

M U N I
M E D

Systemy péče o zdraví a zdravotnické instituce

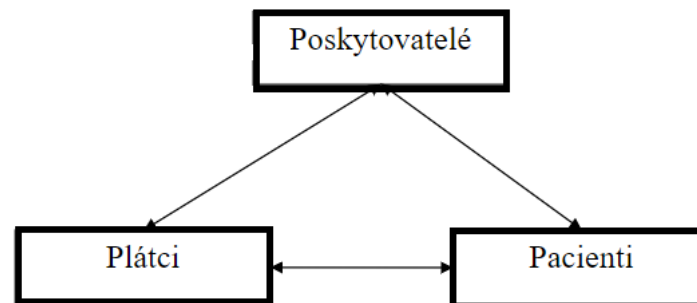
Jana Rozmarinová

Témata cvičení

- **Obecná typologie zdravotnických systémů**
- **Zdravotnické systémy na příkladu jednotlivých zemí**
- **Veřejné zdravotní pojištění v ČR**
- **Zdravotnické instituce a jejich členění**

Co je zdravotnický systém a jak se utváří?

- Zdravotnický systém je souhrnem institucí, personálních, kulturních a ekonomických zdrojů a výzkumných aktivit, které společnost věnuje prevenci nemocí a podpoře zdraví, léčbě onemocnění, rehabilitaci a rekonvalescenci, zabraňování předčasných úmrtí, mírnění bolesti a utrpení, kde léčba není možná ; a jiným problémům spjatým se zdravotním stavem populace.
- Evropské země vycházejí ze zásady, **že každý má právo na plný rozvoj a udržení svého zdravotního potenciálu.**
- Základní strukturu zdravotnického systému tvoří tři základní subjekty a to uživatelé (pacienti), poskytovatelé péče (poskytují péči), plátcí (péči financují)
- V současné době neexistuje ani jedna vyspělá země, která by své zdravotnictví budovala výhradně na jediném principu, země se nacházejí v určitém bodě kontinua **mezi trhem a veřejnou regulací**, blíže k tomu či druhému pólu



Základní kritéria zdravotnického systému

- **Dostupnost péče:** finanční, geografická, časová (čekací doba)
- **Kvalita péče:** je odrazem toho jak úroveň zdravotní péče odpovídá současným poznatkům výzkumu a vývoji technologií, závisí na ekonomické situaci země, vybavenosti zdravotnických zařízení, projevuje se na zdravotním stavu populace a na spokojenosti pacientů
- **Ekonomická nákladovost** – výdaje na zdravotnictví (% HDP)
- **Výkonnost (efficiency)** - % výdajů na zdravotnictví, které jsou spotřebované na správu systému
- **Rovnost (ekvita, spravedlnost)** – rovný přístup k léčbě bez ohledu na platební schopnost nebo sociální postavení

Trh x vládní regulace

TRH	VLÁDNÍ REGULACE
Konkurence	Veřejné fondy
Nabídka – poptávka	Zdravotní politika, zákony, směrnice, sankce
Dobrovolný vztah	Povinný vztah
Smluvní vztah	Regulovaný vztah
Zdravotní péče jako zboží	Zdravotní péče jako sociální služba

Modely zdravotnických systémů

- Rozlišujeme tři základní modely zdravotnických systémů, které se v základních rysech navzájem podstatně odlišují
- **Tržní (pluralitní) zdravotnictví (USA) (liberalistický systém)**
- **Veřejné zdravotní pojištění (povinné, všeobecné, zákonné)**
- **Národní zdravotní služba (státní zdravotnictví)**

- Velmi často: smíšené zdravotnické systémy
- Ani jedna z vyspělých zemí není dnes čistým typem jediného modelu
- V Evropě se v současné době prakticky všechny zdravotnické systémy opírají o princip solidarity a nároku na zdraví.
- V USA se systém opírá o tržní pojištění
- Princip solidarity obsahuje ale i nežádoucí prvky, kterými je solidarita jedinců zodpovědných za své zdraví s nezodpovědnými jedinci a riziko v podobě zneužívání systému (nadměrné spotřebě zdravotnických služeb)
- V tržním systému je největším problémem tzv. nerealizovaná péče

Beveridgeův systém

- Obyvatelé odvádějí na financování zdravotní péče část svých příjmů do státního rozpočtu a z něho je pak v systému státní (národní) zdravotní služby financovaná zdravotní péče
- Příklady zemí: Velká Británie, Kanada, Irsko, Austrálie, Nový Zéland
- Zdravotní péče je převážně financována z daní
- Zdravotní péče je zajištěna pro všechny bez ohledu na platební možnosti

Bismarckoský model – veřejné zdravotní pojištění

- Státní garance v přístupu ke zdravotní péči pro všechny
- Jedná se o veřejné, zákonné, povinné zdravotní pojištění
- Financování je zcela odděleno od státního rozpočtu
- Pojistné je odváděno občany do fondu zdravotních pojišťoven
- Je založeno na principu solidarity = každý platí pojistné dle výše svého příjmu, dostává se mu zdravotní péče dle svých potřeb
- Stát přispívá za některé skupiny obyvatelstva (důchodci, děti)
- Pojistné vyměřeno jako % z hrubého příjmu
- V některých státech se vztahuje i na rodinné nezaměstnané příslušníky
- Ambulantní služby poskytovány soukromými lékaři na základě smluv s pojišťovnami
- Konkrétní formy tohoto systému jsou odlišné v jednotlivých státech
- Německo, Francie, Benelux, Maďarsko, Polsko, ČR

Tržní (liberalistický) model

- Zdravotní péče je v tomto systému zbožím nebo službou
- Lékaři mají postavení samostatných podnikatel
- Velkou roli většinou hrají profesionální asociace
- Zdravotnická zařízení jsou převážně soukromá
- Platby za zdravotní péči – přímé i nepřímé platby (30 – 40 % přímých plateb)
- Velmi důležitým prvkem systému je soukromé zdravotní pojištění
- V tomto systému neexistuje garance zdravotní péče pro všechny občany
- Systém doplňují státní intervence v podobě veřejných zdravotních programů

Systemy péče – konkrétní příklady zemí

- USA jako příklad tržního zdravotnictví
- Německo jako příklad systému se zákonným pojištěním s garantovaným plněním
- Velká Británie Národní zdravotní služba ve Velké Británii

