



Zdravotnické systémy

PhDr. Eva Křížová, PhD.
3. lékařská fakulta UK

Cíle zdravotnických reforem

- Důraz na rovnost k přístupu (ekvita) a spravedlnost (Evropa)
- Geografická dostupnost
- Zajistit masovou dostupnost vědeckých poznatků v praxi
- Budovat instituce
-**o něco později**
- Zastavit prudký nárůst výdajů
- Zajistit hospodárnost
- Snížit spotřebu léků
- Nejprve unifikovat (1883-1970), později diverzifikovat (po 1970)
 - Trh ve zdravotnictví

V SOUČASNOSTI JDE NEJVÍCE O

- Udržitelnost zdravotnického systému!!!
 - Sociální smír, sociální koheze
- Spravedlnost
- Vstřícnost- responsiveness
- Kvalitu zdravotní péče (EBM)
 - jinou než kvalitní péči neposkytovat
- Výkonnost systému – efficiency
- Snahu udržet solidaritu
 - i když stále víc je kladen důraz na volbu a odpovědnost
- Posílení motivace a odpovědnosti za zdraví
- Emancipaci uživatele
- Odlehčení zdravotnictví

80. a 90. léta ve znamení trhu

- Konkurence plátců
- Konkurence poskytovatelů
- Decentralizace
- Volba a emancipace uživatelů
- Výkon a motivace, transparentnost
- Kvalita

Ale také:

Nerovnost a

nespravedlnost!!!

3 základní modely

- Tržní zdravotnictví (USA)
 - LIBERÁLNÍ
- Zdravotnictví budované na principu **solidarity** a distributivní spravedlnosti:
 - zdravotní pojištění (N, R, Fr, Benelux, Šv., ČR)
 - státní zdravotnictví (VB, severské země, Port., Šp., Řecko, Itálie)

Americké zdravotnictví

- stále platí dobrovolnost zdravotního pojištění na soukromé bázi
- zaměstnanecké pojištění
- soukromé komerční pojištění (či připojištění)
- veřejné programy
 - více než 50% celkových výdajů
 - 1965 Medicare (vázáno na social insurance) a Medicaid
 - 1997 státní program pro děti a mládež do 19 let
 - state-only programs
 - místní samospráva

Medicare

- osoby nad 65 let věku
 - které platily příspěvky (Medicare taxes) nebo jsou sociálně slabí
- někteří handicapovaní
- osoby s trvalým selháním ledvin
- Velká variabilita plánů:
 - Original Medicare Plan + Medigap nebo zam. Připojištění
 - Medicare + Choice
 - Medicare MC plans, HMO's, Medicare Private FFS plans
- Part A: nemocniční péče
 - bezplatné pojištění při splnění podmínek
 - vysoká spoluúčast - hlavně léková
- Part B: ambul. péče
 - je volitelná
 - vždy se platí - odpočty z dávek nebo účtem

Medicaid

- spravovaný jednotl. státy
 - různé podmínky nárokovatelnosti, rozsahu služeb, prvních nákladů i spoluúčasti
 - soc. klauzule pro těhotné a děti do 18 let
 - neodkladná péče a plánování rodičovství bez spoluplateb
 - federální zdroje 50-83
 - (v Ø 57%)
 - úhrady formou FFS nebo HMO
- Příjmové kritérium
 - vůči hranici chudoby
 - více než 40 mil. osob
 - kombinace Medicare a Medicaid

Proměna amerického zdravotnictví

- od individuálních praxí ke skupinovým a zaměstnaneckým
- rozvoj řízené péče
 - Co jsou HMO (Health Maintenance Organizations)
- stabilizace nárůstu celkových výdajů, ALE!
- osobní lékařská péče - „boutique medicine“
- 41 až 43 mil. nepojištěných
 - (14-16%, 17,5% mladších 65 let)
 - „tragické volby“???
- zaměstnavatelé i Medicare redukují rozsah krytí
- Bude univerzální pojištění v r. 2010?

