

# Úvod do studia zdravotnických systémů

HELENA HNILICOVÁ

## POZNÁMKA NA ÚVOD

Studium zdravotnických systémů, jejich organizace a řízení je důležitou součástí veřejného zdravotnictví. V rámci věd o zdraví a zdravotnictví nabývá tento obor stále většího významu. S užíváním pojmu „*veřejné zdravotnictví*“ je v našich podmínkách spojena řada nejasností a různých výkladů. Proto se na úvod pokusíme o vymezení tohoto termínu, které by korespondovalo s definicí a pojetím veřejného zdravotnictví obvykle užívaném v mezinárodním kontextu.

## VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ

je českým ekvivalentem anglického termínu "public health"<sup>1</sup>. Dnes je tento pojem užíván k označení těch společenských aktivit, které mají za cíl *ochranu, udržení a zlepšení zdraví obyvatelstva*. Přes určité rozdíly v chápání a vymezení veřejného zdravotnictví v různých zemích, lze shrnout, že společným jmenovatelem všech přístupů je *orientace na ochranu, udržení a rozvoj zdraví celé populace nebo populačních skupin*. Na rozdíl od medicíny, která je primárně orientovaná individuálně (tj. je zaměřena na jedince a jeho konkrétní problémy), veřejné zdravotnictví je obor, pro nějž je charakteristický populační přístup ke zdraví. Předmětem zájmu je tudíž stav zdraví celé populace, nebo častěji populačních skupin, které jsou z hlediska zdraví rizikové. V dnešní době se jedná zejména o staré lidi, tělesně postižené, děti z rozpadlých nebo dysfunkčních rodin, dlouhodobě nezaměstnané, etnické minority, přistěhovalce a další.

Světová zdravotnická organizace definuje veřejné zdravotnictví takto: "**Veřejné zdravotnictví je věda a umění týkající se toho, jak lze organizovaným úsilím**

---

<sup>1</sup> Není výjimečné, že termín „public health“ je používán ve své anglické podobě i mezi odborníky v ne-anglicky mluvících zemích

## **společnosti prodlužovat život, předcházet chorobám a podporovat zdraví obyvatelstva (WHO 1988)."**

V nedávné době publikovaném *Slovníku podpory a výchovy ke zdraví* je tato definice dále specifikována. Veřejné zdravotnictví pak v souladu s pojetím WHO zahrnuje tyto společenské aktivity: ochranu životního prostředí, výchovu k osobní hygieně, organizované zdravotnické služby a fungování takových sociálních mechanismů ve společnosti, které zajistí každému jednotlivci životní úroveň umožňující zachování a udržení zdraví.

Veřejné zdravotnictví je multidisciplinární vědecký obor, který má svoji teoretickou základnu i praktickou aplikaci. Využívá poznatkové základny mnoha přírodních i společenských věd. **Jeho podstata spočívá v tvorbě a realizaci státní zdravotní politiky, v závislosti na zdravotním stavu populace a širších sociálně ekonomických podmínkách života lidí v dané zemi.** Základním problémem zdravotní politiky je pak určení, jaká by měla být míra státní ingerence ve zdravotní péči. Jinak řečeno - stanovit či rozhodnout, co je dobré a výhodné aby pro zdraví svých obyvatel zajišťoval stát ( a činil tak „organizovaným úsilím“, a ne nahodile či chaoticky) a co naopak má být ponecháno v individuální odpovědnosti jednotlivců, protože je to efektivnější.

Vymezení veřejného zdravotnictví je tedy velmi široké. Ve své praktické podobě zahrnuje celou řadu společenských aktivit, které přesahují rámec resortu zdravotnictví a týkají se téměř všech oblastí veřejného života a veřejné politiky. Vždy je však akcentován systém populačně orientované léčebně preventivní péče, poskytující nezbytné zdravotnické služby pro všechno obyvatelstvo, tedy *zdravotnický systém*.

## **ZDRAVOTNICTVÍ JAKO SPOLEČENSKÝ SYSTÉM**

Zdravotnické služby jako celek tvoří komplexní sociální systém. Pro jeho efektivní fungování je nezbytná jistá míra předvídatelnosti, stability a vnitřního řádu. Jsou to charakteristické rysy tzv. *uzavřených sociálních systémů*. Funkční zdravotnictví však stejně tak musí vykazovat patřičnou míru inovativnosti, otevřenosti a adaptability, protože vnější podmínky jeho fungování se neustále vyvíjejí a mění. Má tedy i typické znaky *otevřených sociálních systémů*. Nutnost harmonizovat tendenci ke stabilitě a řádu s tendencí pružně reagovat na měnící se potřeby a očekávání všech

aktérů (pacientů, zdravotníků, politiků), patří k největším problémům všech zdravotnických systémů.

## 1. Současné trendy ve vývoji zdravotnictví

Zdravotnické systémy ve všech vyspělých zemích mění své paradigma. Je to způsobeno intenzivními ekonomickými, politickými a sociálními tlaky, které v posledním desetiletí výrazně zesílily. Zdravotnictví a jeho fungování ve společnosti se postupně mění. Dřívější, reaktivní model zdravotnictví, postavený na akutní péči, poskytované nemocným lidem, neodpovídá současným potřebám. V péči o zdraví je nyní zdůrazňována celá populace a její blaho, dobro, pohoda. (Oxford Textbook of Public Health, 2004). Za nejefektivnější celospolečenskou strategii v péči o zdraví se považuje předcházení chorobám nebo oddálení doby jejich výskytu.

V oblasti řízení zdravotnictví lze vysledovat následující vývojové trendy :

- **Nadresortní přístup v péči o zdraví:** „healthy public policy“ – všechny společenské rezorty musí zohledňovat ve svých strategických rozhodnutích dopady na zdraví. Z hlediska zachování zdravých životních podmínek nabývá velkého významu stavebnictví a resort dopravy. V rámci EU již například platí směrnice, podle které je nutné, aby každý významný investiční a stavební projekt byl před jeho schválením posouzen z hlediska jeho dopadu na zdraví dotčených obyvatel (Wolf, 2004).
- **Preventivní zaměření zdravotnictví :** Preventivní procedury se stále ve větší míře stávají součástí základního balíku služeb; motivace k jejich využívání; investice do celonárodních kampaní na podporu zdravé výživy, ne-kuřáctví; Významná role v podpoře zdraví je připisována resortu školství. Témata, týkající se podpory a zachování zdraví, zdravého životního stylu, rizikových faktorů z hlediska zdraví, se postupně stávají součástí vzdělávacích obsahů na různých typech škol.<sup>2</sup>
- **Regulace nákladů:** Náklady na zdravotnictví v posledních dvaceti letech prudce stoupají, a to zejména díky stárnutí populace, nárůstu nákladných technologií a také díky inflaci zdravotní péče.. Praktickým úkolem zdravotní

---

<sup>2</sup> Podpora zdraví je nově povinným vyučovacím tématem na základních školách v ČR.

politiky ve všech vyspělých zemích je udržet růst nákladů a jejich celkovou výši na akceptovatelné úrovni (tj. 8 – 10% HDP) .

