

Ekonomická univerzita v Bratislave
Národohospodárska fakulta

Dizertačná práca

Ing. Michaela Pechová

2009

Ekonomická univerzita v Bratislave
Národohospodárska fakulta Katedra sociálneho rozvoja a práce

Dizertačná práca

Trhová ekonomika a zdravotníctvo – príspevok
k hľadaniu funkčného modelu organizácie
a financovania zdravotníctva

Doktorand:	Ing. Michaela Pechová
Školiteľ:	prof. Ing. Vojtech Stanek, PhD.
Študijný odbor	62 – 01 – 9 ekonomická teória

Bratislava 2009

Abstrakt

Ing. Michaela Pechová

Trhová ekonomika a zdravotníctvo – príspevok k hľadaniu funkčného modelu organizácie a financovania zdravotníctva.

Dizertačná práca

Ekonomická univerzita v Bratislave

Národohospodárska fakulta

Katedra sociálneho rozvoja a práce

Prof. Ing. Vojtech Stanek, PhD.

Bratislava, august 2009

224 strán

. Zdravotníctvo a zdravotnícke služby sa dostávajú do pozornosti národohospodárov a politikov v súvislosti s ich úlohou, ktorú zohrávajú v procese spoločenskej reprodukcie. Viedli a vedú sa diskusie o tom, či zdravotnícke služby majú byť objektom skúmania ekonomickej vedy, alebo ich treba vnímať len ako súčasť sociálnej starostlivosti.

Obdobie globalizácie a medzinárodnej integrácie si vyžaduje aj konvergenciu a harmonizáciu systémov zdravotnej starostlivosti jednotlivých krajín

Žiadna krajina na svete nemá model, o ktorom by sa dalo povedať, že je zo všetkých hľadísk optimálny. Zdravotníctvo je otvorený systém, ktorý nesmierne citlivo reaguje na zmeny v prostredí, v ktorom sa nachádza, teda na zmeny politické, ekonomické, sociálne a technologické. Na objektívne posúdenie treba zohľadniť faktory, ako je výkonnosť ekonomiky, rozsah a kvalita zdravotníckych služieb, stupeň efektívneho využívania zdrojov a pod. Preto neexistuje žiadny vzorový systém, ktorý by štátom garantoval ideálne fungovanie zdravotného sektora.

Po roku 2002 nastali v zdravotníctve SR výrazne zmeny. Doplnením obrazu dnešného zdravotného systému na Slovensku je dotazníkový prieskum, ktorý mapuje názory a postoje lekárov, ktorí sú priamou súčasťou tohto systému.

Kľúčové slová: Zdravie, zdravotná starostlivosť, financovanie zdravotníctva, modely zdravotnej starostlivosti, reforma zdravotníctva

Abstract

Ing. Michaela Pechová

Market economy and Healthsystem – contribution to looking for function model of organization and financing of Healthsystem

University of Economics in Bratislava

Faculty of National Economy

Department of Social development and work

Prof. Ing. Vojtech Stanek, PhD

Bratislava, august 2009

224 pages

Health system and health care will be in attention of economists and politics, in connection with their role in social reproduction process.

It discuss about, if health care have to be an object of economic science, or it is necessary to perceive it like a part of social care.

Globalization process and Internationale integration call for convergencion and harmonization of health care systems in particular countries.

It don't exist model, witch is in many aspects optimal. Health system is an open system, witch is reacting at changes in environment – changes are political, economical, social and technological. For objective evaluation, it must accept aspects like production of economy, quality of health care, electivity of source exploitation. Therefore it exist any ideal system, witch guaranteed ideal health system function.

After a year 2002 in Health system of Slovak republic it changes many things. Answer sheet, witch include opinion and attitude of medical persons serve as complement of health system vision.

Key words: health, healthcare, financing of health sector, models of healthcare systems, reform of health systems

Predhovor

Ľudské zdravie a život predstavujú veľké hodnoty nielen pre jednotlivca a rodinu, ale i pre celú spoločnosť. Zdravotná starostlivosť predstavuje čoraz výraznejší faktor ekonomického ratu spoločnosti. Náklady na starostlivosť o zdravie, vrátane zdravotníckych služieb, predstavujú vlastne i nepriame investície do celkového rozvoja spoločnosti.

Zdravie a kvalita života je dôležitým indikátorom vyspelosti štátu, preto je veľmi dôležité, aby štát chránil svojich obyvateľov a zabezpečil im primeranú starostlivosť v rámci disponibilných prostriedkov. Keďže nadmerný rast nákladov na zdravotnú starostlivosť spôsobil, že nedostatok verejných zdrojov na zabezpečenie chodu zdravotníctva sa stal celosvetovým problémom, vlády museli pristúpiť k hľadaniu alternatívnych zdrojov, ktoré by vyriešili zlú situáciu. Opodstatneným sa ukázalo byť zapojenie súkromných zdrojov do sektora zdravotníctva, ako aj zvýšenie zodpovednosti jednotlivcov za vlastné zdravie. To vyvolalo potrebu reformných krokov zameraných na zmenu zdravotného systému.

Reformy zdravotníctva nie sú ukončeným procesom, ale neustále prebiehajúcim, reagujúcim na meniace sa podmienky.

Práve neukončenosť tohto procesu, ako aj potreba poznať východiská a možnosti formovania funkčného modelu zdravotnej starostlivosti boli dôvodom na výber témy dizertačnej práce.

Za pomoc a vedenie pri písaní práce ďakujem svojmu školiteľovi prof. Ing. Vojtechovi Stanekovi, PhD, za cenné pripomienky pri zlepšovaní a skvalitňovaní práce ostatným kolegom.

OBSAH

ÚVOD	10
-------------------	-----------

1 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ SKÚMANEJ

PROBLEMATIKY	15
---------------------------	-----------

1.1 Zdravie a zdravotná starostlivosť	17
1.2 Zdravotná starostlivosť a teória verejnej voľby	20
1.3 Úloha štátu v zdravotnej starostlivosti	28
1.4 Faktory vplývajúce na zdravotný stav populácie	32

2. MEDZINÁRODNÁ SPOLUPRÁCA VO VEREJNOM

ZDRAVÍ	43
---------------------	-----------

2.1 Svetová zdravotnícka organizácia	43
2.1.1 Programy SZO	46
2.1.2 Národný program podpory zdravia	52
2.2 Stratégia zdravia EÚ	53

3. MODEL Y ORGANIZÁCIE A FINANCOVANIA

SYSTÉMOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	58
---	-----------

3.1 Modely zdravotnej starostlivosti	58
3.2 Spôsoby financovania zdravotnej starostlivosti	63
3.2.1 Štátne financovanie	69
3.2.2 Zdravotné poistenie	71
3.3 Zdravotné systémy vo vybraných krajinách	84
3.3.1 Veľká Británia	84
3.3.2 Nemecko	96
3.3.3 USA	108
3.4 Výhody a nevýhody jednotlivých systémov poskytovaia zdravotnej starostlivosti	119

4. SYSTÉM POSKYTOVANIA ZDRAVOTNEJ

STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU	123
--	------------

4.1 Dejiny zdravotníctva na Slovensku.	123
4.1.1 Zdravotná starostlivosť na Slovensku v 19. storočí.	123
4.1.2 Vývoj zdravotníctva na Slovensku v 20. storočí.	125
4.2 Zdravotníctvo na Slovensku v súčasnosti	128
4.2.1 Hlavné problémy slovenského zdravotníctva, ako východiská reformy	130
4.2.2 Základné kroky reformy zdravotníctva na Slovensku od roku 2002	136

4.2.3 Dopady reformy	143
4.2.4 Najvýznamnejšie zmeny v zdravotníctve v rokoch 2006 – 2009.....	175
5. REFLEXIA LEKÁROV NA VYBRANÉ PROBLÉMY	
V ZDRAVOTNÍCTVE SR.....	181
5.1 Vyhodnotenie prieskumu	181
5.2 Zhrnutie výsledkov prieskumu.....	195
ZÁVERY A ODPORÚČANIA	198
POUŽITÁ LITERATÚRA	202
PRÍLOHY	208

Zoznam ilustrácii a tabuliek

Obrázok 1: Krivka ochoty platiť	24
Obrázok 2 : Krivka produkčných možností	26
Obrázok 3: Reformné puzzle	137
Schéma 1 Zdravie obyvateľstva	31
Schéma 2 : Faktory ovplyvňujúce zdravotný stav človeka	32
Schéma 3: Lekárske organizácie v EÚ	57
Schéma 4: Vzťahy v zdravotnom poistení	65
Schéma 5: Štruktúra financovania a poskytovania zdravotnej starostlivosti	79
Schéma 6: Organizácia britského zdravotníctva	86
Schéma 7: Systém financovania zdravotníctva SR	148
Schéma 8: subjekty trhu so zdravotníckymi službami	167
Graf 1: Faktory vplývajúce na zdravie populácie	33
Graf 2: % obeznej populácie	34
Graf 3: Konzumácia alkoholu	35
Graf 4: Denní fajčiari	36
Graf 5: Štandardizovaná predčasná úmrtnosť na zhubné nádory, rok 2006	38
Graf 6: Štandardizovaná predčasná úmrtnosť na choroby obehovej sústavy	40
Graf 7: Očakávaná dĺžka života pri narodení	41
Graf 8: Výdavky na zdravotníctvo ako % HDP	66
Graf 9: Výdavky na zdravotníctvo na obyvateľa	83
Graf 10: Výdavky na zdravotníctvo v USA	109
Graf 11: Výdavky na lieky na osobu v USD	117
Graf 12: Počet návštev u lekára	145
Graf 13: Výdavky na lieky	172
Graf 14: Štruktúra výdavkov na zdravotníctvo	173
Graf 15: Príspevky zložiek k medziročnému rastu HDP	178
Tab 1: Porovnanie systémov zdravotnej starostlivosti	60
Tab 2: Verejné výdavky na zdravotníctvo ako % z celkových výdavkov	68
Tab 3 : Zdravotné poisťovne vykonávajúce verejné zdravotné poistenie v SR	75
Tab 4: Rast HDP a výdavkov na zdravotníctvo	81
Tab 5: Porovnanie predstaviteľov základných modelov zdravotníctva	84
Tab 6: Podiel súkromných a verejných výdavkov na financovaní zdravotníctva	92

Tab 7: Predĺženie ordinačných hodín	93
Tab 8: Štatistika lôžok	94
Tab 9: Rozdelenie zdravotných poistencov v roku 2007	101
Tab 10: Pokrytie nemeckého obyvateľstva zdravotným poistením	101
Tab 11: Maximálna hranica príjmu pre platby	103
Tab 12: Porovnanie slovenského a nemeckého modelu	106
Tab 13: Podiely rôznych druhov poistenia na trhu zamestnávateľov	114
Tab. 14: 10 najdôležitejších moderných lekárskeho inovácií	116
Tab 15: Typy zdravotníckych systémov v jednotlivých štátoch	122
Tab 16: Hlavné problémy slovenského zdravotníctva	135
Tab 17: Systém krytia rizík	142
Tab 18: Zdroje financovania zdravotníctva	147
Tab 19: Prognóza zdrojov zdravotníctva	149
Tab 20: Objem verejných i celkových zdrojov zdravotníctva v tis. €	150
Tab 21: Hospodárenie zdravotných poisťovní	151
Tab 22: Prognóza objemu platieb štátu pre zdravotné poisťovne v mld. Sk	152
Tab 23: Prognóza počtu poistencov v jednotlivých kategóriách	152
Tab 24: Prehľad počtu poistencov a príjmov zdravotných poisťovní	152
Tab 25: Rating zdravotných poisťovní	153
Tab 26: Výdavky zdravotných poisťovní v mld €	155
Tab 27: Objem finančných prostriedkov použitých na úhradu zdrav. Starostlivosti	155
Tab 28: Vývoj priemerného zárobku lekárov	157
Tab 29: Vývoj priemerného zárobku sestier	157
Tab 30: Mzdy zamestnancov vo verejných zdravotníckych zariadeniach 2008	158
Tab 31: Počet lekárov na 1000 obyvateľov	159
Tab 32: Počet sestier na 1000 obyvateľov	159
Tab 33: Počet nemocničných lôžok na 1000 obyvateľov	160
Tab 34: Počet akútnych postelí na 1000 obyvateľov	161
Tab 35: Disponibilné zdroje a.s. Veriteľ na oddĺženie zdravotníctva SR	168
Tab 36: dlh zdravotníckych zariadení k 31.12. príslušného roka	169
Tab 37: Spotreba liekov	174
Tab 38: Výdavky poisťovní na receptové lieky v mil. Sk	174
Tab 39: Vývoj makroukazovateľov	177
Tab 40: Príjmy zdravotných poisťovní	178

ÚVOD

Zjednocovací proces v Európe a globalizácia svetovej ekonomiky zasahujú aj do sociálnej oblasti a do poskytovania zdravotnej starostlivosti. Základné princípy a ciele pre zdravotníctvo sú obsiahnuté v zdravotnej politike Svetovej zdravotníckej organizácie pre európsky región, ku ktorým sa Slovenská republika prihlásila.

Hlavnou hybnou silou všetkých reforiem zdravotníctva vyspelých krajín je zväčšujúci sa rozpor medzi snahou o čo najdokonalejšie a najdostupnejšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti a potrebou kontrolovať a obmedzovať výdavky na zdravotníctvo. Tento stav vyvolávajú viaceré faktory: starnutie populácie, vyšší výskyt chronických neinfekčných ochorení, zvyšovanie dostupnosti nových diagnostických a liečebných technológií a zvyšujúce sa očakávania verejnosti na dostupnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti.

Dlhodobým cieľom reformy je vybudovanie systému zdravotníctva, ktorý každému občanovi garantuje poskytovanie základnej zdravotnej starostlivosti nie ako konečný cieľ, ale ako predpoklad pre zmysluplnú voľbu. Zdravie považujeme za nevyhnutný predpoklad kvalitného života. Systém zakladá prvky, ktoré zvyšujú vlastnú zodpovednosť. Občan dostane šancu slobodného výberu, zodpovednosti za tento výber a súčasne systém mu musí slobodný výber umožniť.

Konečným cieľom transformácie zdravotníctva a zdravotnej politiky štátu musí byť zlepšenie zdravotného stavu obyvateľov. Môžeme ho dosiahnuť len na základe dobrej analýzy súčasného stavu a zmien v systéme zdravotnej starostlivosti. Toto všetko musí rešpektovať poznanie, že zdravotníctvo môže podľa dostupných poznatkov ovplyvniť zdravotný stav obyvateľov len asi v 20%, ostatných 80% ovplyvňuje životný štýl, vonkajšie prostredie a dedičnosť.

Nevhodnú konštrukciu zdravotného systému, zameraného skôr na liečenie chorých, ako na udržiavanie populácie v dobrom stave, označila Svetová banka ako zastaranú paradigmu zdravotníctva, pričom zdôrazňuje, že podpora zdravšieho životného štýlu a prevencia ochorení zatiaľ nezískavajú dostatočnú pozornosť. Napriek tomu, že veľa ľudí považuje svoje vlastné zdravie za prvoradé, nevenujú mu občania dostatočnú pozornosť, čo sa prejavuje v myslení uprednostňujúcim liečbu pred prevenciou, ako aj

v spôsobe života. Táto skutočnosť je navyše podporená ústavou garantovanou bezplatnosťou slovenského zdravotníctva.

Žiadna krajina na svete nemá model, o ktorom by sa dalo povedať, že je zo všetkých hľadísk optimálny. Zdravotníctvo je otvorený systém, ktorý nesmierne citlivo reaguje na zmeny v prostredí, v ktorom sa nachádza, teda na zmeny politické, ekonomické, sociálne, technologické a zmeny v informačno komunikačných technológiách. Na objektívne posúdenie treba zohľadniť faktory, ako je výkonnosť ekonomiky, rozsah a kvalita zdravotníckych služieb, stupeň efektívneho využívania zdrojov a pod. Preto neexistuje žiadny vzorový systém, ktorý by štátom garantoval ideálne fungovanie zdravotného sektora. Je však možné využiť skúsenosti krajín, ktoré už s reformami zdravotníctva pokročili.

Ciele, štruktúra a metódy dizertačnej práce

Cieľom práce je na základe štúdia a analýzy vývoja jednotlivých typov zdravotníckych systémov poukázať na zložitosť organizácie, riadenia a financovania zdravotníctva. Pomocou ich poznanie a porovnanie, zohľadnením medzinárodnej spolupráce na poli verejného zdravia a analyzovaním stavu zdravotnej starostlivosti v Slovenkej republike navrhnúť námety a odporúčania na ďalšie kroky a zdokonalenie systému poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

Pre podporu hlavného cieľa práce sme si zvolili viacero parciálnych cieľov:

- *Definovať pojem zdravie, zdravotná starostlivosť a zdravotníctvo. Zdôrazniť ich vzájomné prepojenie a poukázať na úlohu štátu pri ich zabezpečovaní.*
- *Stanoviť charakter zdravia a zdravotnej starostlivosti ako statku na trhu, pomocou teórie verejnej voľby.*
- *Vymedziť a zhodnotiť spôsoby financovania zdravotnej starostlivosti*
- *Charakterizovať jednotlivé modely poskytovania zdravotnej starostlivosti. Analýzou systémov konkrétnych vybraných štátov poukázať na ich zložitosť a vzájomné prepojenie.*

- Na základe analýzy poreformného stavu na Slovensku vytvoriť obraz o aktuálnej situácii v slovenskom zdravotníctve.

- prezentovať prieskum názorov a postojov odbornej zdravotníckej verejnosti na súčasný stav v zdravotníctve Slovenskej republiky.

Štruktúra dizertačnej práce je prispôsobená jednotlivým čiastkovým cieľom. Práca je rozdelená do 5 kapitol, ktoré na seba logicky nadväzujú. Informácie a poznatky získané pri tvorbe tejto práce bude možné využiť pri ďalšom výskume, zúžitkovať ich v pedagogickej praxi, pri tvorbe študijných materiálov a pri vedení seminárov a prednášok s danou problematikou.

Prvá kapitola je venovaná významu zdravia a jeho miestu v spoločnosti. Zdravotníctvo a zdravotnícke služby sa dostávajú do pozornosti národohospodárov a politikov v súvislosti s ich úlohou, ktorú zohrávajú v procese spoločenskej reprodukcie. Viedli a vedú sa diskusie o tom, či zdravotnícke služby majú byť objektom skúmania ekonomickej vedy, alebo ich treba vnímať len ako súčasť sociálnej starostlivosti. Problémy zdravotníctva majú nepopierateľný vplyv na najvýraznejší faktor spoločenskej reprodukcie, ktorým je ľudský kapitál a jeho produkčné schopnosti¹. Na zdravie vplýva množstvo faktorov a skutočností. Najdôležitejšie z nich sú popísané práve v prvej kapitole.

Obdobie globalizácie a medzinárodnej integrácie si vyžaduje aj konvergenciu a harmonizáciu systémov zdravotnej starostlivosti jednotlivých krajín. Medzinárodnou spoluprácou v oblasti verejného zdravia sa zaoberáme v druhej kapitole.

Úlohou tretej kapitoly je charakterizovať jednotlivé modely zdravotnej starostlivosti. Zdravie môžeme za určitých podmienok vnímať ako verejný statok, za iných ako statok súkromný. Je otázkou rozhodnutia jednotlivých vlád, akým spôsobom sa zdravotná starostlivosť v danej krajine bude financovať. Jednotlivé základné modely analyzujeme na príklade štátov, ktoré ich reprezentujú.

Vo štvrtej kapitole sme sa zamerali na Slovenskú republiku. Po roku 2002 nastali v zdravotníctve výrazne zmeny. Svoju pozornosť zameriavame na stav v slovenskom zdravotníctve po uskutočnení týchto zmien

¹ Murgaš, M.: Ekonomika zdravotníckych služieb. UMB, Banská Bystrica 2004

Doplnením obrazu dnešného zdravotného systému na Slovensku je aj piata kapitola, ktorá dotazníkovým prieskumom mapuje názory a postoje lekárov, ktorí sú priamou súčasťou tohto systému.

Pri spracovní témy dizertačnej práce sme ako východisko študovali a spracovávali informácie z domácej a zahraničnej odbornej literatúry. Zamerali sme sa na analyzovanie a porovnanie údajov medzinárodných štatistík a štúdií. V snahe o vytvorenie komplexného obrazu študovanej tematiky sme využívali aj dostupné internetové zdroje z oblasti zdravotných systémov a medzinárodnej spolupráce vo verejnom zdraví. Pri charakterizovaní súčasného stavu zdravotníctva na Slovensku sme vychádzali aj z platných legislatívnych predpisov.

V prvej časti práce využívame metódu postupu od všeobecného rozboru ku konkrétnym aspektom, pri definovaní úlohy zdravia a zdravotnej starostlivosti v spoločnosti. Metódou syntézy identifikujeme vzájomné vzťahy týchto jednotlivých zložiek systému.

V časti tretej analyzujeme vývoj jednotlivých finančných systémov využitím historicko – logického prístupu, ktorý uplatňujeme aj v časti venujúcej sa vývoju medzinárodnej spolupráce v oblasti verejného zdravia. Pomocou analyticko – deduktívnej metódy pristupujeme k popisu jednotlivých systémov zdravotnej starostlivosti. Využitím komparatívnych metód porovnávame údaje za jednotlivé krajiny a grafickými metódami ich prehľadne uvádzame formou tabuliek a grafov.

Vo štvrtej časti sa venujeme stavu na Slovensku, kde využívame nasledovné metódy:

- metódu analýzy (obsahová analýza legislatívy, analýza štatistických dát z oblasti zdravotného poistenia a zdravotníckych zariadení, sekundárna analýza realizovaných ratingov a výskumov hospodárenia a pod.)
- štatistické metódy a jednoduché matematické metódy pri prepočte dát a zostavovaní tabuliek
- komparatívny prístup (pri porovnávaní dát za jednotlivé poisťovne, pri porovnávaní zamestnanosti v zdravotníctve v jednotlivých štátoch a pod.)

V poslednej, piatej časti využívame metódu dotazníkového prieskumu na vykonanie empirickej sondy a tým na zistenie názorov a postojov lekárov. Matematickými metódami získane údaje spracovávame a následne analyzujeme. Pre prehľadnejšie znázornenie využívame grafické interpretácie.

Pri stanovení záverov a odporúčaní používame hlavne induktívno – deduktívnu metódu, ako aj syntézu jednotlivých prvkov systému.

Všetky údaje a informácie pomocou systémového prístupu usporadúvame do kompaktného celku, vyhodnocujeme ich a interpretujeme vo vzájomných väzbách a súvislostiach.

1 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ SKÚMANEJ PROBLEMATIKY

Vo všetkých obdobiach ľudskej existencie bolo zdravie človeka vysoko cenenou hodnotou, v živote jedinca aj spoločnosti hralo dôležitú úlohu.

Úrazy a choroby sprevádzajú človeka od počiatku jeho existencie. Každé ochorenie viac menej človeka diskvalifikuje spoločensky, robí ho závislým na pomoci rodiny, priateľov, verejnosti. Dejiny zdravotnej starostlivosti sú dejinami mnohopočetných vzťahov medzi lekárom a pacientom, v širšom zmysle medzi zdravotníkmi a spoločnosťou. Povaha a intenzita týchto vzťahov sa riadila stupňom kultúrneho a civilizačného rozvoja.

V **primitívnych spoločnostiach** choroba bola považovaná za prírodný jav, niečo ako búrka s hromami a bleskami. Chorý bol pokladaný za hračku tajomných síl prírody alebo nevinnú obeť rozmaru démonov. Bol ponechaný svojmu osudu alebo náboženským rituálom šamanov a kúzelníkov. V starovekej *semitskej* spoločnosti bol chorý považovaný za vinníka, ktorý trpí za svoje hriechy a ak má byť vykúpený, musí prejsť očistným pokáním. *Antické Grécko* - helénsky ideál krásy a dobra, kalokagatia- harmónia tela a duše, zdravie povyšované medzi najvyššie hodnoty. Chorý tiež niesol znamenia hanby, ale tie neboli trestom za spáchané hriechy, ale prejavom slabosti a menejcennosti. Choroba mohla byť liečená, ale pokiaľ nebola nádej na vyliečenie, bol chorý bez milosti zavrhnutý, často utratený bez toho, aby bol porušený morálny kódex antického sveta.

Kresťanstvo - zásadná zmena chovania spoločnosti k chorému. Učenie o posmrtnom živote viedlo k potlačeniu všetkého telesného. Choroba a utrpenie boli pokladané za cnosť, za prostriedok mravného očistenia, za vykúpenie spásu. Mravným príkazom kresťanskej charity sa stalo navštevovať trpiacich chorých, ošetrovať ich, budovať pre nich útulky a špitály. Na jednej strane náboženské príkazy chovania vo vzťahu k osobnej hygiene mali často racionálne jadro, zamerané proti šíreniu infekčných chorôb, na druhej strane sa cirkev stavala proti kúpaniu z toho dôvodu, že všetko, čo robí telo pôvabnejšie, zaváňa hriechom.²

Renesancia a vznik prírodných vied oživil záujem o ľudské telo a jeho neduhy. Rozvoj manufaktúr a medzinárodného obchodu spolu s potrebou obrany tvoriaceho sa

² Beniak, M. Socialne lekarstvo. I. Uvod do problematiky. Bratislava: UK, 1991

štátu pred vonkajším nepriateľom ešte viac posilnili záujem vládnej moci na udržanie dobrého stavu zdravia ich poddaných. **Osvietenský absolutizmus** vytváral karantény v obrane pred epidémiami, zdravotnú políciu podporenú potrebnými právomocami, funkciu mestských fyzikusov a sanitárny dohľad nad mestským prostredím.

Kapitalizmus a **ekonomický liberalizmus** prináša zmeny do spoločenských vzťahov a sociálnych štruktúr. Nová technológia a stále sa zdokonaľujúca organizácia práce vedú k vysokej produktivite hmotných statkov. Vyrábať môže len zdravý jedinec, produkty môže užívať zdravý spotrebiteľ, a tak výhoda dobrého zdravia začala byť vysoko cenená.

Lekár Hippokratovej doby bol odborne školený remeselník, ponúkal svoje služby putovaním od obce k obci, alebo mal vo väčšom meste, kde mal svoju dielňu - "iatreion". Každý slobodný občan sa mohol prihlásiť za lekára, mal mať však dobrú povesť, lekári požívali vysokú úctu. Keď sa kresťanstvo v starom Ríme stalo oficiálnym náboženstvom, zodpovednosť za starostlivosť o chorých sa stala vecou spoločnosti.

V **stredoveku** väčšina lekárov patrila ku kléru, kresťanská etika prikazovala lekárom vykonávať bohumilé charitatívne služby chudobným aj bohatým za voľne stanovenú odmenu.

S nástupom **liberalizmu** na začiatku 16. stor. bola cirkev reformovaná, authority zavrhané (Galénos, Avicenna), lekárske fakulty strácali svoju autoritu, reguláciu lekárskej praxe preberal štát. Lekári sa snažili nájsť platené miesta u šľachty, mestskej správy a zámožnejšieho meštianstva.³

Spoločnosť sa snažila stanovovať rôzne právne normy a morálne kódexy na regulovanie chovania lekárov. Napr. Chamurabiho kódex (2000 pr.n.l.) uvádza, že odmeny lekárov boli stanovené podľa úspešnosti liečby a sociálneho postavenia pacientov. Neúspešné zákroky chirurgov bolo trestané.

K udeľovaniu licencií k lekárskej praxi došlo v starovekom Ríme. Lekári tej doby nemuseli platiť dane, slúžiť v armáde, vykonávať niektoré neoblíbené činnosti, atď. V 13. stor. došlo v Taliansku k reforme odbornej výchovy, štúdium medicíny spočívalo v absolvovaní troch rokov filozofie, piatich rokov medicíny a roku praxe - potom bol kandidát skúšaný odbornou komisiou.

³ Beniak, M. a kol. Vybrané kapitoly zo sociálneho lekárstva. Bratislava: UK, 1987

V **novoveku**, s príchodom merkantilizmu a neskôr kapitalizmu dochádzalo k stretu záujmu medzi rôznymi sociálnymi skupinami. Štátny aparát a správa obcí preberali rad povinností na **ochranu verejného zdravia** a hygieny (zavádzanie kanalizácie, rôzne protiepidemické opatrenia, dozor nad bezpečnosťou práce, výchova obyvateľstva ku zdravej výžive a zdravému životnému štýlu). Tieto opatrenia mali za následok prudký pokles úmrtnosti (**sanitárna revolúcia**). Došlo k povinnému zavedeniu nemocenského a sociálneho poistenia, postupne pre všetky skupiny obyvateľstva. Lekári sa začali organizovať do odborných spoločností, lekárske komory vyhlasovali rôzne etické kódexy na ochranu svojich záujmov a práv pacientov. Postupne začal prevládať názor, že človek má **právo na zdravie**.

Postupom času sa však začali prejavovať negatívne javy najmä narastajúcimi ekonomickými problémami, nedostatkami v organizácii a riadení, ktoré sa začali prejavovať nepriaznivými dôsledkami v zdravotnej starostlivosti a zdravotnom stave obyvateľstva.

V súčasnej dobe nemožno pokladať zdravie za konečný cieľ, zdravie tvorí len jednu z mnohých hodnôt, ktorým hovoríme **kvalita života**. Patria sem hodnoty z oblasti sociálnej, kultúrnej, psychologickkej, ekologickej, interpersonálnej, spirituálnej, historickej a morálnej, ktoré prispievajú k zmyslu života.

Zdravie a zdravotný stav obyvateľstva sú sociálno-biologické procesy, ktoré na jednej strane určujú predovšetkým spoločenské faktory a na druhej strane samy osebe spätne ovplyvňujú charakter a povahu týchto faktorov.

Môžeme si postaviť otázku, ako zdravie a zdravotný stav obyvateľstva ovplyvňujú vývoj spoločnosti či už v pozitívnom, alebo negatívnom zmysle. Pri takomto hodnotení významu zdravia pre spoločnosť treba brať do úvahy kolektívne zdravie, teda zdravie populácie, i keď zdravie jedinca je jeho základom.

1.1 Zdravie a zdravotná starostlivosť

S pojmi zdravie a choroba sa stretávame nie len v medicíne, biológii, ale aj vo filozofii a najnovšie aj v ekonómii zdravotníctva. K definovaniu možno teda pristupovať z viacerých hľadísk. Na zdravie sa môžeme pozeráť ako na stav aj proces, pokladať ho za prejav interakcie a adaptability, vidieť v ňom biologický a psychologický aspekt, a to

všetko objektívne, kvalitatívne a kvantitatívne. Všetky tieto hľadiská sa nedajú vyjadriť v jednej univerzálnej definícii.⁴

Zdravie je výrazom rovnováhy, choroba výrazom narušenia rovnováhy medzi organizmom a prostredím.

Svetová zdravotnícka organizácia (SZO) definuje zdravie ako stav dokonalého telesného, duševného a sociálneho uspokojenia a nielen neprítomnosť choroby alebo chyby... Podľa zákona o ochrane zdravia ľudí schváleného 24. 8. 1994 NR SR je zdravie stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nielen neprítomnosti choroby, je výsledkom vzťahov medzi ľudským organizmom a sociálno-ekonomickými, fyzikálnymi, chemickými a biologickými faktormi životného prostredia a pracovného prostredia a spôsobu života.⁵

Z uvedeného možno dedukovať, že zdravie nie je trvalý, nemeniteľný stav, ale stav dynamický, ktorý môžeme cieľavedome ovplyvňovať pestovaním organizmu, aby sa dokázal prispôsobiť zvýšeným nárokom prostredia⁶. Zdravie ako životný proces sa neustále mení a to v závislosti od zmeny a reakcie oboch prvkov systému organizmus – prostredie. Ide o zložitý vzájomný vzťah interakcie medzi organizmom a prostredím, v ktorom sa uplatňujú spätné väzby a multifaktoriálny charakter prostredia.

Okrem faktorov vonkajšieho prostredia hrajú dôležitú úlohu aj faktory vnútorného prostredia, ktoré sa prejavujú v dedičnosti, náchylnosti na niektoré choroby, alebo odolnosti voči nim.

Zdravie za luxusný statok⁷ po prvýkrát označil Kleinman (1974). Existuje široká zhoda názorov, že príjmová elasticita výdavkov na zdravotníctvo (pomer percentuálnej zmeny výdavkov k percentuálnej zmene príjmov) „leží“ medzi +1,18 až +1,36.⁸ Rast výdavkov závisí vo veľkej miere od nadmerných očakávaní jednotlivcov. Callahan⁹ vidí možnosť úspor pomocou apelovania na uvedomelú racionalizáciu zdravotníckej spotreby.

⁴ Murgaš, M.: Ekonomika zdravotníctva (vybrané problémy). UMB Banská Bystrica, 2004, str 14

⁵ Zákon 272 /1994 Z. Z. o ochrane zdravia ľudí

⁶ Durdisová, J: Ekonomika zdraví, Praha: VŠE 2005

⁷ Za luxusný statok označujeme taký, na ktorý vydávame pri zvyšovaní sa príjmu jeho relatívne sa zväčšujúcu časť

⁸ Donaldson, C., Gerard, K.: Economics of Health Care Financing: The Visible Hand. London, MacMillan Press LTD. 1993

⁹ Callahan, D.: What kind of life – the limits of medical progress. Georgetown university press. Washington D.C. 1994

V rozvíjajúcej sa trhovej ekonomike sa zdravie a zdravotná starostlivosť stávajú predmetom obchodných vzťahov, a to z pohľadu konkurencie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na strane ponuky a slobodnej voľby poskytovateľa na strane dopytu po zdravotníckych službách.

Choroba - porucha zdravia, je potenciál vlastností organizmu, ktoré obmedzujú jeho možnosti vyrovnať sa počas života s (určitými) nárokmi (pôsobením) vnútorného a vonkajšieho prostredia bez porušenia životných funkcií. Ochrana zdravia je súhrn opatrení spočívajúcich v predchádzaní vzniku, šírenia a v obmedzovaní výskytu ochorení a iných porúch zdravia, v zlepšovaní zdravia prostredníctvom starostlivosti o zdravé životné podmienky, pracovné podmienky a zdravý spôsob života a vo výkone štátneho zdravotného dozoru.

Ľudský život a zdravie predstavujú v určitom zmysle absolútne a nemerateľné hodnoty. Každý človek je vo svojej osobitosti nenahraditeľný. Ľudské zdravie a život predstavujú nielen pre jednotlivca a rodinu, ale aj pre celú spoločnosť aj ekonomické hodnoty.

Reprodukcia pracovnej sily je už dnes nemysliteľná bez zdravotnej starostlivosti, vzdelávania a aktívneho odpočinku. Zdravotná starostlivosť predstavuje čoraz výraznejší faktor ekonomického rastu spoločnosti. Náklady na starostlivosť o zdravie, vrátane zdravotných služieb, predstavujú vlastné i nepriame investície do celkového rozvoja spoločnosti.

Zdravotná starostlivosť je starostlivosť o ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia fyzickej osoby, ktorú poskytuje zdravotnícky pracovník, poskytuje sa v zdraví, v chorobe, v tehotenstve, pri pôrode a v šestonedelí. Zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, diagnostiku a liečbu vrátane rehabilitácie, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu, záchrannú zdravotnú službu a osobitnú zdravotnú starostlivosť. Poskytuje sa formou ambulantnej starostlivosti a formou ústavnej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť je aj lekárenská starostlivosť a kúpeľná starostlivosť.

Zdravotná starostlivosť, resp. starostlivosť o zdravie sa úplne nestotožňuje s činnosťou zdravotníctva, pretože zahŕňa i systém sociálno-ekonomických, sociálno-biologických, sociálno-hygienických, kultúrno-výchovných, verejno-zdravotníckych opatrení zameraných na ochranu a rozvoj zdravia obyvateľstva a jeho telesný a duchovný rozvoj.

Niektoré spoločnosti vnímajú zdravie prevažne ako spoločenský, či kolektívny statok, iné ako statok individuálny, súkromný. Všetci sa ale zhodujú na tom, že zdravie je statok vzácný.

1.2 Zdravotná starostlivosť a teória verejnej voľby

Problém vzácnosti je základom vzniku, vývoja a použitia ekonomických pojmov a metód. Ekonómova zručnosť v používaní optimalizačných techník predpovedania a kritérií hodnotenia ekonomickej výkonnosti je užitočná a nevyhnutná, bez ohľadu na skutočnosť ako sú zdravotnícke služby v tom, ktorom štáte zabezpečované a organizované. Rozhodnutia, ktoré je potrebné urobiť sú analogické v ľubovoľnom systéme zdravotníctva bez ohľadu na to, či rozhodujú pacienti – klienti, alebo vláda.¹⁰

Prvými štúdiami o skupine statkov, ktoré v súčasnosti ekonómovia označujú ako verejné statky¹¹ sú práce Davida Huma, ktorý zdôvodnil existenciu vlády v spoločnosti zloženej zo slobodných jednotlivcov.¹²

V posledných desaťročiach sformalizovali ekonómovia Humovu analýzu tým, že jasne oddelili koncepciu súkromných a verejných statkov. Základnou charakteristikou súkromných statkov je, že možno vylúčiť jednotlivcov z užívania prínosov, ktoré poskytujú. Spotreba súkromného statku jedným jednotlivcom znamená, že ten istý statok nemôže spotrebovať iný jednotliviec..¹³

Ak by sme sa túto teóriu pokúsili aplikovať na zdravie a zdravotnú starostlivosť, mohli by sme dostať nasledovné:

Ak jednotlivец nezaplatí poskytovateľovi za zdravotnú starostlivosť, tento mu ju neposkytne, neošetrí ho. Jednotlivec teda „nespotrebuje“ zdravotnú starostlivosť a nebude

¹⁰ Murgaš, M.: *Ekonómia zdravotníckych služieb*. UMB Banská Bystrica, 2004, str 5

¹¹ Pojmy kolektívne statky a verejné statky sa používajú ako synonymá. Pojem verejný statok neobsahuje morálny alebo hodnotový úsudok o statku. Je to pojem, ktorý sa používa na odlíšenie určitej triedy statkov od iných statkov. Ako vždy môže byť verejné dobro pre jedného verejným zlom pre iného

¹² Hume D.: *A Treatise of Human Nature*, ed. L.A.Selby-Bigge, Clarendon Press, Oxford 1960 „Dvaja susedia sa môžu dohodnúť na tom, že vysušia lúku, pretože je pre nich ľahké spoznať názor toho druhého a každý z nich si uvedomuje, že okamžitým dôsledkom neúčasti jedného z nich je upustenie od celého projektu. Je však veľmi ťažké a v podstate nemožné, aby sa tisíc osôb dohodlo na akejkoľvek z takýchto činností. Je pre nich ťažké vytvoriť takýto komplikovaný plán a ešte ťažšie zabezpečiť jeho uskutočnenie, pretože každý sa snaží zbaviť starostí a výdavkov a bol by schopný preložiť všetkú záťaž na plecia iných...”

¹³ Stiglitz, J.F.: *Ekonomie veřejného sektoru*. Grada Publishing, Praha 1997

zdravý. Ak si za zdravotnú starostlivosť zaplatí, bude ju spotrebúvať a to mu prinesie úžitok (lepšie zdravie, „menej choroby“)

Poskytovateľ teda môže jednotlivca zo spotreby zdravotnej starostlivosti vylúčiť.

Na základe tejto skutočnosti môžeme zdravie/zdravotnú starostlivosť pokladať za súkromný statok.

Čisté verejné statky sú typické tým, že spĺňajú dve základné kritériá viažuce sa na verejné statky a to je¹⁴:

- Nerivalita v spotrebe – čo znamená, že verejný statok môže spotrebúvať nelimitované množstvo subjektov, pričom dodatoční užívatelia neznižujú prospech doterajších užívateľov
- Nevylúčiteľnosť – čo znamená, že nikoho z užívania verejných statkov nie je možné vylúčiť, resp. vylúčenie by bolo ekonomicky neúnosné. Vylúčenie neprichádza do úvahy ani v prípade, ak užívateľ verejných statkov nie je ochotný spolupodieľať sa na ich financovaní.

Niekedy sa uvádza i ďalšie kritérium:

Nedeliteľnosť prínosu čistých verejných statkov. K čistým verejným statkom môžeme priradiť základný výskum, národnú obranu, národné parky.

Na rozdiel od čistých verejných statkov, súkromné statky sú rivalitné a vylúčiteľné.

Súkromný trh však nedokáže poskytovať verejné statky, pretože nie je možné vylúčiť jednotlivcov z ich spotreby.

Zoberme si zdravotníctvo ako sektor, ktorý má na starosti poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Zástanca silného verejného zdravotníctva má úžitok z toho, že sa zdravotníctvo rozvíja, zlepšujú sa technológie, zavádzajú sa nové poznatky do praxe, používajú sa nové a efektívnejšie liečebné metódy...

Práve z využívania týchto výhod zdravotníctva nemožno žiadneho jednotlivca vylúčiť.

¹⁴ Rozborilová, D.: Teória spotreby, úspor, investícií a vládnych výdavkov. ZSŠ polygrafická Bratislava 2005, str. 179

Príkladom na verejné zlo je z pohľadu zdravotníctva napr. šírenie infekčných ochorení. Toto je hrozbou pre všetkých občanov a preto je vo verejnom záujme liečenie. (Ďalším príkladom môže byť vysoká chorobnosť/zlý zdravotný stav obyvateľstva a jej vplyv na výkonnosť/produkciiu ekonomiky)

Z tohto pohľadu môžeme zdravotnú starostlivosť a jej poskytovanie pokladať za verejný statok.

V ekonómii sa statky často klasifikujú podľa subjektu, ktorý ich poskytuje. Statky poskytované súkromnými firmami a predávané prostredníctvom trhového mechanizmu sa priradujú k súkromným statkom. To však nie je správny spôsob klasifikácie súkromných a verejných statkov. Statok sa nestane verejným statkom len preto, že ho poskytuje vláda¹⁵.

Vráťme sa napr. k spomínaným infekčným chorobám.

Existuje systém zdravotnej starostlivosti. Táto zdravotná starostlivosť je prístupná tým, ktorí si za jej poskytnutie zaplatia (napr. preventívne očkovanie, pravidelné špecializované prehliadky, skorá diagnostika, kvalitné liečenie...) Ich úžitkom je, že im nehrozí riziko ochorenia na túto chorobu, prípadne táto je rýchlo zachytená a vyliečená. Z tejto „spotreby“ je ľahké vylúčiť tých, ktorí si nezaplatia.

Niektoré verejné statky nespĺňajú úplné kritéria nerivality a nevylúčiteľnosti. Môžu existovať¹⁶:

- nasýtitel'né (congestible) verejné statky, ktoré sú nerivalitné v spotrebe iba po určitú hranicu (verejné komunikácie)
- vylúčiteľné (excludable) verejné statky sú tie, kde možno niektorých užívateľov vylúčiť z ich užívania, pričom transakčné náklady vylúčenia sú nízke (káblková televízia)
- Spoločné zdroje – nie sú vylúčiteľné, sú však v určitej situácii rivalitné. Nerivalitné sú v tom prípade, ak ich využívanie nespôsobuje žiadne problémy. Ak sa však neobmedzene využívajú v dlhšom období, dochádza v dôsledku nadmerného užívania k ich znehodnoteniu (životné prostredie)

¹⁵ Stiglitz, J.F.: Ekonomie veřejného sektoru. Grada Publishing, Praha 1997

¹⁶ Rozborilová, D.: Teória spotreby, úspor, investícií a vládnych výdavkov. ZSŠ polygrafická Bratislava 2005, str 182

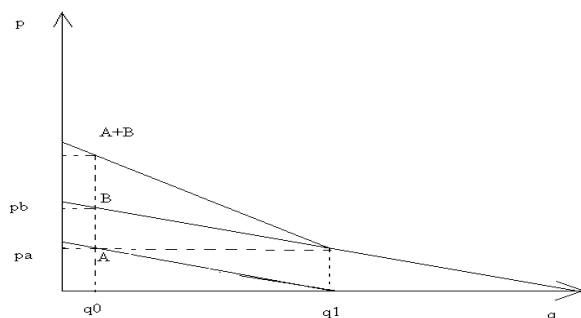
- Všeobecne prospešné statky (merit goods) sa vzťahujú na uspokojovanie tých potrieb, ktoré sa stali súčasťou hodnotového systému spoločnosti. Umožňujú zabezpečiť isté sociálne hodnoty, ktoré by inak nebolo možné v trhových podmienkach zabezpečiť. Sú súkromné pre tých, pre ktorých sú predmetom spotreby a verejné pre tých, ktorí ich financujú. K verejnoprospešným statkom patrí napr. povinné očkovanie.... Všeobecne prospešné statky sú statky, o ktorých výrobe rozhoduje vláda, pri čom sa vyrába viac, než by sa vyrábalo na základe rozhodnutí jednotlivcov
- Všeobecne škodlivé (merit bads) sú statky, pri ktorých vláda obmedzuje ponuku napriek záujmu jednotlivcov, napr. zbrane...

Nami rozoberané zdravie, zdravotná starostlivosť a zdravotníctvo sú ideálnym príkladom meritných statkov.

Dopytové krivky pre čisté verejné statky a súkromné statky sú podobné v tom zmysle, že obe sú klesajúce. Zvláštnosťou verejných statkov však je, že danú jednotku verejného statku môže spotrebúvať každý ekonomický subjekt, a preto je dopyt reprezentovaný sumou cien, ktoré by bol každý tento subjekt ochotný zaplatiť. Dopytová krivka po verejných statkoch je teda vertikálnou sumou kriviek dopytu individuálnych spotrebiteľov. Optimálne množstvo verejného statku je to množstvo, pri ktorom hraničné náklady poslednej jednotky sa práve rovnajú sume cien všetkých spotrebiteľov, ktoré by boli ochotní zaplatiť za túto jednotku verejného statku. Preto sa táto krivka nazýva aj krivkou ochoty platiť¹⁷. Túto situáciu zobrazuje nasledovný obrázok:

¹⁷ Rozborilová, D.: Teória spotreby, úspor, investícií a vládnych výdavkov. ZSŠ polygrafická Bratislava 2005, str. 180

Obrázok 1: Krivka ochoty platiť



Zdroj: Rozborilová, D.: Teória spotreby, úspor, investícií a vládnych výdavkov. ZŠ polygrafická Bratislava 2005

Ekonomická teória zdravotníckych služieb pozná rôzne prístupy k racionalizácii nákladov na zdravotnícke služby. Zdravotníctvo je však z politického hľadiska veľmi senzitívnym odvetvím národného hospodárstva. Preto v reálnom živote môžeme pomerne často pozorovať odklon opatrení verejnej politiky zameranej na zdravotníctvo od teoreticky racionálnych riešení.¹⁸

Názory na ponímanie zdravotnej starostlivosti ako verejnoprospešného statku sa rozchádzajú. Na jednej strane existuje názor založený na humanizme a lekárskej etike, podľa ktorého dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre jednotlivcov by nemala závisieť od výšky ich príjmu. Nakoľko ide o hodnotu akou je ľudský život, v prístupe k službám zdravotnej starostlivosti by si mali byť všetci rovní. Tento názor je známy ako špecifický egalitarizmus.¹⁹ Na druhej strane je neprehliadnuteľné, že s poskytovaním zdravotnej starostlivosti sú spojené vysoké náklady na výskum a vývoj, nové technológie, kvalifikáciu lekárov, na prevádzku zdravotníckych zariadení a pod.

Všeobecne platí, že sú tri základné rozhodnutia, ktoré určujú, ako bude konkrétny produkčný systém fungovať. Aj pre zdravotníctvo ako pre systém produkujúci zdravotnícke služby platia tieto rozhodnutia²⁰:

Prvé rozhodnutie – určenie objemu a štruktúry zdrojov, ktoré sa spotrebujú na zdravotnícke služby

¹⁸ Murgaš, M.: Ekonomika zdravotníckych služieb. UMB Banská Bystrica, 2004, str 11

¹⁹ Stiglitz, J.F.: Ekonomie veřejného sektoru. Grada Publishing, Praha 1997

²⁰ Murgaš, M.: Ekonomika zdravotníckych služieb. UMB Banská Bystrica, 2004, str 5

Druhé rozhodnutie – výber najlepších spôsobov produkcie zdravotníckych služieb (napr. zdravotnícke služby poskytované na základe daňovej ceny, alebo poskytovanie zdravotníckych služieb za úhradu). Dokonca aj v konkrétnom produkčnom systéme sa musí zvažovať pomer objemu kapitálu a vybavenia k objemu a typu práce potrebnej na produkciu danej služby.

Tretie rozhodnutie – výber spôsobov rozdelenia zdravotníckych služieb medzi populáciu

Zatiaľ, čo prvé dve rozhodnutia sa zaoberajú problémom ekonomickej účinnosti, tretie rozhodnutie súvisí so spravodlivosťou a rovnosťou pri poskytovaní zdravotníckych služieb.

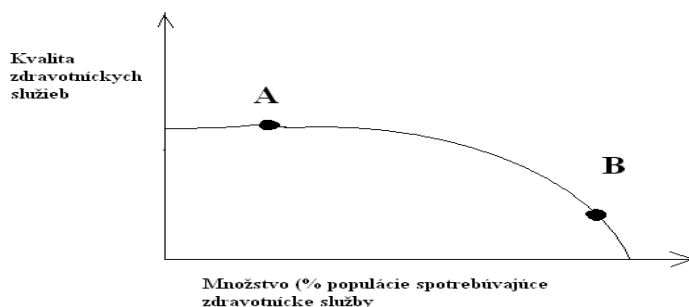
Žiadna krajina na svete nemá model, o ktorom by sa dalo povedať, že je zo všetkých hľadísk optimálny. Na objektívne posúdenie treba zohľadniť faktory, ako je výkonnosť ekonomiky, rozsah a kvalita zdravotníckych služieb, stupeň efektívneho využívania zdrojov a pod. Preto neexistuje žiadny vzorový systém, ktorý by štátom garantoval ideálne fungovanie zdravotného sektora.

Jedným z neustále sa opakujúcich rozhodnutí, ktoré sa v zdravotníctve prijíma, je rozhodovanie o množstve a kvalite poskytovaných zdravotníckych služieb. Nasledujúci príklad kompromisu medzi kvalitou a kvantitou znázorňuje typy rozhodnutí, ktoré treba urobiť so zreteľom na špecifiká zdravotníckych služieb.