Německé zdravotnictví

- Tradice od r. 1883
- integrace sociálního, starobního, zdravotního a úrazového pojištění
 - od 1995 i poj. pro dlouhodobou péči,
 - Od 2007 stomatologické
 - princip věcné náhrady
 - občanská rovnost a spravedlnost
 - Decentralizace, korporativismus, samospráva a sociální partnerství
 - kompromis (soutěž a pestrost, solidarita a vlastní odpovědnost - solidarischer Wettbewerb)
 - Na spolkové úrovni MZ a na zemské úrovni Ministerstva práce a sociálních věcí

Německé zdravotnictví

- kdo péči platí?
 - zákonné zdravotní pojišťovny - 60% (u nem. hlavně provoz)
 - veřejné rozpočty - 21% (hlavně investice)
 - soukromé pojišťovny - 7%
 - nemocný - 13%
- asi 0,3% nepojištěné populace
- kombinace zákonného (88% pop.) a soukromého (10%) zdrav. pojištění a připojištění na bázi příjmu
 - (od 2001 jednotné limity, od 2008 - cca 4000,- € měsíčně)
 - OSVČ platí nejméně ze základu 1785,- €, minimálně 90-120 € měs.
- od 1996 uvolněna volba zdrav. Pojišťovny (AOK, EKK) a od r. 2002 platí pro všechny pojištěnce svobodná volba ZP každého 1,5 roku

Kdo péči poskytuje?

- Víceméně soukromý sektor
- Nemocnice různých zřizovatelů
- Volný přístup k ambul. spec. se má změnit
- Spolkový výbor smluvních lékařů a zdravotních pojišťoven
- Regionální svazy smluvních ambulantních lékařů a zdravotních pojišťoven
- Fakultní nemocnice jsou v kompetenci spolkových zemí
- Soukromí pacienti platí lékaře přímo a žádají refundaci, jinak princip věcných dávek

Problémy: stárnutí německých lékařů, nedostatečné zajištění v některých spolkových zemích – volná místa!!!

Počty lékařů ve starých spolkových zemích mezi lety 1970-1993	1970	1993
Smluvní PL	25.539	24.645
Smluvní ambulantní specialisté	20.763	50.824
Nemocniční lékaři	35.066	91.468
Nepraktikující	11.208	45.000
Celkem	103.981	266.327

- financování ambulantní péče přes regionální svazy pokladenských lékařů
- důchodci platí zdr. pojištění z důchodů a dalších příjmů
- vysoká spotřeba léků, duplicitní spotřeba péče, „shopping round“
- spoluplatby - **v r. 2004 ZVÝŠENY !!! a sníženo pojistné o 0,9%**
 - nominální kvartální poplatek 10 Euro za návštěvu lékaře a při akutním ošetření v nemocnici
 - u amb. spec,. se neplatí při doporučení všeobecným l. v tomtéž kvartálu
 - Neplatí se při očkování, předpisu antikoncepce, při preventivních onkologických prohlídkách u žen od 20 a mužů od 45 let, 1x za dva roky vyšetření na diabetes, srdeční a ledvinové onemocnění u osob nad 35 let, každoroční stomatologické prohlídce a během těhotenství

Poslední vývoj

- 1998 – Zákon na posílení solidarity v povinném ZP
- 2000 - Zákon k reformě povinného zdravotního pojištění
- 2001 – Zákon o reformě přerozdělování pojistného podle rizika v povinném ZP
- 2003- Zákon o DRG
- **2004- Zákon o modernizaci povinného zdravotního pojištění**
 - Cíl- přiblížit průměrné pojistné k 13% mzdy
 - Nejprve snížení pojistného zaměstnavateli a zaměstnancům o 0,45% (což by důsledek regulačních poplatků)
 - Vzápětí zavedení samostatného stomatologického pojištění 0,4%
- 2006- Zákon o hospodárnosti při nakládání s léky
- **2007- Zákon k posílení konkurence mezi zdravotním pojišťovny**

Snímek 13

- E1** ohled na chronicky nemocné a disease management, zaveden fond katastrofické péče a položen základ přerozdělování podle nemocnosti
- od 2007)
Eva; 25.9.2007

Reforma 2004

GKV-Modernisierungsgesetz

- Zákon o modernizaci zákonného zdravotního pojištění

- Cílem bylo podpořit úsilí a konkurenci o maximální kvalitu, hospodárnost a dialog s pacienty
- Zavedeny nové kvartální poplatky 10 Euro
 - » Zrušena sociální klauzule „chudých“
 - » Zaveden roční limit 2% příjmu domácnosti (resp. 1%)^{E2}
 - » 41,40 – 82,80 Euro ročně
- Zavedeny impulsy ke společné odpovědnosti za zdraví a vědomí ceny (nákladů)
- Vyloučeny některé služby a léky z úhrad
- Zavedeno povinné stomatologické pojištění (0,45% od r. 2006)
- Lehké navýšení části, kterou platí pojištěnec ve svém odvodu