- **Přesun těžiště z nemocniční do ambulantní péče:** Dochází k intesifikaci nemocniční péče, což se konkrétně projevuje úbytkem nemocničních lůžek pro akutní péči a zkracováním průměrné délky hospitalizace. Zároveň je podporován rozvoj primární péče a její návaznosti na ostatní segmenty péče .
- **Primární péče se postupně stává důležitou součástí tzv. komunitní péče,** která znamená poskytování širokého spektra koordinovaných služeb sociálně-zdravotního charakteru, co nejbližší místu bydliště pacientů, tj. v komunitě, kde bydlí. Řízení zdravotnictví není možné bez návaznosti a součinnosti s resortem sociální péče.
- **Důraz na kontrolu kvality poskytovaných služeb:** Ve všech zdravotnických systémech vyspělých zemí se postupně zavádějí programy kontinuálního zlepšování kvality jak v rámci celého zdravotnictví, tak na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení. Programy sledování kvality podle dohodnutých indikátorů jsou považovány za nejlepší způsob jak reagovat na rostoucí požadavky pacientů a adekvátně uspokojovat jejich potřeby.
- **Změna paternalistického pojetí vztahu lékař – pacient,** nastolení větší symetrie: Pacient se aktivně podílí na průběhu terapeutického procesu. Lékař a pacient jsou partneři, jejichž společným zájmem je zvládnutí pacientovy nemoci. Lékař pacientovi nevnučuje své názory a přesvědčení, ale je pacientovi rádcem v procesu rozhodování o léčbě a v jejím průběhu.

V současných zdravotnických systémech ve vyspělých zemích se uvedené trendy projevují zvýšeným zájem o sledování ekonomické efektivnosti zdravotnických služeb a důrazem na kontrolu využívání zdrojů. Je snaha uplatňovat takové způsoby proplácení péče, které by pokud možno objektivně odrážely výkonnost jednotlivých poskytovatelů a užitek péče pro pacienty. Nové výzvy pro zdravotnický systém přináší také globalizace. Ukazuje se nutnost, aby zdravotnický sektor byl připraven reagovat na nově vzniklé a nečekané zdravotní problémy, které globalizace přináší. Nelze vyloučit náhlé objevení epidemie nových či staronových, infekčních nemocí, a to kdekoliv na světě a jejich možné rozšíření. Rovněž všudypřítomná hrozba

teroristických útoků a s ním spojené tragické a náhlé umírání mnoha lidí, nutí politiky, aby zdravotnictví bylo na takovéto situace připraveno a sto v případě potřeby okamžitě a kvalifikovaně reagovat.

## **2. Zdravotnické systémy ve světě - hlavní modely a jejich charakteristika**

Zdravotnické systémy vyspělých zemích je možné pro přehlednost rozdělit do tří základních typů. Kritériem pro jejich přiřazení k určitému typu nám byl způsob, jakým občané v dané zemi platí za zdravotnické služby.

V tomto smyslu potom můžeme zdravotnické systémy vyspělých zemí rozdělit do tří kategorií:

- **Zdravotnictví financované z daní obyvatelstva, prostřednictvím státního rozpočtu - tzv. státní zdravotnictví**
- **Zdravotnictví financované z veřejném zdravotním pojištění - bismarckovský model**
- **Zdravotnictví převážně tržně orientované, kde hraje rozhodující roli soukromé zdravotní pojištění.**

U prvních dvou uvedených modelů existuje státní garance potřebné (nezbytné, základní) zdravotní péče pro všechny občany. V mnoha zemích je tato garance deklarována jako jedno ze základních lidských práv, které je zaručeno Ústavou. Ve třetím - tržním modelu, reprezentovaném zdravotnictvím USA, tato garance ve všeobecné rovině neexistuje. Důraz je kladen na individuální odpovědnost za zdraví, a stát tudíž negarantuje zdravotní péči pro všechny obyvatele. Stát ručí pouze za zdravotní péči pro některé skupiny obyvatel, které jsou přesně definovány. Jedná se převážně o sociálně znevýhodněné skupiny.

### **1) Státní zdravotnictví – Národní zdravotní služba**

Státní zdravotnictví historicky existuje ve dvou různých podobách, které se v mnoha ohledech liší. Odlišnosti souvisí se širšími politickými a ekonomickými podmínkami

země, ve které zdravotnické systémy fungují, a které významně určují vztahy mezi poskytovateli zdravotní péče a jejími příjemci. Obě formy státního zdravotnictví bývají označovány podle jmen svých tvůrců, kteří také přispěli k zavedení těchto systémů do praxe. Jedná se o model Beveridgův a model Semaškův.

**Beveridgův model** dostal své jméno podle Wiliama Beveridge, známého britského ekonoma a sociálního reformátora, který působil v období před druhou světovou válkou. Je považován za ideového autora systému sociálního zabezpečení ve Velké Británii, a to včetně zajištění zdravotní péče. Jeho myšlenky byly využity v poválečném období jako základ sociální politiky britských labouristů a byly uplatněny zejména v zákoně o Národní zdravotní službě, který byl přijat v roce 1948.

**Semaškův model** státního zdravotnictví fungoval již před druhou světovou válkou v bývalém Sovětském svazu. Jeho tvůrce, N. A. Semaško, byl prvním lidovým komisařem pro zdravotnictví v sovětském Rusku po roce 1917 ( ministr zdravotnictví) a byl také prvním profesorem sociální hygieny na Moskevské státní univerzitě (1920). Stal se spolutvůrcem jednotného a centrálně řízeného státního zdravotnictví, které bylo po druhé světové válce zavedeno ve všech zemích střední a východní Evropy, včetně Československa. V našich zemích tento model fungoval jako tzv. „socialistické zdravotnictví“ až do 90. let 20. století a lze konstatovat, že se významně promítl do života několika generací československých občanů. V současné době existuje tento model ve své „čisté“ podobě na pravděpodobně pouze na Kubě.

Pokud bychom srovnávali tyto dva modely, tak je nutné zdůraznit, že oba fungují podle stejných principů, za které jsou považovány **všeobecná dostupnost zdravotní péče a rovný, tj. spravedlivý přístup ke zdravotnickým službám** (ekvita, z angl. Equity – rovnost, spravedlnost). Znamená to, že stát, prostřednictvím platné legislativy, garantuje všem svým občanů stejný rozsah zdravotní péče a stejné podmínky při distribuci a poskytování zdravotnických služeb všem, kteří je potřebují. Uvedené principy jsou považovány za spravedlivé. Mezi oběma modely však také existují rozdíly. K nejdůležitějším patří fakt, že v Semaškově modelu, až na výjimky, neexistovaly soukromé zdravotnické služby. Tato skutečnost a nemožnost svobodné volby mezi poskytovateli zdravotní péče, „socialistické“

zdravotnictví v očích obyvatel zemí střední a východní Evropy do značné míry zdiskreditovaly. Proto po politických změnách koncem 80. let 20. století dochází v ČR, na Slovensku, v Maďarsku, Rumunsku, Bulharsku a po rozpadu SSSR nakonec i v Rusku, postupně k reformám zdravotnictví, které znamenaly konec centrálně řízeného státního zdravotnictví ve Střední a Východní Evropě..

