

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra asijských studií

BAKALÁŘSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Srovnání zdravotního systému v České republice a na
Taiwanu**

Comparison of the health system in the Czech Republic and
Taiwan

OLOMOUC 2016 Matušovská Tereza

Vedoucí diplomové práce: Bc. Martin Lavička, M.A.

Kopie zadání diplomové práce do STAGu

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Filologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Čínská filologie (ČINF)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
MATUŠOVSKÁ Tereza	U Rybníka 406, Nový Jičín - Žilina	F13612

TÉMA ČESKY:

Srovnání zdravotního systému v České republice a na Tchaj-wanu

TÉMA ANGLICKY:

Comparison of the health system in the Czech Republic and Taiwan

VEDOUČÍ PRÁCE:

Bc. Martin Lavička, M.A. - ASH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Cílem této bakalářské práce je porovnat zdravotní systémy dvou odlišných zemí, České republiky a Tchaj-wanu. Výběr tématu byl ovlivněn osobním zájmem o problematiku světového zdravotnictví, v tomto případě byl výběr zúžen na Čínskou republiku, zemi, která je stále důležitějším hráčem na poli jak politickém, tak i obchodním. Součástí práce je stručný teoretický rozbor vývoje zdravotnictví obou zemí od 90. let 20. století, následuje popis současného stavu obou zdravotních systémů a specifika zdravotnictví každé země. Poslední část je věnována srovnání těchto zdravotních systémů a kritické analýze pozitiv a negativ, která souvisejí s životními podmínkami obyvatel České republiky a Tchaj-wanu.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- 1)DRBAL, Ctibor. Česká zdravotní politika a její východiska. Praha: Galén, 2005.
- 2)MATOUŠEK, Miloslav. Přehled dějinného vývoje lékařství. Praha: Orbis, 1953.
- 3)MOŽNÝ, Ivo. Česká společnost. Portál: Praha, 2002.
- 4)ŠIMEK, Jiří. a kol. Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa. Praha: Grada, 2002.
- 5)TIEN, Hung-Mao. The Great Transition: Political and Social Change in the Republic of China. Stanford: Hoover Institution, 1989.
- 6)KELLY, Robert, BROWN, Joshua Samuel. Taiwan. Footscray: Lonely Planet, 2007.
- 7)WANG, Guang-Xu. A network approach for researching political feasibility of healthcare reform: The case of universal healthcare system in Taiwan. Social Science & Medicine, 2012.
- 8)WANG, Shioh-Ing, YAUNG, Chih-Liang. Vertical equity of healthcare in Taiwan: health services were distributed according to need. International Journal for Equity in Health, 2013.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Místopřísežně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: "Srovnání zdravotního systému v České republice a na Taiwanu" vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 22. 6. 2016

Podpis.....

Anotace

Cílem této bakalářské práce je porovnat zdravotní systémy dvou odlišných zemí, České republiky a Taiwanu. Výběr tématu byl ovlivněn osobním zájmem o problematiku světového zdravotnictví, v tomto případě byl výběr zúžen na Čínskou republiku, zemi, která je stále důležitějším hráčem na poli jak politickém, tak i obchodním. Součástí práce je teoretický rozbor historického vývoje zdravotnictví obou zemí, následuje popis současného stavu obou zdravotních systémů a teoretická část práce je zakončena specifiky zdravotnictví každé země. Praktická část mé práce je věnována komparaci těchto zdravotních systémů a kritické analýze pozitiv a negativ, která souvisejí s životními podmínkami obyvatel České republiky a Taiwanu.

Hlavním cílem mé práce je zhodnotit situaci, ve které se oba zdravotní systémy v současné době nacházejí, a který ze systémů je schopen nabídnout lepší služby a péči svým obyvatelům.

Výsledkem mé práce bylo zjištění, že jak pozitiva, tak i negativa obou zdravotních systémů jsou si velmi podobná, avšak u každého systému jsou podmíněny jinými faktory. V poslední kapitole předkládám návrhy k vyřešení jednotlivých problémů.

Klíčová slova: zdraví, zdravotnictví, zdravotní systém, Česká republika, Taiwan, NHI, zdravotní pojištění

Ráda bych tímto poděkovala panu Bc. Martinu Lavičkovi, M.A. za cenné rady a připomínky, ale také za vstřícnost při konzultacích během vypracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Janu Táborskému z interního oddělení novojičínské nemocnice za poskytnuté informace z praxe.

Obsah

Seznam zkratek	- 7 -
Úvod	- 8 -
Metodologie a struktura práce	- 9 -
1) Teoretická část	- 11 -
1.1 Historický vývoj zdravotního systému v České republice.....	- 11 -
1.2 Historický vývoj zdravotního systému na Taiwanu.....	- 14 -
1.3 Současný stav zdravotnictví v České republice	- 17 -
1.4 Současný stav zdravotnictví na Taiwanu	- 18 -
1.5 Specifika zdravotnictví České republiky	- 20 -
1.5.1 Aktéři zdravotnického systému	- 21 -
1.6 Specifika zdravotnictví na Taiwanu	- 24 -
2) Praktická část.....	- 28 -
2.1 Srovnání pozitiv zdravotního systému České republiky a Taiwanu	- 28 -
2.1.1 Dostupnost zdravotní péče.....	- 28 -
2.1.2 Kvalita vybraných lékařských oborů	- 29 -
2.2 Srovnání negativ zdravotního systému České republiky a Taiwanu	- 31 -
2.2.1 Nedostatek lékařů a zdravotních sester.....	- 31 -
2.3 Návrhy na řešení problémů ve zdravotních systémech	- 34 -
2.3.1 Česká republika	- 34 -
2.3.2 Taiwan	- 36 -
Závěr	- 38 -
Resumé.....	- 40 -
Seznam zdrojů a použité literatury	- 41 -
Literatura.....	- 41 -
Zdroje	- 42 -

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v mil. Kč)	- 21 -
Obrázek 2 – Aktéři zdravotnického systému v České republice	- 22 -
Obrázek 3 – Organizační struktura zdravotnického systému na Taiwanu	- 26 -

Seznam zkratek

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

ČLK – Česká lékařská komora

NHI – Národní zdravotní pojištění

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

EHCI – Evropský index zdraví spotřebitelů

FN – Fakultní nemocnice

HDP – Hrubý domácí produkt

NHIA – Správa národního zdravotního pojištění

BNHI - Kancelář pro Národní zdravotní pojištění

WHO – Světová zdravotnická organizace

IC – Identifikační karta

EU – Evropská unie

AHRQ – Agentura pro zdravotnický výzkum a kvalitu

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

JIP – Jednotka intenzivní péče

Úvod

Tato bakalářská práce je zaměřena na srovnání dvou zdravotních systémů a to u zemí, které se naprosto odlišují svým vývojem, historií i současnou ekonomickou situací. V čem se však tyto ani žádné jiné státy neliší, je nutnost zdravých obyvatel a výkonného zdravotního systému, který by podpořil jak prevenci, tak následnou péči o obyvatele.

Hodnota zdraví by měla být ve vyspělé společnosti jednou z nejvyšších. Můžeme ji rozdělit na hodnotu individuální, která je spojena s pudem sebezáchovy, a na hodnotu sociální, která je také hlavní složkou zdravotního systému¹. Každý stát a obyvatelstvo v něm žijící musí věnovat pozornost zdraví lidí, protože jen ekonomicky výkonná a produktivní populace může vybudovat silnou společnost.

Je nutné si uvědomit, že vývoj zdravotního systému u obou zemí probíhal naprosto odlišně. Zatímco v České republice bylo koncem 19. století již zavedeno zdravotní pojištění a pacienti byli přiřazeni k praktickým lékařům², na Taiwanu se v 19. století teprve začínali seznamovat se západní medicínou, bojovali s epidemiemi a tvořili síť zdravotnických zařízení.³ Pozoruhodný je však pokrok, ke kterému zdravotní systém na Taiwanu dospěl za relativně krátký časový úsek.

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila z osobních důvodů, především díky mému zájmu o zdravotní situaci nejen u nás, ale i ve světě. Existuje spousta prací, které srovnávají evropské zdravotní systémy, často najdeme také komparaci se systémem Spojených států amerických. Vzhledem ke specifickému postavení, které Taiwan v současné době zaujímá, jsem se chtěla zaměřit na tuto zemi a přiblížit ji čtenářům z jiného hlediska než politického či turistického. Taktéž situace, ve které se nachází české zdravotnictví, přispěla k mému rozhodnutí zjistit, jak funguje zdravotnictví jinde ve světě a s jakými problémy se potýká, konkrétně na Taiwanu. V mé práci jsem se zaměřila na analýzu současné situace v obou systémech a vybrala jsem konkrétní pozitiva a negativa, která jsem dále specifikovala. Závěrem mé práce jsem přednesla návrhy, jak by se daly problémy ve zdravotnictví v budoucnu řešit.

¹ Rozhovor s MUDr. Janem Táborským

² Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: zdravotnictví v číslech a názorech: Kulatý stůl - Budoucnost zdravotnictví. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008, s. 14.

³ Development of the Healthcare system in Taiwan. National Health Insurance Administration Ministry of Health and Welfare [Online]

Metodologie a struktura práce

V první kapitole popisují historický vývoj zdravotnictví v České republice od dob Rakouska-Uherska. Zmiňují zde zavedení zdravotního pojištění v roce 1888 a jeho následné plošné zavedení. Pokračují vývojem po druhé světové válce a zavádím pojem Semaškův model zdravotnictví. Následují důležité mezníky v českém zdravotnictví – rok 1989 a pád socialistického režimu, počátek činnosti VZP v roce 1992 a zdravotnická reforma v letech 2007-2008.

Druhá kapitola je zaměřena na historii zdravotnictví na Taiwanu. Popisují zde situaci před zavedením západní medicíny, příchod západních misionářů a lékařů a založení prvních nemocnic. Opět následují nejvýznamnější data v budování zdravotnictví, např. japonská kolonizace, 2. světová válka a rok 1971, kdy bylo založeno Ministerstvo zdravotnictví, které začalo pracovat na zlepšení situace ve zdravotnictví.

Třetí kapitola je věnována současné situaci v českém zdravotnictví. Nastíhují problémy, které zdravotní systém sužují a srovnávám názory představitelů ČLK a evropských statistik. Zmiňují se také o úspěších českých lékařů ve světě.

Čtvrtá kapitola pojednává o zavedení systému NHI na Taiwanu v roce 1995, což byl nejdůležitější krok v budování zdravotnictví. Kapitola specifikuje fungování NHI a služby, kterých se dostane pacientům a pojištěncům.

V páté kapitole jsem podrobně rozebrala specifika českého zdravotního systému. V první části informuji o výdajích na zdravotnictví v ČR a srovnání se státy OECD. Druhá část kapitoly popisuje čtyři hlavní skupiny aktérů zdravotního systému a jejich vzájemné vztahy. Tyto čtyři skupiny se dělí na: 1. občany, pojištěnce, pacienty, 2. plátce zdravotnických statků a služeb, 3. poskytovatele zdravotnických služeb, kteří se dále dělí na primární, sekundární a terciární a 4. výrobce a dodavatele zdravotnické techniky a léků.

Šestá kapitola popisuje organizační strukturu vedení NHI a zdravotnického systému na Taiwanu. Dále se čtenář dozví také podrobnosti financování NHI a v závěru kapitoly je podrobně popsáno fungování elektronického systému vedení lékařských záznamů, které je ve světě velmi kladně hodnoceno.

Další část práce je již věnována komparaci pozitiv a negativ obou zdravotních systémů. První oddíl informuje o kladech, které zahrnují především dobrou dostupnost zdravotní péče a vynikající kvalitu lékařů. Dostupnost zdravotní péče v ČR je hodnocena pohledem

českých odborníků a Euro Health Consumer Index, dostupnost péče na Taiwanu je hodnocena pohledem veřejnosti a je zde také popsána metoda, která by měla dostupnost zdravotní péče dále zlepšovat. Druhý oddíl popisuje lékařské úspěchy, kterých dosáhli odborníci z obou zemí.