USA – tržní systém zdravotnictví

- Po dlouhou dobu bez koncepčních rysů (dohoda lékař x pacient)
- Až v rámci new deal (Roosevelt) 1933–1937 byly uvedeny některé principy zdravotní politiky
- Na trh zdravotního pojištění vstoupili soukromé zdravotní pojišťovny
- Po druhé světové válce celospolečenský tlak na zavedení všeobecného zdravotního pojištění a v šedesátých letech byly představeny a přijaty program Medicare a Medicaid (1965), které umožňovaly přístup ke zdravotní péči vymezeným skupinám obyvatel
- Pokračuje i rozvoj soukromého pojištění, vývoj proporcí viz tabulka

Vývoj zdrojů financování USA 1960-2000 (%)

	1960	1970	1980	1990	1995	2000
1. Soukromé zdroje	78,6	64,8	59,7	61,0	55,4	56,7
1.1 Přímé platby	55,2	29,7	27,1	22,5	16,9	17,2
1.2 Soukromé pojištění	21,4	22,3	28,3	33,4	33,4	34,6
1.3 Jiné	2,0	2,8	4,3	5,0	5,1	5,0
2. Veřejné zdroje	21,4	35,2	40,3	39,0	44,6	43,3
2.1 Federální fondy	8,7	22,9	29,3	28,6	34,1	32,8
2.1.1 Medicare	0,0	11,5	16,9	17,6	20,6	19,2
2.1.2 Medicaid	0,0	4,3	6,4	6,6	9,5	9,8
2.1.3 Jiné	8,7	7,1	6,0	4,4	4,0	3,8
2.2 Zdroje států Unie	12,6	12,3	11,1	10,5	10,5	10,5
2.2.1 Medicaid	0,0	3,7	5,1	4,8	6,2	6,9
2.2.2 Jiné	12,6	8,6	5,9	5,6	4,3	3,6

Subjekt USA systému

- Základní články systému jsou pacient a lékař
- Zaměstnavatelé přispívají na pojistné plány svých zaměstnanců
- Soukromé zdravotní pojišťovny fungují v ziskovém režimu
- Důležitý prvek jsou tzv. formy řízené péče, sdružují poskytovatele a plátce, pacienti se účastní určitého plánu, stimulace pacienta ke spotřebě péče v rámci nasmlouvaných pracovišť

Financování systému

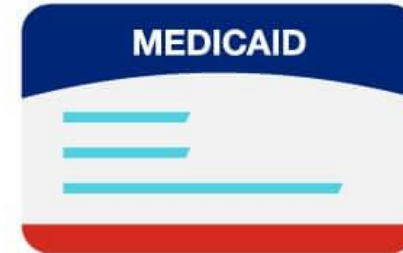
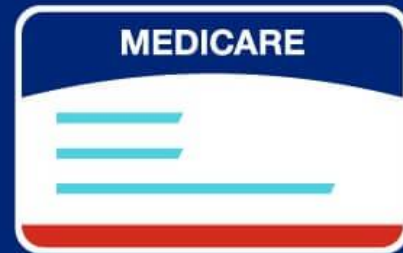
- V současné době je americký systém nejdražším systémem na světě, kde se podíl výdajů na zdravotnictví na HDP pohybuje kolem 14 – 15 procent
- Systém je založen zejména na soukromém zdravotním pojištění
- Od 70. let 20. století lze sledovat nárůst veřejných výdajů na zdravotnictví
- zdravotní pojištění je uzavíráno na soukromé bázi, často s podporou velkých zaměstnavatelů, není povinné, zaměstnanec si může vybrat zda využije
- Existují risk-based premiums, pojištění stanovenou na základě individuálního rizika, tedy zhodnocení aktuálního a budoucího zdravotního stavu

Medicaid a Medicare

Medicare

VS

Medicaid



**Generally for people
who are 65 & older, or
who have a
qualifying disability**

**For individuals,
families, and
children with limited
income & resources**

Medicare a Medicaid

- **Medicare:** Federální program pro osoby ve věku 65 let a starší a pro osoby invalidní
- **Medicaid:** Státní program pro osoby s omezenými příjmy a zdroji
- Variace v plánech Medicaidu napříč státy
- Podléhá přísným kritériím na úrovni států, pro matky s dětmi, osoby s nízkým příjmem a se špatným zdravotním stavem
- Existují i jedinci, kteří spadají do obou programů
- Přesně daný měsíční příjem a majetek domácnosti
- Pro úhradu péče jsou stanoveny detailní sazebníky

USA - Problém nepojištěných a podpojištěných osob

- Zdravotní pojištění není povinné, existují zcela nepojištěné osoby, jsou to desítky milionů osob, asi 9 % všech obyvatel nemá sjednané pojištění
- Vyšší procento nepojištěných je v sociálně ohrožených skupinách obyvatel
- Dalším problémem je skupina podpojištěných obyvatel
- Nepojištění hradí péči přímo, cena je obvykle vyšší

Souhrnná charakteristika USA

- USA systém vykazuje vysokou relativní nákladovost za kterými stojí pravděpodobně neefektivnost při poskytování péče, náklady na právní služby za zajištění proti riziku a zanedbání péče
- Zdůrazňována individuální odpovědnost jednotlivce, pacient se chová jako zákazník
- V druhé polovině dvacátého století se k existujícím systémům přidali programy pro společensky uznané skupiny obyvatel
- Z pohledu garance stát vstupuje přes FDA
- Systém na jedné straně poskytuje okamžitý přístup k nejmodernějším léčebným technologiím pro ty, kteří mají pojištění
- Na druhou stranu existuje značná nerovnost v přístupu ke zdraví,

System zákonného pojištění s garantovaným plněním (Německo)

- Počátky zákonného sociálního a zdravotního pojištění v Německu se datují do osmdesátých let 19. století
- Kancléř **Otto von Bismarck** prosadil v německém parlamentu povinné zákonné pojištění pro dělníky
- Zpočátku pojištění určeno k náhradě příjmu v nemoci, postupně docházelo k zahrnutí úhrad zdravotní péče (k nepeněžnímu plnění)
- Tento systém byl pevně ukotvený a nezkolaboval ani v první světové válce, při hyperinflaci ve 20. letech ani při druhé světové válce
- V roce 1883 měl pokrytí 10 % německé populace, v roce 1987 pokrytí 88 % populace
- V rámci EU má Německo jeden z nejvyšších výdajů na zdravotní péči k HDP
- Pojistné je rozděleno mezi zaměstnavatele a zaměstnance v poměru 1:1, děti jsou pojištěny v rámci pojistky ekonomicky aktivních rodičů
- Při splnění určitých kritérií za nezaměstnané platí pojistné úřad práce