### **Velká Británie - National Health Service (NHS)**

Prototyp Beveridgeovského modelu, Národní zdravotní služba ve Velké Británii, je integrovaný model státního zdravotnictví, které je financované z daní obyvatelstva. Jde o vysoce solidární model státem garantované zdravotní péče pro veškeré obyvatelstvo. Jeho varianty nalezneme v řadě dalších evropských zemí – v Itálii, Portugalsku, Španělsku, Řecku, Irsku, ve Skandinávii – i v řadě vyspělých i méně vyspělých zemí světa – v Austrálii, v Kanadě, na Novém Zélandu, ale také v Kostarice, Mexiku či některých rozvojových zemích, například v Botswaně. (Fried, Gaydos, 2002)

NHS byla ustanovena zákonem v roce 1948 jako výsledek snahy tehdejší britské vlády řešit nespokojenost obyvatelstva se zdravotnictvím.. Britská NHS, postavená na stejných principech, avšak fungující v jiném politickém, ekonomickém a sociálním kontextu než československé zdravotnictví před rokem 1992, se v očích britských občanů osvědčila. Důkazem může být fakt, že ani snahy konzervativní vlády Margaret Thatcherové zprivatizovat NHS, které byly v osmdesátých letech velmi intenzivní, nebyly úspěšné. NHS je považována za britský národní poklad, ceněný obyvatelstvem a neustále vylepšovaný reformátory, a to jak ze strany konzervativních vlád, tak ze strany labouristů. Rovný, a v momentě spotřeby bezplatný přístup veškerého obyvatelstva ke zdravotní péči s důrazem na odstraňování nerovností zůstává důležitým strategickým principem, o který se NHS opírá. NHS je nejenom plátcem zdravotní péče, ale je zároveň i zaměstnavatelem těch, kteří péči poskytují. Téměř všichni nemocniční lékaři a sestry v Anglii jsou zaměstnanci NHS. (Robinson, Dixon, 2004)

**Finanční spoluúčast:** Existuje, avšak je nízká, tvoří ji poplatky za recepty, spoluplatba za zubní péči ve výši 80 % ceny ošetření a některé další platby. Poplatky

nejsou vybírány od dětí, nízkopříjmových skupin, těhotných a kojících matek, starých lidí či lidí se specifickými

chronickými stavy a není zpoplatněna antikoncepce. Poplatky za recepty nejsou vybírány až od 85 % pacientů. (Dixon, Mossialos, 2002; Robinson, Dixon, 2004)

**Soukromé zdravotnické služby:** existují mimo rámec NHS a mají pouze doplňkový charakter. Fungují jako alternativa například v případě dlouhých čekacích dob na některé výkony, eventuálně jako možnost většího komfortu pro bohatší pacienty.

Z celkových výdajů na zdravotnictví tvoří výdaje v soukromém sektoru okolo 15–18 %. Jejich zdrojem je z velké části soukromé zdravotní pojištění, které se týká téměř výhradně vyšších socioekonomických vrstev obyvatelstva. (Dixon, Mossialos, 2002)

**Celkové náklady:** Z veřejných rozpočtů se tak hradí celkem okolo 83 % nákladů NHS. (Dixon, Mossialos, 2002) Menší část prostředků pochází z přímých plateb a spoluplateb (za léky a zubní péči). Celkové výdaje na zdravotní péči ve Velké Británii jsou dlouhodobě stabilní a ve srovnání s podobně vyspělými zeměmi (Německo nebo Francie) je podíl HDP investovaný do zdravotnictví nižší.

V devadesátých letech nepřesahovaly výdaje 7 % HDP. V posledních letech došlo ke zřetelnému nárůstu a v roce 2005 dosáhly výdaje 8,3 % HDP. Přesto britská NHS stále patří ke zdravotnickým systémům s relativně nižšími výdaji. (Health at a Glance, 2007)

### **Struktura péče, organizace a řízení:**

NHS je vlastně tvořena čtyřmi samostatnými a nezávislými národními službami, které fungují ve Spojeném Království: NHS (týká se pouze Anglie), NHS Scotland, NHS Wales a Zdravotní a sociální péče v Severním Irsku (Health and Social Care in Northern Ireland). (Wikipedia, 2009). Zásadní dokumenty přijímají všechny čtyři zemské NHS konsensuálně, politicky jsou však za jejich naplňování zodpovědné zemské vlády. Velké pravomoci jsou přenechávány místním samosprávám. Všichni občané mají volný přístup ke zdravotní péči kdekoli na území celého Království, vzájemně pohledávky si pak vyrovnávají jednotlivé NHS mezi sebou navzájem. V Anglii stojí na nejvyšší úrovni NHS Státní sekretář pro zdraví a zdravotnictví (Secretary of State for Health). Zodpovídá za zdravotnické i sociální služby a vede Department of Health, který je součástí britské vlády (podobně jako MZ ČR). Na krajské a okresní úrovni vykonávají exekutivní činnost zdravotní úřady (Health



Authorities), jejichž činnost je primárně zaměřena na strategický rozvoj NHS v oblasti jejich regionální působnosti.

Po posledních reformách (konec 90.let, počátek tisíciletí) tvoří NHS dva relativně nezávislé a samosprávné integrované segmenty:

•**primární péče**

•**sekundární péče.**

Primární péče a nemocniční služby jsou oddělené. Specializované ambulantní služby v terénu neexistují, jsou poskytovány v ambulancích částech nemocnic, tzv. out-patient clinics.

Základním trendem je rostoucí integrace a provázanost jednotlivých typů péče, a to zejména posílením a rozvinutím funkce tzv. **NHS trustů**. Trusty jsou retězce, do kterých jsou průběžně sdružováni poskytovatelé primární i sekundární zdravotní péče v celé Anglii. Cílem je přenesení rozhodovacích pravomocí z centra NHS na správní rady trustů, případně i na místní samosprávu, a na přiblížení služeb potřebám veřejnosti. (Hyde, Cooper, 2001). Existuje několik typů trustů. Rozhodující roli mají trusty primární péče (Primary Care Trusts, PCT). Jsou to integrovaná sdružení poskytovatelů primární péče na určitém území. Aktuálně existuje celkem 152 PCT, které hospodaří přibližně s 80 % celkového rozpočtu na zdravotnictví. Sdružují 29 000 lékařů a 18 000 dentistů. Za svoji činnost odpovídají místním orgánům státní správy (Health Authorities). PCTs jednak poskytují primární péči, jednak zajišťují ostatní služby formou dohod (nasmlouvání a nakupování) s poskytovateli sekundární péče (commissioned services).

