

# SVETOVÉ ZDRAVOTNÍCKE SYSTEMY

v čase globalizácie



Peter Ondruš



Peter Ondruš

---

# SVETOVÉ ZDRAVOTNÍCKE SYSTEMY

v čase globalizácie



## Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie

Autor: MUDr. Peter Ondruš, CSc.

### Recenzenti:

Prof. MUDr. Miroslav Danaj, CSc.    Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava  
Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.      Ústav sociálneho lekárství a veřejného zdravotnictví,  
Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Jazyková redakcia: Juraj Genčanský

Vydavateľ: PRO Banská Bystrica, [www.pro.sk](http://www.pro.sk)

Tlač: Tlačiareň P+M, Turany

Vydanie prvé, 2014

Formát 170 × 240 mm, 320 strán, väzba brožovaná, 22,07 AH

Náklad: 500 výtlačkov

© Peter Ondruš, 2014

Všetky práva sú vyhradené a vykonáva ich autor. Žiadna časť textu a ilustrácie nesmú byť použité na ďalšie šírenie akoukoľvek formou bez predchádzajúceho súhlasu autora.

ISBN 978-80-89057-47-4

# OBSAH

<b>1. Prečo potrebujeme zdravotnícke systémy</b> .....	<b>9</b>
1.1. Zdravie a zdravotná gramotnosť .....	9
1.2. Základné charakteristiky zdravotníckych systémov .....	10
1.2.1. Modely zdravotnej starostlivosti .....	11
1.2.2. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti .....	16
1.2.3. Regulačné mechanizmy v oblasti starostlivosti o zdravie .....	18
1.2.4. Formy financovania zdravotníckych systémov .....	20
1.3. Porovnávanie výkonnosti zdravotníckych systémov .....	28
1.3.1. Výsledkové ukazovatele .....	29
1.3.2. Ekonomické ukazovatele .....	34
1.3.3. Globálne ukazovatele .....	38
1.4. Nástroje na modernizáciu zdravotníckych systémov .....	42
1.4.1. Inovácie v oblasti zdravotnej starostlivosti .....	42
1.4.2. Elektronické a mobilné zdravotníctvo (E-health a M-health) .....	48
1.4.3. Posudzovanie zdravotníckych technológií .....	49
<b>2. Regióny Svetovej zdravotníckej organizácie</b> .....	<b>55</b>
2.1. WHO región Európa .....	57
2.1.1. Západná Európa .....	74
2.1.2. Východné krajiny Európskej únie .....	90
2.1.3. Krajiny bývalého Sovietskeho zväzu .....	99
2.1.4. Juhozápadná Ázia .....	129
2.2. WHO región Afrika .....	135
2.2.1. Západná Afrika .....	162
2.2.2. Centrálna Afrika .....	165
2.2.3. Juhovýchodná Afrika .....	166
2.3. WHO región Východné Stredomorie .....	175
2.3.1. Severná Afrika .....	181
2.3.2. Blízky a Stredný východ .....	186
2.4. WHO región Juhovýchodná Ázia a Západné Tichomorie .....	196
2.4.1. WHO región Juhovýchodná Ázia .....	204
2.4.2. WHO región Západné Tichomorie .....	216
2.5. WHO región Severná a Južná Amerika .....	240
2.5.1. Severná Amerika .....	255
2.5.2. Stredná a Južná Amerika .....	261

<b>3. Vplyv globalizácie na zdravotnícke systémy</b> .....	275
3.1. Výchova a migrácia zdravotníckych pracovníkov .....	275
3.1.1. Výchova zdravotníckych pracovníkov .....	275
3.1.2. Migrácia zdravotníckych pracovníkov, odliv a plytvanie mozgami (brain drain, brain waste) .....	278
3.2. Zdravotná turistika .....	286
3.2.1. Globalizácia zdravotnej starostlivosti .....	286
3.2.2. Zdravotná turistika v Ázii .....	290
3.2.3. Zdravotná turistika v Latinskej Amerike .....	292
3.2.4. Nevýhody a kritika zdravotnej turistiky .....	295
3.2.5. Legálne dôsledky spojené so zdravotnou turistikou .....	297
3.2.6. Aká je budúcnosť zdravotnej turistiky .....	298
3.3. Globálna zdravotnícka správa a etika .....	301
<b>Register</b> .....	309
<b>Zoznam tabuliek</b> .....	314
<b>Zoznam grafov</b> .....	315
<b>Zoznam obrázkov</b> .....	319

## MILÍ ČITATELIA!

Do rúk sa vám dostáva nová publikácia o medzinárodných zdravotníckych systémoch, ktorá vyplňa medzeru v tejto oblasti a ponúka študentom medicíny, ošetrovateľstva, ale aj zdravotníckym manažérom prehľad v oblasti Medzinárodného verejného zdravotníctva. V dôsledku integračných a globalizačných trendov v zdravotnej starostlivosti sa táto problematika stáva čoraz diskutovanejšou. Cieľom publikácie nie je čitateľa zahrnúť množstvom informácií, ale skôr uviesť do problematiky, vzbudiť záujem o formy, výsledky a problémy ostatných krajín sveta v oblasti starostlivosti o zdravie aj za hranicami Európskej únie. Publikácia je logicky rozdelená na tri základné kapitoly. Úvodná kapitola popisuje základné charakteristiky systémov a metód ich posudzovania, podobne ako nástroje na ich modernizáciu. Druhá kapitola sa venuje zdravotníckym systémom jednotlivých krajín. Pri popise sa pridrižiava štruktúry Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO). Databázy WHO, ako aj Svetovej banky (WB) a CIA Factbook slúžili na vytvorenie prehľadných grafov porovnávajúcich parametre jednotlivých krajín. Tieto umožnia čitateľom získať rýchly prehľad o výkonnosti jednotlivých zdravotníckych systémov. Moderné technológie, medzinárodná spolupráca, obchod a presuny tovarov, pracovnej sily, ochorení a rizík vytvorili novú dimenziu medzinárodného zdravia a výzvy pre zdravotnícke systémy, ktoré ďaleko prekračujú hranice jednotlivých štátov. Publikácia poskytuje prehľadný popis zdravotníckych systémov viac ako 60 krajín sveta. Ďalšie skúmanie detailov ponecháva na odkazy internetových stránok a použitej literatúry. Záverečná kapitola je venovaná aspektom globalizačných trendov, ako sú zdravotná turistika, migrácia zdravotníckych pracovníkov, odliv mozgov a pod. Štruktúra publikácie umožňuje čitateľovi voľne sa pohybovať medzi jednotlivými kapitolami a vracat' sa k nim podľa potreby a záujmu.

K napísaniu tejto publikácie ma viedla snaha poskytnúť čitateľovi základné, prehľadné informácie a poukázať na fakt, že mnohé krajiny sveta ďaleko vzdialené od Európy zápasia s podobnými problémami ako sa vyrovnáť s narastajúcimi nákladmi na zdravotnú starostlivosť v podmienkach meniacich sa demografických parametrov, ako sú starnúca populácia, epidemický výskyt ochorení spôsobených nesprávnym životným štýlom a pod. Možné riešenia presahujú rámec zdravotníckych systémov a vyžadujú si celospoločenské riešenia na dosiahnutie zdravej populácie.

Moje poďakovanie patrí všetkým, ktorí sa podieľali na úspešnom dokončení knihy. Chcel by som osobne poďakovať Ing. Jozefovi Kovalíkovi za technickú pomoc pri príprave rukopisu, RNDr. Olge Slobodníkovej, PhD. za cenné poznámky, mojim recenzentom za neoceniteľné rady a pripomienky pri tvorbe publikácie. K štruktúre publikácie radami výrazne prispel Dr. David Zakus, Director of Global Health, University of Alberta. Moja vďaka patrí mojej rodine za podporu a pochopenie počas stoviek hodín strávených pri počítači vyhľadávaním a spracovávaním literatúry, tvorbou grafov a písaním práce.

*MUDr. Peter Ondruš, CSc.*

## SUMMARY

*World Health Systems and Globalization* is an overview of international health care systems, providing insight for medical and nursing students, health care providers and managers into the diversity of medical care approaches around the world. Possessing a well-rounded perspective on global public health care is important for those involved in this field, especially since it is increasingly characterized by integrative approaches and influenced by present-age globalization trends. Modern technologies, international cooperation, free markets and the transfer of products, workforce and diseases across borders have created a new dimension of international health and a need for an integrative health care approach beyond the borders of individual countries. The purpose of this book is not to overwhelm its readers with a copious amount of information, but rather to introduce current issues within healthcare and various approaches for dealing with these issues in countries across the globe within the context of their respective healthcare care structures. The book is divided into three main sections, with the introductory section listing basic characteristics of health care systems and tools for their evaluation, as well as methods for their modernization. The second section focuses on descriptions of more than 60 individual nation's healthcare systems, using graphs to compare various parameters in order to provide readers with a quick and clear overview of various characteristics. The last section is dedicated to exploring globalization trends such as medical tourism and migration of health professionals, brain drain and brain waste. The goal of this publication is to provide readers with a general overview of how individual nations approach and solve health care issues. Recognizing that many nations deal with the same problems of growing populations and rising costs within changing demographic parameters such as ageing populations and the occurrence of chronic diseases resulting from unhealthy lifestyles, possible solutions for these pressing issues call for an international effort reaching outside of the healthcare systems in order to achieve a healthy population.



## POUŽÍVANÉ SKRATKY

ASEAN	Združenie krajín juhovýchodnej Ázie
DALY	Kvantifikácia nákladov choroby z úmrtnosti a chorobnosti
DRG	Systém skupiny súvisiacich diagnóz
FFS	Platba za službu
HDI	Index ľudského rozvoja
HDP	Hrubý domáci produkt
MDG	Rozvojové ciele tisícročia
MZ	Ministerstvo zdravotníctva
NA	Nedostupné údaje
NHI	Národné zdravotné poistenie
OECD	Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj
OOP	Výdavky domácnosti, samoplatcov
OSN	Organizácia spojených národov
PAHO	Panamerická zdravotnícka organizácia
PKS	Parita kúpnej sily
PPP	Projekty verejno-privátneho partnerstva
SNŠ	Spoločenstvo nezávislých štátov
SVaLZ	Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky
V4	Višeγράdska štvorka (Česko, Maďarsko, Poľsko, Slovensko)
VÚC	Vyšší územný celok
WB	Svetová banka
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia



# 1. PREČO POTREBUJEME ZDRAVOTNÍCKE SYSTÉMY

## CIELE KAPITOLY

Po preštudovaní kapitoly čitateľ získa prehľad o:

- základných modeloch sociálneho zabezpečenia a poskytovania zdravotnej starostlivosti,
- regulačných mechanizmov používaných v ich riadení,
- rôznych zdrojoch financovania vo verejnom aj súkromnom sektore,
- ukazovateľoch výkonnosti a financovania starostlivosti, ktoré slúžia na porovnanie jednotlivých zdravotníckych systémov,
- inovačných snáh krajín a poskytovateľov s cieľom skvalitniť starostlivosť, zlepšiť financovanie, využívanie zdrojov a riadenie zdravotníckych zariadení,
- aplikácii moderných komunikačných technológií v zdravotnej starostlivosti, o výhodách a rizikách spojených s ich uplatňovaním,
- technikách slúžiacich na posudzovanie ekonomickej efektívnosti nových liečiv a prístrojov.