Tento kompromis medzi kvalitou a kvantitou je znázornený na nasledujúcom grafe. Bod A reprezentuje kombináciu pri ktorej je relatívne vysoká kvalita ale jej spotrebiteľom je malý zlomok populácie. Bod B znázorňuje odlišnú kombináciu: veľké percento populácie dostáva nejaké zdravotnícke služby, ale kvalita týchto služieb je relatívne nízka. Krivka kompromisu množstva a štruktúry v tomto grafe je prekladaná ako krivka produkčných možností.²¹

²¹ Murgaš, M.: Ekonomia zdravotníckych služieb. UMB Banská Bystrica, 2004, str 22

Obrázok 2 : Krivka produkčných možností



Zdroj: Murgaš, M.: Ekonomia zdravotníckych služieb. UMB Banská Bystrica, 2004

Body A, B predstavujú rôzne kombinácie množstva populácie a kvality zdravotníckych služieb

K najzávažnejším problémom pri poskytovaní verejných statkov patrí problém zneužívania verejných statkov a služieb, ako aj problém rovnakej kvality pre každého. Ich riešenie zrejme vyžaduje sústrediť sa na kontrolu spotreby verejne poskytovaných statkov resp. hľadať nástroje, ktoré budú užívateľov stimulovať k ich hospodárnemu využívaniu (napr. spotreba liekov). Možno uplatniť normatívy spotreby, garantované a financované verejným sektorom, v niektorých prípadoch určiť mieru účasti verejného sektora ako aj účasti občana.²²

Trh zdravotníckych služieb nedisponuje množstvom od seba nezávislých poskytovateľov zdravotníckych služieb a vstup na tento trh je relatívne obmedzený. Vzhľadom na to, že v konkurenčnej ekonomike nie je možné jednoznačne konštatovať, či je výhodnejšia súkromná, alebo štátna produkcia v zdravotníctve, všeobecne sa zdravotnícke služby poskytujú pluralitne. Faktom ale zostáva, že vo vyspelých ekonomikách rozhodujúci objem zdravotníckych služieb poskytujú zdravotnícke zariadenia, ktoré sú súčasťou verejnej ekonomiky a neprodukurujú, resp. nemaximalizujú zisk.

Zdravotnícke služby nemajú homogénny charakter. Každý zdravotnícky výkon sa považuje za jedinečný, to znamená, že aj ďalšia podmienka existencie mechanizmu dokonalej konkurencie je porušená.

²² Rozborilová, D.: Teória spotreby, úspor, investícií a vládnych výdavkov. ZSŠ polygrafická Bratislava 2005, str 182

Pri produkcii zdravotníckych služieb nie je splnený ani predpoklad suverenity spotrebiteľa, pretože pacient vo väčšine prípadov prenáša zodpovednosť za rozhodovanie na zdravotníckych pracovníkov. Priame platby za poskytnuté zdravotnícke služby tiež nie sú pravidlom. Aj v komerčne orientovaných zdravotníckych systémoch je podiel priamych platieb nižší ako 30%. Prijemca zdravotnej starostlivosti je vo väčšine prípadov zastúpený treťou stranou, ktorou je zdravotná poisťovňa.

Keďže nie sú dodržané predpoklady fungovania mechanizmu dokonalej konkurencie, trh zdravotníckych služieb zlyháva. Zlyhanie trhu zdravotníckych služieb vyvoláva potrebu špecifických prístupov k riešeniu otázok komplexného fungovania zdravotníctva.

Všeobecné zásady uplatňovania ekonomických hľadísk v poskytovaní zdravotných služieb sú formulované takto²³:

- požiadavky na zdravotnú starostlivosť sú teoreticky neobmedzené, ale zdroje (finančné) sú limitované,
- občanom by sa mal zabezpečiť určitý štandard zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na ich finančné možnosti,
- štát sa musí usilovať o to, aby boli uspokojované oprávnené záujmy všetkých účastníkov zdravotnej starostlivosti,
- obmedzenosť zdrojov musia pri svojom rozhodovaní rešpektovať všetci účastníci a poskytovatelia zdravotníckych služieb,
- výstupy zdravotníckych služieb sú v rozhodujúcej miere ovplyvnené kvalitou rozhodnutí lekárov a manažérov,
- opatrenia zamerané na reguláciu výdavkov na zdravotnú starostlivosť sú neetické, podobne ako je nehospodárne využívanie zdrojov,
- rovnosť v prístupe k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti je síce eticky žiaduca, ale znižovanie nerovnosti je spojené s rastom nákladov,
- tam, kde sa dosiahol určitý štandard v zabezpečení zdravotnej starostlivosti, platí zákon tzv. klesajúcej hraničnej užitočnosti, zvýšenie užitočnosti o malý prínos vyžaduje podstatné zvýšenie zdrojov,

²³ Zdravotnícke noviny 15. 5. 2000

- meranie výstupov a výsledkov zdravotníckych služieb je zložité a uspokojivo neriešené,
- princípom poskytovania zdravotnej starostlivosti by malo byť dodržiavanie zásady jednoty medicínskej, organizačnej a ekonomickej racionality.

Zdravotné služby majú: nemateriálny charakter, nemožno ich produkovať na sklad ani si ich obstaráť vopred, existuje heterogenita zdravotníckych výkonov, problémom je konštrukcia ukazovateľov kvality, existuje miestne a časové spojenie produkcie a spotreby služieb, pri tvorbe zdravotníckej siete sa uplatňuje územný princíp.

Zdravotné služby vystupujú z hľadiska ekonómie ako zmiešané kolektívne statky a nemožno na ne uplatniť v plnej miere trhovú mechanizmus. Štátne zásahy sú potrebné najmä preto, že pôsobí nekonkurenčnosť trhu zdravotníckych služieb, zlyháva informovanosť na trhu týchto služieb, pôsobí faktor neistoty, externé efekty, ako aj faktor rovnosti a spravodlivosti a sú tu statky pod ochranou. Produkcia zdravotných služieb má služobný charakter.

Je otázkou zvolenej filozofie, aká bude úloha štátu, to znamená miera jeho spoluúčasti na financovaní zdravotnej starostlivosti

1.3 Úloha štátu v zdravotnej starostlivosti

Štát utvára podmienky na to, aby sa zdravotná starostlivosť poskytovala na odbornej úrovni, plynule, sústavne a aby bola dostupná.

Spoločenská stránka starostlivosti o zdravie, a tým aj spoločenské vzťahy v tejto sfére činnosti sú také staré ako človek. Prehlbovanie spoločenskej del'by práce vyčlenilo zdravotnú starostlivosť spomedzi ľudskej činnosti a stvárnilo ju do jednej sféry, ktorá sa zameriava na starostlivosť o zdravie človeka. V sústave spoločenských vzťahov zdravotníctva určujúce miesto zaujímajú ekonomické vzťahy sféry zdravotníctva, ktoré môžeme zjednodušene nazvať ekonómiou.

Zdravotníctvo definujeme ako súbor inštitúcií, zariadení, ich materiálno-technické vybavenie, pracovníkov a ich činnosti, ktoré vychádzajú z najnovších poznatkov lekárskej vedy a humánnych princípov medicíny, so zameraním na rozvoj a ochranu individuálneho a kolektívneho zdravia a liečbu chorôb s cieľom zabezpečiť

priaznivý biologický a sociálno-ekonomický vývoj obyvateľstva a spoločnosti.²⁴ Neoddeliteľnou súčasťou zdravotníctva je systém jeho organizácie a riadenia.

Hlavnou úlohou zdravotníctva je organizovať a spravovať poskytovanie zdravotníckych služieb. Pojem zdravotníckych služieb je najužší zo sledovaných základných pojmov. Zdravotnícke služby vystupujú ako jeden z podsystémov v zdravotníctve. Majú charakter nemateriálnych činností a v ekonomike vystupujú vo forme služieb so všetkými súvislosťami, ktoré z tejto skutočnosti vyplývajú.

Služby možno v najvšeobecnejšej rovine charakterizovať ako súbor ľudských činností, ktorých úžitkový efekt spočíva v samotnej práci a je nehmotný. Skutočnosť, že zdravotnícke služby majú ekonomický charakter zahŕňa najmä nasledovné súvislosti²⁵:

- obmedzenú možnosť kvantifikácie výkonov (predovšetkým prostredníctvom ukazovateľov hodnotového charakteru)
- obmedzenú možnosť konštrukcie združených (agregovaných) ukazovateľov efektívnosti
- problémy pri kvantifikácii aj na úrovni parciálnych ukazovateľov súvisiacich s hodnotením efektívnosti
- obmedzenú možnosť kvantifikácie a hodnotenia kvality, dostupnosti a primeranosti pri poskytovaní zdravotníckych služieb.

Z odborného hľadiska zdravotnícke služby predstavujú činnosti slúžiace preventívnej a liečebnej starostlivosti o zdravé životné a pracovné prostredie a zdravotnej výchove občanov. Vyjadrujú tie inštitúcie a funkcie, ktoré sú určené²⁶:

- na medicínsku starostlivosť o organizmus človeka (liečebno – preventívna starostlivosť)
- na lekársku kontrolu zdravotnej neškodnosti prostredia (hygienická a protiepidemiologická služba)

na ovplyvňovanie zdravotného uvedomenia občanov (zdravotná výchova a zdravotnícka osveta)

²⁴ Nemec, J.: Zdravotnícka reforma na Slovensku – analýza vývoja situácie na MZ SR do schválenia šiestich reformných zákonov v Národnej rade SR, Inštitút pre verejnú mienku, Bratislava, 2005

²⁵ Kuvíková, H., Murgaš, M., Nemec, J.: Ekonomía zdravotníctva. Banská Bystrica, PHOENIX 1995. str.22

²⁶ Murgaš, M.: Ekonomía zdravotníctva (vybrané problémy). UMB Banská Bystrica, 2004, str 16

Ekonomika zdravotníctva je jednou zo súčasti ekonomickej vedy, ktorá skúma, ako optimálne alokovať ľudské, materiálne a finančné zdroje, tak aby dochádzalo k integrácii medicínskej, organizačnej a ekonomickej.

Zdravotná politika predstavuje súhrn politických aktivít, ktoré majú vplyv na zdravie kvalitu života ľudí a spoločenských skupín²⁷. Obsahuje smery činností, ktoré pôsobia na rad inštitúcií, služieb a podporných zariadení a na spôsoby úhrady systému zdravotnej starostlivosti. Zdravotná politika je zameraná na osobné, environmentálne a socioekonomické pôsobenie na zdravie a na zložité a členené poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

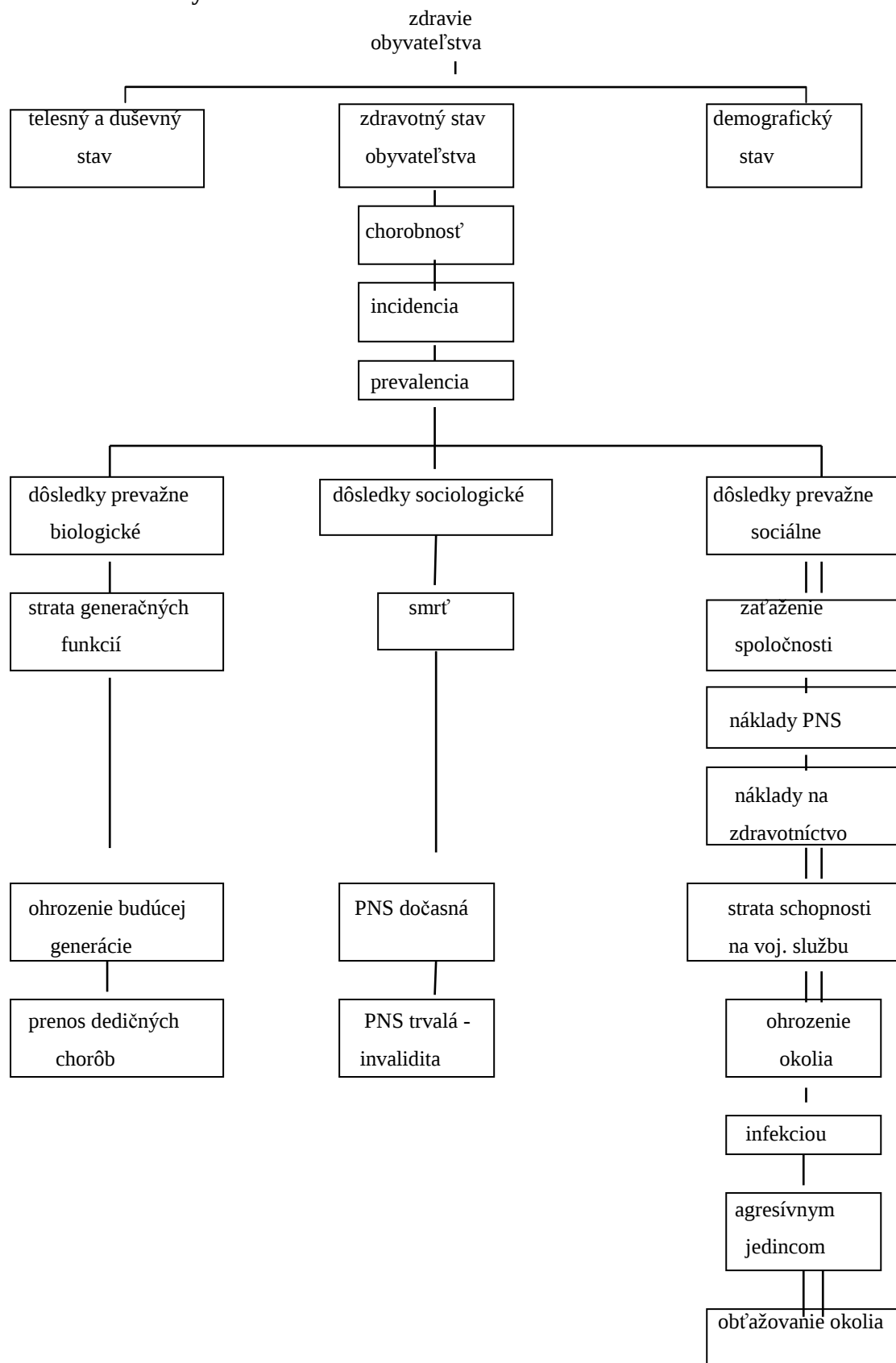
Zdravotná politika by mala byť zameraná na dosiahnutie troch základných cieľov: zlepšovanie zdravotného stavu populácie, zvyšovanie akcieschopnosti zdravotného systému zodpovedajúcemu potrebám obyvateľov a zabezpečenie finančnej ochrany jednotlivcov pred tzv. katastrofickými nákladmi na zdravotnú starostlivosť.²⁸

Účinnosť zdravotného systému je funkciou alokatívnej a technickej efektívnosti využívania disponibilných zdrojov. V neefektívnom systéme, teda aj pri zvyšovaní objemu zdrojov na zdravotníctvo, môže zdravotný stav populácie a kvalita služieb stagnovať, alebo klesať (*čierna diera* - Vo svete sa pojem „čierna diera“ používa v tých prípadoch, keď navyšovanie zdrojov už nevedie k očakávanej zmene cieľového parametra, napríklad predlžovanie stredného veku. V efektívnych systémoch však navyšovanie zdrojov môže zlepšovať komfort alebo bezpečnosť výkonov, napríklad stomatologické výkony v lokálnej anestéze sú iste komfortnejšie ako bez anestézy.).

²⁷ Gladkij, I. a kol.: Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003

²⁸ Murray, Ch. J. L. , Frenk, J. : A framework for assesing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization. 2000

Schéma 1 Zdravie obyvateľstva



Zdroj: Stanek, V. a kol.: Sociálna politika, Bratislava, Sprint dva 2008

1.4 Faktory vplývajúce na zdravotný stav populácie

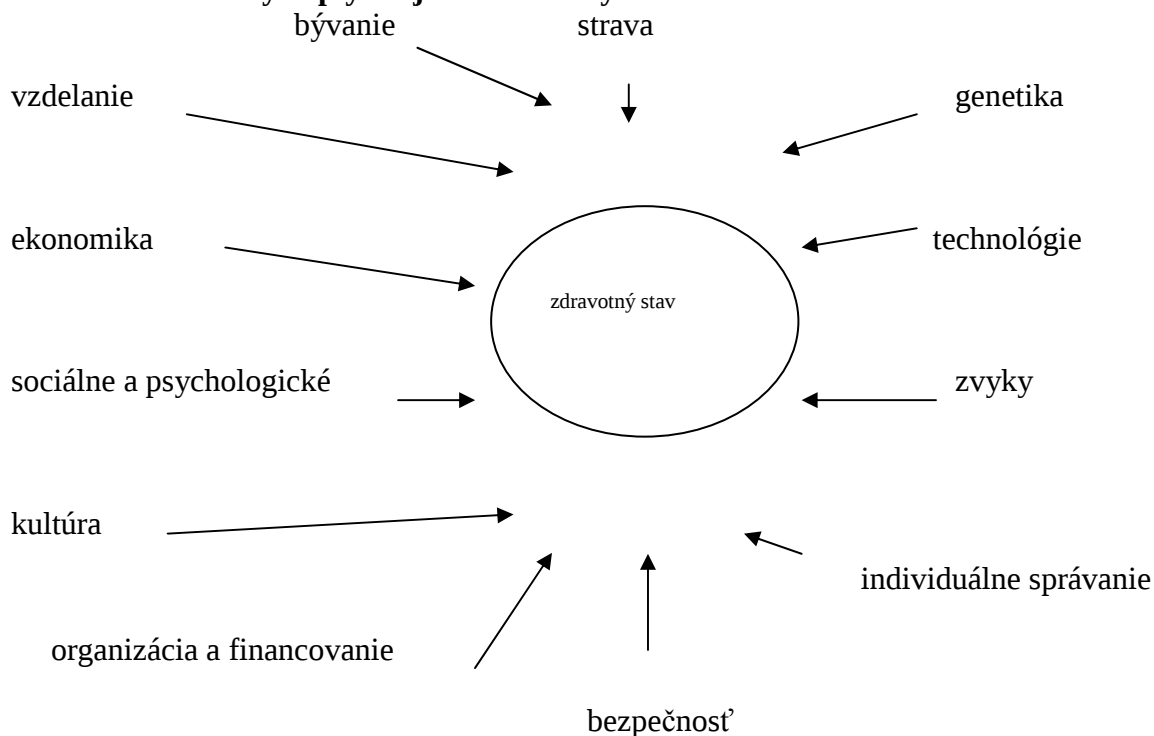
Medzi zdravotným stavom populácie a výškou disponibilných zdrojov neexistuje priamy vzťah. Vzhľadom k tomu, že zdravotnícky systém dokáže ovplyvniť len 17 až 25% zdravotného stavu populácie, krajiny s vysokými výdavkami nemusia byť automaticky aj najzdravšie.²⁹ Zdravie je dominantne závislé od genetických predispozícií, životného štýlu, demografického vývoja, sociálno-ekonomickej situácie, životného prostredia, telesného pohybu a stravovacích návykov.

Je známe, že zdravie neprestajne ovplyvňuje sústava životných a pracovných podmienok, ale aj minulé deje a situácie. Zložkami tejto sústavy podmienok, ktoré určujú a formujú stav zdravia sú³⁰:

prvky prírodného prostredia

prvky sociálneho prostredia

Schéma 2 : Faktory ovplyvňujúce zdravotný stav človeka



Zdroj: Národná správa o ľudskom rozvoji v SR, 2001.

²⁹ World health report 2001

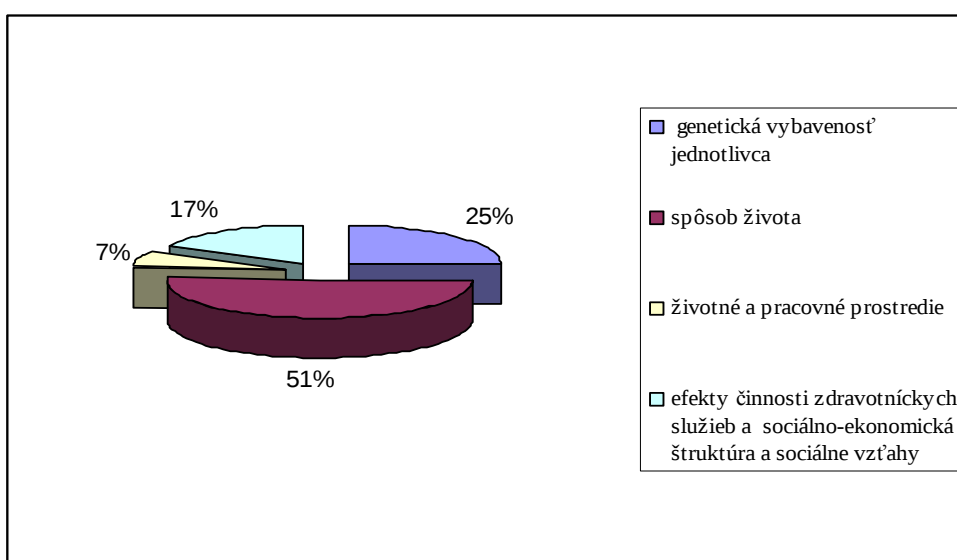
³⁰ Murgaš, M.: Ekonomia zdravotníctva (vybrané problémy). UMB Banská Bystrica, 2004, str 15

Zo všetkých faktorov sa dá vyčleniť nasledujúcich päť oblastí³¹:

1. genetická vybavenosť jednotlivca
2. spôsob života
3. životné a pracovné prostredie
4. efekty činnosti zdravotníckych služieb,
5. sociálno-ekonomická štruktúra a sociálne vzťahy

Ich percentuálne rozdelenie ukazuje nasledujúci graf:

Graf 1: Faktory vplývajúce na zdravie populácie



Zdroj: vlastné spracovanie

Genetická vybavenosť – je daná a nemôžeme ju meniť. Jej podiel na zdraví človeka je ¼. Určité genetické poruchy, ochorenia sa dajú korigovať medicínskou vedou.

Spôsob života - životný štýl³²

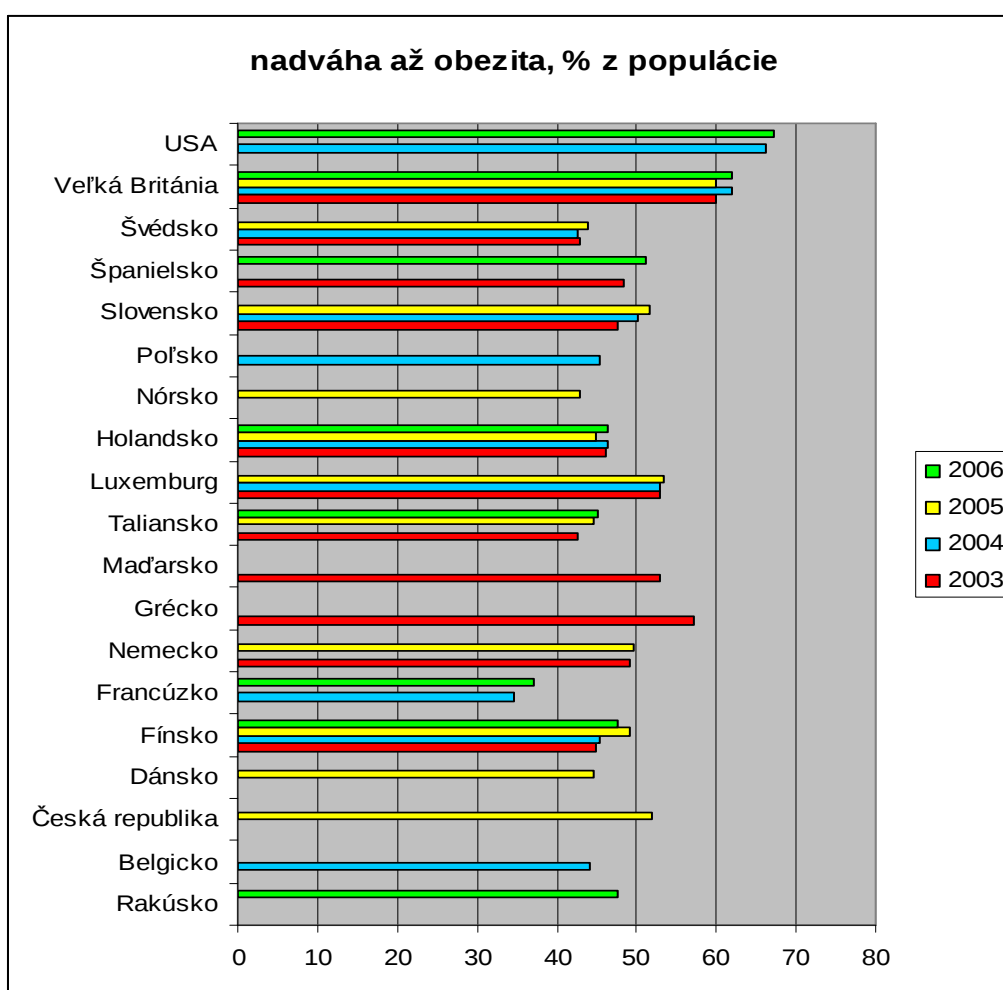
Spôsob života je správanie človeka, ktorého základom je vzájomné pôsobenie životných podmienok, sociálno-ekonomických faktorov a osobných vlastností. Spôsob života významne ovplyvňuje výživa, spoločenská komunikácia, zvládnutie psychosociálnych záťaží, činnosti vo voľnom čase, pohybová aktivita, požívanie alkoholických nápojov, užívanie liekov, omamných a psychotropných látok a fajčiarske návyky.

³¹ Stanek, V. a kol: Sociálna politika. Bratislava, Sprint dva, 2008, str. 316

³² Stanek, V. a kol: Sociálna politika. Sprint, Bratislava 2006

Skúsenosti i štatistické údaje ukazujú, že v našom spôsobe života sú disproporcie vo vzťahu k všeobecne platným normám zdraviu prospešných životných aktivít. V tejto súvislosti máme na mysli predovšetkým rodinný život, pohybový režim, výživu (obezita), stresovú záťaž, alkoholizmus, nikotinizmus a iné toxikománie, prežívanie voľného času. Existenciu a porovnanie týchto negatívnych javov uvádzajú grafy 2 - 4

Graf 2: % obeznej populácie



Zdroj: OECD health data, 2008

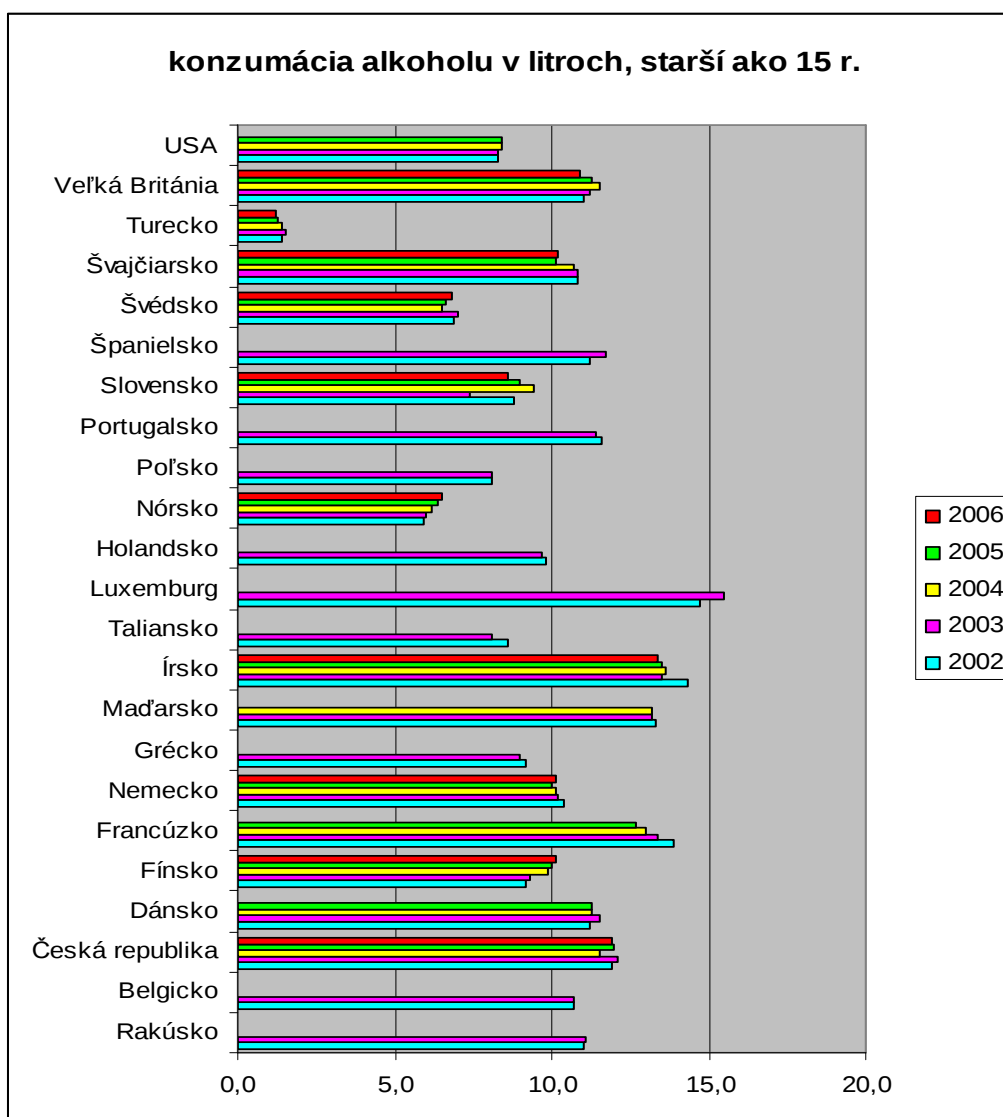
V oblasti rodinného života vývojové trendy vykazujú viacero zdravotne rizikových črt, kroté sa prejavujú v znížení sobášnosti, nraсте počtu tehotnosti osamelých žien, raste počtu jednočlenných domácností, konfliktmi ekonomickej a výchovnej funkcie dvojgeneračných rodín v jednom byte, atď. Veľmi často sa u nás vyskytujú stresové záťaže. Zdravote patologické sú situácie zvýšeneho výskytu distresov, t.j. situácii, sk ktorými sa jedinec nemôže sám adekvátne vyrovnat'. Radíme sa k populácii, ktorá

nesprávne prežíva voľný čas. Celá táto situácia vrátane rastu nezamestnanosti prináša v SR viaceré problémy, ktoré sme predtým v takomto rozsahu nepoznali.³³

Životné a pracovné prostredie

Pod životnými podmienkami rozumieme fyzikálne, chemické a biologické faktory životného prostredia vo vzťahu k zdraviu ľudí, podmienky bývania, odpočinku, telesnej kultúry, rekreácie, kultúry a iných záujmových činností, dopravy, poskytovania zdravotnej starostlivosti a poskytovania ďalších služieb, výživy a spôsobu stravovania, stavu a spôsobu používania predmetov bežného používania, podmienky na zdravý vývoj, výchovu, psychický a fyzický rozvoj detí a mládeže, ako aj každého jedinca.

Graf 3: Konzumácia alkoholu

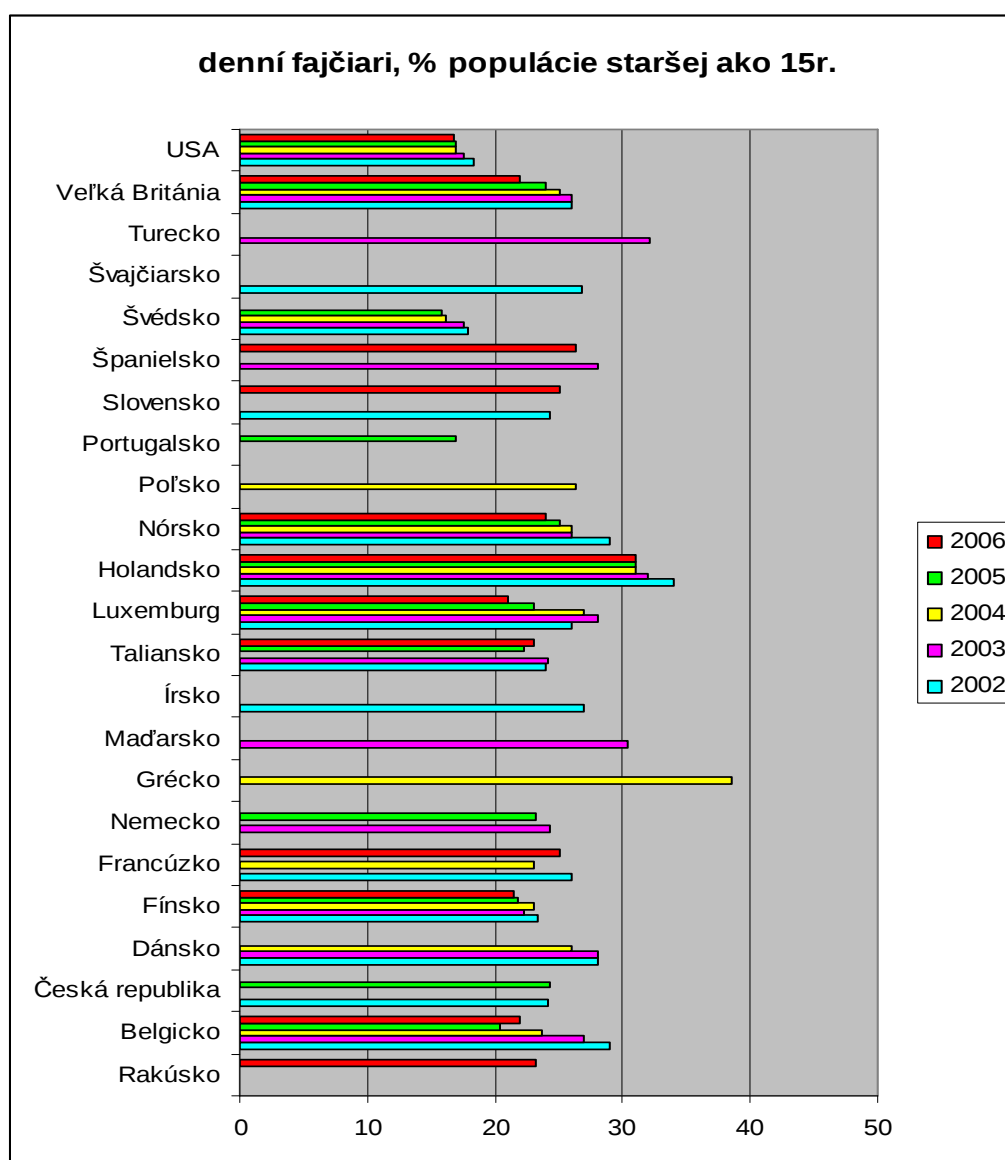


Zdroj OECD health data 2008

³³ Stanek, V. a kol.: Sociálna politika. Sprint dva, Bratislava 2008

Zdravé životné a pracovné podmienky sú také, ktoré nepôsobia negatívne na zdravie ľudí, ale ho chránia a kladne ovplyvňujú. Zdraviu škodlivé faktory životného prostredia sú fyzikálne, chemické a biologické, ktoré podľa súčasných poznatkov vedy spôsobujú alebo môžu spôsobiť poruchy zdravia, a ľudský organizmus zaťažujúce faktory vyplývajúce zo životných podmienok a pracovných podmienok, ktoré ovplyvňujú fyziologické a psychické funkcie ľudí.

Graf 4: Denní fajčiari



Zdroj: OECD health data 2008

Pod pracovnými podmienkami pre naše potreby budeme chápať fyzikálne, chemické, biologické, fyziologické, psychologické a sociologické faktory pôsobiace na

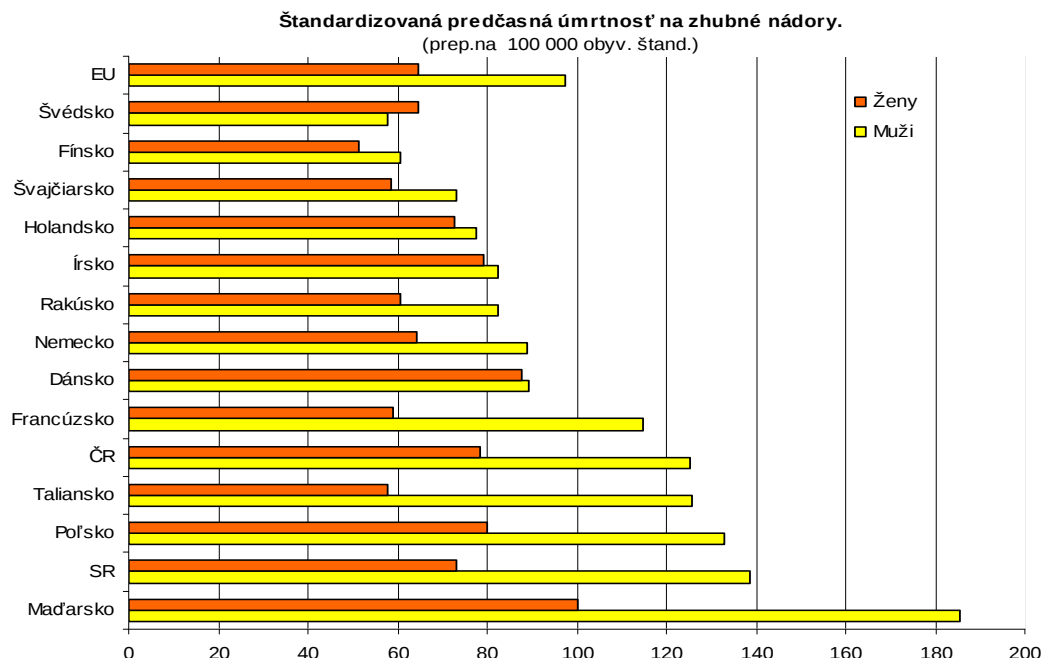
zdravie a pracovnú výkonnosť človeka v pracovnom procese, ktoré sú ovplyvňované režimom práce a odpočinkom a technickým stavom pracovného prostredia.

Zdravotnícke služby

Uplatňovaná prax poskytovania zdravotníckych služieb ukázala na niektoré praktické bariéry realizácie demokratického princípu rovnosti. Sú to najmä:

- neexistencia ucelenej sústavy monitorovania reálnych potrieb zdravotnej starostlivosti u obyvateľstva diferencovaných územných celkov,
- neexistencia efektívnych regulátorov ponuky a dopytu po zdravotníckych službách, čo viedlo k existencii predimenzovaných, niekde poddimenzovaných zdravotníckych zariadení,
- územné rozdiely vo vybavenosti jednotlivých zdravotníckych zariadení tak z hľadiska kapacity, techniky, ako aj počtu lekárov, zdravotníkov a profesionality ich výkonu,
- rozdiely v geografickej dostupnosti zdravotníckych zariadení z miesta bydliska či pracoviska občanov,
- rozdiely vo využívaní ponúkaných možností zdravotnej starostlivosti v závislosti od vzdelania a neformálnych kontaktov občanov na zdravotníkov,
- rozdiely dané záujmom štátu na prednostnej starostlivosti o výberové skupiny obyvateľstva (armáda, bezpečnosť, železnice, vybraná kategória pracovníkov).

Graf 5: Štandardizovaná predčasná úmrtnosť na zhubné nádory, rok 2006



Zdroj: OECD health data, jún 2008

Sociálno-ekonomická štruktúra a sociálne služby

Všetky predchádzajúce skutočnosti, tzn. spôsob života, životné prostredie, úroveň zdravotníckych služieb, sú do značnej miery dané v našich podmienkach typom zvolenej spoločenskej reprodukcie. V našich podmienkach ju možno charakterizovať³⁴:

- neodôvodnenou preferenciou surovínovo a energeticky náročných odvetví materiálnej výroby na úkor odvetví poskytujúcich služby človeku. Dôsledkom tejto skutočnosti je devastácia životného prostredia s negatívnym dosahom na zdravie. Existujú prehnané nároky na prácu v zdravotne nevyhovujúcich podmienkach;
- stagnácia ekonomickej efektívnosti reprodukčného procesu v dôsledku zaostávania výrobných vzťahov. Populácia je vystavená zvýšenej zdravotnej záťaži pri plnení základných životných úloh (v práci, rodinnom živote, v rozvoji seba samého)

³⁴ Stanek, V. a kol: Sociálna politika. Sprint, Bratislava 2006

vzhľadom na to, že na dosiahnutie rovnakého výsledku sa musí vynaložiť viac času, úsilia, prostriedkov, než je to v porovnateľných štátoch. Aj štát mohol u nás vyčleňovať menej prostriedkov na rozvoj zdravotníctva a zdravých podmienok života a práce;

- administratívno-direktívny systém riadenia v minulosti minimalizoval priestor na uplatnenie zdraviu prospešných aktivít jednotlivcov a inštitúcií. V spoločnosti sa sformovala hodnotová klíma preferujúca krátkodobé, zvlášť ekonomické zisky za cenu dlhodobého negatívneho ovplyvnenia potenciálu zdravia. Jednotlivci ani skupiny nemali dostatok príležitostí a stimulov na aktívne formovanie vlastného života. K patologickým reakciám na túto situáciu patrila rezignácia, pasivita a útek do súkromia, presadzovanie konzumného až hedonistického prístupu k životu.

Aj keď dnes sme v zdravotníctve pod tlakom nerovnosti rozsahu poskytovaných služieb a objemu finančných prostriedkov plynúcich do zdravotníctva, investície do zdravia sa v dlhodobejšom horizonte vrátia znížením zadlženosti systému zdravotnej starostlivosti. Najmä v štátoch EÚ existuje snaha k rýchlemu a podstatnému zlepšeniu kvality a finančnej efektivity súčasných systémov zdravotnej starostlivosti. Aplikujú sa pritom tieto zásady:

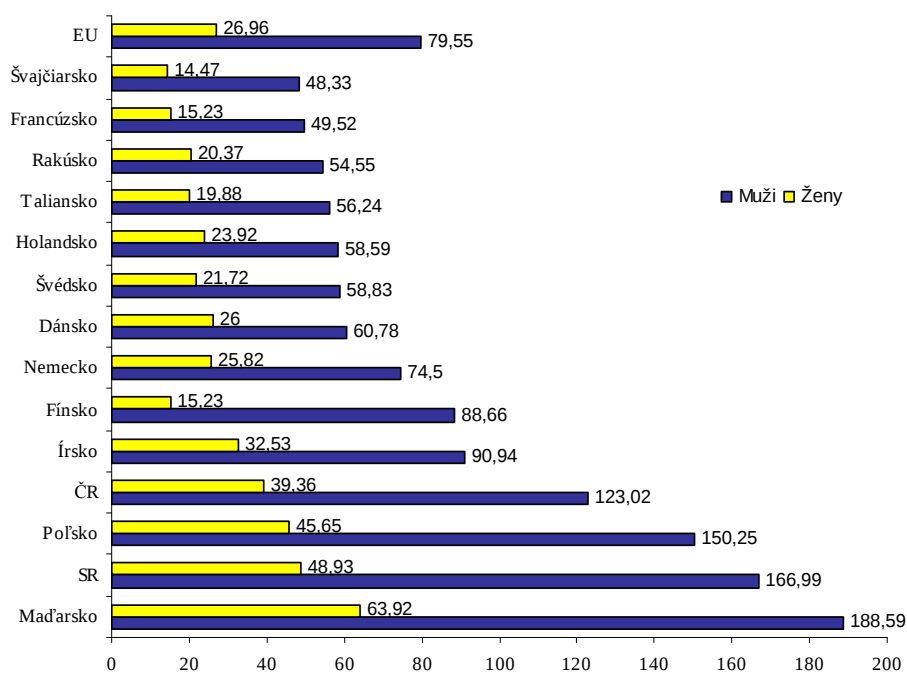
- orientácia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ich manažmentu na výsledok – výstup,
- rozvoj primárnej starostlivosti zameranej prioritne na človeka a nie na chorobu,
- flexibilnejší systém nemocníc,
- lepšia kvalita a efektivita zdravotnej starostlivosti.

V demokratickom pluralitnom prostredí je treba hľadať cesty, ako spojiť rôznych účastníkov trvale zlepšovať svoje zdravie. Cieľom je za účasti viacerých subjektov zdravotnej starostlivosti dosiahnuť rovnosť.

V súvislosti s prechodom spoločnosti na trhovú model sa vynárajú mnohé otázky ako - sú zdravotné služby rovnakým tovarom ako priemyselné výrobky, sú zdravotnícke služby tovarom v bežnom zmysle slova, vzťahujú sa na ne zákony trhu? V odpovediach sa odborníci zhruba delia na dve skupiny, a to 1. menej početná skupina, ktorej členovia tvrdia, že pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti možno uplatňovať princípy trhového

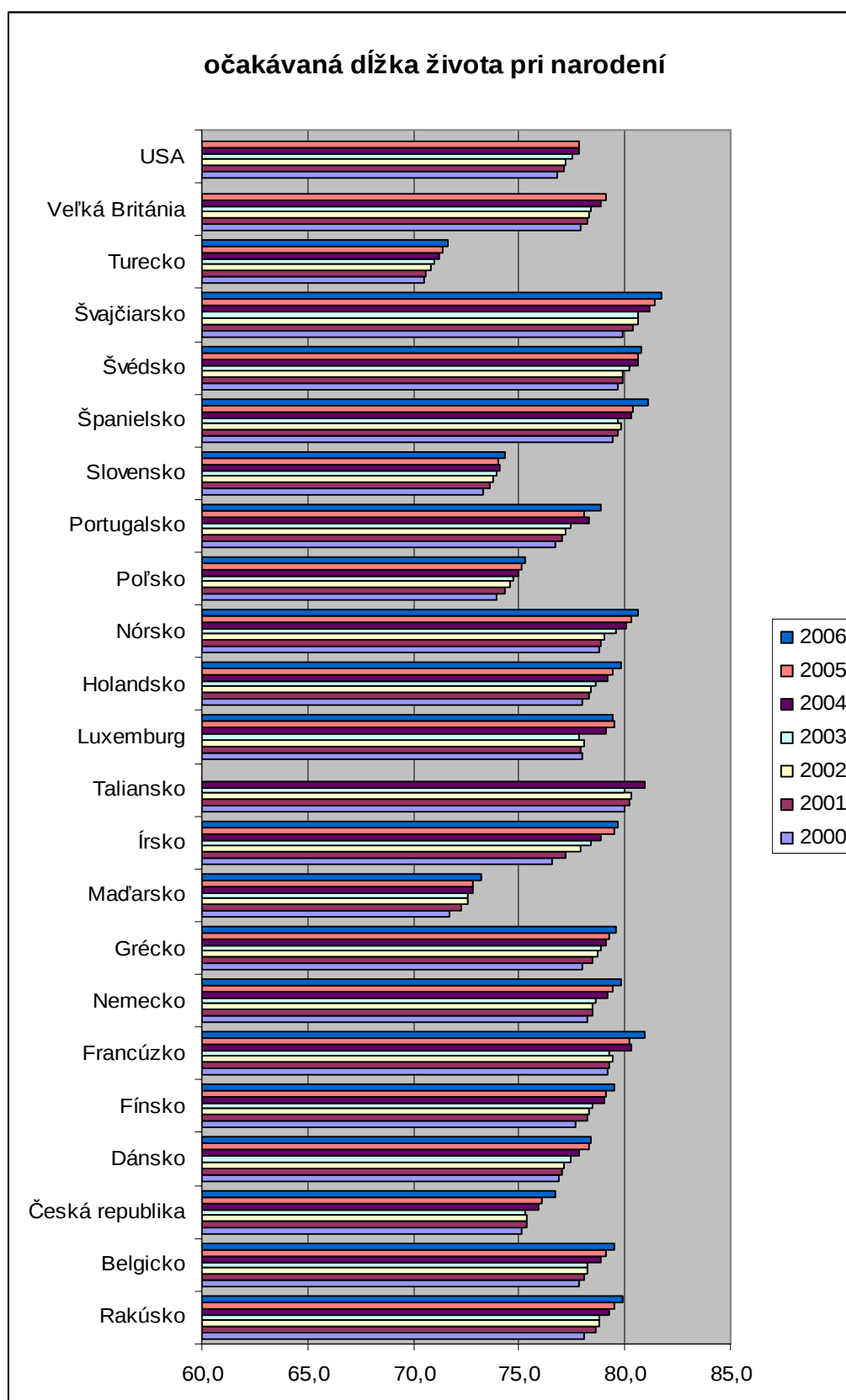
mechanizmu, 2. početnejšia skupina, ktorá zdôrazňuje špecifiká (rozdielnosti) zdravotníckych služieb v porovnaní s bežným tovarom.

Graf 6: Štandardizovaná predčasná úmrtnosť na choroby obehovej sústavy vo vybr. krajinách Európy. (prep. na 100 000 obyv. štand.)



Zdroj: OECD health data 2008 – údaje za rok 2006

Graf 7: Očakávaná dĺžka života pri narodení



Zdroj: OECD health data 2008

Skúsenosti naše i iných vyspelých štátov ukazujú, že je potrebné prejsť od biomedicínskej orientácie zdravotnej starostlivosti (spojenej s prílišnou špecializáciou a roztrieštenosťou zdravotných služieb) k sociomedicínskej starostlivosti. Ukazuje sa totiž, že existujúci problém (životné a pracovné prostredie, spôsob života, využívanie voľného času, uplatnený model spoločenskej reprodukcie) a ich vplyv na zdravie populácie majú sociomedicínsky charakter.

Riešeniu môže pomôcť celospoločenský systém zdravotnej starostlivosti založený predovšetkým na svetových skúsenostiach najmä Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO).

2. MEDZINÁRODNÁ SPOLUPRÁCA VO VEREJNOM ZDRAVÍ

Zjednocovací proces v Európe a globalizácia svetovej ekonomiky zasahujú aj do sociálnej oblasti a do poskytovania zdravotnej starostlivosti. Základné princípy a ciele pre zdravotníctvo a medzinárodnú spoluprácu v tejto oblasti sú obsiahnuté v dokumentoch medzinárodných inštitúcií.

Význam prvých zdravotníckych organizácií je hlavne v tom, že podporujú myšlienku medzinárodnej spolupráce na úseku boja s chorobami a podpory verejného zdravia.

