poskytování poplatků za registrované nebo vykázané činnosti
- formou platů, zejména v nemocnicích, kde se rozlišuje odborná kvalifikace, délka praxe a funkce
- - formou přímé platby od pacientů, což je ale jen doplňující forma.

U všech rozličných variant poskytování zdravotnické péče můžeme nalézt další momenty. Především je to existence zdravotnického systému v prostředí určitého sociálně ekonomického uspořádání. To mu vtiskuje zcela specifickou úroveň a podobu. Právě tato rozhodující okolnost způsobila, že např. soustava státního zdravotnictví v bývalé ČSSR, ačkoliv měla v době svého vzniku a počátečního působení mnoho obdobných znaků s Národní zdravotní službou ve Velké Británii, byla ve srovnání s ní daleko méně efektivnější, a co hlavně, odraz její činnosti ve zdravotním stavu byl čím dál menší a odraz zdraví naší populace byl stále zřetelněji horší. Příčina těchto rozdílů spočívala v tom, že čl. zdravotnictví bylo součástí zcela nefunkčního společenského a hospodářského systému, zatímco britské zdravotnictví existovalo a působilo v prostředí demokratické společnosti s prosperující ekonomikou. Druhým společným jmenovatelem různých modelů péče o zdraví je to, že všechny varianty jsou ve své podstatě určitým reálným zpodobněním neustálé dynamické konfrontace státních zájmů se zájmy individuálními, skupinovými, lokálními. Jde

o proces, který teprve v prostředí určitého socioekonomického klimatu dostává své konkrétní zaměření i určité institucionální vyjádření.

A právě ve způsobu řešení těchto různých zájmů a jejich vztahů i rozporů v určitých konkrétních podmínkách, ve vymezení prostoru pro chování různých subjektů, jež se jakkoliv podílejí na utváření zdravotního stavu či na péči o zdraví, v tom všem spočívá podstata jednotlivých zdravotnických systémů.

Ve snaze optimalizovat tato řešení, v tom spočívá podstata reforem, jež v současné době probíhají v mnoha zemích světa. Pod zorným úhlem či pod tlakem nových potřeb a nároků vyvstávajících na horizontě zájmů o zdraví, je totiž nutné zkoumat a nalézt v daných podmínkách co nejvhodnější míry a proporce mezi uplatňováním státního zájmu - a tím i jeho vlivu - a zájmů občanů a jednotlivých populačních skupin na péči o zdraví v podobě určité zdravotní politiky.

2.3. Odlišnosti jednotlivých zdravotnických systémů

Zdravotnictví evropských zemí a Spojených států amerických funguje na odlišném filozofickém principu: zatímco ve vědomí Evropanů se zdravotní péče zafixovala jako součást státem povinně garantovaných i organizovaných veřejných služeb, v USA převažuje komerční pojetí zdravotnictví: lékařská péče je chápána jako velmi nákladná tržní komodita, na níž je možno založit prosperující byznys.

V Evropě musí pojistné podle zákona platit každý občan do určité výše svého příjmu, případně zaměstnavatel. Jinak je tomu v USA. Zdravotní pojištění tu není povinné, je v rukou široké sítě soukromých pojišťoven, s působností od místní až po federální. Tyto pojišťovny si vzájemně konkurují a občan je pro ně především klientem.

Další variantou povinného nemocenského (zdravotního) pojištění je např. Japonsko. Do soustavy povinného nemocenského pojištění přispívají kromě zaměstnanců, zaměstnavatelů a státu ještě regionální správní orgány. Současný systém finančního zabezpečení zdravotnické péče tedy zahrnuje 2 velké oblasti:

- povinné pojištění zaměstnanců, které se vztahuje na osoby zaměstnané v soukromém i státním sektoru
- a povinné nemocenské pojištění v obcích, které se týká především řemeslníků pracujících samostatně, zemědělců, zaměstnanců drobných obchodů a osob částečně zaměstnaných.

Toto pojištění obcí je spravováno městskými a místními orgány, ale není tak kvalitní jako pojištění zaměstnanců, přesto chrání občany před finančním zruinováním v případě vážné nemoci.

V západoevropských zemích i v USA funguje lépe i hůře jak jednozdrojové financování zdravotnická péče, tak i vícezdrojové, výkonové i paušální platby.

3. Zdravotnické systémy ve světě

3.1. Systém spočívající převážně na soukromých zařízeních a na komerčním podkladu prodeje a koupě zdravotnických služeb, konkrétně USA

Spojené státy americké jsou představitelem systému zdravotnické péče spočívající převážně na komerčních zásadách poskytování zdravotnické péče. V r. 1994 bylo vydáno na zdravotní péči cca 14% hrubého domácího produktu (dále HDP), ze soukromého pojištění bylo uhrazeno cca 30% nákladů a přímé osobní platby činily cca 28% celkových nákladů

USA jsou téměř jedinou z velkých průmyslových zemích, které ještě nejsou transformovány na systém všeobecného povinného pojištění. Dosavadní zdravotnický systém je směs veřejného a soukromého pojištění, který zajišťuje vysoce kvalitní zdravotní péči, je však kritizován za vysokou nákladovost a že náklady nejsou odpovídajícím způsobem kryty.

Nejvýraznějším rysem amerického zdravotnictví je jeho obrovská decentralizace, variabilita forem, minimální státní regulace a volný výběr, tedy hodnoty, hýčkané americkou společností.

Ve zdravotním zabezpečení občanů hraje významnou úlohu soukromé pojištění pro případ nemoci (u 320 společností), které se týká cca 68% obyvatel, dalších cca 78% obyvatel má uzavřenou pojistku pro případ vážného onemocnění. Skupinové pojištění mají uzavřeno zejména zaměstnanci v podnicích a podílejí se na něm rovněž zaměstnavatelé.

Americké pojišťovny nabízejí na volném trhu několik tisíc nejrozličnějších pojistných plánů a programů lišících se značně svým obsahem i rozsahem: mohou krýt veškerou zdravotní péči nebo jenom její nejnútnejší část, mohou se týkat pouze pojištěnce nebo i členů jeho rodiny. Důležitým rysem systému je to, že tyto plány a programy pro zaměstnance zaměstnavatelé dobrovolně volí a také je z velké části platí (v r. 190 se podíleli na platbách pojistného z 85%). Při ztrátě nebo změně zaměstnání však

pracovník automaticky pojištění ztrácí (v tom je podstatný rozdíl oproti Evropě či Kanadě). Velké a střední podniky pojišťují své zaměstnance běžně, malé firmy k tomu přistupují vyjimečně. Příspěvky do fondů pojištění se jim odečítají z daní příjmu.

Největší část Američanů spadá pod zisková pojišťovací společnosti, menší pod non-profitní pojišťovny, část se sdružuje ve zvláštních, v Evropě neznámých družstvech, která tvoří společně klienti, lékaři, ambulance a nemocnice. Klienti platí měsíční poplatek, za nějž je v případě potřeby jim a jejich rodinám poskytována potřebná péče. Některá velká podniky a koncerny vytvářejí svá vlastní podnikově pojišťovny. Američana platí necelou čtvrtinu nákladů na zdravotnictví přímo "z ruky".

Páče o nemocná je v USA podnikáním jako každá jiná. Ziskem je buď platba přímá od pacienta, nebo náhrada nákladů pojišťovnou. Otevírání soukromých praxí či zakládání nemocnic není státem nijak dirigováno, pokud zřizovatel splňuje základní obecné požadavky.

Centrálním článkem zdravotnického systému v USA je lékař se soukromou praxí (family doctor). V terénní praxi je drtivá většina ordinací soukromých, často se slučujících v malá centra se společnou diagnostickou složkou. Praktických lékařů je zejména v městských průmyslových oblastech poměrně málo, pacienti často chodí přímo k odborníkům. Těch je dostatek, neboť být odborníkem je finančně výhodnější.

Ani zavedení oboru "rodinný lékař" (family practice) na fakultách i v postgraduálním studiu nevedlo k přílišnému zlepšení situace. V poslední době se objevují různé návrhy, které by vedly k možnosti určitého přerozdělení výdělků lékařů omezením extrémních příjmů některých specialistů a favorizováním primární péče.

Nemocnice jsou pod správou měst, různých spolků, akciových společností, a to jak soukromé, tak i státní.