Snímek 14

E2

u amb. spec,. se neplatí při doporučení všeobecným I. v tomtéž kvartálu

Neplatí se při očkování, předpisu antikoncepce, při preventivních onkologických prohlídkách u žen od 20 a mužů od 45 let, 1x za dva roky vyšetření na diabetes, srdeční a ledvinové onemocnění u osob nad 35 let, každoroční stomatologické prohlídce a během těhotenství

Eva; 25.9.2007

duben 2007 Zákon na posílení konkurence ve zdravotním pojištění -

Willkommen in der Solidarität!

- Zavést zdravotní pojištění pro všechny
 - (200 tis. osob bez ZP)
- Zvýšit kvalitu péče a posílit volbu
- Posílit ekonomickou zainteresovanost a odpovědnost
- Modernizovat povinné i soukromé ZP
- Reforma financování – zřízení Zdravotního fondu

Zukunftssicher und solidarisch:

www.die-gesundheitsreform.de

Všichni se musí pojistit!!!

2007- 2009

- Osoby pojištěné v povinném systému, v něm zůstávají
- Osoby, pojištěné (dříve) v soukromém systému či nepojištěné, se mohou od 1.7.2007 pojistit v tzv. standardním tarifu (srovnatelný rozsah s hrazenou péčí povinného ZP)
 - Maximální výše pojistného - nesmí překročit průměrné maximum v povinném ZP, tj. cca 500 Euro
 - žádné osobní rizikové příplatky za zhoršený zdravotní stav či předchozí nemoci, žádné věkové limity, finanční úlevy při sociální potřebnosti, lékaři musí pacienta přijmout
 - Od 1/2009 musí soukromé ZP nabídnout pojištění v základním tarifu
 - Tímto opatřením bude dosaženo, že žádné služby nebudou
 - Všichni budou oprávněni ke stejnému zajištěnému rozsahu služeb

Zvýšit kvalitu a posílit volbu

- **Posílení spolupráce mezi amb. a nemocničním sektorem** E4
- **Co nejlepší kvalitu za nejnižší cenu** E5
- **Individuální tarify i v povinném ZP**
 - Hausarzttarif- Pokud přijde přes PL, bude platit méně
 - Nabídky integrované (řízené) péče
 - Možnost nižší ceny při vyšších prvních nákladech
 - Možnost zvolit si zpětnou úhradu přímo zaplacených nákladů v případě určitých služeb
 - Možnost zvolit si tarif pro úhradu zvláštních (tj. alternativních) směrů
 - Možnost připojištění nemocenských dávek
 - Pokud pečuje o své zdraví, dostane bonus E6

Snímek 17

- E4** Ambulantní péče bude poskytována i v nemocnicích
Důstojné umírání v domácnosti, zlepšení paliativní péče
Právo na rehabilitaci jako součást služeb hrazených zdravotním pojištěním
Právo na prevenci, očkování, lázeňskou péči
Právo těhotné vybrat si místo porodu
Eva; 13.5.2008
- E5** Vyjednávání rabatů při nákupu léků
Druhý názor při preskripci inovativních léků
Pevné ceny služeb poskytovaných lékaři od r. 2009 do výše předem sjednaného objemu
Eva; 13.5.2008
- E6** U mladších pojištěnců účast na prevenci povede v případě později odhalených chronických onemocnění k nižší spoluúčasti (1% hrubého příjmu)
Bude platit od 1.1.2008 pro ženy mladší 35 a muže mladší 45 let
Bude se vyžadovat spolupráce nemocného na léčbě
Pro všechny starší chronicky nemocné platí současné maximum 1% HP
Eva; 13.5.2008