2.1 Svetová zdravotnícka organizácia

Medzinárodná spolupráca v zdravotníctve začala prakticky skoro sto rokov pred vznikom Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO). Jej formou boli Medzinárodné zdravotnícke konferencie, na ktorých sa prejednávali najmä medzinárodné zdravotnícke konvencie.

Prvá takáto konferencia bola v Paríži od 23. 7. 1851 a trvala šesť mesiacov, počas ktorých sa konalo 48 plenárnych zasadaní. Zúčastnili sa jej zástupcovia 12 štátov, ktoré boli zastúpené diplomatom a lekárom. Na záver bola schválená Medzinárodná konvencia so 137 - článkovou prílohou o medzinárodných sanitárnych opatreniach. Nakoniec však od tejto konvencie niektoré štáty odstúpili a nestal sa z nej operatívny dokument.

Druhá medzinárodná konferencia v Paríži sa konala v roku 1859, tretia medzinárodná konferencia v Konstantinopole v roku 1866 . Štvrtá medzinárodná konferencia sa konala vo Viedni v roku 1874, piata v roku 1881 vo Washingtone.

Ďalšie konferencie boli **šiesta a siedma, v Ríme (1885) a v Benátkach (1892), ôsma až desiatu sa konali v Drážd'anoch (1893), Paríži (1894) a Benátkach (1897).**

Na **jedenástej konferencii v Paríži (1903)** bola sformulovaná medzinárodná zdravotnícka konvencia o cholere a more, prijatý návrh na vytvorenie medzinárodného zdravotníckeho úradu. 9. decembra 1907 delegáti deviatich európskych krajín, Brazílie, Egypta a USA na zasadnutí v Ríme rozhodli o vzniku stáleho **Medzinárodného zdravotníckeho úradu** (OIHP – Office International d'Hygiène Publique) so sídlom v Paríži.

Štatút určoval nezasahovanie úradu do vnútorných záležitostí členských štátov a nezávislosť na orgánoch štátu, v ktorom má svoje sídlo. Úrad mal priamo komunikovať s národnými zdravotníckymi orgánmi a organizáciami členských štátov a hlavnou úlohou bolo zabezpečiť informácie všeobecného zdravotníckeho záujmu a o prenosných chorobách, s návrhmi na opatrenia na ich likvidáciu. Agenda bola teda rozšírená na ďalšie úseky verejného zdravotníctva. Úrad riadila stála komisia, zložená z expertov, na čele s riaditeľom a generálnym sekretárom.

Vládam bolo odporučené, aby ústredné zdravotnícke orgány neponechávali miestnym zdravotníckym zariadeniam zodpovednosť za kontrolu pitnej vody (1913), bolo zavedené povinné hlásenie o výskyte tbc a úmrtnosti (1913), očkovanie proti týfusu (1914), povinné hlásenie o výskyte a kontrole lepry (1914).

Po prvej svetovej vojne vznikla Spoločnosť národov. V roku 1922 vznikla **zdravotnícka sekcia Spoločnosti národov**, ktorá mala prevziať úlohu OIHP, USA však vetovalo zlúčenie, a tak vedľa seba existovali dve medzinárodné zdravotnícke inštitúcie a ďalšie regionálne – Pan American Sanitary Bureau, Conseil Sanitaire de Tanger, Teheran, Conseil superieur de Sante de Constantinople.

Zdravotnícka sekcia Spoločnosti národov sa zaoberala problematikou výživy, bývania a výskumom rakoviny, zriadila inštitúciu medzinárodných výborov expertov, spolupracovala s poprednými výskumnými ústavmi vo svete.

Poslednou medzinárodnou zdravotníckou konferenciou bola v poradí štrnásť, v Egypte, v roku 1938.

Druhá svetová vojna znamenala koniec medzinárodnej zdravotníckej spolupráce, činnosť výborov zdravotníckej sekcie po roku 1942 úplne zanikla.

V roku 1944 začal v USA vychádzať epidemiologický prehľad, jeho pracovníci sa stali členmi zdravotníckej sekcie UNRRA, dočasnej správy OSN pre pomoc a obnovu, ktorá zanikla v roku 1947. Zabezpečovala materiálnu a technickú pomoc 15 štátom postihnutým vojnou. V januári 1945 prevzala zodpovednosť za dodržiavanie medzinárodných zdravotníckych konvencií a zdravotnícka činnosť patrila k základným a primárnym povinnostiam, hlavne v boji s epidémiami a pri organizácii zdravotníckych služieb.

Delegáti konferencie OSN o medzinárodných organizáciách v roku 1945 v San Franciscu rozhodli o zriadení Svetovej zdravotníckej organizácie (World Health

Organisation – WHO). V júli 1946 sa v New Yorku konala medzinárodná konferencii o zdravotníctve, na ktorej bolo schválené založenie SZO a jej štatút (bol schválený zástupcami 61 štátov), ktorý definoval základné ciele, hlavné úlohy a predpisy orgánov a vzájomné vzťahy s ostatnými organizáciami. Formuloval novú definíciu zdravia : „ Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nielen neprítomnosť choroby alebo chyby“.

Bolo dohodnuté, že SZO bude založená vtedy, keď jej základné dokumenty podpíše 26. štát. Stalo sa to **7. apríla 1948**, kedy podpísali dokument Bielorusko a Ukrajina. Tento deň sa stal **Svetovým dňom zdravia**.

Cieľom SZO je dosiahnutie čo možno najvyššej úrovne zdravia pre všetkých ľudí na celom svete. Jedným zo základných práv človeka bez rozdielu rasy, náboženstva, politického presvedčenia, ekonomického alebo sociálneho postavenia je tešiť sa čo možno najvyššiemu možnému stupňu zdravia. Zdravie všetkých ľudí je základom k dosiahnutiu mieru a bezpečnosti a závisí na dokonalej spolupráci jednotlivcov a štátov. Vlády sú zodpovedné za zdravie občanov, ktoré môže byť dosiahnuté jedine zaistením primeraných zdravotníckych a sociálnych opatrení. Dôležitou podmienkou je dosiahnutie zdravotného uvedomenia a spolupráce občanov.

Prvé zasadnutie Svetového zdravotníckeho zhromaždenia (SZZ) sa uskutočnilo od 24.6.1948 v Ženeve za účasti 53 členských krajín a prijalo program s hlavnými smermi činnosti organizácie. Úlohy SZO boli zoradené podľa dôležitosti do šiestich skupín :

- 1) malária, starostlivosť o matku a dieťa, tuberkulóza, pohlavné choroby, výživa, ochrana životného prostredia
- 2) organizácia zdravotníctva
- 3) choroby parazitárne
- 4) choroby vírusové
- 5) choroby duševné
- 6) ďalšie činnosti organizácie

Tento systém určovania úloh podľa poradia sa menil postupne na nový, s riešením potreby jednotlivých štátov podľa stupňa ich rozvoja a ich špecifických problémov.

Úlohy SZO :

- zaist'uje stále služby v celosvetovom meradle (boj proti infekčným chorobám apod.),
- poskytuje pomoc vládám, ktoré o to požiadajú (pomoc pri živelných katastrofách apod.),
- zabezpečuje organizáciu a podporu výskumu v oblasti starostlivosti o zdravie.

SZO sa zaoberá tvorbou a rozvojom zdravotníckych systémov, pomáha pri výchove zdravotníckych pracovníkov, snaží sa zvládnuť najzávažnejšie choroby, rozvíja starostlivosť o matku a dieťa, pozornosť venuje aj zdravotnej výchove a starostlivosti o životné prostredie.

2.1.1 Programy SZO

Prvým z dokumentov SZO bola **Lalondová správa**

Niektoré základné princípy tzv. Lalondovej správy „Nová perspektíva zdravia Kanad'anov“ z roku 1974, vyjadrujúce potrebu širokého prístupu ku zdraviu a nevyhnutnosť vytvorenia demokraticky ponímanej zdravotnej starostlivosti rozvíjanej za účasti všetkých občanov (podnet pre medzinárodnú aktivitu)³⁵

1. Zdravie nie je dielčou medicínskou špecializáciou, ale vyžaduje spoločné úsilie lekárov, psychológov, špecialistov na životné prostredie a ďalších osôb spolupracujúcich pri zásade rovnosti.
2. Možno preukázať, že preventívne úsilie orientované na udržanie zdravia je ekonomicky výhodné.
3. Chrániť a rozvíjať svoje vlastné zdravie je možnosťou a výsadou každej osoby, ktorá voľbou svojho životného štýlu môže svoje zdravie ovplyvniť viac ako medicína. Výchova hrá v tomto smere väčšiu úlohu, ako dg a th.
4. Psychosociálne a biochemické faktory sa na vzniku choroby podieľajú zhruba rovnakou mierou.
5. Znalosť zdravotného stavu (telesného aj duševného) a faktorov, ktoré ho ovplyvňujú, je nevyhnutné pre posudzovanie vzťahu a rovnováhy medzi zdravím a chorobou, medzi životom a smrťou.

³⁵ LaLonde report: A new perspective on the health of Canadians, 1974

6. Optimálne zdravie je založené na zvládnutí stresu, vhodnej výžive, pravidelnej telesnej aktivite a zdravom prírodnom, aj psychosociálnom prostredí.
7. Pokiaľ sa podarí zvládnuť všetky choroby, ľudský život sa predĺži približne o 10 rokov. Možno očakávať, a na to je nevyhnutné orientovať ďalší výskum, že biologický potenciál človeka je omnoho dlhší.
8. Zdravie závisí približne z 90-ich % na vyššie uvedených faktoroch, ktoré ležia mimo tradičnej oblasti biomedicínskej technológie.

Postupne bol doplňovaný a rozvíjaný „ekologickosociálny model“ zdravia reflektujúci pevné spojenie ľudí a životného prostredia.

Tím sa inicioval program **Zdravie pre všetkých do roku 2000**, ktorý je vlastne metodickým i organizačným návodom, ako plánovite postupovať pri zdokonaľovaní zdravotníctva. Jednou z dôležitých foriem realizácie zmieneného programu je health promotion, v slovenčine upevňovanie zdravia. Ide o súhrn princípov, metód i činností.

V obecnej rovine bol program tvorený 7 základnými oblasťami:³⁶

- Ekvita (spravodlivosť) – predstavuje spravodlivú príležitosť pre všetkých ľudí realizovať v plnom rozsahu svoj pracovný potenciál (tzn. zníženie rozdielov v úrovni zdrav. stavu medzi štátmi a vo vnútri územných celkov, zlepšenie životných a pracovných podmienok pre znevýhodnené skupiny osôb).
- Záujem o etiku – ako prejav snahy pochopiť, formulovať a presadiť princípy etiky v každom rozhodovaní majúcom vzťah k zdraviu jednotlivca, skupín a celých populácií.
- Aktívna účasť spoločnosti
- Posilnenie podpory zdravia a prevencie chorôb
- Základná zdravotná starostlivosť (primary health care) – základ sústavy zdravotníckych služieb, priblíženie zdravotníckych služieb potrebám občanov, ich dostupnosť a prijateľnosť.
- Medziodvetvová spolupráca
- Medzinárodná spolupráca

³⁶ Zdravie pre všetkých v Európe do roku 2000. MZ SR

38 cieľov tvorí pyramídu, vrcholom ktorej je ekvita vychádzajúca z obecnej predstavy sociálnej spravodlivosti :

- Cieľ 1 (ekvita v zdraví)
- Cieľ 2 (kvalita života)
- Ciele 3 – 12 (lepší zdravotný stav)
- Ciele 13 – 17 (zdravý životný štýl)
- Ciele 18 – 25 (zdravé životné prostredie)
- Ciele 26 – 31 (vhodná zdravotná starostlivosť)
- Ciele 32 – 38 (postupy rozvíjajúce zdravie pre všetkých)

Vypracovanie tejto stratégie znamenalo hranicu vo vývoji zdravotníctva európskych štátov. Ešte nikdy sa predtým štáty Európy nedohodli na jednotnej zdravotnej politike ako spoločnom základe ďalšieho rozvoja, a to ani v jednotlivých členských štátoch, ani v rámci európskeho regiónu ako celku.

Program Zdravie pre všetkých do roku 2000 ponúknutý Svetovou zdravotníckou organizáciou (SZO) ako metodológia výstavby celospoločensky chápaného systému zdravotnej starostlivosti zahrnoval a tiež využíval všetky spoločenské organizačné štruktúry. V programe išlo o nutnosť vychádzať z pochopenia a využitia všetkých otvorených väzieb medzi úrovňou zdravotného stavu a sociálno-ekonomickými faktormi.

Na program ZPV voľne nadväzujú **d'alšie programy a projekty** orientované na dielčie aspekty úsilia o čo najlepšie zdravie ľudí :

Program **CINDI** (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme) – vychádza z potreby pomôcť aktivite verejnosti v oblasti životného štýlu a vytváranie zdravých životných podmienok. Týka sa niektorých chron. neinfekčných chorôb (kardiovaskulárne choroby, nádory, diabetes, duševné choroby, chronické choroby dýchacieho systému a úrazy) a zdravotno-rizikových faktorov. Pozornosť je venovaná fajčeniu, nezdravej výžive, alkoholizmu, sedavému spôsobu života a psychosociálnemu stresu. Aktivita – zdravotnícke služby, výchova, spoločenská organizácia , zapojenie ostatných sektorov.

Program **MONICA** (Monitoring of trends and determinants in cardiovascular diseases – Monitorovanie trendov a determinantov kardiovaskulárnych chorôb

Program „**Zdravé mestá**“ (Healthy Cities) – zameraný na pozitívnu motiváciu politického vedenia miest, ako aj verejnej mienky občanov. Formulované sú zdravotné priority, prijaté projekty úpravy infraštruktúry, získaná polit. a ekonom. podpora pre riešenie lokálnych zdrav. problémov.

Program „**Školy podporujúce zdravie**“ (Health Promoting Schools) – vychádza zo skutočnosti, že škola hrá významnú úlohu v rozvoji osobnosti, pokiaľ ide o formovanie systému hodnôt, ako aj pri vytváraní a voľbe životného štýlu.

Zdravie pre všetkých do roku 2000 ako prvá komplexná európska zdravotná politika prinieslo mnoho pozitívneho, podnety, dobré skúsenosti i sklamania. V 90. rokoch sa významne zmenilo politické usporiadanie kontinentu. Bolo teda viac dôvodov vytvoriť novú koncepciu rozvoja zdravia. Európsky regionálny výbor SZO (WHO) v roku 1998 schválil dokument **Zdravie pre všetkých v 21. storočí – zdravotná politika pre Európu**. Dokument je postavený na cieľovo-programovom základe, vychádza z cieľov, formuluje stratégiu a úlohy na nasledujúce obdobie. Vychádza z tézy politika pre zdravie (policy for health), čo znamená nielen zdravotnú politiku, ale politiku celospoločenskú (výchova, vzdelávanie, kultúra, ekológia, hygiena, pracovné podmienky a prostredie atď.).

Zmyslom stratégie na rozvoj zdravia je zachovať ľudí a spoločnosť zdravé, a to posilňovaním zdravia, predchádzaním chorobám a poraneniam, poskytovaním starostlivosti ľuďom s poškodeným zdravím najlepším spôsobom. Na to existujú tri hlavné kategórie intervencie³⁷:

1. akcie na posilňovanie zdravia prevenciou chorôb a úrazov,
2. zabezpečenie dobrej zdravotnej starostlivosti ľuďom s poruchou zdravia,
3. inovácia mechanizmu mobilizácie spoločenských zdrojov na rozvoj zdravia.

Základný cieľ - dosiahnuť plného zdravotného potenciálu pre všetkých :

- posilňovanie a ochrana zdravia ľudí počas celého ich života;
- zníženie výskytu (incidencie) hlavných chorôb a obmedzenie strádania, ktoré ľuďom prinášajú.

³⁷ Stanek, V. a kol: Sociálna politika. Ekonom, Bratislava: 2004

Je logické, že základnou zložkou kvality života je zdravie. Zlepšiť zdravotný stav populácie znamená znížiť výdavky na zdravotnú starostlivosť a zároveň to bude znamenať rast individuálneho a spoločenského kapitálu. Pre Európu, ale najmä EÚ je rovnosť v zdraví základným princípom, ako zlepšiť zdravotný stav obyvateľstva.

Zdravotná stratégia musí byť založená vzhľadom na novú informačnú technológiu a techniku na vedeckých dôkazoch. Musí sa pristúpiť k monitorovaniu reálnych potrieb zdravotnej starostlivosti v jednotlivých regiónoch. Princíp udržateľnosti ako požiadavka na verejnú politiku sa musí aplikovať nielen v environmentálnej oblasti, ale tiež v oblasti zdravia.

Zdravie pre všetkých v 21. storočí v jeho cieľovo-programovej podobe:³⁸

1. Solidarita pre zdravie v európskom regióne – do roku 2020 by sa mal súčasný rozdiel v zdravotnom stave medzi členskými štátmi európskeho regiónu znížiť aspoň o jednu tretinu
2. Spravodlivosť (ekvita) v zdraví – do roku 2020 by sa mali zdravotné rozdiely medzi socioekonomickými skupinami vo vnútri jednotlivých členských zemí znížiť najmenej o ¼, podstatným zlepšením úrovne zdravia deprivovaných populačných skupín.
3. Zdravý životný štart – do roku 2020 by vo všetkých členských zemiach európskeho regiónu mali mať všetky narodené deti a deti predškolského veku lepšie zdravie umožňujúce im zdravý životný štart.
4. Zdravie mladých ľudí – do roku 2020 by mali mladí ľudia byť zdravší a schopnejší plniť svoju úlohu v spoločnosti.
5. Zdravé starnutie – do roku 2020 by mali mať ľudia nad 65 rokov príležitosť sa tešiť plnému zdravotnému potenciálu a hrať aktívnu sociálnu úlohu.
6. Zlepšenie duševného zdravia – do roku 2020 by sa mala zlepšiť psychosociálna pohoda ľudí a mali by sa zlepšiť komplexné služby, ktoré by boli dostupné ľuďom s duševnými problémami.
7. Zníženie výskytu prenosných chorôb – do roku 2020 by mali byť podstatne znížené nežiaduce dôsledky prenosných chorôb prostredníctvom systematicky realizovaných programov na eradikáciu a zvládnutie spoločensky závažných chorôb.

³⁸ Health 21 – health for all in the 21st century. WHO, Regional Office for Europe. 1999

8. Zníženie výskytu neinfekčných chorôb – do roku 2020 by mala byť na čo najnižšiu mieru znížená chorobnosť, invalidita a predčasná úmrtnosť v dôsledku hlavných chronických chorôb.
9. Zníženie výskytu poranení spôsobených násilím a nehodami – do roku 2020 by malo dôjsť k podstatnému zníženiu výskytu zranení, invalidity a úmrtí v dôsledku nehôd a násilia.
10. Zdravé a bezpečné prírodné prostredie – do roku 2015 by ľudia mali žiť v prostredí, v ktorom by výskyt zdraviu nebezpečných látok nemal presahovať medzinárodne schválené normy.
11. Zdravší život – do roku 2015 by si ľudia v celej spoločnosti mali osvojiť zdravší životný spôsob.
12. Obmedzenie škodlivých účinkov alkoholu, drog a fajčenia – do roku 2015 by mali byť významne znížené nepriaznivé dôsledky návykových látok, ako je tabak, alkohol a psychoaktívne látky.
13. Zdravé miestne životné podmienky – do roku 2015 by ľudia mali mať väčšiu príležitosť žiť v zdravých životných podmienkach doma, v školách, na pracoviskách a v miestnych spoločenstvách.
14. Zodpovednosť za zdravie pre viacero rezortov – do roku 2020 by mali všetky rezorty zvážiť a prijať svoju zodpovednosť za zdravie.
15. Integrovaný zdravotný sektor - do roku 2010 by ľudia mali mať omnoho lepší prístup k základnej zdravotnej starostlivosti orientovanej na rodinu a spoločnosť a podporovanej flexibilným a citlivým nemocničným systémom.
16. Riadením k vyššej kvalite starostlivosti – do roku 2020 by riadenie zdravotného sektoru, od populačných programov po individuálnu starostlivosť o pacientov na klinickej úrovni, malo byť orientované na zdravotné výsledky.
17. Financovanie zdravotníckych služieb a pridelovanie zdrojov – do roku 2010 štáty by mali mať taký mechanizmus financovania pre zdravotníctvo, ktorý by spočíval na princípe rovného prístupu k zdravotným službám, na hospodárnosti, solidarite a optimál. kvalite.

18. Príprava pracovníkov pre zdravotnú starostlivosť – do roku 2010 majú mať pracovníci v zdravotníctve a v ostatných sektoroch zodpovedajúce znalosti, postoje a schopnosti k ochrane a rozvoju zdravia.
19. Výskum a znalosti pre zdravie – do roku 2005 by mali mať štáty zdravotný výskum, informačný a komunikačný systém na získavanie, využívanie a predávanie znalostí vedúcich k podpore ZPV.
20. Mobilizácia partnerov pre zdravie – do roku 2005 zapojiť jednotlivcov, skupiny a org. verejného a súkromného sektoru, spoločností a združení.
21. Opatrenia a postupy smerujúce k zdraviu pre všetkých – do roku 2010 by štáty mali realizovať opatrenia smerujúce k ZPV na celoštátnej, krajskej aj lokálnej úrovni, ktoré by boli podporované vhodnou infraštruktúrou, riadením a novátorským vedením.

2.1.2 Národný program podpory zdravia

Slovenská republika sa prihlásila k programu SZO prostredníctvom **Národného programu podpory zdravia**. Tento schválila Vláda SR v roku 1993. V priebehu nasledovných rokov bol niekoľkokrát aktualizovaný a vo svojej dnešnej podobe je zameraný na tieto ciele:

Hlavný cieľ:

Iniciovanie jednotlivých zložiek spoločnosti k zabezpečovaniu podpory a rozvoja verejného zdravia tak, aby sa dosiahlo trvalé zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva

Ciele:

č.1: zdravý životný štýl - životný štýl je správanie sa jednotlivca, ktorého základom je vzájomné pôsobenie životných podmienok, osobnostných vlastností, sociálnych a ekonomických faktorov. Kombináciou výchovy ku zdraviu a účinnej stratégie podpory zdravia je možné dosiahnuť zlepšenie verejného zdravia

č. 2: starostlivosť o zdravie - Prijatím novej legislatívy v zdravotníctve nastáva posun k vlastnej zodpovednosti každého jednotlivca za zdravie. Z pohľadu vývoja zdravia prináša efektívnosť opatrení zameraných na prevenciu väčší zisk pre zdravie obyvateľov a spoločnosť ako náklady na kuratívnu medicínu

č.3: zdravá výživa - Vplyvom prieniku nových trendov v stravovaní, zaužívané nesprávne stravovacie návyky, súčasná cena potravín zvyšujú riziko vzniku a výskytu neinfekčných ochorení, najmä srdcovocievnych a onkologických

č. 4: znížiť škody spôsobené alkoholom, drogami a tabakovými výrobkami

č. 5: prevencia úrazovosti - Úrazy sú závažným problémom zdravotníckym, humánnym aj ekonomickým. Záchranné práce, liečba, rehabilitácia, vrátane sociálnych dávok pre postihnutých sú spojené s vysokými finančnými nákladmi

č.6: zdravá rodina - vytvorenie podmienok pre zdravý a harmonický rozvoj rodiny. Zdravie rodiny je odrazom sociálnej a kultúrnej úrovne každej civilizovanej krajiny

č.7: zdravé pracovné podmienky - Infraštruktúra v podnikoch nie je vždy na príslušnej úrovni. Chýbajú motivačné ponuky zo strany štátu pre posilnenie manažmentu zdravia, pracovného prostredia a bezpečnosti práce.

č. 8: zdravé životné podmienky - Priebežne vytvárať zdravé sociálne, ekonomické a environmentálne životné podmienky (životné, sociálne prostredie, zdravé bývanie, zavedenie miestnej zdravotnej politiky)

č.9: zníženie výskytu infekčných ochorení - Zníženie nepriaznivých dôsledkov infekčných ochorení pomocou programov zameraných na elimináciu alebo redukciu výskytu infekčných ochorení

č. 10: zníženie výskytu neinfekčných ochorení - Zníženie výskytu neinfekčných chorôb a ich následkov, zníženie predčasnej úmrtnosti v dôsledku chronických chorôb na najnižšiu možnú mieru (srdcovocievne, nádorové, cukrovka, choroby HDC a pľúc, pohybového aparátu.

č. 11: pohybová aktivita - Dosiahnutie pohybovej aktivity u čo najväčšieho počtu obyvateľov a edukácia o najefektívnejšej forme pohybovej aktivity (ide o pravidelnú dynamickú vytrvalostnú záťaž 4-6 x trvajúcu viac ako 30 minút).

2.2 Stratégia zdravia EÚ

Cieľom činnosti EÚ musí byť zlepšovanie verejného zdravia, prevencia chorôb a ochorení a určovanie zdrojov ohrozenia ľudského zdravia. Tento záväzok vedie EÚ k integrovanej práci zameranej na zdravie, ktorej cieľom je spojiť oblasti súvisiace so

zdravím. EÚ zohráva svoju úlohu pri zlepšovaní verejného zdravia v Európe prostredníctvom stratégie zdravia, čím pridáva hodnotu jednotlivým opatreniam členských štátov, pričom v plnej miere rešpektuje zodpovednosť členských štátov za organizáciu a poskytovanie zdravotníckych služieb a starostlivosti.

Stratégia zdravia EÚ sa zameriava najmä na posilnenie spolupráce a koordinácie, podporu výmeny informácií podložených dôkazmi a pomoc pri vnútroštátnom rozhodovaní. S týmto cieľom EÚ vytvára komplexný systém informácií týkajúcich sa zdravia s cieľom poskytnúť v rámci celej EÚ prístup k dôveryhodným a aktuálnym informáciám o kľúčových témach súvisiacich so zdravím, a tým aj základ na spoločnú analýzu faktorov ovplyvňujúcich verejné zdravie. EÚ sa tiež snaží posilniť svoju schopnosť rýchlej reakcie na zdravotné hrozby a z tohto dôvodu posilňuje epidemiologické sledovanie a kontrolu infekčných chorôb. Ďalšími cieľmi sú zaistenie bezpečnosti pacienta a kvality zdravotnej starostlivosti na účely uľahčenia poskytovania cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, ako aj mobilita zdravotníckeho personálu a pacientov.

V roku 1993 Európska komisia prezentovala Rámcový dokument na opatrenia na poli verejného zdravia ako strategický dokument na vybudovanie práce na verejnom zdraví. Na tomto základe boli odsúhlasené všetky doterajšie aktivity v oblasti podpory zdravia, rakoviny, drogových závislostí, AIDS a iných prenosných chorôb, nehôd a zranení, monitorovania zdravia. Všetky sa premietli do nového **Programu verejného zdravia**³⁹:

- Podpora zdravia – cieľom bolo zaviesť všeobecné štandardy zdravia pomocou vedomostí o rizikových faktoroch, a nabádaním ľudí osvojiť si zdravý životný štýl a správanie
- Monitorovanie zdravia – cieľom bolo produkovať porovnateľné informácie o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní obyvateľstva, o ochoreniach a zdravotných systémoch založené na celoeurópsky odsúhlasených indikátoroch
- Prenosné ochorenia – zámerom programu bolo obmedziť šírenie AIDS a zredukovať mortalitu a morbiditu na prenosné ochorenia

³⁹ Program verejného zdravia, Európska komisia 1993

- Rakovina – Akčný plán proti rakovine obsahoval 22 opatrení pokrývajúcich oblasť zberu údajov, verejných informácií, vzdelávania, tréning pre zdravotníckych pracovníkov, systematický screening, kvalitu starostlivosti a výskum
- Vzácné (zriedkavé) ochorenia – Cieľom programu bolo vybudovať prácu na týchto ochoreniach. Špeciálna pozornosť bola venovaná získavaniu informácií a rozšíreniu vedomostí o zriedkavých chorobách
- Prevencia zranení – Cieľom bolo iniciovať aktivity zamerané na predchádzanie a redukciu domácich úrazov a nehôd
- Choroby z kontaminácie – cieľom bolo vybudovať politiky a stratégie na poli zdravia a životného prostredia, zamerané na prevenciu, spojenú s pochopením a poznaním rizikových faktorov vplývajúcich na tieto ochorenia
- Prevencia drogových závislostí – cieľom tohto programu je pomôcť členským krajinám v boji proti drogovým závislostiam prostredníctvom podpory ich aktivít podporovaním koordinácie medzi národnými politikami a programami.

V septembri 2002 Európsky parlament a Rada prijali nový **Spoločný akčný program pre verejné zdravie**. Tento program bol určený na 6 ročnú periódu (do decembra 2008)

Program verejného zdravia (2003 – 2008) je zameraný na posilnenie činnosti EÚ v oblasti verejného zdravia v rámci jedného jednoliateho rámca, ktorý je súčasťou celkovej stratégie verejného zdravia. Má tri základné ciele: podporu zverejňovania a šírenia informácií o zdraví, posilňovanie schopnosti rýchlo reagovať na zdravotné hrozby a presadzovanie zdravého životného štýlu zameraním sa na určujúce zdravotné faktory. Tieto ciele je možné dosiahnuť prostredníctvom spolupráce a koordinácie medzi členskými štátmi a prípadne prostredníctvom legislatívnych opatrení. V programe sú zahrnuté ročné pracovné plány a činnosti určené na hodnotenie programu.

Zlepšovanie kvality života v rámci dobrého zdravia je hlavným cieľom EÚ, ktorý je dosiahnuteľný prostredníctvom širokospektrálneho prístupu. Kľúčovou súčasťou v zlepšovaní kvality života občanov, pokiaľ ide o ich zdravie a spotrebiteľské záujmy, je spotrebiteľská politika. Hlavnými nástrojmi plnenia tohto cieľa sú programy EÚ

zamerané na sociálnu ochranu a začlenenie, environmentálne otázky, výskum a vývoj a technologickú inováciu.

V januári 2008 vstúpil do platnosti **Druhý spoločný akčný program pre verejné zdravie na roky 2008 - 2013**. Tento program nadväzuje na prvý akčný program a je zameraný na doplnenie, podporu a posilnenie národných politík. Má prispieť k zvýšeniu solidarity a prosperity v EÚ pomocou ochrany a podpory zdravia a bezpečnosti ľudí.

Program je zameraný na⁴⁰:

- zlepšenie „zdravotnej bezpečnosti“ obyvateľov – vybudovať v členských štátoch kapacity schopné reagovať na zdravotné ohrozenia, akcie zamerané na bezpečnosť pacientov
- podporovanie zdravia, vrátane znižovania zdravotných nerovností – zameranie na faktory ovplyvňujúce zdravie, ako alkohol, výživa, drogy, prostredie, opatrenia zamerané na prevládajúce ochorenia a redukovanie nerovností v rámci EÚ, podporovať zdravé starnutie
- Informácie a znalosti o zdraví - rozširovanie informácií o zdravotných faktoroch medzi ľuďmi, zameranie sa na spoločensky prínosné akcie, slúžiace na výmenu vedomostí napr. o zdraví detí, prenosných ochoreniach atď.

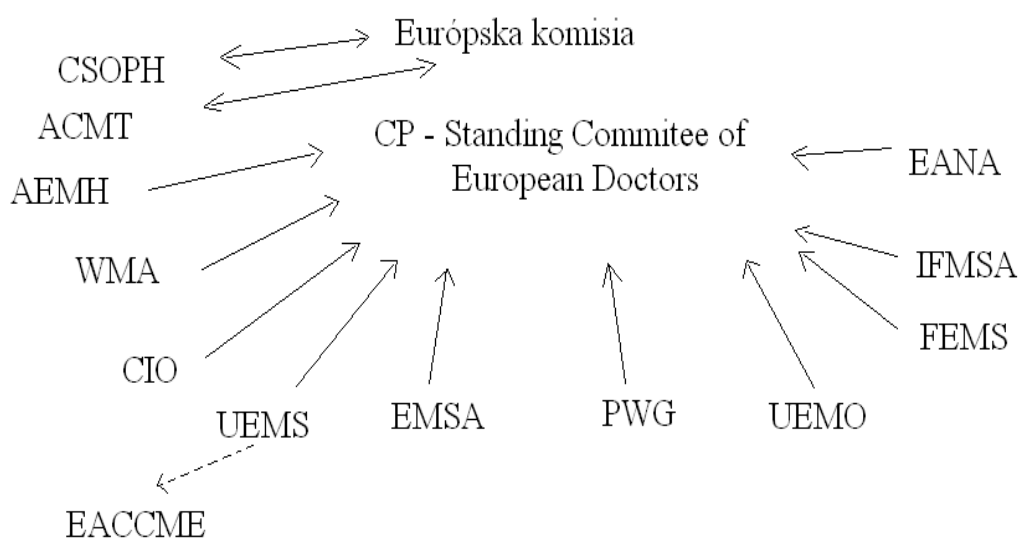
Politika zdravia a ochrany spotrebiteľa sú veľmi úzko prepojené. Bezpečnosť tovarov a služieb, do ktorej patria bezpečnosť potravín a systém rýchleho potravinového varovania, sú kľúčovými prioritami. Pri zabezpečení vysokej úrovne ochrany zdravia majú zvláštny význam aj iné oblasti politiky. Cieľom ochrany zdravia a bezpečnosti pri práci je chrániť pracujúcich pred rizikami na pracovisku, pracovnými úrazmi a chorobami z povolania. Na dosiahnutie vysokej úrovne ochrany zdravia je rovnako potrebné, aby boli prepojené politiky životného prostredia a zdravia. Programy v oblasti technologického rozvoja a informačnej spoločnosti zahŕňajú činnosti spojené so zdravotníckymi systémami a verejným zdravím.

Komisia EÚ predložila nový mechanizmus štrukturovanej spolupráce, slúžiaci na poradenstvo a podporu koordinácie jednotlivých systémov. Akčné programy EÚ slúžia ako odporúčania, za účelom konvergencie zdravotných politík jednotlivých krajín

⁴⁰ The Second Program of Community Action in the field of Health 2008 – 2013, Council of Europe, 2008

EÚ prostredníctvom Európskeho parlamentu a Európskej komisie zriadila Stály výbor európskych lekárov (Standing Committee of European Doctors - CP), v ktorom SR zastupuje Slovenská lekárska komora (SLK). Európska komisia má zriadené ešte ďalšie poradné organizácie – výbor vysokých úradníkov v oblasti verejného zdravia (CSOPH), Poradný výbor EÚ pre lekárske vzdelávanie (ACMT), Európska únia lekárov špecialistov (UEMS) - na koordináciu kontinuálneho medicínskeho vzdelávania UEMS vytvorila subkomisiu EACCME. Ďalšie organizácie sú Európske združenie nemocničných lekárov AEMH, Svetová lekárska asociácia WMA, Medzinárodná konferencia lekárskeho komôr CIO, Európska federácia platených (štátnych) lekárov FEMS, Európska asociácia študentov medicíny EMSA, Stála pomocná skupina európskych nemocničných lekárov – juniorov PWG, Európska únia praktických lekárov UEMO, Medzinárodná federácia asociácii študentov medicíny IFMSA, Európska pracovná skupina praktických a odborných lekárov so súkromnou praxou EANA

Schéma : Lekárske organizácie v EÚ



3. MODELÝ ORGANIZÁCIE A FINANCOVANIA SYSTÉMOV ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Systém starostlivosti o zdravie je súhrn všetkých aktivít, ktoré spoločnosť vykonáva k prevencii a liečeniu chorôb, k zachovaniu a rozvoju fyzickej a duševnej zdatnosti, pracovných schopností, k predĺženiu života a zabezpečeniu zdravého vývoja nových generácií.

Zdravotníctvo ako ucelený špecifický spoločenský systém vznikalo podobne ako ostatné spoločenské systémy v priebehu historického vývoja z potrieb denného života. Postupne, spontánne a živelne vznikali rôzne zdravotnícke zariadenia, v ktorých bola na rôznej úrovni poskytovaná lekárska a iná pomoc tým, ktorí túto pomoc vyhľadávali, alebo bola poskytovaná časti odkázaných ľudí, charitatívnymi či inými organizáciami.

3.1 Modely zdravotnej starostlivosti

Zdravotnícky systém (makrosystém) môžeme z hľadiska systémového prístupu definovať rôznym spôsobom.

V praxi prichádzajú do úvahy tieto hľadiská:

- hľadisko **národohospodárske** – podľa tohto hľadiska je zdravotníctvo jedným z odvetví národného hospodárstva produkujúcim zdravotnícke služby a spadajúce do tzv. terciárnej sféry
- hľadisko **organizačno – inštitucionálne** – zdravotnícky systém predstavuje sústavu zdravotníckych zariadení a inštitúcií
- hľadisko **funkčné** – zdravotnícky systém je subsystémom systému starostlivosti o zdravie.

V podstate až do konca druhej svetovej vojny v západnej ani v strednej Európe neexistoval ucelený zdravotnícky makrosystém a nikto nedefinoval strategické ciele v oblasti zdravia. V jednotlivých krajinách existovali rôzne poisťovacie systémy, existovali aj rôzne sanitárne opatrenia štátu i obcí, tie však neriešili komplexne otázky týkajúce sa starostlivosti o zdravie. Predovšetkým dôsledky druhej svetovej vojny viedli

k tomu, že popri pestrej zmesi rôznych zdravotníckych, prirodzeným vývojom vzniknutých mikrosystémov začali v jednotlivých krajinách vznikať rôzne zdravotnícke makrosystémy, ktoré boli odozvou na novo vzniknuté zdravotné potreby. Pri vytváraní týchto makrosystémov zohralo svoju úlohu veľa činiteľov – dôsledky II svetovej vojny na zdravotný stav obyvateľstva, rozvoj medicínskych vied, zmeny socioekonomického prostredia, ideologické a politické vplyvy, kultúrny vývoj, vedecko – technický pokrok atď. Z tohto agregátu často protikladne pôsobiacich vplyvov vznikli v povojnovom období v ekonomicky vyspelých krajinách 4 základné typy zdravotníckych systémov, ktoré s výnimkou socialistického modelu existujú dodnes

Jadro každého zdravotníckeho systému na úrovni štátu v súčasnej dobe tvorí agregát týchto činiteľov

- strategické ciele štátu v oblasti ochrany zdravia a rozvíjania zdravia
- spôsob zaistenia dostupnosti základnej zdravotníckej starostlivosti pre občanov
- spôsob financovania zdravotnej starostlivosti
- riešenie vzťahov medzi rôznymi účastníkmi procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti
- podiel účasti štátu a jeho orgánov na vlastníctve a riadení zdravotníckych zariadení

Toto sú hlavné kritéria, ktoré môžu slúžiť ako metodický základ typológie zdravotníckych systémov. Rôzni odborníci sa zhodujú viac menej v tom, že zatiaľ neexistuje ideálny zdravotnícky systém, ktorý by vyhovoval všetkým kritériám optimálnosti.

Podľa pôvodného názvoslovía môžeme rozdeliť systémy financovania nasledovne:

1. Bismarckov - systém sociálneho poistenia (1881)

2. Semaškov - centralizovaný, socialistický štátny rozpočtový
systém (1918)

3. Beveridgeov - systém národnej zdravotnej služby (1948)

V európskych krajinách sa za posledné desaťročia vykryštalizovali dva **modely financovania zdravotníctva**, model sociálneho poistenia (Bismarckov model) a model

národnej zdravotnej služby (Beveridgeov model). Tieto dva základné modely možno charakterizovať takto:

Tab 1: Porovnanie systémov zdravotnej starostlivosti

Sociálne poistenie	Národná zdravotná služba
- zákonné zabezpečenie, spočiatku ohraňované len na zamestnancov	- všeobecné zabezpečenie pre všetkých občanov
- správa prostredníctvom nezávislých inštitúcií (platitelia)	- správa prostredníctvom verejných služieb (platitelia, poskytovatelia)
- financovanie prostredníctvom poistných príspevkov	- financovanie prostredníctvom daní
- úhrada poskytovateľom zdravotnej starostlivosti za výkony	- úhrada poskytovateľom prostredníctvom paušálov
- slobodná voľba poskytovateľa vo verejnej sieti	- všeobecná dostupnosť služieb
- priplácanie	- bez priplácania

Zdroj: Kováč, E. : Zdravotné poistenie, Ekonóm, 2002

Bismarckov systém bol pôvodne myslený len pre zamestnancov, vyplývalo to z cieľov, ktoré sledoval Otto von Bismarck počas svojho funkčného obdobia ako ríšsky kancelár. Neskôr sa samozrejme rozšírilo aj na všetkých zamestnancov. Poistenec teda musí splniť niekoľko podmienok, aby bol poistený. Napr. Pracovný príjem, platenie poistného v správnej výške a dobe.

V **Beveridgeovom** modeli je poistený každý občan štátu bez ohľadu na to, či príjem má alebo nemá. V tomto systéme platí absolútna solidarita. Zdrojmi sú dane a tie platí každý. Tieto štát sústreďuje a potom následne používa na viacero účelov, jedným z nich je aj poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre svojich občanov.

Aktuálny stav jednotlivých modelov financovania zdravotníctva v krajinách Európskej únie, európskeho hospodárskeho priestoru a Švajčiarska uvádza nasledovný prehľad:

V krajinách Európskej únie, Európskeho hospodárskeho priestoru a Švajčiarska je povinným verejným zdravotným poistením pokrytých 57% obyvateľov a národnou zdravotnou službou 43% obyvateľov.

Vo všetkých uvedených krajinách zároveň existuje systém nepovinného zdravotného poistenia, zabezpečovaný tak verejnými ako aj privátnymi resp. komerčnými zdravotnými poisťovňami.

Ak vezmeme do úvahy zvyšné krajiny Európy (Balkánske krajiny), tak aj v nich sa uplatňuje systém zdravotného poistenia. Konkrétne v Albánsku, Čiernej Hore, Chorvátsku, Macedónsku a Srbsku model jednej zdravotnej poisťovne a vo Federatívnej republike Bosna a Hercegovina pluralitný model.

Pri posúdení historického vývinu uvádzaných modelov za ostatné polstoročie, možno zodpovedne konštatovať, že stále viac prevažuje model odvodový nad modelom daňovým. V odvodovom modeli sa viac presadzuje systém viacerých zdravotných poisťovní.

Pri odvodovom modeli sú hlavným finančným zdrojom poistné príspevky platiteľov. Pri daňovom modeli sú hlavným finančným zdrojom dane občanov. Oba modely majú svoje výhody a nevýhody. V snahe minimalizovať ich nevýhody sa v posledných rokoch presadzuje úsilie o konvergenciu modelov.

Napriek existujúcim rozdielom je stále viac zrejmé, že tieto systémy sa približujú a vzájomne zmiešavajú. Hlavnou výzvou budúcich období je udržať princíp solidarity, napriek neustálemu nárastu nákladov a tlaku privátneho sektora na zvýšenie jeho podielu na trhu.

Semaškov model financovania zdravotnej starostlivosti sa dnes už nevyužíva. Jeho najväčší rozmach bol v období socializmu, v tzv. východnom bloku. Financovanie celého systému bolo naviazané na štátny rozpočet. Systém stál na daniach, všetky služby a výkony boli z daní financované, za služby sa neplatilo priamo u lekára a ani sa nepriplácalo. Existovala verejná sieť zdravotných zariadení a lekárov, všeobecne prístupná. V systéme v podstate neexistovali súkromní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.

Iný prístup uvádza nasledujúce modely organizácie zdravotníctva:

1. centralisticko - plánovaný (ČSFR, Anglicko, Švédsko, Kanada, Belgicko, Dánsko),

2. trhovno-chaotický (USA). V systéme sa neuplatňuje princíp solidarity, neplatí zákonná povinnosť poistenia (37 mil. občanov nie je poistených),

3. decentralno - plánovaný (Švajčiarsko) - vládne solidarita, univerzálnosť, úplnosť, prevencia. Obec je zodpovedná i za zdravie obyvateľov.

Ako spoločný znak sa ukazuje centralizované riadenie (štátne programy, ministerstvá, zariadenia vo vlastníctve štátu vykazujú v začiatkoch svojho uplatnenia dobrú možnosť zorganizovať zdravotnú starostlivosť pre všetko obyvateľstvo). Negatívnym znakom je vždy vznik rozsiahleho byrokratického aparátu, ktorého extenzívny rast de facto brzdí rozvoj skutočných služieb. Táto vlastnosť sa javí ako neodstrániteľná a tak dala podnet na snahu o demokratizáciu a reprivatizáciu, napr. vo V. Británii, kde centralizácia má podobu Národnej zdravotnej služby. V totalitnom centralizovanom riadení (bývalé socialistické krajiny) štát zabezpečuje zdravotníctvo i ekonomicky, čo vedie pri byrokracii k neefektívnemu čerpaniu prostriedkov a často k nesprávnemu rozdeľovaniu medzi skupiny obyvateľov alebo regióny.

Pluralistický systém je na opačnom konci. Zásahy štátu sú minimálne a zdravotníctvo si ponecháva v značnej miere trhový charakter. Opatrenia štátu majú všeobecný, legislatívny a korekčný charakter, musia byť v súlade s prevládajúcou politickou koncepciou. Nevýhodou v trhovom mechanizme sa javí implicitný rast cien. Na jeho zvládnutie podniká štát rôzne politické, ekonomické, zákonodarné opatrenia. Napr. v USA, krajine tradične individuálnej, s obmedzenými intervenciami štátu, sa podiel na krytí nákladov zdravotníctva 42 %. Vo vyspelých štátoch Európy sa podiel štátu na nákladoch pohybuje medzi 75 % - 95 %.

Vzťah medzi činiteľmi poskytovania zdravotnej starostlivosti autori v ČR uvádzajú ako:⁴¹

1. technokratický model,
2. profesionálny autoregulačný model,
3. model trhov založený,
4. demokratický model.

V *technokratickom modeli* vyškolení experti riadia systém v súlade s ich špecializovanými vedomosťami a s ich dominantným postavením v politických

⁴¹ Gladkij a kol: Management ve zdravotnictví, Compiuter Press, Brno 2003

a ekonomických inštitúciách. Regulácia je založená na normatívnej analýze. Model predpokladá štátne zásahy pri zriadení, prevádzke a fungovaní zdravotníckeho systému. Cieľom je racionalizovať prevádzku a minimalizovať nesociálne správanie účastníkov v systéme.

V profesionálnom autoregulačnom modeli sú v centre lekári, ktorých činnosť ovplyvňuje najmä nákladové položky v systéme. Lekári určitým spôsobom zastupujú aj pacientov, majú dostatok relevantných informácií, očakáva sa od nich, že budú poskytovať kvalitnú starostlivosť. Model predpokladá, že riadenie a kontrola zdravotného systému sú v prevažnej miere delegované lekárom. Riadenie sa uskutočňuje prostredníctvom praxe a ďalšieho vzdelávania, ktoré zaručuje štandardizované vedomosti, a tiež prostredníctvom silne založeného etického kódexu.

V trhovom modeli je regulácia stanovená súťaživosťou na trhu v súlade s dopytom a ponukou a za podmienok, že sú prijaté určité obmedzenia. Úloha štátu je v najmä ekonomických záležitostiach minimálna.

V demokratickom modeli má každý občan právo a zodpovednosť ovplyvňovať spoločensko-politické rozhodnutia a činnosti. Demokratické právo je vykonávané v priamej alebo nepriamej pôsobnosti. Demokratický model zapojuje obyvateľstvo do procesu formulácie potrieb, problémov, priorít a do ich riešenia voči manažmentu a právu zdravotnej starostlivosti.

3.2 Spôsoby financovania zdravotnej starostlivosti

Jedným z kľúčových faktorov na fungovanie systému zdravotnej starostlivosti je spôsob financovania. Pod financovaním zdravotníctva rozumieme spôsob, akým sa získavajú finančné prostriedky do zdravotníctva.⁴² Názorov na to, z akých zdrojov má byť zdravotný systém financovaný je mnoho, a ťažko je jednoznačne posúdiť, ktorá forma financovania je pre určitý štát výhodnejšia. V dobre fungujúcom systéme musí byť vyvážený pomer medzi objemom zdrojov a rozsahom poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ktoré tieto zdroje musia uhradiť.

⁴² Stanek, V. a kol.: Ekonomika zdravotníctva, Ekonóm, Bratislava 2005

Keďže prostriedky plynú z viacerých zdrojov, hovoríme o viac zdrojovom financovaní. Finančné prostriedky do zdravotníctva prichádzajú vo všeobecnosti od⁴³:

1. poisťovní,
2. štátu,
3. občanov,
4. štátnych a neštátnych fondov (na projekty),
5. regiónov, miest a obcí,
6. sponzorov,
7. úverových zdrojov.

Hlavné spôsoby financovania sú:

- **verejné zdroje** - štátne financovanie (dane), verejné (sociálne) poistenie,
- **súkromné zdroje** - súkromné poistenie, priame platby.

Štátne financovanie (dane)

Je to financovanie zo všeobecných, prípadne miestnych priamych a nepriamych daní, to znamená, že prostriedky sa vytvárajú v rámci celkovej sumy výberu daní.

Tento systém má dva základné nedostatky, a to silný demotivačný vplyv a vysokú mieru zásahu štátnych úradníkov pri rozhodovaní o rozdelení a použití prostriedkov.

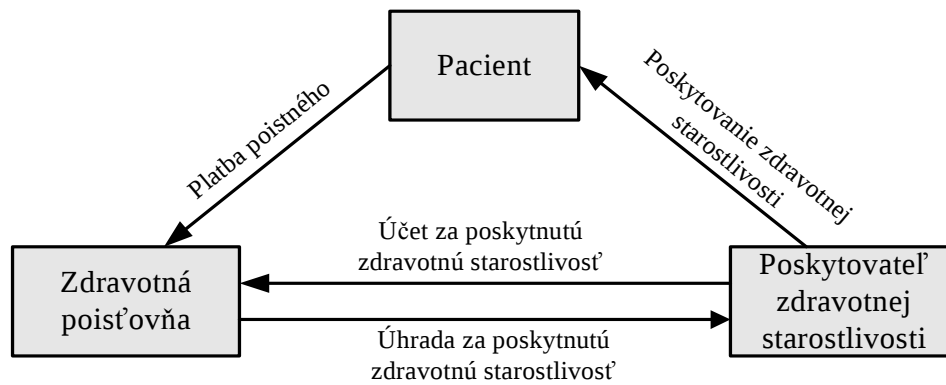
Verejné poistenie

Funguje na princípe solidarity, zmyslom ktorého je vyrovnávať rozdiely medzi zdravými a chorými, mladými a starými, občanmi s vyšším príjmom a nižším príjmom, medzi ekonomicky aktívnymi a neaktívnymi občanmi atď. Rozhodujúco vplýva na finančné možnosti jednotlivých zdravotných poisťovní. Realizuje sa prerozdeľovaním fondu zdravotného poistenia, tvoreného povinnými príspevkami na základe povinného zdravotného poistenia.