Následující kapitola analyzuje negativa a problémy, které v současnosti zatěžují zdravotní systémy obou států. Jedná se zejména o nedostatek lékařů a středního a nižšího zdravotnického personálu (zdravotní sestry, zdravotní asistenti a specializovaní pracovníci). Tento problém zasahuje do mnoha oborů zdravotnictví, podrobně analyzuji dopady tohoto nedostatku zdravotního personálu.

Poslední částí mé práce jsou návrhy na řešení těchto problémů. Tuto kapitolu jsem rozdělila na dvě části, řešení problémů v České republice a na Taiwanu. U ČR jsem navrhla omezení počtu zdravotních pojišťoven, zpoplatnění rizikového chování a dále jsem se zabývala vyřešením problému nedostatku zdravotnického personálu. U Taiwanu jsem analyzovala stejné problémy jako u českého zdravotnictví, ale rozepsala jsem zde ještě navíc možnosti, které by se otevřely po zvýšení cen pojistného.

Pro mou práci jsem čerpala jak z české, tak i zahraniční literatury, ale většina informací k taiwanskému zdravotnímu systému pochází z odborných článků, jelikož v České republice se publikace k tomuto tématu sehnat nedají. Pro první kapitoly věnující se českému zdravotnictví jsem informace čerpala v odborné literatuře, ročenkách, dobře mi posloužily také rozhovory s lékaři, které jsou uveřejněny na internetu a rozhovor s lékařem novojičínské nemocnice, MUDr. Janem Táborským. Byla jsem velmi příjemně překvapena dostupností zdrojů k taiwanskému zdravotnictví, často byly zpracovány po obsahové stránce lépe než zdroje české.

1) Teoretická část

1.1 Historický vývoj zdravotního systému v České republice

Zdravotnický systém České republiky má stejně jako ostatní veřejné složky služeb svůj historický vývoj. Zdravotní pojištění bylo ve své první podobě zavedeno na konci 19. století. Rakousko-Uhersko zavedlo zdravotní pojištění v průmyslu v roce 1888. Díky zákonům, které byly vydány již v samostatném Československu, došlo v první polovině 20. let 20. století k zavedení zdravotního pojištění, které bylo povinné pro námezdní dělníky, ale také pro státní i veřejné zaměstnance.⁴ V prvorepublikovém Československu žilo více než 14,5 milionu obyvatel, více než 3,5 milionu osob a rodinných příslušníků bylo pojištěno. Ve městech bylo pojištěno téměř 70 % obyvatel, na vesnicích však počet pojištěnců nedosahoval ani 50 %.⁵ Na prvním místě zdravotní péče byl v tomto období praktický lékař, ke kterému byli přiřazeni pacienti. Uvádí se, že ve 30. letech 20. století působilo v Československu více než 7000 lékařů a pojištění sjednávalo přes 300 pojišťoven.⁶

Po druhé světové válce se ve zdravotnictví zpočátku nic zvláštního neměnilo. K zásadní změně došlo až v roce 1951. V tomto roce byl zaveden sovětský model zdravotnictví, tzv. Semaškův. Podstata Semaškova modelu tkví v přenesení zdravotnických služeb na Ministerstvo zdravotnictví. Výjimkou byla péče o ozbrojené složky státu a zdravotnické školství.⁷ Stát tak na sebe převzal povinnosti spojené s poskytováním zdravotní péče, a také péči o zdraví celé populace. Jelikož financování zdravotnictví přešlo na státní rozpočet, byla zdravotní péče financována z daní a stala se tak pro občany bezplatnou. V tomto období došlo také k rapidnímu rozvoji nemocniční sítě. Vznikl systém poliklinik, vybudoval se velký počet nemocnic, ozdravoven, ústavů apod. Takto se projevoval vyrovnaný státní rozpočet v daném období.⁸

⁴ Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: zdravotnictví v číslech a názorech: Kulatý stůl - Budoucnost zdravotnictví. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008, s. 14.

⁵ Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, s. 32.

⁶ Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: zdravotnictví v číslech a názorech: Kulatý stůl - Budoucnost zdravotnictví. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008, s. 14.

⁷ Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, s. 34.

⁸ Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: zdravotnictví v číslech a názorech: Kulatý stůl - Budoucnost zdravotnictví. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008, s. 14.

Období 70. a 80. let bylo ve znamení nedostatku financí, protože priority tohoto období se vztahovaly k jiným odvětvím. Jelikož finanční podpora zdravotnictví stagnovala, docházelo ke značnému technologickému zaostávání zdravotnických zařízení. Kompenzace tohoto nedostatku spočívala ve zvyšování počtu lékařů a nemocničních lůžek.⁹

Neupadalo však pouze technologické vybavení, zhoršoval se také zdravotní stav obyvatelstva. Svou roli samozřejmě hrál i životní styl obyvatelstva, nedostatek financí však k tomuto zhoršení značně přispěl. Toto zhoršení zdravotního stavu populace se projevovalo především nárůstem úmrtí kojenců, zvýšil se také počet úmrtí na kardiovaskulární choroby a zhoubné nádory. To vše vedlo ke krizi ve zdravotnictví.¹⁰

Rok 1989 byl významným rokem v československém zdravotnictví. Po pádu socialistického režimu byla velmi rychle zahájena reforma zdravotnictví. Ta spočívala v ukončení centralizované organizace zdravotnictví sovětského typu a opětovnému směřování k Bismarckovskému modelu.¹¹ Cílem reformy byla především liberalizace celé zdravotnické soustavy, obnovení systému veřejného zdravotního pojištění, privatizace zdravotnických zařízení a vytvoření prostoru pro pluralitu vlastnických forem.¹² Zdravotnictví v Československé republice v tomto období prošlo „transformací od státem řízeného a z daní financovaného systému k modelu všeobecného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče přebírají zdravotní pojišťovny.“¹³

Důležitým krokem k modernizaci zdravotnictví byl „Návrh reformy péče o zdraví“, který byl předložen v květnu 1990 a jehož cílem byla nová struktura zdravotnictví. Tímto návrhem se měl klást důraz na efektivnost ve zdravotní péči, privatizaci, a to především v ambulantní péči, lékárenství a technické obsluze. Dokument dále navrhoval vytvoření nového systému zdravotní péče, jehož činnost by započala již v roce 1992, zřízení

⁹ Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, s. 34.

¹⁰ JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. Úvod do veřejného zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 122.

¹¹ Bismarckův model – model založený na všeobecném zdravotním pojištění. Vztahy mezi poskytovateli a plátcí jsou kompromisní kombinací podílu trhu a veřejného dohledu.

¹² JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. Úvod do veřejného zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 122.

¹³ Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: zdravotnictví v číslech a názorech: Kulatý stůl - Budoucnost zdravotnictví. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008, s. 14.

zdravotní pojišťovny a zavedení povinného zdravotního pojištění.¹⁴ Tento dokument byl vládou přijat a stal se stavebním kamenem dalších reformních opatření ve zdravotnictví.

Přijetí příslušných zákonů roku 1991 a počátek činnosti VZP roku 1992 odstartovalo činnost veřejného zdravotního pojištění. Dále probíhal rozpad tehdejších zdravotních organizačních institucí, tj. krajských ústavů národního zdraví (KÚNZ), a okresních ústavů národního zdraví (OÚNZ), a postupné odstátnění zdravotnických zařízení. Výrazně se zlepšilo technologické vybavení zdravotnických zařízení, bylo zakoupeno velké množství lékařských přístrojů, např. počítačové tomografy, mamografy, magnetické rezonance, sonografy atd.¹⁵

Základy nového zdravotního systému byly položeny v letech 1990-1993. Podstata systému spočívala ve změně financování zdravotnictví. Nastoupil Bismarckův model všeobecného zdravotního pojištění, podle něhož je pojištění povinné a je založeno na solidaritě. K základům zdravotního systému v té době také patřila privatizace zdravotnických zařízení, která byla zahájena v roce 1992. V tomto období se velmi zvýšila nabídka ambulantních specialistů, což také vedlo k přílišnému čerpání financí bez efektu na zdraví obyvatel.¹⁶

V roce 1997 byl přijat nový zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb., díky kterému byly upraveny podmínky, za kterých byla poskytována bezplatná zdravotní péče. Taktéž odlišuje financování nemocnic a služeb ambulantní péče, zavádí dohodovací řízení o výši úhrad za poskytnutou péči, výběrová řízení pro poskytování zdravotní péče atd.¹⁷ Díky těmto pravidlům směřoval zdravotnický systém České republiky k celkové regulaci.

Poslední významnou reformou zdravotního systému v České republice byla Česká zdravotnická reforma 2007–2008. Tato reforma byla součástí programu pravicové části vlády. Hlavním bodem této reformy bylo zavedení tzv. regulačních poplatků, díky kterým se pacienti účastnili financování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění. Tento krok přivedl do systému veřejného zdravotního pojištění další přítok financí. Rizikem

¹⁴ Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, s. 35.

¹⁵ JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. Úvod do veřejného zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 122-123.

¹⁶ Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, s. 39.

¹⁷ JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. Úvod do veřejného zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 123.

však bylo porušení solidarity, a to tím, že poplatky zatíží občany, kteří jsou chudí a/nebo nemocní, a platili by tedy víc, než zdraví a/nebo bohatí občané.¹⁸ Tato část reformy byla velmi diskutovaná a v dalších letech se politikové snažili tyto poplatky zrušit, k čemuž začátkem roku 2015 také došlo.

1.2 Historický vývoj zdravotního systému na Taiwanu

Ekonomický zázrak na Taiwanu je celosvětově známý. Jedním ze základů tohoto úspěchu je zdravotní infrastruktura, která byla na Taiwanu vybudována a vydláždila tak cestu ekonomickému i sociálnímu boomu.

Před začátkem 20. století na Taiwanu poskytování zdravotní péče a její financování nehrálo žádnou významnou roli. Hlavním poskytovatelem lékařské péče byla čínská medicína, ale lékaři, kteří ji provozovali, neměli žádné vzdělání a licenci k provozování praxe. V druhé polovině 19. století však začali na Taiwan přicházet západní misionáři, kteří měli v úmyslu položit zde základy západní medicíny. Byli mezi nimi Dr. James Laidlaw Maxwell, Dr. George L. Mackay a dr. David Landsborough.¹⁹ Díky jejich odhodlání, upřímnosti a péči se jim dostalo důvěry respektu místních lidí, což velmi usnadnilo budování prvních nemocnic. Postupně se otevřelo několik nemocnic, mezi nimi: nemocnice Gu Lau v Tainanu (nyní nemocnice Sin Lau), křesťanská nemocnice v Changhua a nemocnice Mackay v Taipei. Tyto tři nemocnice patřily mezi tři hlavní zdravotnická zařízení, která byla v tomto období na Taiwanu zřízena. Západní medicína však byla praktikována pouze v těchto centrech a jejich okolí, v ostatních částech ostrova stále převládala čínská medicína.²⁰

Druhým výrazným mezníkem v budování zdravotnického systému na Taiwanu bylo období japonské kolonizace od roku 1895 do roku 1945. Podepsáním Šimonosecké smlouvy 17. dubna 1895 byla ukončena 1. čínsko-japonská válka a zároveň se qingský dvůr vzdal Taiwanu, který tak připadl Japoncům. I přes odpor vůči Japoncům, který vyvrcholil vyhlášením Taiwanské republiky 23. května 1895, Japonci Taiwan postupně

¹⁸ JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. Úvod do veřejného zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 165.