Modernizovat povinné i soukromé ZP

- Oba systémy se musí přizpůsobit konkurenci a volbě, potřebám a přáním občanů
- Individuální volitelné tarify od 2007
- **Méně byrokracie – zjednodušení a přehlednost administrativy**
- Základní tarif v soukromém ZP
- Namísto 7 reprezentantů bude na spolkové úrovni reprezentovat zákonné ZP jeden vrcholný svaz
- Bude vytvořen prostor pro různé fúzování ZP
- Bude zavedeno JEDNOTNÉ POJISTNÉ ve veřejném zdr. poj.
- Přenositelnost rezervy vytvořené v soukromém ZP pro stáří
 - Uvnitř jedné soukromé pojišťovny od 2007
 - Mezi soukromými pojišťovnami od 2009

Zřízení zdravotního fondu

- od 1/ 2009 jednotná % sazba pojistného v povinném ZP
- 100% přerozdělování podle věku, pohlaví a nemocnosti
- Platby za děti z daní – nové zdroje financování
- Pojišťovny budou dostávat paušál 150-170 Euro
- Mohou dodatečně vybírat další pojistné do max. výše 1% zdanitelného příjmu – právo na změnu ZP
 - Další pojistné (Zusatzbeitrag) se nebude platit za rodinné příslušníky
 - Prostředky i z dodatečného pojistného se odvádějí nejprve do společného fondu

Francouzské pojištění

- Hybridní systém s vysokou mírou ochrany a liberalismu
 - značně nákladný (9,4% HDP)
 - nejlépe hodnocený
- Silný vliv státu
 - centrum- 22 regionů- departmenty - obce
- stát určuje obecné podmínky
 - (rozsah služeb a pozitivní seznam léků, sazby veřejného zdravotního pojištění, schvaluje regulované ceny
 - zabývá se dostupností a kontrolou a ochranou slabých, právy pacientů a ručí za bezpečnost

Kdo péči hradí?

- všeobecné (sociální) zdravotní pojištění prostřednictvím zaměstnavatele - 75-77% nákladů (Assurance Maladie)
 - Všichni jsou povinně pojištěni, ex. vyrovnávání rizika
 - 3 hlavní veřejné zdr. poj. kryjí 96% pop., občané nemají svobodnou volbu
 - » princip zaměstnavatele, profese nebo místa bydliště
 - » pojišťovny jsou společně řízeny federacemi zaměstnavatelů a odbory
- soukromé zdravotní pojišťovny - 12%
 - Různý rozsah, ziskové i neziskové, 86% populace
- a pacient sám - 11-13%
- od r. 2000 - Couverture Maladie Universelle -
 - doplňkové pojištění pro chudou populaci (7-10% populace, s příjmem pod 6800 Eur ročně),
 - zdarma poskytuje soukromé pojištění (!)

Kdo péči poskytuje?

- Veřejné nemocnice (65% lůžek)
- a soukromé nemocnice (35% lůžek)
 - (20% ziskové a 15% lůžek neziskové)
- veřejné nemocnice poskytují také ambulantní služby
- podléhají krajským nemocničním správám a dostávají rozpočty (veřejné)

- Praktičtí a ambulantní lékaři
 - soukromí
 - 3 schémata ordinací:
 - zcela nezávislí
 - sektor 1
 - sektor 2 - účtování nad rámec sjednaných cen (38% spec. a 15% PL)

Jaké služby jsou poskytovány a za jaké ceny?

Na základě ověření účinnosti

Schválené léčebné postupy

Schválené léky zdravotní pomůcky

National Agency for Accreditation and Evaluation of Health Care

Ceny jsou dojednány odbory a zdravotními pojišťovnami na národní úrovni

Prvek kapitace volitelný (1% pac., 10% PL)

Přístup občanů ke službám

Neomezený a svobodný

- vysoká spoluúčast
 - jak plošná, tak volitelná
 - nemají roční limit
- platba předem a zpětná refundace cca 75% nákladů
Příjemci CMU nemusí
- osvobození jsou
 - chronicky nemocní
 - mladí handicapovaní
 - těhotné a novorozenci
 - chirurgické výkony nad 200 Eur
 - chudí a další
 - celkem asi 8,5% pop., ve věkové skupině 65+ asi

- 30% regulované ceny návštěvy u PL a amb. spec.
 - asi 6 a 8 Euro
- Cena nad rámec regulované
 - Sektor 2
 - léky (0, 35%, 65%)
- 20% nemocniční péče za prvních 31 dnů do výše 200 Eur
- denní taxa 10,67 Eur
- nadstandardní služby
- 40% na laboratorní testy s výjimkou vážných onemocnění
- příspěvek na dopravu a rehabilitaci a pod.