**PCTs poskytující primární zdravotní péči v rámci svého území jsou :**

- Praktičtí lékaři /General Practitioners(GP's)
- Zubní lékaři
- Farmaceuti
- Optometristé, optici
- NHS Direct – poradenské telefonní linky o zdraví a zdravotní péči
- NHS Walk-in centrech – jsou to zdravotní střediska, kde pracují sestry, řeší menší zdravotní problémy (menší úrazy, nachlazení...)

Primární péče je hrazena formou kapitace, tj. paušálním poplatkem za každého zaregistrovaného pacienta v kombinaci s výkonovými platbami. Pacienti jsou

registrováni podle místa svého bydliště a nemají volný přístup ke specializované péči. Ta je možná pouze na základě doporučení praktického lékaře, jehož ordinace je místem prvního kontaktu. Praktičtí lékaři tudíž fungují jako tzv. „vrátní“ (gate-keepers), tedy rozhodují o čerpání specializované zdravotní péče. Kompetence praktických lékařů jsou ve srovnání s našimi lékaři mnohem širší. Poskytují také základní gynekologickou, prenatální a poporodní péči, základní dermatologickou péči, běžné ORL výkony, drobné chirurgické zákroky a podobně. Tomu odpovídá jejich vzdělání. PCT mají důležitou roli také v ochraně veřejného zdraví a zodpovídají za primární a sekundární prevenci, vakcinaci a kontrolu epidemií.

Existuje několik typů dalších trustů, které se specializují na určité specifické druhy sekundární péče:

- akutní trusty, které zajišťují standardní akutní péči a chirurgii a v Anglii jich je 176
  - trusty duševního zdraví (mental health trusts) zaměřené na lůžkovou péči o duševně nemocné, těch je 88
  - ambulantní trusty, které poskytují hlavně neodkladnou péči a jichž je 33;
- v některých oblastech působí také jako naše zdravotnická záchranná služba a zařizují akutní převoz pacientů do nemocnice
- pečovatelské trusty (care trusts), jejichž síť se vytváří od roku 2002 a které se zaměřují na poskytování integrované zdravotní a sociální péče o staré lidi a lidi s postižením či duševním onemocněním, posilují kontinuitu péče a zjednodušují administrativu.

**Nemocnice:** jsou převážně veřejné, s velkou mírou nezávislosti. Jsou sdruženy do nemocničních trustů (Acute trusts), v jejichž rámci mohou být efektivně zajišťovány komplexní služby, ambulantní i lůžková péče. Poskytují sekundární i vysoce specializovanou péči, kterou s nimi dohodují PCT, jež jsou zodpovědné za zajištění všech služeb a jejich provázanost. Smlouvy se týkají objemu péče i výše úhrady. V Anglii je v trustech sdruženo okolo 1 600 nemocnic, které patří NHS. Jednotlivé trusty provozují 2–8 různých nemocnic.

**Praktičtí lékaři :** Jejich klíčová role zůstává zachována. Mohou vytvářet týmy komunitní péče, které mají pravomoc zajišťovat veškerou a kontinuální zdravotní a sociální péči o místní obyvatelstvo. Výsledkem je, že zejména seniorům a lidem s

postižením je zajištěna dostatečná kontinuita služeb a zachována možnost zůstat co nejdéle v jejich domácím prostředí, v komunitě. Vedle trustů primární péče k tomu přispívají i pečovatelské trusty (care trusts).

Důležitým prvkem NHS je její **odborné řízení**. Státní sekretář pro zdravotnictví, který vede Department of Health, je členem britské vlády. Vládní politiku v oblasti zdravotní a sociální péče však uplatňuje pouze na území Anglie. Department of Health má svoji radu. V jejím čele stojí stálý tajemník se třemi hlavními poradci. Stálými členy rady jsou dále hlavní lékař (Chief Medical Officer) a hlavní sestra (Chief Nursing Officer) a řada dalších úředníků, kteří odpovídají za přesně stanovené oblasti zdravotní a sociální péče. Mezi nimi je i výkonný ředitel NHS. Dále zde působí tzv. Heads of Professions, tj. vedoucí představitelé jednotlivých profesně definovaných oblastí zdravotní péče: lékařské péče, nelékařské zdravotní péče, zubní péče, farmacie, sociálně-zdravotní péče a vědy a výzkumu. Rada Departmentu odpovídá za strategický rozvoj systému zdravotní a sociální péče, za kvalitu formulování jednotlivých politik, za tvorbu standardů kvality zdravotní a sociální péče a za krizové řízení.

S Departmentem spolupracují též národní kliničtí ředitelé (national clinical directors) pro jednotlivé oblasti zdravotní péče (analogue našich hlavních odborníků, kteří byly součástí zdravotnického systému ČR až do roku 1992). Kliničtí ředitelé odpovídají za odborné řízení těchto oblastí: neodkladná péče, duševní zdraví, pracovní lékařství, transplantační programy, péče o děti, mládež a rodinu, kardiovaskulární onemocnění, primární péče, onkologie, diabetes, pandemická chřipka, péče o choroby ledvin, celoživotní vzdělávání zdravotníků, rovnost a lidská práva. (DH Home:Department of Health: )

### **Přednosti a slabé stránky NHS:**

K největším přednostem NHS patří bezesporu všeobecná dostupnost zdravotní péče, která je závislá na klinické potřebě, nikoli na schopnosti člověka platit. Velký důraz je položen na rovnost a spravedlnost v distribuci zdravotnických služeb. Nízká je i finanční spoluúčast pacientů. Přitom NHS patří mezi relativně úsporné zdravotnické systémy.

Ke slabým stránkám britské NHS patří dlouhé čekací doby na dražší a náročnější procedury, pokud nemají akutní charakter. Pohybují se v rozmezí několika měsíců až dvou let. Dlouhodobě je problémem například čekací doba na operaci kyčelního

kloubu. Čekat se musí také na některé diagnostické výkony (magnetická rezonance, počítačová tomografie, sonografická vyšetření apod.), a to v řádu několika týdnů až měsíců. V posledním desetiletí došlo v Anglii k průlomovému, avšak velmi diskutovanému opatření, podle kterého lze v některých případech zajistit nedostatkové výkony v soukromém sektoru, a to na účet NHS (Sylvester, 2000; Branwen, 2008;)

## 2) Systémy postavené na všeobecném zdravotním pojištění – bismarckovský model

( Německo, Rakousko, Švýcarsko, Francie, Holandsko, Belgie, ČR, Slovensko, Maďarsko, Polsko a další státy.)