19 Zápatí prezentace Volba pojišťovny je možná od roku 1996, minimální doba u jedné pojišťovny 18 měsíců

System zákonného pojištění s garantovaným plněním (Německo)

- Německý systém je relativně komplexní a vyvážený systém s dobře specifikovanou rolí jednotlivých aktérů
- Na federální úrovni je klíčovým orgánem veřejné správy Ministerstvo zdravotnictví a sociálního zabezpečení, které se opírá o odborné ústavy (např. Robert Koch Institute)
- Lékaři provozující praxi jsou sdruženi v profesních organizacích, v každé spolkové zemi je typicky jedna profesní organizace, která vyjednává se zdravotními pojišťovnami cenu péče
- Existuje svobodná volba lékaře, v případě zákonného pojištění je ale vázána na to, zda má lékař smlouvu se ZP určitého pojištěnce
- Plátcí péče jsou zákonné i soukromé pojišťovny, pojišťoven je velké množství (cca 110)

Zákonné x soukromé pojištění (Německo)

- Kromě zákonného pojištění v Německu existuje ještě druhá linie a to soukromé pojištění
- Zákonné pojištění: Přibližně 86 procent populace je zapsáno do povinného zdravotního pojištění,
- Soukromé pojištění: Němci, kteří vydělávají více než 68 000 USD, mohou odmítnout povinné zdravotní pojištění a místo toho si vybrat soukromé zdravotní pojištění.
- Přejít je možný po splnění podmínky příjmové hranice, přechod zpět je striktně omezen (zabránění spekulací s pojištěním)
- Ramos, 2018: *Waiting times in primary care depending on insurance scheme in Germany*, 5 618 respondentů, soukromě pojištění respondenti uváděli kratší čekací doby 3,3 dne na rozdíl od 4 dnů u veřejného pojištění), rovněž uvedli větší spokojenost s čekací dobou (77,5 %) než pojistitelé SHI (64,5 %). Asi 10 % respondentů uvedlo nadměrné čekací doby v primární péči.

Spoluúčast pacientů /Německo

- Spoluúčast je spíše regulačním prvkem, nikoli hlavní zdroj financování zdravotní péče v Německu
- Nejvýznamnější položky jsou léky, zdravotnické pomůcky (10 % z ceny), pobyt v nemocnici (10 EUR/den), 10 EUR za rehabilitační služby ve stacionářích
- Od těchto plateb jsou osvobozeny děti do 18 let věku a rodiny s nízkými příjmy

Souhrnná charakteristika - Německo

- Německé sociální zdravotní pojištění (SHI) je založeno na solidaritě, tj. příspěvky stoupají proporcionálně s příjmem, zatímco příspěvky jsou redistribuovány podle potřeb pojištěných.

Německý systém patří mezi garantované systémy zdravotní péče, svým zákonným pojištěncům garantuje tuto péči:

- Prevence onemocnění, ochrana a podpora zdraví
- Diagnostika nemocí, léčba, urgentní medicína, transport
- Klíčovým trojúhelníkem je lékař-zdravotní pojišťovna pacient
- Stát určuje rozsah péče, neurčuje cenu péče ani to, jakým způsobem budou lékaři s pojišťovnami vyjednávat
- děti jsou pojištěny zdarma
- SHI (sociální zdravotní pojištění) zahrnuje rozsáhlý balíček výhod, který přesahuje základní služby, a pacienti si mohou volně vybírat své lékaře, praktické lékaře i specialisty.
- Část populace (asi 10 %) má navíc i soukromé zdravotní pojištění (buď doplňkové pojištění k veřejnému, nebo substituční zdravotní pojištění pro bohaté občany)

Národní zdravotní služba ve Velké Británii

- Historicky přímé úhrady (nižší ceny lékaři účtovali chudým)
- Sir William H. Beveridge, britský ekonom a politik, žil v letech 1879–1963.
- V průběhu druhé světové války W. Beveridge publikoval svoji zprávu ve které uvedl charakteristiky, které má poválečné zdravotnictví splňovat a to
 - 1) zajištění lékařské péče každému občanu bez ohledu na věk, pohlaví, zaměstnání
 - 2) Poskytovat komplexní zdravotní péči, zahrnující všechny aspekty preventivní i léčebné péče
- Bylo převzato politiky a v roce 1948 byla spuštěna National Health Service (NHS), stala se prototypem zdravotnického systému poskytovaného státem

NHS základní znaky

- Základním článkem systému je praktický lékař, jeho funkce je ale širší než v jiných systémech, spolupracuje s ošetřovatelkami i dalšími sociálními pracovníky, může provádět i jednoduché chirurgické výkony, v případě potřeby doporučuje pacienta k ambulantní léčbě u speciality, nebo pro přijetí k hospitalizaci
- Ve VB tvoří kontakt s praktickým lékařem celých 90 % všech kontaktů pacientů s lékařem
- Financování systému je zajištěno ze všeobecných daní, podíl soukromých zdrojů je nízký
- Jedná se o jeden z nejlevnějších systémů ve vyspělých zemích, což bývá předmětem kritiky
- Soukromé pojištění je zhruba z 10 procent (na přímé platby pacientů)
- Praxe soukromých lékařů jsou realizovány na základě jejich smlouvy s NHS

NHS - Shrnutí

- Britský systém je postaven na egalitárním pojetí zdraví, zdravotní péče je chápána jako veřejný statek
- Dostupnost péče a rovnost v přístupu je systémově sledovaným prvkem, v průzkumech veřejného mínění je systém hodnocen pozitivně
- Diferenciace v přístupu k péči mezi jednotlivými sociálními skupinami, nebo regiony je chápána jako problém a je systémově řešena
- Z hlediska nákladů patří systém k nejefektivnějším v poměru výdaje / zdravotní stav obyvatelstva
- Velkým problémem britského systému jsou čekací seznamy, není výjimkou čekací doba až 18 měsíců
- Čekací listiny jsou předmětem celospolečenských diskuzí i objektem plánů na reformy