## 1.1. ZDRAVIE A ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ

Zdravie je to najcennejšie čo človek má. Definovať pojem zdravia je omnoho zložitejšie, ako by sa na prvý pohľad mohlo zdať. Zdravie je stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nie iba neprítomnosť choroby alebo postihnutia (WHO, 1948). Zdravie umožňuje jednotlivcovi alebo skupine realizovať túžby, uspokojiť si potreby a zmeniť alebo vyrovnať sa s prostredím. Zdravie je zdrojom pre každodenný život, a nie cieľ života, je to pozitívne poňatie s dôrazom na sociálne a osobné zdroje rovnako ako fyzické schopnosti. Právo na rozvoj, ochranu a obnovu zdravia patrí medzi základné ľudské práva. Každý – bez ohľadu na rasu, náboženstvo, politické presvedčenie, ekonomický a sociálny status – má právo na požívanie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne a kvality zdravia. Zdravie patrí medzi základné ľudské práva všetkých ľudí na svete (WHO, 1984). Okrem definície WHO existuje niekoľko ďalších všeobecne prijímaných definícií pojmu „zdravie“. Bircher (2005) definuje zdravie ako dynamický stav blaha charakterizovaný fyzickým a duševným potenciálom, ktorý spĺňa nároky života merateľné vekom, kultúrou a osobnou zodpovednosťou. Saracchi (2005) definuje zdravie ako stav blaha, bez choroby alebo postihnutia, ako základné a univerzálne ľudské právo. Austrálske domorodé obyvateľstvo všeobecne chápe zdravie tak, že neznamená len fyzickú pohodu jednotlivca, ale odkazuje na sociálne, emocionálne, duchovné a kultúrne blaho celej komunity. Zdravie tak má tri základné aspekty, a to stránku duševnú, telesnú a sociálnu.

Zdravotná gramotnosť (Holčík, 2010) je chápaná ako schopnosť urobiť správne zdravotné rozhodnutia v kontexte každodenného života. Materiály WHO (Kickbusch, 2008) uvádzajú, že zdravotná gramotnosť znamená kognitívnu a sociálnu schopnosť, ktorá determinuje motiváciu a schopnosť jednotlivcov získavať prístup k zdravotným informáciám, porozumieť im a využívať ich na rozvoj a udržanie dobrého zdravia.

Jedným zo základných poslaní zdravotníckych systémov je zdravie a blahobyt obyvateľov. Vo svete sa často stretávame aj s opačným trendom, nepochopením a nezaujmom jednotlivca aj celej spoločnosti o vlastné zdravie.

## LITERATÚRA

- AWOFESO, Niyi. Re-defining „Health“. In: *Bulletin of the World Health Organization*. 2005
- HOLČÍK, Jan. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. In: *Health system and health literacy* [online]. 2010. [cit. 05.01.2014]. Dostupné na internete: <http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/38/texty/cze/holcik.pdf>
- HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví. In: *Brno, MSD* [online]. 2009. [cit. 05.01.2014]. Dostupné na internete: <http://www.muni.cz/research/publications/835458>
- KICKBUSCH, Ilona. Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. In: *Health Education* [online]. 2008, roč. 108, č. 2. [cit. 05.01.2014], s. 101 – 104. ISSN 0965-4283
- KICKBUSCH, Ilona, et al. *Health literacy. The solid facts* [online]. [cit. 10.01.2014]. ISBN 978 92 890 0015 4. Dostupné na internete: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-literacy.-the-solid-facts>

### 1.2. ZÁKLADNÉ CHARAKTERISTIKY ZDRAVOTNÍCKYCH SYSTÉMOV

Na celej zemeguli je asi 200 krajín a každá z nich má vlastný spôsob usporiadania troch základných cieľov zdravotníckeho systému. K nim patrí: 1. udržať ľudí zdravých, 2. liečenie chorých a 3. ochrana pred finančným zruinovaním z nákladov na zdravotnú starostlivosť. Každá krajina má iný prístup k dosahovaniu týchto cieľov. Napriek vedeckému pokroku, moderným komunikačným technológiám, dostupnosti liečebných a preventívnych metód pre väčšinu bežných ochorení majú aj v súčasnosti mnohé krajiny významné problémy s ich výskytom a liečbou. Na pochopenie tohto javu je potrebné porozumieť, ako sú zabezpečované služby, ktoré pomáhajú udržiavať a prinavrátiť zdravie buď jednotlivcom, alebo celej populácii. V systémovej teórii sú tieto služby chápané ako kontinuita vstupov, procesov a výstupov. Vstupy reprezentujú celkové zdroje vrátane ľudských, technických, materiálnych a finančných, proces je chápaný ako formálne a neformálne interakcie a premena zdrojov na starostlivosť o jednotlivcov a populáciu. Finálnym produktom je zdravie považované za stav úplného mentálneho, fyzického a sociálneho blahobytu a dosiahnutie osobných cieľov, dôstojnosti a ľudských práv.

Zdravotnícke systémy sú považované za otvorené a sú ovplyvňované vonkajším prostredím a jeho determinantmi, ako sú politické, ekonomické, sociálne, technologické a ekologické (PESTE) faktory. Zdravotnícke systémy sú otvorené nielen na lokálnej a národnej, ale čoraz viac na medzinárodnej úrovni s globálnymi vplyvmi. Na globálnej úrovni sú všetky zdravotnícke systémy členmi Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO).

História existencie zdravotníckych systémov nie je veľmi dlhá, podobne ako ich súčasná podoba. Prvé pokusy poskytnúť organizovaný prístup k zdravotným službám na národnej a medzinárodnej úrovni prešli počas posledného storočia rôznymi fázami vývoja a budú sa aj naďalej v tomto storočí vyvíjať. Prvé pokusy o založenie národných zdravotníckych systémov sa uskutočnili v celej západnej Európe a sú teraz nasledované väčšinou krajín po celom svete s cieľom poskytnúť zdravotnú starostlivosť pre všetkých svojich občanov. Prvý pokus bol v Rusku po boľševickej revolúcii v roku 1917. Nový Zéland zaviedol národnú zdravotnú službu v roku 1938, vo Veľkej

Británii v roku 1948 vznikla Národná zdravotná služba. Kanada zaviedla národný a provinčný zdravotnícky systém Medicare v roku 1971. USA zostávajú jedinou krajinou Organizácie pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) bez národného zdravotníckeho systému. Kuba je naopak príkladom, čo môže verejný systém dosiahnuť s obmedzenými finančnými prostriedkami.

Vývoj moderných zdravotníckych systémov v priebehu 20. storočia výrazne prispel k zlepšeniu zdravia u väčšiny svetovej populácie. Pred 100 rokmi, organizované zdravotnícke systémy v modernom zmysle prakticky neexistovali. Málo ľudí navštívilo nemocnicu. Väčšina z nich sa narodila doma do veľkej rodiny a ich detstvo bolo ohrozené radom potenciálne smrteľných ochorení ako osýpky, kiahne, malária a poliomyelitída. Dojčenská, detská a materská úmrtnosť boli veľmi vysoké. Priemerná dĺžka života bola krátka – iba 48 rokov.

Zdravotnícke systémy boli v uplynulých 100 rokoch podrobené mnohým reformám vrátane založenia národných zdravotníckych systémov a rozšírenia sociálneho poistenia. Neskôr prišla podpora primárnej zdravotnej starostlivosti ako cesta k dosiahnutiu cenovo dostupného univerzálneho pokrytia – zdravia pre všetkých. V poslednom desaťročí dochádza k presadzovaniu vízie „nového univerzalizmu“, t. j. základnej starostlivosti pre všetkých, ale nie v neobmedzenom rozsahu a podľa kritérií efektivity, hospodárnosti a sociálnej prijateľnosti.

Zdravotnícky systém (WHO, 2000) má štyri kľúčové funkcie: poskytovanie služieb, tvorba ľudských a materiálnych zdrojov na poskytovanie služieb, tvorba a združovanie finančných prostriedkov použitých na úhradu zdravotnej starostlivosti a správcovstvo – vytváranie a presadzovanie pravidiel hry pre strategické nasmerovanie všetkých aktérov. V dnešnom zložitom svete môže byť ťažké presne povedať, čo zdravotnícky systém predstavuje, aký je, z čoho sa skladá, kde začína a kde sa končí. Zdravotnícky systém zahŕňa všetky činnosti, ktorých hlavným cieľom je podporovanie, obnovenie alebo udržanie zdravia. K nim patria formálne zdravotnícke služby, služby tradičných liečiteľov, domáca starostlivosť, tradičné verejné činnosti na podporu zdravia a prevenciu chorôb, a zásahy, ako sú cestná bezpečnosť či životné prostredie. Starostlivé a zodpovedné riadenie blaha obyvateľstva je podstatou dobrej vlády. Pre každú krajinu to znamená vytvorenie najlepšieho systému zdravotnej starostlivosti s dostupnými zdrojmi. Zdravie ľudí je vždy národná priorita. Vlády a ministerstvá zdravotníctva sú zodpovedné za správcovstvo zdravotníckych systémov.