¹⁹ Development of the Healthcare system in Taiwan. National Health Insurance Administration Ministry of Health and Welfare [Online]

²⁰ tamtéž

obsadili a 21. října 1895 padla Taiwanská republika a byla odstartována nadvláda Japonska.²¹

Po několika letech, kdy Japonci bojovali proti odporu taiwanských obyvatel, začali ostrov modernizovat. Po celé délce ostrova byla postavena železnice, budovaly se silnice a mosty. Rozšiřovaly se také možnosti využití elektřiny, stavěly se vodní nádrže a přehrady, modernizace se dočkaly také přístavy. Japonci chtěli poznat své nové území, proto uskutečnili mnoho výzkumných výprav a etnologických studií místních domorodců. Rozvoj Taiwanu byl na dobré cestě.²²

Kvůli vlhkému klimatu a špatným hygienickým podmínkám však vyvstaly problémy v podobě epidemií, které měly za následek úmrtí mnoha japonských vojáků. Japonská vláda si uvědomila, že pro jejich další setrvávání je důležité mít pod kontrolou hygienu a prevenci těchto epidemií. V důsledku toho začali Japonci věnovat úsilí zřízení veřejného zdravotnictví, což vedlo ke zlepšení životních podmínek obyvatelstva, a také se zmenšovala dominance čínské medicíny.²³

Koloniální vláda systematicky zvyšovala vliv západní medicíny. Založila první školu západní medicíny a vybudovala veřejné nemocnice, ve kterých působili lékaři vyškolení v západní medicíně. Čínská i západní medicína mohla být provozována pouze s povolením koloniální vlády. Západní medicína získávala čím dál tím vyšší postavení a důsledkem byl drastický pokles počtu licencovaných lékařů čínské medicíny. V roce 1901 působil na Taiwanu 1903 lékařů čínské medicíny, v roce 1945 už to byly jen necelé dvě desítky. Důležitým krokem bylo také předepisování a dávkování léků. V době kolonizace byli vysoce vzdělaní lékaři považováni za sociální elitu, a tohle vnímání lékařů se dochovalo i v dnešní době, což vede mnoho mladých lidí k volbě tohoto povolání.

Po druhé světové válce západní medicína na Taiwanu nadále vzkvétala a dominovala ve zdravotním systému. Avšak vysocí členové Kuomintangu a lékaři dále obhajovali potenciál čínské medicíny, a proto byly v roce 1947 obnoveny licenční zkoušky. Pro posílení vědeckého základu a konkurenceschopnosti byla výuka a praxe čínské medicíny

²¹ Republika Taiwan. Čínština pro praxi [Online]

²² HWANG, Jim. Co japonská okupace dala a vzala. Taipei Economic and Cultural Office, Prague, Czech Republic. [Online]

²³ Development of the Healthcare system in Taiwan. National Health Insurance Administration Ministry of Health and Welfare [Online]

modernizována. V rámci vzdělávání na lékařských fakultách byly zavedeny programy pro výuku čínské medicíny, na které se mohlo zapsat 270 mediků ročně. Přestože nová vláda dělala mnoho pro zlepšení veřejného zdravotnictví, např. boj proti malárii a masová vakcinace, zdravotní systém se od doby koloniální vlády příliš nezlepšil. Situace byla taková, že v každém z 21 krajů a měst byla alespoň jedna veřejná nemocnice. V roce 1970 bylo na Taiwanu 0,5 lékaře a 2,5 nemocničního lůžka na 1000 obyvatel.

Rok 1970 se však stal zlomovým rokem pro vývoj taiwanského zdravotního systému. V tomto roce se totiž do rozvoje zdravotní politiky vložila vláda a zaměřila se na navýšení nemocničních kapacit, na zlepšení profesionální péče a kvalitu péče, a také zahájila řešení problému nerovnoměrného rozložení zdrojů zdravotní péče. V roce 1971 bylo založeno Ministerstvo zdravotnictví (DOH) a vývoj zdravotního systému na Taiwanu se dostal do nové éry.²⁴

Prvním krokem vyřešila vláda nedostupnost lékařské péče. 2724 armádních lékařů v důchodu dostalo možnost získat díky licenčním zkouškám licenci, díky které mohli nastoupit v jakékoliv praxi ve venkovských hygienických stanicích a střediscích. Problém nedostatku lékařů se tak víceméně vyřešil, ale často se objevovaly kritiky na kvalitu této lékařské péče. Nedostatek lékařů se také vyřešil otevřením dvou nových veřejných zdravotnických škol. Tyto školy umožnily zápis více než 1200 lékařů.²⁵

Ministerstvo zdravotnictví si rovněž kladlo za cíl rozšířit nemocniční lůžkovou kapacitu, a to čtyři nemocniční lůžka na 1000 obyvatel. K tomu významně přispěl soukromý sektor. S rostoucí ekonomikou byl schopen soukromý sektor uvolnit více prostředků pro nemocniční investice a byly zahájeny rozsáhlé projekty budování nemocnic. Jedním z nejvýznamnějších příkladů je investiční projekt realizovaný skupinou Chang Gung Memorial Hospital, díky které je provozováno více než 9000 lůžek v pěti různých zeměpisných oblastech, čímž se stala největším nemocničním řetězcem na Taiwanu.²⁶

²⁴ JIU-FEN, Rachel LU, TUNG-LIANG, Chiang. Evolution of Taiwan's health care system. Health Economics, Policy and Law, 2011, roč. 6, s. 87-92.

²⁵ tamtéž

²⁶ tamtéž

1.3 Současný stav zdravotnictví v České republice

České zdravotnictví by se v současné době dalo charakterizovat jedním slovem – nedostatek. Zdravotnictví se potýká s problémem nedostatku peněz, nedostatku lékařů a nedostatku zdravotních sester. Již mnoho let se všechny vlády snaží zavést změny v českém zdravotnictví, avšak žádná vláda se nedočkala výraznějšího úspěchu, který by vedl ke kvalitnímu, ale také udržitelnému zdravotnickému systému.

Situace je už tak kritická, že zástupci České lékařské komory (dále jen ČLK) vyzvali vládu, aby situaci ve zdravotnictví začala okamžitě řešit. Prezident ČLK Milan Kubek na tiskové konferenci 7. 3. 2016 uvedl: „Základní úlohou zdravotnictví je zajistit každému občanovi dostupnou, kvalitní a bezpečnou zdravotní péči v době, kdy ji potřebuje, a v místě, kde ji potřebuje. A bohužel ani navzdory obětavé práci tisíců lékařů a zdravotních sester v současnosti zdravotnictví již není schopno tuto úlohu plnit.“²⁷

Tato situace je velmi paradoxní, především proto, že české zdravotnictví se podle žebříčku Euro Health Consumer Index 2015 dotahuje na špičku evropského zdravotnictví. Podle EHCI zdravotní péče v Česku převyšuje nejen postkomunistické země, ale také Velkou Británii, Itálii či Španělsko. Poslední srovnání úrovně zdravotní péče vyhodnotilo Českou republiku jako třináctou zemi z celkem 35 států, přičemž Česká republika předběhla i státy západní Evropy, a proto ji EHCI nazvalo „skokanem desetiletí“.²⁸ Studie se skládá z šesti kategorií, kde se hodnotí např. zda může pacient navštívit praktického lékaře v tom daném dni, jak dlouho musí pacient čekat na operaci, jestli je možnost elektronického objednání, podíl potratů, počet provedených operací šedého zákalu, dále rozsah očkování dětí, distribuce nových léků a preventivní programy. V této studii se uvádí, že Česká republika obsadila 13. příčku především pro svou dostupnost zdravotní péče, což je ale v souvislosti s informacemi předchozího odstavce dosti sporné.²⁹

Česká vláda by měla k reformám ve zdravotnictví přistoupit také z toho důvodu, že čeští lékaři oslavili na mezinárodním poli řadu úspěchů a jsou považováni za kapacity

²⁷ ROKYTA, Václav, VÁVROVÁ, Iveta. Lékaři vyzvali vládu, aby připravila plán na záchranu českého zdravotnictví [Online]

²⁸ Euro Health Consumer Index 2015 [Online]

²⁹ KABÁTOVÁ, Michaela. České zdravotnictví skokanem Evropy: předčilo Británii, Španělsko a Itálii [Online]

světového formátu. Lékaři se zapsali do paměti světového zdravotnictví především v oboru onkologie a kardiologie.

V letech 2002-2007 se konal mezinárodní výzkum léčby leukémie u dětí, který prokázal, že v České republice se z akutní leukémie vyléčí až 89 % dětí. Koordinátorem výzkumu byl přednosta kliniky dětské hematologie a onkologie 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a FN Motol profesor Jan starý. Studie se účastnilo více než 5000 dětí, které pocházely z 15 zemí. Úspěchů v léčbě se dosáhlo po upravení léčebných dávek a vylepšení dosavadních postupů léčby. Tyto výsledky byly uveřejněny v americkém časopisu Journal of Clinical Oncology. Díky poznatkům, které přinesla tato studie, mají dětské pacienty možnost léčby, která je přizpůsobena přímo jim.³⁰

Významným rokem pro české kardiology byl rok 2014, kdy byli oceněni Světovou zdravotnickou organizací za léčbu infarktu. Cenu si odnesla Česká kardiologická společnost, která je druhou nejstarší odbornou kardiologickou společností v Evropě a třetí na světě.³¹

1.4 Současný stav zdravotnictví na Taiwanu

Taiwan je v současnosti jednou z nejbohatších zemí v asijsko-pacifickém regionu. Je jedním z asijských tygrů, společně se Singapurem, Hong Kongem a Jižní Koreou. Jedním z nejlepších kroků v budování zdravotní péče bylo zavedení systému samoplátců zdravotního pojištění v roce 1995. Zavedení systému byl běh na dlouhou trať, plánování systému trvalo celých pět let (1988-1993) a další dva roky probíhal legislativní maraton (1993-1995). Zavedením systému NHI (National Health Insurance) vybudoval Taiwan silný zdravotní systém a univerzální zdravotní pojištění zajistí, že všem pacientům se dostane zdravotní péče vysoké úrovně.³²

Společně se zdravotním systémem se výrazně zlepšil také zdravotní stav obyvatelstva. Od roku 1950 se výrazně snížila úmrtnost ve všech věkových skupinách. Snížení je patrné především u kojenců, kde se počet úmrtí snížil z 45 % v roce 1952 na 5 % v roce 2002.

³⁰ Úspěch českých lékařů: vyléčí téměř 90 procent případů leukémie u dětí. E15.cz [Online]

³¹ GAVENDA, Jaroslav, ŠULCOVÁ, Helena, KOPP, Milan. Čeští kardiologové dostali za léčbu infarktu cenu WHO [Online]

³² JIU-FEN, Rachel LU, TUNG-LIANG, Chiang. Evolution of Taiwan's health care system. Health Economics, Policy and Law, 2011, roč. 6, s. 85-86.

Taiwan se taktéž vyrovnal s problémy epidemií. Na počátku roku 1950 byly nejčastějšími příčinami úmrtí infekční choroby, např. tuberkulóza, malárie, zánět průdušek, zápal plic atd. Na začátku 21. století už to byla onemocnění srdce, rakovina, mozkové příhody, diabetes atd.³³

Příprava systému NHI spočívala ve studiu zahraničních zdravotních systémů a systémů zdravotního pojištění. Tento program, který byl nakonec zákonodárci schválen, byl nazván „autem, které bylo v tuzemsku navrženo a vyrobeno, ale komponenty byly dovezeny z více než deseti zemí“. Zařazení obyvatel do systému NHI je povinné. Brzy po jeho zavedení se podařilo do NHI zavést téměř všechny obyvatele Taiwanu. Lidem, kteří nemohli platit z nějakého důvodu zdravotní pojištění, NHI zajistil poměrně komplikovanou záchrannou síť, aby byla zajištěna péče všem. Domácnostem, které se pohybují na hranici chudoby, je pojištění dotováno. Pokud lidé nedokáží platit pojištění pravidelně, nabízí se možnost bezúročné půjčky, můžou platit pojištění na splátky nebo se obrátit na charitativní pomoc. V případě, že lékařskou péči potřebuje pacient ihned a neodkladně, jednoduše vyhledá lékařskou pomoc a finanční pohledávky jsou vyřešeny později. Díky těmto opatřením je v současnosti umožněna lékařská péče všem bez výjimky.