Příklady zemí: **NĚMECKO, FRANCIE**

### **NĚMECKO:**

V SRN existuje kombinace povinného zdravotního pojištění, které se týká asi 75% populace a pojištění dobrovolného ( okolo 23% populace). Rozhodující je výše příjmu občana. Povinné zdravotní pojištění se vztahuje na občany, kteří nepřesahují určitý příjem. V roce 2008 činila tato hranice 46 000 EU na osobu a rok.. Zdravotní pojištění se vztahuje i na rodinné příslušníky (nezletilé děti, manželku), pokud jejich příjmy nepřesahují 325 EU za měsíc.

Lidé s příjmem nižším než činí ekvivalent 630 EU měsíčně nemusí platit zdravotní pojištění ze svého příjmu; v jejich případě přispívá do fondu pouze zaměstnavatel. V případě nezaměstnaných a důchodců plní roli zaměstnavatele jejich penzijní fond a fond nezaměstnanosti, tj.stát. Polovina dobrovolných pojištěnců je však pojištěna u zdravotních pojišťoven, kterých je v současné době okolo 300. Zbytek dobrovolných pojištěnců je pojištěn u soukromých pojišťoven. Výše pojistného u veřejnoprávních pojišťoven není dána zákonem a může se proto u různých pojišťoven lišit. Jeho výše se pohybuje v rozmezí 9- 15%, celoněmecký průměr je 14%.

Veřejno - právní zdravotní pojišťovny jsou buď odvětvové, tj. pojišťují zaměstnance určitého odvětví národního hospodářství, nebo podnikové anebo regionální. Pacienti s povinným pojištěním doplácí v hotovosti (spoluúčast) pouze menší poplatky,

jejichž celková výše za rok u dospělé a ekonomicky aktivní populace nesmí přesáhnou 2% hrubého příjmu, což je tzv. „hranice zatížení“. U chronicky nemocných a důchodců je hranice zatížení snížena na 1% hrubého příjmu. Jsou také zvýhodněny rodiny s dětmi. Od doplatků za zdravotní péči jsou osvobozeni děti a mladiství do 19 let. Ti, kteří se účastní preventivních programů, mohou od své pojišťovny obdržet určitý bonus, tj. pojišťovna může snížit u takového pacienta spoluúčast. Jedná se zejména o poplatek za preskripci léků, o poplatek za hospitalizaci a o poplatek za dopravu do zdravotnického zařízení. (Léky dostupné bez lékařského předpisu nejsou hrazeny vůbec). Pro představu: poplatek za hospitalizaci činí 10 EU za 1 den, maximálně však pacienti platí 28 dnů v kalendářním roce. V roce 2005 došlo k významným změnám v oblasti hrazení zubní péče. Zdravotní pojišťovny hradí pevné paušály za daný výkon a zbytek doplácí pacient. Celkově je spoluúčast u zubní péče po posledních úpravách významně vyšší. Ze zdravotního pojištění jsou však nadále hrazeny dvě zubní preventivní prohlídky za rok.

**Ambulantní sektor.** Ambulantní lékaři, podobně jako u nás, provozují své nezávislé soukromé praxe. Pokud chtějí léčit pacienty v rámci všeobecného zdravotního pojištění, jsou ze zákona povinni se sdružovat do regionálních a zemských asociací (spolků) pokladenských lékařů. Tyto organizace mají povinnost zajistit, aby ambulantní zdravotní péče byla dostupná všem pacientům. Spolky pokladenských lékařů disponují velkými pravomocemi a mohou významně zasahovat do činnosti jednotlivých lékařů. V jejich rukou je zejména povolování nových lékařských praxí v příslušné oblasti jejich působení. Ve skutečnosti velmi tvrdě regulují počet poskytovatelů v síti, a to proto, aby nedošlo k jejímu přílišnému rozšíření, a tudíž existenčnímu ohrožení stávajících lékařů. Jsou také ze zákona odpovědní za zajištění dostupnosti pohotovostních služeb. Zdravotní pojišťovny hradí náklady ambulantním lékařům platbou za výkon.

**Veřejné nemocnice** v Německu jsou financovány ze dvou zdrojů. Provozní náklady jsou hrazeny z fondu nemocenského pojištění, zatímco investiční výdaje jdou ze státního rozpočtu. Již několik posledních let je při úhradách nemocniční péče používán německý model platby za diagnózu (tzv. úhradový systém DRG – Diagnosis Related Groups). Jedná se o paušální poplatek za každého

hospitalizovaného pacienta, a to podle toho, do jaké diagnostické skupiny je pacient při příjmu do nemocnice zařazen. Hospodárnost nemocnic je přísně sledována.

Německý zdravotnický systém je administrativně velmi složitý. Přesto, že je regulativní funkce státu velmi významná, je ponecháno velké pole působnosti pro vyjednávání mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovny. Soukromé zdravotní pojištění plní v německém zdravotnickém systému pouze doplňkovou funkci (využívá jej okolo 10 % obyvatelstva).

Německé zdravotnictví je v posledních letech pod silným tlakem, způsobeným růstem celkových výdajů na zdravotní péči. I když celkové náklady na zdravotnictví patří v rámci EU k nejvyšším (překračují 10 % HDP), nelze z nich již financovat veškerou zdravotní péči. Dochází proto postupně ke zvyšování spoluúčasti pacientů. Při jejím zavádění je však vždy brán ohled na sociálně znevýhodněné občany a jejich potřeby. Princip všeobecné dostupnosti zdravotní péče zůstává zachován a není nikterak zpochybňován.

## **FRANCIE:**

Téměř celá populace je zahrnuta do povinného všeobecného zdravotního pojištění, které tvoří základ systému. Vztah mezi poskytovateli zdravotnických služeb a pojištěnci není přímý, nýbrž je zprostředkováván pojišťovnou. Poplatky za zdravotnické služby jsou stanoveny mezi pojišťovny a poskytovateli smluvně. Je vyžadována finanční spoluúčast pacientů, která se týká zejména ambulantních služeb. Spoluúčast, tj. hrazení části nákladů přímo pacientem, vyžaduje asi 25% lékařů, většinou se jedná o ambulantní specialisty. Ambulantní péče je financována tzv. „pokladenským systémem“. Znamená to, že lékaři účtují pacientům provedený ambulantní výkon a pacienti jej musí lékařům zaplatit přímo. S vystaveným účtem pak pacienti jdou do své zdravotní pojišťovny, která jim účet proplatí, ne však v plné výši (viz výše).