Soukromé pojištění

- zpravidla nehradí zboží a služby, které nejsou zahrnuty do garantované péče
 - ale některé hradí i nadstandardní hotelové služby
- mají ho méně často lidé s nižším sociálním postavením, nezaměstnaní a nekvalifikovaní
- působí jako druhý plátce a jeho podíl narůstá, jeho rozsah krytí je různý
- má ho 85-90 % lidí ve skupinové i individuální (asi 34%) podobě
- nejrozšířenější je mutualité 61%
- některé z pojišťoven provozují zdr. zařízení

Holandsko

- Zvláštní příběh Dekkerovy reforma
- Od 3 pilířového systému k 2 pilířovému
 - Všichni povinně pojištěni a to jak veřejnými tak soukromými zdravotními pojišťovnami
 - Progresivní a plošné pojistné
 - Svobodná volba pojišťovny- konkurence, různé pojistné, různé plány
 - Bonifikace
 - Od 2005 bonusový systém pro 18+ (kredit 255 Eur)
 - Asi 50% polovina splní podmínku
 - Nepočítá se PL, těhotenství a porod
 - Zvýšení pojistného o 70 Eur
 - Gate keeping, kapitace, vysoký počet lůžek následné péče
 - Protestantský přístup k medikaci
 - Jednotný rozsah hrazené zdravotní péče
- Většina nemocnic jsou soukromé neziskové organizace

Britské zdravotnictví

- veřejná služba
- levné a efektivní
- málo citlivé k přáním pacientů
- restriktce dostupnosti
- gate-keeping
- primární péče
- od tržních reforem k plánování

Reformy ve Velké Británii

ZÁSADNÍ změny pod NEZMĚNĚNÝM názvem

- **1991 – „NHS and Community care Act“ vnitřní trh – fund holding**
- 1995 – integrace primární a sekundární péče ve sloučených okresních zdravotních úřadech a úřadech rodinné zdravotní péče (DHA a FHSA)
- **1997 „The New NHS: modern, dependable“**
- **1999 Primary care groups**
- **2003 The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003 (2004)**
 - Instituce NZS i mimo NZS mohou žádat o status „foundation trust“ („veřejně prospěšná společnost“-public benefit corporation)
 - Zrušení vládní kontroly nad „NHS trusty“ a delegování samosprávy na vzájemně si konkurující nezávislé korporace=„foundation trusts“
 - Riziko velkých rozdílů v dostupnosti a kvalitě péče (x zásadě NZS)
 - Podle zákona musí vyvíjet činnost „efektivně, účinně a ekonomicky“
 - Musí odpovídat standardům NZD
- **2005-6 Private Finance Initiative**
- **2007 zvýšení poplatku za recept – 6,85 liber**

Zvláštní příběh fund-holdingu

- Původně koncipován jako experiment
 - Rozdělení nakupování a poskytování péče
 - „money follows patient“
 - Účelem bylo zlepšit péči o pacienty
- Dramatické rozšíření během krátké doby
- Stále jako volitelný
- Chyběla evaluace
- Lékařská obec nejednotná
- Značné transakční náklady
- Přetrvávající etické rozpaky

Po nástupu Labouristů přetransformován do primary care groups/trusts (1999)

Struktura poskytovatelů v rámci NZS

- [NHS Trusts](#), se skládají z:
 - [Primary Care Trusts](#), které zajišťují primární péči a ochranu veřejného zdraví a sjednávají další péči
 - [NHS Hospital Trusts](#).
 - 290 organizací provozuje nemocnice, léčebná a specializovaná centra v cca 1,600 nemocnicích NZS (mnohé trusty obsahují od 2 do 8 nemocničních zařízení).
 - Nemocnice NZS ([NHS hospitals](#)) spravované výše zmíněnými NHS hospital trusts
 - Rychlá záchranná služba ([NHS Ambulance Services Trusts](#))
 - [NHS Foundation Trusts](#) –
 - v současné době všechny z nich jsou nemocnice, ale mohou do budoucna zahrnovat i týmy primární péče.
 - [NHS Care Trusts](#) – integrují zdravotně-sociální péči
 - Zařízení psychiatrické péče ([NHS Mental Health Services Trusts](#))