## LITERATÚRA

HSIAO, William C. What is a health system? Why should we care. In: *Harvard School of Public Health, working paper* [online]. 2003. [cit. 06.01.2014]. Dostupné na internete: <http://lingli.ccer.edu.cn/ahe2012/%5CWeek3%5CHsiao2003.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Why do Health Systems Matter? In: *The world health report 2000: health systems: improving performance* [online]. WHO, 2000. [cit. 06.01.2014]

### 1.2.1. Modely zdravotnej starostlivosti

Zdravotná starostlivosť je významnou zložkou sociálneho zabezpečenia. Spôsob, akým sa rieši problematika zdravotnej starostlivosti sa odlišuje v jednotlivých modeloch sociálneho a súkromného zabezpečenia. Model sociálneho zabezpečenia je závislý od politickej, ekonomickej

a sociálnej dohody, ktorá býva často ovplyvňovaná lobovaním. Tieto tendencie sa prejavujú už po stáročia, pričom problematika sociálneho zabezpečenia sa stáva veľmi komplexnou. Vo vývoji spoločnosti (Vostatek, 2010) je možné rozlíšiť nasledujúce modely riešenia sociálneho a zdravotného zabezpečenia:

### ***Klasický liberálny model a rodinný model súkromného zabezpečenia***

Klasický liberálny prístup minimalizuje zásahy štátu do hospodárstva a sociálnej politiky. V tomto modeli v zásade platí, že každý sa má o seba postarať sám. K štátnemu zásahu dochádzalo v dobách, keď verejné zdravie ohrozovali epidemické nákazy ako cholera alebo týfus. Tieto nákazy ohrozovali existenciu štátu a jeho vládnucej triedy, čo viedlo k organizovanému riešeniu epidemickej krízy. Cirkev a charitatívne inštitúcie, ktoré sa venovali zdravotnej a sociálnej starostlivosti sa radia k súkromnému zabezpečeniu. Klasický liberálny model v zásade odmieta sociálne a uznáva iba súkromné zabezpečenie. V minulých hospodárskych systémoch existoval rodinný model zdravotného zabezpečenia. O starých a chorých veľkej rodiny alebo kmeňa sa starali ostatní členovia spoločenstva na základe zvykového práva.

### ***Služobný model sociálneho zabezpečenia***

Vyvinul sa s nástupom nemajetných úradníckych vrstiev do štátnych služieb, kedy vznikla potreba zabezpečenia úradníkov v chorobe a starobe. Tak vznikol v období absolutistických monarchií štátny zaopatrovací systém pre štátnych úradníkov. K prvkom služobného modelu patrili: celoživotný služobný pomer, lojalita, dôchodok, ktorý bol považovaný za určitú formu platu, možnosť povolávania zamestnanca vo výslužbe do aktívnej služby, poskytovanie dávok hradených štátom bez príspevku zamestnanca. Jeho charakteristickým rysom bolo poskytovanie vysokej úrovne starostlivosti. Finančné zabezpečenie bolo poskytované z výdavkov na verejnú správu. Služobný model zabezpečoval podporu v invalidite a starobe. V prípade prechodnej pracovnej neschopnosti systém vyplácal zamestnancovi plat počas ochorenia. U príslušníkov vojska sa tieto výhody vzťahovali aj na rodinných príslušníkov. Služobný model pretrváva v niektorých krajinách dodnes, napr. v Nemecku pre štátnych zamestnancov.

### ***Bismarckov model sociálneho poistenia***

Vznik sociálneho poistenia ako metódy sociálneho zabezpečenia je spájaný so „železným kancelárom“ Ottom von Bismarckom. Vznikol v Nemecku v rokoch 1883 – 1889 na základe zákonov o nemocenskom, úrazovom a dôchodkovom poistení. Sociálne poistenie bolo určené pre chudobných pracujúcich, pretože v tom čase bolo poistených iba 10 % z populácie. V tomto modeli sa uplatňujú dve zásady – zásada ekvivalencie a sociálnej solidarity. Tieto zásady sú zavedené do konštrukcie sociálneho poistenia. Plné sociálne poistenie udával príjmový strop, ktorý bol určovaný ako násobok priemerného celoštátneho príjmu. Poistenec platil poistné z príjmu do výšky stropu.

Myšlienka poistiť robotníkov je založená na starej tradícii pochádzajúcej zo stredovekých cechov. Ak niektorý člen cechu nebol schopný zabezpečovať svoju rodinu, cech prevzal sta-

rostitivosť o postihnutú rodinu. To je jeden z dôvodov prečo aj aspekty, ktoré nesúvisia priamo so zdravotným poistením sú zahrnuté v tomto systéme, napr. pokračovanie vo výplate mzdy aj počas choroby. Základnou myšlienkou je, že každá osoba, ktorá nie je schopná zabezpečovať si príjem v dôsledku choroby, musí byť poistená v základnom poistení. Ak osoba zarobí viac ako stanovený strop, môže sa pripoistiť aj v privátnom poistení.

Napriek európskemu pôvodu je tento model dosť podobný tomu, čo sa používa na americkom kontinente. Je založený na poisťovacom systéme, ktorého podstatou sú zdravotné poisťovne. Fondy v zdravotných poisťovniach sú najčastejšie tvorené formou odvodov zo mzdy zamestnávateľov a zamestnancov. Bismarckov poisťovací systém pokrýva každého a zakazuje vytváranie zisku. V krajinách, ktoré používajú Bismarckov model sú lekári a nemocnice väčšinou privátne. Japonsko má viac privátnych nemocníc ako USA. Hoci je tento model zložený z mnohopočetných platcov (napr. Nemecko má okolo 240 rôznych zdravotných poisťovní), prísne regulačné mechanizmy poskytujú vláde kontrolu nad výdavkami, podobne ako je to u Beveridgeovho modelu.

Bismarckov model určuje povinný výber poistenia od mnohopočetných prispievateľov a zahŕňa tri strany:

- Populáciu – účasť je povinná pre aktívne pracujúcich. Poistenie je rozšírené na iné skupiny, ako sú študenti, dôchodcovia, nezamestnaní.
- Poskytovateľov služieb – zmes verejného a privátneho sektora.
- Výbercov poistného – poisťovacie fondy, poisťovne. Vystupujú ako nezávislá tretia strana. Fungujú nezávisle od poskytovateľov zdravotných služieb. Výška príspevkov nie je založená na riziku ochorenia. Sú obyčajne závislé od príjmu a viazané na zamestnanie. Môžu byť viazané na komunitu alebo na obyvateľa. K ďalším príjmom do fondov patria dane, ako napr. zdanenie farmaceutickej reklamy v Rakúsku.
- V dôsledku demografických zmien a stúpajúceho počtu dôchodcov potrebuje tento systém podporu, pretože dôchodcovia nie sú ďalej schopní platiť do systému. Finančné problémy zamestnávateľov v súčasnej ekonomickej kríze vedú k vysokej nezamestnanosti, v dôsledku čoho menej zamestnancov môže prispieť do systému. Riešenia ako zvyšovanie príspevkov sa nezdajú reálne, pretože mnoho zamestnávateľov si nemôže dovoliť zvýšené náklady na pracovníka.

Bismarckov model je použitý v zdravotníctve Nemecka, Francúzska, Belgicka, Holandska, Japonska, Švajčiarska a s istými úpravami v štátoch Latinskej Ameriky.

### ***Beveridgeov model národnej zdravotnej služby***

Je modelom sociálneho zabezpečenia s univerzálnymi dávkami a univerzálnym poistením. Súčasťou Beveridgeovho modelu je aj univerzálna zdravotná starostlivosť, ktorá je usporiadaná do jednotnej celoštátnej verejnej siete, v Británii označovanej ako Národná zdravotná služba. Pomenovaný je po Williamovi Beveridgeovi, ktorý bol sociálnym reformátorom a navrhol národný zdravotnícky systém vo Veľkej Británii. V roku 1942 publikoval správu zaoberajúcu sa sociálnym poistením a spriaznenými službami. Táto správa bola základom povojnových sociálnych reforiem v Anglicku. Beveridgeov model má nasledujúce charakteristiky:

- je odvodený z daní a zahŕňa celú populáciu,

- zabezpečuje financovanie a poskytovanie zdravotnej starostlivosti v jednotnom organizačnom systéme,
- pokrýva rozsah služieb od prevencie, diagnózy až po bezplatnú liečbu pre celú populáciu,
- poskytuje finančnú podporu počas nezamestnanosti, choroby, invalidity a dôchodku,
- umožňuje privátne poistenie a ľahšiu dostupnosť služieb.

V tomto systéme je zdravotná starostlivosť poskytovaná a financovaná vládou priamo z daní, podobne ako je to pri financovaní polície alebo mestskej knižnice. Väčšina nemocníc a kliník je vlastnená vládou a väčšina lekárov sú štátni zamestnanci. Privátni lekári účtujú priamo za výkony. Tieto systémy majú tendenciu byť nízkonákladové, pretože vláda ako jednotný platca kontroluje, čo lekári môžu a nemôžu účtovať. Rizikom zostáva vytváranie dvojtriednej spoločnosti s rozdielom kvality medzi privátnymi a verejnými poskytovateľmi. Demografické zmeny vedú k stúpajúcim výdavkom pre narastajúci počet starých ľudí, nákladnejšie služby a moderné technológie.

Beveridgeov model ako celok je v súčasnosti už len historickým modelom a používa sa vo výrazne modifikovanej podobe len v niektorých vyspelých krajinách. Jeho najvýznamnejšou zložkou zostáva verejná zdravotná starostlivosť. Ku krajinám, ktoré používajú Beveridgeov model alebo jeho variácie patria Veľká Británia, Španielsko, väčšina škandinávskych krajín, Nový Zéland a Hongkong.

### ***Model národného zdravotného poistenia***

Tento model obsahuje prvky oboch predchádzajúcich modelov – Beveridgeovho aj Bismarckovho. Využíva súkromných poskytovateľov, ale platby pochádzajú z vládou riadeného poisťovacieho programu odvodeného z daní, kde prispieva každý občan. Takýto univerzálny poisťovací program má tendenciu byť lacnejší a omnoho jednoduchšie administratívne zvládnuteľný v porovnaní s americkým poistením s vytváraním zisku. Systém jedného platcu má značnú obchodnú silu pri dohadovaní nízkych cien. Príkladom je Kanadský zdravotnícky systém, kde boli schopní dohodnúť s farmaceutickými spoločnosťami také nízke ceny, že mnoho Američanov sa v minulosti rozhodlo nakupovať lieky v Kanade. Národný zdravotný poisťovací plán kontroluje výdavky limitovaním lekárskeho služieb, za ktoré bude platiť, ale tiež nútením pacientov čakať dlhšie na liečbu. Systém národného zdravotného poistenia je typický pre Kanadu a iné industriálne krajiny, ako sú Taiwan a Južná Kórea.