Zdravotnický systém v ČR

- Zdravotnický systém v ČR je založen na veřejném zdravotním pojištění
- Podmínky zdravotního pojištění se řídí zejména zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Systém založen na principu solidarity podle Bismarckovského modelu zdravotnictví
- Všichni občané povinně odvádějí platbu do fondů zdravotních pojišťoven (1/3 zaměstnanec, 2/3 zaměstnavatel), OSVČ dle vyměřovacího základu, OBZP
- Za zákonem vymezené skupiny občanů (senioři, studenti,...) je plátcem pojistného stád
- přímá finanční spoluúčast občanů nepřesahuje 15 % (léky, stomatolog, zdrav. Pomůcky)
- Finanční tok od zdravotních pojišťoven k poskytovatelům zdravotní péče zabezpečovaná prostřednictvím úhradové vyhlášky.
- Úhradová vyhláška určuje objem a jednotkové úhrady v nemocničním a ambulantním segmentu a je dojednávána v tzv. **dohodovacím řízení** mezi pojišťovnami a poskytovateli za účasti profesních sdružení. Ministerstvo tento proces stvrzuje legislativně čili vydáním úhradové vyhlášky.

Shrnutí (tržní x beverig x bismarc)

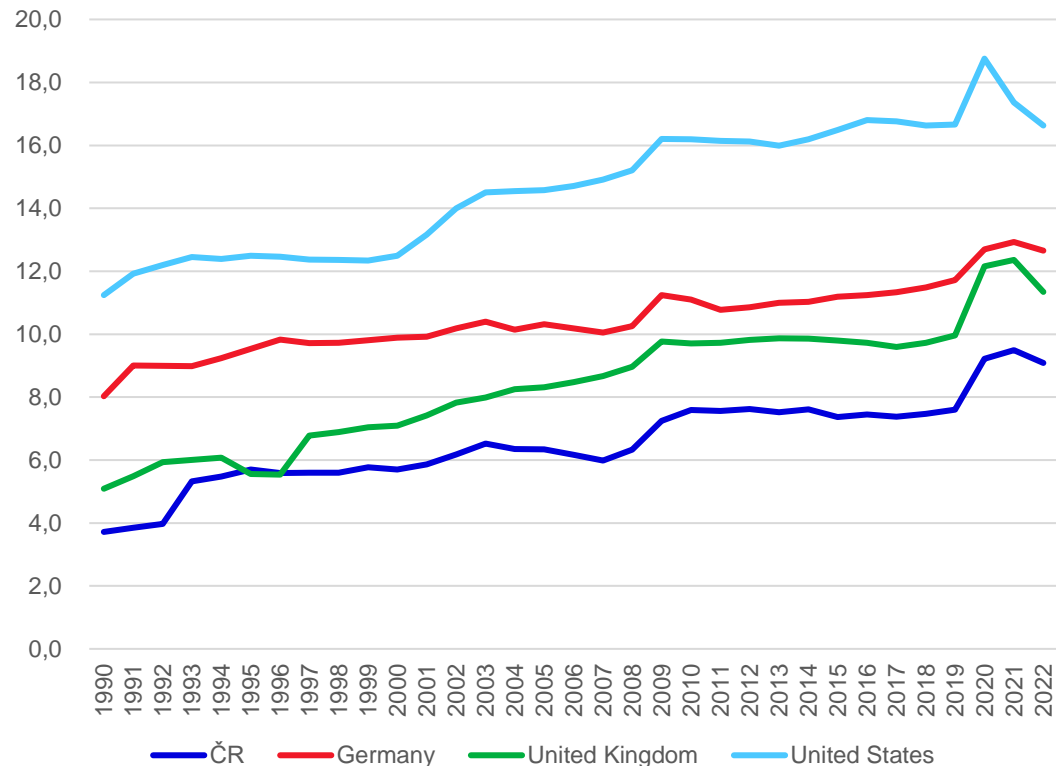
- Z informací o jednotlivých systémech zdravotní péče je zřejmé, že žádný z těchto systémů není ideální, každý má své problémy, které musí řešit
- V systému NHS je úroveň výdajů determinovaná politickým rozhodnutím na úrovni státního rozpočtu, při větší spotřebě péče, než jaká byla plánovaná, zejména u nákladných výkonů vznikají čekací listiny
- V systému veřejného zdravotního pojištění neexistuje omezení na úrovni „centra“, pouze je chápáno jako problém, problémem je udržet výdaje tak, aby byly v souladu s disponibilními zdroji (nejdříve výkon, potom úhrada), pokud zdroje nestačí → kumulace deficitu (tlak na zvýšení pojistného,...)
- V tržním systému je celá situace nejsložitější, pokud pacient nemá soukromé pojištění, popřípadě peníze na úhradu péče, péče není realizována, systém je méně efektivní, oproti ostatním systémům je enormně nákladný

Srovnání

Kritérium	Tržní (liberalistický) systém	Systém veřejného zdravotního pojištění (Bismarckovský model)	Národní zdravotní služba (Beveridgeův model)
Dostupnost péče			
Kvalita péče			
Nákladovost			
Výkonnost (efficiency)			
Rovnost			

Srovnání zemí: výdaje na zdravotnictví, vybrané indikátory

Celkové výdaje na zdravotnictví v % HDP



- Life expectancy at birth 2021:
- ČR 77, 2
- Německo 80,8
- Velká Británie 80
- USA 76,4
- **Pokrytí obyvatelstva** - Německo, ČR, Británie – 100 % pokrytí X **USA cca 9 % nepojištěných (tj. 28,5 milionů obyvatel)**
- **Kojenecká úmrtnost na 1000 nar.** za r. 2021 (ČR 2,2; Německo 3, Velká Británie 4, **USA 5,4**)
- **Mateřská úmrtnost na 100 000 živě narozených:** ČR 3,4, Německo 4,4; Velká Británie 9,8; **USA 21 tj. 6 krát vyšší než v ČR, nejméně dvakrát vyšší než v Británii**