Součástí systému NHI je komplexní balíček služeb, ve kterém jsou pokryty všechny nezbytné lékařské služby. Balíček zahrnuje hospitalizaci, ambulantní péči, stomatologické služby, léčbu tradiční čínskou medicínou a obsahuje také seznam 20 000 druhů léčiv, která jsou k dostání na předpis, avšak mnoho léků na vzácná onemocnění je taktéž hrazeno. Za předpokladu, že jsou splněna určitá kritéria, balíček zahrnuje také služby jako domácí, rehabilitační, denní či hospicová péče. Taiwanské zdravotnictví udělalo také velký pokrok v transplantaci orgánů. Podle mezinárodních norem je na Taiwanu transplantace plic, ledvin, srdce a jater v naprostém souladu s mezinárodními požadavky.³⁴

V současnosti je zdravotní péče na Taiwanu poměrně cenově dostupná. Celkové výdaje na zdravotnictví tvoří zhruba 6,9 % HDP, což je nižší procento než ve většině zemí OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) a více než polovina těchto

³³ JIU-FEN, Rachel LU, TUNG-LIANG, Chiang. Evolution of Taiwan's health care system. Health Economics, Policy and Law, 2011, roč. 6, s. 85-86.

³⁴ Universal Health Coverage in Taiwan. Bureau of National Health Insurance, Department of Health, Executive Yuan [Online]

výdajů byla vynaložena na činnost NHI. Čtyřčlenná rodina zaplatí za pojistné měsíčně zhruba US \$ 100 za měsíc, což představuje asi 2% průměrného příjmu domácnosti v roce 2012.³⁵

I přesto, že zdravotní péče na Taiwanu je hodnocena velmi příznivě, vzrůstá tlak pro tvorbu nových reforem. Důvodem je především rychle stárnoucí populace Taiwanu, ekonomická stagnace a nevyvážený rozpočet NHI.³⁶

1.5 Specifika zdravotnictví České republiky

Zdravotnictví je obor, se kterým se téměř denně setkáváme. Neustále roste tlak na kvalitu lékařské péče a její dostupnost, ale zároveň neustále vyvstávají problémy s financováním. Zdravotnictví je specifické hlavně tím, že se protíná několik odvětví dohromady, především ekonomie, politika a samozřejmě odborná odvětví.

Zdravotnictví je důležitou součástí národního hospodářství a je součástí terciárního sektoru. Mezi stěžejní ukazatele, které popisují ekonomickou úroveň státu, patří i údaje o zdravotním stavu obyvatelstva, např. střední délka života, počet lékařů a zdravotních sester, úroveň a dostupnost zdravotní péče atd. Avšak tím nejzákladnějším ukazatelem vývoje národního hospodářství je hrubý domácí produkt (HDP).³⁷ Ve stručnosti můžeme říci, že čím víc bude stát ekonomicky růst, tím víc bude bohatství, které bude moci být rozděleno do všech oblastí státu. Je důležité sledovat nejen vývoj HDP, ale také podíl tvorby a rozdělování HDP do jednotlivých hospodářských sektorů a dále rozdělení tohoto HDP v rámci jednotlivých sektorů. Gladkij uvádí, že „existuje přímá závislost úrovně zdravotní péče na úrovni dostupnosti zdravotní péče, technické i personální vybavenosti zdravotnictví a ekonomické úrovni státu“. I přesto, že Česká republika rozhodně nepatří mezi ekonomické tygry světa, tak každý rok vydá do resortu zdravotnictví částky, které jsou rovnocenné s částkami ekonomicky vyspělých států.³⁸

³⁵ Universal Health Coverage in Taiwan. Bureau of National Health Insurance, Department of Health, Executive Yuan [Online]

³⁶ JIU-FEN, Rachel LU, TUNG-LIANG, Chiang. Evolution of Taiwan's health care system. Health Economics, Policy and Law, 2011, roč. 6, s. 85-86.

³⁷ HDP = souhrn veškerých finálních produktů a služeb vzniklých na území státu za určitou časovou jednotku

³⁸ Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, s. 97-98

Obrázek 1 - Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v mil. Kč)

Zdroj financování (ICHA-HF)	2000	2005	2010	2011	2012	2013	Index 2013/2012	Průměrné roční tempo růstu od roku 2005 (v %)
1 Vládní výdaje	132 962	191 356	238 387	243 822	245 614	246 946	100,5	3,24
1.1 Veřejné rozpočty	17 170	21 263	24 487	20 966	19 579	22 440	114,6	0,68
1.1.1 Státní rozpočet	8 319	12 334	13 337	11 123	9 151	9 486	103,7	-3,23
1.1.3 Místní rozpočty	8 851	8 930	11 150	9 843	10 428	12 954	124,2	4,76
1.2 Zdravotní pojišťovny	115 792	170 093	213 900	222 856	226 035	224 506	99,3	3,53
2 Soukromý sektor	13 873	27 418	45 754	45 358	46 388	45 573	98,2	6,56
2.2 Ostatní soukromé pojištění	-	530	427	377	620	475	76,6	-1,36
2.3 Domácnosti	13 873	23 110	41 867	42 275	43 634	42 246	96,8	7,83
2.4 Neziskové instituce	-	3 172	2 559	1 798	1 263	1 851	146,6	-6,51
2.5 Korporace	-	606	901	908	871	1 001	114,9	6,47
Celkem	146 835	218 774	284 141	289 180	292 002	292 519	100,2	3,70

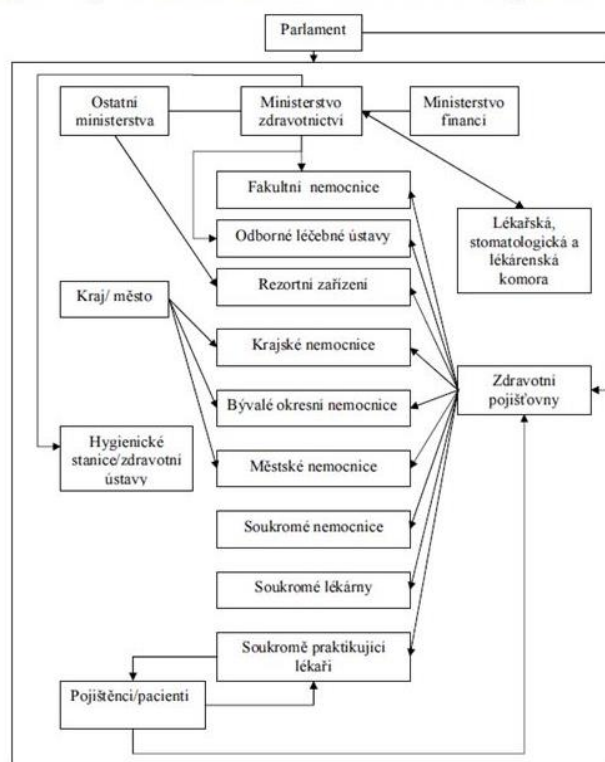
Zdroj: Český statistický úřad, 2015

V roce 2005 státy OECD vydaly do sektoru zdravotnictví průměrně 10 % svého HDP. V České republice se hodnoty HDP směřující do zdravotnictví pohybují mezi 6,5-7,5 % za rok, v roce 2013 tato hodnota dosáhla 7,2 %.

1.5.1 Aktéři zdravotnického systému

Český zdravotnický systém je spojen s mnoha aktéry, kteří dohromady tvoří složité vztahy a to nejen na poli zdravotnictví. Pro pochopení zdravotnického systému je důležité se s těmito vztahy seznámit a zároveň jim porozumět.

Obrázek 2 – Aktéři zdravotnického systému v České republice



Zdroj: Gladěj a kol., „Management ve zdravotnictví“, 2003

Ve zdravotnickém systému můžeme rozlišit tři skupiny hlavních aktérů, které jsou tvořeny občany České republiky. Patří zde pacienti, plátcí a poskytovatelé zdravotnických služeb. Čtvrtá skupina je tvořena aktéry, kteří nemohou být zařazeni ani do jedné ze tří předešlých skupin, ale jsou důležití v jednotlivých vztazích mezi aktéry tří hlavních skupin.

První skupinou jsou občané – pojištěnci – pacienti. Tato skupina je tvořena těmi, kteří zdravotní péči spotřebovávají. Předtím, než dojde k samotné spotřebě zdravotní péče, jsou zde občané, kteří ovlivňují své zdraví a tím i následné poskytování zdravotní péče. Spotřeba zdravotní péče se dá ovlivnit několika způsoby – chováním, včetně rizikového (úrazy v práci, při sportu, dopravě), životním stylem, fyzickou aktivitou, výživou, ale také tím, jak přistupují k prevenci a jak o sebe pečují. Do této skupiny lze zařadit i zaměstnavatele, kteří mnohdy i nevědomky ovlivňují zdraví svých zaměstnanců, a také rozhodují o výši mezd a platů, což už má přímý vliv na příjmy systému zdravotnictví. Zdravotní daň, kterou za své zaměstnance odvádějí zaměstnavatelé, je také jedním z determinantů výše příjmů celého systému.

Druhá skupina je tvořena plátcí zdravotnických statků a služeb. V České republice jsou to především zdravotní pojišťovny, veřejný sektor (státní správa a samosprávy) a další pojišťovny hradící zdravotnické služby. Hlavní úlohu však mají zdravotní pojišťovny. Jejich práce spočívá v zajištění úhrady zdravotní péče svých pojištěnců a jsou povinny jim zajistit dostupnou a kvalitní zdravotní péči na základě smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotnickými zařízeními. V současnosti je v České republice sedm zdravotních pojišťoven.³⁹ Ve zdravotních pojišťovnách jsou soustředěny finance pojištěnců, zaměstnavatelů a státu a z těchto financí se hradí zdravotní péče pojištěnců dané pojišťovny zdravotnickému zařízení. Druhým hráčem v rámci této skupiny je stát, který garantuje zdravotní péči svým obyvatelům a vytváří nástroje pro zajištění zdravotní péče. Tyto nástroje definují zákony a normy a o těch rozhoduje v České republice moc zákonodárná. Dalším hráčem jsou také ministerstva, – v našem případě především ministerstvo zdravotnictví a financí – která kontrolují stav a vývoj financí pojišťoven, připravují nová opatření, kontrolují odborné vybavení poskytovatelů atd.

Třetí skupinou jsou poskytovatelé zdravotnických služeb. Dá se říci, že právě poskytovatelé hrají nejdůležitější úlohu v celém tomto systému, protože právě oni poskytují samotnou zdravotní péči a podle jejich kvality jsou ovlivněny výsledky celého systému. Poskytovatele zdravotnických služeb můžeme dělit do dalších tří skupin: primární, sekundární a terciární. Tímto rozdělením se odlišuje složitost, nákladnost a závažnost zdravotních problémů, kterou musí daná skupina řešit.⁴⁰

1) Primární zdravotní péče

- Je to místo prvního kontaktu pacienta a zdravotnického systému
- Měla by vykazovat nejvyšší počet ošetření
- Téměř všichni zástupci primární péče jsou soukromí
- Zástupci primární zdravotní péče: praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, gynekologové, stomatologové a lékárenská péče

2) Sekundární zdravotní péče

- Zahrnuje standardní specializované služby ambulantní a lůžkové péče

³⁹ Seznam pojišťoven České republiky: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR, Revírní bratrská pokladna – zdravotní pojišťovna

⁴⁰ Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: zdravotnictví v číslech a názorech: Kulatý stůl - Budoucnost zdravotnictví. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008, s. 14-15.