Na území USA je více jak 7 tisíc nemocnic, z nichž více než 30% má komerční charakter. Ve státních nemocnicích jsou léčeni v podstatě bezplatně státní zaměstnanci, vojenští vysloužilci, invalidé, nemocní TBC a psychicky nemocní. Některé soukromé nemocnice nejsou založeny na ziskovosti, ale jde většinou o zařízení vydržovaná dobročinnými organizacemi, mecenáši, v nichž se poskytuje základní pomoc nezámožným vrstvám obyvatelstva.

Kdo je pojištěn a jak. Přibližně tři čtvrtiny obyvatelstva v USA jsou pojištěny u soukromých zdravotnických pojišťoven (z toho asi 80% prostřednictvím zaměstnavatele). Soukromých zdravotnických pojišťoven je přes 1000 a tyto pojišťovací společnosti používají tradičního pojišťovacího modelu, tj. náhradu za škodu. Pacient tedy dostává velkorysou úhradu nákladů hospitalizace, ale preventivní péče je na tom podstatně hůře.

V posledních letech vznikla řada organizací pro podporu a udržování zdraví, které spojují financování a poskytování lékařské péče a kladou důraz na preventivní péči.

Kdo není pojištěn a proč. Odhaduje se, že 35 milionů obyvatel (144 celkové populace) nemá žádné zdravotní pojištění. Jsou to zhruba následující tři skupiny:

1. Chudí nebo téměř chudí. V r. 1990 tvořili třetinu nepojištěných osob členové rodin s příjmy nižšími než je hranice chudoby (13.254 US dolarů na 4 členou rodinu ročně) a 2/3 tvořily rodiny, jejichž příjmy byly dvojnásobně nižší, než je hranice chudoby.
2. Zaměstnaní, avšak nepojištění zaměstnavatelem. V r. 1990 tvořili 90% nepojištěných dělníci (nebo jejich závislí rodinní příslušníci). Většina jich pracuje u malých firem, které se brání pojišťování dělníků s odůvodněním, že příliš vysoké náklady na jednoho dělníka neodpovídají úrovni služeb poskytovaných zdravotními pojišťovnami.

3. Mladí lidé do 25 let. V r. 1990 bylo 43% nepojištěných osob mladších 25 let. Mnoho nepojištěných mladých jedinců byly ještě děti. Také jim se poskytuje lékařská péče, ale většinou jde o nákladnou péči při úrazech nebo náhlých příhodách a i nikoli péče preventivní.

V USA jsou realizovány dva státní programy péče o zdraví.

- MEDICARE - který se týká lidí starších 65 let
- MEDICAID - který se týká zdravotního zabezpečení chudých lidí, kteří mají menší příjem na osobu než 7 141 US dolarů ročně. Z fondů těchto programů se financuje ambulantní i nemocniční lékařská péče obyvatelům, na které se tyto programy vztahují. Týkají se cca 20% obyvatel USA a je na ně vynakládáno přes 90% státních výdajů na zdravotnictví. Staří i chudí obyvatelé však i tak musí část nákladů na léčení poskytovaného z titulu těchto programů uhradit. I přes zavedení těchto programů nemá zhruba 30 milionů obyvatel USA zajištěnou adekvátní zdravotní péči, což se týká zejména barevného obyvatelstva.

MEDICARE

Prvním systémem veřejného pojištění je systém MEDICARE, kdy se jedná o vládou financované nemocenské pojištění pro osoby starší 65 let a postižené občany. Ve věku nad 65 let se ale i tak někteří občané - 684 - připojišťuje ještě soukromě, 23% je pojištěno jen v programu MEDICARE.

V oblasti zdravotního pojištění, určeného pro tyto obyvatele existují podle zákona USA dva oddělené, ale koordinované programy zdravotního pojištění: Povinný program nemocničního pojištění (Hospital Insurance - HI), který je součástí programu MEDICARE a dobrovolný program doplňkového zdravotního pojištění (Supplementary Medical Insurance - SMI). Od r. 1972 je program rozšířen na určité těžce postižené občany mladší 65 let a osoby trpící chorobou ledvin. V rámci

HI programu jsou placeny všechny nemocniční služby, které nemocnice obvykle poskytuje svým pacientům, a to prvních 60 dnů v dávkovém období. Dalších 30 dnů se pacient spolupodílí na hospitalizačních nákladech.

SMI - je součástí MEDICARE a funguje na bázi dobrovolně placeného měsíčního pojištění (měsíčně v r. 1994 41 US dolarů) a každoročně se výše tohoto pojistného přizpůsobuje. Program SMI zahrnuje v podstatě všechny lékařské, ošetrovatelské, laboratorní a rehabilitační služby. Financován je prostřednictvím Federálního svěřeneckého fondu doplňkového zdravotního pojištění, do kterého se ukládá pojištění placené federální vládou ze všeobecných příjmů.

MEDICAID

V r. 1965 bylo v USA zavedeno státní pojištění MEDICAID, jehož náklady hradí jednotlivé státy spolu s federální vládou. Jde o hlavní národní program poskytování zdravotnické péče a dlouhodobé péče osobám s nízkým příjmem. Je také ze všech programů největší a nejrychleji roste (počet pojištěnců vzrostl z 22,3 mil. v r. 1989 na 32,1 mil. v r. 1993). Pojištění se vztahuje na osoby, které splňují federální kritéria (jde zejména o starší osoby, slepce, invalidy, nebo neúplné rodiny s nezletilými dětmi) a zároveň přísné požadavky na příjmy a majetek, které jsou v jednotlivých státech definovány různě.

Státy mají značnou volnost při rozhodování, které skupiny obyvatel budou jejich programy pokrývat a jak budou stanoveny finanční nároky na MEDICAID. Příspěvky státům z federálních prostředků jsou vázány na zahrnutí určitých skupin obyvatel a na poskytování určitých základních služeb do programu MEDICAID.

Státy určují výši a dobu trvání hrazených služeb v rámci tohoto programu (např. počet dnů v nemocniční péči, počet návštěv u lékaře apod.) Nesmí však limitovat trvání nutné nemocniční péče poskytované

dětem mladším 6ti let. S určitými výjimkami musí státní programy umožňovat příjemcům svobodný výběr mezi poskytovateli zdravotní péče. Všeobecně je vyžadováno, aby státy zabezpečovaly srovnatelné služby všem skupinám, které mají na tento program nárok.

Platby za tyto služby se provádějí přímo poskytovatelům péče. Ti musí akceptovat výši úhrad MEDICAIDu stanovenou v jednotlivých státech (federálně je stanovena pouze horní hranice). Státy mohou uložit spoluúčast při placení za služby, některým příjemcům, kromě těhotných žen a dětí mladších 18 let. Služby v krajní nouzi a při plánování rodiny musí být vyňaty ze spoluúčasti pro všechny příjemce. Až dosud si pojištěnec mohl vybrat lékaře podle libosti - tzv. svobodná volba lékaře a MEDICAID mu pak zaplatit předložený účet za ošetření (tzv. fee-for-service). Nově se v současné době zavádí tzv. "regulovaná zdravotní péče (managed care), kdy pacient smí vyhledat pouze lékaře, který je uveden v seznamu programu MEDICAID a ten pak odpovídá nejen za své vlastní výkony, ale i za koordinaci dalších vyšetření a vyšších konzultací. Za každého pacienta (per caput) dostává paušální odměnu bez ohledu na počet a časovou či odbornou náročnost vyšetření.

3.2. Systém, který je založen na povinném či nepovinném zdravotním pojištění, např. SRN

V SRN je zdravotní péče financována zdravotními pojišťovnami, Základ sociálního pojištění, do něhož patří i zdravotní pojištění, položil v r. 1883 kancléř Otto voň Bismarck. V průběhu těchto více než 100 let nepřetržitého vývoje se systém sociálního pojištění vnitřně diferencoval a rozpracoval do detailů.

Sociální pojištění zahrnuje další tři druhy pojištění, a to důchodové, v nezaměstnanosti a úrazové. Jedním ze základních principů tržních vztahů je konkurence. V SRN je postavena na zásadě, že cena výkonů a jejich kvalita musí být na celém území stejná a prostor pro konkurenci se nachází mimo rovinu

poskytování běžných zdravotnických služeb.