Ambulantní lékaři jsou nezávislí. Působí na principu vykonávání svobodného lékařského povolání. Pracují na základě smluv s pojišťovny, a tyto smlouvy mají charakter veřejné zakázky. Lůžková zařízení jsou jednak veřejná, jednak soukromá. Poměr mezi nimi je přibližně 70% : 30% , ve prospěch lůžek ve veřejných nemocnicích. Veřejné nemocnice jsou financovány v rámci státem regulovaného

systemu prostřednictvím veřejných rozpočtů. Lékaři a zdravotničtí pracovníci nemocnic jsou v zaměstnaneckém poměru a pracují za mzdy. Soukromé nemocnice také mohou poskytovat zdravotní péči hrazenou z všeobecného zdravotního pojištění, a to na principu veřejné zakázky. Jejich služby jsou však obvykle dražší než služby ve veřejných nemocnicích a tento rozdíl musí pacienti doplatit. Privátní nemocnice však neposkytují celou škálu potřebných zdravotnických služeb, ale specializují se na určité výkony, většinou finančně výhodnější. Celý systém je doplněn dobrovolným soukromým pojištěním, které však není příliš rozšířené.

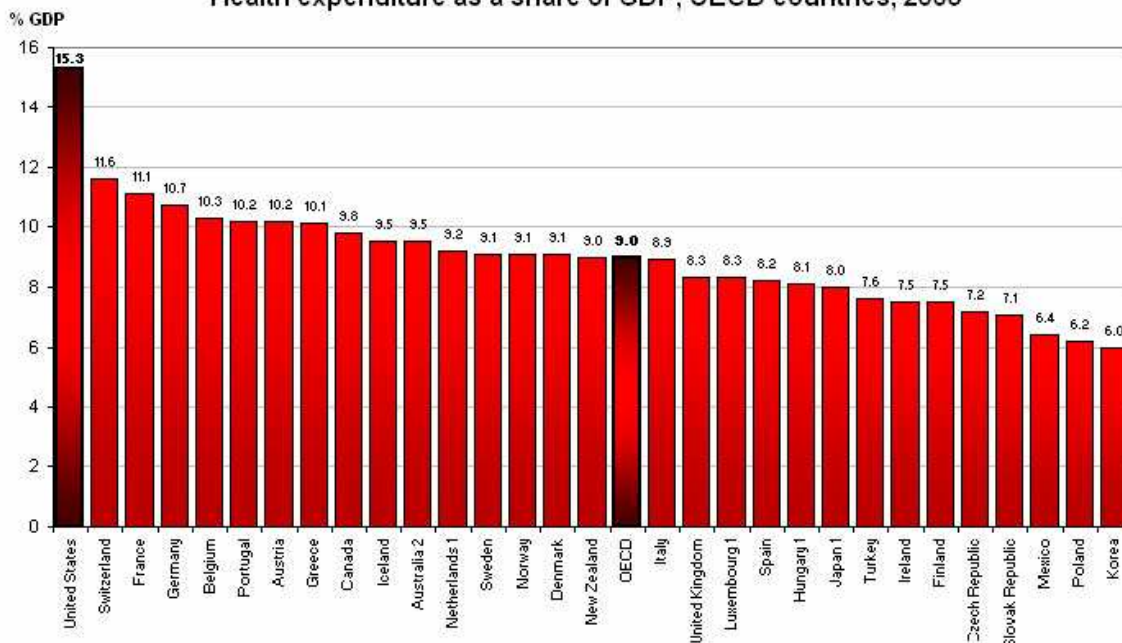
Francouzské zdravotnictví je považováno z hlediska dosažení cílů zdravotní politiky za velmi úspěšné. V roce 2000 bylo v rámci hodnocení zdravotnických systémů experty Světové zdravotnické organizace hodnoceno jako nejlepší na světě (The World Health Report 2000). Zajišťuje vysoký standard zdravotní péče téměř celé populaci. Nicméně problém zvyšování nákladů na zdravotní péči je i zde velmi aktuální. Také ve Francii existují problémy s financováním dlouhodobé péče o chronicky nemocné pacienty, kterých v populaci přibývá. Do této oblasti neproudí dostatek zdrojů a hledání možností, jak systém přizpůsobit demografickému vývoji bez další expanze výdajů je dlouhodobě jedním z nejdůležitějších témat zdravotní politiky.

### 3) Tržní zdravotnictví USA - liberální model

Spojené státy americké jsou jednou z mála rozvinutých zemí, které dosud nemají zavedený zdravotnický systém garantující nezbytnou zdravotní péči pro celou populaci. Současné americké zdravotnictví představuje osobitou **směs soukromého pojištění a financování zdravotní péče z veřejných zdrojů**, a to jednak z federálních daní, jednak z daní jednotlivých států Unie prostřednictvím veřejných programů Medicare, Medicaid a Veterans Health Administration. Poslední ze jmenovaných programů představuje nejrozsáhlejší integrovaný zdravotní program v USA. V rámci zmíněných programů je financována více než polovina veškeré zdravotní péče v USA (Fried, Gaydos, 2002).

#### **Financování zdravotnictví**

## Health expenditure as a share of GDP, OECD countries, 2005



1. 2004. 2. 2004/5. Source: *OECD Health Data 2007*, July 2007.

USA mají dlouhodobě nejvyšší výdaje na zdravotnictví na světě. Podíl HDP investovaný do zdravotnictví dlouhodobě dosahuje 13–16 %. Obrázek ukazuje celkové výdaje na zdravotnictví měřeno procentem HDP v roce 2005 v rámci zemí OECD.

### Soukromé zdravotní pojištění

Větší část ekonomicky aktivních obyvatel USA (okolo dvou třetin) je pojištěna u soukromých zdravotních pojišťoven. Z toho okolo 70–80 % pojištěnců není pojištěno individuálně, ale jako skupina zaměstnanců určitého podniku, a to prostřednictvím zaměstnavatele. Většina amerických zaměstnavatelských organizací hraří zdravotní pojištění pro své zaměstnance a jejich rodinné příslušníky jako součást svých sociálních programů. Zaměstnavatelé tak činí i přesto, že tuto povinnost jim žádný zákon neukládá. Pojištění sjednávají u soukromých zdravotních pojišťoven, kterých je v celé zemi o něco více než tisíc. Orientovat se ve všech možnostech, kombinacích a vesměs komplikovaných zdravotních plánech, které různé pojišťovací společnosti nabízejí, je pro běžného občana nesmírně složité, a to i přesto, že jedna pojišťovna nesmí nabízet více než deset zdravotních plánů<sup>3</sup>. Zdravotní pojišťovny většinou fungují na principech tradičního pojišťovacího modelu náhrady za škodu, tj. pacient dostává úhradu svých výdajů za zdravotní péči. Léčebná péče je preferována na úkor prevence. Individuální zdravotní pojištění, tj. pojištění sjednané přímo mezi zdravotní pojišťovnou a klientem, má pouze menší část občanů, a to okolo 10–13 % obyvatelstva.