- Tato zdravotní péče je poskytována v poliklinikách, nemocnicích, léčebnách, sanatoriích
- Zástupci sekundární zdravotní péče: chirurgie, urologie, traumatologie, dermatovenerologie, hematologie, atd.⁴¹

3) Terciární zdravotní péče

- Zahrnuje vysoce specializované a komplexní služby
- Tyto služby poskytuje jen několik pracovišť v České republice, většinou se jedná o fakultní a krajské nemocnice, případně také výzkumné ústavy
- Tento typ zdravotní péče je na rozdíl od primární péče využíván nejméně

Čtvrtá skupina je tvořena různými aktéry, kteří však významně ovlivňují celý běh zdravotnického systému. K těm nejvýznačnějším můžeme řadit výrobce a dodavatele léků a zdravotnické techniky. Tato skupina je tvořena soukromými společnostmi, fungují na základě tvorby zisku, a díky tomu jsou stále nuceny vytvářet vysokou kvalitu svých výrobků, a také pracovat na inovacích, aby se prosadili na poli konkurenceschopnosti. Dále musí přesvědčit poskytovatele zdravotnických služeb, že právě jejich produkty stojí za koupi, apelují na zákonodárce, aby změnili pravidla k jejich spokojenosti a prospěchu a musí přesvědčit zdravotní pojišťovny, aby uhradili jejich zboží. V neposlední řadě ale musí také zapůsobit na pacienty, aby jejich zboží poptávali. Dalšími aktéry této skupiny jsou pedagogické a výzkumné instituce, např. lékařské, farmaceutické a zdravotnické školy a výzkumné ústavy.⁴²

1.6 Specifika zdravotnictví na Taiwanu

Systém Národního zdravotního pojištění (NHI) spravuje na Taiwanu Správa Národního zdravotního pojištění (NHIA), dříve známá jako Kancelář pro Národní zdravotní pojištění (BNHI) spadající pod výkonný dvůr. V roce 1995, kdy systém NHI vznikl, se sloučila tři dosavadní pojištění pod Kancelář pro Národní zdravotní pojištění. Tato tři pojištění zahrnovala: pojištění státních zaměstnanců, pracovní pojištění a zdravotní pojištění zemědělců. BNHI byla v roce 2010 označena jako administrativní zastupitelství a přejmenována na NHIA, v roce 2013 se stala součástí vládního reorganizačního plánu a

⁴¹ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005, s. 23.

⁴² Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: zdravotnictví v číslech a názorech: Kulatý stůl - Budoucnost zdravotnictví. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008, s. 14-15.

v konečném důsledku byl založen systém zdravotního pojištění založený na modelu samoplátců.

Systém NHI je program sociálního pojištění pod jurisdikcí Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí. NHIA je zodpovědná za správu záležitostí ohledně zdravotního pojištění, kvalitu lékařského a výzkumného vývoje a školení pracovních sil. Její práce je financována ze státního rozpočtu.⁴³ Peníze pro systém NHI pochází z několika zdrojů: zaměstnanci, zaměstnavatelé a národní i místní vlády. Existují speciální programy pro různé stupně vládních dotací pojistného pro obyvatelstvo s nízkými příjmy a znevýhodněné obyvatele. Pojištěnci jsou rozděleni do šesti hlavních kategorií a patnácti podkategorií na základě jejich zaměstnání a příjmu.⁴⁴

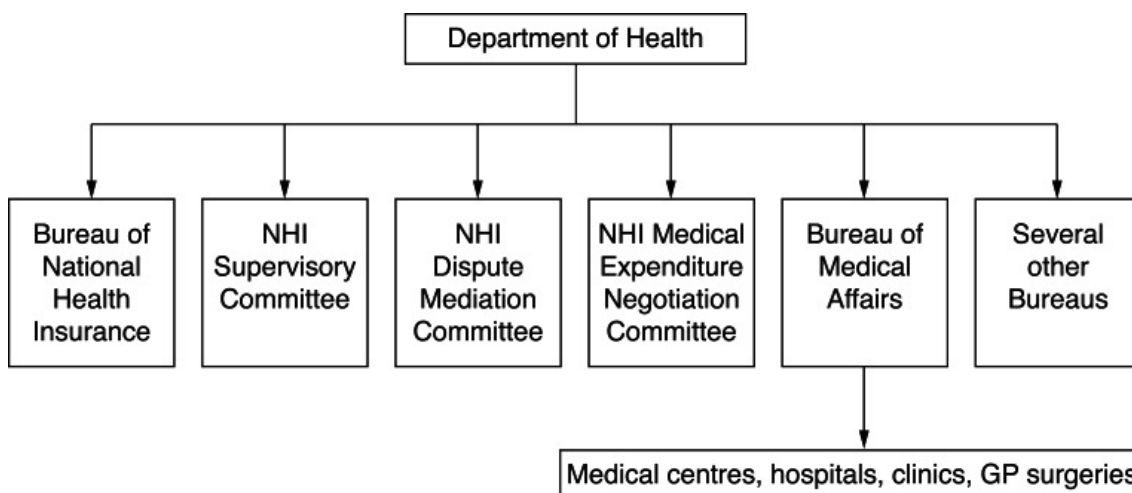
Systém NHI byl na Taiwanu zaveden v roce 1995, a od té doby prošel mnoha změnami. Struktura pojistného se dvakrát změnila, byl pozměněn i platební systém a roku 2011 byl schválen tzv. NHI druhé generace, jehož implementace byla zahájena roku 2013. Na Taiwanu se podařilo zavést zdravotní pojištění, které se pyšní vysokou mírou pokrytí (po započítání vězňů činí tato míra 99,51 %), vysokou spravedlností, nízkými náklady a díky tomu také vysokou mírou oblíbenosti. Systém NHI nepokrývá pouze občany Taiwanu, kteří pobývají dlouhodobě v zahraničí. Ačkoliv Taiwan nepatří kvůli složité politické situaci mezi plnohodnotné členy WHO, tak i přesto byl v roce 2003 jeho zdravotní systém vyhlášen WHO jako druhý nejspravedlivější na světě v indexu spravedlnosti finančního příspěvku (pojistného). Dalším důkazem kvality a oblíbenosti systému NHI je také to, že každý rok je na Taiwan vysláno několik zástupců cca 50 zemí světa, aby zjistili více o tomto nenákladném, ale oblíbeném a štedrém systému zdravotní péče.⁴⁵

⁴³ National Health Insurance 2015-2016 Annual Report [Online]

⁴⁴ TAI-YIN, Wu, AZEEM, Majeed, KEN N, Kuo. An overview of the healthcare system in Taiwan [Online]

⁴⁵ Konsolidace síly tchajwanského systému Národního pojištění. Taipei Economic and Cultural Office, Prague, Czech Republic. [Online]

Obrázek 3 – Organizační struktura zdravotnického systému na Taiwanu



Zdroj: An overview of the healthcare system in Taiwan, 2010

V současnosti existuje na Taiwanu 501 nemocnic a asi 20 000 klinik. Systém NHI poskytuje lidem vysoký stupeň volnosti při výběru lékaře, s čímž však souvisí nadměrné čerpání zdravotnických prostředků a lékařských konzultací. Ročně může jeden pacient navštívit až 15 lékařů, s čímž souvisí riziko zdvojení lékařských testů a vypisování lékařských receptů. Z tohoto důvodu se vybuoval elektronický systém pro výměnu lékařských záznamů.⁴⁶ V roce 2004 se zavedly elektronické zdravotní identifikační karty (IC), které umožnily zlepšení uchování údajů o pacientovi, snížily se díky nim administrativní náklady, ale především přinesly zjednodušení pro občany, kteří už nemusí nosit papírové průkazy. Dřívější papírové průkazy měly šest kuponů. Při každé návštěvě u lékaře pacient jeden odevzdal a po vyčerpání všech šesti kuponů musel jít na pojišťovnu pro nový průkaz. Centrální databáze propojuje vládní úřady, lékaře, pacienty a na konci roku 2012 zahrnovala cca 500 nemocničních zařízení na ostrově. Dnes už databáze zahrnuje všechna nemocniční zařízení, což je více než 20 000. Dalším pozitivem informační sítě je možnost elektronického objednání k lékaři a nahlédnutí do svého lékařského záznamu, k čemuž je zapotřebí jen pacientovy IC karty. Tyto IC karty jsou podrobeny mnoha bezpečnostním opatřením, která zabraňují případnému zneužití. Patří k nim mikrotisk, bezpečnostní prvky na zadní straně karty, ale nejdůležitější je mikročip s číslem. Na kartě lékař nalezne základní osobní údaje pacienta, záznamy z návštěv u

⁴⁶ LI, Jack, YEN Ju-Chuan, CHIU Wen-Ta. Building a National Electronic Medical Record Exchange System – Experiences in Taiwan. [Online]

předchozích lékařů, výsledky důležitých vyšetření nebo přehled různých alergií.⁴⁷ Při návštěvě lékaře tedy pacient předloží svou kartu, kterou lékař zasune do čtečky spolu se svou kartou. Jen kombinací obou karet – lékařské a pacientovy – se otevře přístup k datům. Po vyšetření lékař vyplní pacientův chorobopis a současně odešle pojišťovně vyúčtování, čímž má pojišťovna každý den úplný přehled o počtech pacientů a financích, které musí zaplatit. Tento elektronický systém také podporuje prevenci a péči o zdraví. Dobrým příkladem je situace, kdy přijde pacient např. s úrazem nohy, a systém lékaře upozorní, že ještě neabsolvoval preventivní prohlídku, povinné očkování nebo u žen například mamografické vyšetření. Po tomto upozornění lékař okamžitě provede nutná vyšetření a pacient si tak nemusí povinná vyšetření sám zařizovat.⁴⁸

⁴⁷ HYKLOVÁ, Dáša. Tchajwancům „IZIP“ funguje několik let. E15.cz [Online]

⁴⁸ CABRNOCH, Milan. Elektronické zdravotnictví součástí úspěšného systému na Taiwanu. iDnes.cz [Online]

2) Praktická část

2.1 Srovnání pozitiv zdravotního systému České republiky a Taiwanu

2.1.1 Dostupnost zdravotní péče

Dostupnost zdravotní péče má mnoho definic. Jednou z nich je schopnost zdravotnického systému uspokojovat zdravotní potřeby obyvatelstva cestou zavedených postupů a prostřednictvím existujících zdravotnických služeb. Ale jsou také stručné definice, jako např. možnost dostat zdravotní péči v případě, když ji člověk potřebuje. Takto ji definuje Světová zdravotnická organizace.⁴⁹

Český i taiwanský zdravotní systém se může v současnosti chlubit dobrou dostupností zdravotní péče. I přesto, že prezident ČLK MUDr. Milan Kubek považuje české zdravotnictví v současné době za zcela nevyhovující, podle parametrů Euro Health Consumer Index 2015 jsme na špičce evropského zdravotnictví, jak jsem již uváděla v kapitole Současný stav českého zdravotnictví. V České republice je dostupnost zdravotní péče jak z hlediska finančního, tak i z hlediska zajištění solidní sítě primární a sekundární péče na dobré úrovni. Ve zprávě ke zveřejnění Evropského spotřebitelského indexu ve zdravotnictví (EHCI) za rok 2008 byla Česká republika hodnocena jako „Solid mid-field performer“, tedy jako zdravotnictví dosahující solidních průměrných výsledků s tendencí zlepšovat se.⁵⁰ Pro srovnání, v roce 2015 bylo ve stejné zprávě české zdravotnictví hodnoceno jako hvězda mezi zeměmi střední a východní Evropy na poli dostupnosti zdravotní péče⁵¹. V porovnání s jinými vyspělými zeměmi neexistují v České republice dlouhé čekací doby na diagnostické procedury, kam patří např. CT vyšetření, mamografická vyšetření nebo sonografie.⁵² Od ledna 2013 platí také nařízení pro zdravotní pojišťovny o místní a časové dostupnosti zdravotní péče. Podle tohoto nařízení se pacient musí dostat k praktickému lékaři, zubaři nebo do lékárny do 35 minut jízdy autem, za specialisty, např. diabetologem nebo na rehabilitaci do 45 minut. Toto nařízení

⁴⁹ NOVOTNÁ, Lenka. Koncepce zajištění dostupnosti zdravotní péče v České republice. HPI.sk [Online]

⁵⁰ JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. Úvod do veřejného zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 168.