### ***Americký trhový model***

Tento model kladie dôraz na dobrovoľné súkromné zdravotné poistenie a sociálne zabezpečenie, pričom je doplnený programami podpory zdravotnej starostlivosti pre starých a invalidných občanov nad 65 rokov (Medicare) a sociálnymi potrebami občanov (Medicaid). Štandardné súkromné zdravotné poistenie má charakteristické črty. Súkromná poisťovňa si pred podpísaním poistenej zmluvy zisťuje zdravotný stav klienta a snaží sa o premietnutie jeho zdravotného stavu do výšky poistného. Pri rizikovom poistení nemusí zmluvu uzatvoriť. Poistné zmluvy sa uzatvárajú na obmedzené obdobie. V trhovom prostredí USA sú ponúkané státisíce produktov tisíckami poskytovateľov. Program Medicare bol zavedený v roku 1962.



Je považovaný za sociálno-zdravotné poistenie v starobe. Vzťahuje sa na celú populáciu vo veku nad 65 rokov. Jedinou podmienkou účasti je, aby osoby, ktoré budú zaradené v tomto programe platili daň zo mzdy minimálne 10 rokov. Základnou zložkou je nemocničné poistenie, ktoré hradí liečebné náklady v nemocnici. Medicaid je federálny vládny programom pre osoby s nízkymi príjmami. Bol zavedený v roku 1965 a v roku 1997 bol doplnený o program pre deti a tehotné ženy v domácnosti s nízkymi príjmami.

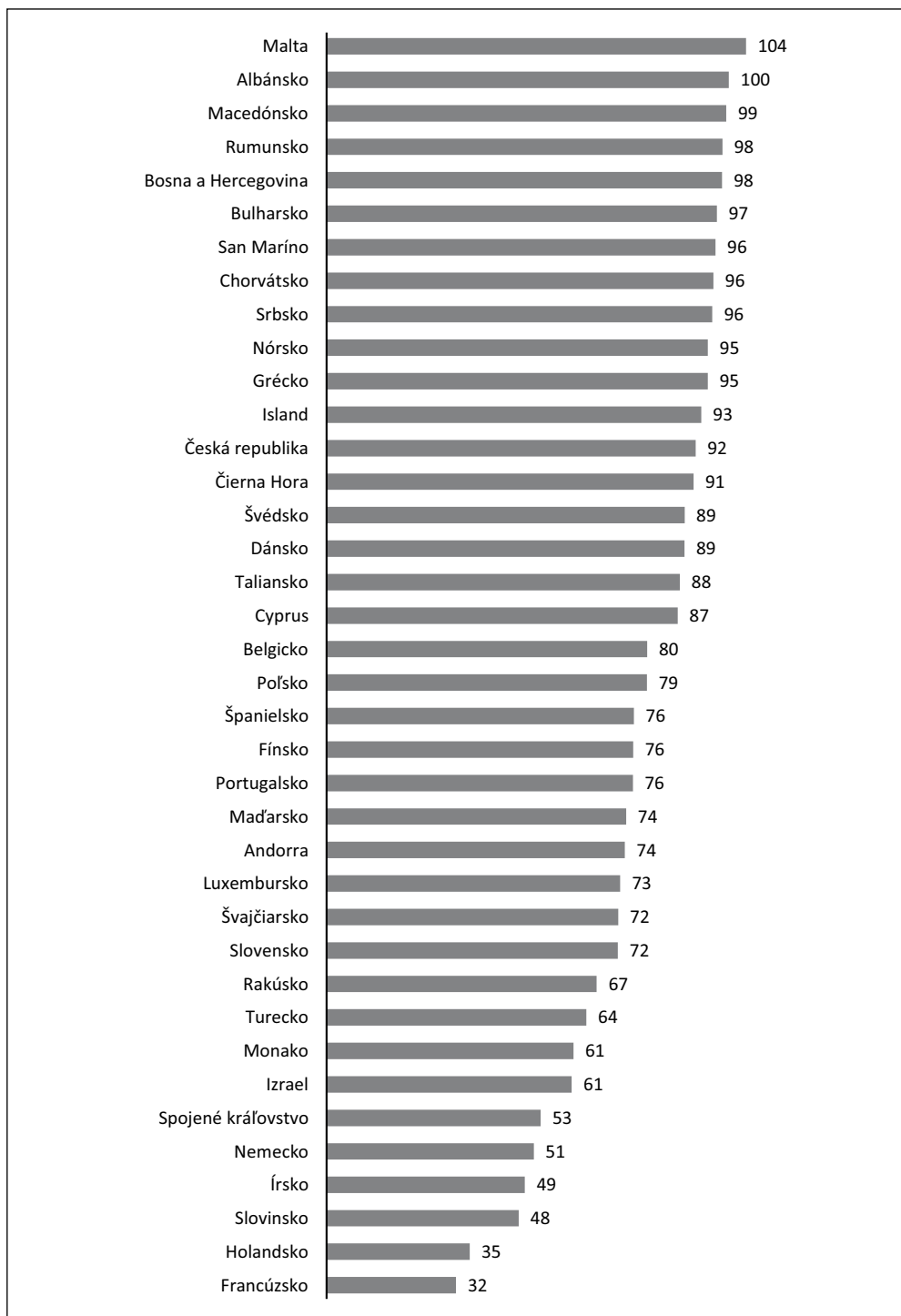
### ***Chicagská ekonomická škola a Chicago Boys***

Chicagská škola presadzovala slobodné trhové hospodárstvo, ktoré je schopné efektívne alokovať zdroje a rozdeľovať zisky. Vznikla na katedre ekonómie Univerzity v Chicagu, ktorú v rokoch 1946 – 1977 viedol Milton Friedman, nositeľ Nobelovej ceny za ekonómiu. Friedman presadzoval koncepciu privatizácie amerického sociálneho zabezpečenia so zrušením štátneho dôchodkového zabezpečenia a programov zdravotnej starostlivosti Medicare a Medicaid. Táto koncepcia vychádzala z argumentu, že každý najlepšie vie a zväží, aké súkromné zabezpečenie mu najlepšie vyhovuje. K jeho najvýznamnejším publikáciám patrí kniha *Kapitalizmus a sloboda* z roku 1962. Skupina asi dvadsiatich piatich čilských absolventov Univerzity v Chicagu, ktorí boli označovaní ako Chicago Boys bola poverená realizáciou hospodárskej a sociálnej reformy v Čile v 70. – 80. rokoch minulého storočia. Sociálna a dôchodková reforma boli súčasťou realizovaných zmien. Tieto reformy boli uplatňované aj v mnohých iných juhoamerických krajinách a spôsobili, že juhoamerické krajiny majú prevažne privátny model financovania aj poskytovania zdravotnej starostlivosti. V každom modeli sú však výnimky.

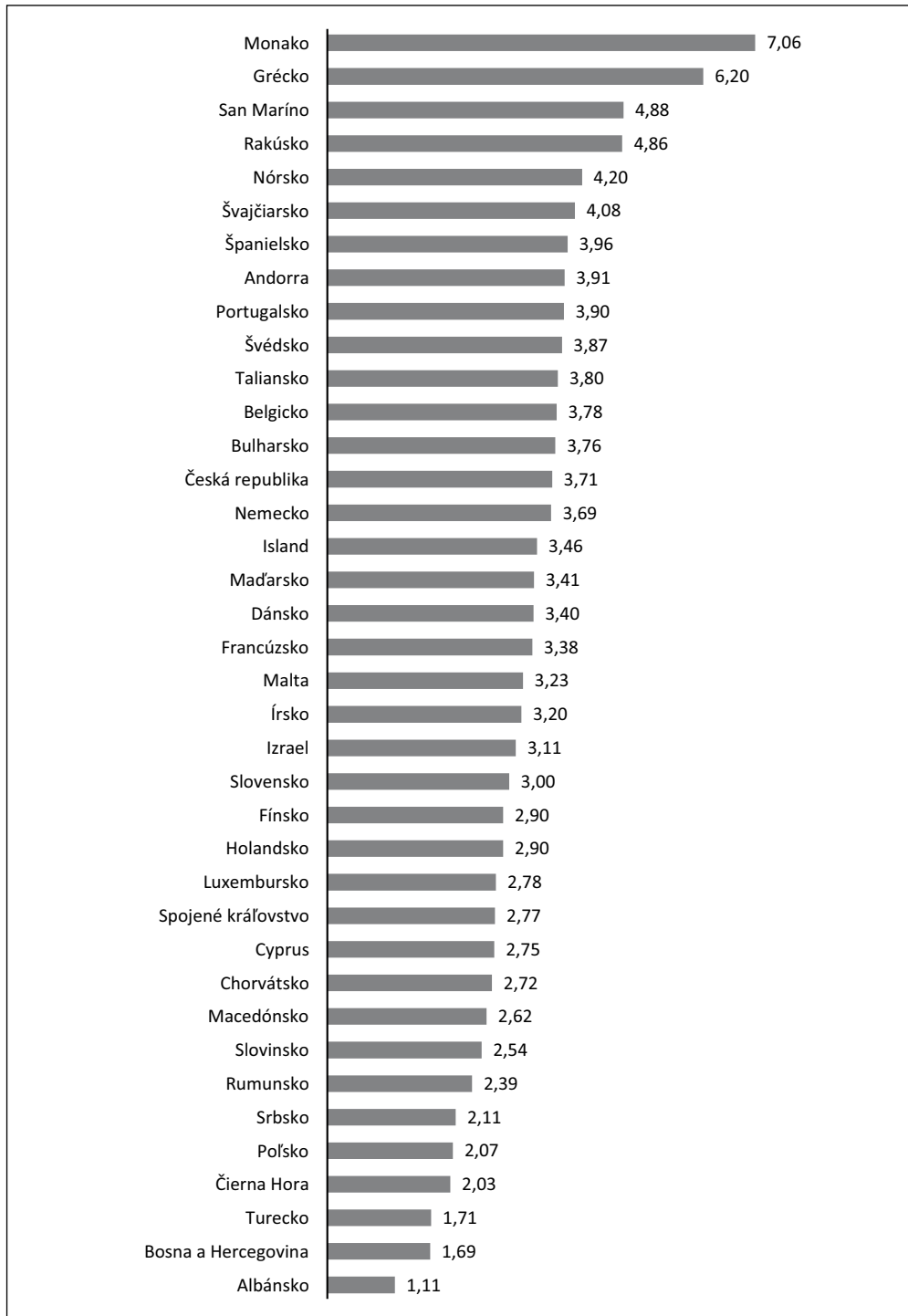
### ***Holandský model povinného súkromného zdravotného poistenia***