Zákonné nemocenské pojištění představuje rozhodující příspěvek k sociálnímu zabezpečení obyvatelstva. V tomto nemocenském pojištění je povinně pojištěno cca 90% populace, zbylých 10% je pojištěno buď u soukromých nemocničních pojišťoven, nebo to jsou samoplátci. V nemocenském pojištění ze zákona jsou povinně pojištěni zaměstnanci, jejichž hrubá měsíční mzda je pod tzv. hranicí pro vyměření příspěvku, tzn. 5700 Dm. Tato taxa je každoročně propočítávána vždy k 1.lednu.

Povinně pojištěni jsou také všichni zaměstnanci ve výrobě, i když jejich příjem přesahuje částku 5,700 - DM. Dále jsou ze zákona povinně pojištěni všichni důchodci, vdovy a sirotci, nezaměstnaní, kteří dostávají podporu v nezaměstnanosti od Spolkového úřadu práce, dále některé skupiny studentů a tělesně postižené osoby se sníženou pracovní schopností nebo v invalidní důchodu, zemědělci a někteří umělci ve svobodném povolání.

Rodinní příslušníci jsou vždy spolupojištěni u stejné pokladny. Ti, kteří dostávají minimální sociální podporu, nejsou povinni odvádět povinně částku na zdravotní pojištění. Náklady za zdravotní pojištění této skupiny jsou hrazeny z obecních fondů pro zvláštní sociální podpory. 7% těch, kteří jsou takto pojištěni, se navíc připojišťuje u soukromých pojišťoven, aby nemuseli platit příspěvek za některé výkony, které nejsou zahrnuty do povinného pojištění.

Zákonných pojišťoven pro zdravotnictví je v SRN 1221 a jsou buď místní, podnikové, cechovní nebo tzv. náhradní. Výše příspěvků si jednotlivé pojišťovny stanovují sami. V r. 1993 činila průměrná sazba 13,4% hrubé mzdy, z čehož polovinu hradí zaměstnanec a polovinu zaměstnavatel. Pokud jde o činnost, jsou zákonné nemoc, pojišťovny vázány spolkovým právním řádem, tedy jsou pod státním dozorem, který schvaluje stanovy, výšku sazeb pojistného a vlastní rozpočet pojišťovny. Na svůj chod spotřebují asi cca 5%

prostředků získaných z pojistných příspěvků. Přitom např. 1 pracovník AOK je na 450-500 pojištěnců. Samosprávu volí pojištěnci a zaměstnavatelé - 50% + 50% - v tzv. sociálních volbách podle zásady, že miliony (pojištěnců) rozhodují nad miliardami (DM).

Do katalogu výkonů hrazených zákonnými pojišťovnami patří:

- opatření zaměřená na prevenci (zdravotní výchova, plakáty, vzdělávací relace v masmédiích, preventivní prohlídky občanů od 35 roku života ve dvouletých intervalech, péče o chrup do 12 let věku ve školních zařízeních, později ve stomatologických ordinacích, prevence dětí do 6 let);
 - včasné rozpoznání chorob a podpora zdraví;
 - stomatologické a lékařské ošetření, včetně poskytování zubních protéz;
 - obstarávání léků a ostatních léčebných prostředků, obvazového materiálu a zdravotních pomůcek;
 - nemocniční léčba, kdy ale od r. 1989 si pacient hradí 10 DM za den pobytu v nemocnici, ale nejvýše 140,- DM;
 - rehabilitace;
- pomoc nemocným, kteří nejsou schopni se o sebe postarat;
- domácí péče;
 - výkony související s mateřství a těhotenstvím;
 - výkony související s umělým oplodňováním.

Téměř všichni soukromí lékaři a stomatologové jsou smluvními lékaři nemocenských pojišťoven. Bez smlouvy se zákonnou nemocenskou pojišťovnou nemůže žádný lékař nebo stomatolog provozující soukromou praxi de lege ekonomicky existovat.

Pojištěnec si může svobodně zvolit svého pokladenského lékaře nebo stomatologa.

Kromě hrazení věcných výkonů poskytují nemocenské pojišťovny také peněžní dávky. Po vypršení 6ti týdenní lhůty, po kterou má povinnost platit nemocnému mzdu zaměstnavatel, vyplácejí nemocenské pojišťovny při pracovní neschopnosti po dobu 78 týdnů nemocenskou ve výši 80% posledního platu.

Ve zdravotnickém systému SRN vedle sebe paralelně

existují instituce státní a nestátní: oba tyto typy slouží veřejnému zájmu. Jde tedy o pluralitní systém.

Legislativní kompetence ve zdravotnictví jsou rozděleny mezi spolkový stát a spolkové země. V zájmu jednotnosti vydává spolkový stát zákony rámcové, jako např. zákon o nemocenském pojištění, spolkový statut lékařů, zákon o stomatologii, studijní řád pro všeobecné lékaře, stomatology, veterináře, lékárníky, zákon o léčivech, zákon o omamných látkách, zákon o financování nemocnic, o povinném hlášení nakažlivých chorob vyskytujících se na území SRN.

Praktické zavádění zákonů přísluší zpravidla spolkovým zemím. Úkoly zdravotnictví realizuje na úrovni státu spolkové ministerstvo zdravotnictví. Kromě toho kompetentní v otázkách rozhodování o zdravotnictví jsou spolková ministerstva práce a sociálních věcí, spolková ministerstva životního prostředí, ochrany přírody a bezpečnosti jaderných reaktorů a spolková ministerstva pro výzkum a technologii.

Zemským ministerstvům zdravotnictví přísluší obvykle provádění zákonů. V rámci své působnosti mohou však i tato ministerstva vydávat některé zákony nebo nařízení. Úkoly zdravotnictví na úrovni krajů plní státní úřady pro zdravotnictví, jež jsou podřízeny zemským úřadům.

V zákonném pojišťovnictví se již více než 100 let neprováděly žádné rozsáhlejší změny. V 80. letech se ale dostalo i německé zdravotnictví do finanční krize, a proto bylo nutné provést určitá opatření. Zákon o reformě vstoupil v platnost v r. 1989 a byl prvním krokem k větší hospodárnosti. Souběžně byla zavedena též větší finanční spoluúčast pacienta.

Příplatky od pacientů: od r. 1989 byly po dramatických diskusích zavedené příplatky na léky, které si občan sám vybere a stojí víc, než pojišťovnou hrazené léky. Dále byl zaveden poplatek 10, . Dm denně do 14. dne pobytu v nemocnici (maximálně však do 140,- DM, aby to pacienta příliš

finančně nezatížilo), příplatek v lázních opět 10,- DM na den a pobyt, 40% ceny za ošetření chrupu a náklady na dopravu do ordinace i nemocnice. Při převozu sanitkou a přepravě záchrannou službou se paušálně připlácí 40,- Dm.

S výjimkou očních optiků, kteří jako jediní nelékaři mohou předepisovat na účet pojišťovny zdravotní pomůcku (ale první oční vyšetření musí provést lékař), všechny léky a ostatní zdravotnická pomůcky předepisuje lékař. Zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy i s jinými profesionálními zdravotnickými pracovníky - nelékaři, kteří pracují, ambulantním způsobem. Jde hlavně o maséry, lázeňské, cvičitele léčebného tělocviku, logopedy a ergo-terapeuty.

Úrazové pojištění platí celé zaměstnavatel a neprochází skrze zdravotní pojišťovny. Je vybudované na principu solidarity bohatých a zdravých s chudými a nemocnými.

Soukromá nemocenské pojištění v SRN. V soukromé nemocenské pojišťovně se mohou zcela nebo částečně pojistit soukromě osoby a zaměstnanci s příjmem nad hranicí pro vyměření příspěvků. Činnost těchto soukromých pojišťoven je obdobná jako činnost zákonných nemocenských pojišťoven. Pojištěnec zaplatí podle zásady úhrady nákladů účet sám a pojišťovna mu jej na základě smluvních podmínek refunduje.

Ambulantní péče. Ambulantní péči provádějí z největší části lékaři, kteří mají smlouvy s nemocenskými pokladnami. Nadále se prosazuje trend specializace, a proto je v současné době už jen 40% praktických lékařů. Protože se počet samostatných lékařských praxí neustále zvyšoval, byla od 1.1.93 zavedena tzv. kritéria pokrytí léčebné péče. Podle nich se lékař už nemůže usadit jako pokladenský lékař v oblasti, kde je lékařská péče plně pokryta.