⁴³ Kováč, E.: Zdravotné poistenie. Bratislava: Vydavateľstvo Motýľ, 2003.

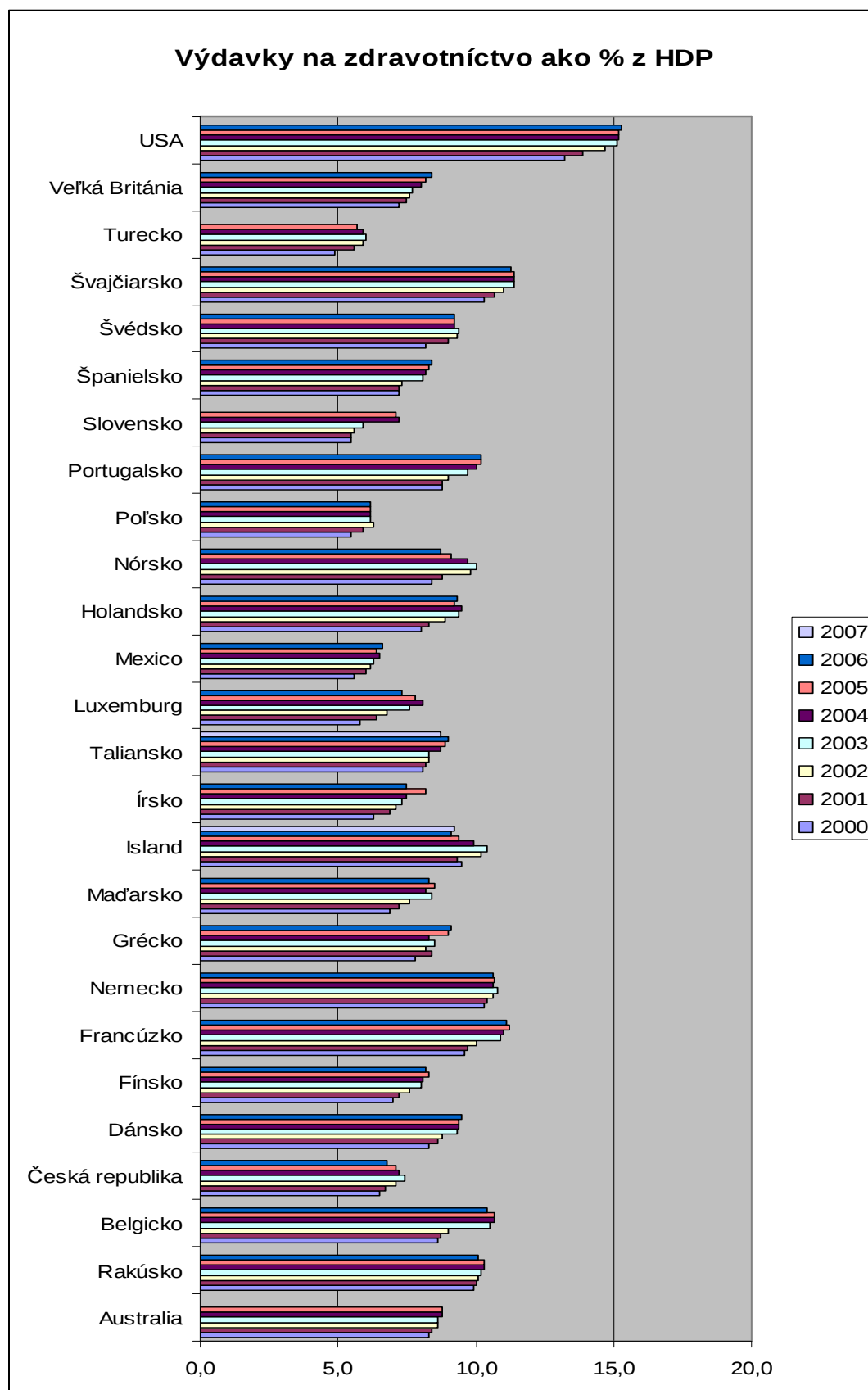
V zdravotnom poistení vystupujú tri subjekty: pacient (klient), zdravotná poisťovňa a poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Ich vzájomné vzťahy možno zobrazit' schémou č. 4⁴⁴.

Schéma 4: Vzťahy v zdravotnom poistení



⁴⁴ Kováč, E.: Zdravotné poistenie. Bratislava: Vydavateľstvo Motýľ, 2003, s.12.

Graf 8: Výdavky na zdravotníctvo ako % HDP



Zdroj: OECD health data 2008

Súkromné poistenie

Poistné pri súkromnom poistení sa neodvíja od príjmov, ale od rizík a rozsahu zdravotného krytia. Sú s ním spojené vysoké administratívne náklady. V plnom rozsahu sa uplatňuje len v USA, v ostatných krajinách len doplnkovo.

Priame platby

Platby realizované priamo pacientom, bez akéhokoľvek podielu zdravotného poistenia. Využívajú sa ako forma spoluúčasti občanov na financovaní zdravotnej starostlivosti a pokrývajú sa nimi výkony, ktoré nie sú hradené z povinného, alebo súkromného poistenia.

Priame platby predstavujú finančnú spoluúčasť pacientov na úhrade nákladov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Sú opodstatnené dvoma argumentmi, a to núti ľudí zvažovať a porovnávať hodnotu poskytnutej služby a cenu, ktorú za ňu zaplatia, a poskytovatelia môžu mobilizovať dodatočné zdroje spôsobom, ktorý pacienti považujú za oprávnený a tak pomáhajú utvárať trhovú rovnováhu.

Na druhej strane, majú väčší dosah na chudobnejšie vrstvy a na menšie využívanie základných a preventívnych služieb rodinami s nízkym príjmom.

Platby za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou rozdelíme na platby za:

- hospitalizáciu,
- pohotovosť,
- ambulanciu,
- výber liekov a zdravotníckych pomôcok,
- dopravu.

Doplnkové zdroje financovania zdravotnej starostlivosti

Popri základných zdrojoch financovania existujú aj doplnkové zdroje, ktoré sú vhodné na financovanie, ale pokrývajú len určitú časť zdrojov. Medzi ne patria:

- špeciálne zdravotné dane,
- lotérie,

- zahraničné granty,
- donácie súkromného sektora,
- sponzorovanie súkromným sektorom,
- partnerstvo so súkromným sektorom,
- zisky z obchodovania,
- dobročinné dary,
- zdravotné trusty,
- granty na rozvojové programy atď.

Tab 2: Verejné výdavky na zdravotníctvo ako % z celkových výdavkov

	1960	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Rakúsko	69,4	63,0	68,8	72,8	75,8	75,6	75,4	75,2	75,6	76,5	76,2	
Belgicko												
Česká republika		96,6	96,8	97,4	90,3	89,8	90,5	89,8	89,2	88,6	87,9	
Dánsko			87,8	82,7	82,4	82,7	82,9					
Fínsko	54,1	73,8	79,0	80,9	73,4	73,9	74,2	73,9	74,4	75,0	76,0	
Francúzsko	62,4	75,5	80,1	76,6	78,3	78,3	78,6	79,9	79,8	79,9	79,7	
Nemecko		72,8	78,7	76,2	79,7	79,3	79,2	78,7	77,0	77,0	76,9	
Grécko		42,6	55,6	53,7	60,9	63,8	63,5	62,8	61,8	62,8	61,6	
Maďarsko					70,7	69,0	70,2	71,9	71,3	70,9	70,9	
Írsko	76,0	81,7	81,6	71,7	73,5	74,1	76,0	77,2	78,6	79,5	78,3	
Taliansko				79,5	72,5	74,6	74,5	74,5	76,0	76,7	77,2	77,0
Luxemburg		88,9	92,8	93,1	89,3	87,9	90,3	89,8	90,1	90,2	90,9	
Holandsko			69,4	67,1	63,1	62,8	62,5					
Nórsko	77,8	91,6	85,1	82,8	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,5	83,6	84,0
Poľsko				91,7	70,0	71,9	71,2	69,9	68,6	69,3	69,9	

Portugalsko		59,0	64,3	65,5	72,5	71,5	72,2	73,3	72,0	71,8	70,6	
Slovensko					89,4	89,3	89,1	88,3	73,8	74,4		
Španielsko	58,7	65,4	79,9	78,7	71,6	71,2	71,3	70,4	70,5	70,6	71,2	
Švédsko		86,0	92,5	89,9	84,9	81,8	82,1	82,5	81,8	81,7	81,7	
Švajčiarsko				52,4	55,6	57,1	57,9	58,5	58,5	59,6	60,3	
Turecko			29,4	61,0	62,9	68,2	70,4	71,6	72,3	71,4		
Veľká Británia	85,2	87,0	89,4	83,6	80,9	83,0	83,4	85,5	86,3	86,9	87,3	
USA	23,3	36,3	41,2	39,4	43,7	44,6	44,6	44,5	44,8	45,1	45,8	

Zdroj: OECD health data 2008

Na moderný systém financovania zdravotnej starostlivosti sa kladú nasledujúce základné požiadavky⁴⁵:

1. Celý systém musí byť transparentný.
2. Systém musí zabezpečiť stabilný a bezpečný zdroj financovania.
3. Systém nesmie byť v principiálnom konflikte s ďalšími sociálno-ekonomickými cieľmi.
4. Musí obsahovať kladné spätné väzby, nesmie iniciovať nežiaduce správanie účastníkov.
5. Systém nesmie spotrebúvať podstatnú časť získaných prostriedkov na vlastné fungovanie.

Zo všetkých známych typov financovania zdravotníctva týmto požiadavkám najlepšie vyhovuje systém všeobecného zdravotného poistenia, založený na princípe solidarity všetkých členov spoločnosti.

3.2.1 Štátne financovanie

Hlavným zmyslom existencie štátu je, že garantuje rovné a stabilné podmienky pre všetky podnikateľské aktivity, ďalšou z jeho úloh je garancia starostlivosti a ponuku a distribúciu

⁴⁵

verejných statkov a služieb v rámci nastol'ovania horizontálnej starostlivosti a nápravy zlyhaní trhu. Účelom takto vynakladaných finančných prostriedkov je posilňovať celospoločenskú efektívnosť. Najpodstatnejšie vysvetlenie úlohy vlády na financovaní zdravotnej starostlivosti vychádza z úvahy o dôsledkoch rozdielnych príjmov o sociálnej solidarite. V spoločnosti platí všeobecne uznávané pravidlo, že žiadnej osobe, bez ohľadu na jej príjem by nemal byť odoprený prístup k primeranej zdravotnej starostlivosti. Takto definované podmienky prístupu k zdravotnej starostlivosti by však mohli viesť k tomu, že pacienti bezplatnú zdravotnú starostlivosť nepovažujú za vzácnu, pretože náklady na jej získanie sú nulové. Takéto neprisudzovanie vzácnosti generuje tri druhy nevhodného správania⁴⁶:

- Nezodpovednosť, ktorá v spojení s absenciou funkcie individuálneho rizika ústí do morálneho hazardu (fajčenie, alkohol...) pretože v konečnom dôsledku nie ten, kto sa takto správa znáša náklady na liečenie
- Tendencia k nadmernému konzumu zdravotných statkov aj vtedy, keď na to nie je reálna potreba
- Potreba vyjadriť svoju vďačnosť iným spôsobom, napr. vo forme korupcie

Prax potvrdila, že financovanie z čisto verejných zdrojov nemôže byť plne efektívne. Potvrdzujú to aj zlyhania trhu a externality, ktoré sa v súvislosti s touto formou financovania objavili. Sú to napr⁴⁷.:

- nedokonalé informácie
- obmedzená konkurencia
- deformácie v správaní pacienta
- platby tretích strán
- neefektívne vynakladanie prostriedkov
- nedostatok stimulov k vytváraniu zisku
- morálny hazard
- externality spojené s prenosnými infekčnými chorobami

⁴⁶ Pažitný, P., Zajac, R.: Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov. Bratislava. MZ SR 2004

⁴⁷ Stiglitz, J.F.: Ekonomie veřejného sektoru. Grada Publishing, Praha 1997

V prípade financovania z daňových zdrojov nie je vopred definované, aký podiel objemu daňových príjmov bude vyčlenený na zdravotníctvo, pretože o veľkosti zdravotníckeho rozpočtu rozhodujú poslanci na tej úrovni, na ktorej sa odvíja financovanie.

3.2.2 Zdravotné poistenie

História zdravotného poistenia

História zdravotného poistenia, ako určitej potreby zabezpečovania a ochrany zdravia organizovaným spôsobom siaha až do stredoveku. Spočiatku išlo o:

- náboženské skupiny (confraternities)
- „ekonomické“ združenia (gildy)
- sociálne zoskupenia (compagnonnage)

Všetky tieto skupiny, združenia a zoskupenia vytvárali tzv. vzájomné fondy. V tom čase išlo o princíp založený na dobrovoľnosti, zároveň však, aj na sociálnej solidarite. Podobný vývoj neprebíhal len v Európe, ale aj napríklad v Chile, Indii, Číne a Indonézii.

Postupne sa začali vytvárať aj viac špecializované zdravotné poisťovacie fondy. V druhej polovici 19. storočia existovali v zásade tri typy fondov (vzájomných aj zdravotných) a to :

- ❖ fondy pracujúcich (odborové)
- ❖ fondy zamestnávateľské
- ❖ fondy lokálne (mestské, regionálne)

Účasť v týchto fondoch bola dobrovoľná, postupne sa však zjavovali tendencie k „skupinovej povinnosti“. Rozšíreným sa stal princíp solidarity. Spočíval v odkladaní si časti zárobku, a to na pomoc tým, ktorí boli ohrození istými rizikami, ako napr. chorobou, úrazom, starobou, postihnutiami (telesnými, duševnými, zmyslovými), ale aj smrťou. Takáto vzájomná pomoc na prekonanie spomínaných rizík a jej financovanie prostredníctvom príspevkov pracujúcich sa stala základným kameňom budúcich sociálno-poisťovacích systémov. V druhej polovici 19. storočia sa rozvíjali aj rôzne komerčné sporivé a poisťovacie spoločnosti. To všetko si vyžadovalo aj reguláciu legislatívou. Bolo potrebné definovať rámec sociálneho a komerčného zabezpečenia, úlohu a zodpovednosti

štátu a práva a povinnosti účastníkov v čoraz komplikovanejších systémoch. „Za cisára Wilhelma II. komplexný návrh takéhoto rámca predložil ríšsky kancelár Otto von Bismarck dňa 17.11.1881 vo vyhlásení nazvanom „Kaiserliche Botschaft“. V ňom predstavil princípy budúceho povinného poistenia. Dňa 15.06.1883 Ríšsky snem schválil zákon o zdravotnom poistení – prvý z Bismarckových sociálnych zákonov.“⁴⁸

Sociálne poistenie, ktoré sa dovtedy vzťahovalo len na robotníkov sa rozšírilo aj na úradníkov, maloobchodníkov, maloživnostníkov a maloroľníkov. Toto rozšírenie sa uskutočnilo začiatkom 20. stor. napr. v Rakúsku r.1909, Nemecku 1913, Švédsku r.1913 – kde bolo zavedené poistenie národné, ktorému podliehal každý obyvateľ vo veku od 16 do 66. rokov. V prvej polovici 20. storočia existovala kombinácia dobrovoľného a povinného princípu poistenia, objavil sa však aj princíp zabezpečovania prostredníctvom štátneho rozpočtu (zaviedol sa v Rusku, v roku 1918 ho preslávil komisár a minister zdravotníctva Semaško). .Vr.1948 Sir William Henry Beveridge zaviedol vo Veľkej Británii systém národnej zdravotnej služby, ktorý s malými úpravami platí aj v súčasnosti.

V druhej polovici 20. storočia nastúpila výrazná snaha o reformovanie existujúcich modelov a začali vznikať ich kombinácie a varianty. V USA prevažujúci systém privátneho poistenia dopĺňovaný federálnymi programami Medicare a Medicaid, v Kanade prevažujúci systém Národného verejného zdravotného poistenia a napr. v Singapore systém tzv. individuálnych sporivých účtov.

Začiatky toho, čo sa neskôr rozvinulo do systému sociálneho poistenia na území dnešného Slovenska, treba hľadať v druhej polovici 19. storočia v Uhorsku. Už pred Rakúsko-Uhorským vyrovnaním existovalo v štátnych podnikoch určité zabezpečenie robotníkov počas choroby. Štát zabezpečoval pre svojich zamestnancov aj základnú lekársku starostlivosť. Rôzne podporné spolky si zakladali najmä remeselnícky tovariši. Vplyvnejšou, celouhorskou inštitúciou sa stala v roku 1870 Všeobecná robotnícka a invalidná pokladnica v Budapešti. Jej prvá pobočka na Slovensku vznikla v roku 1873 v Bratislave, jej ďalšie v roku 1876 v Košiciach, Komárne, v 80. rokoch v Trnave, Nových Zámkoch, atď. Počet rôznych svojpomocných združení, pokladníc, najmä tzv. živnostenských spoločenstiev vzrástol po roku 1872, po zákonnom zrušení cechov.

⁴⁸ Bokesová – Uherová, M.: Dejiny zdravotníctva na Slovensku. Martin: Osveta 1989

Roztrieštenosť jednotlivých poistení malo za následok, že dochádzalo k ďalším zmenám v sociálnom poistení a najmä k jeho postupnému zjednocovaniu: V Čechách, na Morave a v Sliezsku na strane jednej a na Slovensku a Podkarpatskej Rusi na strane druhej. Zákon č. 268/1919 Zb. riešil nemocenské a úrazové poistenie všetkých osôb, ktoré vykonávali práce a služby na základe pracovného a služobného alebo učňovského pomeru. Platnosť uvedeného zákona bola vládny nariadením z 23.09.1919 rozšírená aj na Slovensko.

Zákon č. 221/1924 Zb. o poistení zamestnancov pre prípad choroby, invalidity a staroby upravil s účinnosťou od 01.01.1926 popri nemocenskom aj invalidné a starobné poistenie, a to aj pre robotníkov, pokiaľ už neboli takto poistení inak. Poisťovali sa celé podniky a všetky osoby v nich – teda nebolo tu individuálne poistenie osôb. Celé poistné platil zamestnávateľ. V polovici 30. rokov tak vznikol osobitný systém sociálneho poistenia, ktorý síce pokrýval kompletne nemocenské, úrazové, invalidné a starobné poistenie prevažnej časti obyvateľstva, no bol to systém dosť komplikovaný a sociálne nevyvážený.

Významnú, pozitívnu zmenu priniesol zákon č. 99/1948 Zb. o národnom poistení. Tento zákon zjednotil doteraz roztrieštené poistenie a odstránil rozdiely v nárokoch rôznych sociálnych skupín. Ústredná národná poisťovňa vstúpila dňom 01.07.1948 namiesto všetkých doterajších nositeľov verejnoprávneho sociálneho poistenia do zmlúv, uzatvorených s lekáorskými organizáciami na zabezpečovanie lekárskej služby a poskytovanie lekárskej pomoci. Dňa 17.09.1948 uznesením Správnej komisie Ústrednej národnej poisťovne bol v súlade so zákonom schválený Liečebný poriadok, ktorý upravil poskytovanie vecných aj peňažných dávok poistencom.

V roku 1948 boli prijaté ďalšie zákony, ktoré mali vzťah k národnému poisteniu, ale už signalizovali odklon od pôvodných predstáv. Zákon č. 125/1948 Zb. sa znárodnili prírodné liečivé zdroje, kúpeľný a iný majetok súvisiaci s týmito zdrojmi. Výnimku tvorili zariadenia, ktoré boli v správe verejnoprávneho sociálneho poistenia. Zákon č. 185/1948 Zb. poštátnil liečebné a ošetrovacie ústavy a stanovil organizáciu štátnej ústavnej liečebnej starostlivosti. Zákon č. 102/1951 Zb. o prebudovaní národného poistenia a zákon č. 103/1951 Zb. o jednotnej preventívnej a liečebnej starostlivosti začali postupnú demontáž celého systému národného poistenia. Od 01.01.1952 sa vyčlenilo nemocenské poistenie a dôchodkové zabezpečenie. Od roku 1952 po zániku krytia

výdavkov zdravotníctva z prostriedkov národného poistenia, sa stal hlavným zdrojom financovania zdravotníckych služieb štátny rozpočet.

Po 40. ročnej prestávke sa pristúpilo k obnove financovanie zdravotnej starostlivosti na základe zdravotného poistenia. Na základe zákona č. 7/1993 Z.z. o zriadení Národnej poisťovne a o financovaní zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia a následných zákonov - zákona č. 8/1993 Z. z. o Fonde nemocenského poistenia a o Fonde dôchodkového poistenia a zákona č. 9/1993 Z. z. o zdravotnom poistení a hospodárení s Fondom zdravotného poistenia vznikla jedna Národná poisťovňa so svojimi organizačnými zložkami“

- ❖ správou Fondu nemocenského poistenia
- ❖ správou Fondu dôchodkového poistenia
- ❖ správou Fondu zdravotného poistenia

Prax ale ukázala značné komunikačné problémy medzi jednotlivými správami fondov. Stupňovanie problémov a snaha o zavedenie plurality do zdravotného poistenia viedla k vzniku rezortných poisťovní a to poisťovne Ministerstva vnútra SR zákonom č. 276/1993, Vojenskej zdravotnej poisťovne zákonom č. 92/1994 Z. z. a Železničiarkej zdravotnej poisťovni zákonom č. 201/1994 Z. z.. Ďalším zákonom č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriaďovaní rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní a zákonom č. 274/1994 Z. z. o Sociálnej poisťovni došlo k zániku Národnej poisťovni a k organizačnému osamostatneniu zdravotného poistenia od nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia, ktoré prešli pod správu Sociálnej poisťovne.

Takéto legislatívne prostredie vytvorilo podmienky na vznik plnej plurality v systéme povinného zdravotného poistenia, ktorá sa ale nenaplnila. Dynamika vzniku zdravotných poisťovní bola pre podmienky povinného zdravotného poistenia v SR príliš razantná. V jednej etape sa usilovalo naraz o výkon zdravotného poistenia až 12 zdravotných poisťovní.

Existencia pluralitného prostredia priniesla veľmi rýchlo potrebu koordinácie niektorých činností vo výkone zdravotného poistenia. Okrem toho bolo treba myslieť aj na nevyhnutnosť spolupráce so zahraničím. Preto sa 24.03.1994 uskutočnila ustanovujúca schôdza Združenia zdravotných poisťovní SR (ZZP SR) a riadna registrácia ZZP SR bola

02.05.1994. Zakladajúcimi členmi ZZP SR boli Poist'ovňa Ministerstva vnútra SR a Správa Fondu zdravotného poistenia Národnej poist'ovne. ZZP SR sa od 28.04.1995 stalo členom Association Internationale de la Mutualité (AIM – Medzinárodného združenia zdravotných a vzájomných poist'ovní). Hlavnými úlohami ZZP SR boli a sú: účasť na tvorbe legislatívy, účasť na tvorbe spôsobu financovania zdravotníctva, zastupovanie záujmov klientov povinného zdravotného poistenia, koordinácia postupov zdravotných poist'ovní pri systémových zmenách a vo veciach spoločného záujmu, účasť na tvorbe štátnej zdravotnej politiky a rozvíjanie systému zdravotného poistenia.

Organizácia zdravotného poistenia v SR sa riadi zákonom NR SR č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov.

Tento zákon okrem organizáciu, financovania zdravotného poistenia upravuje rozsah, vykonávanie zdravotného poistenia, poistné a práva a povinnosti poistencov. Právne normy, ktoré veľmi úzko súvisia so zdravotným poistením a ho aj dopĺňajú, definujú zdravotnú starostlivosť a upravujú podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti na základe povinného zdravotného poistenia, sú zdravotné poist'ovne.

Tab 3 : Zdravotné poist'ovne vykonávajúce verejné zdravotné poistenie v SR:

Zdravotná poist'ovňa	Počet poisten. 2006		Počet poisten. 2007
Všeobecná zdravotná poist'ovňa, a.s.	3 423 853	Všeobecná zdravotná poist'ovňa, a.s.	2 970 973
Spoločná zdravotná poist'ovňa, a.s.	683 503	Spoločná zdravotná poist'ovňa, a.s.	599 691
APOLLO zdravotná poist'ovňa, a.s.	464 887	APOLLO zdravotná poist'ovňa, a.s.	438 642
SIDERIA zdravotná poist'ovňa, a.s.	401 336	SIDERIA DOVERA – Vzájomná zdravotná poist'ovňa, a.s.	751 837
DÔVERA zdravotná poist'ovňa, a.s.	347 128	UNION zdravotná poist'ovňa, a.s.	462 481
Európska zdravotná poist'ovňa, a.s.	2	Európska zdravotná poist'ovňa, a.s.	74 609

Zdroj: Združenie zdravotných poist'ovní SR 2008

Formy a princípy zdravotného poistenia.

Zdravotné poistenie môžeme definovať ako finančné krytie nákladov, spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v chorobe a pri predchádzaní choroby, to

znamená že zdravotné poistenie je jedným zo spôsobov financovania zdravotnej starostlivosti a určuje charakter systému zdravotníctva v štáte.

S našou existenciou sú spojené rôzne riziká a konkrétne udalosti, ktoré nám môžu spôsobiť škodu (stratu). Na ochranu pred ich negatívnymi dôsledkami nám slúži poistenie – ako prostriedok, ktorým sa škoda niekoľkých poistených rozloží na všetkých poistených.

Poistenie je prenos rizika jedného subjektu na iný špecializovaný subjekt, za vopred dohodnutú cenu – poistné. Poistenie je teda zabezpečenie finančného krytia rizika.

Z hľadiska princípov rozlišujeme zdravotné poistenie na :

- verejné /povinné/
- súkromné /nepovinné, dobrovoľné/

VEREJNÉ	SÚKROMNÉ
legislatívne je organizované	legislatívne je organizované
ako povinné	ako nepovinné
je založené na princípe solidarity	je založené na princípe individuálnosti
je založené na neziskovosti	funguje na ziskovom princípe
výšku poistného určuje zákon	výšku poistného určuje poistná zmluva
realizujú ho verejnoprávne inštitúcie	realizujú ho komerčné spoločnosti
vzniká registráciou - prihlásením	vzniká kontraktáciou –
sa do poistenia	uzatvorením zmluvy

Verejné /povinné/ zdravotné poistenie je založené na princípoch:

1. SOLIDARITA

Zdravotná starostlivosť sa poskytuje všetkým poistencom rovnako, bez ohľadu výšky plateného poistného a spotreby zdravotnej starostlivosti /solidarita medzi zdravými a chorými, medzi ekonomicky aktívnymi a ekonomicky neaktívnymi občanmi/. K vyššiemu stupňu solidarity dochádza medzi zdravotnými poisťovňami podľa ich štruktúry poistencov /prerozdeľovací systém/. Princíp solidarity je charakteristickou črtou európskeho zdravotníctva.

2. ROVNOSŤ

Jej podstatou je zabezpečenie rovnakej dostupnosti k potrebnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých, a to bez prihliadnutia na výšku príjmov. Tento princíp je definovaný aj v Ústave SR – v článku 40, ktorý znie: „ Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré stanoví zákon.“ /citovaná ústava/ Citované právo na ochranu zdravia obsahuje aj čl. 31 ústavného zákona FZ ČSFR č.23/1991 Zb., ktorým sa uvádza Listina základných práv a slobôd.

3. NEZISKOVOSŤ

Zdravotné poisťovne sú verejnoprávne inštitúcie, ktorých cieľom nie je tvorba zisku, ale v prípade vzniku zisku, tento použiť v prospech svojich poistencov (napr. na zníženie poistného), zisk nemôže použiť na podnikanie.

4. HOSPODÁRNOSŤ

S finančnými prostriedkami (poistnými príspevkami) musí poisťovňa nakladať hospodárne, nakoľko zdravotné služby sú služby náhodnej povahy (výdavky za zdravotné výkony sa ťažko odhadujú). Výdavky na prevádzku poisťovne určuje zákon a sú kontrolované samosprávnymi orgánmi poisťovne.

5. AUTONÓMNOSŤ

Zdravotné poisťovne, ako verejnoprávne inštitúcie sú nezávislé na štátnom rozpočte . Štát môže do finančného hospodárenia poisťovní zasiahnuť len prostredníctvom zákona.

6. VEREJNOPRÁVNOSŤ

Zdravotné poisťovne sú riadené svojimi samosprávnymi radami, ktoré sú zložené z platiteľov poistného. Poslanie a úlohy poisťovne upravuje zákon.

Súkromné (nepovinné, dobrovoľné) zdravotné poistenie je založené na princípoch:

1. INDIVIDUÁLNOŠŤ

Poistenec si sám, dobrovoľne vyberá poisťovňu, s ktorou uzatvára individuálnu zmluvu. V tejto zmluve sú predovšetkým dohodnuté výška poistnej sadzby a druh služieb, na ktoré sa poistenie uzatvára.

2. ZISK

Tvorba zisku je očakávanou podmienkou existencie súkromného zdravotného poistenia. Komerčná poisťovňa ináč použije vytvorený zisk ako poisťovňa organizovaná na báze vzájomnosti.

Zdravotné poistenie je svojou podstatou neživotné poistenie. Zdravotné poistenie má svoje špecifiká, pretože zahŕňa⁴⁹:

- ovplyvniteľné riziká (fajčenie spôsobuje choroby – dá sa prestať fajčiť a tak to ovplyvniť)
- neovplyvniteľné riziká (dedičné ochorenia)
- riziká s kombinovanými vyvolávajúcimi faktormi (regionálna klíma vyvolávajúca vznik ochorení – klímu neovplyvníme, ale pobyt v regióne áno)
- nepoistiteľné riziká (vysokonákladové ochorenia vo vysokom veku)

Zdravotné poistenie je pre tieto špecifiká z ekonomického hľadiska veľmi rizikovým poistením. Je však vo verejnom záujme. Vzhľadom na tieto skutočnosti sa stalo poistením povinným a solidárnym.

Zavedením zdravotného poistenia by sa malo docieľiť:

- efektívnejšie rozdeľovanie finančných prostriedkov zdravotníckym zariadeniam,
- financovanie zdravotníctva za výkon, nie globálnou dotáciou,
- vytvorenie pozitívnej spätnej väzby medzi pacientom, lekárom, ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi a zdravotníckou prevádzkou,
- zlepšenie vzťahov medzi spotrebiteľmi a poskytovateľmi starostlivosti.

Poisťovací systém umožňuje voľbu lekára a zdravotníckeho zariadenia. Pacient - poistenec - sa stáva nositeľom finančných prostriedkov a svojou voľbou určuje, ovplyvňuje príjem príjemcu. Tým vstupuje do zdravotníctva veľmi žiaduci prvok - konkurencia. Možno očakávať i zvýšenie starostlivosti občanov o vlastné zdravie,

⁴⁹ podľa Kováč, E.: Špecifiká zdravotného poistenia, Bratislava 2009

záujem o prevenciu zo strany občanov, ako i zo strany zdravotníckych pracovníkov a zariadení.

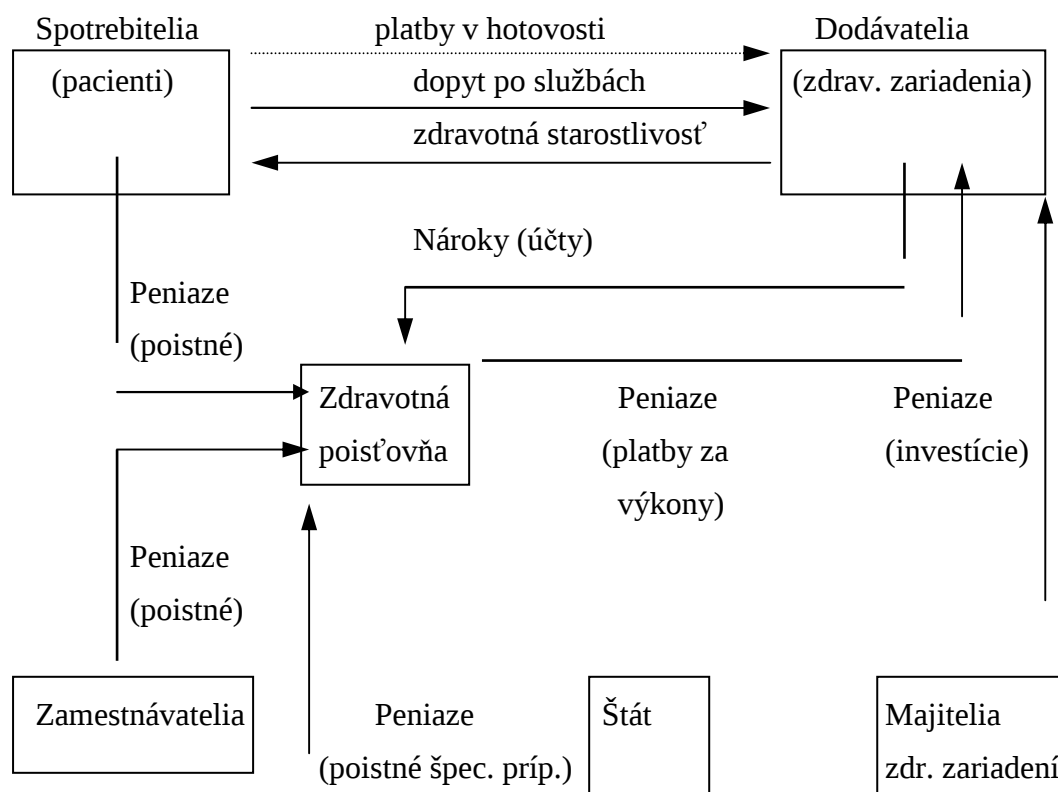
Umožnením voľby zdravotnej poisťovne existuje v systéme určitá nerovnováha v štruktúre poistného kmeňa poisťovní. Poistenci poisťovní s prevahou neproduktívnej zložky populácie (poistenci štátu – dôchodcovia, deti,...) by boli znevýhodnení, nakoľko poisťovňa by nemala dostatočný príjem na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti, v porovnaní s poisťovňou s prevahou produktívnej populácie.

Keďže ústava zabezpečuje rovnaký prístup k zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov, je nevyhnutná existencia prerozdeľovania zdravotného poistenia.

95% všetkých príjmov všetkých zdravotných poisťovní v SR vstupuje do prerozdeľovacieho mechanizmu. Na základe indexov rizika jednotlivých skupín populácie (príloha 2) sa prepočíta priemerný príjem poisťovne na jedného poistenca, a spomínaných 95% všetkých príjmov sa prerozdeľuje medzi poisťovne podľa reálneho počtu a skladby poistného kmeňa.

Vo všeobecnej ekonomickej polohe vytvára nový systém financovania a poskytovania zdravotnej starostlivosti nasledujúcu štruktúru:

Schéma 5: Štruktúra financovania a poskytovania zdravotnej starostlivosti



Zdroj: Stanek, V. a kol: Sociálna politika. Bratislava. Sprint 2006, str 426

Mnohí politici a národohospodári tvrdia, že keď prirátame k výdavkom na zdravotníctvo aj výdavky priamo občanov, je peňazí v zdravotníctve dosť, len sa neracionálne využívajú.

Naopak mnohí manažéri zdravotníckych zariadení, lekári, profesijné združenia zdravotníckych pracovníkov tvrdia, že v zdravotníckom systéme chýbajú peniaze. Na objektívne posúdenie treba zohľadniť tieto faktory:

1. výkonnosť ekonomiky SR,
2. rozsah a kvalitu zdravotníckych služieb,
3. vonkajšie faktory, ktoré ovplyvňujú zdravotnícky systém,
4. stupeň efektívneho využitia zdrojov.

Vzťah výkonnosti ekonomiky a zdrojov vynaložených na zdravotnú starostlivosť je zrejmý. Tam, kde sa vytvára väčší objem HDP, tam plynie v podobe financií viac prostriedkov do zdravotníctva. Zhruba 65 % - 70 % prostriedkov plynie zo zdravotného poistenia. Toto závisí od objemu vyplatených miezd a sadzby odvodov na zdravotné poistenie.

Celkové výdavky na zdravotníctvo je súhrn všetkých výdavkov štátu, zdravotných poisťovní, verejných a súkromných inštitúcií i jednotlivcov čerpaných v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Do výdavkov sú zahrnuté i výdavky súvisiace s riadením zdravotnej starostlivosti a prevádzkou zdravotných poisťovní.

V priebehu 80-tych rokov téma trhu (konkurencia poskytovateľov, konkurencia poisťovní) dominovala vo všetkých diskusiách o reforme zdravotníctva v celej západnej Európe. V tomto období sa väčšina západoeurópskych ekonomík dostala do finančných problémov a v celej sfére verejných služieb bolo potrebné riešiť deficitné hospodárenie a nehospodárnosť verejného sektora.

Dlhodobé štatistické porovnávanie výšky HDP a celkových výdavkov vynakladaných na zdravotníctvo vo väčšine krajín EÚ ukazuje, že výdavky na zdravotníctvo predstihujú tempo rastu HDP.⁵⁰ Priemerný 10- percentný rast HDP sprevádza 14 – percentný rast

⁵⁰ Kováč, E.: Zdravotné poistenie – zdravotnopolitické a ekonomické súvislosti. Bratislava. Motýľ 2003, str. 43

výdavkov na zdravotníctvo. Následne vzniká chronický deficit verejných financií. Hlavné dôvody zvyšovania výdavkov na zdravotníctvo sú:

- rýchly vývoj nákladných lekárskeho technológií a medicínskeho výskumu
- rýchly rozvoj farmaceutického priemyslu a následný rast cien liekov
- zmena demografického zloženia obyvateľstva vo všetkých krajinách Európy
- rozšírenie civilizačných chorôb
- zvyšovanie požiadaviek pacientov z dôvodu lepšej informovanosti i vplyvu reklám

Z uvedeného vyplýva, že stály rast nákladov na zdravotníctvo je podmienený rastom HDP.⁵¹ Porovnanie rastu HDP a nárastu výdavkov na zdravotníctvo uskutočnili viacerí odborníci. Uvádzame nasledovný⁵²:

Tab 4: Rast HDP a výdavkov na zdravotníctvo

Príjem krajiny	Počet krajín	Priemerný ročný nárast HDP %	Priemerný ročný nárast výdavkov na zdravotníctvo %	Rozdiel
Vysoký	32	1,79	4,07	2,29
Vyšší stredný	34	2,45	3,51	1,06
Nížší stredný	43	5,39	8,09	2,69
Nízky	50	2,83	4,40	1,57
všetky	159	3,63	5,71	2,08

Krajiny sú rozdelené podľa príjmu. Údaje sú spriemerované za roky 1998 – 2003. Priemery predstavujú váženú populáciu. Rast je „per capita“ a zohľadňuje infláciu.

Zdroj: Hsiao William, C.: Why is a systemic view of health financing necessary? In: Health affairs – volume 26, 4/2007

Zvyšovanie výdavkov na zdravotníctvo bez zabezpečenia efektivity ich použitia podmienila vznik a realizáciu reforiem zdravotníckych systémov (alebo ich častí) vo viacerých krajinách.

Behom posledných dvadsiatich rokov minulého storočia došlo prakticky vo všetkých krajinách k výrazným reformám zdravotníckych systémov. Reformy sú prevažne zamerané na tieto ciele:

- zvýšiť dostupnosť základnej zdravotnej starostlivosti pre obyvateľstvo
- zvýšiť výkonnosť zdravotníckeho systému
- posilniť zodpovednosť jednotlivých občanov za vlastné zdravie

⁵¹ Beňová, E.: Financie verejnoprospešných subjektov. Bratislava, Ekonóm 2002. str. 95

⁵² Hsiao William, C.: Why is a systemic view of health financing necessary? In: Health affairs – volume 26, 4/2007

- zadržať tempo rastu nákladov na zdravotnú starostlivosť
- zvyšovanie kvality zdravotnej starostlivosti

Svetová zdravotnícka organizácia usporiadala reformy do 4 základných skupín⁵³:

1. stratégie zamerané na riešenie obmedzených zdrojov najmä na makroúrovni
2. stratégie zamerané na zachovanie rovnosti prístupu k zdravotnej starostlivosti so zreteľom na nezvyšovanie tlaku na zdroje
3. zlepšenie alokácie zdrojov
4. zvýšenie efektívnosti služieb

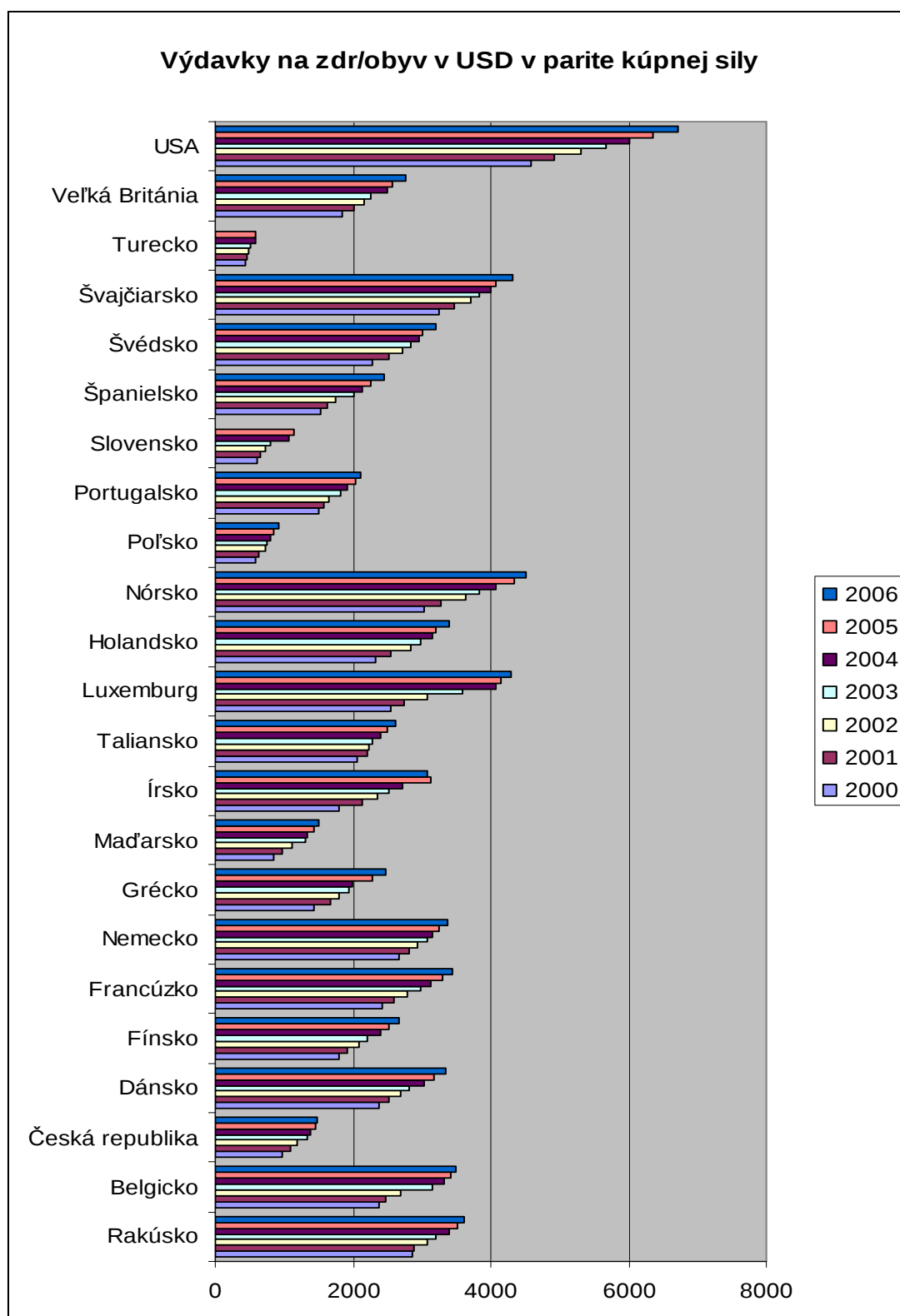
Reformy zdravotníctva nie sú ukončeným procesom, ale neustále prebiehajúcim, reagujúcim na meniace sa podmienky. Realizácia reforiem zdravotných systémov naráža na viacero problémov⁵⁴:

- zlé načasovanie jednotlivých krokov reforiem
- nedostatok vhodných informačných systémov
- ťažkosti s financovaním zmien
- nedostatok politickej vôle
- nezainteresovanie všetkých účastníkov zmien do reformného procesu
- nepresné formulovanie cieľov reformy
- vhodnosť legislatívy

⁵³ Stanek, V. a kol: Sociálna politika. Bratislava. Sprint 2006, str 416

⁵⁴ Stanek, V. a kol: Sociálna politika. Bratislava Sprint dva 2008. str 344

Graf 9: Výdavky na zdravotníctvo na obyvateľa



Zdroj: OECD health data 2008

3.3 Zdravotné systémy vo vybraných krajinách

Pre lepšie pochopenie základných modelov zdravotnej starostlivosti vo svete uvádzam charakteristiku predstaviteľov jednotlivých základných typov zdravotných systémov. Veľká Británia je predstaviteľom Beveridgeovho (daňového) systému, Nemecko zastupuje Bismarckov (poistný) systém a USA sú predstaviteľom systému s dobrovoľnou účasťou.

Tab 5: Porovnanie predstaviteľov základných modelov zdravotníctva

Model	Hlavný cieľ	Financovanie v % z :					Finančná ochrana
		1	2	3	4	5	
Veľká Británia	Univerzálny, rovný prístup	72,9	7,1	15,2	4,8	0	Univerzálna
Nemecko	Sociálna solidarita	11,2	69,4	11,3	7,1	1,0	Univerzálna
USA	Individuálna sloboda	37,5	1,9	21,1	36,1	3,4	čiasočná

Zdroj: HSIAO 2000

1. Dane, 2 Sociálne odvody, 3 Priame platby, 4 Privátne poistenie, 5 Iné

3.3.1 Veľká Británia

Beveridgeov systém štátneho zdravotníctva je systém financovaný z daní a ďalších priamych finančných príspevkov do štátneho rozpočtu, ktoré následne prerozdeľuje štát. Neexistuje tu teda žiadna tretia strana, ktorá vyberá poistné a na základe kontraktov s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti prepláca zdravotné úkony. Okrem Veľkej Británie a Írska, priekopníkov tohto modelu, funguje Beveridgeov systém aj vo Švédsku, Dánsku, Fínsku, Taliansku a ďalších krajinách.

Vychádza zo základnej premisy, že každý občan Británie musí mať prístup k základnej lekárskej starostlivosti bez ohľadu na svoje sociálne postavenie. Zdravotná starostlivosť je teda bezplatná pre všetkých ľudí, ktorí pracujú alebo si prácu hľadajú, majú trvalý pobyt vo Veľkej Británii a prispievajú do systému Národnej zdravotnej služby. (NHS – National Health Service).

NHS je štátna organizácia založená v roku 1948, ktorej zodpovednosťou je starostlivosť o zdravie obyvateľov Veľkej Británie. Funguje na úplne inom princípe, ako národné zdravotné systémy známe z kontinentálnej Európy a jeho služby sú poskytované každému, kto ich potrebuje, vo veľkej časti bez poplatku.

Za NHS je zodpovedné Ministerstvo zdravia. NHS je jedným z najväčších zamestnávateľov v Európe s viac ako jedným miliónom zamestnancov. Rozpočet NHS na rok 2008/09 je 98,7 miliárd libier.

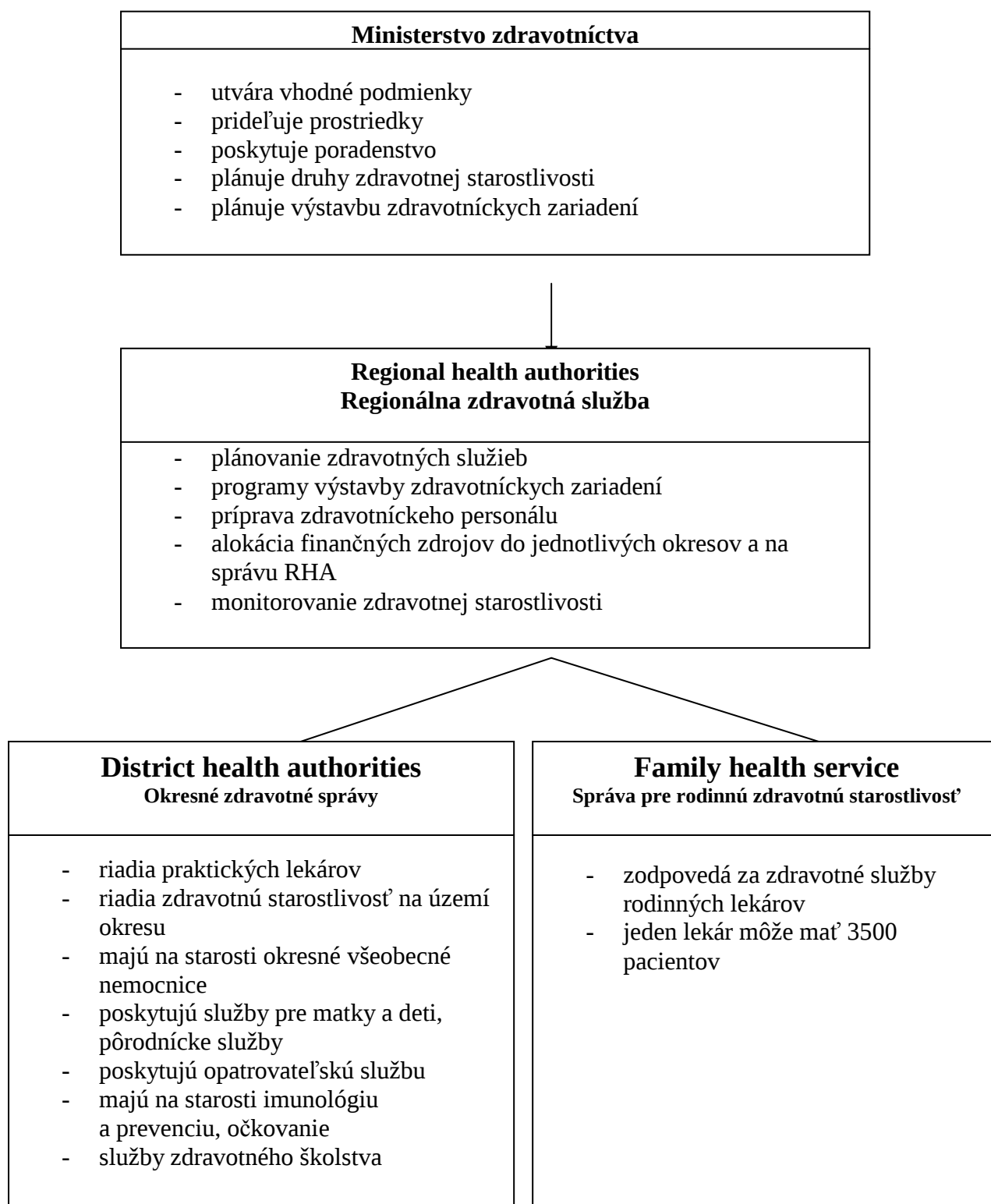
Ministerstvo zdravia rozdelilo starostlivosť o NHS desiatim strategickým zdravotníckym úradom - Strategic Health Authorities (SHA), ktoré zodpovedajú za dennodenné fungovanie NHS.