Od roku 2006 došlo v Holandsku k rozsiahlej reforme zdravotného zabezpečenia, ktorá bola inšpirovaná reformnými návrhmi amerického profesora Endhovena. Endhoven presadzuje systém riadenej konkurencie. Ide o systém povinného súkromného poistenia s veľmi silnou reguláciou štátu, čo je hybridný systém kombinácie sociálneho a súkromného poistenia s verejnými garanciami. Povinné súkromné poistenie v Holandsku sa líši od normálneho dobrovoľného súkromného poistenia. V Holandsku je zákonom zakázaná diferenciacia poistného podľa rizík, ku ktorým patrí vek, pohlavie, zdravotný stav pričom súkromná poisťovňa musí dohodnúť zmluvu s každým oprávneným záujemcom. Poisťovne nevytvárajú základnú technickú rezervu, ktorá je v súkromnom zdravotnom poistení chápaná ako rezerva na starnutie. Štát nakupuje väčšinu zdravotného poistenia pre svojich občanov u špecializovaných súkromných poisťovní. Poisťovňu si vyberá občan sám. Poisťovňa dostane za každého poistenca platbu diferencovanú podľa veku a pohlavia a podľa asi 30 hlavných ochorení. Extrémne drahá starostlivosť je vyčlenená do samostatného piliera, ktorý má charakter skôr sociálneho poistenia. Postupne došlo ku koncentrácii poisťovní na trhu. V súčasnosti štyri poisťovne ovládajú 88 % trhu. Napriek reformám je v Holandsku stále nepoistených asi 1,5 % obyvateľstva (250 000 ľudí), z toho väčšina sú imigranti a ich deti. Doposiaľ sú hodnotenia holandskej reformy vyhybavé z dôvodu krátkeho uplynutého obdobia. Reforma sledovala hlavne úsporu nákladov a posilnenie úlohy spotrebiteľa.

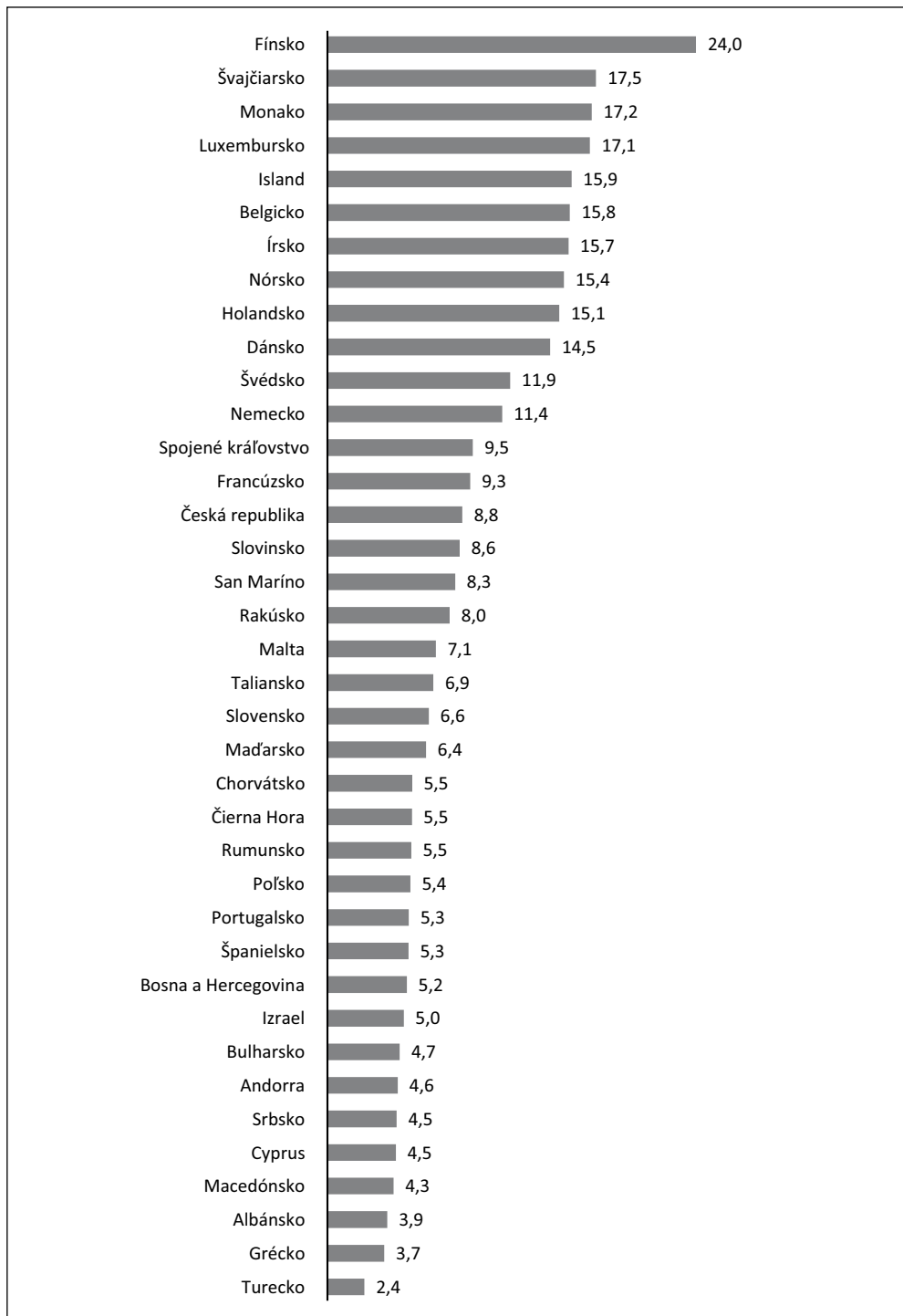
Graf 25: Výdavky samoplatcov ako % súkromných výdavkov na zdravotnú starostlivosť v roku 2011



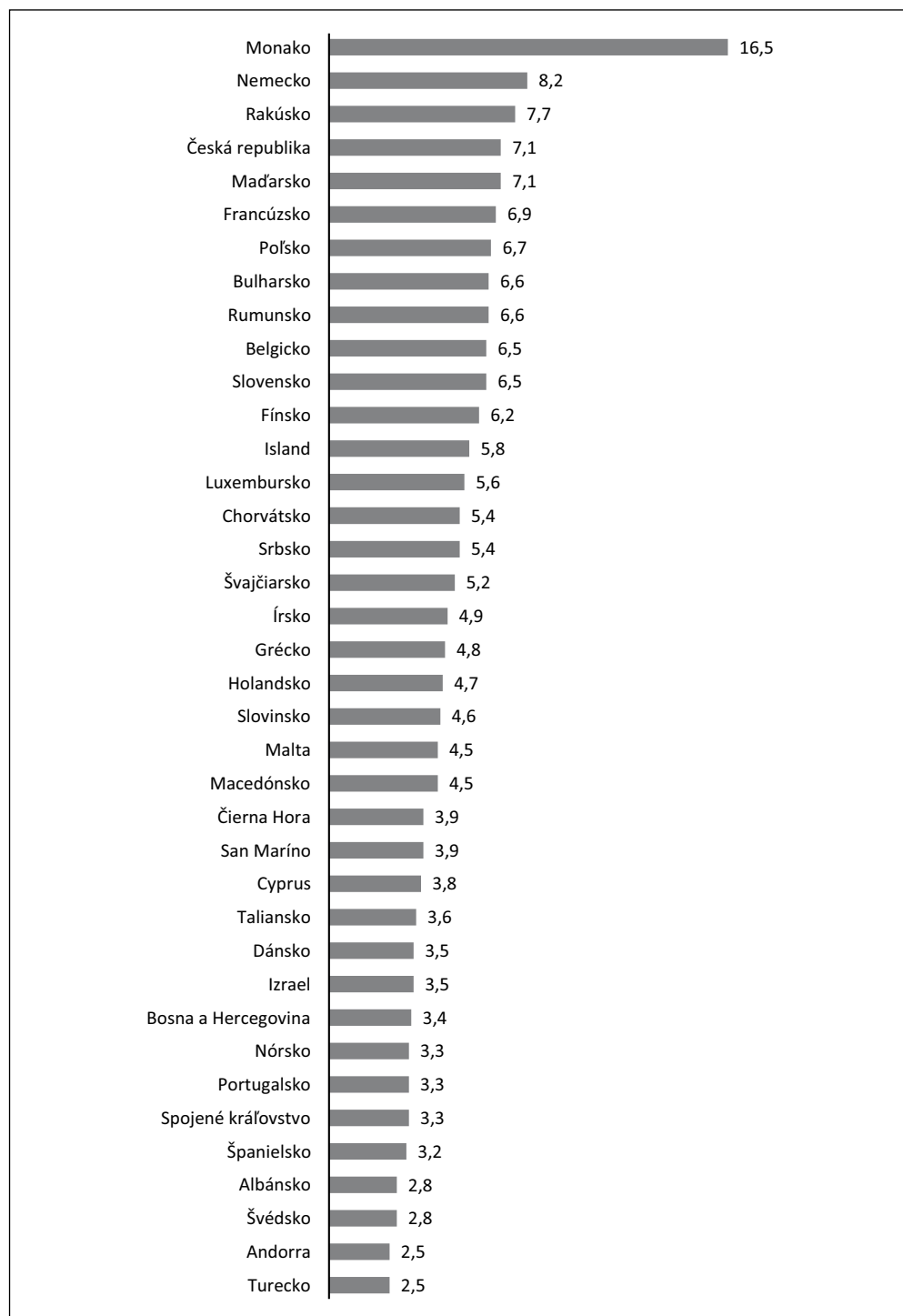
Graf 26: Počet lekárov/1000 obyvateľov v rokoch 2009–2011



Graf 27: Počet sestier a pôrodných asistentiek/1000 obyvateľov v rokoch 2006–2011



Graf 28: Počet nemocničných lôžok/1000 obyvateľov v rokoch 2007–2010



### 2.1.1. Západná Európa

Európska únia (EÚ 28) je spojenie 28 krajín, ktoré sa stali členmi od 1. mája 2007. EÚ 15 reprezentuje 15 európskych krajín, ktoré vstúpili do únie pred 1. májom 2004. Každá krajina potrebuje nájsť spôsob ako použiť viac alebo menej než 8 % z HDP na zdravotný sektor. Prevažne Bismarckov model majú Rakúsko, Poľsko, Rumunsko, Švajčiarsko, naopak Beveridgeov má Veľká Británia, Taliansko, Španielsko, Švédsko. V niektorých európskych krajinách došlo k spojeniu oboch modelov. Každá krajina má špecifickú organizačnú štruktúru.