V posledních letech se výrazně změnila též forma praxí lékařů. Vedle tradiční praxe provozované jedním lékařem existují různé formy kooperace lékařů. Pod

souhrnným názvem "skupinová praxe" se vyskytuje: kolektivní praxe - dva nebo více lékařů tvoří dohromady hospodářskou, resp. profesionální jednotku. Své výkony vyúčtovávají společně. Sdružená praxe - samostatné lékařské praxe, kdy lékaři užívají společných prostorů, avšak výkony si účtuje každý sám. Kolektivní používání přístrojů - několik

lékářů používá společně diagnostické a terapeutická přístroje. Nemocniční páče v SRN. Každý zákonně pojištěný nemocný má nárok na léčbu v nemocnici v případě, že to jeho choroba vyžaduje, nebo že terapeutického cíle nemůže být dosaženo ambulantní péčí. ' Nemocnice jsou ze 60% veřejné (městské, krajské, zemské), z 35% v užívání různých charitativních organizací (Německý červený kříž, církve apod.) a z 5% soukromé. Financovány jsou podle duálního principu: investiční náklady hradí stát, běžné provozní náklady jsou kryty z úhrad nemocenských pokladen. I zde v posledních letech dochází k reorganizacím, týkajících se zejména financování. Od 1.1.1996 např. hrazení lékařské péče formou paušálů podle jednotlivých případů, za každého pacienta bude zaplacená pevná částka.

Místní nemocnice jsou povinny zajistit jako základní péči chirurgii a internu. Navíc mohou provozovat např. gynekologii a porodnictví, ovšem až po schválení grémiem. Bez jejich souhlasu nesmí nemocnice nabízet žádnou činnost navíc.

Nemocnice vyššího typu povinně zabezpečují širší spektra služeb, ale až po ověření místních potřeb. Pro některé činnosti (např. ORL, oční, urologie, ortopedie) si nemocnice najímá pouze na částečný úvazek privátní lékaře. Pacient smí být hospitalizován pouze na doporučení ambulantního lékaře.

Nemocnice nejvyššího typu s finančně nejnáročnějším provozem mají zaměstnance zpravidla na plný pracovní úvazek. Některé odbornosti se koncentrují pouze v nich (neurochirurgie, kardiochirurgie). V univerzitních nemocnicích hradí

pojišťovny pouze provoz související s poskytováním zdravotní péče. Výzkum a výuka stejně jako platy zaměstnanců pro tyto dvě oblasti jsou financovány ze státního rozpočtu.

Svaz pokladenských lékařů. Jako reakce na převažující vliv pokladen na objem a možnosti při poskytování zdravotní péče se lékaři začali organizovat do národních svazů. Nejdůležitější jsou Svazy pokladenských lékařů, neboli Svazy lékařů pojišťoven. Ty jménem svých členů, lékařů, vyjednávají s pokladnami o tarifech (ceníku výkonů) a od nedávna také o rozpočtech a o povoleném počtu určitých zákroků. Výsledkem takových jednání jsou tzv. globální smlouvy.

Svaz pokladenských lékařů (dále SPL) nevykonávají pouze veřejně správní funkci, ale starají se zejména o finanční a ekonomické zájmy lékařů a fungují jako jejich společná administrativní ústředna. Pokladenští lékaři tak nemusí jednotlivě posílat své faktury k vyplacení různým pokladnám, u kterých jsou jejich pacienti pojištěni. Protože v SRN existuje příliš velký počet zdravotních pojišťoven, znamenalo by to pro lékaře neúnosné zatížení v administrativě. Účty za ošetření poskytnuté pacientům lékař pošle příslušnému regionálními SPL, který zašle celkový účet k proplacení příslušné pokladně. Ta zaplatí úhradu nejprve administrativnímu oddělení SPL, od které dostává lékař kvartálně vyplacenou úhradu za provedené výkony. Sami lékaři hradí cca 1% SPL za jejich služby.

Filozofie současnosti. Ve zdravotnictví nebude nadále placeno to, co by bylo žádoucí, ale pouze to, co je nezbytné a obecně platí, že vše, co lze řešit ambulantně, nepatří do nemocnice.

Společnost nemívá chuť být stoprocentně solidární s každým občanem. Historický vývoj a další faktory jsou příčinou rozdílných sazeb pojistného u jednotlivých pojišťoven. Přerozdělování tyto rozdíly do jisté míry smazává. Pojištěnec každý měsíc platí do zvláštního fondu zálohové příspěvky a na konci roku

probíhá jejich konečné zúčtování. Až dosud se přerozdělování zaměřovalo na vyrovnání finanční zátěže pojištěven s větším počtem starších, invalidních či nezaměstnaných klientů, rovněž se přihlíží k pohlaví (ženy jsou dražší).

3.3. Systém, ve němž rozhodující podíl na zdravotní péči hradí stát ze svého rozpočtu, např. Velká Británie

Velká Británie je první kapitalistická země, ve které byl zaveden státní systém zabezpečení zdravotní péče, a to od r. 1948 labour party. Národní zdravotnictví je ve Velké Británii pro obyvatelstvo snad nejdůležitější sférou s spolu se školstvím zaujímá přední místo v politice. Jakákoliv snaha provádět v něm nějaké podstatnější změny vyvolává ostré protesty. Proto vláda ve VB, a to ani za předsednictví M. Thatcherové neměla dosud dostatek politické odvahy k tomu, aby radikálně změnila systém poskytování zdravotní péče a privatizovat národní zdravotnictví tak, jak se to děje v naší republice.

Systém zahrnuje poskytování bezplatné zdravotní péče ambulantní i lůžkové. Vedle tohoto systému však zde existují i soukromá zdravotnická zařízení a soukromé zdravotnické pojišťovny a pojištění. Z HDP VB vydala v r. 1990 cca 6,1 %.

Ambulantní péče. Ambulantní lékaři ordinují v soukromých ordinacích, hrazení je per caput. Takže za jednoho registrovaného pacienta obdrží poplatek od státu ve výši od 2,15 do 3,15 liber. Průměrný počet registrovaných pacientů se pohybuje kolem 2000. V systému je uplatněn s určitým omezením princip volného výběru ošetřujícího lékaře pacientem, rovněž lékař má možnost léčbu pacienta odmítnout, neregistrovat ho mezi své pacienty. Lékaři všeobecné praxe dostávají k základní sazbě za registrované pacienty různé druhy příplatků, takže průměrný čistý příjem lékaře se pohybuje kole 25 000 liber za rok. Ambulantní a nemocniční lékaři mohou za určitých podmínek vykonávat vedle služeb pro Národní zdravotnickou službu (dále

NZS) také soukromou praxi.

Nemocniční páče ve Velká Británii. Nemocnice jsou z 90% státní, z 10% soukromé. Bolavým místem NZS jsou právě nemocnice, které jsou nejen staré, ale jejich technický stav je velice špatný. Zároveň jsou v nemocnicích velice nízké platy středních zdravotnických pracovníků.

V polovině 80. let se nZS v důsledku politiky vlády zaměřené na omezování sociálních výdajů dostala do finančních potíží, které mají vliv na úroveň státem poskytované zdravotní péče. Značně se prodloužily čekací doby na provedení neurgentních operací, zhoršila se péče o některé kategorie nemocných. Z tohoto důvodu proto také vzrostla poptávka po soukromě poskytovaných službách (soukromé nemocnice zajišťují v současné době 10% výkonů, péče o dlouhodobě nemocné je zajišťována ze 40% rovněž v soukromých zařízeních).

Proto v posledních letech probíhají i ve Velké Británii reformy, které se snaží zbavit zdravotnictví byrokratických struktur a umožňují mu zavést tržní mechanismus, což ale neznamená volný trh v pravém slova smyslu, ale řízený. Bylo třeba učinit opatření nezbytná k decentralizaci zdravotnictví a řídit jej prostřednictvím tržního mechanismu tak, aby mohlo být kontrolováno hodnotově.

Zdravotnické instituce jsou samosprávnými organizacemi dotovanými státem, s výraznou statutární autonomií a oproštěním se od nadměrných kontrol ze strany vlády a působící v rámci nově vytvořeného vnitřního trhu simulujícího konkurenci. Léčebná péče je v okamžiku poskytnutí oceněna body a pacienti ji zaplatí konkurenceschopném tržním prostředí prostřednictvím systému "zákazník"; tento systém funguje v mnohém jako naše pojištění*

Nemocnice jsou nadále v rezortu národního zdravotnictví, ale mají větší odpovědnost za vlastní záležitosti, mají zisky ze služeb, které poskytují a v důsledku toho stimul získávat

pacienty.