Primary care trusts - pilířem NHS

- Místo konkurence kooperace a partnerství
- Dvojí odpovědnost –
 - poskytování primární péče, vč. léků
 - a „sjednávání“ péče (commissioning namísto nakupování)
 - od r. 2004 hlavní sjednavatelé péče (i v soukr. sektoru)
 - Asi 15% služeb je již sjednáno u soukromých poskytovatelů
- Všichni GP musí být členy PCT
- Dnes cca 152 (po r. 2006, původně 303)
- Oblasti o cca 330 000 občanech
- PCT je řízen výkonnou radou, vedenou výkonným ředitelem složenou z různých reprezentantů (i PL, sestry, lékárníci, zubaři atd.)

„Competing providers, active purchasers and money following the patients“

- přebírají odpovědnost za monitorování potřeby, plánování služeb a zajištění dostupnosti primární i další péče
- dostávají zdroje na plánování a realizaci zdr. služeb na místní úrovni
- Disponují až 80% celkového rozpočtu NZS, alokovaného na základě vážené kapitace
- princip sdílené péče
- Odměna dalším poskytovatelům za výsledek „payment by results“
- Cílená podpora samoléčby – volně prodejné léky

Další inovace z poslední doby

- NHS Direct (<http://www.nhsdirect.nhs.uk/index.aspx>)
 - 24 hod. poradenství k svépomoci, sebezpečí a rodinné péči a vyhledání včasné a adekvátní pomoci, je-li třeba
- NHS Walk-In-Centres (od 2000)
 - Cca 90 v Anglii
 - Hlavně úleva PL a poskytovat pohotovostní službu
 - Např. u nádraží
 - Řeší infekce, vyrážky, tržné rány, zlomeniny, rychlou antikoncepci, žaludeční nevolnosti, řezné rány, popáleniny, modřiny, natažení...
- 26 health action zones v deprivovaných oblastech
 - Spolupráce zdravotních úřadů, nemocnic, PCTs, místních úřadů, neziskových organizací a soukromých firem
- Foundation trusts-
 - prezentovány jako nový typ sociálního vlastnictví
 - Nepodléhají ani MZ ani Strategic Health Authorities
 - Předkládají svou činnost ke kontrole místním komunitám, které participují na jejich řízení a správě
 - Formálně zaregistrovány a monitorovány Nezávislým kontrolním úřadem pro NHS Foundation Trusts (Monitor)

Trvalé stopy tržních reforem

- Soukromá zařízení zahrnuta do kontraktů NZS
 - Rozhodovat bude pouze kvalita
 - Od r. 2005 možnost volby z nejm. 4 poskytovatelů, od r. 2008 svobodná volba poskytovatele, který splní standardy a národní cenu
 - Léčba v zahraničí (???)
- Rozvoj soukromého pojištění a připojištění
- Základ fund-holdingu přetrval
- Pod heslem patients choice se skrývá privatizace
- Horizontální i vertikální propojování
 - Foundation trust chains
 - Nabídka primární péče v rámci nemocnic
- Centrální hodnotou je orientace na potřeby uživatele
 - „Putting Patients First“
 - Součástí hodnocení kvality je spokojenost pacientů

NHS Plan - zdravotnictví pro 21. století

- více peněz, lékařů, nemocnic, lůžek, sester, technologie, i vědy
 - Ale jen do r. 2008!!!
- pacient je středem systému - více informací, „moci“, komfortu a méně čekání
- respekt k různým potřebám různých skupin
- více čistoty, lepší strava a služby v nemocnicích
- zlepšení péče o staré lidi a koncentrace na chronicky nemocné
- standardy péče, kontrola kvality, motivace pro lepší výkon
- modernizace
- redukce rozdílů a loterie PSČ
- lepší podmínky zaměstnancům NHS
- posílit partnerství, veřejnou důvěru, místní odpovědnost a výkonnost
- Každý pacient bude mít přístup k vlastnímu Health Space
- Soustředění na trvale nemocné – zájem o kvalitu života

Severské země

- Ve všech jsou hlavním zdrojem financování daně – národní (státní), regionální, místní, a hlavní odpovědnost má stát a veřejná správa
- Ve všech dbají na propojení zdravotní a sociální péče (komunitní přístup)
- Ve všech mají zaveden gate-keeping PL
- Ve všech implementují v různém rozsahu a různým způsobem tržní prvky