Konvergence zdravotnických systémů

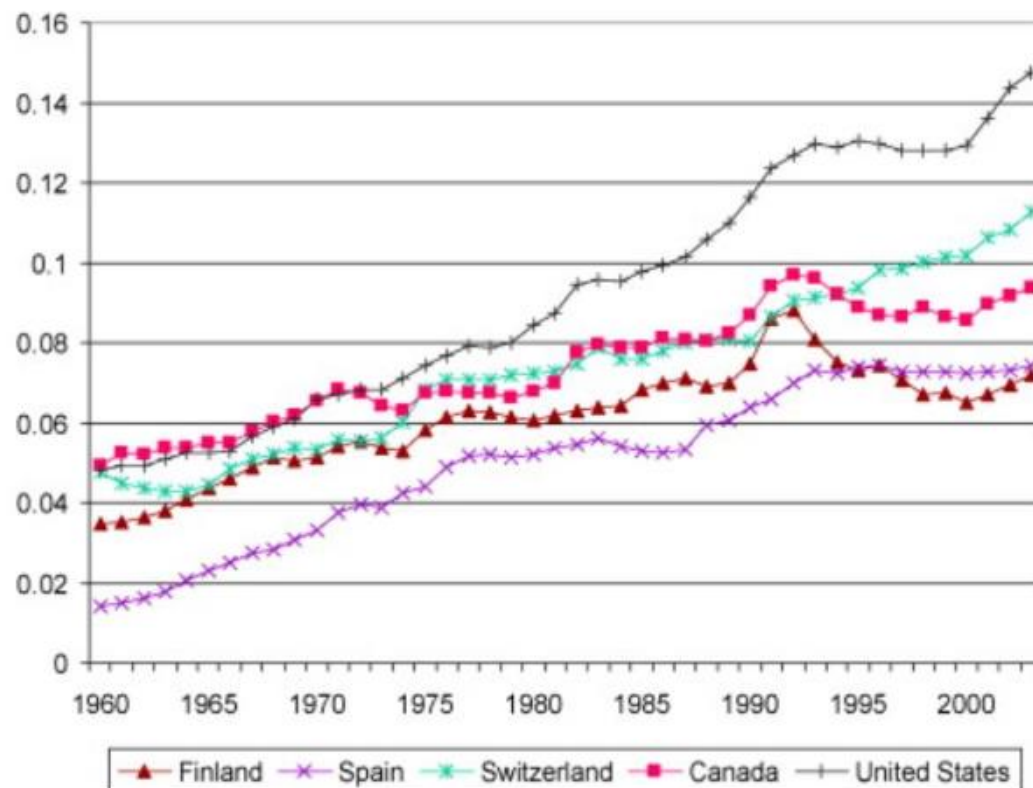
- V systému národní zdravotní služby je dlouhodobě vedena diskuze o čekacích seznamech, zároveň se projevuje i zavádění quasi-tržních mechanismů
- V systému veřejného zdravotního pojištění je uplatňována široká škála nástrojů, které jsou dnes již značně vzdálené od původního Bismarckova principu, zaměstnanecký princip je postupně opouštěn.
- V tržních systémech se paradoxně projevuje rostoucí role veřejného sektoru, kdy na jedné straně existuje Komerční vyladěný systém, který logicky vyloučí chudé, ale dochází k tlaku na veřejné zdroje, kdy stát nakupuje zdravotní péči u soukromého sektoru a realizuje veřejné programy, i tak existuje problém nerealizované péče

Navzdory různosti zdravotnických systémů, nejvýznamnější problémy jsou podobné

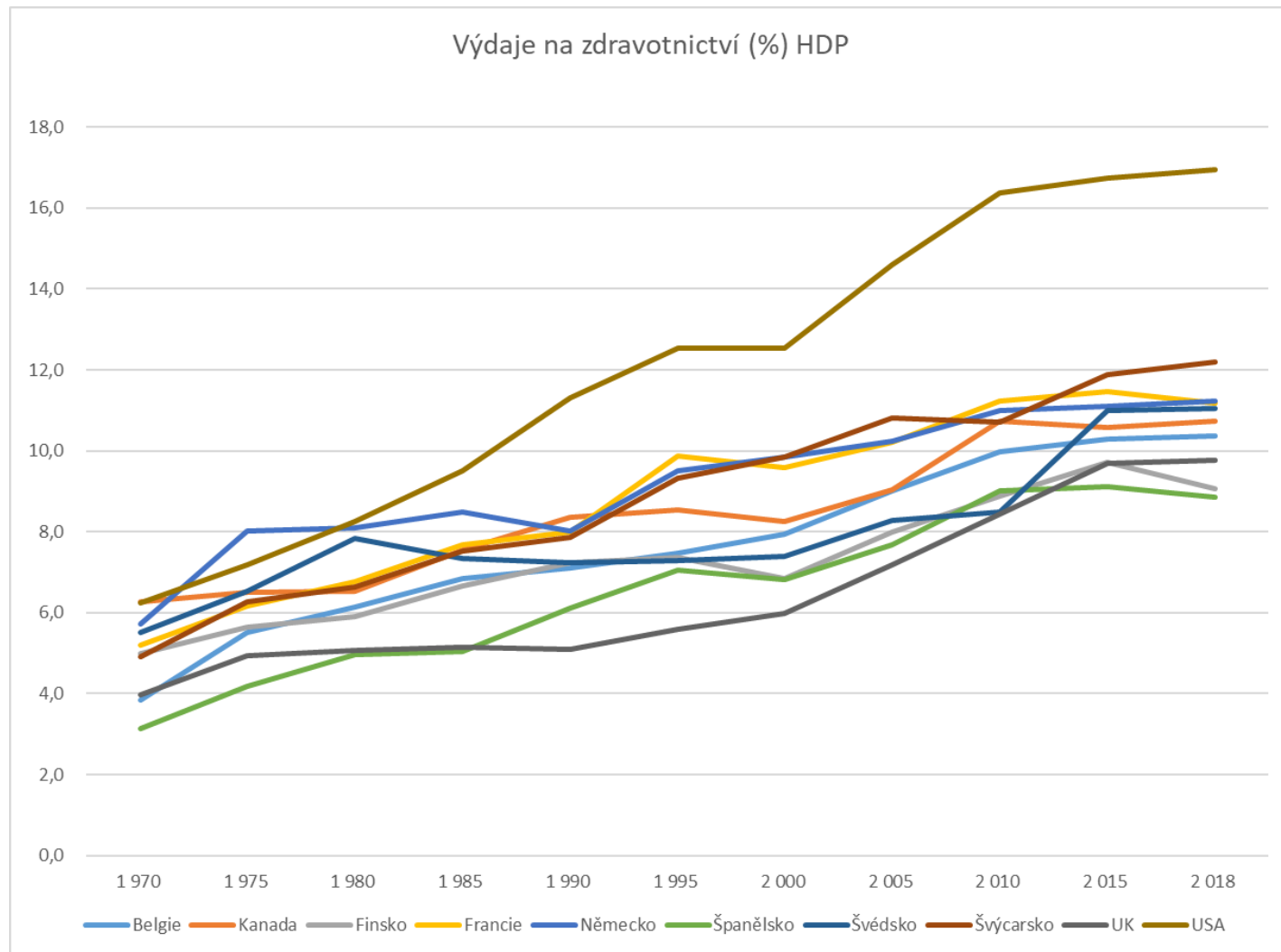
Nejvýznamnější problémy zdravotnických systémů jsou ve všech modelech bez rozdílu:

- potřeba kontroly rostoucích výdajů,
- potřeba zvýšení efektivity v poskytování zdravotní péče
- zajištění spravedlivého přístupu k péči

Podíl výdajů na zdravotnictví (% HDP) 1960 - 2000



Podíl výdajů na zdravotnictví (% HDP)



Zdravotnické instituce a jejich členění/Sít' zdravotnických zařízení

Jednoduchá typologie:

- Ambulantní a lůžkové instituce
- Preventivní, kurativní a rehabilitační instituce
- Instituce pro primární, sekundární a terciární léčbu

Sít' a činnost zdravotnických zařízení:

Základem každé zdravotnické sítě jsou nejen lůžková a ambulantní zařízení, ale též jejich vybavení (lůžka, přístroje) a personální zdroje (lékaři, zdravotní sestry, odborný zdravotní personál, aj.).

Česká republika se v mezinárodním srovnání již od počátku své existence (r. 1993) vyznačuje poměrně hustou sítí zdravotnických zařízení a tomu odpovídajícím počtem zdravotnických pracovníků.

Sít' a činnost zdravotnických zařízení

- V ČR evidováno k 31.12.2021 celkem 32 721 zdravotnických zařízení
- 21 384 samostatných ordinací lékařů primární péče a lékařů specialistů.
- Ve všech zdravotnických zařízeních pracovalo koncem roku 2021 v přepočtu na celé úvazky (včetně smluvních pracovníků) 52 279 lékařů a zubních lékařů a dále 121 780 samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů
- Počty přístrojů dle specializace viz „mapa zdravotnické techniky“ nebo Zdravotnická ročenka České republiky za r. 2021

Mapa zdravotnické techniky

Magnetická rezonance (tomografy MR) nad 1,5 T

Nalezeno 29 přístrojů u 24 poskytovatelů pro

Všechny kraje

a

Všechny okresy

V aktuálním výpisu zohlednit

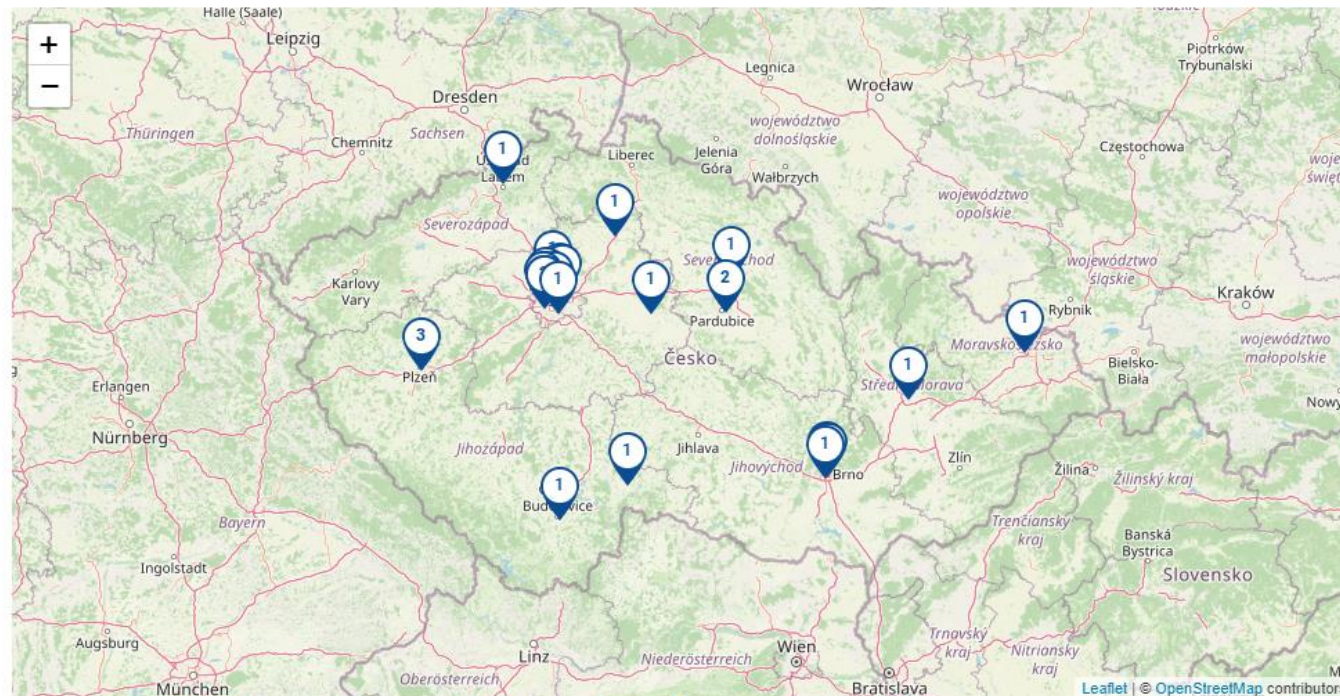
Všechny druhy poskytovatele

Vytisknout výsledek

Mapa

Tabulka

Přiblížit/oddálit



Zdrojem dat je Roční výkaz o přístrojovém vybavení zdravotnického zařízení.