⁵¹ Euro Health Consumer Index 2015 [Online]

⁵² JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. Úvod do veřejného zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, s. 168.

bylo důležitým krokem v novele zákona, protože do té doby neměl pacient nárok na časovou ani místní dostupnost zdravotní péče.⁵³

Na Taiwanu je dostupnost zdravotní péče vždy na prvních místech v žebříčku hodnocení zdravotnictví na Taiwanu. Obyvatelé Taiwanu mohou navštívit kteréhokoli lékaře bez doporučení, a také mohou navštívit kteroukoli nemocnici. Avšak populárnější a větší nemocnice si samozřejmě účtují vyšší náklady a bývají přeplněné, proto je na Taiwanu častým trendem navštěvování tzv. rodinného lékaře. Toho navštěvují s méně závažnými onemocněními, na preventivní prohlídky nebo proto, že mají s tímto lékařem dobrý vztah.⁵⁴ V březnu 2003 zahájila NHIA (National Health Insurance Administration) plán rodinných lékařů, aby podpořila ještě lepší dostupnost zdravotní péče, ale také spojení primární péče s léčbou specializovanou. Systém funguje na principu spojení pěti nebo více klinik ve stejné čtvrti, které se připojí k obecní nemocnici a pečují o pacienty v dané oblasti. Takto pacienti získají primární péči a v případě potřeby je jejich lékař odkáže do větší nemocnice, kde provedou specializovaná vyšetření. Tímto programem se ušetřil čas pacientům, a také se vyřešily jejich problémy s vyhledáváním specializované péče.⁵⁵

2.1.2 Kvalita vybraných lékařských oborů

Podle lékaře novojičínské nemocnice, MUDr. Jana Táborského, patří k největším pozitivům českého zdravotnictví také úroveň některých lékařských oborů, ve kterém čeští lékaři patří ke špičce světového významu.

MUDr. Táborský jmenoval především neonatologii a intervenční kardiologii, v kapitole Současný stav českého zdravotnictví jsem pak popsala české úspěchy v onkologické léčbě a v léčbě infarktu. Jedním z významných oborů je však také mamografie a léčba rakoviny prsu, která má v České republice skvělé preventivní zázemí. Leden 2014 byl prvním měsícem, kdy začali být čeští občané zváni do screeningových programů zhoubných nádorů. Nejedná se pouze o pozvánky k mamografickému vyšetření, ale také o vyšetření děložního hrdla nebo tlustého střeva. Tyto screeningové programy patří mezi stěžejní programy Národního onkologického programu ČR, jelikož vážným problémem české onkologie jsou časté případy nádorů v již pokročilém stadiu. Populační pokrytí je vyšší u karcinomu prsu a děložního hrdla, dosahuje přibližně 55-60 %. Pozvánky jsou

⁵³ JANSOVÁ, Lenka. Od ledna platí nařízení o místní a časové dostupnosti zdravotní péče. Český rozhlas [Online]

⁵⁴ TAI-YIN, Wu, AZEEM, Majeed, KEN N, Kuo. An overview of the healthcare system in Taiwan [Online]

⁵⁵ National Health Insurance 2015-2016 Annual Report [Online]

zasílány zdravotními pojišťovnami a celý projekt koordinuje Ministerstvo zdravotnictví ČR se zástupci daných lékařských oborů.⁵⁶

Taiwanští lékaři jsou známí především pro své úspěchy na poli transplantace jater. V roce 1994 byla na Taiwanu dokončena první transplantace jater a od té doby se snaží lékaři dosáhnout nejlepší světové úrovně. V roce 1997 také lékaři na Taiwanu řídili první dělenou transplantaci jater v Asii. Další oblastí, ve které se taiwanským lékařům daří stejně jako českým lékařům, je kardiologie. V roce 1998 zde byla provedena první operace srdce pomocí kryochirurgie, a také první transplantace umělého srdce. Každý rok se na Taiwanu provede více než 5000 kardiologických vyšetření, včetně 100 transplantací srdce. Úspěšnost při angioplastice koronárních tepen a implantaci stentů (zdravotnický prostředek trubicovitého tvaru) je až 99 %, ke komplikacím dochází v méně než 1 % případech.⁵⁷

Na Taiwanu se velmi rozvíjí také plastická chirurgie. Od roku 1978 zde funguje první kraniofaciální centrum Chang-Gung v jihovýchodní Asii, a od té doby pomohli taiwanští lékaři více než 30 000 pacientů s rozštěpem rtu a patra, přičemž úspěšnost zákroků je stoprocentní. Úspěšnost dokazuje také to, že na Taiwanu studovalo problematiku kraniofaciální dysmorfie více než 50 chirurgů z celého světa. Kraniofaciální centrum spolupracuje s nadací Noordhoff, která se věnuje výzkumu Crouzónova syndromu a jeho léčbě u dětí a dospělých. Dále toto centrum organizuje minimálně 6 dobrovolnických humanitárních misí po Asii, kde vykonávají operace rozštěpů. V letech 1998-2007 bylo zaznamenáno 116 případů operací v sousedních zemích Taiwanu, které byly provedeny zdarma.⁵⁸

Po rozhovoru s MUDr. Janem Táborským jsem vytyčila dvě hlavní pozitiva českého zdravotního systému. Podle něj je situace v českém zdravotnictví momentálně velmi špatná jak na poli finančním, tak i v systému vzdělávání, které bylo degradováno zrušením systému dvou atestací, o kterém se zmíním v následující kapitole.

⁵⁶ MÁJEK, Ondřej a kol. Výsledky adresného zvaní českých občanů do programů screeningu zhoubných nádorů. [Online]

⁵⁷ Taiwan, your best destination for medical care. Divainternational.ch [Online]

⁵⁸ tamtéž

Klady taiwanského zdravotního systému se odvíjejí především od systému NHI, který zaručuje vysokou míru pokrytí, možnost navštívení lékaře dle vlastního výběru a nízkou cenu, což jsem zmínila již v předešlých kapitolách.

2.2 Srovnání negativ zdravotního systému České republiky a Taiwanu

2.2.1 Nedostatek lékařů a zdravotních sester

Jedním z největších problémů, se kterým se v současnosti oba zdravotní systémy potýkají, je nedostatek zdravotnického personálu. Ve srovnání se zeměmi OECD má Taiwan v roce 2015 méně zdravotních sester a lékařů, v průměru připadá na 1000 obyvatel 1,7 lékaře a 5,7 zdravotních sester. Pro srovnání, průměr zemí OECD je 3,3 lékaře a 8,6 zdravotních sester na 1000 obyvatel. Taiwan tak nesplňuje standardy zemí OECD, a to zejména proto, že velice rychle stoupá využití jak ambulantní, tak lůžkové péče. Během let 2003-2013 se počet ambulantních návštěv zvýšil o 20 % a hospitalizací na lůžku o téměř 18 %.⁵⁹ Jedním z důvodů zvýšení počtu ambulantních návštěv je možnost svobodné volby lékaře. Pacient tak může navštívit i několik lékařů během krátké doby, což nahrává především nadužívání, ne-li zneužívání zdravotní péče.

V České republice je nedostatek lékařů velkým problémem i přesto, že se podle statistik OECD počet lékařů v České republice mírně zvýšil. Podle informací českého Ústavu zdravotnických informací a statistiky se zvýšil počet lékařů, stomatologů a farmaceutů z 36381 v roce 2005 na 38776 v roce 2013. Přestože se počet lékařů v České republice zvyšuje, potýká se s problémem, který nabývá čím dál většího rozsahu a to je migrace českých lékařů do zahraničí. Nejvyšší počet odchodů lékařů byl zaznamenán v roce 2011, kdy práci v zahraničí našlo 640 lékařů, v roce 2014 to pak bylo 530 lékařů. Lékaři odcházejí nejčastěji do Velké Británie a Německa, kde je plat lékařský plat až pětkrát vyšší. Problémem je také to, že mladí lékaři odcházejí hned po promoci, např. v roce 2013 odešlo do zahraničí ihned po ukončení studia 93 lékařů, což je 20 % jednoho promočního ročníku. Těchto 93 lékařů by přitom mohlo zajistit péči ve dvou až třech okresních nemocnicích, kde je lékařů největší nedostatek.⁶⁰ Odchod českých lékařů do zahraničí však dává šanci na uplatnění lékařům z východní Evropy. Přicházejí k nám především lékaři ze Slovenska (1963), Ukrajiny (246) a Ruska (133). Díky těmto silám ze zahraničí

⁵⁹ CHENG, Tsung-Mei. Taiwan's health care system: The next 20 years. [Online]

⁶⁰ REKOVÁ, Tereza. Ztrácíme puls! Dokument o současném stavu českého zdravotnictví. Dvojka.cz [Online]

je stále možné zajišťovat v některých nemocnicích lékařskou péči, protože i přes vysoký počet zahraničních lékařů se v České republice hledá přes inzeráty více než 800 lékařů, ideální počet by však dosáhnul až ke 3000.⁶¹

Velké negativum vidí lékaři také v degradaci postgraduálního vzdělávání v České republice. V roce 2004 byl pod tlakem EU zrušen dosavadní systém dvou atestací, který byl pro svou kvalitu znám a chválen po celém světě. Beze změn ve specializačním vzdělávání hrozí degradace, nebo i likvidace některých lékařských oborů, v České republice např. dětské psychiatrie a chirurgie, uroonkologie nebo urgentní medicíny.⁶²

Taiwanské zdravotnictví se potýká se stejným problémem, avšak v jiných oborech a kvůli jiným příčinám. Na Taiwanu jsou to obory docela „běžné“, příkladem může být chirurgie, pediatrie, porodnictví a gynekologie⁶³, v České republice je to pak např. neurochirurgie. K tomuto nedostatku specializovaných lékařů však vedou i jiné faktory. Například nízká porodnost na Taiwanu velmi drasticky snížila počet lékařských absolventů v daných oborech. Dalo by se říci, že v případě nízké porodnosti je ani nebude zapotřebí, ale druhým rizikem, které v tomto problému vyvstává, je stárnutí generace lékařů a jejich pracovní vyčerpání. Mladí lékaři také často volí „snadnější“ obory, kde se vyhnou dlouhým pracovním dobám, hrozí také menší hrozba zanedbání povinné péče a pracují v příjemnějším prostředí. K těmto oborům patří např. dermatologie, oftalmologie nebo kosmetická chirurgie. Podle zprávy z prosince 2014, kterou vydal National Institute of Health na Taiwanu, by mohl Taiwan čelit do roku 2022 až 7000 nedostatku lékařů. Chybělo by téměř 4000 internistů, 1519 chirurgů, kolem 200 porodníků a gynekologů, 300 pediatriů a necelých 800 lékařů na urgentním příjmu.⁶⁴

Výrazným problémem je také nedostatek zdravotních sester, a to především v České republice, kde v současné době chybí téměř 600 sester, ale ani toto číslo nemusí být správné. Problémem je, že není o těchto počtech dostatek kvalifikovaných údajů, protože zákon neudává povinnost zasílat ministerstvu počty chybějících sester.⁶⁵ Nejhorší je situace ve Středočeském kraji a Praze (300), Karlovarském kraji (100), Plzni (70) a Ústeckém kraji (60). Ačkoliv se tato čísla nezdají být vysoká, dopady jsou velmi jasné –

⁶¹ Chybějící peníze ve zdravotnictví. Česká televize. [Online]

⁶² REKOVÁ, Tereza. Ztrácíme puls! Dokument o současném stavu českého zdravotnictví. Dvojka.cz [Online]

⁶³ CHENG, Tsung-Mei. Taiwan's health care system: The next 20 years. [Online]