Velké ordinace rodinných lékařů se mohou ucházet o vlastní rozpočet u vybrané nemocnice, aby od ní získaly určitý rozsah služeb.

Tzv. vnitřní trh vznikl tak, že tradiční struktura NZS byla rozdělena na dvě složky, a to na "zákazníky" (kdo potřebuje zdravotní péči) a na "dodavatele" (kdo poskytuje). Systém funguje tak, že "zákazník" uplatní požadavky u "dodavatele" (nemocnic), aby poskytly určitý rozsah služeb konkrétnímu počtu obyvatel jejich obvodu. Objem aktivit, normy kvality a ceny se projednávají a schvalují každý rok. Potom se podepíše smlouva a "dodavatelé" získávají objem finančních prostředků na základě zmíněných smluv a vypracovávají programy plánovaných služeb tak, aby jejich rozsah odpovídal smluvenému finančnímu objemu.

"Zákazník" je druh instituce (u nás jako pojišťovny). Sdružením zákazníků se nazývají obvodní zdravotní referáty, což jsou samostatné právnické osoby, působící v rámci jednoznačně vymezených geografických regionů, jež se kryjí se sférou působnosti jednoho nebo několika územně správních orgánů. Nesou odpovědnost za zdraví občanů bydlících v příslušném regionu a hradí zdravotní péči poskytovanou občanům všude, kde si ji pacienti vyžádají, za určitých okolností i mimo jejich obvod.

N a celkový roční rozpočet zdravotnických zařízení poskytuje stát, prostřednictvím ministerstva zdravotnictví, daněprostou dotací podle počtu obyvatel. Přitom se bere v úvahu sociální deprivace a epidemiologické a jiné faktory. Poté ministerstvo tyto prostředky rozdělí obvodním zdravotním referátům podle počtu obyvatel v tom kterém obvodu. Referáty pak financují svým občanům služby od "dodavatelů".

"Dodavatelé" jsou nemocnice bez zřetele na velikost nebo druh poskytované zdravotní péče. Poskytují určitý rozsah služeb, jsou neziskové a spolupracují navzájem na smluvní bázi. Financovány jsou "zákazníky".

Nemocnice mohou také získat status samosprávné organizace, jako samostatné právnické osoby. V tomto případě se nazývají "Nemocniční svěřenectví" (NHS Hospital Trusts). Důvodem pro vznik takovéto samosprávy byl fakt, že pro nemocnice i ostatní zdravotnická zařízení je velice výhodné, jestliže v nich působí lékaři, ošetřující personál a manažeři, kteří jsou dopodrobna seznámeni s potřebami místního obyvatelstva. Ukončení přechodu na tento systém se předpokládal v r. 1995. Nemocniční společnost tohoto typu (zřejmě jde o jakousi formu akreditace) má ze zákona určité pravomoce, např. získávat a vlastnit finanční prostředky, disponovat jimi, ponechávat si přebytky, -vytvářet rezervy, mít vlastní zaměstnance, stanovovat jim platy a pracovní podmínky. Primární péče. Jejich ordinace tvoří jakousi "předsíň pro nemocnice a ordinace odborných lékařů. Kromě neodkladných náhlých případů nemocnice nepřijmou pacienta, nemá-li doporučení od praktického lékaře.

Praktičtí lékaři jsou nezávislí kontrahenti a pečují o zdraví asi 2000 pacientů v průměru. Jsou placeni podle počtu pacientů, které ošetřují a k tomu dostávají příplatky za zvláštní služby, jako např. očkování nebo návštěvy u pacienta v noci.

Nepatří do skupiny "zákazníků" ani "dodavatelů". Sami se však řadí mezi zařízení zákaznická, jež jim také platí za vykázané body.

V současné době jsou praktičtí lékaři stále více zapojovány do primární péče, takže na nich vlastně spočívá tíha veškeré lékařské péče o danou komunitu, včetně péče o pacienty v domácnostech a sociálních služeb souvisejících se zdravím.

Reformy NZS v posledních letech umožnily - jako zásadní novinku - to, že praktičtí lékaři, pokud chtějí, mohou získat vlastní rozpočet u vybrané nemocnice a kupovat si v jeho rámci ošetření svých pacientů přímo, místo prostřednictvím "zákazníků". Mohou tak uzavírat velmi výhodné smlouvy, jak pokud jde o ceny, tak pokud jde o pohotovost poskytovaných

služeb. Protože se tato možnost osvědčila, počet praktických lékařů s vlastním rozpočtem vzrůstá. Částka z rozpočtu, která se nevyužije nepropadá, ale vrací se zpět do provozu ordinace.

Uvedené struktury jsou navzájem propojeny a dohromady tvoří NZS. V poslední instanci je celé národní zdravotnictví odpovědno parlamentu a za jeho fungování odpovídá ministr zdravotnictví.

Na ministerstvu byla oddělena tradiční koncepční činnost od činnosti operativní. Ministr zřídil samostatnou řídicí exekutivu, do značné míry oddělenou od operativního řízení zdravotnictví. Tato exekutiva řídí zhruba 100 "zákaznických" referátů a 600 nemocničních trustů. Tyto instituce však de facto žádné řízení nepotřebují, jsou to samosprávné orgány fungující v rámci zákona a vládních směrnic a priorit. Kromě ministerstva existovaly ještě regionální zdravotní správy. Ty však byly v zájmu autonomie trustů a "zákaznických" zdravotních referátů zrušeny. Zrušena byla také síť rodinných zdravotních referátů, které se staraly o platby rodinným lékařům; ty se staly součástí obvodních zdravotních referátů. Celá organizace je následkem toho "štíhlejší" a operativnější.

Díky informační technologii mohou být statistické a účetní údaje poskytovány současně nemocnicím, zdravotním referátům a ministerstvu, takže všichni jsou průběžně informováni.

Shrneme-li klíčové body reformy zdravotnictví ve Velké Británii, jsou to:

- státem kontrolované struktury byly nahrazeny formami tržního mechanismu, v jehož rámci působí "dodavatelé" zdravotní péče jako podnikatelé na bázi konkurence;
- vytvořili vnitřní trh, na němž jsou od sebe oddělení ti, kdo zdravotní péči objednávají a ti, kdo ji poskytují;

vytvořili samosprávné entity, které nejsou řízeny žádným byrokratickým aparátem;

- zavedli systém celkového řízení zaměřeného na účinnost a finanční ohodnocování, přičemž si zachovávají lidskou tvář před veřejností;
- položili důraz na prevenci onemocnění a na citlivý přístup vůči klientům.

Na zhodnocení výsledků této reformy je zatím ještě brzy, ale vláda tvrdí, že to byl obrovský úspěch. NZS funguje mnohem efektivněji, na menším počtu lůžek je ošetřován větší počet pacientů. Zdravotnictví reaguje citlivěji na potřeby pacientů. Byly sníženy náklady. Prevence onemocnění se dostala na první místo.

Opozice tvrdí, že zdraví populace bylo zkomercializováno. Byl prý vytvořen dvouvrstevný systém, čímž jsou míněni hlavně praktičtí lékaři jako podílníci. Náklady na řízení se prý zvýšily, apod. Je však nutně přiznat, že na komplexní hodnocení je ještě příliš brzy. Celkový efekt reformy se ještě nemohl v plné míře projevit, avšak tím, že se v NZS přešlo na tržní mechanismus, "může se v příštích letech stát ziskovou".

4. Systém zdravotnické péče v České republice

V naší bývalé republice existoval systém, kdy stát vzal na sebe formálně veškerou odpovědnost za péči o zdraví lidu, ovšem v jiném pojetí než např. ve Velké Británii. Tomuto pojetí pak podřídil i organizaci všech zdravotnických zařízení, všech prvků hierarchicky strukturované soustavy. Právě tím se však proklamovaný zájem státu o zdraví dostával čím dál více do zásadních rozporů s jinými zájmy, které stát také pojal do své role globálního vlastníka i dirigenta veškeré sociální a hospodářské oblasti. Tím však ve skutečnosti vytlačil řešení otázek péče o zdraví do rezortní izolace, v jejímž funkčním i kompetenčním prostoru se stávaly v konfrontaci s jinými, především ekonomickými zájmy, otázkami zcela podružnými a v rámci samotného zdravotnictví zcela nesplnitelnými. Vzájemné rozpory těchto různých zájmů pramenily zejména z toho, že extenzivně koncipovaná a neproduktivní socialistická ekonomika živořila na úkor ekologie, na úkor všech odvětví rozvoje člověka, na úkor jeho zdraví.