#### 2.1.1.1. FRANCÚZSKO

Vznik Francúzska sa datuje od rozdelenia Franskej ríše v roku 843. Neskôr monarchia dosiahla najväčšiu moc za vlády Ľudovíta XIV. Francúzsko malo v tom čase veľký vplyv na európsku ekonomiu, politiku a kultúru. Bolo najľudnatejším štátom Európy. Plytvanie peňazí vo vojnách a nákladných projektoch viedlo k rekordnej zadlženosti, ktorá bola jednou z príčin Francúzskej revolúcie v roku 1789. Následne v roku 1799 sa dostal k moci Napoleon Bonaparte. Napoleon nakrátko ovládol väčšinu Európy, zakladal nové kráľovstvá a na ich čelo dosadzoval členov svojej rodiny. Jeho panovanie ukončila porážka napoleonských vojsk pri Waterloo. Svetové vojny spôsobili Francúzsku straty na kolóniách, oslabenie ekonomickej sily a dominantného postavenia v Európe. K zlepšeniu došlo počas piatej republiky, na čele ktorej stál generál Charles de Gaulle. V posledných desaťročiach sa Francúzsko zmierilo s Nemeckom a v spojení s ním vedie politickú a ekonomickú integráciu Európy.

Francúzsko poskytuje zdravotnú starostlivosť 64 mil. obyvateľom, z ktorých sa 61 mil. nachádza vo Francúzsku a zvyšok žije vo Francúzskej Guyane, Guadeloupe, Martinik a Réunion. Veková štruktúra do 15 rokov je 18,3 % a nad 60 rokov 23,8 %; mestské obyvateľstvo tvorí 86 % celkovej populácie. Úhrnná plodnosť je 1,98 na jednu ženu, predpokladaná dĺžka života pri narodení je 82 rokov, dojčenská a materská úmrtnosť je 3/1 000 a 8/100 000, HDI index je 0,893 (20. miesto). Krajina vydá 11,6 % HDP na zdravotnú starostlivosť, čo predstavuje 4 086 PKS medzin. \$/obyvateľa. Podiel súkromných a verejných výdavkov je 23,3/76,7 %, pričom výdavky samoplatcov tvoria 32,1 % zo súkromných výdavkov. Priemerný počet lekárov je 3,45/1 000, pracovníkov v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii 9,3/1 000 a nemocničných lôžok 6,6/1 000 obyvateľov.

Francúzsko zaviedlo za posledné desaťročie niekoľko významných reforiem, ktoré podstatne zmenili zdravotnícky systém. Juppého reformy\* z roku 1996 zmenili financovanie, zvýšili dozor parlamentu a vytvorili regionálne nemocničné agentúry.

Francúzsko poskytuje zdravotnú starostlivosť pre všetkých svojich obyvateľov. Zodpovednosť za zdravotné služby je rozdelená medzi národné, regionálne a miestne orgány. Na národnej úrovni parlament rozhoduje každoročne o výdavkoch zdravotného poistenia cez zákon o zdravotnom a sociálnom poistení. K najdôležitejším funkciám ministerstva zdravotníctva patrí:

\* Alain Juppé bol francúzsky pravicový politik, bývalý predseda vlády Francúzska v rokoch 1995 až 1997, keď bol prezidentom Jacques Chirac.

rozdeľovanie národných zdrojov medzi sektormi a regiónmi, stanovenie a kontrola dohodnutých platieb za služby, zavádzanie bezpečnostných štandardov v nemocniciach, vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a definovanie národných priorít v oblasti starostlivosti o zdravie.

Nemocničné agentúry sú podriadené ministerstvu zdravotníctva. Na regionálnej úrovni sú zodpovedné za rozdeľovanie fondov do verejných a súkromných nemocníc a dozerajú na plánovanie vo všetkých typoch nemocníc. Miestne rady kontrolujú na miestnych úrovniach sociálnu starostlivosť a verejné zdravotné služby.

Odvody daní z rôznych zdrojov pokrývajú väčšinu nákladov zdravotníckeho systému. Každý obyvateľ platí všeobecné sociálne poistenie na základe celkového príjmu. Prevažná väčšina zdrojov (88 %) pochádza zo všeobecných sociálnych príspevkov daní a odvodov od zamestnancov a zamestnávateľov. Zvyšok príjmov tvoria dane z alkoholu, cigariet, hazardných hier a farmaceutickej reklamy.

Poisťovací systém je rozdelený podľa typu zamestnania. Národný poisťovací fond združuje 3 základné poisťovne: národnú poisťovňu pre zamestnancov, poľnohospodársku poisťovňu a národnú poisťovňu pre nezávislých odborníkov.

Národná poisťovňa pre zamestnaných pracovníkov zahŕňa až 86 % populácie. Poistenci predstavujú pracovníkov z priemyslu alebo obchodu a ich rodinných príslušníkov. Do tejto kategórie patria aj ostatní obyvatelia, ktorí sú oprávnení využívať poisťovňu na základe všeobecného zákona o zdravotnej starostlivosti z roku 2001. Poľnohospodárska poisťovňa je určená farmárom a pracovníkom v poľnohospodárstve. Predstavuje približne 7 % populácie. Zostávajúci 5 % je poistených v poisťovni pre nezávislých odborníkov.

Univerzálne poistenie pokrýva náklady na zdravotnú starostlivosť približne vo výške 85 %. Zostávajúci 15 % tvoria príspevky v materstve, chorobe, príspevky pri pracovných úrazoch alebo invalidite. Na pokrytie doplatkov, ktoré nie sú zahrnuté vo všeobecnom povinnom poistení si viac ako 80 % populácie dobrovoľne uhradza doplnkové zdravotné poistenie. Každá poisťovňa rozdeľuje peniaze do regionálnych a lokálnych fondov. Tieto fondy kontrahujú služby s poskytovateľmi.

Francúzsky systém podporuje verejných aj súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Vo Francúzsku je približne 4 000 nemocníc. Najpočetnejšiu skupinu tvoria súkromné ziskové nemocnice, potom nasledujú neziskové súkromné nemocnice, a verejné nemocnice predstavujú asi 25 %. Súkromné ziskové nemocnice, ktorých je asi 1 750 sa orientujú hlavne na špecializované služby buď medicínske, alebo chirurgické a gynekologické výkony. Hoci všetky nemocnice dostávajú platbu za deň, služby pokrývané touto platbou sú rozdielne od nemocničného typu. Kým verejné nemocnice dostávajú platbu na deň, ktorá pokrýva všetky poskytnuté služby, súkromné ziskové nemocnice účtujú za poskytovanie niektorých služieb (napr. za protézy) oddelene. Pacienti prispievajú 11 eur na deň za pobyt v nemocnici.

Zo 194 000 lekárov vo Francúzsku v roku 2000 bolo 51 % špecialistov a 49 % tvorili lekári v primárnej starostlivosti. Polovicu špecialistov a všeobecných lekárov tvorili zamestnanci s platňami, väčšinou pracujúci v nemocničných zariadeniach.

Využívanie zdravotníckych služieb pre obyvateľov Francúzska nie je limitované. Avšak obyvatelia sa musia podieľať na platbách. Systém je celkom liberálny a pacient si môže vybrať a rozhodnúť sa, koľkokrát chce navštíviť lekára. Vo Francúzsku pacient priemerne uskutoční za rok 4,7 návštevy u všeobecného lekára. Väčšina pacientov platí plnú čiastku za služby z vlastných finančných zdrojov, a potom žiada uhradenie z poisťovne. Pacienti dostanú z poisťovne len čiastočnú úhradu a tak potrebujú na doplatky doplnkové poistenie.

#### 2.1.1.2. HOLANDSKO

Spojené provincie holandské vyhlásili nezávislosť od Španielska v roku 1579. V 17. storočí sa z nich stala námorná a obchodná veľmoc s budovaním kolónií po celom svete. V roku 1815 vytvorili kráľovstvo. V 2. svetovej vojne bola krajina okupovaná Nemeckom. V súčasnosti je Holandsko moderná industriálna krajina a veľký exportér poľnohospodárskych výrobkov.

Holandsko má 16,7 milióna obyvateľov s vekovou štruktúrou: do 15 rokov 17,2 % a nad 60 rokov 23 %; mestské obyvateľstvo tvorí 83 % celkovej populácie. Úhrnná plodnosť je 1,77 na jednu ženu, predpokladaná dĺžka života pri narodení je 81 rokov, dojčenská a materská úmrtnosť je 3/1 000 a 6/100 000, HDI index je 0,921 (4. miesto). Krajina vydá 12,0 % HDP na zdravotnú starostlivosť, čo predstavuje 5 123 PKS medzin. \$/obyvateľa. Podiel súkromných a verejných výdavkov je 14,3/85,7 %, pričom výdavky samoplatcov (OOP) tvoria 35,5 % zo súkromných výdavkov. Priemerný počet lekárov je 2,86/1 000, pracovníkov v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii 1,52/1 000 a nemocničných lôžok 4,7/1 000 obyvateľov.

V nedávnej minulosti holandský zdravotnícky systém prešiel významnými zmenami. Zákon o zdravotnom poistení z roku 2006 bol jednou z dôležitých súčastí na trh orientovaných reforiem, ktoré začali už v roku 1990. Základ tvorili reformy Alana Endhovena a jeho modelu riadenej súťaže. Vláda prijala postupné zmeny na prechod zo systému regulácie k riadenej súťaži. Holandsko je prvou krajinou, ktorá plne zakomponovala túto koncepciu.

Národná vláda spolupracuje s nezávislou radou pri rozdeľovaní financií na zdravotnú starostlivosť. Ministerstvo zdravotníctva, sociálnej starostlivosti a športu dohliada nad povinným holandským poisťovacím systémom. Holandskí obyvatelia sú povinní si platiť dva druhy zdravotného poistenia: poistenie podľa zákona a poistenie na mimoriadne zdravotné výdavky.