⁶⁴ tamtéž

⁶⁵ ŠRAJBROVÁ, Markéta. Sester je žalostně málo. Aktuálně.cz [Online]

zavírání lůžek i celých oddělení, přetížené sestry a s tím související nebezpečí pro pacienta. Podle zdravotníků mohou za tyto problémy dva faktory – zdlouhavé vzdělávání a nízké finanční ohodnocení.⁶⁶ Podle ředitele nemocnice v Motole, pana Miloslava Ludvíka, však ani to není jediným důvodem, k těm dalším patří také složitá administrativa a ošetrovatelská dokumentace.⁶⁷ Tento názor sdílí i MUDr. Radovan Hranický, který působí jako praktický lékař, báňský a letecký záchranář a záchranář v horské službě, který uvádí, že kvůli složitosti administrativy ubývá sestrám čas, který mohou věnovat pacientovi v jeho nepříjemných či nejtěžších chvílích. Profesor Josef Vymazal, náměstek pro zdravotní péči Ministerstva zdravotnictví uvedl, že je to důsledek akreditace nemocnic (zvyšování kvality nemocnic), které s sebou přinášejí zvýšení administrativy. Řešením by podle něj byla racionalizace administrativy nebo přijetí administrativních pracovníků.⁶⁸ Tito pracovníci či pracovnice už v českých nemocnicích působí, ale velmi zřídka. Modelovým příkladem by pro nás mohlo být Německo, kde lékař či sestra namluví lékařský protokol či chorobopis do diktafonu a školení pracovníci jej pak přepíší. Ačkoli se někteří odborníci tomuto postupu brání, vyřešil by se tím problém nedostatku času sester, které by ušetřený čas mohly věnovat pacientům.⁶⁹ Na Taiwanu se řeší nedostatek sester především kvůli otázce častých náhlých úmrtí pacientů. Podle výzkumu, který provedla Agentura pro zdravotnický výzkum a kvalitu (AHRQ) z amerického ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb, se na Taiwanu vyskytuje velký počet úmrtí v důsledku pneumonie (zápal plic), šoku a srdeční zástavy. Pneumonie je navíc pátá nejčastější příčina smrti na Taiwanu. Řeší se tedy otázka, zda s tím nesouvisí nízký počet lůžkových sester, které včas rozpoznají příznaky nemoci či akutních potíží, a zabrání tak pacientovu úmrtí.⁷⁰ V roce 2014 se nespokojenost zdravotních sester projevila velmi silně, jelikož až 90 % z nich podle průzkumu uvažovalo o změně zaměstnání. Tři hlavní důvody byly nerespektování jejich pracovních schopností, dlouhá pracovní doba a nerovnost mezi prací a příjmem. Nejčastěji se zdravotní sestry chtějí uplatnit v kosmetickém průmyslu, pohostinství, chemickém nebo farmaceutickém průmyslu.⁷¹ Stejně jako české sestry nemají čas na pacienty ani taiwanští lékaři. Průměrný roční počet ambulantních návštěv

⁶⁶ Zdravotních sester začíná být kritický nedostatek, systém vzdělávání se asi zjednoduší. ČT24.cz [Online]

⁶⁷ ŠRAJBROVÁ, Markéta. Sester je žalostně málo. Aktuálně.cz [Online]

⁶⁸ REKOVÁ, Tereza. Ztrácíme puls! Dokument o současném stavu českého zdravotnictví. Dvojka.cz [Online]

⁶⁹ Rozhovor s MUDr. Janem Táborským

⁷⁰ CHENG, Tsung-Mei. Taiwan's health care system: The next 20 years. [Online]

⁷¹ Majority of nurses in Taiwan think about quitting: poll. The China Post. [Online]

na jednoho pacienta činí 14. Proto i v dopoledních hodinách lze vidět v čekárně i 50 pacientů. Výsledkem je, že lékař věnuje pacientovi velmi krátký čas, zhruba 5 minut. Tak krátká návštěva může vést ke zhoršení stavu pacienta, protože v daném čase nemusí stihnout lékaři vylicit všechny problémy, a také lékař pod časovým tlakem může přehlédnout některé příznaky. V důsledku toho pacienti navštěvují více lékařů nebo absolvují větší počet vyšetření, a ve výsledku to vede k navyšování nákladů na zdravotní péči. V současné době už přestávají stačit prostředky z placení pojistného, které nastavil systém NHI a hrozí nedostatek financí na pokrytí zdravotní péče v nemocnicích a zaplacení zdravotních pracovníků. Vláda čím dál častěji poskytuje dodatečné finanční prostředky na udržení systému v chodu. Komplikací je politika, jakékoliv zvýšení pojistného totiž musí projít legislativním dvorem (parlamentem).⁷²

Nedostatek financí ve zdravotnictví je dlouhodobým problémem i v České republice. V průměru se u nás na zdravotnictví vydá v průměru 7,5 % HDP, což je podle odborníků již neúnosné. Nižší výdaje na zdravotnictví má ze států OECD pouze Korea, Polsko, Chile, Mexiko a Turecko.⁷³

V následující kapitole předkládám návrhy k vyřešení současného stavu ve zdravotnictví České republiky a Taiwanu.

2.3 Návrhy na řešení problémů ve zdravotních systémech

2.3.1 Česká republika

1) Omezení počtu zdravotních pojišťoven

V České republice v současnosti působí 7 pojišťoven: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR, Revírní bratrská pokladna – zdravotní pojišťovna.⁷⁴ Problémem je, že každá pojišťovna si za jednotlivé výkony účtuje jiné částky a také to, že jednotlivé nemocnice mají smlouvy jen s některými pojišťovnami. Pacient, který není pojištěn u dané pojišťovny tak nemá nárok na vykonání některých zákroků, a musí se tedy přepojistit

⁷² TAI-YIN, Wu, AZEEM, Majeed, KEN N, Kuo. An overview of the healthcare system in Taiwan [Online]

⁷³ KUBEK, Milan. 24hodinová dostupnost lékařské péče. [Online]

⁷⁴ Zdravotní pojišťovny. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [Online]

nebo změnit nemocnici. Řešením by mohlo být omezení počtu zdravotních pojišťoven např. na tři, aby byla zachována konkurenceschopnost nebo sjednocení cen u jednotlivých výkonů. Zamezilo by se tím zvýhodňování některých nemocnic a do méně perspektivních nemocnic by tak přicházely větší finanční prostředky.

2) Placení rizikového chování

V minulosti fungovalo v České republice plošné očkování, lékaři navštěvovali školy a konali preventivní prohlídky a děti docházely na zubařské prohlídky. V současnosti už tento systém nefunguje a každý jednatel si zodpovídá za své zdraví sám, za děti samozřejmě zodpovídají rodiče. Se zodpovědností souvisí také prevence. Pojišťovny navrhuji zpoplatnění rizikového chování, což by se dotklo především kuřáků, konzumentů alkoholu, návykových látek, ale také sportovců a adrenalinových nadšenců. Nechci pominout ani problematiku obezity, se kterou souvisí velký počet civilizačních chorob. Dle mého názoru je tento krok dobrým řešením, jelikož spousta lidí si neuvědomuje důležitost prevence a podle slov MUDr. Táborského spoléhají, že vše za ně vyřeší lékař. Jako příklad uvádím muže, 55 let, jehož problémem je závislost na alkoholu. Na jednotce intenzivní péče byl hospitalizován třikrát, pokaždé z důvodu nadměrné konzumace alkoholu, i přesto, že byl lékaři poučen o riziku konzumace alkoholu v jeho případě. Tímto nezodpovědným přístupem připravuje ostatní pacienty o lůžko a daňové poplatníky o peníze. V takovýchto případech je platba rizikového chování na místě.

3) Zlepšení podmínek pro lékaře

V současné době je jedním z největších problémů nedostatek lékařů. Jedním z řešení by mohlo být zkrácení doby studia, díky kterému by vystudovalo více lékařů za kratší dobu a i přes odchod některých lékařů do zahraničí by zde větší počet zůstal. Toto zkrácení by s sebou však muselo přinést intenzivnější a kvalitnější studium. Samozřejmě pouze zkrácení doby studia není řešením, hlavní by mělo být zvýšení platů. Dále by se mělo zainvestovat do propagace méně atraktivních oborů (psychiatrie, neurologie, geriatric, patologie), např. budováním nových pracovišť pro tyto obory, možnost krátkodobých stáží v zahraničí, a také příslušné finanční ohodnocení. Jak jsem se dověděla z různých rozhovorů, jedním z problémů je také nerovnoměrné rozdělování prostředků mezi lékaře. Právě toto nerovnoměrné členění financí vede k úbytku lékařů v méně atraktivních oborech, jelikož nejsou adekvátně ohodnoceny.

4) Zlepšení podmínek pro střední zdravotnický personál

Nedostatek sester v České republice je způsoben dvěma důvody. Prvním důvodem je složité a zdlouhavé vzdělávání, druhým finanční ohodnocení. V minulosti byl systém vzdělávání sester nastaven takto: sestra vystudovala čtyřletý obor na střední zdravotnické škole. Jednalo se o obory sestra všeobecná, dětská, dietní, ženská, atd. Speciální obory vyžadovaly dvouletou pomaturitní návstavbu, např. zubní laborantka, porodní asistentka atd. Po nástupu do zaměstnání absolvovala půlroční adaptační proces a stala se z ní plnohodnotná sestra s danými kompetencemi. Sestry také dostávaly tzv. umístěnky, které vypisovaly nemocnice, ve kterých bylo sester málo. Tím byl vyřešen problém nedostatku personálu. V dnešní době musí sestra absolvovat čtyřleté studium na střední škole, po kterém se z ní stává pouze asistent, který nemá kompetence zdravotní sestry. Aby tyto kompetence získala, musí absolvovat vyšší odbornou školu, potom se z ní stává diplomovaná sestra. Další možností je tříleté studium na vysoké škole v oboru ošetrovatelství, dosáhne titulu bakalář. Dalším specializačním studiem v Národním centru ošetrovatelství např. Brno, Praha získávají specializaci v jednotlivých oborech, např. ARO, JIP, interna, chirurgie, atd. Tento systém popisuji z důvodu toho, aby si čtenář dokázal představit rozdíly mezi vzděláváním v minulosti a dnes. Podle tohoto přehledu také vidíme, že sestry studují až 7 let, aby dosáhly kompetencí sestry a mohly pracovat bez dohledu. Studium je také o rok delší, než studium lékařů. Díky tomuto složitému a zdlouhavému systému vzdělávání a malé motivaci ke studiu těchto oborů dochází k nedostatku středního zdravotnického personálu. Řešením by bylo zkrácení doby studia, zavedení delší praxe u lůžka a možnost navštívení více oddělení, aby se budoucí sestry co nejrychleji zapracovaly a získaly v krátké době co nejvíce zkušeností. Osobně si myslím, že návrat k původnímu systému by byl nejlepším řešením.

2.3.2 Taiwan

Jelikož problémy v taiwanském zdravotnictví jsou totožné s těmi ve zdravotnictví českém, stručně tyto obtíže zhodnotím a navrhnou postup k řešení.

Nedostatek lékařů v některých oborech by stejně jako v České republice vyřešila motivace mladých lékařů vstoupit do méně atraktivních lékařských disciplín (pediatrie, gynekologie, chirurgie). Jak jsem již uváděla, mnohdy lékaři pracují ve starých a nemoderních budovách, protože peníze putují do stavby onkologických či kardiologických klinik. Tyto obory jsou samozřejmě velmi žádané díky nárůstu onkologických a kardiovaskulárních chorob, proto se investuje především zde. Dalším

motivačním krokem by mohla být investice do výzkumu v těchto oborech nebo zajištění praxe v zahraničí pro mladé lékaře. Na méně výdělečné obory se nesmí zapomínat, jelikož populace lékařů stárne a tento nedostatek specialistů by mohl dosáhnout kritického bodu.

Stejně jako v České republice je i na Taiwanu zřetelná nespokojenost zdravotních sester. Jedním z důvodů je malý respekt k jejich práci ze strany pacientů. Bylo by vhodné pacienty informovat o tom, jak náročná práce zdravotní sestry je a co všechno obnáší. Myslím, že příjemným řešením by byly například besedy se zdravotními sestrami, kde by si lidé mohli vyzkoušet některé základní úkony péče o nemocné, např. základní osobní hygiena, sestry by také mohly přednášet o tom, jak probíhá jejich pracovní den a s čím se musí denně vypořádat. Dalším krokem je samozřejmě adekvátní finanční ohodnocení.

V předešlých kapitolách jsem již zmínila, že výdaje na zdravotnictví tvoří 6,9 % HDP. V současnosti už tato hodnota přestává stačit a vláda bude muset přistoupit k navýšení. Toto navýšení by přineslo peníze na platy lékařů a zdravotních sester, čímž by se vyřešil personální problém a zlepšila by se také kvalita péče a bezpečí pacientů. Pozitiva by to však přineslo i do dalších oblastí. Například by se usnadnilo a zrychlilo přijímání nových lékařských technologií a léků, protože přijímání nových technologií je taktéž omezeno rozpočtem.