Pod SHA patria okrem NHS Direct, ambulančného servisu či organizácie administrujúce nemocnice - NHS Hospital Trusts aj organizácie - Primary Care Trusts (PCT), ktoré majú priamy dozor a riadiacu funkciu nad NHS lekármi či zubármi, ktorí spadajú pod ich oblasť.

SHA a PCT disponujú vlastnými rozpočtami a i preto sa často stáva, že liek či liečba dostupná v jednej časti Anglicka, či dokonca mesta nie je k dispozícii v druhej. Často sa teda obyvatelia stavajú obeťami lotérie smerovacieho čísla - 'postcode lottery'⁵⁵.

⁵⁵ http://www.echomagazin.com/sk/clanky/prakticke_rady_uk/zdravie/zdravotnictvo_ako_to_v_britanii_funguje_v_praxi

Schéma 6: Organizácia britského zdravotníctva



Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti

Nárok na bezplatnú zdravotnú starostlivosť poskytnutú NHS je založený na legitímnom pobyte v UK bez ohľadu na národnosť, platenie daní alebo príspevkov vo Veľkej Británii v minulosti aj v súčasnosti⁵⁶.

Medzi základných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vo Veľkej Británii patria všeobecní lekári (GP), pohotovosť a urgentný príjem, nemocnice, zubné ambulancie, očné ambulancie.⁵⁷

1 Všeobecní lekári (GP)

Všeobecní praktickí lekári majú kľúčovú pozíciu medzi poskytovateľmi. Sú základným článkom zdravotníckeho systému, ktorý otvára a kontroluje vstup do špecializovanej zdravotnej starostlivosti⁵⁸.

Systém všeobecných lekárov vo Veľkej Británii vychádza z historického spôsobu starostlivosti o zdravie, teda z minulosti používaných rodinných lekárov. Toto je v podstate zachované dodnes.⁵⁹ Dnes je v Anglicku registrovaných viac ako 29 tisíc všeobecných lekárov, známych aj pod skratkou GP ktorí pracujú v tzv. GP practice, alebo GP surgery, kde ich možno nájsť v tíme skladajúceho sa z jedného, či viacerých lekárov, zdravotných sestier, pôrodných asistentiek a niekde i fyzioterapeutov a iných zdravotných profesionálov.

Všeobecný lekár má na starosti svoj obvod a zodpovedá za starostlivosť o zdravie, poradenstvo, očkovanie, vyšetrenie, ošetrovanie, diagnózu, predpisovanie liekov a liečbu problému. Ak je zdravotný stav problematickejší, lekár pacienta odporučí inému špecialistovi, alebo do nemocnice⁶⁰.

Praktický lekár je **honorovaný** kombinovaným systémom kapitačnej výkonovej platby. Kapitačná platba, t. j. paušálna prospektívna platba za registrovaného pacienta, tvorí asi 60 % - 70 % príjmu praktického lekára. Platby za pacienta sú jednotne dohodnuté medzi Britskou lekárskou asociáciou a ministerstvom zdravotníctva. Túto platbu podľa počtu zapísaných občanov dostáva na základe kontraktu od okresných

⁵⁶ <http://www.szp.sk/229/velka-britania.php>

⁵⁷ <http://www.nhs.uk/ServiceDirectories/Pages/ServiceSearch.aspx>

⁵⁸ Pechová, M.: Modely financovania zdravotnej starostlivosti. In Dominofórum, november 2004

⁵⁹ http://www.echomagazin.com/sk/clanky/prakticke_rady_uk/zdravie/zdravotnictvo_ako_to_v_britanii_fun_guje_v_praxi

⁶⁰ <http://cz-sk.co.uk/content/view/36/53/>

zdravotných úradov bez ohľadu na to, aký objem starostlivosti u pacienta v danom období vykonal.

Štandardná kapitačná platba je diferencovaná podľa troch vekových skupín – do 65 rokov, 65 - 74 rokov a nad 75 rokov. Príjmy praktického lekára z kapitácie sú navýšené dodatočnými štandardizovanými príplatkami za celkový počet registrovaných pacientov, ďalej podľa podielu pacientov nad 65 rokov a podľa podielu sociálne deprivovaných osôb, aby neboli znevýhodnení lekári starajúci sa o rizikovejšie skupiny populácie.

Menšiu časť príjmu tvorí platba za výkon. Je to zvlášť honorovaná činnosť lekára, ktorú robí navyše podľa svojej zvláštnej odbornej prípravy. Praktický lekár tak dostáva výkonovú platbu napríklad za ošetrovanie neregistrovaného pacienta alebo za presne definované výkony, ako je výučba študentov, nočné návštevy v domácnosti, menšie chirurgické zásahy, očkovanie a pod.

Praktický lekár ďalej dostáva príspevky na školiace akcie a zvyšovanie kvalifikácie. Zo svojho celkového príjmu hradí náklady na chod ordinácie a plat sestry, prípadne ďalšieho personálu.

Nie všetky služby, ktoré praktický lekár ponúka, sú vždy pacientom k dispozícii bezplatne v rámci NZS. Niektoré alternatívne postupy sú obvykle platené priamou platbou od pacienta alebo zo súkromného pripoistenia.

Britské zdravotníctvo nemá v primárnej sfére lekárov špecializovaných v jednotlivých odboroch, s výnimkou optika a stomatológa. Všetci ostatní špecialisti pracujú v rámci NZS iba v nemocniciach a nemocničných ambulanciách. Súkromné ordinácie špecialistov môžu existovať iba mimo verejného sektora, obvyčajne vo veľkých mestách s väčším dopytom po starostlivosti, väčšími nárokmi na kvalitu a väčšou platobnou schopnosťou.

2 Pohotovosť a urgentný príjem

Lekárska služba prvej pomoci slúži na ošetrovanie pacienta po ordinálnych hodinách praktického lekára, ku ktorému pacient patrí. Pokiaľ už pacientov praktický lekár

neordinuje a pohotovosť ešte nie je otvorená, pacient bude vyšetrený na centrálnom príjme ktorejkoľvek nemocnice.⁶¹

Vo Veľkej Británii existujú tri typy oddelení lekárskej služby prvej pomoci:

- A&E,
- Walk -in centres,
- Minor injuries units.

A&E (Accident and Emergency – úrazové a urgentné útvary)

Na oddelení A&E sa ošetrujú pacienti s vážnymi úrazmi alebo chorobami. Poskytujú rýchlu zdravotnú pomoc pri ohrození života pacienta. A&E nekontrolujú žiadne poistenie a poskytujú všetky lieky a ošetrenia bezplatne. Zdravotná sestra alebo lekár posúdi zdravotný stav pacienta a rozhodne o postupe.

Walk- in centres (WiCs)

Walk – in centres fungujú od roku 2000, je ich 93 po celej Veľkej Británii. Walk - in centres sú riadené štátnymi nemocnicami. WiCs slúžia pre pacientov s menej závažnými zdravotnými problémami vyžadujúce si však urgentný príjem:

Walk –in centres súžia prevažne ako služba prvého kontaktu k dispozícii každému bez objednania alebo registrácie. Väčšina centier je otvorená 365 dní v roku, ale nemusia byť otvorené 24 hodín denne. Nie všetky centrá však majú lekárov. Väčšina centier obsluhujú zdravotné sestry. Centrá vznikli ako doplnok k GP a A&E službám⁶².

Minor injuries units (MIU)

Toto oddelenie je určené pre zranenia a choroby neohrozujúce život pacienta.

V súčasnosti existuje 225 týchto oddelení. MIU sú určené pre ošetrenie drobných zranení a bežných ochorení.⁶³

⁶¹ <http://www.zzz.sk/?page=pohotovost>

⁶² www.nhs.uk

⁶³ www.nhs.uk

3 Nemocnice

Väčšina nemocníc vo Veľkej Británii je verejných. Služby poskytované v týchto zariadeniach sú na základe odporúčaní praktického lekára a spadajú pod úhradu v rámci NHS. Nemocnice majú okrem lôžkových častí aj ambulantnú zložku, kam praktickí lekári posielajú na odborné vyšetrenia pacientov, pokiaľ to vyžaduje ich zdravotný stav. Pacient sa môže obrátiť priamo na nemocnicu iba v prípade naliehavej akútnej starostlivosti. Lekár špecialista si môže ponechať pacienta vo svojej ambulantnej starostlivosti niekoľko mesiacov alebo rozhodne o hospitalizácii. Po stanovení diagnózy alebo ukončení liečby ho však s úplnou dokumentáciou a s podrobným opisom odporúčanej liečby posielajú späť k praktickému lekárovi. Ten pokračuje v udržiavacej liečbe, ak je nutná, a dohliada na pacienta, s tým, že kontrolné vyšetrenie môže byť dohodnuté podľa potreby. Základnou snahou je, aby praktický lekár bol prvým a základným miestom kontaktu so systémom zdravotnej starostlivosti, a teda tým, kto určuje a sprostredkúva špecializovanú starostlivosť.

Starostlivosť v rámci základných odborností poskytujú okresné nemocnice, viac špecializovanú (náročnú) starostlivosť alebo niektoré zvláštne služby zaisťujú nemocnice krajskej a nadregionálnej úrovne.

Súkromné nemocnice sa usilujú hlavne o to, aby uspokojili nekrytú alebo nedostatočne krytú potrebu určitých typov starostlivosti, napr. v oblasti gynekológie, psychiatrie, a iných⁶⁴.

4 Zubná starostlivosť

Zubní lekári, ktorí poskytujú NHS zdravotnú starostlivosť, nie sú pracovníci NHS, ale samostatne zárobkovo činné osoby a pracujú pre NHS podľa zmluvy, ktorú majú uzavreté s PCT (Primary Care Trust, trust t.j. štátna nemocnica so samostatnou správou), za účelom poskytovania dentálnych služieb.

Vo Veľkej Británii je v súčasnosti 18 000 NHS zubárov, ktorí patria, tak ako i obvodní lekári pod PTC. Nájsť dobrého NHS zubára sa v poslednej dobe stáva veľkým problémom. Na NHS zubára nemá pacient automatické právo.

⁶⁴ Pechová, M.: Modely financovania zdravotnej starostlivosti. In Dominofórum , november 2004

Od 1. apríla 2009 je zavedený cenník s vyššími cenami: za vyšetrenie sa platí 16,50 až 45,60 libier a za zložitejšie operácie, korunky, mostíky, umelý chrup sa platí okolo 198 libier.

5 Lekáreň

Každý môže dostať voľne predajné lieky v lekárňach. Týka sa to nielen tých liekov, na ktoré nie je potrebný recept, ale ktoré môžu byť predávané iba maloobchodných lekárňach, ale aj tých, ktoré sú na zozname všeobecne predajných liekov a ktoré môžu byť predávané v maloobchodných predajniach ako napríklad malé obchodíky.

Lieky alebo pomôcky vyzdvižené na základe NHS receptu a platby NHS, môžu podliehať poplatku za recept.⁶⁵ Tento poplatok sa pohybuje v rozpätí 5 – 7 Libier.

Od 3.11.2008, recepty vystavené lekármi a zubnými lekármi v iných členských štátoch alebo Švajčiarsku, môžu byť vybavené aj miestnymi lekárňami v UK.

Súkromné zdravotné poistenie

Súkromného lekára či nemocnicu je možné využiť kedykoľvek, stačí si nájsť špecialistu na problém, ktorý daný poistenec má a objednať sa na konzultáciu. Súkromná starostlivosť o zdravie, ako to už vyplýva z názvu, nie je na rozdiel od NHS zdarma. Platí sa za ňu buď v hotovosti alebo cez súkromné zdravotné poistenie. Napríklad očkovanie pri ceste do zahraničia, alebo už spomenutá krátka konzultácia niečo stojí, avšak takáto investícia je však veľmi rozumná pre prípad núdze.

Súkromné zdravotné poistenie funguje na princípe poistenia rizika voči chorobe či vážnemu ochoreniu. Po výbere poisťovne je potenciálnemu poistencovi zaslaný dotazník, v ktorom odpovedá na otázky ohľadom svojho zdravia, životného štýlu a zdravotného stavu. Na základe týchto informácií sa poisťovňa rozhodne či ho akceptuje (môže ho ale predtým poslať na zdravotnú prehliadku k odborníkovi), či odmietne poistiť na isté riziko, teda napríklad ťažké ochorenie, ktoré prekonal v minulosti a podobne.

Poistné sa platí ročne, s tým, že existuje právo svoju poisťku kedykoľvek zrušiť (v rámci zmluvných podmienok) a prejsť k inej poisťovni, alebo si prestať súkromné

⁶⁵ <http://www.szp.sk/229/velka-britania.php>

zdravotné poistenie platiť úplne. Mnoho zamestnávateľov poskytuje súkromné zdravotné poistenie ako benefit pre svojich zamestnancov. Za tento benefit ale odvádzajú daň z príjmu.

Nie všetko je však možné poistiť, sú situácie, ako napr. normálny pôrod v súkromnom zdravotnom zariadení, kozmetická plastická operácia, alebo návšteva súkromného zubára a podobne, ktoré vylučuje z poistenia väčšina poisťovní.

Tab 6: Podiel súkromných a verejných výdavkov na financovaní zdravotníctva

	Verejné výdavky %	Súkromné výdavky %
1997	80,4	19,6
1998	80,4	19,6
1999	80,6	19,4
2000	79,3	20,7
2001	80	20
2002	79,9	20,1
2003	80,1	19,9
2004	81,6	18,4
2005	81,9	18,1
2006	82	18
2007	81,7	18,3

Zdroj: Úrad pre národné štatistiky VB, www.statistics.gov.uk

Systém starostlivosti o zdravie v Anglicku je ďaleko od ideálneho, mnohým vadia čakacie lehoty k špecialistom, systémy objednávk k všeobecnému lekárovi, či nekonečné rady v nemocniciach.

Našťastie v prípade núdze v Británii funguje i súkromná zdravotná starostlivosť, hlavne vo forme lekárov špecialistov, zubárov a tiež nemocníc.

Pre Národný zdravotný systém (NHS) na rok 2008/2009 bola stanovená, na základe Systémového rámca NHS, kľúčová priorita týkajúca sa zlepšenia rutinného prístupu k službám všeobecných lekárov, pričom tieto služby sa majú zlepšiť hlavne predĺžením otváracej doby večer a cez víkendy.

Nasledujúca tabuľka obsahuje údaje za marec 2009 týkajúce sa práve plnenia kľúčovej priority na rok 2008/2009 o zlepšení prístupu k službám všeobecných lekárov predĺžením otváracej doby. Údaje sú zoradené podľa jednotlivých strategických zdravotníckych úradov (SHA), pričom stĺpec A predstavuje počet prevádzok (ambulancií), stĺpec B počet prevádzok (ambulancií) s predĺženou otváracou dobou a stĺpec C predstavuje % prevádzok (ambulancií) s predĺženou otváracou dobou

Tab 7: Predĺženie ordinačných hodín

	A	B	C
England Total	8 253	6 069	73,5%
SHA			
East Midlands	630	449	71,3%
East of England	789	567	71,9%
London	1 526	1 148	75,2%
North East	395	326	82,5%
North West	1 269	877	69,1%
South Central	504	379	75,2%
South East Coast	638	467	73,2%
South West	730	618	84,7%
West Midlands	965	658	68,2%
Yorkshire and Humber	807	580	71,9%

Zdroj:http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Statistics/Perfomancedataandstatistics/PrimaryCare/DH_089459

Informačné centrum národného zdravotného systému (NHS) uvádza lôžkové štatistiky podľa jednotlivých strategických zdravotníckych úradov (SHA) za obdobie 2007-2008 v nasledovných kategóriách :

- ukončené konzultácie (A),
- prijímacie konanie (B),
- muži (C),
- pohotovosť (urgencia) (D),
- čakací list (E),
- priemerná doba čakania (F),
- priemerná doba pobytu (G).

Tab 8: Štatistika lôžok

SHA	A	B	C	D	E	F	G
East Midlands	1 174	1 026	513	346	356	56	5,8
East of England	1 467	1 277	644	424	485	65	5,8
London	2 308	2 042	995	671	701	63	5,7
North East	927	821	417	310	314	51	5,9
North West	2 430	2 110	1 077	814	780	51	5,5
South Central	1 023	898	447	316	324	59	5,7
South East Coast	1 046	949	468	371	348	78	5,8
South West	1 695	1 449	743	471	477	64	6,0
West Midlands	1 656	1 465	714	514	516	63	5,8
Yorkshire and The Humber	1 632	1 443	706	516	562	55	5,6

Zdroj: <http://www.hesonline.nhs.uk>

Poznámka: stĺpce A, B, C, D, E sú v tisícoch, F a G v dňoch

Hlavné zásady NHS

Vo všetkom, čo NHS robí, sa riadi siedmimi kľúčovými zásadami. Sú podložené základnými hodnotami NHS vyplývajúcimi z rozsiahlych diskusií so zamestnancami, pacientmi a verejnosťou. Tieto hodnoty sú ustanovené týmto dokumentom.

1. NHS poskytuje komplexné služby dostupné pre všetkých bez ohľadu na

pohlavie, rasu, postihnutie, vek, sexuálnu orientáciu, náboženstvo alebo vieru. Má povinnosť voči každému jednému jednotlivcovi, ktorému slúži a musí rešpektovať jeho ľudské práva. Zároveň má širšiu sociálnu povinnosť podporovať rovnosť prostredníctvom služieb, ktoré poskytuje, a osobitne venovať pozornosť skupinám alebo častiam spoločnosti, v ktorých zlepšenia v zdraví a priemernej dĺžke života nedosahujú úroveň porovnateľnú so zvyškom obyvateľstva.

2. Prístup k službám NHS sa zakladá na klinickej potrebe, nie na schopnosti jednotlivca zaplatiť. Služby NHS sú bezplatné s výnimkou vymedzených okolností schválených parlamentom.

3. NHS sa usiluje o najvyššie štandardy dokonalosti a profesionality – v poskytovaní vysoko kvalitnej starostlivosti, ktorá je bezpečná, efektívna a zameraná na pocity pacienta; v plánovaní a poskytovaní klinických a iných služieb, ktoré poskytuje; v ľuďoch, ktorých zamestnáva a vo vzdelávaní, školení a rozvoji, ktorý im poskytuje; vo vedení a riadení svojich organizácií; a prostredníctvom svojho záväzku inovovať a podporovať a vykonávať výskum s cieľom zlepšiť súčasné a budúce zdravie obyvateľstva a starostlivosť oň.

4. Služby NHS musia odrážať potreby a preferencie pacientov, ich rodín a ich opatrovníkov. Pacienti so svojimi rodinami a opatrovníkmi budú v prípade, keď je to vhodné, zapojení do všetkých rozhodnutí týkajúcich sa ich liečby a starostlivosti o nich, a bude sa s nimi všetko konzultovať.

5. NHS pracuje aj mimo hraníc svojej organizácie a v partnerstve s inými organizáciami v záujme pacientov, miestnych komunít a širšej verejnosti. NHS je integrovaný systém organizácií a služieb, ktoré sú spolu spojené zásadami a hodnotami, zakotvenými v predpisoch. NHS sa zaväzuje pracovať spoločne s orgánmi miestnej samosprávy a širokou škálou súkromných či verejných organizácií a organizácií terciárneho sektora na štátnej a miestnej úrovni s cieľom poskytovať a dosahovať zlepšenia v oblasti zdravia a dobrých životných podmienok.

6. NHS sa zaväzuje poskytovať najlepšiu hodnotu za peniaze daňových poplatníkov a najefektívnejšie, najspravodlivejšie a trvalo udržateľné využívanie daných zdrojov. Verejné fondy na zdravotnú starostlivosť budú určené výhradne v prospech ľudí, ktorým NHS slúži.

7. NHS sa zodpovedá verejnosti, komunitám a pacientom, ktorým slúži. NHS je štátna služba financovaná vnútroštátnym zdaňovaním. Rámec činnosti NHS stanovuje vláda, ktorá sa aj zodpovedá za jej prevádzku parlamentu. Väčšina rozhodnutí NHS, osobitne tých, ktoré sa týkajú liečby jednotlivcov a podrobnej organizácie služieb, sa však

plným právom uskutočňuje na miestnej úrovni NHS a na úrovni pacientov s ich ošetrojúcimi lekármi. Systém ručenia a zodpovednosti za uskutočňovanie rozhodnutí v NHS má byť pre verejnosť, pacientov a zamestnancov transparentný a jasný. Vláda zabezpečí, že za týmto účelom bude vždy k dispozícii jasná a aktuálna správa o zodpovednosti NHS.

3.3.2 Nemecko

Počiatky nemeckého systému sa datujú k roku 1883, kedy parlament schválil zákon, ktorým uzákonil povinné celonárodné zdravotné poistenie pre pracujúcu triedu, tzv. modré goliere. Neskôr bol rozšírený aj na ostatné spoločenské skupiny ako výsledok kompromisu medzi zástancami a oponentmi centrálnej vlády- Bismarckov systém. Systém zákonného zdravotného poistenia bol postavený na princípe solidarity a priebežnom financovaní. Bol založený na existujúcich dobrovoľných a povinných miestnych systémoch soc. Poistenia.

Nemecko sa považuje za 1. Krajinu, ktorá zaviedla celonárodný sociálny systém

Za organizáciu a chod zdravotníctva zodpovedajú nasledovné inštitúcie:

Ministerstvá jednotlivých spolkových krajín

Ministerstvo každej spolkovej krajiny a teda aj Nemecka, čiže Ministerstvo sociálnych vecí Baden- Wurtensberska je v oblasti zdravotníctva zodpovedné za:

- zabezpečenie štruktúry hospitalizácie, pohotovostných služieb a služieb verejného zdravotníctva,
- zákonný dohľad nad regionálnymi zdravotnými poisťovňami (regionale Kassen)

Federálny poisťovací úrad

Federálny poisťovací úrad, čiže Bundesversicherungsamt je najvyšší federálny úrad so sídlom v Bonn a vykonáva dohľad nad nositeľmi a usporiadaním sociálnych poisťovní a zdravotných poisťovní. K jeho úlohám patrí aj kontrola obchodných, účtovných a podnikového riadenia, dohľad nad regionálne pôsobiacich zákonných zdravotných poisťovní, čiže bundesweite Krankenkassen a ich ošetrovateľskou starostlivosťou. Je kompetentná na realizáciu prerozdelenia poistného a schvaľovanie ošetrovacích programov pre chronicky chorých. Od roku 2009 spravuje aj zdravotný fond.

Asociácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Riadia sa §77 SGB V podľa ktorého majú zmluvní lekári povinné členstvo v

- Asociácii lekárov, čiže Kassenärztliche Vereinigungen
- Asociácii zubárov, čiže Kassenzahnärztliche Vereinigungen.

Z toho vyplýva, že každý ambulantný lekár, ktorý chce plniť poskytovateľské služby za prostriedky poisťovní je povinný sa zaregistrovať v jednej z týchto asociácií.

V súčasnosti j celkove 17 krajských asociácií lekárov a 17 krajských asociácií zubárov.

Medzi hlavné úlohy týchto asociácií patrí:

- vedenie registra lekárov
- zúčtovanie výkonov a kontrola účtov
- spracúvanie štatistiky
- organizovanie pohotovostných služieb.

Krajské spolky nemocníc

Krajské spolky nemocníc čiže Landskrankenhausgesellschaften sú registrované spolky pôsobiace v jednotlivých spolkových krajoch a členstvo v nich je dobrovoľné.

Na federálnej úrovni je financovanie zdravotníctva štátom súčasťou rozpočtov Ministerstva zdravotníctva, Ministerstva obrany (vojenská starostlivosť), Ministerstva vnútra (úradníci, policajti) a Ministerstva vzdelávania a výskumu, ktoré získavajú finančné zdroje z daní.

Na krajinskej úrovni plynie financovanie zdravotnej starostlivosti Krajmi z rozpočtu Ministerstva zdravotníctva, ostatné Ministerstvá pokrývajú napr. kapitálové investície v nemocniciach. Vedné Ministerstvá sú zodpovedné za financovanie výskumu a vzdelávania na univerzitných nemocniciach.

V Nemecku existujú dva paralelné systémy zdravotného poistenia:

.Štátne zdravotné poistenie je riadené vládou. Väčšina cudzincov (a vybrané skupiny obyvateľov Nemecka), sú povinní nechať sa poistiť v štátnej zdravotnej poisťovni. Zákonné zdravotné poistenie tvorí súčasť povinného zdravotného poistenia a tiež súčasť sociálneho poistného systému. Jeho úlohou je výber poisteneckých

príspevkov a platby za výkony špecifických v zákonom zdravotnom poisťovacom systéme

Súkromné zdravotné poistenie môže byť zvolené len v niektorých špecifických prípadoch. Všeobecne ponúka širšie pokrytie, ale nie je automaticky výhodou pre všetky prípady.

Jedným typom súkromného zdravotného poistenia je dodatkové zdravotné poistenie (napr. nadštandardná izba).

Druhým typom je doplnkové zdravotné poistenie. Pokrýva to, čo nie je pokryté hlavným poistením (napr. zubná starostlivosť).

Obe poistenia (dodatkové + doplnkové) si volí 6% štátnych poistencov.

Povinné (štátne) zdravotné poistenie

Základné zdravotné poistenie je povinné pre všetkých pracujúcich až do určitej výšky príjmu. Poistenci platia jednotné sadzby poistného (15.5% od 1.1.2009, resp. 14,9% od 1.7.2009), za čo majú nárok na základný vládou definovaný štandard zdravotnej starostlivosti. Pred rokom 2009 sadzby neboli jednotné a v závislosti od poisťovne sa pohybovali v rozmedzí 10%-15% príjmu poistenca. Polovicu sadzby platí zamestnanec a polovicu zamestnávateľ. Poistenie má rodinný charakter, t.j. kryje aj náklady na zdravotnú starostlivosť o členov blízkej rodiny poistenca (manžel/ka, deti). Rodinní príslušníci, bez príjmu, sú poistení bez platenia príspevku.

Ide o priebežný systém, v ktorom nedochádza ku kumulácii úspor. Poisťovne nemôžu odmietnuť uchádzača o poistenie, zakázaná je tiež diskriminácia podľa veku, pohlavia, atď. Výšku platieb poskytovateľom dojednávajú poisťovne so združeniami poskytovateľov na úrovni jednotlivých spolkových krajín.

Malému počtu ľudí (napr. nezamestnaní) kryje zdravotnú starostlivosť, resp. platby poistného vláda z daní, alebo zo sociálneho poistenia. Dlhodobým problémom základného poistenia je deficitné financovanie, ktoré sa vláda snaží riešiť zužovaním základného štandardu, zvyšovaním doplatkov a spoluúčasti, posilňovaním súťaže, ale od roku 2009 aj zvýšením poistnej sadzby.

Povinné zdravotné poistenie - financované je väčšinou príspevkami úmernými príjmu prispievateľa. Príspevky predstavujú percentuálny podiel z príjmu, až do

maximálneho limitu. Tento limit predstavuje maximálnu výšku príspevku pracovníka a jeho príjem, z ktorého sa povinné príspevky odvodzujú.

Povinné poistenie pokrýva takmer 90 % populácie. Systém povinného poistenia poskytuje združenú zdravotnú starostlivosť. Rozsah krytých služieb je rovnaký pre všetkých poistencov. Ostatné služby sú hradené cez extra poplatky. Extra poplatky musia platiť všetci poistenci, výnimkou sú prípady núdze (finančnej, sociálnej).

Vzhľadom na to, že základná zdravotná starostlivosť je zo zákona poskytovaná na základe solidarity, nedochádza v tomto prípade medzi jednotlivými subjektmi ku konkurencii. V praxi sa to potom môže odraziť na kvalite poskytnutej zdravotnej starostlivosti a na zdraví pacientov.

Povinnosť štátneho zdravotného poistenia

Od roku 2007, je štátne zdravotné poistenie povinné pre tieto skupiny:

- Zamestnanci, ktorých pravidelný príjem pred odpočítaním odvodov nepresahuje 400 € za mesiac. V roku 2006, bol všeobecný ročný hrubý príjem povinného štátneho poistenia, limitovaný sumou 47.250 € ročne.
- Študenti na štátnych univerzitách.
- Ľudia na pracovných stážach, alebo cudzinci v rámci stredoškolského vzdelávania
- Dôchodcovia, ktorí boli v zákonomnom zdravotnom poistení alebo boli poistení ako rodinný príslušník po väčšinu druhej polovice svojho pracovného života.
- Nezamestnaní ľudia poberajúci dávky z Federálnej služby zamestnanosti (s niektorými výnimkami)

Súkromné poistenie

Ľudia s príjmom nad hranicu stanovenú pre základné zdravotné poistenie sa môžu rozhodnúť, či budú poistení v prísnejšie regulovanom základnom systéme (GKV), alebo uzatvoria voľnejšie regulované súkromné poistenie (Private Krankenversicherung - PKV), ktoré ponúka zhruba 50 poisťovní. Len zhruba jedna štvrtina ľudí si volí súkromné poistenie.

Poistné platby v súkromnom poistení závisia od rozsahu krytia, ako aj od rizikového profilu poistenca. Zákon tu vyžaduje kumuláciu úspor pre krytie nákladov vo vyššom veku. Všeobecne je súkromné poistenie atraktívnejšie pre mladých ľudí, ktorí platia nižšie poistné platby. S vekom a založením rodiny sa však platby zvyšujú. Poistenie nemá rodinný charakter, keďže každý člen rodiny musí uzatvoriť osobitné zmluvy.

Súkromné zdravotné poistenie pokrýva pracujúcich v štátnej službe, SZČO, zamestnancov, ktorých príjem presahuje hranicu stanovenú na povinné poistenie, pre členov ich rodín a pre niektorých nezamestnaných. Súkromné poistenie pokrýva okolo 11 % nemeckej populácie.

Súkromné zdravotné poistenie majú možnosť uzatvárať pracujúci v štátnej službe, SZČO, zamestnanci, ktorých príjem presahuje určený limit (3975 € v r. 2007) a platí pre členov ich rodín (tzv. dobrovoľne poistení). V súkromnom zdravotnom poistení nefunguje bezplatné poistenie členov rodiny. Každý jednotlivec je poistený samostatne na základe poistnej zmluvy

Súkromné poistenie priamo konkuruje povinnému poisteniu, pre tie skupiny obyvateľov, ktoré majú možnosť výberu medzi povinným poistením a súkromným poistením.

V prípade súkromného poistenia sa vytvára priestor pre konkurenciu medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami, ktoré medzi sebou súperia v množstve, kvalite, špecializácii, nadštandardnosti a mnohých ďalších aspektoch ponúkaných produktov. V mnohých prípadoch sú však tieto produkty dostupné hlavne pre lepšie ekonomicky zabezpečených občanov a tí sú spravidla aj ich užívatelia.

Súkromné zdravotné poisťovne sú akciové spoločnosti, alebo spoločnosti s ručením obmedzeným a pracujú na komerčnej báze využívajúc bežné nástroje z komerčného poisťovníctva.

Dohľad na súkromnými zdravotnými poisťovňami vykonáva Federálna agentúra pre finančné služby – dohľad.

Rozsah a druh pokrytia zdravotného poistenia pri súkromnom zdravotnom poistení nie je stanovený zákonom. Riadi sa na základe dvojstranne uzatvorenej poistnej zmluvy. Súkromné zdravotné poisťovne sa teda opierajú len o zákon o zmluvnom poistení. Rozsah poistne krytých výkonov tak nemôže poisťovateľ jednostranne meniť.

Poisťovne poskytujú poistenie na odlišných princípoch ako zákonné zdravotné poisťovne, a to:

- **princíp ekvivalencie** – poistné prémie sú rovnaké pri rovnakých individuálnych rizikových faktoroch ako je vstupný vek, pohlavie a zdravotný stav bez ohľadu na príjem poistenca
- **princíp refundácie nákladov** – medzi poskytovateľom zdravotných výkonov a pacientom sa uzatvorí zmluva o ošetrovaní, poskytnuté výkony sú vystavené pacientovi na faktúre a cena za výkony je určená na základe nariadenia o poplatkoch pre lekárov alebo zubárov
- **dohodnuté výkony** – pacienti majú právo len na výkony dohodnuté v poistnej zmluve
- **starobné rezervy**

Tab 9: Rozdelenie zdravotných poistencov v roku 2007:

Povinne zdravotne poistení	41,12 %
Rodinní príslušníci	28,04 %
Dôchodcovia	24,06 %
Dobrovoľne zdravotne poistení	6,78 %

Zdroj: Federálne ministerstvo zdravotníctva 2009

Tab 10: Pokrytie nemeckého obyvateľstva zdravotným poistením:

Zákonne zdravotne poistení	87,88 %
Súkromne poistení	9,70 %
Iná poistná ochrana	2,18 %
Nepoistení	0,24 %

Zdroj: Federálny štatistický úrad Nemecka 2009

Priame platby

Systém zákonného zdravotného poistenia poskytuje zdravotnú starostlivosť, pričom rozsah krytých služieb je rovnaký pre všetkých poistencov. Od januára 2004 po zavedení zákona o modernizácii zdravotnej starostlivosti sa začala uplatňovať finančná spoluúčasť (Zuzahlungen) poistencov na všetky zdravotné výkony. Poistenci platia

príplatky, ktoré sa uhrádzajú priamo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti. Príplatky musia platiť všetci poistenci, výnimkou sú len prípady finančnej a sociálnej núdze.

Priame platby sú vo výške 10 % z celkových nákladov, najviac však 10 € a najmenej 5€. Keď sú náklady nižšie ako 5 €, zaplatí sa ich skutočná cena.

Všetky priame platby nesmú prekročiť výšku tzv. zaťažujúcej hranice (Belastungsgrenze). Preto musia byť všetky doklady pre účely zdravotného poistenia o spoluplatbách doložené. Ročná zaťažujúca hranica nesmie prekročiť 2% z hrubého ročného platu poistencov. Poistencom, ktorí dosiahli zaťažujúcu hranicu, vystaví zdravotná poisťovňa pre daný rok oslobodenie. Pre dôchodcov tiež platí povinnosť úhrady priamych platieb pričom za základ na výpočet zaťažujúcej hranice sa považuje výška ročného dôchodku. Pre chronicky chorých je zaťažujúca hranica stanovená vo výške 1% z ich ročného hrubého platu.

Pre rodiny s deťmi do 18 rokov sa znižuje príjmový základ na výpočet zaťažujúcej hranice za vyživované dieťa o 3648 € ročne a v prípade spolupoisteného manžela/manželky o 4410 € Ročne. V prípade, že sa o deti stará jeden rodič, sa príjmový základ na výpočet zaťažujúcej hranice znižuje na prvé dieťa o 4410 € a na ďalšie deti o 3648 €.

Pre prijímateľov sociálnej pomoci platí tzv. pravidlo hlavy rodiny (Regelsatz des Haushaltsvorstands) – suma, ktorá slúži ako základ na výpočet zaťažujúcej hranice namiesto ročného hrubého príjmu. Z tejto sumy sa už neodpočítavajú zníženia za deti alebo spolupoisteného partnera.

Samotné deti a mládež do plnoletosti sú v zásade oslobodené od priamych platieb. Jediná výnimka je poplatok pri dopravných nákladoch a ošetrovania zubov.

Kto sa zúčastňuje predplatených preventívnych prehliadok môže od svojej zdravotnej poisťovni získať finančný bonus. To môže byť čiastočné oslobodenie od priamych platieb alebo zľava na poistných príspevkoch. To platí aj pre poistenca, ktorý sa zúčastňuje systému „rodinný doktor“, štruktúrovaného liečebného programu pre chronicky chorých alebo integrovaného opatrovateľstva.

Tab 11: Maximálna hranica príjmu pre platby

Ročný príjem v €	2 % zaťažujúca hranica				1% zaťažujúca hranica
	A	B	C	D	
8 000	160	71,8	-	-	80
10 000	200	111,8	38,84	-	100
12 000	240	151,8	78,84	5,88	120
20 000	400	311,8	238,84	165,88	200
24 000	480	391,8	318,84	245,88	240
30 000	600	511,8	438,84	365,88	300
40 000	800	711,8	638,84	565,88	400

Zdroj: Federálny štatistický úrad Nemecka 2009

A – zamestnanec / dôchodca

B – manželia alebo rodič s 1 dieťaťom

C – manželia s 1 dieťaťom alebo rodič s 2 deťmi

D – manželia s 2 deťmi alebo rodič s 3 deťmi

E – chronicky chorí

Prerozdeľovanie poistného

Prerozdeľovanie finančných zdrojov v sektore zdravotníctva neprináša v globále dodatočné zdroje do systému. Ide o preskupovanie finančných prostriedkov kvôli kompenzácii rizikových štruktúr jednotlivých zdravotných poisťovní a tým odstránenie konkurenčnej výhody tých poisťovní, ktoré majú zdravší poistný kmeň.

Prerozdeľovanie poistného medzi nemeckými zákonnými zdravotnými poisťovňami, bez 9 poľnohospodárskych zdrav. poisťovní, bolo zavedené zákonom o zdravotnej štruktúre k 1. januáru 1994 s cieľom vytvoriť rovnaké šance v získavaní poistenca pre zúčastnené zdravotné poisťovne, aby sa vyrovnali finančné následky rozličných historicky vzniknutých rizikových štruktúr poisťovní.

Rizikové faktory, ktoré sa zohľadňujú v prerozdelení systému sú:

- rozdelenie poistencov podľa rizík chorobnosti, veku, pohlavia ako aj zamestnaneckého statusu a zárobkovej schopnosti a aj nároku na nemocenské dávky

- rozdiely v počte bezplatne spolupoistených členov rodiny poistenca

So zákonom o reforme prerozdelenia v zákonnom zdravotnom poistení bol postup prerozdelenia mechanizmu pozmenený, aby sa korigoval konkurenčný vývoj chýb. Preto k 1. januáru 2002 bol vytvorený špeciálny fond tzv. „Risikopool“ pre čiastočnú kompenzáciu výdavkov na ťažko chorých. Zdravotným poisťovniam je navrátených z tohto fondu 60% všetkých ročných výdavkov na jedného poistenca za nemocenskú starostlivosť, lieky, nemocenské dávky a od roku 2003 vrátane nelekárskych dialyzačných výkonov, ktoré presiahli 20450 eur.

Súkromné poisťovne operujú na základe princípu ekvivalencie, ktorý stojí v protiklade k solidárnemu princípu. Znamená to, že neexistuje solidarita medzi poistencami, ani medzi zdravotnými poisťovňami. Kto má vyššie zdravotné riziko, znáša aj vyššie náklady za zdravotnú starostlivosť.

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti

Ambulantná starostlivosť zahrnujúca primárnu aj sekundárnu starostlivosť je organizovaná na základe úradom stanovených lekárov. Väčšina lekárov má aj sólovú prax – ale zahrňuje iba 25 %-ný podiel celkovej praxe. Asi 5 % týchto lekárov má právo starať sa o pacientov v nemocniciach. Je to hlavne v oblasti drobnej chirurgie. Ostatní lekári posielajú svojich pacientov do nemocnice a starajú sa o nich až v oblasti pooperačnej starostlivosti.

Okrem úradom stanovených lekárov je na ambulantnú starostlivosť akreditovaných 11 000 ďalších lekárov. Sú to lekári – vedúci nemocničných oddelení, ktorí sa starajú o pacientov v individuálnom čase (2 % – 5 % ambulantnej starostlivosti). Asi 7800 lekárov pracuje ako zamestnanci v ambulantnej sfére.

V Nemecku neexistuje regulovaný systém – pacienti si môžu vybrať z lekárov, ktorí majú zmluvu s príslušným poisťovacím fondom. Môžu ho meniť raz za kvartál (kvôli preplácaniu služieb). Rodinný lekár je väčšinou bez špecializácie. Internisti a pediatri sa môžu rozhodnúť, či budú pracovať ako rodinní lekári, alebo ako špecialisti. Je to dôležité, keďže sa služby obom preplácajú rôzne.

Platobné mechanizmy

Nemecko nemá jeden rozpočet na zdravotnú starostlivosť. Zdroje určené na zdravotnú starostlivosť pochádzajú z rozličných ministerstiev. Okrem toho 292 zdravotných fondov (poisťovní) má svoj vlastný rozpočet, nezávislý od ostatných sociálnych rozpočtov.

Na federálnej úrovni je financovanie zdravotníctva súčasťou rozpočtov Ministerstva zdravotníctva, obrany (vojenská starostlivosť), vnútra (úradníci, policajti...) a vzdelávania a výskumu. Na krajinskej úrovni plynie financovanie zdravotnej starostlivosti z rozpočtu ministerstva zdravotníctva a vedy, ostatné ministerstvá pokrývajú napr. kapitálové investície v nemocniciach. Vedné ministerstvá sú zodpovedné za financovanie výskumu a vzdelávania v univerzitných nemocniciach.

Zdravotné poisťovne nepreplácajú výkony zmluvným lekárom a zubárom priamo, majú uzatvorené zmluvy s Krajskými asociáciami lekárov a zubárov, ktorým vyplatia celkové odmeny za všetkých ich členov. Finančné prostriedky, ktoré získa Asociácia od poisťovní podľa kalkulačného vzorca za každého poistenca raz za štvrt'rok, vydelí počtom bodov, ktoré vytvorili všetci zmluvní lekári. Asociácia na základe týchto prepočtov potom prepláca jednotlivým lekárom ich výkony vo forme tzv. honorárov. Od 1.4. 2007 však existuje možnosť pre povinných poistencov vybrať si tzv. voliteľnú tarifu, pri ktorej sa poistenci chovajú rovnako ako pri súkromnom poistení. Odmeňovanie v nemocnici je vykonávané cez systém paušálnych platieb a DRG systému. Zákonné zdravotné poisťovne financujú operačné náklady, zahŕňajúce zdravotný tovar a všetky personálne náklady nemocníc. Na pokrytie operačných nákladov schvaľujú jednotlivé nemocnice rozpočet v predstihu na jeden rok spolu s Krajskou asociáciou zdravotných poisťovní.

DRG systém pokrýva 100 % nákladov, je platený podľa jednotných sadzieb a pokrýva všetky služby v zdravotnej starostlivosti. Berie do úvahy jednotlivé diagnózy a ich klinickú náročnosť, zložitosť choroby a vek pacienta. Na základe týchto skutočností boli tieto diagnózy rozdelené v roku 2005 do 878 skupín. Relatívna váha týchto skupín je stanovená na národnej úrovni pomocou priemerných nákladov a podľa nej sa jednotlivým prípadom pridelujú body.

V súkromnom poistení medzi poskytovateľom zdravotných výkonov a pacientom sa uzatvorí zmluva o ošetrovaní. Poskytnuté výkony sú pacientovi vystavené na faktúre a cena za výkony je stanovená na základe nariadenia o poplatkoch pre lekárov alebo

zubárov. Súkromne poistení pacienti si platia svoje faktúry od lekára sami a tie sa po schválení súkromnou zdravotnou poisťovňou preplácajú.

Od 1.1.2009 začali v Nemecku fungovať viaceré opatrenia „Reformy zdravotníctva 2007“. Tieto zavádzajú do systému zdravotnej starostlivosti niekoľko výrazných zmien oproti predchádzajúcemu obdobiu. Tieto zmeny môžeme rozčleniť na tri významné skupiny:

Prvú skupinu tvoria zmeny v zdravotnom poistení. Najvýznamnejšou je, že všetci občania v Nemecku sú povinný uzatvoriť si zdravotné poistenie. Každému občanovi musí byť umožnený návrat k zdravotnému poisteniu. Zaviedla sa jednotná sadzba zdravotného poistenia. Poistencom nie je umožnený prechod od súkromného poistenia k štátnemu. V prípade nedostatku finančných prostriedkov môžu poisťovne so znevýhodneným kmeňom požiadať svojich poistencov o priamy doplatok. (max 1% príjmu domácnosti)

Druhou je vznik jednotného Zdravotného fondu. Tento zdravotný fond vyberá príspevky od všetkých poistencov, zamestnávateľov a aj štátne dotácie. Následne tieto finančné prostriedky prerozdeľuje jednotlivým poisťovniam podľa ich poistného kmeňa.

Treťou sú zmeny v úhradách a poskytovaní zdravotnej starostlivosti. V nemocničnej starostlivosti sa podporuje ambulantná forma starostlivosti a znižujú sa výdavky lôžkových častí. Pri preplácaní nákladov na lieky si zdravotné poisťovne stanovili hornú hranicu nákladov, v prípade veľmi drahých alebo špecifických liekov sa vyžaduje aj potvrdenie indikácie ďalším lekárom. V oblasti rehabilitácie a domácej starostlivosti sa zaviedol právny nárok na tieto typy starostlivosti. Zaviedli sa vysoké doplatky na úkony, ktoré nie sú medicínsky odôvodnené.

Tab 12: Porovnanie slovenského a nemeckého modelu

Vybrané ukazovatele	Slovenská republika	Nemecká spolková republika	
	Povinný zdravotný systém	Povinný zdravotný systém	Súkromný zdravotný systém
Zdravotný model	Bismarckov model	Bismarckov model	Komerčný model
Pluralita ZP	Áno	Áno	Áno
Počet ZP	5	242	48
Právna forma ZP	a.s.	Verejnoprávne spoločnosti so samosprávou	a.s. alebo s.r.o.
Zmena zdravotnej poisťovne	Po 12 mesiacoch	Po 18 mesiacoch	-

Možnosť voľby zdravotnej poisťovne	Všetci poistenci	Takmer všetci	Všetci poistenci
Spôsob financovania	Priebežné financovanie	Priebežné financovanie	Kapitálové financovanie
Hlavný príjem	Preddavky na poistné	Poistné príspevky	Poistné prémie
Sadzba poistného príspevku	Pevná, stanovená zákonom	Stanovená zákonom v určenom limite	Vypočíta ju aktuár
Prerozdeľovanie poistného	Áno	Áno	Nie
Hradené výkony	Stanovené nariadením vlády SR	Schválené Spoločným federálnym výborom	Podľa dohody v poistnej zmluve
Poistenie dlhodobej starostlivosti	Neexistuje osobitná platba	Samostatné od 1995 1,7%	
Vysporiadanie s poskytovateľmi ZS	Priamo mesačne s každým poskytovateľom	Nepriamo štvrťročne prostredníctvom zastrešujúcich Asociácií	Preplácanie faktúr od poskytovateľov ZS
Dohľad nad ZP	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	Federálny poistný úrad	Federálna agentúra pre finančné služby – dohľad
Výsledok hospodárenia	Áno	Nie	Áno
Výdavky na prevádzku	Stanovuje zákon	Nestanovuje zákon	Nestanovuje zákon

Zdroj: vlastné spracovanie

Ústredné princípy nemeckého zdravotného systému

- **princíp solidarity:** pod prvým stupňom solidarity sa rozumie vyrovňovanie šancí medzi bohatými a chudobnými, mladými a starými, zdravými a chorými skupinami obyvateľstva. Zákonné zdravotné poisťovne preto stanovujú svoje poistné príspevky podľa výšky príjmu poistenca a nie podľa jeho stupňa rizikovosti pre poisťovňu.

Druhý stupeň solidarity je medzi zákonnými zdravotnými poisťovňami navzájom. Princípom je, že tie poisťovne, ktorých poistenci vykazujú nižšie zdravotné riziko, sa vzdávajú časti poistného pre tie zdravotné poisťovne, ktoré musia svojim poistencom poskytnúť viac zdravotníckych služieb....

- **princíp priebežného financovania** – sociálne poistenie v Nemecku je priebežne financované t.j. napr. pri zdravotnom poistení sa príjmy priamo použijú len na pokrytie výdavkov za výkony
- **princíp naturálneho plnenia** – úhradu za výkony vykonávajú zdravotné poisťovne, nie samotní poistenci, od 1. apríla 2007 však existuje aj možnosť pre poistencov vybrať si tzv. voliteľnú tarifu, kde tento princíp neplatí.
- **zákonne upravené nároky**
- **princíp subsidiarity** – hierarchizovanie zodpovednosti za zdravie od jedinca cez rodinu, obec, sociálny podporný systém až po poslednú inštanciu, ktorou je štát, a ktorý zasahuje v prípade núdze poistenca.
- **sloboda výberu** – poistenci si môžu slobodne vybrať spomedzi zmluvných lekárov svojho rodinného lekára a súčasne si môžu slobodne vybrať, vo väčšine prípadov aj svoju zdravotnú poisťovňu.

3.3.3 USA

Rozdielnosť ekonomického vývoja v rozličných štátoch viedla k vzniku rozličných druhov zdravotných systémov. Vo všeobecnom ponímaní môžeme hovoriť, že vo všetkých krajinách je systém zdravotníctva založený na prevládajúcom princípe verejného sektora. No systém zdravotníctva v USA je založený na trhovom princípe, teda princípe, kde vedúce postavenie zohráva súkromný sektor. Štátne intervencie a regulácie smerujú do systému len vtedy, ak nastane v tomto systéme zlyhanie.