Rada poistenia a zdravotnej starostlivosti je zodpovedná za to, že každá poisťovňa poskytne základný balík starostlivosti, ktorý bude dostupný každému obyvateľovi. Rada je nezávislý orgán a jednou z jej úloh je rozdeľovať platby poisťovňam z 15-miliardového rizikového fondu. Prerozdeľovanie zohľadňuje riziká na základe veku, pohlavia, pracovnej neschopnosti a sociálno-ekonomického stavu. Reforma kompletne zmenila finančné toky v zdravotníctve. Zamestnanci a zamestnávateľia prispievajú po 50 % odvodov priamo do fondu na vyrovnávanie rizika.

Zákon z roku 2006 sprivatizoval zdravotné poistenie. Všetkých 14 holandských zdravotných poisťovní je privátnych. Poisťovne majú možnosť dohadovať priemerné ceny za preddefinované diagnózy a liečbu. Nemajú žiadnu povinnosť kontrahovať služby s každým poskytovateľom. Dohadujú zľavy s jednotlivými poskytovateľmi až do výšky 10 % a podporujú pacientov, aby



vyhľadávali nimi odporučených poskytovateľov. Poistovne nesmú odmietnuť žiadnemu žiadateľovi základné pokrytie. Holandský systém zabezpečuje základný balík starostlivosti a nikomu nesmie byť tento balík odmietnutý. Tým, ktorí si nemôžu dovoliť platiť poistenie, vláda zabezpečuje fond na hradenie týchto nákladov. K nehradeným patria starostlivosť o chrup dospelých, zrak, alternatívna medicína a kozmetická chirurgia, kde si obyvatelia musia platiť až 90 % nákladov spojených s touto starostlivosťou. Preto si kupujú doplnkové poistenie.

Lokálne orgány sú zodpovedné za sociálnu starostlivosť a starostlivosť o dlhodobu chorých. Plná implementácia reforiem z roku 2006 je najväčšou výzvou pre Holandsko do budúcnosti. Kontrolovanie nákladov je jeden z dôvodov prečo Holandsko prijalo túto reformu. Zabezpečenie povinnej platby je jednou z primárnych úloh zdravotného poistenia. Približne 1,5 % ľudí neplatí žiadne odvody. V prípade neplatičov poisťovňa má dovolené ukončenie zmluvy a odmietnutie zdravotného poistenia na ďalších 5 rokov, avšak ostatné poisťovne musia tohto neplatiča prijať. Trestom býva zvýšenie mesačných poplatkov.

Všeobecní lekári zabezpečujú primárnu starostlivosť a odporúčajú pacientov k špecialistom a do nemocníc. Sú platení na podklade kapitácie a konzultačných služieb. Špecialisti dostávajú plat alebo sú platení za výkon, alebo dostávajú oboje. Väčšina špecialistov pracuje v nemocniciach a sú vedení ako živnostníci. Pacient môže byť registrovaný iba u jedného všeobecného lekára, ktorý mu zabezpečuje a koordinuje jeho starostlivosť u špecialistov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Všeobecní lekári majú zmluvy priamo s poisťovňami, čo zabezpečuje integrovanú starostlivosť. Viac ako 90 % holandských nemocníc je súkromných. Univerzitné nemocnice sú verejne financované. Platba za výkon nahradila predchádzajúci systém financovania pomocou rozpočtu. Nemocnice môžu dohadovať s poisťovňami ceny za služby, ktoré sú kategorizované ako diagnostické a liečebné kombinácie.

Problémom zostáva vyrovnávanie platieb na základe rizikovosti, ktoré môže viesť k tomu, že poisťovne budú mať tendenciu vyberať si len zdravých, nízkorizikových pacientov. Holandsko vytvorilo systém univerzálneho poistenia a riadenej súťaže. Musí rozvíjať a zabezpečovať kvalitné služby tak, aby splnilo očakávania pacientov ako konzumentov.

### 2.1.1.3. NEMECKO

Územie dnešného Nemecka sa začalo formovať po rozpade Rímskej a neskôr Franskej ríše. Po páde centrálnej moci došlo k rozdeleniu na jednotlivé kniežatstvá. Vývoj neskôr ovplyvnili napoleonské vojny a postupne rastúci vplyv Pruska. K zjednoteniu došlo v roku 1870. V 20. storočí zruinovali krajinu dve svetové vojny. V súčasnosti je Nemecko najväčšou ekonomikou a druhou najľudnatejšou krajinou Európy a kľúčový člen ekonomických, politických a obranných organizácií.

Nemecko má 82,8 milióna obyvateľov s vekovou štruktúrou – do 15 rokov 13,2 % a nad 60 rokov 26,7 %; mestské obyvateľstvo tvorí 74 % celkovej populácie. Úhrnná plodnosť je 1,41 na jednu ženu, predpokladaná dĺžka života pri narodení je 81 rokov, dojčenská a materská úmrtnosť je 3/1 000 a 7/100 000, HDI index je 0,920 (5. miesto). Krajina vydá 11,1 % HDP na zdravotnú starostlivosť, čo predstavuje 3 316 PKS medzin. \$/obyvateľa. Podiel súkromných a verejných výdavkov je 24,1/75,9 %, pričom výdavky samoplatcov tvoria 51,4 %

zo súkromných výdavkov. Priemerný počet lekárov je 3,6/1 000, pracovníkov v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii 11,1/1 000 a nemocničných lôžok 8,3/1 000 obyvateľov.

Ministerstvo zdravotníctva vykonáva zdravotnú politiku v krajine, kontroluje väčšinu zdravotných zákonov, rozvoj a poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Súčasná stratégia zdôrazňuje solidaritu, t. j. myšlienku, že všetci obyvatelia by mali mať rovnakú dostupnosť ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na schopnosť platenia. Nemecký systém založený na Bismarckovom modeli je najstarší na svete. Hoci v ňom prebehli mnohé podstatné zmeny, základná štruktúra zostala. V roku 2007 prebehla zásadná reforma v zdravotníckom systéme, ktorá si dala za cieľ: povinné univerzálne poistenie, zlepšenie zdravotnej starostlivosti a modernizáciu poisťovní a reformu fondu zdravotnej starostlivosti.

Zdravotná starostlivosť je poskytovaná vo verejnom aj súkromnom sektore vrátane nemocničnej starostlivosti. Väčšina nemocníc je zahrnutá v nemocničnom pláne a dostáva financie cez rovnaký mechanizmus bez ohľadu na vlastníctvo. Pacienti môžu ísť priamo k špecialistovi bez toho, aby navštívili svojho všeobecného lekára, čo však môže byť dôvodom na vyššie poistné. Ambulantnú starostlivosť zabezpečujú prevažne súkromní ziskoví poskytovatelia. V Nemecku pracuje asi 133 000 lekárov, z ktorých 118 000 sú autorizovaní poskytovatelia v povinnom zdravotnom poistení. Viac ako polovicu tvoria rodinní lekári a 59 000 je špecialistov. Jednotný platobný systém spôsobuje, že niektorí nemeckí lekári sa cítia nízko ohodnotení. Rodinní lekári v Nemecku zarábajú približne 2/3 v porovnaní s lekármi v USA, pričom nemeckí lekári platia nižšie poistenie pri pochybeniach v liečbe. Ceny za výkony dohadujú poisťovne s lekárskou asociáciou.

Financovanie nemocníc pochádza z dvoch základných zdrojov. Zdravotné poisťovne pokrývajú 93 % nákladov a štátne plány približne 7 % nemocničného financovania. Financovanie nemocníc je zabezpečované na základe systému podľa diagnostických skupín. Psychiatrická starostlivosť je hradená podľa lôžkodňa. Každý pacient má hlavnú, vedľajšiu, prepúšťaciu a vyúčtovaciu diagnózu. Charakteristickou črtou je snaha o vyúčtovanie čo najvyššej sumy za liečbu a zabezpečenie maximálnej obložnosti v nemocniciach. Každá nemocnica má oddelenie pre styk s poisťovňami. Tento systém vedie k prehnannej administratíve a byrokracii.

Nemecko poskytuje svojim obyvateľom pokrytie cez zákonný systém a zároveň im umožňuje doplnkové súkromné poistenie. V súčasnosti má asi 250 neziskových zdravotných poisťovní, čo je podstatne menej ako v roku 1991 (1 200). Zdravotná poisťovňa v Nemecku je nezisková organizácia, ktorá nemôže odoprieť pokrytie zdravotnej starostlivosti na základe existujúcich podmienok. Zdravotné poisťovne medzi sebou súťažajú o poistencov. Pred rokom 2007 sociálny zdravotný poisťovací systém pokrýval približne 88 % populácie, kým 9,7 % si platilo súkromné poistenie. Zostávajúci obyvatelia boli krytí pomocou špeciálnych programov, ako napr. vojaci. V roku 2009 začalo Ministerstvo prevádzkovať zdravotný fond solidarity. Poisťovací systém je kontrolovaný vládou a poisťovne poskytujú štandardné balíky služieb.

Nemecký model je v súčasnosti v štádiu transformácie. Občania platia tzv. daň solidarity a zdravotné poistenie priamo do zdravotných poisťovní. Fondy sú redistribuované tak, aby bola zachovaná solidarita najmä pre skupiny s nízkym príjmom. Pri tomto modeli zamestnanci aj zamestnávateľia prispievajú priamo do zdravotnej poisťovne. Výška príspevkov je vypočítavaná na základe percenta zo mzdy, ktoré sa líši medzi jednotlivými poisťovňami.

Zamestnancom, ktorí zarábajú menej, dôchodcom, študentom, nezamestnaným a invalidným sú poskytované úľavy z platieb. V detailoch sú presuny financií, poistenie a možnosti pripoistiť sa omnoho zložitejšie. Zmeny po roku 2007 spôsobili systémové problémy v nemeckom zdravotníctve, ktoré si vyžadujú ďalšie riešenia.

#### 2.1.1.4. RAKÚSKO

Pôvodne významná európska mocnosť – Habsburská monarchia a neskôr Rakúsko-Uhorsko – sa zmenila po porážke v 1. svetovej vojne na malú krajinu, ktorú v roku 1938 nacistické Nemecko pripojilo k svojim územiám. Rakúsko zostalo po 2. svetovej vojne pod okupačnou správou sovietskej armády a Spojencov až do roku 1955, kedy bola s okupačnými štátmi podpísaná tzv. „štátna zmluva“ o nezávislosti Rakúska a zákon o neutralite. V súčasnosti je Rakúsko moderná prosperujúca krajina, zaradená do európskych politických a ekonomickým štruktúr.