## Nepojištěná populace

Největším problémem zdravotnického systému USA je skutečnost, že významná část amerických občanů dlouhodobě nemá zajištěné žádné zdravotní pojištění. Je znepokojivé, že tato skupina se v posledních letech rozšiřuje. V letech 2000–2001 počet nepojištěných vzrostl o 1,4 miliony. V současné době je to 47 milionů lidí (US Census Bureau, 2008; veřejné projevy prezidenta Obamy, 2009). Patří sem zejména následující skupiny:

- Chudí nebo zchudlí občané, tvořící asi jednu třetinu nepojištěných: jedná se o tzv. „Low-income Americans“, tj. „nízkopříjmové“ Američany, tj. občany s příjmem nižším než je 200% federální hranice chudoby. Ve skutečnosti však určitá část těchto lidí má příjmy mnohem nižší. Odhaduje se, že až dvojnásobně nižší, než je hranice chudoby<sup>4</sup>.
- Mladí lidé do 25 let: v praxi to znamená, že těmto lidem je poskytována převážně akutní zdravotní péče při úrazech a nehodách, která je velmi nákladná.
- Zaměstnaní lidé, avšak nepojištění zaměstnavateli: zaměstnavatelé argumentují tím, že zdravotní pojištění je pro ně příliš nákladné; živnostníci a majitelé menších firem
- Střední třída - v posledních letech stoupá počet zdravotně nepojištěných zaměstnanců, kteří v nedávných letech zdravotní pojištění měli; důvodem je fakt, že zaměstnavatelé, díky ekonomické krizi, ruší hrazení zdravotního pojištění, event. jej velmi omezují.

## Veřejné zdravotní programy:

### MEDICARE

Vznik tohoto programu je spojen se jmény amerického prezidenta J. F. Kennedyho a jeho nástupce Lyndona Johnsona, kteří se zasložili se o jeho zavedení. V průběhu let byl tento důležitý pilíř americké sociální politiky neustále upravován a rozšiřován až do dnešní podoby. V současné době představuje program zajištění a

---

<sup>3</sup> V zemi sice existují společnosti a firmy, které se specializují na poradenskou a konzultační činnost v oblasti zdravotního pojištění, avšak jejich služby nejsou bezplatné

<sup>4</sup> Z důvodu provázanosti programu MEDICAID s programy sociální podpory (sociálních dávek) a také díky rozdílům, které existují mezi jednotlivými státy Unie v určování kritérií pro to, co je považováno za příjem a jaká může

financování jednotného přístupu ke zdravotní péči pro všechny občany USA starší 65 let včetně chronicky nemocných a tělesně postižených. Krytí zdravotní péče pro různé skupiny tělesně postižených a chronicky nemocných není vždy stejné, nejlepší podmínky mají dlouhodobě garantované pacienti trpící poruchou ledvinových funkcí (týká se to přibližně třech milionů obyvatel), kterým program pokrývá v případě potřeby i transplantaci ledvin. Program MEDICARE je řízen na federální úrovni a je rovněž financován převážně z federálních daní. To znamená, že ve všech státech Unie jsou podmínky zařaditelnosti i rozsah krytí zdravotní péče v tomto programu shodné. MEDICARE představuje významnou část amerického státního rozpočtu. V posledním desetiletí jeho výdaje rostou výrazně rychleji než příjmy. V americkém Kongresu při projednávání státního rozpočtu dochází často v souvislosti s MEDICARE k bouřlivým diskusím, kdy demokraté bojují o jeho rozšíření<sup>5</sup> či alespoň udržení a konzervativní část se spíše snaží rozsah programem kryté zdravotní péče redukovat.

Program má dvě části. Část „A“ hradí nemocniční péči, v omezené míře také služby sanatorií a část domácí zdravotní péče. Z části „B“ jsou hrazeny lékařské a další ambulantní zdravotnické služby, lékařské vybavení a zdravotní pomůcky pro pacienty, které slouží k dlouhodobému užívání, např. invalidní vozíky. MEDICARE je orientován převážně na akutní péči. Není z něj kryta dlouhodobá péče a řada služeb neakutního charakteru, např. běžné celkové prohlídky pacientů. Program pokrývá přibližně polovinu veškerých výdajů na zdravotní péči pro staré občany. Přestože seniorům negarantuje veškerou potřebnou péči, je MEDICARE americkými občany velmi oceňován. Je vnímán jako jeden z pilířů sociálních jistot, garantovaných státem.

## **MEDICAID**

Tento program částečně financuje péči o chudé občany, avšak prostředky, kterými disponuje, nestačí ani na krytí poloviny skutečných nákladů na zdravotní péči o tuto populaci. MEDICAID zahrnuje neodkladnou akutní i dlouhodobou péči a některé preventivní služby (zejména očkování). Je financován jak z federálních daní, tak z daní jednotlivých států Unie. Na území celých Spojených států je určujícím

---

být jeho výše, je významná část chudých lidí (téměř 55 %) z programu MEDICAID vyloučena. Jsou to např. bezdětní a práce schopní dospělí občané, kteří ještě nedosáhli 65 let věku.

<sup>5</sup> aktuálně o jeho rozšíření na celou populaci, tj. zavedení všeobecného zdravotního pojištění pro všechny obyvatele

kritériem pro zařazení do programu příjem nižší, než je životní

minimum, které je zde označované jako „hranice bídy/chudoby“ (poverty line). Pro představu uvádíme, že hranice bídy pro 4člennou rodinu představovala v roce 2007 roční příjem 21 200 dolarů. V současné době žije v USA okolo 12,5 % obyvatel s příjmem pod hranicí bídy (US Census Bureau, 2008 ). Jednotlivé státy USA však v závislosti na výši svých daňových příjmů zvyšují úroveň příjmu pro zařaditelnost do MEDICAID až na dvojnásobek, a to v zájmu snížení počtu lidí, kteří nemají zajištěnou dostupnost zdravotní péče. Do MEDICAID spadají především tyto skupiny občanů: chudí lidé s příjmem pod hranicí životního minima, těhotné ženy a ženy vyživující nezletilé (či závislé) děti s nízkým příjmem, dále slepci a lidé, kteří z různých důvodů nemohou pracovat. V zásadě platí, že jsou preferovány matky s dětmi a práce neschopní občané.

**Neodkladná péče:** Koncem 80. let 20. století byla přijata legislativa, která na federální úrovni řeší poskytování neodkladné péče. Byl přijat zákon „Emergency Medical Treatment and Active Labor Act“ (EMTALA), podle něhož každé osobě, která se na území Spojených států ocitne v bezprostředním ohrožení života, musí být poskytnuta potřebná zdravotní péče. Povinnost poskytnout neodkladnou péči se vztahuje na všechna zdravotnická zařízení i na všechny zdravotníky, kteří přijdou s takto zdravotně ohroženou osobou do styku. Platí to tedy i pro situace, kdy např. chudý a na první pohled nesolventní pacient v ohrožení života je dopraven do nejbližší soukromé luxusní nemocnice, poskytující péči bohaté klientele. V tomto případě nemocnice nemůže pacienta ohroženého na životě odmítnout. Zákon vyžaduje, aby zdravotní stav ohrožené osoby byl takzvaně „stabilizován“ a až poté je možné pacienta převést do veřejné nemocnice, která péči o něj převezme.