Projevem tohoto paternalistického vztahu k péči o zdraví bylo také potlačení vlastního zájmu a aktivní participace občanů na účinné ochraně a rozvoji jejich zdraví. Zdravotní péče se stala pouhou součástí přidělového systému, v němž zájem jednotlivce se převážně omezoval na snahy střežit a využít pokud možno vše, na co mohl mít v rámci tohoto systému nárok.

Skutečný zájem státu za těchto okolností byl zredukován na údržbu pracovní síly k uchování chodu stávající ekonomiky.

Tím také došlo k hlubokým deformacím ve vzájemném vztahu zdravotníků a pacientů s velmi negativními důsledky odbornými i etickými. Nezainteresovaný občan byl vmanipulován do pasivní úlohy odběratele zdravotní služeb, které mu bylo povinno státní zdravotnictví "dodat". Oba partneři tak byli uvedeni do pozice subjektů, vzájemně stojících proti sobě.

Měl také zahladit nejistoty, nemluvit o nedostacích a setřit citlivost k nespravedlnosti, o které ostatně v konkrétních podobách věděl jen ten z nás, koho se týkala.

4.1. Fáze transformace zdravotnictví a filozofie změn

Vrátíme-li se k počátkům poválečného období, bezprostředním cílem poválečně zdravotní politiky byly tyto hlavní úkoly:

- vyrovnat se co nejrychleji s důsledky války, doplnit počty zdravotníků, především lékařů a obnovit narušenou síť zdravotnických zařízení, zejména v pohraničních oblastech;
- podstatně snížit výskyt infekčních chorob, hlavně TBC, břišního tyfu, pohlavních nákaz a dětských přenosných onemocnění.

Během krátkého období se tehdy podařilo potlačit mnoho infekční choroby, které až do té doby byly nejčastější příčinou nemoci a úmrtnosti natolik, že podstatně poklesla celková, kojenecká a dětská mortalita, prodloužila se střední očekávaná délka života a došlo ke zlepšení i v jiných zásadních ukazatelích zdravotního stavu obyvatelstva. V důsledku toho figurovala Československá republika na přelomu 50. let a 60.let na čelném místě Evropy i světa.

Mezi tím se v naší zemi udaly změny, které podstatně ovlivnily nejen politickou, ale i sociální, hospodářskou i zdravotní situaci. Spolu s utužením totalitního společenského systému byla razantně zestátněna veškerá ekonomika a podřízena centrálně dirigovanému plánu.

V téže době počaly znatelně převažovat v konfiguraci zdravotního stavu obyvatel multifaktoriálně podmíněné neinfekční chronické choroby a jejich vzestup postupně paralyzoval předchozí příznivé tendence ve všech podstatných ukazatelích zdraví.

Tyto paralelně probíhající procesy byly prokazatelné i v jiných státech s jiným

společenským zřízením. Ovšem právě tato významná změna v tendencích vývoje a utváření zdravotního stavu obyvatelstva vyžadovala adekvátní odezvu v politické sféře i v celkovém socioekonomickém prostředí.

Namísto zvýšeného zájmu o zhoršující se zdraví obyvatelstva a místo následné adekvátní snahy o vytvoření patřičné zdravotní politiky (jako např. v západoevropských zemích) se právě naopak exponovala tehdejší politická reprezentace v tlumení jakýchkoliv demokratických svobod a iniciativ, v zastírání skutečných zájmů a potřeb lidí, v potlačování jejich aktivní participace na prevenci chorob a v utajování pravdivých informací o nepříznivém vývoji zdravotního stavu populace.

Dalším charakteristickým znakem tohoto období byla naprostá neschopnost direktivně řízené neefektivní ekonomiky jakkoliv pozitivně reagovat na prohlubující se ekologický rozvrat i na jiná jevy, promítající se do lidského zdraví.

V době, kdy již bylo zcela zjevná, že vzestupnému trendu, tzv. civilizačních nemocí nelze čelit a odolávat jen v mezích působnosti samotného zdravotnictví, byla starost o zdraví zcela přesunuta na tento resort, jenž byl navíc "provozován" odosobněným přidělovým systémem ze zbytkové nákladové položky státního rozpočtu. V tomto politickém systému nebylo možné uskutečňovat adekvátní zdravotní politiku, která by byla schopna reagovat na potřeby, pramenící z tehdejšího vývoje zdravotního stavu populace.

Z těchto poznatků a jejich souvislostí tedy vyplývá, že ať jsou již všechny okolnosti, jakkoliv náhodné nebo jakkoliv přirozené či zákonité, vývoj zdravotního stavu prokázal velmi zřetelně, že společnost, která spočívá na nedemokratickém a direktivně řízené ekonomice, byla schopna dosáhnout na určitém stupni medicínského poznání jistého úspěchu v potlačování některých onemocnění a jejichž

povaha a biologická podstata byla postižitelná převážně specifickými zdravotnickými prostředky a metodami. Tak tomu bylo u nás v případě infekčního onemocnění v poválečných letech.

Avšak tento typ společnosti nebyl již schopen dosáhnout žádného zřetelného pozitivního výsledku u těch nemocí, jejichž vznik a průběh - a tudíž i možnosti jejich prevence i efektivní terapie - jsou prioritně svázány s mnohostranným vzájemným vztahem člověka a jeho prostředí, s jeho psychosociálním klimatem, s jeho chováním a způsobem života, s jeho vůlí i možnostmi aktivně se podílet ve vlastním zájmu na ochraně a podpoře svého zdraví a jeho potenciálu.

Podobný závěr byl objektivně potvrzen minulým vývojem zdravotního stavu populace nejen v našem státě, ale také ve všech ostatních zemích tzv. socialistického společenství, kde byly tendence tohoto vývoje zcela obdobné. Toto tvrzení lze demonstrovat pomocí oficiálních údajů WHO.

Po listopadu 1989 vyvstal před zdravotnictvím a zdravotníky náročný úkol jeho zásadní přeměny odpovídající podmínkám a potřebám nově se rodícího demokratického státu.

České zdravotnictví však nebylo pro zvládnutí nově vzniklé situace připraveno. Chyběla mu potřebná kvalifikovaná výbava znalostí pro tvorbu této nové zdravotní politiky. Nikoliv proto, že by zdravotničtí pracovníci byli neschopni nebo nevzdělaní. Zaostávání jednotlivých oborů bylo vesměs způsobeno jinými okolnostmi, a to nedokonalým technickým vybavením, minimálními možnostmi potřebných zahraničních kontaktů a zkušeností.

Zdravotnictví postrádalo teoretické, praktické i personální zázemí právě v těch svých disciplínách, jejichž úkolem je studovat vztahy mezi sociálně ekonomickými procesy a vývojem obrazu zdraví populace a fundovaně zkoumat i aktivně tvořit základní přístupy k jejich pozitivnímu ovlivnění, včetně funkční i organizační optimalizace zdravotnického

systemu.

Přes tyto všechny skutečnosti bylo potřeba vypracovat podklady pro novou zdravotní politiku.
I. fáze - Přípravě návrhu reformy zdravotní péče (1989-1990)

V r. 1989 vznikla iniciativní skupina pro reformu zdravotní péče (SKUPR), která se pokusila zvládnout tuto významnou úlohu. Tato skupina zpracovala analýzu minulé doby a identifikaci jednotlivých problémů a jejich možné řešení. V názorové paletě se odrážela snaha prosadit do péče o zdraví volnou hru tržních vztahů a maximálně eliminovat vliv státu na oblast péče o zdraví. Výsledkem těchto snah bylo zpracování tzv. "Žluté knihy", která byla publikována v květnu 1990. Již tehdy se však ukázalo, že skutečné řešení celé oblasti péče o zdraví nemůže spočívat pouze v reformě dosavadního zdravotnictví, ale bude nutné celou soustavu zásadně změnit a přebudovat na jiných principech.

II. fáze - Zásady nového systému zdravotní péče (1990 prosinec)

Předcházející dokument z května 1990 byl dále dopracován a v prosinci 1990 byl vládou přijat jako zásadní vodítko všech dalších návrhů i praktických opatření. Díky přijetí tohoto dokumentu uspíšilo vznik VZP již koncem roku/1991. Zásady nového systému zdravotní péče vytyčují třináct zásadních principů pro výstavbu nového zdravotnictví.