Rakúsko má 8,5 milióna obyvateľov s vekovou štruktúrou – do 15 rokov 14,5 % a nad 60 rokov 23,5 %; mestské obyvateľstvo tvorí 68 % celkovej populácie. Úhrnná plodnosť je 1,46 na jednu ženu, predpokladaná dĺžka života pri narodení je 81 rokov, dojčenská a materská úmrtnosť je 4/1 000 a 4/100 000, HDI index je 0,895 (18. miesto). Krajina vydá 10,6 % HDP na zdravotnú starostlivosť, čo predstavuje 4 482 PKS medzin. \$/obyvateľa. Podiel súkromných a verejných výdavkov je 24,4/75,6 %, pričom výdavky samoplatcov tvoria 67 % zo súkromných výdavkov. Priemerný počet lekárov je 4,86/1 000, pracovníkov v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii 7,8/1 000 a nemocničných lôžok 7,6/1 000 obyvateľov.

Organizačnú štruktúru zdravotného sektora Rakúska tvoria federálna vláda, spolkové vlády a verejné organizácie. Federálna vláda je zodpovedná za všetky oblasti zdravotníckeho systému. Jedinou výnimkou je nemocničný sektor, kde federálna vláda prijíma len základné zákony na sanitárny dohľad. Ostatné otázky spadajú väčšinou pod spolkové inštitúcie. Spolkové inštitúcie zabezpečujú a implementujú monitorovanie verejných zdravotných služieb, riadia primárnu aj nemocničnú starostlivosť a dohliadajú na súťaživosť, financovanie a regulovanie systému.

Štátne nemocnice patria pod správu spolkovéj krajiny a vytvárajú holding nemocníc. Každá z nich má okrem štandardných oddelení ťažiskovú špecializáciu. Okrem štátnych fungujú aj cirkevné a súkromné nemocnice. Pacient si môže vybrať nemocnicu, v ktorej bude liečený. Primárna starostlivosť je poskytovaná samostatne zárobkovo činnými všeobecnými lekármi, ktorí majú vlastné praxe. Približne tretina z nich má podpísané kontrakty so sociálnym zdravotným poistením. Títo poskytujú väčšinu ambulantnej starostlivosti a pacient ich vyhľadá približne 6,8-krát ročne. Okrem toho v Rakúsku pracuje asi 800 ambulantných kliník, ktoré sú riadené buď sociálnymi poisťovacími fondmi, alebo privátnymi vlastníkmi. V poslednom čase sa rozširujú skupinové praxe lekárov rôznych špecializácií.

Rakúsky zdravotnícky systém je primárne financovaný z kombinácie sociálneho poistenia, verejných daní a privátnych platieb vo forme priamych aj nepriamych doplatkov. Sociálne poistenie je najdôležitejší zdroj financovania zdravotnej starostlivosti v Rakúsku. Ambulantná starostlivosť je takmer kompletne financovaná zo sociálnych fondov a nemocničná z kombinácie zdrojov verejného sektora a sociálneho poistenia. Služby dlhodobej starostlivosti sú financované z daní.

Sociálne poisťovacie inštitúcie sú samostatne stojace organizácie, ktoré pokrývajú zdravotné poistenie, úrazové poistenie, dôchodkové poistenie a poistenie v nezamestnanosti. Sociálne poisťovacie inštitúcie medzi sebou nesúťažia. V roku 2005 bola zavedená elektronická karta zdravotného poistenia (e-card).

#### 2.1.1.5. ŠPANIELSKO

Španielsko vzniklo postupným zjednocovaním viacerých kráľovstiev v 15. a 16. storočí. Najväčší svetový vplyv zaznamenalo v 16. a 17. storočí. Neskôr podľahlo Anglicku v boji o nadvládu nad morom. Španielsko nezachytilo revolučné zmeny v oblasti vedy a obchodu, čo spôsobilo ďalší pokles bohatstva aj politického vplyvu. Občianska vojna v rokoch 1936 – 1939 krajinu výrazne poškodila. Po diktatúre gen. Franca nastúpilo Španielsko cestu k rýchlej demokrati- zácii a ekonomickému rastu so vstupom do EÚ v roku 1986. V súčasnosti krajina trpí vysokou nezamestnanosťou a útokmi teroristickej organizácie Baskicko a jeho sloboda.

Španielsko má 46,8 milióna obyvateľov s vekovou štruktúrou – do 15 rokov 15,2 % a nad 60 rokov 22,9 %; mestské obyvateľstvo tvorí 77 % celkovej populácie. Úhrnná plodnosť je 1,49 na jednu ženu, predpokladaná dĺžka života pri narodení je 82 rokov, dojčenská a ma- terská úmrtnosť je 4/1 000 a 6/100 000, HDI index je 0,885 (23. miesto). Krajina vydá 9,4 % HDP na zdravotnú starostlivosť, čo predstavuje 3 041 PKS medzin. \$/obyvateľa. Podiel sú- kromných a verejných výdavkov je 26,4/73,6 %, pričom výdavky samoplatcov (OOP) tvo- ria 76,2 % zo súkromných výdavkov. Priemerný počet lekárov je 3,96/1 000, pracovníkov v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii 5,1/1 000 a nemocničných lôžok 3,2/1 000 obyvateľov.

Španielsko má Národný zdravotnícky systém (Sistema Nacional de Salud, SNS), ktorý v roku 1986 nahradil Systém sociálneho zabezpečenia. Zdravotnícky systém je charakte- rizovaný silnou decentralizáciou tvorenou federálnou vládou a 17 autonómnymi regiónmi. V priebehu posledného desaťročia pokračovala vláda v oblasti starostlivosti o zdravie v po- litickej decentralizácii zo štátu na autonómne regióny. Aby bolo možné tieto nezávislé jed- notky riadiť, španielska vláda vytvorila Medziregionálnu radu Národného zdravotníckeho systému (CISNS), ktorá je zodpovedná za koordináciu a kooperáciu nezávislých regiónov. Na centrálnej úrovni ministerstvo zdravotníctva zabezpečuje strategické ciele. Patrí k nim koordinácia základnej zdravotnej legislatívy, zabezpečovanie kvality, definovanie jednotli- vých poistných plánov, farmaceutická politika, vyškoľovanie zdravotníckych pracovníkov a výskum. Autonómne regióny zodpovedajú za plánovanie a organizáciu zdravotnej star- ostlivosti a verejného zdravia vo svojich regiónoch, vytváranie máp zdravotných oblastí a zón základnej starostlivosti. Zdravotné oblasti sú zodpovedné za riadenie zariadení, služieb a špecializovanej starostlivosti.

Základné zdravotné centrá sú najmenšie jednotky v španielskej organizačnej štruktúre a oby- čajne ich vytvára malý tím všeobecného lekára, pediatra, sestier a administratívneho perso- nálu v dosahu 15 minút od bydliska. Tento tím zabezpečuje podporu zdravia aj prevenciu a domácu starostlivosť. Špecializované zdravotné centrá a nemocnice slúžia ako ďalší stupeň starostlivosti o obyvateľov. Primárnu starostlivosť poskytuje 10 200 lokálnych kliník a 2 900 zdravotných centier. V krajine je 804 nemocníc z toho je 315 verejných, 4 sú ministerstva ná- rodnej obrany a 465 je súkromných.





**MUDr. Peter Ondruš, CSc.**, je absolventom Lekárskej fakulty UK v Bratislave. Od roku 1979 pracoval na Chirurgickej klinike FNŠP F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici, kde sa po obhájení atestácií a kandidátskej práce venoval všeobecnej a cievnej chirurgii. Počas prípravy v kardiochirurgii absolvoval v rokoch 1989–1990 dlhodobé odborné školenie na Kardiochirurgickej klinike v Inštitúte klinickej a experimentálnej medicíny v Prahe. Neskôr pôsobil ako primár Chirurgického oddelenia NsP v Brezne a vo Svidníku. Od roku 2001 pôsobí v Kanade, kde pracuje na Kardiochirurgickej klinike v Mazankowski Alberta Heart Institute v Edmontone. Ako assistant clinical professor sa podieľa na výučbe na Lekárskej fakulte v Calgary aj Edmontone.

Peter Ondruš je autorom viac ako 20 odborných štúdií v zahraničných časopisoch. Jeho záľuba vo výskume vyústila do študijného pobytu na Chirurgickej klinike Univerzity v Sherbrooke v Quebecu, kde sa podieľal na výskume cievnych protéz a na skúmaní jedincov s výškovou chorobou v US Army Research Institute of Environmental Medicine. Jeho prednášky odzneli na viacerých domácich aj zahraničných sympóziách a fórach. V poslednom čase sa jeho pozornosť okrem chirurgickej praxe obracia na organizáciu a financovanie zdravotnej starostlivosti. Je autorom kapitoly Kanadský zdravotnícky systém vo vysokoškolskej učebnici Regionálna geografia Kanady autorky Olgy Slobodníkovej.

Predkladaná publikácia Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie je výsledkom niekoľkoročnej práce, prednášok a štúdií v tejto oblasti. Autor sa snaží sprístupniť informácie o organizácii, financovaní a výsledkoch jednotlivých krajín sveta združených vo Svetovej zdravotníckej organizácii a ponúka aj pohľad na vplyv globalizácie v oblasti zdravotnej starostlivosti.

*„Pro další příznivý vývoj zdravotnického systému je velmi důležité, aby co nejvíce lidí pochopilo jak jeho možnosti, tak i jeho úskalí. Zdravotnický systém samozřejmě nemůže být záležitostí několika expertů a politiků. Zdravotnictví je tu pro lidi a pro jejich zdraví. Proto je tak důležité, aby se co nejvíce čtenářů mohlo seznámit s problematikou zdravotnických systémů v čase globalizace.“*

**Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.**

Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně

*„Publikácia je určená študentom medicíny či ošetrovateľstva, ale aj zdravotníckym manažérom a všetkým ostatným zaujímavým sa o problematiku Medzinárodného verejného zdravotníctva. Učebnica bude užitočná aj pre lekárov všetkých odborov, v lôžkových zariadeniach štátnych aj neštátnych zariadení, ale aj pre pracovníkov poisťovní.“*

**Prof. MUDr. Miroslav Danaj, CSc.**

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