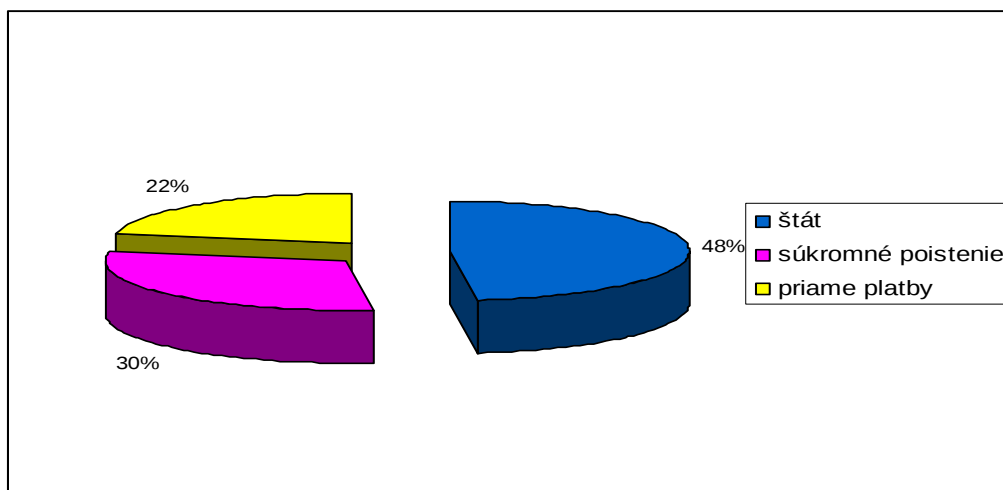
USA – jediná vyspelá západná krajina sveta, ktorá svojim občanom nezaručuje právo na zdravotné poistenie.

USA sú predstaviteľ trhového modelu zdravotníctva, kde prevláda súkromný sektor. Štátne regulácie majú len doplnkový charakter pri vyrovnávaní nedostatkov vzniknutých zlyhávaním trhu. USA sú zároveň jedinou vyspelou krajinou, ktorá nemá jednotný federálny program zaistenia zdravotnej starostlivosti a jednotnú federálnu zdravotnú politiku. Preto sa o tomto systéme hovorí ako o „non-systéme“.

V Amerike ide o kombináciu súkromného, štátneho a cirkevno-charitatívneho (tretí sektor) systému zdravotníctva, čiže ide o systém zmiešaný.

Výdavky na zdravotníctvo uvádza nasledovná štruktúra:

Graf 10: Výdavky na zdravotníctvo v USA



Zdroj: OECD Healthdata 2008

Primárna starostlivosť zahŕňa základnú ambulantnú preventívnu a liečebnú starostlivosť vrátane sprostredkovania ďalšej odbornej, ambulantnej a ústavnej starostlivosti, lekárskej služby prvej pomoci a rýchlej zdravotnej pomoci. V USA je primárna sféra takmer plne súkromná. Zdravotnú starostlivosť zabezpečujú súkromní lekári všeobecného zamerania, a tiež špecialisti, ktorí pracujú individuálne alebo vytvárajú skupinové praxe. Podiel individuálnych praxí postupne klesá a čoraz viac lekárov sa spája do združených praxí.

Sekundárnu starostlivosť tvorí preventívna, diagnostická a liečebná starostlivosť presahujúca rámec primárnej starostlivosti. Starostlivosť zabezpečujú zdravotnícke zariadenia – nemocnice, ktoré majú rôzne vlastnícke formy a rôznych zriaďovateľov. Rozoznávame tri typy nemocníc. Komunálne nemocnice, ktoré patria pod mestskú správu alebo pod jednotlivé štáty a poskytujú akútnu starostlivosť. Majú súkromný (ziskové a neziskové) a verejný charakter. Federálne nemocnice sú vyhradené len určitým skupinám obyvateľstva, ako sú napr. veteráni alebo pôvodní obyvatelia. Tretí typ sú takzvané výučbové nemocnice nachádzajúce sa pri lekárskech fakultách. Poskytujú **terciárnu starostlivosť** (následnú) a okrem toho aj liečbu chudobným a nepoisteným osobám, ktoré väčšinou liečbu nemôžu zaplatiť.

V USA neexistuje **systém všeobecného zdravotného poistenia**. Poistenie je dobrovoľné a funguje na trhovách princípoch. Nevyplýva zo zákona. Zdravotná starostlivosť sa financuje z viacerých zdrojov. Existujú dva systémy poistenia a priame platby. Jedným je súkromné poistenie, ktoré hradí asi 30 % nákladov zdravotníctva a

môže byť individuálne a hromadné. **Individuálne** poistenie si uzatvárajú jednotliví občania s poisťovňami na komerčnej báze. Stanovuje sa podľa miery individuálneho rizika. Spravidla je dohodnutá aj určitá spoluúčasť.

Hromadné poistenie sa vzťahuje na zamestnancov firiem a podnikov a na ich rodinných príslušníkov. Poistenie financujú zamestnávateľia alebo spoločne zamestnávateľia a zamestnanci prostredníctvom poisťných dávok. Súkromní zamestnávateľia a zamestnanci sú najdôležitejší nákupcovia zdravotnej starostlivosti.

Zamestnávateľ dobrovoľne poskytuje poistenie v rámci starostlivosti o zamestnanca na zabezpečenie kvalifikovanej pracovnej sily a je na to motivovaný aj daňovými úľavami. Poistné je časť mzdy, ktorá sa zamestnancovi nevypláca, nepodlieha daňovej povinnosti a zároveň si ju zamestnávateľ môže dať do nákladov. Dávky poistného sa platia pravidelne, týždenne alebo mesačne. Poistenie nezahŕňa všetky druhy zdravotnej starostlivosti – pokrýva zhruba 60 % výdavkov na lekárske služby a 25 % výdavkov na lieky. Nevýhodou tohto poistenia je, že keď zamestnanec stratí prácu, stráca poistenie spolu s členmi svojej rodiny. Zamestnanec je poistený ešte tri mesiace po strate zamestnania.

V posledných rokoch väčšina veľkých zamestnávateľov nekupuje predplatenú zdravotnú starostlivosť od skromnej zdravotnej poisťovne, ale skôr uprednostňuje samopoistenie. Je to vlastne priama platba za dohodnutú zdravotnú starostlivosť o zamestnanca za nižšie ceny, na ktorých sa dohodnú s určitým poskytovateľom. Náklady zamestnávateľa sa takto znižujú, ale zároveň zamestnanci prichádzajú o slobodný výber lekára.

Druhým typom je štátne, resp. verejné poistenie s dofinancovaním zdravotnej starostlivosti z federálnych zdrojov formou programov Medicare a Medicaid, v ktorých sa štát zameriava na starších, nevládných a chudobných občanov. Štát sa takto podieľa 48 % na nákladoch zdravotníctva. Niektorí obyvatelia si nemôžu dovoliť platiť individuálne súkromné poistenie alebo im zamestnávateľia neposkytujú zdravotné poistenie. Títo ľudia zostávajú preto **nepoistení**. V USA bolo v roku 2008 nepoistených 47 miliónov ľudí, čo je asi 17 percent. V prípade ochorenia si teda musia všetko hrať alebo ich ošetriť len vo „free clinics“, teda „nemocniciach pre chudobných“. USA má 395 812 800 obyvateľov (december 2008).

Programy Medicare a Medicaid vznikli ako kompromis po stroskotaní pokusu zaviesť celonárodné zdravotné poistenie a po vzniknutí krízy na trhu zdravotného poistenia. Postupne sa prejavila potreba štátnych zásahov, a tak v roku 1965 Kongres zareagoval a vznikli federálne programy. Správou preplácania výdavkov lekárom z týchto programov poveril Kongres poisťovne Modrý Kríž a Modrý Štít. Obidva programy majú každý rok vyčlenený objem federálnych prostriedkov.

Program Medicare je najväčší zdravotný federálny program, napojený na celonárodný systém dôchodkového zabezpečenia a iné druhy sociálneho poistenia. Je zameraný na Američanov starších ako 65 rokov a na niektoré skupiny chorých – invalidných, ktoré nie sú poistené vôbec alebo ich poistenie má veľmi obmedzený rozsah. Je financovaný zo štyroch rôznych zdrojov:

- povinné príspevky ekonomicky aktívnych obyvateľov – zamestnancov aj zamestnávateľov na sociálne zabezpečenie,
- príjmy zo štátneho rozpočtu,
- poistné od užívateľov programu,
- finančná spoluúčasť a percentuálna suma od pacientov.

Program má dve časti: Časť A, resp. trastový fond nemocničného poistenia je založený na princípe sociálneho poistenia. To znamená, že ekonomicky aktívni obyvatelia odvádzajú počas svojich pracovných rokov povinné príspevky do trastového fondu s tým, že po odchode do dôchodku budú môcť využívať program Medicare. Z tejto časti je hradená nemocničná starostlivosť a kvalifikovaná domáca ošetrovateľská starostlivosť.

Časť B je doplnkový zdravotný poistný program určený na úhradu poskytovanej starostlivosti praktickými lekármi, ambulantnými špecialistami a iných služieb. 25 % tejto časti tvoria povinné príspevky každého účastníka a 75 % dane zo štátneho rozpočtu.

Tento program sa orientuje hlavne na akútnu starostlivosť. Nekryje dlhodobú starostlivosť, preventívne prehliadky a lieky na predpis. Program pokrýva iba necelú polovicu celkových výdavkov na zdravotnú starostlivosť o starých obyvateľov. Ten, kto je zaradený do systému sociálneho zabezpečenia (čiže si ako ekonomicky aktívny platí príspevok), je po dosiahnutí 65 rokov veku zahrnutý aj do programu Medicare. Týmto programom je zabezpečených približne 39 mil obyvateľov.

Program Medicaid je najväčším zdravotným poisťovateľom v Spojených štátoch, ktorý pokrýva lekárske služby a dlhotrvajúcu starostlivosť. Vznikol v roku 1965 rovnako ako Medicare. Zameriava sa predovšetkým na krytie preventívnej, akútnej a dlhodobej starostlivosti. Program môžu využívať osoby spĺňajúce určité podmienky. Musia spadať do príjmových kategórií podľa štandardov stanovených jednotlivými štátmi USA alebo musia patriť do jednej z týchto skupín:

- starší ako 65 rokov,
- slepí, iným spôsobom úplne invalidní,
- rodičia s nezaopatrenými deťmi.

Hoci rodiny s deťmi s nízkym príjmom tvoria takmer tri štvrtiny užívateľov programu Medicaid, im poskytovaná zdravotná starostlivosť tvorí menej ako 30 % výdavkov programu. Najväčšími spotrebiteľmi sú osoby slepé a invalidné – postihnuté, pretože si vyžadujú zvýšenú akútnu a dlhotrvajúcu starostlivosť.

Zo zákona je stanovené, že štáty musia programom Medicaid kryť nemocničné služby pre ambulantných aj neambulantných pacientov, starostlivosť poskytovanú lekármi, pôrodnými asistentkami, certifikovanými sestričkami, ďalej laboratórne a rádiografické služby, domácu ošetrovateľskú starostlivosť a ďalšiu domácu starostlivosť, preventívne a pravidelné kontroly, diagnózy a liečbu osôb mladších ako 21 rokov, plánovanie rodiny, starostlivosť poskytovanú vidieckymi zdravotnými klinikami a federálnymi kvalifikovanými komunálnymi zdravotnými centrami. Medicaid sa tiež správa ako náhradný poisťný program pre starých a postihnutých občanov s nízkymi príjmami, ktorí sú užívateľmi programu Medicare. Medicaid platí za nich poisťné do Medicare a zúčastňuje sa na nákladoch v Medicare na služby pre týchto ľudí. Ďalšie položky bežne kryté jednotlivými štátmi zahŕňajú lieky na predpis, klinické služby, prostatické zariadenia, načúvacie pomôcky, zdravotnú starostlivosť, sprostredkovateľskú starostlivosť pre mentálne postihnutých. Štát má možnosť kryť aj ďalšie služby a požiadať o príspevok na ne z federálnych financií. Každý štát spravuje svoje vlastné programy a stanovuje si vlastné štandardy na kvalifikačné predpoklady – určuje typ, sumu, trvanie a dosah krytých služieb, ustanovuje sadzbu platieb za služby.

Program je financovaný čiastočne z federálneho rozpočtu a čiastočne z rozpočtu jednotlivých štátov USA. Zdravotné služby sa hradia podľa schémy federálnej vlády. 50 % nákladov hradia všetky štáty rovnako. Zvyšok sa hradí v závislosti od úrovne priemerných miezd na osobu v jednotlivých štátoch USA. Tento program poskytuje služby pre 41,3 mil. obyvateľov.

V roku 1929 vznikla jedna z najvýznamnejších **zdravotných poisťovní** Blue Cross – Modrý kríž, ktorá najskôr začínala ako nezisková poisťovňa, ale neskôr prešla na komerčný princíp. V roku 1949 Modrý kríž pokrýval 61 % z celého zdravotného poistenia a stal sa významnou inštitúciou zdravotného poistenia pre stredné vrstvy. Modrý kríž nehradí náklady na zdravotnú starostlivosť spätnou úhradou pacientom, ale priamou platbou poskytovateľom zdravotných služieb. Tí lekári primárnej starostlivosti, ktorí boli ochotní nebrať platby od pacientov, ale čakať na preplatenie od poisťovne, sa združili v organizácii Blue Shield – Modrý štít. Takto sa zjednodušili vzťahy medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a jej platcami.

Postupne si klientov získali súkromné poisťovne, ktoré fungovali na ziskovom princípe a poistné vymeriavali podľa odhadovaného rizika ochorenia danej poistnej osoby. Úlohu pri individuálnom riziku hrá hlavne vek, pohlavie, chorobnosť, zdravotný stav, počet členov rodiny, behaviorálne riziko. Výška poistného ďalej závisí od rozsahu služieb, dĺžky poistenia v rokoch a finančnej spoluúčasti. Osoby s menším rizikom platia nižšie poistné.

V súčasnosti je v USA viac ako 1000 poisťovacích spoločností. Niektoré si zachovali neziskový charakter, pôsobia tu však aj ziskové poisťovne.

Na trhu pôsobia rôzne druhy zdravotných poisťovní:

1. Tradičné poisťovne (Fee-For-Service Plans, resp. Indemnity Plans) – preplácajú náklady na liečbu u každého poskytovateľa, ktorého si zvolí poistenec. Kvôli širokej dostupnosti poskytovateľov je tradičné poistenie zvyčajne drahšie. Poisťovne bežne stanovujú ročný strop pre výdavky pacienta. Náklady prevyšujúce tento strop preplácajú poisťovne v plnej výške. Z pohľadu pacienta sú tradičné poisťovne náročné na administratívu, keďže vyžadujú vyplňanie formálnych žiadostí na preplatenie nákladov na liečbu.

2. Poisťovne manažujúce pacienta (tzv. Managed Care Organizations – riadená starostlivosť) – platia za liečbu len vybraným poskytovateľom (s výnimkou naliehavých

prípadoch). Za to majú zvyčajne dohodnuté nižšie ceny. Zmluvy s nimi v súčasnosti uzatvára veľká väčšina zamestnávateľov. Patria sem predovšetkým:

- **Health Maintenance Organizations (HMO)** – väčšinou ziskové poisťovne; na základe dopredu dohodnutých platieb umiestňujú pacientov u vybraných poskytovateľov, s ktorými úzko spolupracujú, prípadne ich aj zamestnávajú. Kľúčovú úlohu medzi poskytovateľmi majú všeobecní lekári, ktorí na základe štandardov HMO rozhodujú o ďalšej liečbe pacienta hradenej HMO (tzv. Gatekeepers). HMO hradia takmer všetky náklady spojené s liečbou, pacient dopláca minimálne. Z pohľadu pacienta sú HMO menej náročné na administratívu než tradičné poisťovne, keďže vo vlastnej sieti poskytovateľov majú náklady na liečbu viac pod kontrolou.
- **Preferred Provider Organizations (PPO)** – voľnejšie združenia poskytovateľov, ktoré uzatvárajú zmluvy s viacerými poisťovňami alebo zamestnávateľmi, na základe ktorých poskytujú pacientom zvýhodnené podmienky. V porovnaní s HMO má pacient slobodnejšiu voľbu pri výbere poskytovateľa, mimo siete PPO však platí viac a musí vyplňovať formálne žiadosti na preplácanie nákladov. Celkovo sú doplatky pacienta pri PPO vyššie ako pri HMO.
- **Point of Service (POS)** – vyžadujú odporúčanie všeobecného lekára pre ďalšiu liečbu, súčasne však umožňujú aj návštevu lekára mimo vlastnej siete, ale za podstatne vyšší doplatok pacienta.

Tab 13: Podiely rôznych druhov poistenia na trhu zamestnávateľov (podľa počtu zamestnancov)

	Tradičné poisťovne	HMO	PPO	POS
1988	73%	16%	11%	0%
1996	27%	31%	28%	14%
2006	3%	20%	60%	13%

Zdroj: OECD health data 2008

Všetky poisťovne však vyžadujú spoluúčasť. Úhrada z poistky obyčajne nabieha až po prekročení ročného objemu spoluúčasti, ktoré si poistenec platí sám. Obvykle je to prvých 50 – 300 USD. Aj potom môže ešte poisťovňa vyžadovať spoluúčasť aj ako percentuálnu časť nákladov na liečbu, so stanoveným ročným maximom. Môže to byť v rozmedzí od 3 % do 33 % podľa druhu služby.

Súkromné poisťovne sú do určitej miery regulované komisiami na úrovni jednotlivých štátov. Komisie môžu určovať, aké služby by mali hradiť. Prípadne môžu nariadiť poisťovaciu povinnosť v určitých periódach, keď poisťovňa musí poistiť každého záujemcu, a nie vyberať si na základe individuálneho rizika.

Tradičný spôsob **úhrad v primárnej starostlivosti** je účtovanie služieb lekára podľa vlastných cien výkonov priamo pacientovi alebo tretej strane – najčastejšie to býva zamestnávateľ, súkromná poisťovňa alebo štát, ktorí nepreplácajú náklady pacientom, ale poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

Metóda poplatku za výkon uhrádza podľa skutočných nákladov. Utvárajú sa tu podmienky na poskytovanie nadmerných zákrokov s príliš vysokými cenami procedúr. Toto krytie totiž dovoľuje poskytovateľom účtovať akékoľvek ceny, ktoré poisťovateľ aj zaplatí.

S cieľom znížiť výdavky vstúpili tretie strany do riadenej starostlivosti, kde sú náhrady nákladov pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti riešené iným spôsobom.

V riadenej starostlivosti môžu byť poskytovatelia zamestnancami organizácií na podporu zdravia za dohodnutý plat alebo môžu byť platení podľa podielu na vykonaných službách. Okrem organizácie na podporu zdravia sa môžu v rámci riadenej starostlivosti poskytovatelia stať zmluvnými poskytovateľmi v rámci organizácií preferovaných poskytovateľov, kde poskytujú starostlivosť za vopred dohodnuté ceny, ktoré sú nižšie ako ceny trhové. Zárukou zárobku je zmluvné množstvo klientov.

Pokiaľ ide o nemocničných lekárov, ich plat pozostáva z fixnej zložky a pohyblivej výkonnej zložky, ktorú tvorí percentuálny podiel z cien vykonaných služieb.

Náklady na lieky rastú rýchlejšie ako náklady na ostatné zložky zdravotnej starostlivosti. Z tohto dôvodu sú zdravotné poisťovne čoraz menej ochotné kryť náklady na lieky. Najviac to, samozrejme, postihuje starších občanov, ktorí majú najväčšiu spotrebu liekov. Hoci ľudí starších ako 65 rokov je len 13 % celej populácie USA, pripadá na nich až tretina celkovej spotreby liekov.

Viac ako 19 miliónov starých ľudí nemá prakticky žiadne poistenie na lieky. Štúdie ukazujú, že 80 % dôchodcov berie predpísané lieky každý deň. V súčasnosti majú

starší občania štyri možnosti, ako sa vyrovnat' s nákladmi na lieky, ktoré im predpísali ich lekári. Môžu si kúpiť doplnkové zdravotné poistenie Medigap za približne 100 USD mesačne, môžu sa zapojiť do Medicare organizácie na podporu zdravia, ktorá poskytuje podporu na predpísané lieky, môžu čerpať z programu Medicaid, ktorý však nemôže využívať každý, alebo môžu platiť celé náklady sami.

Hlavnými príčinami neustáleho zvyšovania nákladov na zdravotnú starostlivosť sú zvyšujúce sa ceny liekov a zdravotnej techniky, ale tiež zvyšujúce sa náklady na administratívu.

USA disponuje najlepšimi laboratóriami na svete. Väčšina zásadných inovácií, ktoré sa začali v medicíne uplatňovať, má pôvod v niektorom z amerických laboratórií. Obrovské investície do výskumu a vývoja liekov a výskumu zameraného na skúmanie príčin vzniku chorôb sú taktiež jednou z príčin vyšších nákladov, ktoré musia platiť obyvatelia USA za poskytovanú zdravotnú starostlivosť.

Tab. 14: 10 najdôležitejších moderných lekárskech inovácií

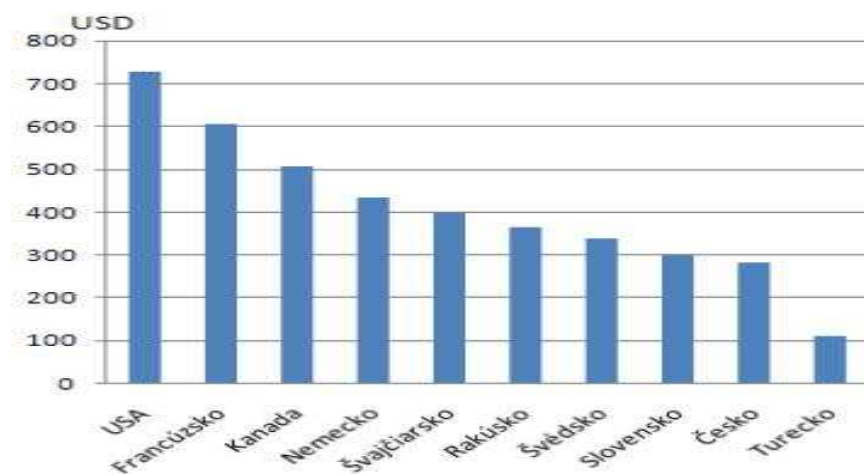
	technológia	Opis	Krajina
1	Magnetická rezonancia a počítačová tomografia	Neinvasívne zobrazovanie	USA, VB
2	Angiotenz. Enzymatické inhibítory	Lieky na poruchy tlaku a srdcovej činnosti	USA
3	„Balóniková“ angioplastika	Takmer neinvasívny chirurgický zákrok na odblokovanie artérií	Švajčiarsko
4	Statin	Lieky redukujúce cholesterol	USA, Japonsko
5	Mamografia	Diagnostika rakoviny prsníka	neurčené
6	Koronárny bypass	Chirurgia srdca	USA
7	Inhibítory protónovej pumpy	Vredy žalúdka	Švédsko, USA
8	Inhibítory selektívneho vzostupu serotonínu	antidepresíva	USA
9	Implantáty šošovky	Chirurgia oka	USA
10	Náhrady kolenného a bedrového kĺbu	Mechanické protézy	VB, Japonsko, USA

Zdroj: The U.S Health Care System as an Engine of Innovation, 2004

Náklady na výskum sa odrážajú aj v cenách liekov. Práve ceny liekov sa na nákladoch amerického zdravotného systému podieľajú najväčšou mierou. V roku 2004

obyvatelia vydali za predpísané lieky 200 mld. dolárov, pričom táto suma sa ročne zvyšuje o 12 %.

Graf 11: Výdavky na lieky na osobu v USD



Zdroj: OECD health data 2008

V USA je veľké množstvo obyvateľov z rôznych príčin nepoistená. Časť tejto populácie sa na jednej strane nekvalifikujú pre programy pre najchudobnejších obyvateľov, ale súčasne nie schopní alebo ochotní platiť vysoké poplatky za zdravotné poistenie, ktoré je pomerne drahé a jeho cena z roka na rok stúpa. Z týchto dôvodov sa stáva univerzálne zdravotné poistenie politickým programom amerických politikov.⁶⁶

V histórii USA bolo niekoľko pokusov zaviesť univerzálny systém poistenia. Najnovším a najzaujímavejším je program amerického štátu Massachusetts. V marci 2006 bolo v štáte nepoistených asi 497 900 obyv. (10,3% obyvateľov). Nemocnice museli poskytnúť urgentnú starostlivosť každému bez ohľadu na poistenie, a preto mnoho nepoistených riešilo situáciu tak, že namiesto lekára primárnej starostlivosti využívali centrálny príjem, čo rýchlo vyčerpalo špeciálny fond na to určený.⁶⁷

Podstatou programu je, že každý občan je povinný byť poistený na základe individuálnej zodpovednosti, t.j. každý sám je zodpovedný za zakúpenie zdravotné poistenia. Súčasťou plánu je, že štát ponúkol ako pomoc vládne granty pre zabezpečenie poistenia pre soc.-ekonomicky najslabšiu časť populácie.

⁶⁶ URL: <http://www.izurnal.sk/index.php>

⁶⁷ URL: <http://www.etrend.sk/ekonomika/svetova-ekonomika/zdravotne-poistenie-v-usa>

Od 1. júla 2007 je základné zdravotné poistenie v štáte Massachusetts povinné pre všetkých občanov a obsahuje minimálny štandard – základný balík, v ktorom je preventívna starostlivosť, primárna a špecializovaná ambulantná starostlivosť, akútna medicína, nemocničná starostlivosť, psychiatrickú starostlivosť a lieky.

Program stanovuje maximálne deductible (typ spoluúčasti – čiastka, ktorú poistenec musí zaplatiť z vlastných zdrojov, kým začne jeho poisťovňa platiť). Ročné maximum bolo určené na 2000 dolárov pre jednotlivca a 4 000 USD na rodinu. Limit na celkové doplatky (5 000 USD jednotliviec, 10 000 USD rodina). Limity platia len na sieť, ktorú určuje poisťovňa. V prípade nepoistenia sa hrozia občanom štátu Massachusetts finančné sankcie.⁶⁸

Z medzinárodného hľadiska majú USA najväčší a najdrahší systém zdravotnej starostlivosti. Zároveň však svojim občanom plošne poskytujú menej ako krajiny s lacnejšími systémami. V Spojených štátoch vydajú na zdravotnú starostlivosť asi dvojnásobok výdavkov krajín OECD.

Poskytovatelia zdravotných služieb však v úsilí o maximalizáciu ziskov šetria na službách pacientom. Takmer polovica Američanov má obavy, že vážnu alebo chronickú chorobu nebude schopná finančne zvládnuť. Najhoršie sú na tom nezamestnaní a zamestnanci s nízkymi príjmami. Obrovský nárast výdavkov na zdravotnú starostlivosť je v poradí na druhom mieste za výdavkami na vojnu v Iraku. Je to jeden z dôvodov, prečo sa spomaľuje rast miezd a prečo sa najmä vo veľkých podnikoch prepúšťa. Lekári sú však v porovnaní s inými krajinami platení lepšie a zdravotnícka technika i lieky sú drahšie.

Výdavky na lieky sa na predraženom systéme zdravotnej starostlivosti podieľajú najvyššou mierou. V roku 2004 Američania vydali za predpísané lieky dvesto miliárd dolárov, pričom toto číslo sa ročne zvyšuje o dvanásť percent. Pravidelne sa zvyšujú ceny najmä najčastejšie používaných liekov.

Lieky sa pritom nepredražujú stúpajúcimi výdavkami na ich výskum a vývoj, ako tvrdia farmaceutické firmy. Hlavné výdavky, mnohonásobne prevyšujúce financovanie týchto aktivít, idú na marketing a na administratívu. Farmaceutický priemysel bol vyše dvadsať rokov až relatívne donedávna najvýnosnejším priemyselným odvetvím v USA.

⁶⁸ Kaiser: Employer Health Benefits, The Kaiser Family Foundation, Health Research and Educational Trust, 2006

Po zvolení nového prezidenta (Barack Obama) sa v USA prijal nový reformný plán, ktorý by mal zvýšiť efektívnosť a znížiť náklady v zdravotníctve prostredníctvom troch opatrení⁶⁹:

Po prvé – Osvojením najaktuálnejších informačných technologických systémov v zdravotníctve. Ak by väčšina nemocníc a ambulancií používala elektronické zdravotné karty, ročne by zdravotníctvo ušetrilo 77miliárd dolárov, pretože by sa znížil čas hospitalizácie, odstránili by sa duplicitné a zbytočné vyšetrenia optimalizovala by sa spotreba liekov

Po druhé – prostredníctvom rôznych programov zameraných na ochorenia koordinovať a integrovať zdravotnú starostlivosť, aby pacienti dostali a poskytovatelia poskytnú najlepší možnú starostlivosť vrátane prevencie a služieb spojených s chronickými ochoreniami. Poskytovatelia by mali zhromažďovať a zaznamenávať náklady na zdravotnú starostlivosť, údaje o kvalite zdravotnej starostlivosti, vrátane údajov o medicínskych omyloch. Počíta sa so zriadením nezávislého inštitútu, ktorý bude robiť posudky a výskumy o komparatívnej účinnosti rôznych metód a postupov.

Po tretie – pracovať na znížení nákladov na katastrofálne ochorenia pre zamestnávateľov a zamestnancov. Prostredníctvom povolenia bezpečného dovozu liekov z iných krajín sa očakáva zníženie nákladov na lieky. Plánuje sa zvýšiť používanie generických liekov vo verejných programoch a tým zabrániť farmaceutickým spoločnostiam, aby blokovali generické lieky na trhu.

3.4 Výhody a nevýhody jednotlivých systémov poskytovania zdravotnej starostlivosti

Podľa charakteristík systémov poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktoré sme uviedli v predchádzajúcich podkapitolách môžeme stanoviť základné výhody a nevýhody jednotlivých typov týchto systémov.

Národná zdravotná služba⁷⁰

Výhody:

⁶⁹ Zdravotné poistenie pre všetkých občanov. In: Zdravotnícké noviny 5/2009

⁷⁰ Spracované podľa: Gladkij a kol: Management ve zdravotnictví, Computer press, Brno 2003

- všeobecná dostupnosť služieb (pokrýva všetkých obyvateľov)
- dostatočná ponuka služieb (zabezpečuje komplexnú starostlivosť, od primárnej až po špecializovanú)
- primeraná pozornosť venovaná prevencii
- dobrá nadväznosť služieb
- dobre koordinované záujmy účastníkov

NHS poskytuje komplexné služby dostupné pre všetkých bez ohľadu na pohlavie, rasu, postihnutie, vek, sexuálnu orientáciu, náboženstvo alebo vieru. Má povinnosť voči každému jednému jednotlivcovi, ktorému slúži a musí rešpektovať jeho ľudské práva. Služby NHS sú bezplatné s výnimkou vymedzených okolností schválených parlamentom. Výhodou je aj spolupráca s orgánmi miestnej samosprávy a širokou škálou súkromných či verejných organizácií a organizácií terciárneho sektora na štátnej a miestnej úrovni s cieľom poskytovať a dosahovať zlepšenia v oblasti zdravia a dobrých životných podmienok.

Nevýhody:

- nedostatok prostriedkov na investovanie (závislosť na výbere daní)
- problémy s financovaním
- vysoké administratívne náklady
- dlhé čakacie lehoty na neurgentné zákroky
- nedostatočná motivácia obyvateľov
- podpora nesúťažnej klímy

Systém založený na povinnom zdravotnom poistení

Výhody:

- vysoká dostupnosť základnej starostlivosti pre všetkých poistencov
- dostatočne pestrá ponuka služieb
- vyhovujúca sieť zdravotníckych zariadení
- viaczdrojovosť financovania

Hlavným princípom je solidarita, ktorou sa rozumie vyrovňovanie šancí medzi bohatými a chudobnými, mladými a starými, zdravými a chorými skupinami obyvateľstva. Zákonné zdravotné poisťovne preto stanovujú svoje poistné príspevky podľa výšky príjmu poistenca a nie podľa jeho stupňa rizikovosti pre poisťovňu.

Poistenci si môžu slobodne vybrať spomedzi zmluvných lekárov svojho rodinného lekára a súčasne si môžu slobodne vybrať, vo väčšine prípadov aj svoju zdravotnú poisťovňu.

Nevýhody:

- výraznú časť prostriedkov spotrebúvajú poisťovne na svoju prevádzku
- dôraz na kuratívnu starostlivosť
- tendencia riešiť finančné problémy poisťovní na úkor klientov
- administratívna ťažkopádnosť
- komplikovanosť vzťahov poisťovňa – poskytovateľ

Zmiešaný systém s prevahou liberalistických prvkov

Výhody:

- veľký výber služieb
- podpora rozvoja medicínskych technológií
- podpora súťaživosti medzi zariadeniami (konkurencia)
- rast kvality poskytovaných služieb

Nevýhody:

- nízka dostupnosť kvalitnej starostlivosti pre nemajetných občanov
- poistenie nie je povinné – veľké množstvo populácie nemá zabezpečenú starostlivosť
- vysoký podiel nákladov na administratívu
- nadspotreba liekov
- nedostatočný dôraz na prevenciu
- neprehľadnosť

Hlavnými príčinami neustáleho zvyšovania nákladov na zdravotnú starostlivosť sú zvyšujúce sa ceny liekov a zdravotnej techniky, ale tiež zvyšujúce sa náklady na administratívu.

Obrovské investície do výskumu a vývoja liekov a výskumu zameraného na skúmanie príčin vzniku chorôb sú taktiež jednou z príčin vyšších nákladov, ktoré musia platiť obyvatelia za poskytovanú zdravotnú starostlivosť.

Tab 15: Typy zdravotníckych systémov v jednotlivých štátoch

Povinné verejné zdravotné poistenie				Národná zdravotná služba	
Jedna zdravotná poisťovňa		Viacero zdravotných poisťovní			
	Obyv. v tis		Obyv. v tis		Obyv. v tis
Bulharsko	7639	Belgicko	10419	Dánsko	5551
Cyprus	835	Česko	10300	Grécko	11140
Estónsko	1330	Francúzsko	64096	Írsko	4148
Fínsko	5310	Holandsko	16375	Malta	402
Island	295	Lichtenštajn	35	Nórsko	4770
Litva	3431	Luxemburg	465	Portugalsko	10595
Lotyšsko	2307	Nemecko	82689	Španielsko	45064
Maďarsko	10028	Rakúsko	8361	Švédsko	9150
Poľsko	38130	Slovensko	5401	Taliansko	59093
Rumunsko	21311	Švajčiarsko	7484	Veľká Británia	60208
Slovinsko	2030				
Spolu	92746		205625		210121

Zdroj: Spracované podľa Eurostat 2008

Pri porovnávaní zdravotných systémov vyspelých krajín môžeme zistiť v zásade dve odlišné tendencie ich vývoja. Na jednej strane existujú konvergenčné tendencie, sklon zdravotníckych systémov zvyšovať svoju vzájomnú podobnosť. Univerzalistické konvergenčné črty zdravotníckych systémov vyplývajú z používania obdobnej zdravotníckej techniky a výsledkov lekárskej vedy. Na druhej strane sa presadzujú divergenčné tendencie, ktoré vyplývajú z rozdielnosti a rozmanitosti jednotlivých kultúr, tradícií, hodnotových sústav, sociálnych štruktúr, politických, administratívnych usporiadaní a ekonomických zdrojov.

Obe tendencie, konvergenčná i divergenčná (univerzalistická i partikularistická), sa presadzujú súčasne. Nachádzanie súvislostí medzi podobnosťami a rozdielnosťami zdravotníckych systémov a ich využitie na zlepšenie zdravotnej starostlivosti u nás sú dôležitými aspektmi našej práce, ktorá by mala rešpektovať skúsenosti vyspelých krajín.

4. SYSTÉM POSKYTOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU

4.1 Dejiny zdravotníctva na Slovensku.

Dejiny zdravotníctva na Slovensku sú súčasťou všeobecných dejín. Zaoberajú sa históriou ochrany zdravia obyvateľstva od najstarších čias až do súčasnosti. Venujú pozornosť vývoju organizovanej verejnej zdravotnej starostlivosti, činnosti zdravotníckych pracovníkov v jednotlivých historických etapách. Zameriavajú sa na vznik a vývoj zdravotníckych zariadení na území Slovenska.

4.1.1 Zdravotná starostlivosť na Slovensku v 19. storočí.

Do začiatku 19. storočia na území Slovenska neexistovali zdravotnícke zariadenia, ktoré by poskytovali lekársku starostlivosť, alebo chirurgickú pomoc hospitalizovaným pacientom. **Mestské špitály** už od svojho vzniku v stredoveku mali sociálno-charitatívne poslanie. Poskytovali opateru chudobným starým obyvateľom.

Z iniciatívy mestských lekárov vznikali na začiatku 19. storočia nové 8 – 10 lôžkové nemocnice, ktoré založili predovšetkým cirkevné inštitúcie. V tom čase vznikli nemocnice evanjelickej cirkvi v Prešove, Banskej Bystrici a v Pezinku a izraelitskej obce v Nitre.

V 20. - 40. rokoch 19. storočia zakladali nové nemocnice niektoré stolice (stolica = územný celok). V stoličných nemocniciach sa liečili najmä pacienti s infekčnými a duševnými chorobami. Prvé **stoličné nemocnice** (Trnava, Chtelnica, Trenčín) prispeli k zlepšeniu lekárskej starostlivosti, aj k zvýšeniu odbornej úrovne lekárskej praxe na Slovensku. Naďalej však bol nedostatok lekárov. Na nedostatok lekárov a nízku úroveň zdravotníctva na Slovensku upozornil aj Ľudovít Štúr. V článku *Dôležitosť volenia rozličného stavu pre nás*, ktorý uverejnili Slovenské národné noviny v roku 1846, vyzýval slovenskú mládež, aby sa venovala aj štúdiu medicíny, a tým prispievala k rastu počtu lekárov a k zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľstva.⁷¹

V druhej polovici 19. storočia pôsobilo na území Slovenska niekoľko kategórií zdravotníckych pracovníkov: **lekári, lekárnici, pôrodné asistentky a ránhojiči** (do 70. rokov 19. stor., do zjednotenia lekárskeho a chirurgického štúdia). Lekári – župní,

⁷¹ Sociálne lekárstvo...

okresní, obvodní a obecní, závodní. Podľa Linzbauerovej štatistiky bolo na Slovensku koncom 50. rokov 19. storočia 210 lekárov, 244 chirurgov a ránhojičov, 319 pôrodných asistentiek. Jeden lekár pripadal na viac než 11 tisíc obyvateľov. Takmer tretina zdravotníckych pracovníkov pôsobila v mestách.

Prvý zdravotnícky zákon v Uhorsku – zákonný článok 14 bol z roku 1876. Tento zákon upravoval základnú organizáciu zdravotnej starostlivosti. Ministerstvo vnútra a úrady verejnej správy riadili činnosť všetkých zložiek zdravotníctva.

Súkromnú lekársku prax na území Uhorska mohol vykonávať každý lekár, ktorý získal diplom na domácej univerzite. **Súkromní lekári** boli pod štátnym dohľadom. Honorovanie za lekárskeho výkonu záviselo od vzájomnej dohody lekára s pacientom.

Verejné nemocnice poskytovali liečenie pacientom bez ohľadu na ich bydlisko alebo domovskú príslušnosť. Zriaďovanie verejných alebo súkromných nemocníc schvaľoval minister vnútra, ktorý bol zodpovedný za zdravotné pomery obyvateľstva a každoročne o nich referoval v parlamente.

Zabezpečenie podpory pracovníkov počas choroby ustanovoval zákonný článok 17 z roku 1884, čl. 14 z roku 1891). Nemocenské pokladnice vymedzovali kategórie zamestnancov, poskytovanie bezplatnej lekárskej starostlivosti aj liekov.

V celoslovenskom meradle mala najlepšiu zdravotnícku starostlivosť a lekársku službu Spišská župa. Hlavní župní úradní lekári so sídlom v Levoči účinne bojovali proti infekčným chorobám, tuberkulóze pravidelným očkovaním.

Súkromnú lekársku prax v jednotlivých mestách vykonávali aj významné vedecké osobnosti. Napríklad v Kežmarku pôsobil lekár **Vojtech Alexander**, priekopník röntgenológie na Slovensku. **MUDr. Vavro Šrobár**, absolvent Lekárskej fakulty Univerzity Karlovej v Prahe, vykonával súkromnú lekársku prax v Ružomberku, neskôr bol podnikovým lekárom.

V rámci Slovenska boli z hľadiska zabezpečenia zdravotníckych služieb najhoršie pomery v Oravskej, Turčianskej a Trenčianskej župe. V týchto chudobných oblastiach sa rozvíjalo **ľudové liečiteľstvo**, ale obyvateľstvu nezištne pomáhali aj viacerí absolventi medicíny pražskej univerzity (Dušan Makovický, Jozef Minárik, Ivan Hálek a iní).

Krajinská štátna nemocnica v Bratislave.

Verejná nemocnica krajinského charakteru začala slúžiť pacientom z Bratislavy a jej širšieho okolia od roku 1864. Jej prvým riaditeľom sa stal zdravotnícky radca Karol Déván. Po oddelení pre duševne chorých sa postupne otvorili ďalšie oddelenia: oddelenie pre interné choroby, chirurgické a pôrodnické oddelenie, oddelenie pre kožné a venerické choroby a oddelenie pre očné choroby. Zasluhou riaditeľa nemocnice Jozefa Pantočka sa v nemocnici zriadilo už roku 1898 röntgenologické laboratórium ako jedno z prvých v Uhorsku.

Prvá detská nemocnica na Slovensku.

Prvá detská nemocnica vznikla v Bratislave v roku **1857**. Sídlila vďaka dobrovoľným príspevkom v prenajatých priestoroch od bratislavskej kapituly. Ordinujúcim lekárom a neskôr riaditeľom sa stal Karol Helmár. V rokoch 1873 až 1907 sa o rozvoj detskej nemocnice významnou mierou zaslúžil jej riaditeľ bratislavský mestský lekár Juraj Kováts, ktorý sa zaslúžil o výstavbu novej budovy na Lazaretskej ulici. Detská nemocnica patrila medzi najlepšie detské zdravotnícke zariadenia v Uhorsku.

Kúpeľná liečba.

V druhej polovici 19. storočia sa dobre využívali na kúpeľnú liečbu početné prírodné liečivé pramene (Piešťany, Trenčianske Teplice, Bojnice, Sklené Teplice, Turčianske Teplice, Rajecké Teplice, Bardejovské kúpele, Ružbachy, Korytnica, Herľany) a klimatické kúpele vo Vysokých Tatrách.

4.1.2 Vývoj zdravotníctva na Slovensku v 20. storočí.

Po rozpade Rakúsko - Uhorska v októbri 1918 sa stalo Slovensko na základe vyhlásenia Československého národného výboru v Prahe a Slovenskej národnej rady v Martine súčasťou nového štátneho útvaru – Československej republiky. Jedným z prvých zákonov nového štátu bol zákon č. 2/1918 Zb., ktorým sa zriadilo samostatné **Ministerstvo verejného zdravotníctva a telesnej výchovy**. Prvým ministrom novovzniknutého ministerstva sa stal MUDr. Vavro Šrobár. Poradným orgánom ministerstva sa stala Štátna zdravotná rada, ktorá mala 24 riadnych a 17 mimoriadnych členov. Jej úlohou bolo sledovať stav zdravotníctva na území celej republiky, predkladať

návrhy na zlepšenie pomerov v zdravotníctve, vyjadrovať sa k odborným otázkam a zúčastňovať sa na tvorbe zdravotníckej politiky.

V rokoch 1921 – 1927 organizáciu zdravotníctva na Slovensku riadila **Expozitúra Ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy**. Tvorili ju štyri oddelenia: 1. zdravotno-administratívne (evidencia zdravotníckych pracovníkov a zdravotno-sociálnych zariadení), 2. epidemické (boj proti nákazlivým chorobám), 3. zdravotno-sociálne a hygienická (boj proti sociálnym chorobám, starostlivosť o mládež, hygienu obcí) a 4. medicínálne (výroba a distribúcia liekov).

Po zrušení župného zriadenia zákonom č. 125/1927 Zb. sa pre územie celého Slovenska od roku 1928 vytvoril **Krajinský úrad so sídlom v Bratislave**. Jeho **zdravotnícke oddelenie** vykonávalo všeobecný dozor nad verejnou zdravotnou službou, kontrolovalo lekárenskú službu, distribúciu liečiv, hygienu, kúpeľníctvo.

V prvom desaťročí existencie Československej republiky sa podarilo aj na Slovensku zlikvidovať najrozšírenejšie infekčné choroby. Pretrvával vysoký výskyt sociálnych chorôb, vysoká detská, najmä dojčenská úmrtnosť. Pri zlepšovaní zdravotného stavu obyvateľstva plnili okrem lekárov dôležitú úlohu aj dobrovoľní zdravotnícki pracovníci a organizácie.

Významný prínos v rozvoji zdravotníctva v medzivojnovom období znamenalo **založenie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave (1919)**. Okrem prípravy domáceho lekárskeho dorastu lekárska fakulta položila základy vedeckovýskumnej činnosti v oblasti medicínskych vied.

V rokoch 1919 – 1945 zdravotnícki pracovníci pôsobili v: štátnej správe, zdravotníckych zariadeniach, alebo vykonávali súkromnú prax. Podľa zákona č.114/1929 bol každý lekár povinný prihlásiť sa do príslušnej lekárskej komory. Lekárske komory vznikali na základe zákona č.113/1929 doplneného zákonom č.176/1934 ako stavovská organizácia. Neskôr bol úradným orgánom lekárskej komory časopis Slovenský lekár.

. Vývoj zdravotníctva na Slovensku v druhej polovici 20. storočia.

Vývoj zdravotníctva po druhej svetovej vojne prebiehal v niekoľkých časových etapách: 1. etapa (1945-1951), 2. etapa (1952-1989) a 3. etapa (od roku 1990). V prvej etape sa presadzovala zásada jednotnej zdravotníckej starostlivosti poskytovanej štátom.

Po druhej svetovej vojne nastali výrazné zmeny aj v oblasti zdravotníctva. Na základe zákona č. 185/1948 sa v bývalej Československej republike **poštátňili nemocnice a ostatné liečebné a ošetrovacie ústavy**. Všetky nemocnice sa začlenili do sústavy krajských, okresných a oblastných nemocníc. Všetky nemocnice mali charakter verejnosti. V roku 1948 sa znárodnili všetky liečivé kúpele a pramene. Od roku 1949 prebiehalo poštátnenie výroby a distribúcie liečiv, postupne sa poštátnili všetky lekárne a súkromné lekárske ordinácie.

Presadzovala sa **zásada jednotnej zdravotníckej starostlivosti poskytovanej štátom, dostupnej všetkým občanom**.

V roku 1952 vláda ČSR prijala dokument, ktorý obsahoval hlavné úlohy zdravotníctva: **zvýšený dôraz kládol na prevenciu, prednostné poskytovanie zdravotníckych služieb v priemysle, skvalitnenie starostlivosti o ženy a deti**. Okrem iného sa zaviedli preventívne prehliadky zamerané na nádorové ochorenia a tuberkulózu.

Do praxe vstúpili **nové zdravotnícke zákony**: zákon č. 103/1951 Zb. o jednotnej preventívnej a liečebnej starostlivosti, zákon č. 4/1952 Zb. o hygienickej a protiepidemickej starostlivosti a zákon č. 20/1966 Zb. o starostlivosti o zdravie ľudu.

V rokoch 1945 – 1968 zdravotníctvo na Slovensku riadilo povereníctvo, v rokoch 1960 – 1964 komisia a odbor Slovenskej národnej rady pre zdravotníctvo. Po ustanovení federalizácie Československa vzniklo podľa zákona SNR č. 207/1968 Zb. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej socialistickej republiky.

Zdravotnícka starostlivosť bola **verejnou, štátom poskytovanou bezplatnou službou obyvateľstvu**. Výrazne sa zvýšil počet zdravotníckych zariadení aj počet zdravotníckych pracovníkov, budovali sa zariadenia komplexného charakteru (polikliniky).

V roku 1948 bolo na Slovensku viac než 2000 lekárov, v roku 1960 už takmer 5500 lekárov a v roku 1985 vyše 18000 lekárov. (v porovnaní s rokom 1937 vzrástol počet lekárov viac než 10-násobne).⁷²

Radikálne spoločenské zmeny v roku 1989 vytvorili vo vtedajšom Československu podmienky pre zásadné zmeny v zdravotníctve.

⁷² Cvrčková, A, Drhol, C.: Analýza a prognóza vývoja zdravotného stavu československej populácie a jeho determinanty. Prognostická štúdia 4/1989, Ústav súdneho lekárstva. 1989

Prijatím uznesenia Vlády Slovenskej republiky o návrhu reformy zdravotníctva v roku 1990 sa začala uskutočňovať komplexná zmena štruktúry a riadenia zdravotníctva. Jej globálnym cieľom malo byť výkonné o obyvateľom dostupné zdravotníctvo, fungujúce na báze poznatkov moderných lekárskeho vied. Malo sa zmeniť postavenie občana tak, aby mal možnosť ovplyvňovať rozsah, dostupnosť a kvalitu zdravotníckych služieb. Tiež by mal mať možnosť slobodne si zvoliť poskytovateľa zdravotníckych služieb, ktorému dôveruje. Na druhej strane však bolo potrebné dosiahnuť obnovenie ekonomických väzieb, ktoré motivujú občana k starostlivosti o svoje zdravie.

Dosiahnutie vyššie uvedeného globálneho cieľa bolo podmienené konkrétnymi ekonomickými cieľmi a postupmi. V ekonomickej oblasti boli vtedy sformulované ciele, ktoré možno rozdeliť do skupín:⁷³

- dekompozícia monopolného štátneho zdravotníctva na pluralitné
- reštrukturalizácia poskytovateľského systému s dôrazom na rýchlejší rozvoj ambulantných zdravotníckych služieb
- zmena systému financovania zdravotníctva prechodom z financovania na báze daňovej ceny k financovaniu na základe verejného poistenia
- vytvorenie efektívne fungujúceho trhu zdravotníckych služieb
- implementácia systému kontroly a hodnotenia kvality zdravotníckych služieb.