Nový systém zdravotní péče v ČR (projednán a schválen vládou dne 12.12.1990)

Nový systém zdrav. péče je rozpracován do 13 základních zásad:

1. Nový systém zdrav. péče bude součástí celospolečenská strategie obnovy a podpory zdraví.
2. Výhodiskem rozvoje péče o zdraví se stane svobodná jednání informovaného občana a občanského společenství.
3. Stát zaručí občanům poskytování přiměřené zdrav. péče.

4. Tvorba, provádění a kontrola zdrav. politiky bude demonopolizována a vytvoří se konkurenční poměry ve zdrav, službách.
5. Obec bude realizovat zásady zdrav. politiky ve svém území.
6. Občan bude mít právo na svobodnou volbu lékaře a zdrav, zařízení.
7. Monopolní postavení státního zdrav, bude odstraněno, Převládající formou zdrav, péče se stane veřejné zdravotnictví.
8. Základním prvkem veřej, zdrav, bude samostatná zdrav, zařízení.
9. Subsystémy zdrav, péče (podpora zdraví a výchova ke zdraví, preventivní péče, léčebná péče, rehabilitace) musí být dotvořeny a provázány, protože společně ovlivňují zdrav, stav občanů.
10. Těžištěm léčebné péče bude péče ambulantní, zejména primární zdravotní péče.
11. Zdravotnictví bude čerpat finanční prostředky z různých zdrojů (prostředky ze státního rozpočtu, prostředky z obcí, podniků, obyvatel).
12. Povinné zdrav, pojištění bude nedílnou součástí nového systému zdrav, péče a podmínkou jeho fungování.
13. Nový informační systém zdrav, péče bude nutným předpokladem naplnění státních záruk ve zdrav. péči a jejího rozvoje.

Dané zásady lze shrnout do tří globálních, vzájemně se podmiňujících cílů, k nimž by měla transformace zdravotnictví směřovat, a to:

- k demokracii, humanizaci a zvýšení kvality poskytované péče,
- k nalezení potřebných finančních zdrojů a způsobů jejich efektivního využívání,
- k odstranění pauperizace zdravotnických pracovníků a k žádoucímu pozvednutí jejich odborné a společenské prestiže.

III. fáze - První realizační kroky (leden 1991-červen 1992)

I v r. 1991 pokračoval proces demonopolizace a decentralizace zdravotnických služeb. V této fázi zanikly Okresní ústavy národního zdraví, které představovaly základní článek centralizované zdravotnické soustavy. Zároveň byla přijata řada

významných zákonů, které vytvořily právní rámec vzniku profesionálních organizací pracovníků ve zdravotnictví (zákon 220/91 Sb., novela 20/66 Sb., 550/91 Sb., 551/91 Sb. apod.). V této době se diskutovalo o odstátnění zdravotnických zařízení a o privatizaci výkonu činnosti ve zdravotnictví.

Na konci roku byla ustavena VZP, kterou v r. 1992 doplnily pojišťovny další. Začaly vznikat první nestátní zdravotnická zařízení.

Česká vláda přijala svým usnesením č. 247 z 22.7.1991 Národní program obnovy, a podpory zdraví a v návaznosti usnesením č. 273 z 15.4.1992 pak Projekt střednědobě strategie obnovy a podpory zdraví.

IV. fáze - Pokračování realizačních kroků (červenec 1992 -prosinec 1993)

V této fázi byl kladen důraz zejména na privatizaci zdravotnických zařízení jako na hlavní nástroj reformy zdravotní péče.

Problémy, které se s první vlnou privatizace zdrav. zařízení objevily, vyvolaly však potřebu konceptnějšího přístupu a řešení. V současné době, viz vystoupení premiéra V.Klause v ČNTV dne 3.4.1996 ve zpravodajské relaci se dostala privatizace do nehybné polohy, která bude pravděpodobně řešena až po nových volbách. Ne všechno a ne vždy se dá ve zdravotnictví zprivatizovat.

Transformace zdravotnictví jak je dnes zřejmé a viditelné, má svá úskalí a ani časté výměny ministrů nedosahují stávající problémy nevyřeší Velká nedorozumění jsou způsobena tím, že je nedostatečný prostor pro diskusi a navíc v diskusi se nekriticky přebírají vzory, postupy a teorie aplikované všude jinde, než ve zdravotnictví. Je třeba si uvědomit, že péče o zdraví není jen záležitostí jedince, ani záležitostí státu, resp. veřejné správy. Je třeba počítat s tím, že v odpovědnosti za zdraví je třeba hledat rovnováhu mezi rolí občanů a státu. Rovněž tak soustava zdravotní péče musí být kombinovaná jak s tzv. tržními prvky, tak i se státní regulací (jak je

tomu i v ostatních státech světa) s tím, že oba prvky mají adekvátně reagovat na změny potřeb uživatelů-klientů a nebyt přitom v rozporu s klasickými funkčními prvky-kritérii, jako je dostupnost, kvalita a efektivnost poskytované zdravotní péče. Financování zdravotní péče je dalším úskalí v transformaci. Fixní rozpočet z centralizované soustavy řízení zdravotnictví je sice kontrolovatelný, nicméně za cenu omezování kvantity a kvality zdravotní péče. Naproti tomu platby za výkon jsou způsobem, který není schopen omezit riziko neopodstatněného nárůstu nákladů.

4.2. Charakteristika současného zdravotnického systému v ČR

Nový systém poskytování zdravotní péče v ČR je založen na principu subsidiarity (podpůrnosti), což znamená, že stát zajistí pro své občany tu část zdraví, kterou nemůže svobodný a informovaný občan zajistit efektivněji sám.

Vyjádření zájmu státu na zdravotním stavu obyvatelstva a na jeho ovlivnění je výchozím zdrojem určité zdravotní politiky, která má opravdu být "politikou pro/zdraví".

Hlavní směry naší zdravotní politiky po r. 1992 vyústily v následující tři cíle:

1. Zlepšení zdravotního stavu populace
2. Prodloužení střední délky života
3. Zvýšení biopsychosociální kvality života.

Strategie vedoucí k naplnění stanovených cílů zahrnovala celkem 13 bodů.

Došlo ke změnám ve struktuře a řízení zdravotnictví. Na centrální úrovni řízení je reprezentována ministerstvem zdravotnictví, které je odpovědné za vytváření strategií, záměrů a koncepcí, legislativní tvorbu, koordinaci celé sítě zdrav. zařízení, kontrolu léčiv a prostředků zdrav. techniky, zdrav. školství, systém dalšího vzdělávání a pod.

Regionální úroveň reprezentují zdravotní referáty okresních úřadů, které zodpovídají zejména za naplňování cílů státní zdravotní politiky, regionální sítě zdrav. zařízení, tvorbu koncepcí rozvoje a investičního rozvoje v daném regionu, provádění registrace k poskytování zdrav. péče a zajištění zdravotní péče ve veřejném zájmu.

Struktura sítě zdrav. zařízení je tvořena sektorem veřejným, privátním, státním a obecním, církevním.

V předchozí subkapitole byly popsány jednotlivé fáze transformace zdravotnictví, které přesunuly poskytování zdravotní péče v, naší republice z jednoho systému do druhého. Nacházíme se v období, kdy centralistický model byl nahrazen modelem pluralitní zdravotní péče, která se ekonomicky, opírá o povinné, všeobecné a solidární zdravotní pojištění se svobodnou volbou lékaře. Role státního rozpočtu ve financování se velmi snížila a má pouze doplňkový charakter. Pro výběr pojistného a organizaci úhrad poskytovatelům péče byla zřízena VZP a uzákoněna možnost vzniku konkurenčních zdravotních pojišťoven.

Stanovením sazeb pojistného a určením příspěvku státu za osoby, jež nejsou výdělečně činné, byla vymezena výše základního zdroje pro zdravotní péči. Byla zahájena a v primární péči téměř dokončena privatizace zdravotnických zařízení, zaveden systém úhrad zdravotní péče na bázi vykázaných výkonů a poskytnutých ošetrovacích dnů. Zvolený způsob transformace byl iniciován a prosazován především lékaři a jejich profesními organizacemi, navzdory názorům některých tuzemských i zahraničních expertů.