PET (pozitronová emisní tomografie) s CT



Nalezeno 16 přístrojů u 14 poskytovatelů pro

Všechny kraje

a

Všechny okresy

V aktuálním výpisu zohlednit

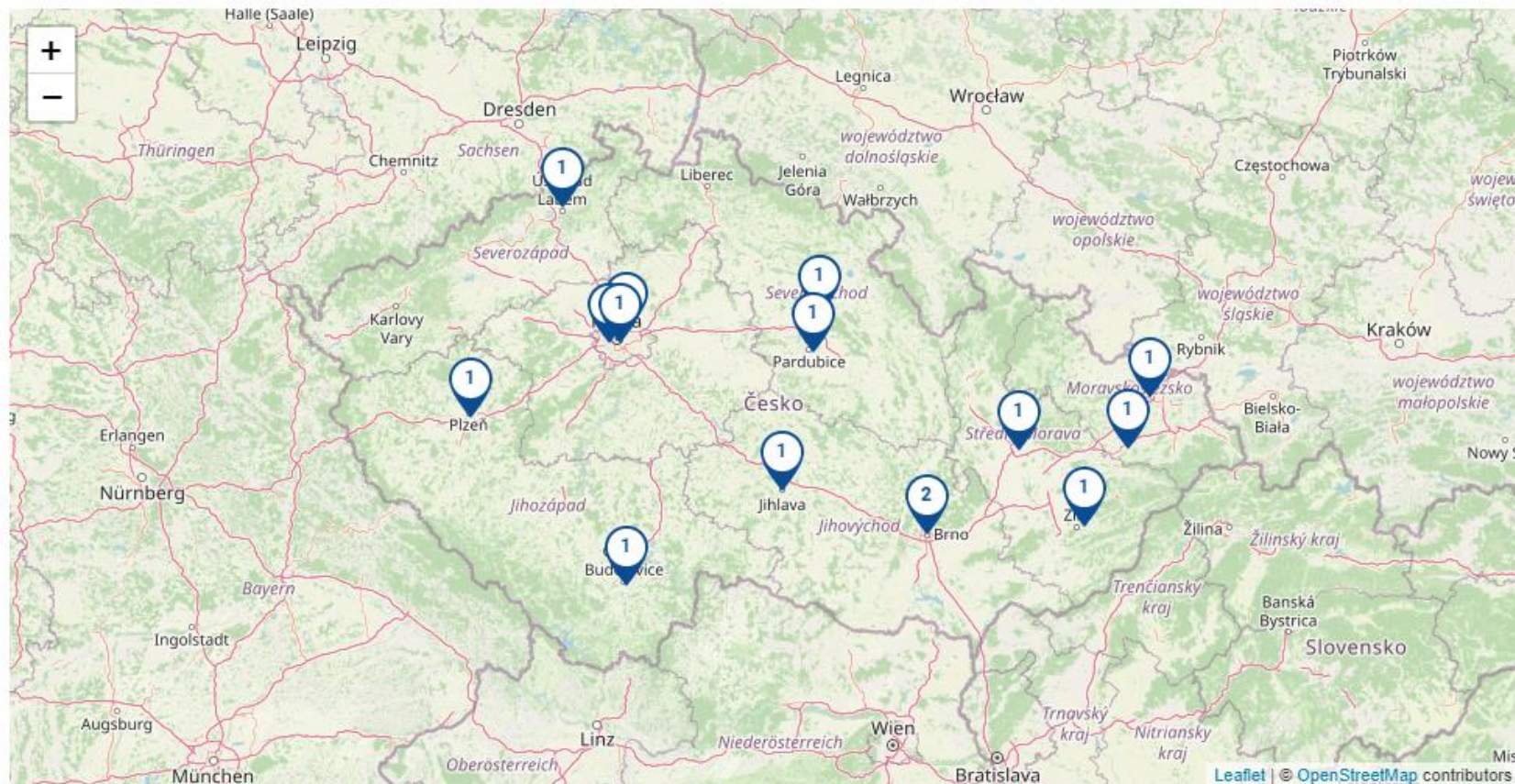
Všechny druhy poskytovatele

Vytisknout výsledek

Mapa

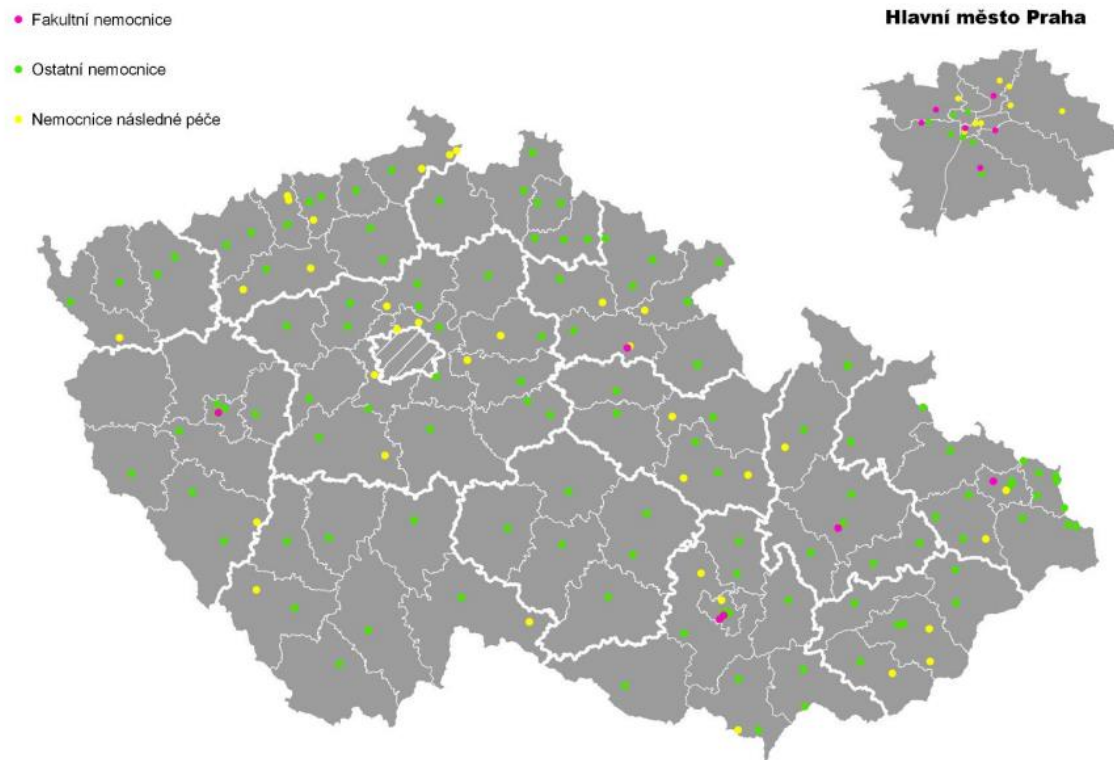
Tabulka

Přiblížit/oddálit



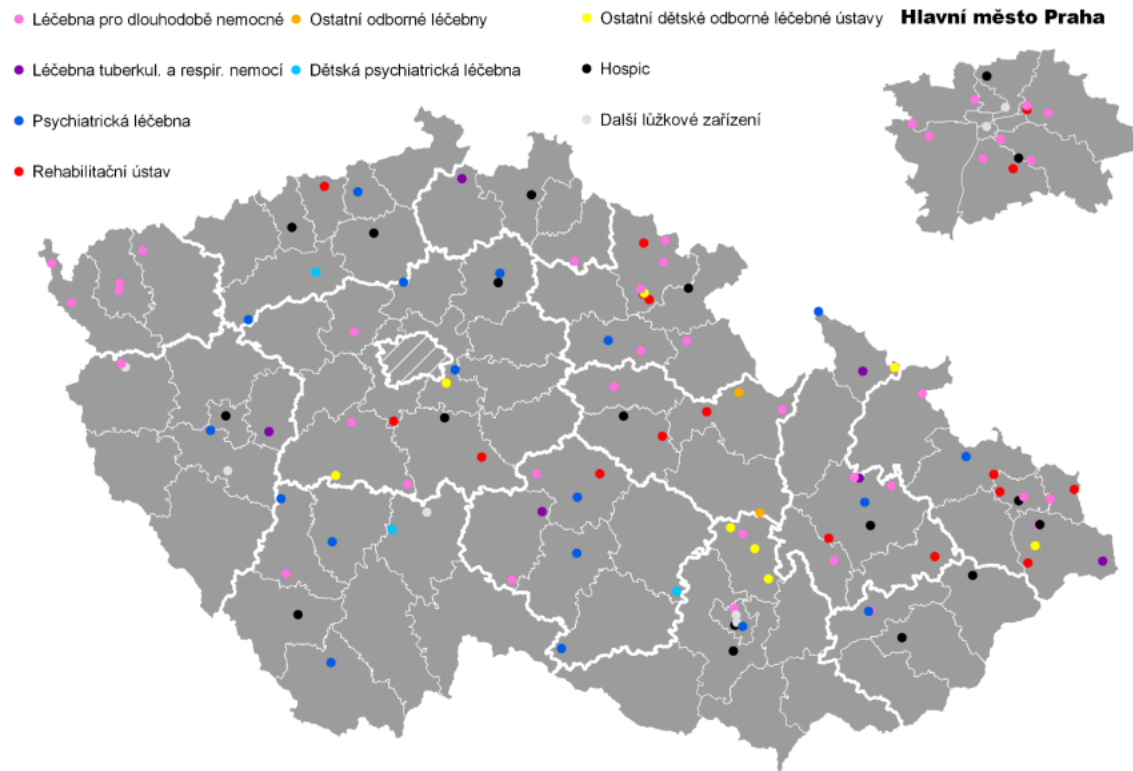
Zdrojem dat je Roční výkaz o přístrojovém vybavení zdravotnického zařízení [↗](#)

Obrázek 3.1. Síť nemocnic k 31. 12. 2021



- Lůžkových zařízení (bez lázní a ozdravoven) bylo registrováno 321(204 nemocnic a 117 odborných léčebných ústavů)

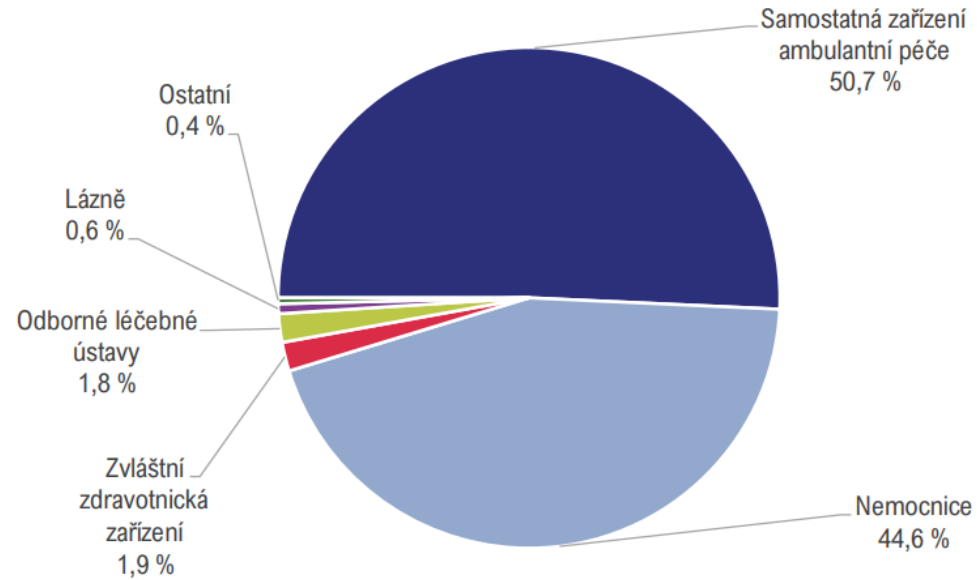
Sít' odborných léčebných ústavů k 31. 12. 2021



— Lůžkových zařízení (bez lázní a ozdravoven) bylo registrováno 321 (204 nemocnic a 117 odborných léčebných ústavů)

Struktura lékařů (včetně zubních lékařů) podle druhu zařízení

Obrázek 3.2. Struktura lékařů (včetně zubních lékařů) podle druhu zařízení



Zdroj dat: <https://www.uzis.cz>



**ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA
ČESKÉ REPUBLIKY
2021**

- Mertl, J. (2022). *Financování zdravotnických systémů v kontextu české zdravotní politiky*. Wolters Kluwer.
- Zlámal, J., & Bellová, J. (2013). *Ekonomika zdravotnictví*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Goncharuk, A. G. (2017). Efficiency vs effectiveness: a benchmarking study on European healthcare systems. *Economics & Sociology*, 10(3), 102-115.
- Busse, R., Blümel, M., Knieps, F., & Bärnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390(10097), 882-897.
- Ročenka, ZDRAVOTNICKÁ. "ČESKÉ REPUBLIKY." (2021).