Globálny cieľ, tak ako i konkrétne ekonomické ciele tvorili jeden z výstupov Komisie Ministerstva zdravotníctva SR pre reformu.

Niektoré ciele boli korigované do takej miery, že len ťažko ich môžeme stotožniť s vyššie uvedenými. Zásadným spôsobom sa menili aj niektoré postupy, ktoré mali zabezpečiť dosiahnutie cieľov.

4.2 Zdravotníctvo na Slovensku v súčasnosti

Po vzniku Slovenskej republiky v roku 1993 bol systém financovania prostredníctvom daní nahradený systémom postaveným hlavne na povinnom zdravotnom poistení. V systéme stále neexistovali motivácie pre efektívne hospodárenie

⁷³ Murgaš, M.: Ekonomické aspekty reformy zdravotníctva v Slovenskej republike, Bratislava 2005

poskytovateľov a poisťovní, chýbali formálne alebo cenové obmedzenia spotreby zdravotnej starostlivosti a celý systém sa rýchlo zadlžoval.

Z finančného hľadiska je zdravotnícky systém v rovnováhe, ak platí dvojité rovnosť:

$$\text{Ponuka} = \text{Finančné zdroje} = \text{Dopyt}^{74}$$

V dôsledku bezplatného zdravotníctva a širokého solidárneho balíka vzniká prebytok dopytu, čo pri prebytku ponuky vyvoláva dvojitý tlak na finančné zdroje.

$$\text{Ponuka} > \text{Finančné zdroje} < \text{Dopyt}^{75}$$

Finančné problémy dosiahli svoj vrchol v roku 2002. Dopyt, ako aj ponuka presahovali zdroje, ktoré boli k dispozícii. V roku 2003 boli zrealizované legislatívne zmeny v systéme zdravotnej starostlivosti, zamerané na zníženie úlohy vplyvu štátu a na reštrukturalizáciu a zmenu vlastníckych vzťahov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Najdôležitejšie zmeny v zdravotníctve od vzniku Slovenskej republiky až do spustenia nosnej reformy v roku 2004 boli tieto:

- zrušenie viacstupňového riadenia zdravotníctva (KÚNZ, OÚNZ) a prechod na dvojstupňové (ministerstvo – poskytovateľ)
- poskytovatelia sa stali samostatnými právnymi subjektami
- odštátnenie a decentralizácia zdravotníckych zariadení
- umožnenie vstupu neštátnych subjektov do systému zdravotnej starostlivosti
- zmena spôsobu preplácania poskytnutej zdravotnej starostlivosti (platobné mechanizmy)
- štrukturovanie zdravotnej starostlivosti na primárnu, sekundárnu a následnú
- rozdelenie zdravotníckych zariadení z hľadiska financovania na rozpočtové a príspevkové, so snahou o minimalizáciu rozpočtových
- umožnenie (snaha o) viaczdrojovosti financovania zdravotníctva
- odštátnenie lekárov prvého kontaktu, ale nie špecialistov (vyvoláva napätie medzi lekármi)

Podľa Programového vyhlásenia vlády SR v roku 2004 hlavné ciele reformy boli stanovené nasledovne:

⁷⁴ Evansova rovnica - Evans, R.: Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform. In: d'Intignano, Ulmann P.: *Économie de la santé*. 2001

⁷⁵ <http://www.civil.gov.sk/archiv/CASOPIS/2003/8/0812vj.htm>

1. Zlepšovať zdravotný stav obyvateľstva
2. Zvyšovať zodpovednosť jednotlivca za vlastné zdravie
3. Kontinuálne zvyšovanie kvality a efektivity poskytovanej zdravotnej starostlivosti.
4. Stabilizácia verejných financií a hospodárenia zdravotníctva
5. Modernizácia – zdravotníctvo orientované na občana
6. Rovnaké podmienky pre všetky zdravotné poisťovne a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

4.2.1 Hlavné problémy slovenského zdravotníctva, ako východiská reformy

Dôležitým východiskovým krokom každej reformy je počiatočné definovanie, vymedzenie problémov a príčin krízy.

V prípade slovenského zdravotníctva vieme jeho hlavné problémy rozdeliť do piatich kategórií:⁷⁶

- Nedostatočná efektívna dostupnosť
- Nízka alokatívna efektívnosť a technická efektívnosť
- Nízka kvalita
- Miera solidarity a optimálny výber
- Neudržateľná výška a štruktúra nákladov

Nedostatočná efektívna dostupnosť

Dostupnosť v zdravotníctve môžeme chápať ako počet ponúkaných zdravotníckych služieb v určitom regióne. O efektívnej dostupnosti môžeme teda hovoriť vtedy, keď zohľadníme polohu, náklady, čas potrebný na cestovanie, čakacie doby a správanie sa poskytovateľov zdravotných služieb, či otváracích dôb.

Nedostatočná dostupnosť zdravotnej starostlivosti v SR vznikla z niekoľkých príčin⁷⁷:

⁷⁶ Pažitný, P., Zajac, R.: Stratéga reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana, Bratislava 2001

⁷⁷ http://www.cphr.sk/undp2002sl_10.pdf

- Centrálne riadenie - rezort zdravotníctva bol riadený priamo ministrom zdravotníctva, ktorý rozhodoval o stratégii a manažmente zdravotníctva, riadení štátnych zdravotníckych zariadení, štátnom dozore, o finančných zdrojoch, o tvorbe cien a tarifných miezd, o regulácii liekov, tvorbe siete zdravotníckych zariadení. Takéto riadenie sa vyznačovalo nízkou flexibilitou, pomalými reakciami na problémy, vysokou mierou regulácie a vysokým objemom korupcie

- Nerovnosť šancí a mäkké rozpočtové obmedzenie - išlo predovšetkým o nerovnosť v znášaní rizika. Štát totiž garantoval 100% platobnú schopnosť Všeobecnej zdravotnej poisťovni a Spoločnej zdravotnej poisťovni a ručil za dlhy nemocníc. Mäkké rozpočtové obmedzenie sa vyznačuje udeľovaním výnimiek zo strany štátu.

- Pasivita zdravotných poisťovní – Dôvodom pre pasivitu zdravotných poisťovní bol fakt, že štát znášal finančné riziká týchto poisťovní. Poisťovne nepristupovali aktívne k nakupovaniu efektívnych zdravotníckych služieb, a následne ani potom nevyvíjali tlak na efektívnejšie hospodárenie poskytovateľov služieb, ktoré by zodpovedali reálnym potrebám klientov. Poisťovne teda iba prerozdeľovali vyzbierané finančné prostriedky podľa ministerstvom určených podmienok.

- Pasivita a pretrvávajúce socialistické praktiky v správaní pacienta - štát garantoval bezplatnú zdravotnú starostlivosť všetkým občanom, čím deformoval ich správanie, čo sa prejavovalo neohraničenou spotrebou a dôrazom na liečbu namiesto prevencie. Sprievodným znakom bola vysoká miera korupcie, ktorou si pacienti zabezpečovali prístup k „bezplatným“ službám.

Nízka technická a alokatívna efektívnosť

Efektívnosť vyjadruje vzťah medzi nákladmi a želanými výstupmi. Z ekonomického hľadiska rozumieme pod technickou efektívnosťou situáciu, keď sa z daného objemu vstupov snažíme vytážiť maximálne množstvo výstupov, alebo chceme rovnaký výšku výstupu dosiahnuť znížením vstupov.

Pod alokatívnou efektívnosťou rozumieme rozhodnutie na systémovej úrovni o tom, čo produkovať. V zdravotníctve to predstavuje problém nákladovej efektívnosti, čo znamená navrhnúť taký súbor služieb, ktorému budú zodpovedať najväčšie prínosy zdravotnému stavu.

Hlavnými príčinami nízkej efektívnosti slovenského zdravotníctva boli:

- Nemotivačne nastavené parametre systému zdravotného poistenia. Poistný systém sa vyznačoval viacerými deformáciami, najmä:

1. Systém poskytoval každému občanovi rovnakú úroveň celej zdravotnej starostlivosti, hoci boli výrazné rozdiely vo výške platby za zdravotné poistenie.

2. Zdravotné poisťovne zabezpečovali financovanie úplne rovnakej úrovne zdravotnej starostlivosti svojim poistencom.

3. Zdravotné poisťovne neznášali žiadne finančné riziká a mali garantovaný 4% správny fond.

4. Zdravotný systém nevhodne kombinoval prerozdelenie príjmov a platby sociálneho poistenia.

5. Prerozdeľovanie vybraných finančných prostriedkov medzi zdravotnými poisťovňami. Profitovali tie zdravotné poisťovne, ktoré mali nevýhodný poistný kmeň.

6. Nemotivačné postavenie poisťovní bolo výsledkom nedostatočnej legislatívy, ktorá ich nenútila lepšie a kvalitne hospodáriť. Chýbal tlak reálnych financií v konkurenčnom prostredí.

- Nemotivačne nastavený systém platobných mechanizmov v ambulantnej sfére.

Lekári primárnej ambulantnej starostlivosti sú platení formou kapitácie, čiže boli platení za pripravenosť poskytovať zdravotné služby, čo má však svoje negatíva:

1. Lekári nemali motiváciu poskytovať zdravotné služby a často napriek fyzickej dostupnosti znižovali reálnu dostupnosť pacientov k starostlivosti.

2. Klesala kvalita poskytovaných služieb.

3. Znižovala sa efektívnosť poskytovaných služieb, lebo za ten istý objem vstupov dostávali pacienti menej výstupov.

4. Presúvali sa náklady na ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Neštátni lekári špecializovanej ambulantnej starostlivosti boli platení podľa výkonov, pričom každý výkon bol ocenený patričným počtom bodov. Špecialistom sa určoval horný limit preplatených bodov. Tento systém platenia za výkony mal viaceré špecifické dôsledky:

1. Neštátni lekári znášali všetky finančné riziká osobne a museli zo svojich výnosov efektívne hospodáriť. Táto podmienka nebola smerovaná aj na štátom vlastnené nemocnice.

2. Zdravotné poisťovne pre jednotlivých neštátnych poskytovateľov poskytovali tzv. horné limity s cieľom minimalizovať vyvolaný dopyt a udržať rast výdavkov tejto

skupiny poskytovateľov. Tak odhaľovali svoju najväčšiu slabinu, ktorou bol nezáujem efektívne alokovať finančné prostriedky.

3. Pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti - špecialistov tento systém znamenal pracovať určitý čas v mesiaci zadarmo, alebo obmedzovať počet ošetrovaných pacientov do výšky objednaných bodov.

Štátni lekári boli na Slovensku odmeňovaní platmi, ktoré stanovuje výmer Ministerstva zdravotníctva. Nedostatočne platení lekári svoj nízky plat kompenzovali cez úplatky a korupciu.

- Štátne vlastníctvo a pretrvávajúce socialistické praktiky v lôžkových zariadeniach. Nevhodná štruktúra lôžkových zdravotníckych zariadení spočívala v nadbytku akútnych postelí a nedostatku chronických postelí, zlom územnom rozmiestnení nemocníc s akútnymi lôžkami, v nadbytku lekárov, sestier a ostatných zdravotníckych zariadení – hlavne vo väčších aglomeráciách .

Nízka kvalita

Kvalita v zdravotníctve je vnímaná viacerými spôsobmi. Dochádza k zamieňaniu kvality a kvantity. Zdravotníci vnímajú kvalitu ako správne určenie diagnózy. Pacienti veľmi často posudzujú kvalitu služieb podľa pohodlia, kvality ubytovania, stravy a rešpektu.

Nedostatočnú kvalitu zdravotnej starostlivosti spôsobovalo:

- Nedostatočný vzťah medzi tým, čo občan platí a tým, čo dostáva. Chýbalo vedomie, že kvalita služieb závisí od vložených zdrojov. Kvalita zdravotníckych služieb na Slovensku bola priamo znížená široko nastaveným objemom nepoistiteľného rizika a nízkou efektívnosťou systému.

- Absencia konkurencie - kvalita závisela od miery konkurencie v odvetví. Absencia konkurencie medzi poskytovateľmi zdravotných služieb bola spôsobená fixne stanovenou sieťou poskytovateľov.

- Slabá organizovanosť pacientov - pod nízku kvalitu bolo do istej miery podpísané aj nízke právne vedomie občanov, a skutočnosť, že systém nebolo možné porovnať s inou alternatívou.

Miera solidarity a optimálny výber zdrojov

Pre posudzovanie finančného bremena je dôležité, že osoba, resp. inštitúcia platiaca odvod priamo do systému, nemusí byť v konečnom dôsledku zároveň tým, kto

znáša bremeno financovania systému.⁷⁸ Z pohľadu rozdelenia finančného bremena boli kľúčové tieto príčiny:

- Zdravotné poistenie nebolo dostatočne oddelené od štátneho rozpočtu.
 1. Štát určoval podmienky fungovania zdravotných poisťovní a stanovoval nízku, resp. nereálnu výšku odvodov za svojich poistencov.
 2. Do zdravotných poisťovní sa cez Ministerstvo zdravotníctva SR dostávalo približne až ¼ ich zdrojov.
 - Nebol posilnený vzťah medzi tým, čo občan platí a tým, čo dostáva. Systém bol postavený na solidárnosti, a to solidárnosti ekonomicky aktívnych občanov s generáciou, ktorá ešte neprodukuje statky a s generáciou, ktorá už neprodukuje statky - do zdravotníctva nebolo možné dostať súkromné zdroje.
 1. Ekonomicky labilný a netransparentný systém zdravotníctva nemohol pritiahnuť súkromné zdroje.
 2. Nebola dostatočná legislatíva upravujúca vstup a fungovanie súkromných poisťovní v zdravotníctve v oblasti nepovinného poistenia.
- Reálnymi platiteľmi do systému teda nebola celá populácia, ale príjemcami zdravotných služieb boli všetci obyvatelia. Otázkou ostáva, do akej miery je únosné presúvať bremeno financovania systému na ekonomicky aktívne obyvateľstvo.

Neudržateľná výška a štruktúra nákladov

Na výšku nákladov na zdravotníctvo sa môžeme pri limitovaných zdrojoch pozeráť ako na náklady obetovaných príležitostí, ktoré mohli byť investované na iné statky ako zdravie. Rozhodujúcim kritériom potom je, či prospech zo spotreby zvýšených zdrojov v zdravotníctve prevýši potenciálny prospech plynúci z využitia týchto zdrojov v inom sektore.

Náklady na zdravotníctvo možno posudzovať aj primeranosťou minulých výdavkov. Výdavky rezortu zdravotníctva zahŕňajú všetky vládne výdavky, výdavky zdravotných poisťovní, výdavky domácností a výdavky firiem. (príloha 3) Aj medzi týmito výdavkami možno registrovať náklady obetovanej príležitosti ústiace do hľadania optimálneho pomeru medzi výdavkami vládneho a súkromného sektora. Príčinami, prečo bol stav vzdialený od optima, boli najmä:

⁷⁸ http://www.cphr.sk/undp2002sl_10.pdf

- Neprimeraný rozsah nepoistiteľného rizika. Nepoistiteľné riziko je základný balík služieb, ktorý je občanovi zo zákona poskytovaný nezávisle na výške zaplateného poistného. Tento balík je definovaný v Ústave a Zákone o liečebnom poriadku. Ústava zaručuje právo na ochranu zdravia a bezplatnú zdravotnú starostlivosť. Zákon o liečebnom poriadku patrí medzi kľúčové zákony, keďže určuje rozsah bezplatnej starostlivosti.

– Neefektívna a často zbytočná štátna regulácia. Štátna regulácia sa prejavuje hlavne v regulovaní poskytovateľov, v ovládaní trhu s liekmi prostredníctvom kategorizácií liekov, regulovaním cien a platobných mechanizmov.

Tab 16: Hlavné problémy slovenského zdravotníctva

Problém	Príčiny	Dôsledok
Nedostatočná efektívna dostupnosť	1. Centrálné riadenie rezortu zdravotníctva	1. Korupcia
	2. Nerovnosť šancí, mäkké rozpočtové obmedzenia	2. Prebytok kapacít, lebo neefektívni poskytovatelia nie sú vytlačení z trhu
	3. Pasivita zdravotných poisťovní	
	4. Pasivita a pretrvávajúci socializmus v správaní pacienta	
Nízka alokatívna efektívnosť a technická efektívnosť	1. Nemotivačne nastavené parametre systému zdravotného poistenia	1. Plytvanie zdrojmi
	2. Nemotivačne nastavený systém platobných mechanizmov v ambulantnej sfére	2. Uprednostňovanie vyhľadávania renty pre tvorbu zisku
	3. Štátne vlastníctvo a pretrvávajúce socialistické praktiky v lôžkovej sfére	3. Extrémne vysoký dlh
	4. Nevhodne nastavený systém znášania rizika medzi jednotlivými subjektmi	
Nízka kvalita	1. Nie je dostatočne silný vzťah medzi tým, čo človek platí a tým, čo dostáva	1. Korupčný trh
	2. Absencia konkurencie	
	3. Slabá organizovanosť pacientov	
Aká má byť miera solidarity a aký je optimálny výber zdrojov?	1. Nie je dostatočne oddelené zdravotné poistenie od štátneho rozpočtu	1. Kombinácia prvkov poistenia a redistribúcie príjmov
	2. Nie je posilnený vzťah medzi tým, čo človek platí a tým, čo dostáva	2. Neplatiči
	3. Nie je legálne možné do zdravotníctva dostať súkromné zdroje	3. Korupcia
Neudržateľná výška a nevyhovujúca štruktúra nákladov	1. Neprimeraný rozsah nepoistiteľného rizika	1. Vysoký objem prostriedkov na liečbu a nízky na prevenciu
	2. Neefektívna a často zbytočná štátna regulácia	2. Dlh
		3. Nízky objem súkromných zdrojov

Zdroj: http://www.cphr.sk/undp2002sl_10.pdf

4.2.2 Základné kroky reformy zdravotníctva na Slovensku od roku 2002

Na problémy v zdravotníctve chcela reagovať reforma zvyšovania efektívnosti systému (na strane ponuky), mobilizáciou zdrojov, zvyšovaním spoluúčasti pacienta (na strane financií) a znížením očakávania občanov (na strane dopytu). Pre dosiahnutie tohto sa realizovali opatrenia v troch fázach:

stabilizačné opatrenia zamerané na zastavenie rastu dlhu boli: - nové iniciatívy v liekovej politike (obmedzovanie dostupnosti bezplatných liekov formou preskripčných či indikačných obmedzení, fixný doplatok pacienta na lieky), novo definovaný pojem zdravotná starostlivosť a služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou. Hlavným legislatívnym nástrojom bol Zákon o zdravotnej starostlivosti, platný od júna 2003. na základe, ktorého boli zavedené nové poplatky v zdravotníctve. Táto novela mala prispieť k tomu, aby sa ľudia stavali zodpovednejšie k využívaniu zdravotnej starostlivosti.

systémové opatrenie boli zamerané na zvyšovanie efektívnosti systému, mobilizáciu zdrojov a zníženie očakávaní občanov. Realizovali sa cez šesticu „reformných“ zákonov.

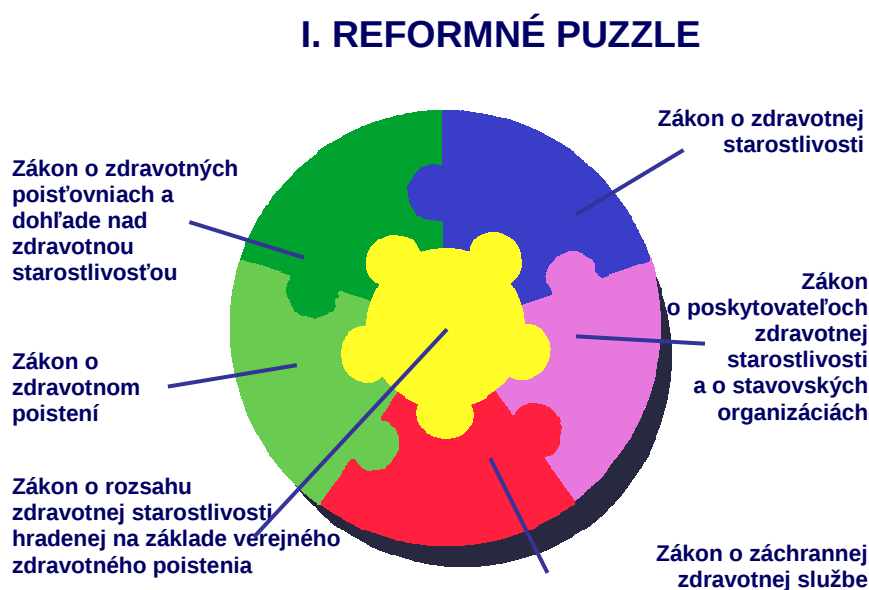
sieťové opatrenia, ktorých cieľom bolo zvýšenie alokatívnej a technickej efektívnosti, zvýšenie kvality, zlepšenie efektívnej dostupnosti, posilnenie konkurencie a rovnosť šancí. V rámci opatrení sa prijímal rad nových zákonov o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, o povolaniach, zariadeniach a stavovských organizáciách, ale i novela zákona o verejnej službe, ktorej cieľom bolo presunúť zodpovednosť za diferenciáciu miezd na manažment a rad ďalších zákonov na podporu sociálnej medicíny, kvality a ceny kvality, informatizácie, oddĺženia zdravotníckych zariadení, zavedenie diferencovaných miezd

Výstup tejto fázy reformy tvorilo šesť reformných zákonov, ktoré prijala Národná rada SR v októbri 2004 (zákony nadobudli účinnosť v januári 2005):

- Zákon č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- Zákon č.577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

- Zákon č.578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve
- Zákon č.579/2004 Z.z. o záchrannej zdravotnej službe
- Zákon č.580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č.95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- Zákon č.581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Obrázok 3: Reformné puzzle



Zdroj: MZ SR, 4.3.2004

Túto šesticu reformných zákonov dopĺňajú ďalšie právne normy:

- Zákon č. 545/2006, ktorým sa mení a dopĺňa zákon Národnej rady Slovenskej republiky o liekoch a zdravotníckych pomôckach č. 140/1998 Z. z., ktorá aproximovala niektoré ustanovenia Európskej únie, a zároveň ukladá lekárom povinnosť informovať pacientov o lacnejšej náhrade predpísaného lieku, prináša vznik liekových knižiek a povinnosť zverejňovať zoznam liekov aj s cenami,
- Zákon č. 579/2003, ktorým sa mení a dopĺňa zákon Národnej rady Slovenskej republiky O liečebnom poriadku č. 98/1995 Z. z., ktorý reaguje na zmeny v oblasti kúpeľnej liečby,
- Zákon č. 2/2005, ktorým sa mení a dopĺňa zákon Národnej rady Slovenskej republiky o ochrane zdravia ľudí č. 272/1994 Z. z.

Zákon o zdravotnom poistení

Primárnou funkciou zdravotného poistenia je vytvoriť balík zdrojov na báze solidárnosti. Z pohľadu zdravotnej ekonómie je dôležité, aby boli zdroje na zdravotníctvo solidárne a aby zabezpečovali tzv. kolektívne riziko.

Dôležitým momentom zákona je rozdelenie zdravotného poistenia na dve základné skupiny:

- *verejné zdravotné poistenie*, ktoré pri postupovaní služieb postupuje podľa zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- *individuálne zdravotné poistenie*, ktoré sa pri poskytovaní služieb postupuje podľa všeobecných právnych noriem, konkrétne Občianskeho zákonníka.

Tento zákon tiež stanovuje práva a povinnosti poistencov a nové pravidlá prerozdelenia poistného na verejné zdravotné poistenie. Cieľom prerozdelenia je obmedziť tzv. selekciu poistencov, ktorá vyplýva z prirodzeného faktu, že najvýhodnejší je zdravý poistenec s vysokým príjmom a naopak, dôchodca takmer automaticky znamená stratu. Základom prerozdelenia je 95% z povinného poistného, čím sa obmedzuje priestor na špekulácie a motivuje sa maximalizácia výberu poistného. Očakáva sa, že efektívna miera prerozdelenia bude dosahovať približne 85%.

Individuálne zdravotné poistenie ako druh zdravotného poistenia charakterizuje jeho fakultatívnosť a dáva poistencom možnosť získať širší rozsah zdravotného poistenia než je zabezpečený verejným zdravotným poistením.

V zákone sa zavádza nový inštitút ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie, ktorého účelom je zabezpečiť poistné na verejné zdravotné poistenie zo všetkých príjmov dosiahnutých nielen v príslušnom kalendárnom mesiaci, ale aj v celom kalendárnom roku.

Zákon o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou

Prvou veľkou zmenou v tomto zákone je transformácia zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti s tým, že všeobecná zdravotná poisťovňa a Spoločná zdravotná poisťovňa ostávajú v rukách štátu, ktorý bude vlastniť 100% ich akcií.

Zákon je založený na úplne nových princípoch. Zavádza tvrdé rozpočtové obmedzenia prehľadné finančné vzťahy, účtovníctvo a audit.

Hospodárenie zdravotnej starostlivosti dnes nie je ovplyvňované trhom a jeho zákonitosťami, ale schopnosťou manažmentu získať od zdravotných poisťovní čím väčšiu sumu peňazí na prevádzku zdravotníckeho zariadenia, bez ohľadu na existujúce kapacity, ich opodstatnenie a využitie, bez ohľadu na efektivitu práce, štruktúru zamestnancov a prevádzkové náklady.

Na zabezpečenie dohľadu nad zdravotnými poisťovňami pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia na jednej strane a nad poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti na strane druhej sa zriaďuje osobitný úrad – Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Hlavnou náplňou Úradu pre dohľad je:

- dohľad nad dodržiavaním štandardov verejného zdravotného poistenia,
- dohľad nad rozsahom a kvalitou poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách

Najvýraznejšie zmeny oproti doterajšej právnej úprave sú obsiahnuté v ustanoveniach, ktoré upravujú:

- povoľovanie výkonu činnosti v zdravotníctve,
- triedenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- transformácia zdravotníckych zariadení, ktoré plnia osobitné úlohy v zdravotníctve.
- počet, postavenie a úlohy stavovských organizácií v zdravotníctve.

Do verejnej siete poskytovateľov sa zaraďujú tí, ktorí majú uzavretú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou, nevynímajúc agentúru domácej ošetrovateľskej starostlivosti a zariadenia jednodňovej zdravotnej starostlivosti. Verejná minimálna sieť predstavuje optimálny počet poskytovateľov na danom území tak, aby sa zabezpečila efektívna, dostupná a plynulá zdravotná starostlivosť. Táto minimálna verejná sieť má zabezpečiť všeobecnú dostupnosť zdravotníckych služieb a mala by byť určitým kompromisom medzi trhovými a sociálnymi hodnotami spojenými so zdravotníctvom.

Zákon o záchrannej službe

Uvedený zákon začleňuje záchrannú zdravotnú službu do systému základných záchranných zložiek, pričom stanovuje povinnosti pri vykonávaní ich pôsobnosti.

Táto nová právna norma, má zabezpečiť zrýchlenie poskytovania neodkladnej zdravotnej starostlivosti pri záchrane ľudského života. Okrem toho sa zvýši počet výjazdových staníc záchrannej služby, staníc s vrtuľníkmi, ale hlavne sa skráti časový interval príjazdu záchranky.

Zákon obsahuje dve dôležité myšlienky a to, každý občan musí mať na každom mieste v SR k dispozícii okamžitú rýchlu zdravotnú pomoc, bez ohľadu na jeho schopnosť platiť, ako aj nástroj záchrany života.

Keďže ide o okamžitú a neodkladnú starostlivosť, činnosť záchrannej služby by sa mala financovať z verejného poistenia. Cieľom tohto zákona je zabezpečiť takú organizáciu siete poskytovateľov záchrannej služby, aby sa k občanovi dostali do 15 minút.

Zákon o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Zákon o zdravotnej starostlivosti chápe poskytovanie zdravotnej starostlivosti z ekonomického aspektu ako „službu“.

Tento zákon vymedzuje novú štruktúru výkonov:

- *neodkladná zdravotná starostlivosť*, ktorá sa poskytuje z verejného poistenia každému, kto je v ohrození života, v podstate bez ohľadu na jeho schopnosť platiť,
- *zdravotná starostlivosť*, ktorá sa člení na:
 - prioritný zoznam výkonov (národný zoznam priorít), plne hrazený zdravotnými poisťovňami, ale nie každému, len ich poistencom,
 - ostatné diagnózy na liečenie, ktorých si bude poistenec priplácať,
- služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré môžu byť spoplatnené.

Zdravotná starostlivosť sa poskytuje ako ambulantná, ústavná a lekárenská starostlivosť. Medzi ambulantnú starostlivosť patrí všeobecná starostlivosť, špecializovaná, špecializovaná iná a záchranná zdravotná služba.

Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Jedine finančne udržateľný systém dokáže v priebehu času dosahovať svoje ciele. V prípade zdravotníctva uhrádzaného z verejných zdrojov ohrozuje jeho finančnú udržateľnosť niekoľko faktorov:

- postupná zmena štruktúry ochorení (presun od akútnych ku chronickým)
- demografické faktory (starnutie populácie),
- technologický pokrok,
- očakávania občanov (zlepšovanie zdravotných služieb podporuje rastúce očakávania),
- dostupnosť zdrojov.

Zákon hlavne sledoval cieľ vyriešiť rastúci dlh v zdravotníctve a zastaviť jeho ďalšie prehlbovanie. Preto určil diagnózy, ktoré budú spoplatnené.

Na začiatku tento zákon kategorizuje preventívne prehliadky, ktoré spadajú do plnej úhrady poisťovňou. Zákon tiež definuje plnú úhradu cez poisťovňu neodkladnej zdravotnej starostlivosti, kde patria úkony vedúce k zisteniu choroby, liečby chorôb uvedených v Zozname prioritných chorôb (akútne, kardiologické, onkologické ochorenia, tehotenstvo, pôrod alebo diabetológia), ako aj nevyhnutné aktívne a systematické sledovanie zdravotného stavu pacienta.

Slovenská reforma zdravotníctva je založená na siedmich základných princípoch, ktoré

významným spôsobom zachytávajú sociálny charakter reformy.

1. Rovnaká starostlivosť pre rovnakú potrebu
2. Občan prispieva do systému podľa schopnosti platiť (nie podľa individuálneho rizika)
3. Univerzálne pokrytie
4. Ochrana práv pacientov
5. Vymáhanie pravidiel hry
6. Zdravotná starostlivosť je technicky služba a eticky poslanie

7. Zaručenie voľného vstupu licencovaných poskytovateľov na zdravotný trh

Slovenský zdravotný systém musí byť ekonomicky položený na princípe, aby jednotlivým občanom kryl tzv. katastrofické náklady. Znamená to krytie tých rizík, ktorých poistenie by bolo pri výlučne trhovom mechanizme veľmi drahé, alebo dokonca nemožné (napr. v prípade, že poistná udalosť už nastala). Z tohto dôvodu bol navrhnutý systém krytia rizík, zložený z troch pilierov

Tab 17: Systém krytia rizík

Povaha rizika	Typ ochrany	Typ rizika
Nepoistiteľné riziká (kardiologické, onkologické a chronické choroby, diabetes) – poistná udalosť už nastala	Verejné zdravotné poistenie	Zabezpečuje nepoistiteľné riziko na solidárnej báze (veľa ľudí prispieva, málo čerpá)
Poistiteľné riziká – poistná udalosť ešte nenastala	Individuálne zdravotné poistenie. Platba v hotovosti	Individuálne riziko na základe zdravotného stavu
Finančné zdroje občana nestačia kryť poistiteľné riziká	Sociálny systém	Ochrana zraniteľných skupín

Zdroj: Pažitný, P., Zajac, R., 2004

Prvý pilier – verejné zdravotné poistenie – by krylo tzv. solidárny balík, univerzálne dostupný pre všetkých. Je mimoriadne dôležité si uvedomiť, že 1% ľudí čerpá 29% percent výdavkov a 10% až 74% výdavkov. Zároveň 50% ľudí čerpá menej ako 2% výdavkov. Úlohou verejného zdravotného poistenia by preto bola akumulácia zdrojov pre veľmi malú časť populácie a efektívny nákup zdravotnej starostlivosti práve pre nich. Zdroje, ktoré do systému plynú, sú okamžite spotrebované v prospech tých, ktorí to najviac potrebujú – to je odpoveď na neustále opakovanú otázku staršej generácie, kde sú peniaze, ktoré celý život poctivo odvádzali na zdravotné poistenie.

Druhý pilier – individuálne zdravotné poistenie – by krylo individuálne riziká mimo solidárneho balíka. Sú to poistiteľné riziká a finančne nenáročné výkony.

Tretí pilier – sociálny systém, ktorý by kryl finančné riziká sociálne ohrozených skupín. Celý proces zavádzania nástrojov na stanovenie spoluúčasti je rozložený na obdobie dvoch rokov. Výhodou tohto nástroja oproti súčasnému stavu by bola jeho flexibilita, ktorá umožní relatívne promptné prispôbovanie zdravotnej politiky podľa

zdravotného stavu a demografickej štruktúry obyvateľstva, dopytu po zdravotnej starostlivosti a objemu disponibilných prostriedkov v zdravotníctve. Súčasne veľmi jasne ukáže v reálnej podobe typ zdravotnej politiky príslušnej vlády.

4.2.3 Dopady reformy

Reforma zdravotníctva bola určite jednou z najradikálnejších a najťažších reforiem na Slovensku. Do poskytovania zdravotnej starostlivosti sa jej podarilo zaviesť princíp trhovosti. Po prijatí šiestich reformných zákonov sa výrazne mení úloha štátu, ktorá sa z pozície vlastníka, manažéra, financovateľa či investora presúva do pozície efektívneho regulátora. Všetky dôležité kompetencie presúva na jednotlivé subjekty zdravotného trhu a jednoznačne podporuje zodpovednosť pacienta, zodpovednosť zdravotnej poisťovne a zodpovednosť poskytovateľa:

1. Pacient musí prebrať vyššiu mieru zodpovednosti za svoj zdravotný stav, tak v otázke prevencie, ako aj v otázke spoluúčasti na liečbe. Zdravie je individuálny statok, a preto vláda nemôže zobrať priamu zodpovednosť za zlepšovanie zdravotného stavu populácie, ale nepriamo môže vytvárať taký systém a také prostredie, aby sa zdravotný stav populácie zlepšoval. Zdravotný stav je totiž len z jednej štvrtiny ovplyvňovaný zdravotným systémom, a zvyšok zodpovednosti za zdravotný stav je mimo dosahu zdravotného systému – určuje ho životný štýl, stravovacie a hygienické návyky, životné prostredie či genetické faktory (Lalonde, 1974).
2. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti musí zobrať vyššiu mieru zodpovednosti za správne a včasné poskytovanie zdravotnej starostlivosti, za kvalitu zdravotnej starostlivosti aj s prípadným rizikom postihov a finančnú zodpovednosť za efektívne riadenie aktív. Cieľom je zvýšiť bezpečnosť liečby a dôveru pacienta voči systému zdravotníctva.
3. Zdravotná poisťovňa musí zobrať svoj diel zodpovednosti, predovšetkým za manažment pacienta v systéme a pri plnení kritérií solventnosti a nákupu zdravotnej starostlivosti v podmienkach tvrdých rozpočtových obmedzení s rizikom bankrotu.

Reforma a pacient

Zákony mali nanovo definovať základné funkcie zdravotníctva a spôsob jeho fungovania. Podľa ich autorov mali otvoriť cestu k zvyšovaniu zodpovednosti jednotlivca za svoj zdravotný stav prostredníctvom zvýšenia spoluúčasti občanov na hradení nákladov spojených so zdravotnou starostlivosťou.

Pacienti zaplatili za každú návštevu lekára dvadsať korún. Platby sa vyberali u praktických lekárov pre deti aj pre dospelých, odborných lekárov, stomatológov, gynekológov, logopédov, klinických psychológov aj liečebných pedagógov. Tieto platby boli príjmom lekára, ale zákon mu nedal možnosť, aby sa rozhodol či ich vôbec bude vyberať.

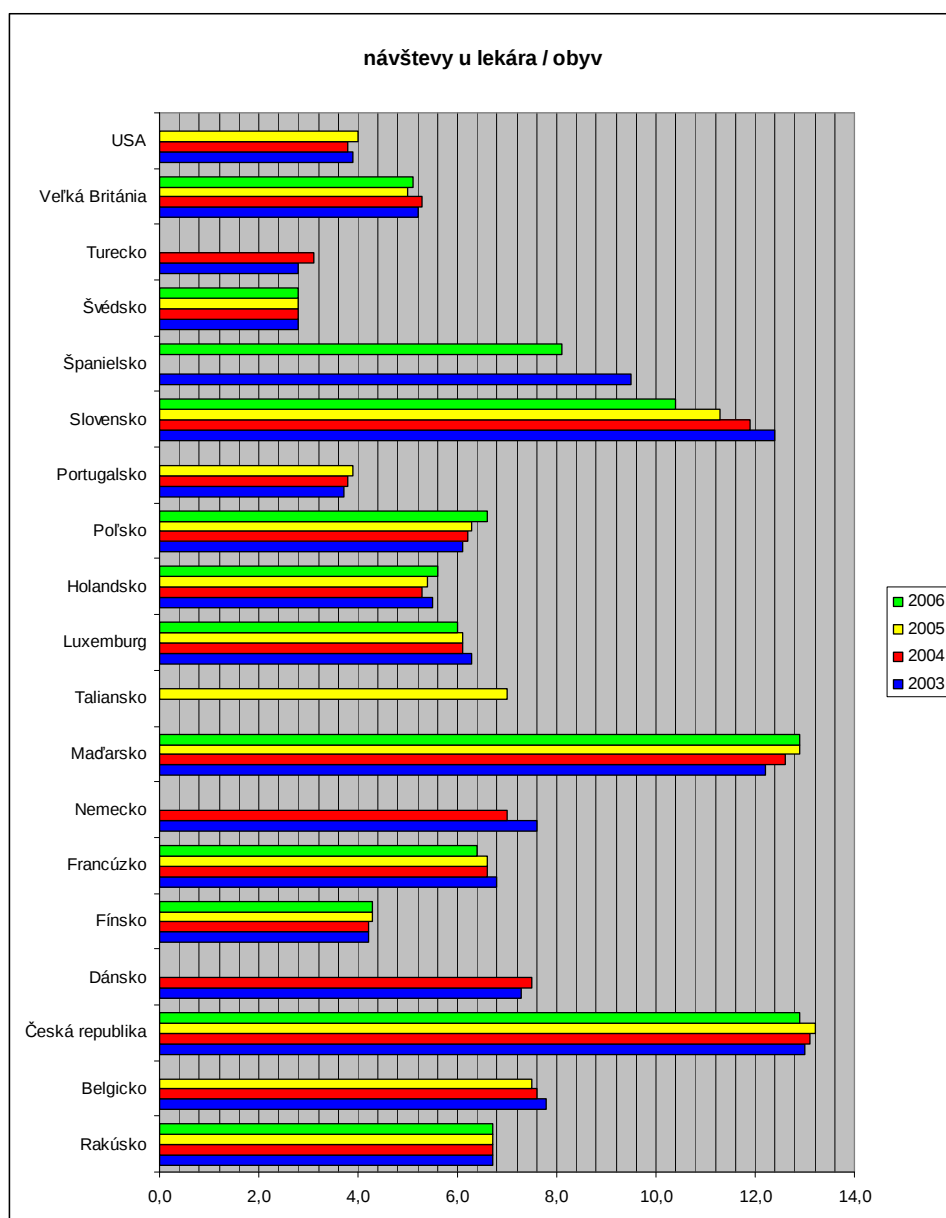
Ďalej boli zavedené poplatky za jazdu sanitkou (a to konkrétne dve koruny za kilometer jazdy sanitkou). Tento poplatok bol znížený (na jednu korunu za kilometer) u ťažko zdravotne postihnutých osôb, ktorí sú odkázaní na prepravu autom. Poplatky sa nevzťahovali na rýchlu zdravotnú pomoc pri vážnych stavoch. Ak pôjde v sanitke viac ľudí, platbu si rovnomerne rozdeľia.

Spoplatnený bol aj pobyt v lôžkovom zariadení a to najviac za tri týždne pobytu, teda maximálne tisíc korún (50 Sk za deň hospitalizácie v nemocnici). Platby boli príjmom nemocnice. Platba sa uhrádzala hneď pri prepustení z nemocnice, alebo do desiatich dní na jej účet.

Zároveň boli zavedené aj poplatky za recept (konkrétne 20 Sk na recept). Päť korún je príjmom lekárne a pätnásť príjmom zdravotnej poisťovne.

Zavedením poplatkov sa o niečo zvýšila legálna spoluúčasť pacienta. Do systému takto pribudli dodatočné zdroje - podľa odhadu ministra R. Zajaca uhradili pacienti za lieky okolo 1,9 mld. Sk ročne, formou poplatkov 1,5 mld. Sk a za plne hrazené výkony takmer 1 mld. Sk. Tým sa podiel verejných zdrojov na financovaní zdravotníctva znížil na približne 92 %.

Graf 12: Počet návštev u lekára



Zdroj: OECD health data, jún 2008

Zavedenie poplatkov malo plniť aj ďalšiu úlohu: fungovať ako faktor obmedzujúci nadmernú spotrebu a motivačný prvok na prevenciu. Napríklad počet preventívnych prehliadok u ženských lekárov sa zvýšil o zhruba 10 %, pričom však poklesol počet preventívnych prehliadok u praktických lekárov. Zavedenie poplatkov v nemocniciach pravdepodobne pozitívne pôsobilo aj na skracovanie hospitalizácie.

Z pohľadu pacienta sa často namieta, že poplatky znížili reálnu dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Tento problém u určitých nízkopríjmových skupín existoval a na jeho riešenie sa prijímali rozličné opatrenia, ako definovanie skupín, ktoré poplatky

neplatia, alebo poskytovanie paušálnych príspevkov na krytie zvýšených nákladov. Do akej miery boli poplatky reálnou bariérou, limitujúcou vstup najchudobnejších do zdravotníckeho systému, ťažko exaktne preukázať.

Od 1.9.2006 nadobudla účinnosť novela nariadenia vlády SR č.722/2004 Z. z. o výške úhrady pacienta za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení č. 485/2006, ktorá v praxi znamená, že pacienti neplatia v ambulancii 20 korunový poplatok za návštevu a pri hospitalizácii neplatia 50 SK za každý deň v nemocnici. Toto zrušenie poplatkov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti znížilo finančné zaťaženie poistencov, súčasne však znamenalo výpadok zdrojov systému.⁷⁹

Reforma a oblasť zdravotného poistenia

Na trhu zdravotného poistenia u nás pôsobí momentálne 5 zdravotných poisťovní: Všeobecná zdravotná poisťovňa a.s., Spoločná zdravotná poisťovňa a.s., Dôvera zdravotná poisťovňa a.s., Apollo zdravotná poisťovňa a.s., Union zdravotná poisťovňa a.s.

V SR existujúci solidárny systém verejného zdravotného poistenia by mal v súlade s platnou legislatívou garantovať všetkým poistencom rovnakú zdravotnú starostlivosť, čo však v našom systéme neplatí, pretože súkromné zdravotné poisťovne prostredníctvom cielených marketingových aktivít získali do svojho poistného kmeňa dokázateľne zdravšiu časť našej populácie. Vzhľadom na to, že štát negarantuje platobnú schopnosť skromných zdravotných poisťovní, nákladovo najdrahší pacienti zostávajú poistení vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni.

Pretože prerozdeľovací mechanizmus nie je správne nastavený, lebo nezohľadňuje skutočné náklady zdravotnej poisťovne na ekonomicky náročných pacientov (je založený len na prerozdeľovaní financií na základe veku a pohlavia poistencov), vzniká nepomer medzi nákladmi Všeobecnej zdravotnej poisťovne a objemom finančných prostriedkov, ktoré táto poisťovňa získa v rámci prerozdeľovacieho mechanizmu od iných zdravotných poisťovní. Prijatím reformných zákonov v roku 2004 nastala v súvislosti so zdravotným poistením systémová zmena, ktorá narušila jeden zo základných princípov verejného zdravotného poistenia – neziskovosť, čím sa vybrané poistné stalo majetkom skromných

⁷⁹ www.udzs.sk/buxus/docs/ts_ZoSpravyOSTaveVerejnehoZdravotnehoPoistenia2006.doc

poisťovní a to namiesto toho, aby tieto finančné prostriedky poisťovne iba spravovali za adekvátnu odmenu.

Súkromné zdravotné poisťovne čerpali v roku 2006 na svoju prevádzkovú činnosť finančné prostriedky vo výške od 5,69 % do 9,13 % z objemu vybraného poistného. Pre porovnanie – štátne zdravotné poisťovne na rovnaký účel za to isté obdobie vynaložili 3,16 % (Spoločná zdravotná poisťovňa a.s.) a 3,37 % (Všeobecná zdravotná poisťovňa a.s.) z objemu vybraného poistného.

Od 1. 1. 2007 súčasná vláda príslušnou legislatívou opäť obmedzila čerpanie finančných prostriedkov na prevádzkové účely zdravotných poisťovní, konkrétne 4% správnym fondom.

Prioritnou úlohou Ministerstva zdravotníctva SR v súlade s Programovým vyhlásením vlády SR je zabezpečenie dostupnosti a kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti pre občanov.(rámik 1)⁸⁰

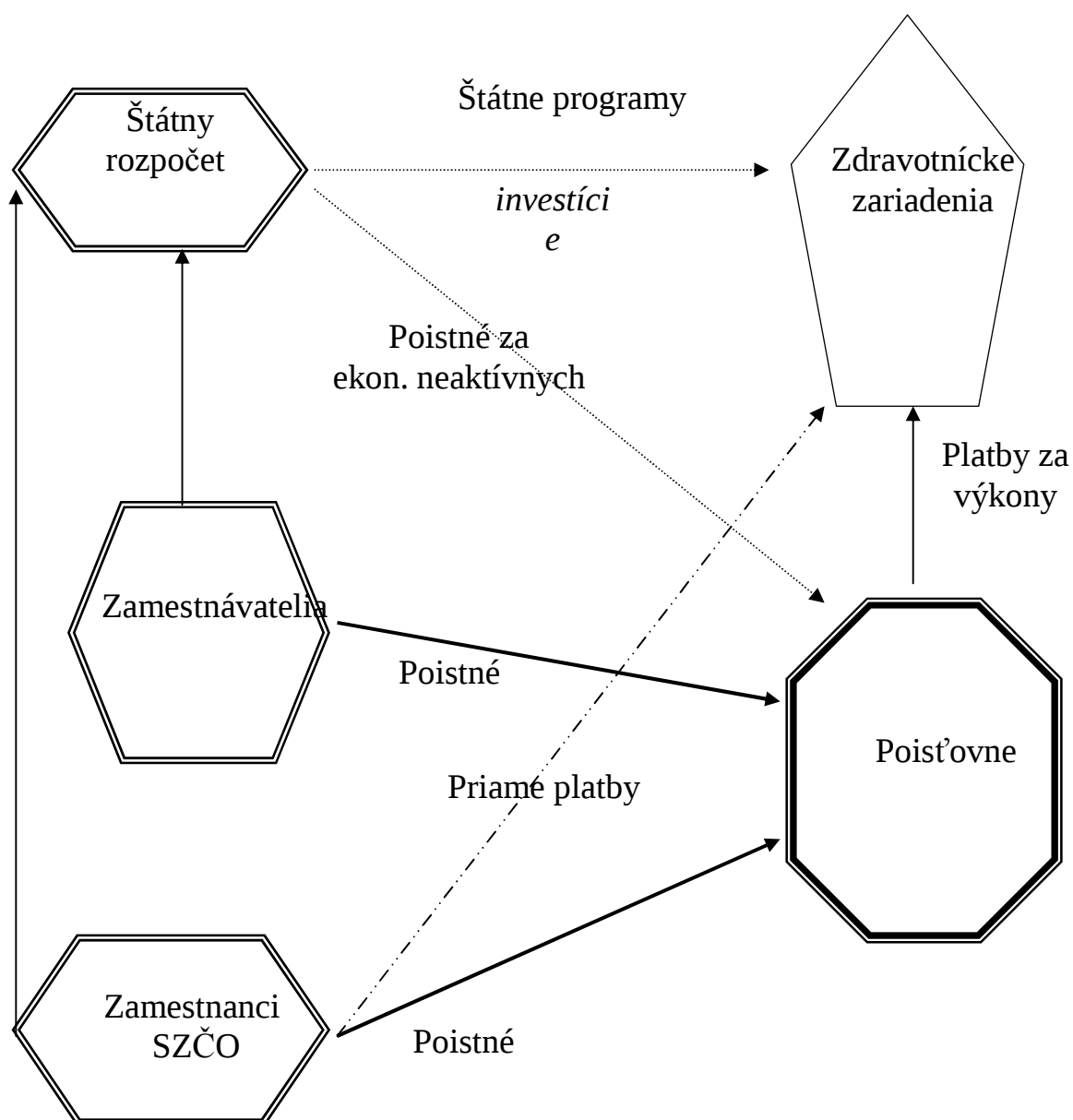
Tab 18: Zdroje financovania zdravotníctva

V mld Sk	2006	2007	2008	2009
A. Zdroje zdravotných poisťovní celkov	75,8	83,4	87,0	93,0
B. Disponibilné zdroje zdravotných poisťovní	75,8	83,4	87,0	93,0
C. MZ SR (bez poist.štátu a príspevku ZP)	2,87	2,1	2,3	2,4
D. Iné rozpočtové kapitoly	0,6	0,6	0,6	0,6
E. VÚC, obce	0,4	0,5	0,5	0,5
F.Disponibilné zdroje v zdravotníctve spolu (B+C+D)	79,6	86,6	90,4	96,5
<i>medziročná zmena (v %)</i>	4,5	8,8	4,4	6,7

Zdroj: MZ SR

⁸⁰ Programové vyhlásenie vlády SR, 2006

Schéma 7: Systém financovania zdravotníctva SR



Vláda vo svojom programovom vyhlásení v roku 2006 dala konkrétne prísľuby:

- * poslaním zdravotníctva je poskytovanie zdravotnej starostlivosti verejnosti za verejné peniaze, a preto musí byť pod verejnou kontrolou;

- * vláda SR zabezpečí princíp solidárnosti v zdravotníctve, sociálne orientovaný štát sa nesmie zbaviť zodpovednosti za zabezpečenie prístupu k adekvátnej zdravotnej

starostlivosti pre všetkých občanov, rozsah tejto starostlivosti musí definovať zákon a v tomto rozsahu musí byť zdravotná starostlivosť financovaná zo zdravotného poistenia;

* vrátiť Všeobecnej zdravotnej poisťovni a Spoločnej zdravotnej poisťovni verejno-právny charakter;

* zrušiť niektoré poplatky nemajúce priamo súvis s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zabezpečiť pre poskytovateľov kompenzáciu, vláda považuje podporu nepovinného zdravotného poistenia za rozhodujúcu pri umožnení prístupu k zdravotnej starostlivosti nehradenej zo zdravotného poistenia a k zníženiu bezprostredného finančného dopadu spoluúčasti;

* zabezpečiť navýšenie finančných prostriedkov pre zdravotníctvo v roku 2007 cestou zvýšených platieb poistného za skupiny občanov kde je platiteľom štát zo 4% priemernej mzdy na 5% priemernej mzdy;

* presadiť, aby výška nákladov na prevádzku zdravotných poisťovní bola zákonom obmedzená najviac do výšky 4% z výberu povinného zdravotného poistného

* zrušiť súčasnú podobu ročného zúčtovania poistného;

* presadiť preradenie liekov, zdravotníckych pomôcok a zdravotníckej techniky do zníženej sadzby DPH.