V čem spočívají pozitivní důsledky znán. V ambulantní péči se zdravotnická zařízení transformovala ve velký počet ordinací soukromých lékařů, kteří se rychle přizpůsobili novým podmínkám. Zájem lékaře o pacienta se zvýšil. Diagnostické i terapeutické postupy se zkvalitnily. K tomu přispělo

rychle se zlepšující technické vybavení zdravotnických zařízení, možnost získávat nové poznatky a progresivní know-how během cest a zahraničních stáží a konferencí. Existuje téměř neomezený přístup k novým zahraničním lékům a odstranění administrativních omezení na rozsah, způsob i na náklady léčby. Spokojenost pacientů se zdravotními službami se zvýšila. I zdravotní situace obyvatel vykazuje v hlavních parametrech mírné zlepšení. Úroveň zdravotní péče, která je dostupná každému občanovi, je vyšší než před r. 1989.

V Čem spočívají negativní důsledky změn. Pokládám transformaci, zejména v prvních fázích za překotnou. Byla zrušena stará organizační struktura, aniž by se koncepčně vyřešilo, jak budou zajištěny některé nezbytné úkoly, jež tato struktura plnila. Některé kroky byly realizovány bez dostatečné analýzy možných negativních dopadů (např. vznik dalších zdravotnických zařízení) a bez dostatečné kontroly. V systému začaly vznikat tenze a rozpory, zejména mezi náklady na zdravotní péči a zdroji pro jejich úhradu. Dalším negativním projevem dle mého mínění bylo nekontrolované proniknutí farmaceutických firem na náš trh, čímž vzrostly obrovským procentem náklady na léky. Jako příklad uvedu některé francouzské přípravky, která ve své mateřské zemi jsou několikanásobně levnější než v naší republice.

Další negativní roli sehrál rozpor mezi očekávanými a skutečnými změnami v ekonomické situaci zdravotnických pracovníků, zejména ve státních a obecních zdravotnických zařízeních.

Transformace systému byla také provázena rychlým růstem výdajů. Za hlavní příčinu růstu nákladů je považován nevhodný a nedostatečně regulovaný systém úhrad za zdravotní péči, což je ale pouze částečná pravda. Nepříznivou ekonomickou situaci způsobuje kombinace různých vlivů. Na prvním místě je to asi rozšíření a z kvalitnější zdravotní péče, která je nákladná a je omezována pouze kapacitou zdravotnických zařízení.

zařízení. A tato kapacita je v porovnání s ekonomicky vyspělými státy předimenzována. K tomu přistupuje málo ekonomická chování zdrav, zařízení i zdravotnictví jako celku.

4.3. Korelace se světovými zdravotnickými systémy.

Evropská zdravotnické systémy dnes poskytují svým občanům péči na vysoká úrovni. Přesto se od sebe liší, zejména v šíři poskytovaných zdrav, služeb. Ta se řídí výší pojistného. V Evropě je poskytována podle potřeby, i když platí každý pojištění podle výše svého příjmu. V USA závisí povaha krytí péče podle výše a druhu pojištění, které si občan zaplatí.

Výdaje jsou spjaté s hrubým domácím produktem. Tyto výdaje jsou do určité míry srovnatelné s bohatstvím jednotlivých států a jsou tím významnější, čím je hrubý domácí produkt vyšší.

Ať se jedná o kteroukoliv zemi s jakýmkoliv zdrav. systémem, všude převládá sektor veřejného zdravotnictví. Úloha státu je určující, a to i tehdy, není-li hlavním poskytovatelem financí. Jeho úloha spočívá v nastolení regulačních mechanismů v oblasti výdajů: globální rozpočet, plánování vybavenosti, sledování lékařská demografie, určování výše sociálních poplatků, stanovení kompenzačních mechanismů mezi pokladnami, mezi regiony apod.

V zásadě stát určuje hlavní směry státní zdravotní politiky. Zdravotní péče je pro určité kategorie bezplatná, a to jak ambulantní, tak nemocniční, přinejmenším pokud jde o sektor veřejný.

Evropské zdravotnické systémy naráželi na tytéž základní problémy, mezi něž patří:

- Nedostatečné ovládání růstu výdajů i přes nastolené regulační mechanismy. Pro pacienta to často znamená zvýšení finanční spoluúčasti, která není hrazena pojišťovnami ani jinými institucemi.
- Nadměrný počet nemocnic a nadbytečná lůžka pro krátkodobý pobyt, což svědčí o všeobecné obtížnosti

strukturálního přizpůsobení ve vývoji potřeb.

- Rostoucí význam potíží spojených s péčí o staré lidi, která se stává pro veřejné zdravotnictví všech zemí problémem číslo jedna.

Můžeme konstatovat, že rozhodující většina ambulantních zdravotnických zařízení je v západoevropských zemích v soukromých rukou. Pokud jde o formu vlastnictví nemocnic, existují mezi jednotlivými zeměmi značná variabilita. Vedle státních nemocnic jsou také lůžková zařízení zřizovaná pojišťovnami, charitativními organizacemi, obcemi anebo jsou to typy nemocnic budované na principu lukrativnosti.

I když je v průmyslově vyspělých státech základem ekonomického systému tržní ekonomika, v oblasti zdravotní péče používá stát široké škály regulačních zásahů k tomu, aby ke zdravotní péči měly přístup i sociálně slabší vrstvy obyvatelstva. Státní orgány v konečné fázi rozhodují o výši pojistného, stanovují horní hranici honorářů za jednotlivé výkony a, za zdravotnické služby. Rozhodují také o rajonizaci zdravotnických zařízení a o řadě dalších otázek souvisejících se zabezpečením zdravotní péče.

5. Literatura

1. Argyra, S.: Reformy v britském národním zdravotnictví. ZdN, Praha 16/1994, str. 8 - 9
2. Bošková, VI.: Bavorsko nepouští konkurenci tam, kde škodí. ZdN, Praha, 8.12.1995, str. 5
3. Camutaliová, M.: S Čím přišli Clintonovi - plán zdravotního pojištění pro občany USA. ZdN, Praha, 50/93, str. 9-11
4. Drbal, C.: Politika pro zdraví. ZdN, Praha, příloha, 1993
5. Findo, P.: Přepřacovanost do detailov - pohled na zdravotní poistenie v SRN. ZdN, Praha, 5/92, str. 9
6. Haškovcová, H.: Lékařská etika. Galén, Praha, 1994
7. Hašrovcová, H.: Může být zdravotní systém sociálně spravedlivý ? ZdN, Praha, 1995
8. Heigenhauser, F.: Zdravotnictví ve Spolkové republice Německo. ZdN, Praha, 26.5.95, str. 6
9. Karlík, R.: Pojištění v SRN a v Rakousku. ZdN, Praha, 14.4/1995, str. 13
10. Kolektiv: Reforma zdravotnictví v USA. Převzato z přehledu Mezinárodního měnového fondu. ZdN, Praha, 36/94, 7.3.94
11. Koránová, M., Lisá, H.: Programy sociálního zabezpečení v USA. Sociální politika, 3/95, str. 11-14
12. Moyzesová, O.; Jaroš, J.: Americké dilema. Respekt, 15. - 21. 8. 1994
13. Poláčková, B.: Právo na bezplatnou zdravotní péči. Hospodářské noviny, 23.11.1995, str. 20
14. Radová, J.: Základy veřejného zdravotnictví pro zdravotnické školy. IPVZ, Praha, 1994
15. Schmoranz, M.: Americké zdravotnictví. ZdN, Praha, 47/91, str. 12
16. Strejček, J.: MEOICAID a regulovaná zdravotní péče. Prakt. Lék., 76, 1996, č.1., str. 44
17. Strnad, L.: Zdravotnické systémy v průmyslově vyspělých zemích. Bulletin Mzd, ČR, 5/91
18. Sucharda, P., Bělík, Z.: Zdravotnictví a sociální péče v Německu. ZdN, Praha, 21.12.1994, str. 5

19. Suchardová, J.: Problémy německých nemocnic. ZdN, Praha, 49/93, str. 5
20. Šilhán, M.: Male sousedské poučení - tentokrát z Německa. ZdN, Praha, 14.4.1995, str. 13
21. Vaněk, L.: Poznatky z USA. ZdN, Praha, 50/94, str. 10
22. Vepřek, J.: Hlavní příčiny situace českého zdravotnictví. ZdN, Praha, 5.1.1996, str. 4-5