**Řízená péče – managed care:** V průběhu posledních dvaceti až třiceti let probíhal v USA proces sdružování a určité centralizace zdravotnických služeb. Poskytovatelé (zdravotnická zařízení) a plátcí těchto služeb (zdravotní pojišťovny) se sdružují do tzv. HEALTH MAINTAINANCE ORGANIZATIONS (HMO's) – organizací řízené péče, které představují svéráznou americkou podobu integrace zdravotnických služeb, a to při zachování jejich soukromého charakteru. Rozhodující řídicí roli v HMO's mají zdravotní pojišťovny. HMO's poskytují léčebnou péči těm občanům, kteří se u nich zaregistrují, a zaregistrovaní občané se zavazují čerpat péči pouze u těchto organizací. Za toto omezení je obvykle poskytována výhodnější sazba pojistného než

u běžných pojišťoven. HMO's se zaměřují na úsporu nákladů, snaží se podporovat více prevenci a šetřit prostředky účelnější administrativou. V 90. letech byly velmi aktivní v zavádění programů zajišťování a zvyšování kvality zdravotní péče ve svých zařízeních, které považují za cestu ke zvyšování efektivity zdravotní péče. Existuje několik typů HMO's, k nejčastějším modelům patří:

**Skupinová praxe:** tento typ je uplatňován v ambulantní sféře. Jedná se o partnerství několika soukromých praktikujících lékařů. Ti tvoří profesionální korporace nebo asociace a poskytují zdravotnické služby v předem dohodnutém rozsahu a za dohodnuté ceny.

**Sítový model:** lékaři pracují ve svých vlastních ordinacích a kromě péče pro pojištěnce HMO poskytují léčebnou péči také pro své další soukromé pacienty. V podstatě se jedná o více skupinových praxí, většinou takto pracují specialisté.

**Zaměstnanecký model:** jedná se často o rozsáhlé podniky, kdy HMO vlastní zdravotnická zařízení různého typu, jako nemocnice, ambulantní služby, psychiatrické léčebny, ošetrovatelské ústavy (tzv. „nursing homes“ – americká obdoba našich LDN), rehabilitační zařízení a jiné. Tyto organizace jsou většinou schopny poskytnout pacientům veškerou potřebnou péči. Znamená to, že pacienti nemohou uplatňovat svobodnou volbu, a pokud ano, tak pouze v rámci své HMO. V tomto modelu HMO zaměstnává lékaře a ostatní zdravotníky, kteří jsou k ní v zaměstnaneckém poměru a pracují za dohodnutou mzdu. Vznik HMO's je spjat většinou s iniciativou zdravotních pojišťoven, pojišťujících zaměstnance velkých podniků (General Motors, IBM a dalších) a samotných zaměstnavatelů. Známa je např. HMO „Kaiser Permanente“, která vznikla za účelem zajištění zdravotní péče pro zaměstnance stavebnictví a oceláren. Nejvýznamnějším důvodem pro vznik organizací řízené péče bylo to, že zdravotnické služby poskytované jejich prostřednictvím jsou ekonomicky výhodnější. Zdravotní pojišťovny i zaměstnavatelské organizace tímto způsobem šetří své výdaje, případně podniky za stejné peníze mohou nabídnout svým zaměstnancům výhodnější pokrytí zdravotní péče.

### **Silné a slabé stránky zdravotnictví v USA**

Spojené státy americké mají v porovnání s většinou vyspělých zemí unikátní zdravotnický systém, jehož fungování je ve vysoké míře založeno na soukromém

sektoru, a to jak z hlediska financování, tak i poskytování zdravotní péče. Veřejný sektor však nehraje zanedbatelnou roli – zajišťuje péči o starší, nemohoucí a chudé občany a také o vojáky, válečné veterány a jejich rodiny, což reprezentuje více než polovinu veškeré péče. Veřejné výdaje na zdravotnictví jsou vyšší než celkové výdaje na zdravotnictví v mnoha státech OECD. Zdravotnictví v USA je vysoce flexibilní, schopné velice rychle reagovat na změnu preferencí spotřebitelů, požadavky plátců péče a vládní regulace. Je rovněž charakteristické dostupností nejnovějších medicínských technologií pro pojištěnou část populace. Na druhé straně 16 % Američanů není zdravotně pojištěno a decentralizované, na platbách řady plátců a zároveň existenci mnoha poskytovatelů založené zdravotnictví neumožňuje dostatečnou kontrolu výdajů. Systém spoléhá na konkurenci v oblasti pojištění a poskytování služeb jako nástroje pro zvýšení efektivity. To však dlouhodobě nefunguje. Vysoké náklady na zdravotnictví nepřinášejí odpovídající výsledky. K nejpádňejším argumentům patří vývoj zdravotního stavu amerického obyvatelstva, který neodpovídá vynaloženým zdrojům. V roce 2005 byla očekávaná délka života Američanů významně nižší než ve vyspělých zemích EU. USA osadily 35. pozici v rámci celosvětového srovnávání (Harada, 2006). Kojenecká úmrtnost je horší než na Kubě a dosáhla v roce 2007 6,6 promile. Přes vysoké náklady americké zdravotnictví nezajišťuje dostupnost péče pro celou populaci, a to ani péči základní. Nepojištění občané tvoří skupinu čítající v roce 2009 47 milionů obyvatel. Existují nerovnosti v distribuci zdravotnických služeb podle příjmu. Zůstává ovšem neoddiskutovatelným faktem, že přes oprávněnou kritiku dosahuje americké zdravotnictví v mnoha medicínských oborech i v oblasti klinického výzkumu špičkové úrovně. Také systém zajišťování kvality poskytované péče je zde velmi propracovaný. Mezinárodní iniciativy zaměřené na kvalitu zdravotní péče mají často svůj původ v USA. K přednostem amerického zdravotnictví bývá také počítán fakt, že američtí lékaři jsou nejlépe placenými lékaři na světě.

#### Literatura:

1. DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J.: The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform. Economics Department working papers No. 350. OECD 2003. [www.oecd.org/eco](http://www.oecd.org/eco).
2. SHORTELL, S. M., KALUZNY, A. D.: Health Care Management. Organization Design and Behaviour. 3th ed., Delmar Publishers Inc. 1994.

3. Accreditation Manual for Hospitals. 1995. The Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations. Volume I. Standards..
4. Kaiser Commission on Medicaid. Key facts Medicaid and the Uninsured. [www.kff.org](http://www.kff.org).
5. United States Profiles: Health. [www.Nationmaster.com/country/us/Health](http://www.Nationmaster.com/country/us/Health).
6. America's Health Insurance Plans. [www.ahip.org](http://www.ahip.org).
7. The World Health Report, 2000, WHO, 2001
8. Fried, B. Gaydos, L. : World Health Systems. Challenges and Perspectives, Health Care Administration Press, Chicago, 2002