Nízká cena taiwanského zdravotnictví vede také k nadužívání lékařské péče, a zvýšení cen by mohlo tomuto nadužívání zabránit. Jak na Taiwanu, tak i v České republice jsou lidé zvyklí na kvalitní zdravotní péči, ale už nejsou ochotní za ni platit. V roce 2014 byl Taiwan s hodnotou HDP na stejné úrovni jako např. Německo, Kanada nebo Dánsko, avšak všechny tyto země vydávají na zdravotnictví mnohem vyšší částky. Při tvorbě zdravotního systému se Taiwan inspiroval v zahraničí, mohl by se učit od některých zemí učit i v tomto případě.

Závěr

Tématem této bakalářské práce je analýza českého a taiwanského zdravotního systému. V teoretické části práce jednotlivé kapitoly podrobně pojednávají o jejich historickém vývoji od 19. století, současném stavu a rozebírají jejich určitá specifika. V praktické části jsem se zaměřila na komparaci pozitiv a negativ obou systémů. Následovala kapitola, kde jsem uplatnila poznatky získané při psaní této práce a navrhla jsem řešení k problémům, se kterými se v současnosti oba systémy potýkají.

Praktická část mé práce byla hlavním výstupem, jelikož mě dovedla k cíli, kterého jsem chtěla dosáhnout, a to zjistit, v jaké situaci se nachází taiwanské a české zdravotnictví a zda v těchto zdravotních systémech převažují negativa či pozitiva.

Ve svém výzkumu jsem se dostala ke zjištění, že ačkoliv jsou si obě země geograficky i kulturně dosti vzdálené, na poli zdravotnictví jsou si velice podobné. V tomto případě především v negativech. Obě země řeší nedostatek financí, s čímž souvisí nedostatek zdravotnického personálu a počínající nespokojenost pacientů. V České republice je nedostatek lékařů způsobem především jejich nízkým finančním ohodnocením a špatně nastaveným systémem vzdělávání, na Taiwanu tento nedostatek zasahuje jen některé obory jako pediatrie, porodnictví a gynekologie, což je způsobeno nízkou porodností v zemi. Nedostatek zdravotních sester má stejné příčiny, na Taiwanu je tento problém ještě umocněn malým respektem k jejich práci.

Je však nutné zmínit i pozitiva obou systémů, ke kterým jsem ve svém výzkumu došla. Přestože díky chybějícímu personálu dochází v České republice k zavírání lůžek a v extrémních případech i celých oddělení, podle evropských průzkumů stále patříme k lepšímu průměru v dostupnosti zdravotní péče.⁷⁵ Taiwan si v této oblasti vede také dobře, hodnocení občanů v této oblasti je velmi kladné.⁷⁶ Nesporným pozitivem je také kvalita lékařské péče v obou zemích.

Respekt je nutný nejen k práci zdravotnického personálu, ale také k vlastnímu zdraví. Jak jsem zmínila výše, lidé se příliš spoléhají na práci lékařů a příliš nedbají na prevenci. Ačkoli se obě země neustále zlepšují na poli lékařských úspěchů a roste význam preventivních programů, obyvatelstvo se musí naučit zodpovídat za své zdraví i vlastním

⁷⁵ Euro Health Consumer Index 2015 [Online]

⁷⁶ Konsolidace síly tchajwanského systému Národního pojištění. Taipei Economic and Cultural Office, Prague, Czech Republic. [Online]

přičiněním a nezneužívat zdravotní systém v situacích, kdy to není nutné. Lidé se taktéž budou muset smířit s navýšením nákladů na zdravotnictví, protože neustále dochází ke zvyšování cen energií, léků, inovují se technologie a to logicky vede k vyšším nákladům.

Resumé

This thesis examines a healthcare system of two different countries – Taiwan and Czech Republic. The main goal of this paper is to analyze these two systems and compare it. At first, it analyzes development of healthcare system of both countries from historical perspective, then it also reveals the contemporary situation in healthcare of both countries. Theoretical part ends while pointing out some specifics of each healthcare system. The second part of this paper is focused on comparison of these health care systems and following comparison of their advantages and disadvantages, which has a lot to do with life conditions of inhabitants of these two countries.

Main goal of this thesis is to evaluate contemporary situation of two different healthcare systems and to decide, which of these two can offer better services to those, who are in need of professional help.

The outcome of my analysis and comparison revealed that both systems have similar advantages and disadvantages, but they were created in and by different conditions. In the last chapter I came out with some options, which could help to resolve some of few contemporary problems of these healthcare systems.

Key words: Republic of China, Taiwan, Czech Republic, health, healthcare system, insurance, NHI

Seznam zdrojů a použité literatury

Literatura

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

Euro Health Consumer Index 2015. In: *Health Consumer Powerhouse* [Online] 2016. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf

GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. xii, 380 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8.

JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

JIU-FEN, Rachel Lu a Chiang TUNG-LIANG. Evolution of Taiwan's health care system. *Health Economics, Policy and Law*. 2011(6), 85-107. DOI: 10.1017/S1744133109990351. Dostupné z: <http://hpe.org.tw/Taiwan's%20Healthcare%20System%20-%20HEPL%202011.pdf>

LI, Jack, Ju-Chuan YEN a Wen-Ta CHIU. Building a National Electronic Medical Record Exchange System – Experiences in Taiwan. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. 2015(121), 14-20. Dostupné z: http://www.academia.edu/24696044/Building_a_national_electronic_medical_record_exchange_system_-_experiences_in_taiwan

National Health Insurance 2015-2016 Annual Report. In: *National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare* [Online]. 2016. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/13767_1_2015-2016%20NHI%20ANNUAL%20REPORT.pdf

Universal Health Coverage in Taiwan. In: *Bureau of National Health Insurance, Department of Health, Executive Yuan* [Online]. 2012. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/21717_1_20120808UniversalHealthCoverage.pdf

WU, Tai-Yin, Azeem MAJEED a Ken N KUO. An overview of the healthcare system in Taiwan. *London Journal of Primary Care*. 2010, 3(2), 115-119. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3960712/>

Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: zdravotnictví v číslech a názorech: Kulatý stůl - Budoucnost zdravotnictví. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008. 299 s. ISBN 978-80-254-3153-5.

Zdroje

CABRNOCH, Milan. Elektronické zdravotnictví součástí úspěšného systému na Taiwanu. In: *iDnes* [Online]. 2012. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: <http://cabrnoch.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=279873>

Development of the Healthcare system in Taiwan. In: *National Health Insurance Administration Ministry of Health and Welfare* [Online]. 2014. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: http://www.nhi.gov.tw/english/webdata/webdata.aspx?menu=11&menu_id=290&WD_ID=290&webdata_id=1885

GAVENDA, Jaroslav, ŠULCOVÁ, Helena, KOPP, Milan. Čeští kardiologové dostali za léčbu infarktu cenu WHO. In: *Český rozhlas* [Online]. 2014. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/veda/_zprava/cesti-kardiologove-dostali-za-lecbu-infarktu-cenu-who--1356802

HWANG, Jim. Co japonská okupace dala a vzala. In: *Taipei Economic and Cultural Office, Prague, Czech Republic* [Online]. 2003. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: http://web.roc-taiwan.org/cz_cs/post/382.html

HYKLOVÁ, Dáša. Tchajwancům „IZIP“ funguje několik let. In: *E15* [Online]. 2012. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: <http://www.euro.cz/archiv/tchajwancum-izip-funguje-nekolik-let-948754>

CHENG, Tsung-Mei. Taiwan's health care system: The next 20 years. In: *Brookings* [Online]. 2015. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: <http://www.brookings.edu/research/opinions/2015/05/14-taiwan-national-healthcare-cheng>

Chybějící peníze ve zdravotnictví. In: *Česká televize* [Online]. 2016. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1096898594-udalosti-komentare/216411000370314>

JANSOVÁ, Lenka. Od ledna platí nařízení o místní a časové dostupnosti zdravotní péče. In: *Český rozhlas* [Online]. 2013. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/od-ledna-plati-narizeni-o-mistni-a-casove-dostupnosti-zdravotni-pecce--1158061

KABÁTOVÁ, Michaela. České zdravotnictví skokanem Evropy: předčilo Británii, Španělsko a Itálii. In: *Lidovky* [Online]. 2016. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: http://www.lidovky.cz/ceske-zdravotnictvi-je-skokanem-evropy-prestizni-zebricek-ehci-pecce-v-cr-predcila-postkomunisticke-i5j-/zpravy-domov.aspx?c=A160131_214102_in_domov_ELE

Konsolidace síly tchajwanského systému Národního pojištění. In: *Taipei Economic and Cultural Office, Prague, Czech Republic* [Online]. 2012. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: http://web.roc-taiwan.org/cz_cs/post/1194.html

KUBEK, Milan. 24hodinová dostupnost lékařské péče. In: *Slideplayer* [Online]. 2012. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: <http://slideplayer.cz/slide/2343279/>

MÁJEK, Ondřej a kol. Výsledky adresného zvaní českých občanů do programů screeningu zhoubných nádorů. In: *Mamo* [Online]. 2015. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: <http://www.mamo.cz/index.php?pg=mamograficky-screening--adresne-zvani-obcanu-do-programu-screeningu-zhoubnych-nadoru--vysledky>

Majority of nurses in Taiwan think about quitting: poll. In: *The China Post* [Online]. 2015. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: <http://www.chinapost.com.tw/taiwan/national/national-news/2015/08/18/443554/Majority-of.htm>

NOVOTNÁ, Lenka. Koncepce zajištění dostupnosti zdravotní péče v České republice. In: *HPI* [Online]. 2010. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: <http://www.hpi.sk/2010/02/koncepce-zajisteni-dostupnosti-zdravotni-pece-v-nbsp-ceske-republice/>

REKOVÁ, Tereza. Ztrácíme puls! Dokument o současném stavu českého zdravotnictví. In: *Český rozhlas* [Online]. 2015. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/dvojka/dokument/_zprava/ztracime-puls-dokument-o-soucasnem-stavu-ceskeho-zdravotnictvi--1499024

ROKYTA, Václav, VÁVROVÁ, Iveta. Lékaři vyzvali vládu, aby připravila plán na záchranu českého zdravotnictví. In: *Český rozhlas* [Online]. 2016. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/lekari-vyzvali-vladu-aby-pripravila-plan-na-zachranu-ceskeho-zdravotnictvi--1591289

Rozhovor s MUDr. Janem TÁBORSKÝM, Nový Jičín, nar. 1983, Nový Jičín 10. 6. 2016

ŠRAJBROVÁ, Markéta. Sester je žalostně málo. Je smutné, že si vydělají tolik, co brigádník na pumpě, říká náměstkyně. In: *Aktuálně* [Online]. 2016. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: <http://zpravy.aktualne.cz/domaci/rozhovor-teska-arnostova/r~32900fbaca9411e59045002590604f2e/>

Taiwan, your best destination for medical care. In: *Divainternational* [Online]. 2007. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: <http://divainternational.ch/spip.php?article308>

Taiwanská republika. In: *Čínština pro praxi* [Online]. 2013. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: http://wiki.cinstina.upol.cz/index.php/Taiwansk%C3%A1_republika

Úspěch českých lékařů: vyléčí téměř 90 procent případů leukémie u dětí. In: *E15* [Online]. 2014. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: <http://zpravy.e15.cz/domaci/udalosti/uspech-ceskych-lekaru-vyleci-temer-90-procent-pripadu-leukemie-u-deti-1057519>

Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2014. In: *Český statistický úřad* [Online]. 2015. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-v-roce-2014>

Zdravotní pojišťovny. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [Online]. 2014. [cit. 2016-06-19] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html

Zdravotních sester začíná být kritický nedostatek, systém vzdělávání se asi zjednoduší.
In: *Česká televize* [Online]. 2015. [cit. 2016-06-19] Dostupné z:
<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1597955-zdravotnich-sester-zacina-byt-kriticky-nedostatek-system-vzdelavani-se-asi-zjednodusi>