Tab 19: Prognóza zdrojov zdravotníctva

Typ zdroja	2009p	2010p
A: Zdroje zdravotných poisťovní celkom	100,1	105,7
A.1 Od ekonomicky aktívneho obyvateľstva	62,8	66,4
A.2 Od štátu	36,3	38,3
A.3 Ostatné príjmy	1,0	1,0
B: Ministerstvo zdravotníctva SR (bez poistného plateného	2,5	2,4
C: Iné rozpočtové kapitoly	0,5	0,5
D: Oddlžovanie poskytovateľov a poisťovní cez Veriteľa	0,0	0,0
E: Disponibilné verejné zdroje v zdravotníctve (A+B+C+D)	103,1	108,6
F: Súkromné výdavky obyvateľstva	28,9	32,3
G: Individuálne zdravotné poistenie	4,8	5,3
G.1 Duplicitné individuálne zdravotné poistenie	4,8	5,3
G.2 Suplementárne zdravotné poistenie	0,0	0,0
H: Disponibilné súkromné zdroje v zdravotníctve (F+G)	33,7	37,6
I: Zdroje celkom (E+H)	136,8	146,2

Zdroj: HPI 2008

Tab 20: Objem verejných i celkových zdrojov zdravotníctva v tis. €

	2008	2009
Disponibilné zdroje zdrav. poisťovní	3193089	3715947
MZ SR (bez poisťného)	104029	111112
Iné rozpočtové kapitoly	22363	17933
VÚC, obce	17238	19983
Disponibilné verejné zdroje spolu	3336719	3864975
Medziročná zmena	15,5%	15,8%
Priame platby obyvateľstva	992498	1165106
Celkové zdroje v zdravotníctve spolu		

Zdroj: MF SR 2009

Úsporným krokom zo strany MZ SR bolo zohľadnenie výrazného posilňovania slovenskej koruny najmä voči euro a americkému doláru v ostatnom období. Nakoľko väčšina liekov je z dovozu, MZ SR pristúpilo k zníženiu cien liekov s účinnosťou od 15. marca 2007 o 6,6 %. V systéme zdravotnej starostlivosti to predstavuje úsporu v ročnom vyjadrení 1,75 mld. Sk.

MZ SR s účinnosťou od 1.1.2007 upravilo výšku výdavkov na správnu réžiu zdravotných poisťovní na 4 %. V porovnaní s rokom 2006, kedy neboli obmedzené výdavky na prevádzkovú činnosť, sa môže ušetriť ročne až 1,8 mld. Sk, nakoľko VŠZP a.s. čerpala na výdavky na správu v roku 2006 3,67 %, SZP a.s. 3,16%, Apollo a.s. 6,04%, Dôvera a.s. 9,13%, Sidéria a.s. 5,69%, (Európska ZP a.s. 98,36%, Union a.s. 99,88). Priemer bol 6,17%. Zisk zdravotných poisťovní za rok 2006 predstavoval čiastku takmer 2 mld. Sk. Pod tlakom vyvíjaným Ministerstvom zdravotníctva formou verejnej diskusie, aby zisk nebolo možné využívať mimo systému zdravotného poistenia, sa zdravotné poisťovne zaviazali, že tento vrátia do systému.

Tab 21: Hospodárenie zdravotných poisťovní

Zdravotná poisťovňa	Hospodársky výsledok k 31.12.2005 v mil. Sk	Hospodársky výsledok k 31.12.2006 v mil. Sk
Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.	-2 489,696	201,719
Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s.	93,635	174,205
Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s.	-1,573	509,642
Apollo zdravotná poisťovňa, a.s.	134,736	577,300
Sidéria-Istota zdravotná poisťovňa, a.s.	-32,836	457,267
Spolu	-2 295,734	1 920,133

Zdroj: MZ SR, jednotlivé ZP

V charakteristike zdravotných poisťovní vykonávajúcich povinné zdravotné poistenie na celonárodnej úrovni treba brať do úvahy, že plnia úlohy vo verejnom záujme, že sú zriadené na plnenie úloh štátu pri napĺňaní jeho sociálnych funkcií a všetky ich príjmy plynúce z vykonávania povinného zdravotného poistenia majú používať na činnosti určené ich štatútom podľa zákona. Nevykonávajú hospodársku činnosť, ale sociálne služby verejného záujmu. Sú súčasťou systému sociálneho povinného zdravotného poistenia, ich činnosť je sociálna činnosť a táto činnosť, bez ohľadu na to, či je vykonávaná neziskovými alebo ziskovými, komerčnými organizáciami, má byť jednoznačne činnosťou, výnosy z ktorej môžu byť použité len na účely povinného zdravotného poistenia a nie na investovanie, či rozdelenie medzi akcionárov, alebo na iné účely. (prehľad vzniku a zániku zdravotných poisťovní na Slovensku uvádza príloha 4)

Transformácia všetkých zdravotných poisťovní na obchodné spoločnosti založené na princípe dosahovania zisku nemá vo vyspelom svete obdobu. Verejné zdroje – poistné – sa stalo majetkom súkromných spoločností namiesto toho, aby tieto spoločnosti finančné prostriedky od občanov iba spravovali za adekvátnu odmenu.

Preto hlavným opatrením, ktoré by umožnilo finančné úspory vo viacerých oblastiach (redukcia siete, cenová politika, dostatočné krytie finančne náročných výkonov, správna réžia zdravotných poisťovní, obmedzenie výdavkov na činnosť ÚDZS – nebola by potreba prerozdeľovania zdrojov, činnosti smerujúce k EÚ a pod.), je návrh na vytvorenie modelu jednej zdravotnej poisťovne na princípe verejných zdrojov.

Tab 22: Prognóza objemu platieb štátu pre zdravotné poisťovne v mld. Sk

Parameter	p2009	p2010
Počet poistencov štátu v tis. osôb	2 894	2 867
Vymeriavací základ – priemerná mzda dva roky dozadu v Sk	20 074	21 539
Poistná sadzba, v %	4%	4%
Ročná platba štátu za poistencov štátu, v Sk	9 636	10 339
Platba štátu spolu, v mld. Sk	27,9	29,6
Platba štátu podľa schváleného rozpočtu verejných financií 2007-2009	28,6	30,9

Zdroj: Prognóza HPI, schválený rozpočet verejnej správy pre roky 2007 až 2009

Tab 23: Prognóza počtu poistencov v jednotlivých kategóriách

(tis. osôb)	p2009	p2010
Zamestnanci	1 843	1 852
SZČO	384	387
Štát	2 894	2 867
Samoplatitelia	150	150
Počet poistencov	5 271	5 256
Počet obyvateľov	5 397	5 401

Zdroj: Prognóza HPI na základe podkladov ÚDZS, zdravotných poisťovní a Infostat, 2008

Tab 24: Prehľad počtu poistencov a príjmov zdravotných poisťovní

		2005		2006		2007		2008	
Poistenci v tis/ odvody v mld €	Zamestnanci	1783	1,54	1851	1,74	1884	1,91	1914	2,07
	SZČO	271	0,11	285	0,13	307	0,15	323	0,17
	Samoplatitelia	120	0,01	114	0,01	111	0,01	103	0,01
	Štát	3148	0,72	3066	0,77	2999	0,89	2946	0,99
	Spolu	5322	2,39	5316	2,65	5301	2,96	5286	3,24
Príjmy ZP v mld €		2,44		2,69		2,99		3,27	
Príjmy zdravotníctva v mld €		2,99		3,28		3,59		3,93	
Príjmy ZP ako % príjmov zdravotníctva		81,6		82,1		83,4		83,2	

Zdroj: vlastné výpočty na základe HPI 2008

Na konci roku 2008 vypracoval a publikoval Health Polici Institute materiál , zameraný na likviditu poisťovní, platobnú schopnosť a úspešnosť výberu poistného. Podľa tvorcov, cieľom bolo pomôcť poistencom zorientovať sa v rozdieloch medzi

jednotlivými poisťovňami. Porovnanie hodnotených údajov spracoval HPI v štyroch oblastiach : vo finančnej ochrane poistenca , v produktoch nad rámec rozsahu, oblasti servisu klientom a v oblasti vzťahov s poskytovateľmi. Z nich je iba oblasť finančnej ochrany poistenca zameraná na porovnanie ekonomických ukazovateľov - na likviditu poisťovní, platobnú schopnosť a úspešnosť výberu poistného.

Hodnotené oblasti⁸¹

1. finančná stabilita ZP - hodnotí schopnosť zdravotnej poisťovne plniť jej súčasné a budúce záväzky voči poistencom a poskytovateľom ZS
2. operačné procesy ZP - hodnotí nastavenie procesov v zdravotnej poisťovni, ktoré majú dopad na výkon zdravotného poistenia
3. biznis profil ZP - hodnotí vývoj zdravotnej poisťovne a jej stabilitu na trhu
4. vzťahy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti - hodnotí vzťah zdravotnej poisťovne k poskytovateľom v zmysle platobných a zmluvných podmienok
5. kvalita poskytovaných služieb poistencom v zdravotnej starostlivosti - hodnotí poskytovanie zdravotných služieb z pohľadu zabezpečenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti, manažmentu pacientov a poskytovania zdravotnej starostlivosti nad rámec rozsahu hradenej ZS
6. služby klientom - hodnotí existenciu a kvalitu služieb klientskych servisov, pobočiek, call-centier a internetových stránok
7. spokojnosť klientov - dotazníkovou formou sa meria spokojnosť klientov so zdravotnou poisťovňou

Tab 25: Rating zdravotných poisťovní

Rating ZP	Váha	VŠZP	SZP	APOLLO	Dôvera	Union
Finančná stabilita	20 %	D	B	B	A	A
Operačné procesy	10 %	C	D	D	A	D
Biznis profil	5 %	B	A	A	A	D

⁸¹ Na prvý pohľad rovnaké a predsa iné. Rating zdravotných poisťovní 2008, HPI, Bratislava 2008

Vzťahy s PZS	20 %	D	D	C	A	B
Kvalita poskytovaných služieb v ZS	20 %	D	D	A	B	A
Služby klientom	15 %	D	D	B	A	B
Spokojnosť klientov	10 %	D	B	D	A	A
Výsledne hodnotenie	100 %	D	C	C	A	A

Zdroj: HPI 2008

Najlepšie hodnotenie za rok 2008 dosiahla zdravotná poisťovňa Dôvera ZP a. s. Na piatom mieste sa umiestnila Všeobecná zdravotná poisťovňa a.s., ktorá rovnako ako v minulom roku dosiahla rating „D“ a rovnaké 5. miesto.

Európska zdravotná poisťovňa a. s. z dôvodu vstupu do likvidácie nebola v ratingu zdravotných poisťovní za rok 2008 hodnotená.

Na toto hodnotenie zdravotných poisťovní reagoval aj Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a konštatoval, že napriek osobitosti finančnej analýzy, resp. hodnotenia poisťovní, ktoré vypracoval HPI vo viacerých prípadoch sa nedodržali zásady a postupy analýz ⁸²:

- cielenosť – ubezpečenie potenciálnych poistencov ,že iba nešťátne poisťovne sú stabilné
- komplexnosť – zvolené ukazovatele nie sú postačujúce na vyhodnotenie tzv. finančnej ochrany poistenca
- konkrétnosť – nie je zrejmé, v akej miere navrhnuté ukazovatele ovplyvňujú úroveň finančnej ochrany poistenca, a teda nemožno ani posúdiť ich vplyv z komplexného pohľadu
- objektivnosť a kritickosť – nie je možné porovnávať ukazovatele vypočítané zo vstupných údajov za rôzne časové obdobia.
- Systematickosť – vo všeobecnosti možno konštatovať, že podklady sú odvodzované z výkazov zostavených vždy k určitému časovému okamihu a majú

⁸² Demovič, R.: Objektivnosť treba hľadať na rovnakých tratiach, UDZS, Bratislava 2008

preto statický charakter (údaje pre VŠZP, SZP, APOLLO sú z roku 2006, UNION a EZP prvý polrok 2007) .

Tab 26: Výdavky zdravotných poisťovní v mld €

	2005	2006	2007	2008
Výdavky na lieky	0,83	0,95	0,99	1,10
Výdavky na zdravotnícke pomôcky	0,07	0,10	0,11	0,13
Výdavky na ústavnu starostlivosť	0,55	0,62	0,76	0,87
Výdavky na ambulantnú starostlivosť	0,40	0,44	0,50	0,51
Výdavky na spoločné vyčetrovacie a liečebné zložky	0,24	0,26	0,28	0,31
Výdavky na záchrannú zdravotnú službu	0,04	0,06	0,07	0,07
Výdavky na zdravotnú starostlivosť spolu *	2,19	2,50	2,79	3,07
Ostatné výdavky	0,26	0,19	0,02	0,19
Spolu	2,44	2,70	2,99	3,27

Zdroj: podľa Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2008 – 2011, HPI 2008

* zahŕňajú i ostatné výdavky ako výdavky na starostlivosť o bezdomovcov, a výdavky v rámci EÚ

Úrad ako nezávislý orgán vychádzal pri spracovaní informácií z oficiálnych podkladov zdravotných poisťovní. Za najdôležitejšiu informáciu považuje hodnotu vyjadrujúcu sumu finančných prostriedkov, použitých na úhradu zdravotnej starostlivosti.

Najväčší objem finančných prostriedkov použitých na úhradu zdravotnej starostlivosti na jedného poistenca dávala v minulom roku VŠZP, a.s..

Najmenší objem finančných prostriedkov použitých na úhradu zdravotnej starostlivosti na jedného poistenca dávala v minulom roku EZP, a.s. a UNION, a.s.. V prípade poisťovne UNION, a.s. bol rozdiel dvojnásobný v porovnaní s VŠZP, a.s..

Tab 27: objem finančných prostriedkov použitých na úhradu zdravotnej starostlivosti na jedného poistenca

Poisťovňa	SK	%
VŠZP, a.s.	17 466	95,72
SZP, a.s.	16 016	94,69
Apollo, a.s.	14 774	89,92
Dôvera, a.s.	13 832	90,07

EZP	9 801	91,40
UNION	8 730	71,20

Zdroj: ÚDZS

Priemerné náklady na ZS na rok na jedného poistenca sú : 15 703,- SK a 93,9 %.

Reforma a zdravotnícky pracovníci

Odmeňovanie zamestnancov rozpočtovej sféry (a teda aj zamestnancov zdravotníckych zariadení) s účinnosťou od 1. mája 1992 upravoval zákon č. 143/1992 Zb. o plate a odmene za pracovnú pohotovosť v rozpočtových a v niektorých ďalších organizáciách a orgánoch v znení neskorších predpisov a nariadenie vlády SR č. 249/1992 Zb. o platových pomeroch zamestnancov v rozpočtových a v niektorých ďalších organizáciách a orgánoch v znení neskorších predpisov.

Od 1. apríla 2002 nadobudol účinnosť zákon č. 312/2001 Z. z. o štátnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov a zákon č. 313/2001 Z. z. o verejnej službe. Počet platových tried v stupnici platových taríf sa v zákone o verejnej službe rozšíril z 12 na 14 a počet stupňov z 10 na 12 (od 1.4.2002 plat v 12. stupni 14. platovej triedy v osobitej stupnici určenej pre zdravotníckych pracovníkov predstavoval 26.250 Sk).

Od 1. januára 2004 nadobudol účinnosť zákon č. 553/2003 Z. z. o odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme, ktorý riešil na začiatku aj odmeňovanie zdravotníckych pracovníkov.

Od 1. januára 2005 zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva SR, ktorých príjem zo zdrojov mimo štátneho rozpočtu /od zdravotných poisťovní/ bol vyšší ako 50%, prestali uplatňovať systém odmeňovania upravený zákonom č. 553/2003 Z. z. o odmeňovaní niektorých zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme v znení neskorších predpisov a odmeňovanie zamestnancov týchto zdravotníckych zariadení sa riadi Zákonníkom práce. V súlade s § 43 Zákonníka práce má zamestnávateľ možnosť dojednať mzdové podmienky za všetkých zamestnancov v kolektívnej zmluve. V súlade s kolektívnou zmluvou vyššieho stupňa, uzatvorenou medzi Asociáciou fakultných nemocníc a SOZ zdravotníctva a sociálnych služieb, boli v roku 2006 vo fakultných nemocniciach zvýšené mzdy o 10 % od 1.5.2006 a o ďalších 10 % od 1.12.2006. Toto zvýšenie bolo výsledkom štrajku zdravotníckych pracovníkov v apríli

2006, ktorý vznikol na základe dlhodobého neriešenia mzdovej oblasti zdravotníckych pracovníkov.

Tab 28: Vývoj priemerného zárobku lekárov

Rok	Ø zárobok lekárov	Index rastu Ø zárobku	Index miery inflácie	Rozdiel % stl. 2 – stl. 3
2001	23.837			
2002	28.311	1,188	1,085	+10,3
2003	28.973	1,023	1,036	-1,3
2004	29.794	1,028	1,085	-5,7
2005	31.275	1,050	1,075	-2,5
2006	34.519	1,104	1,027	+7,7

Tab 29: Vývoj priemerného zárobku sestier

Rok	Ø zárobok sestier	Index rastu Ø zárobku	Index miery inflácie	Rozdiel % stl. 2 – stl. 3
2001	11.360			
2002	13.437	1,183	1,085	+9,8
2003	13.635	1,015	1,036	-2,1
2004	14.030	1,029	1,085	-5,6
2005	14.609	1,041	1,075	-3,4
2006	16.382	1,121	1,027	+9,4

Zdroj: Štatistický úrad SR, NCZI Bratislava.

Do sledovania sú zahrnuté vybrané organizácie v zriaďovateľskej a zakladateľskej pôsobnosti MZ SR, VÚC, miest a obcí (rok 2000 - 189 organizácií, rok 2005 - 177 organizácií).

Na základe hore uvedených tabuliek, ktoré dokumentujú vývoj priemerného zárobku vybraných kategórií zdravotníckych pracovníkov (lekárov a sestier) možno vo všeobecnosti konštatovať, že rast miezd v celom zdravotníctve v období rokov 2003 až 2005 bol v rozpätí 2 až 5 %, pričom rast priemernej mzdy v národnom hospodárstve sa pohyboval v rozpätí od 6 do 10 %. Pri inflácii v daných rokoch v rozpätí od 8,5 do 2,7 % došlo k výraznému poklesu reálnych miezd. Po prechode na liberálny systém

odmeňovania podľa Zákonníka práce dochádza v roku 2006 v predvolebnom období k výraznému zvýšeniu miezd v porovnaní s rokmi 2003 až 2005 (až o 11 %). Rast miezd v zdravotníctve v roku 2006, v porovnaní s rastom miezd v národnom hospodárstve, bol vyšší o 2 %. Pri ročnej miere inflácie 4,5 % bol zaznamenaný rast reálnej mzdy o 6,5 %. K uvedenému predvolebnému zvýšeniu miezd došlo však bez ich zdrojového krytia. Zvýšenie v roku 2006 realizované v dvoch etapách (k 1.5.2006 a k 1.12.2006) predstavovalo nárast finančných prostriedkov na mzdy a odvody vo výške **1 mld. Sk** v zdravotníckych zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ.

Po novele Zákonníka práce zdravotnícke zariadenia musia zabezpečiť nepretržitú dostupnosť zdravotnej starostlivosti zavedením 3-zmennej prevádzky, ktorá predstavuje významné zvýšenie požiadaviek na zdroje (tak ľudské, ako aj finančné). Iba v roku 2007 si vyžadovala zvýšenie zamestnanosti zdravotníckych pracovníkov, ktoré, vo finančnom vyjadrení, znamenalo potrebu navyše ďalších minimálne 1,3 mld. Sk z pohľadu celého roka v rámci zdravotníckych zariadení v pôsobnosti MZ SR.⁸³

Tab 30: Mzdy zamestnancov vo verejných zdravotníckych zariadeniach 2008

	Tarifná mzda	Priemerná mzda
Lekári	24985	44399
Farmaceuti	28370	38144
Sestry	15699	23319
Laboranti	15781	22479
Asistenti/sanitári	10647	15722
THP	16893	21715
spolu	16235	24881

Zdroj: NCZI

Podľa údajov v zdravotníckej ročenke 2005 v Slovenskej republike pracovalo v zdravotníckych zariadeniach spolu 98 829 pracovníkov, z toho v neštátnych zdravotníckych zariadeniach 53 932 (54,6%) pracovníkov. Z celkového počtu všetkých pracovníkov bolo 16 318 (16,5%) lekárov, 2 919 (3,0%) zubných lekárov, 2 686 (2,7%) farmaceutov, 32 319 (32,7%) sestier, 1 719 (1,7%) pôrodných asistentiek, 5340 (5,4%) laborantov, 8 375 (8,5%) asistentov, 1 448 (1,5%) technikov, 2 348 (2,4%) iných

⁸³ Aktuálny vývoj v slovenskom zdravotníctve, MZ SR, 2006

zdravotníckych pracovníkov a 25 357 (25,7%) ostatných pracovníkov. Z celkového počtu pracovníkov zdravotníckich pracovníci tvorili 74,3%.⁸⁴

Z pohľadu personálneho zabezpečenia v sieti lôžkových zariadení financovaných zo zdrojov zdravotných poisťovní v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR chýbalo 954 zdravotníckych pracovníkov (z toho 252 lekárov a 544 sestier). Po novele Zákonníka práce sa tento počet zvýšil o ďalších 2 417 chýbajúcich zdravotníckych pracovníkov (z toho 1496 lekárov a 518 sestier).

Tab 31: Počet lekárov na 1000 obyvateľov

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rakúsko	3,1	3,2	3,3	3,4	3,5	3,5	3,6
Belgicko	3,9	3,9	3,9	4,0	4,0	4,0	4,0
Česká republika	3,4	3,4	3,5	3,5	3,5	3,6	3,6
Dánsko	3,3	3,3	3,4	3,4	3,6		
Fínsko	2,8	2,8	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7
Francúzsko	3,3	3,3	3,3	3,3	3,4	3,4	3,4
Nemecko	3,3	3,3	3,3	3,4	3,4	3,4	3,5
Grécko	4,3	4,4	4,6	4,7	4,9	5,0	
Maďarsko	3,1	3,2	3,2	3,2	3,3	2,8	3,0
Írsko	2,2	2,4	2,4	2,6	2,8	2,8	2,9
Taliansko	4,1	4,3	4,4	4,1	4,2	3,8	3,7
Luxemburg	2,1	2,2	2,3	2,4	2,4	2,5	2,8
Holandsko	3,2	3,3	3,4	3,5	3,6	3,7	3,8
Nórsko	2,9	3,0	3,4	3,4	3,5	3,7	3,7
Poľsko	2,2	2,3	2,3	2,5	2,3	2,1	2,2
Portugalsko	3,1	3,2	3,2	3,2	3,3	3,4	
Slovensko	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1		
Španielsko	3,2	3,1	2,9	3,2	3,4	3,8	3,6
Švédsko	3,1	3,2	3,3	3,4	3,4	3,5	
Švajčiarsko	3,5	3,5	3,6	3,7	3,8	3,8	3,8
Turecko	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6
Veľká Británia	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5
USA	2,3	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4

Zdroj: OECD health data, 2008

Tab 32: Počet sestier na 1000 obyvateľov

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rakúsko	7,1	7,1	7,1	7,2	7,1	7,2	7,3
Belgicko						14,8	
ČR	7,6	7,8	8,0	8,0	8,1	8,1	8,1
Dánsko	13,8	14,1	14,3	14,6	14,8	15,0	15,3
Fínsko	6,1	6,6	6,9	7,3	7,8	8,0	8,3

⁸⁴ Zdravotnícka ročenka, 2005

Francúzsko	6,5	6,7	6,9	7,0	7,2	7,4	7,6
Nemecko	9,4	9,6	9,6	9,7	9,7	9,7	9,8
Grécko	2,7	2,9	3,3	3,3	3,3	3,3	
Maďarsko	5,3	5,5	5,7	5,8	5,8	5,9	6,1
Írsko	14,0	14,8	15,3	14,8	15,0	15,2	15,4
Taliansko	5,2	5,4	5,4	5,4	6,7	7,0	7,1
Luxemburg	10,1	10,4	10,9	12,6	12,9	15,9	16,0
Holandsko					9,4	8,9	8,6
Nórsko						31,0	31,6
Poľsko	5,0	4,9	4,9	4,7	4,9	5,1	5,1
Portugalsko	3,7	3,8	4,0	4,2	4,4	4,6	
Slovensko	7,4	7,3	6,9	6,5	6,3		
Španielsko	6,5	6,8	7,4	7,5	7,4	7,4	7,3
Švédsko	9,9	10,1	10,3	10,4	10,6	10,7	
Švajčiarsko	12,9	13,2	13,7	14,3	14,1	14,1	
Turecko	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8		2,1
Veľká Británia	11,3	11,5	11,7	12,1	12,3	12,3	11,9
USA	10,2	10,2	10,2	10,1	10,3	10,4	10,5

Zdroj: OECD health data, 2008

Reforma vo vzťahu k zdravotníckym zariadeniam

V súlade s ustanoveniami zákona č. 578/2007 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov malo byť 21 zdravotníckych zariadení transformovaných na akciové spoločnosti a 43 zdravotníckych zariadení na neziskové organizácie poskytujúce všeobecne prospešné služby.

Do zastavenia uvedeného procesu bolo transformovaných 23 zdravotníckych zariadení na neziskové organizácie a 5 zdravotníckych zariadení na akciové spoločnosti.

Ďalšou nemenej dôležitou otázkou pre udržateľnosť financovania zdravotníctva je sieť zdravotníckych zariadení. Pri pohľade na počet akútnych lôžok možno konštatovať, že Slovensko je jednou z krajín, kde je počet týchto lôžok najvyšší

Tab 33: Počet nemocničných lôžok na 1000 obyvateľov

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rakúsko	8,6	8,5	8,4	8,3	7,7	7,7	7,6
Belgicko	7,8	7,7	7,6	7,5	7,5	7,4	6,7
Česká republika	8,5	8,5	8,5	8,5	8,4	8,3	8,2
Dánsko	4,3	4,2	4,1	4,0	3,8	3,7	
Fínsko	7,5	7,4	7,5	7,3	7,1	7,0	6,9

Francúzsko	8,1	7,9	7,8	7,6	7,5	7,5	7,2
Nemecko	9,1	9,0	8,9	8,7	8,6	8,5	8,3
Grécko	4,7	4,8	4,7	4,7	4,7	4,7	
Maďarsko	8,1	7,9	7,9	7,8	7,8	7,9	7,9
Írsko	6,3	6,0	5,9	5,8	5,7	5,6	
Taliansko	4,7	4,6	4,4	4,2	4,0	4,0	4,0
Luxemburg					6,5	5,9	5,8
Holandsko	5,2	5,0	4,6	4,5	4,5	4,5	4,5
Nórsko	3,8	3,8	3,8	3,8	3,7	3,6	3,6
Poľsko				6,7	6,7	6,5	6,5
Portugalsko	3,9	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	
Slovensko	7,8	7,7	7,6	7,2	6,9	6,8	6,7
Španielsko	3,7	3,6	3,5	3,4	3,4	3,4	
Švajčiarsko	4,1	4,0	3,9	3,9	3,8	3,6	3,5
Turecko	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,7	2,7
Veľká Británia	4,1	4,0	4,0	3,9	3,9	3,7	3,6
USA	3,5	3,5	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2

Tab 34: Počet akútnych postelí na 1000 obyvateľov

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rakúsko	6,3	6,3	6,2	6,1	6,2	6,1	6,1
Belgicko	4,7	4,6	4,6	4,5	4,5	4,4	4,3
Česká republika	5,9	5,8	5,8	5,7	5,6	5,5	5,4
Dánsko	3,5	3,4	3,4	3,3	3,1	3,1	
Fínsko	3,4	3,4	3,4	3,3	3,1	3,1	3,1
Francúzsko	4,1	4,0	3,9	3,8	3,8	3,7	3,7
Nemecko	6,8	6,7	6,6	6,6	6,4	6,4	6,2
Grécko	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,9	
Maďarsko	5,8	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Írsko	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	
Taliansko	4,1	3,9	3,7	3,5	3,4	3,3	3,3
Luxemburg					5,1	4,6	4,6
Holandsko	3,1	3,0	3,2	3,1	3,1	3,1	3,0
Nórsko	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1	3,0	3,0
Poľsko	5,2	5,1	4,7	4,9	4,8	4,7	4,7
Portugalsko	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,0	
Slovensko	5,8	5,6	5,5	5,2	4,9	5,0	4,9
Španielsko	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	
Švédsko	2,4	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,2
Švajčiarsko	4,1	4,0	3,9	3,9	3,8	3,6	3,5
Turecko	2,2	2,2	2,1	2,3	2,4	2,5	2,5
Veľká Británia	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,2
USA	2,9	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,7

Zdroj: OECD health data, 2008

Ako východisko efektívneho financovania a fungovania zdravotníctva je nevyhnutné stanoviť minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Minimálna sieť predstavuje najväčšie prípustné oko siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, garantujúce :

- efektívnu dostupnosť
- plynulosť
- sústavnosť
- odbornosť poskytovania zdravotnej starostlivosti

pričom sa berie do úvahy

- počet obyvateľov príslušného územia vrátane možnej odchýlky vo vzťahu k geografickým a demografickým podmienkam príslušného územia
- chorobnosť a úmrtnosť obyvateľov príslušného územia
- migrácia cudzincov a osôb bez štátnej príslušnosti
- bezpečnosť štátu

Veľkosť minimálnej siete sa mení v závislosti od charakteru poskytovanej zdravotnej starostlivosti . Čím je odkladnejšia a špecializovanejšia, tým môže byť minimálna sieť väčšia a tým menšiu úlohu v efektívnej dostupnosti zohráva vzdialenosť.⁸⁵

V júli 2007 bolo predložený návrh novely nariadenia vlády č. 751 / 2004 Z.z. o minimálnej sieti. Vláda o ňom rozhodla 24.októbra 2007, pričom účinné sa stalo od 15.októbra 2007.

Minimálna sieť poskytovateľov zahŕňala 34 štátnych zdravotníckych zariadení, ktoré sú povinné zabezpečovať neodkladnú zdravotnú starostlivosť najmä o pacienta, ktorého priviezla záchranná zdravotná služba. Boli v nej zahrnuté len zdravotnícke zariadenia v zriaďovateľskej pôsobnosti ministerstva zdravotníctva, a tým pádom má rezort priamy operatívny dosah na ich prevádzku tak, aby občanom bola v akejkoľvek situácii poskytnutá náležitá starostlivosť. Tieto nemocnice majú poskytovať komplexnú, štátom garantovanú zdravotnú starostlivosť. Pôvodne sa v nej nachádzalo 42 zariadení, tento počet sa zredukoval na konečných 34.

Nariadenie vlády SR zo 17. 12. 2008 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ustanovuje túto sieť poskytovateľov, ktorí poskytujú ambulantnú

⁸⁵ Health Policy Institute.: Minimálna sieť.Máj, 2006.

zdravotnú starostlivosť, ústavnú zdravotnú starostlivosť, pevnú sieť poskytovateľov a koncovú sieť poskytovateľov.⁸⁶

Verejnú sieť poskytovateľov všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti pre dospelých, pre dospelých a deti tvorí za celé Slovensko počet lekárskeho miest v ambulantnej starostlivosti pre dospelých 1733,3 a pre deti a dospelých 718,5.

Verejná minimálna sieť poskytovateľov špecializovanej ambulantnej gynekologickej starostlivosti a zubno – lekárskej starostlivosti tvorí počet lekárskeho miest 693,6 gynekológov a 2059,4 zubárov.

Verejná minimálna sieť poskytovateľov, ktorí poskytujú inú špecializovanú ambulantnú starostlivosť tvoria lekárske miesta podľa medicínskych odborov (Príloha 1). Verejnú minimálnu sieť poskytovateľov, poskytujúcich ústavnú zdravotnú starostlivosť tvoria počty lôžok. (Príloha 5).

Pevnú časť poskytovateľov vždy k 1. januáru kalendárneho roka uverejnia zdravotné poisťovne. Do pevnej siete môže byť zaradený poskytovateľ, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť najmenej v rozsahu týchto špecializovaných pracovísk: urgentný príjem, anestézia a intenzívna medicína, chirurgia, vnútorné lekárstvo alebo kardiológia, neurológia, gynekológia a pôrodnictvo, neonatológia, pediatria, nemocničná lekáreň.

Poskytovateľ v rámci pevnej siete zabezpečuje 24 hodinovú dostupnosť špecializovaných pracovísk, zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v odboroch rádiodiagnostika, klinická biochémia, hematológia a transfúziológia.

Konečnú sieť poskytovateľov tvoria v BA kraji Fakultná nemocnica s poliklinikou, DFN s poliklinikou, Národný onkologický ústav, Národný ústav srdcovo – cievnych chorôb, Detské kardiocentrum, Psychiatrická nemocnica P. Pinela Pezinok, Nemocnica s poliklinikou MVSR a MOSR, Centrum pre liečbu drogových závislostí, Onkologický ústav sv. Alžbety. V trnavskom kraji Fakultná nemocnica Trnava a Národný ústav reumatických chorôb Piešťany. V nitrianskom kraji Fakultná nemocnica Nitra, Fakultná nemocnica s poliklinikou v Nových Zámkoch, Psychiatrické nemocnice Hronovce a Veľké Zálužie. V trenčianskom kraji je to Fakultná nemocnica Trenčín a Nemocnica pre obvinených a odsúdených v Trenčíne. V banskobystrickom kraji Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici, Detská fakultná nemocnica a tiež Stredoslovenský ústav srdcovo – cievnych chorôb v Banskej Bystrici,

⁸⁶ Pechová, M., Stanek, V.: Zdravotná politika. Bratislava Ekonóm 2009

Národné rehabilitačné centrum Kováčova, Psychiatrická nemocnica Kremnica, Centrum pre liečbu drogových závislostí Banská Bystrica. V žilinskom kraji sú to Fakultná nemocnica Martin, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok, Nemocnica s poliklinikou Žilina, Centrum pre liečbu drogových závislostí Žilina a Psychiatrická liečebňa Sučany. V prešovskom kraji Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A.Reimana Prešov, Nemocnica Poprad, Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudnej chirurgie Vyšné Hágy. V košickom kraji je to Fakultná nemocnica L.Pasteura Košice, Detská fakultná nemocnica, Východoslovenský ústav srdcovo – cievnych chorôb, Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny, Centrum pre liečbu drogových závislostí a Psychiatrická liečebňa Plešivec.

Verejná minimálna sieť pre hospic a mobilný hospic je ustanovená najmenej jedným hospicom a jedným mobilným hospicom na území samosprávneho kraja.

Verejná minimálna sieť poskytovateľov lekárskej služby prvej pomoci, ktorá poskytuje všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť pre dospelých je ustanovená najmenej jedným poskytovateľom na 100000 obyvateľov. Verejná minimálna sieť poskytovateľov lekárskej služby prvej pomoci, ktorá poskytuje všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť pre deti a dorast je ustanovená najmenej jedným poskytovateľom na 400000 obyvateľov.

Poskytovateľ, ktorý poskytuje ústavnú zdravotnú starostlivosť a nespĺňa všetky požiadavky kladené na pevnú sieť môže dostať výnimku do 31. 12. 2010 v prípade, že na území niet poskytovateľa, ktorý by podmienky splnil.⁸⁷

Okrem kvantity a dostupnosti zdravotnej starostlivosti je nemenej dôležitým faktorom jej hodnotenia aj kvalita poskytnutých služieb. Kvalita zdravotnej starostlivosti podľa WHO je⁸⁸

- najvyššia možná úroveň odbornosti
- efektívne využívanie zdrojov
- minimálne riziko pre pacienta
- vysoká úroveň spokojnosti pacienta
- včasnosť poskytnutia zdravotnej starostlivosti

⁸⁷ Pechová, M., Stanek, V.: Zdravotná politika. Bratislava Ekonóm 2009

⁸⁸ Krištúfek, P.: Transparentná súťaž, Bratislava 2008

Na správne a rovnomerné posudzovanie a hodnotenie poskytnutej zdravotnej starostlivosti slúžia indikátory kvality. Indikátory kvality vypracúva každoročne MZ SR v spolupráci s odbornými spoločnosťami, zdravotnými poisťovňami, Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, vydáva ich v nariadení vlády.

Indikátory kvality používané v súčasnosti:

1. Poskytovateľ, ktorý poskytuje špecializovanú ambulantnú starostlivosť

Dostupnosť

- A.1.1. Dĺžka čakania na vyšetrenie

Efektívnosť využitia zdrojov

- A.2.1. Predpisovanie generických liekov

Účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti

- A.3.1. Skrining rakoviny krčka maternice

Vnímanie starostlivosti pacientom

- A.4.1. Priemerný čas trvania ambulantného vyšetrenia

Výsledky zdravotnej starostlivosti

- A.5.1. Zubný kaz, chýbajúce zuby alebo zuby s výplňou u 12-ročných

2. Poskytovateľ, ktorý poskytuje ústavnú zdravotnú starostlivosť

Dostupnosť

- B.1.1. Dĺžka čakania na hospitalizáciu

Efektívnosť využitia zdrojov

- B.2.1. Denná liečba

Vnímanie starostlivosti pacientom

- B.3.1. Dĺžka čakania na neodkladnú hospitalizáciu

- B.3.2. Hodnotenie poskytovateľa pacientom

- B.3.3. Počet zrušených elektívnych (plánovaných) operácií

- B.3.4. Riešenie sťažností

Výsledky zdravotnej starostlivosti

- B.4.1. Neodkladné opakované prijatia do ústavnej starostlivosti po prepustení

- B.4.2. Úmrtia po zlomenine krčka stehnovej kosti (vek nad 65 rokov)

Výsledky zdravotnej starostlivosti

- B.5.1. Úmrtie na infarkt myokardu po neodkladnom prijatí

- (vek 35 – 74)
- B.5.2. Úmrtie v nemocnici po neodkladnom prijatí na operačný výkon
- B.5.3. Úmrtie v nemocnici po plánovanom prijatí na operačný výkon

3. Poskytovateľ, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť

Efektívnosť využitia zdrojov

- C.1.1. Predpisovanie generických liekov

Účinnosť a primeranosť zdravotnej starostlivosti

- C.2.1. Manažment akútnej starostlivosti
- C.2.2. Manažment chronickej starostlivosti
- C.2.3. Vakcinácia detskej populácie
- C.2.4. Vakcinácia proti chrípke

Vnímanie starostlivosti pacientom

- C.3.1. Priemerný čas trvania ambulantného vyšetrenia

Výsledky zdravotnej starostlivosti

- C.4.1. Neodkladné prijatie do nemocnice u pacientov starších ako 75 rokov
- C.4.2. Pacienti vyšetrení LSPP
- C.4.3. Pacienti, u ktorých bola vykonaná preventívna prehliadka

Zákon o zdravotných poisťovniach ukladá poisťovniam povinnosť vytvoriť poradie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa ich úspešnosti pri plnení kritérií. Posledný uvádzaný indikátor (spokojnosť pacientov) sa používa pri hodnotení nemocníc.

Tento indikátor kvality vyjadruje subjektívne hodnotenie poskytovateľa (nemocničného oddelenia, nemocnice) z pohľadu pacienta. Ide však len o jeden z indikátorov kvality, ktoré sú zdravotné poisťovne povinné brať do úvahy.

Členovia Združenia zdravotných poisťovní (Apollo ZP a. s., Dôvera ZP a. s., Union ZP a. s.) sa pre hodnotenie spokojnosti pacientov spojili, aby priniesli kvalitnejší a výpovednejší pohľad pacientov na úroveň nemocníc. Vďaka spoločnému prieskumu Spokojnosť pacientov s nemocnicami v roku 2008⁸⁹ dostalo príležitosť vyjadriť svoj názor viac pacientov a poskytnúť tak poisťovniam relevantný a reprezentatívny podklad na jeden z indikátorov kvality.

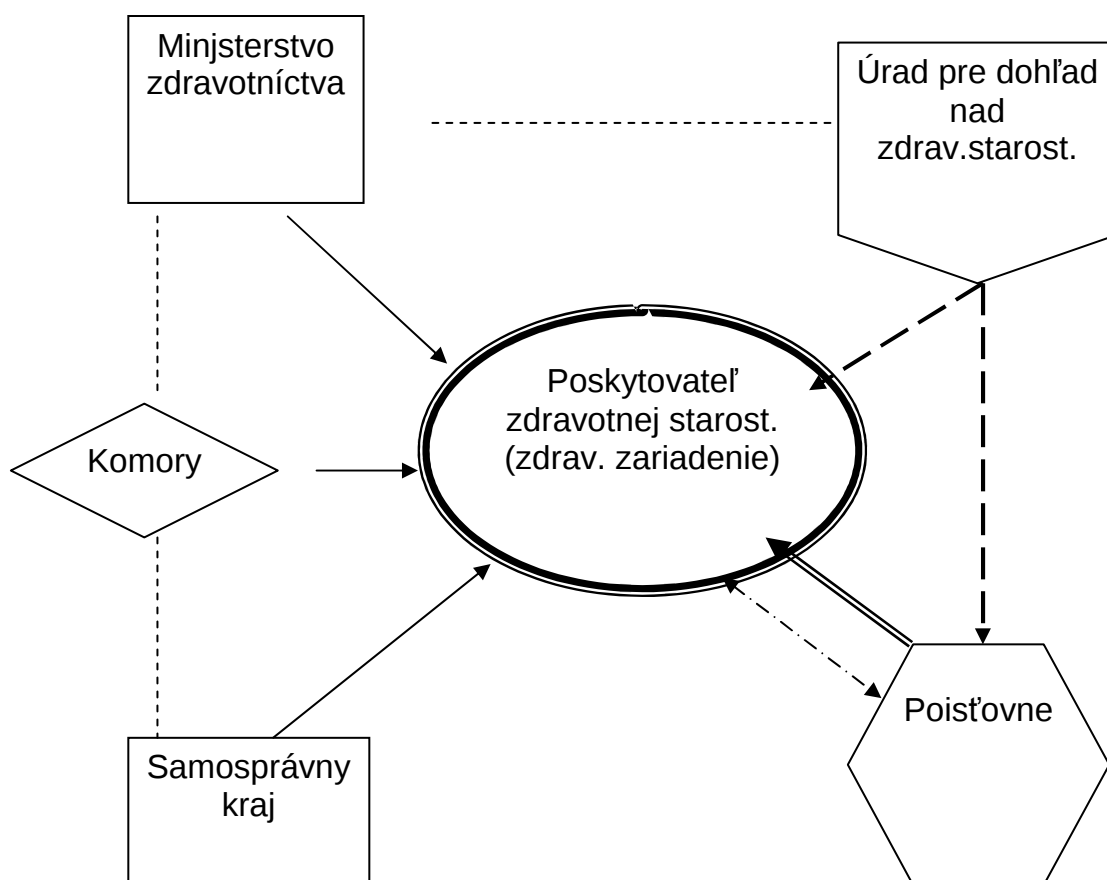
⁸⁹ Spracované na základe analýzy ZZP SR

Na základe tohoto prieskumu vznikol nasledujúci rebríček nemocníc:

Fakultné nemocnice	
FNsP Milosrdní bratia, s. r. o.	1,236
FN L. Pasteura Košice	1,582
Martinská fakultná nemocnica	1,599
FNsP Trnava	1,645
FN Nitra	1,648
FN Trenčín	1,673
FN F.D. Roosevelta Banská Bystrica	1,703
FN Prešov	1,724
FNsP Nové Zámky	1,777
FNsP Bratislava (Antolská, Dérerova, Mickiewiczova, Ružinov,PB)	1,790
Antolská	1,662
Kramáre	1,681
Podunajské Biskupice	1,704
Ružinov	1,843

Rebríček špecializovaných a všeobecných nemocníc uvádza príloha č. 6 .

Schéma 8: subjekty trhu so zdravotníckymi službami



Hospodárenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR

V súvislosti so zabezpečovaním dostupnosti a kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti má štát povinnosť ponechať si vo vlastnej správe zdravotnícke zariadenia „koncového typu“ na úrovni fakultných nemocníc a špecializovaných ústavov. Preto MZ SR pozastavilo ich transformáciu na akciové spoločnosti a ponechá ich naďalej v pozícii štátnych príspevkových organizácií. Tým, že tieto zariadenia si nesú so sebou dlhy z minulosti, MZ SR musí vytvárať aktivity na zabezpečenie ich vyrovnaného hospodárenia a udržateľnosti takéhoto stavu do budúcnosti.

V rámci pripravovaného transformačného procesu zdravotníckych zariadení v pôsobnosti MZ SR bolo rozhodnuté, že k 31.12.2004 budú oddĺžené prostredníctvom spoločnosti Veriteľ, a.s. Preto sa vo výkazníctve prijal tzv. nulový variant, t.j. že od 1.1.2005 sa v dotknutých zdravotníckych zariadeniach bude „štartovať“ s číslom 0 ako počiatočným stavom do ďalšieho obdobia. Nakoľko ale Veriteľ, a.s. ich reálne v plnom rozsahu neoddlžil, v skutočnosti si prenášali zadlženosť k 1.1.2005 vo výške cca 800 mil. Sk. K 31.12.2005 bol kumulatívny dlh týchto zariadení vo výške viac ako 2 mld. Sk.

Aj napriek tomu, že prostredníctvom spoločnosti Veriteľ, a.s. boli poskytnuté prostriedky na oddĺženie zdravotníctva k 31. 12. 2005 vo výške 20,133 mld. Sk - za rok 2003 v sume 8,635 mld. Sk, za rok 2004 v sume 11,498 mld. Sk, nezabezpečilo sa vysporiadanie všetkých záväzkov po lehote splatnosti.

Tab 35: Disponibilné zdroje a.s. Veriteľ na oddĺženie zdravotníctva SR

Kapitola	Zdroj financovania	Objem v tis Sk
3.1	Základné imanie	3436000
3.2	Návratná finančná výpomoc	7401000
3.3	Dotácia zo ŠR	9297000
	Spolu	20134000

Zdroj: <http://www.veritel.sk/report.php/1>

Prehľad vývoja záväzkov po lehote splatnosti v zdravotníctve a použitých prostriedkov na oddĺženie uvádza príloha 7

Tab 36: dlh zdravotníckych zariadení k 31.12. príslušného roka

	2006		2007		2008	
	v SK	v €	v SK	v €	v SK	v €
Zariadenia pod MZ SR	4,44 mld	147 mil	5,84mld	194 mil	5,89 mld	196 mil
zariadenia pod obcami, VUC a neziskov.	2,28 mld	76 mil	2,15 mld	72 mil	2,31 mld	77 mil
akciové spoločnosti	14mil	460 tis	6 mil	200 tis	15 mil	500 tis
zdravotné poisťovne	97 mil	3,2mil	72 mil	2,4 mil	12 mil	400 tis

Zdroj: MZ, MF SR

Informatizácia

Informatizácia zdravotníctva je dôležitým podporným faktorom na dosiahnutie vyššej kvality a efektivity zdravotnej starostlivosti. Prelínaním sa zdravotníckej informatiky, verejného zdravotníctva a podnikania sa vytvára nová oblasť, týkajúca sa zdravotníckych služieb a informácií poskytovaných cez internet. Bez informatizácie zdravotníctva nebude možné vykonať skutočnú a finančne efektívnu racionalizáciu zdravotníctva a financovania zdravotnej starostlivosti.⁹⁰ V súlade s programovým vyhlásením vlády bola schválená „Koncepcia informatizácie zdravotníctva na roky 2007 až 2010“.

Ministerstvo zdravotníctva sa pripravuje na zavedenie elektronickej zdravotnej karty. Tá môže pri akútnej liečbe urýchliť záchranu života a k našim chorobám bude mať lekár prístup cez internet. Prvým krokom k elektronickej zdravotnej karte bude vytvorenie Národného registra základných zdravotných údajov. Kvôli elektronickým zdravotným kartám bude treba novelizovať aj niekoľko zákonov. Bude potrebné definovať aké údaje sa budú zbierať na centrálnej úrovni. Otázkou ostáva bezpečnosť registrov a zabezpečenie údajov proti zneužitiu.

⁹⁰

[http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/650E3DBCE94B4E0DC1257310003A9EF2/\\$FILE/opatrenia.pdf](http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/650E3DBCE94B4E0DC1257310003A9EF2/$FILE/opatrenia.pdf)

Pozitívom e-Health stratégie bude to, že zdravotníkov odľahčí od množstva byrokracie a tak získajú viac času na pacienta, odbúrajú sa duplicitné vyšetrenia a predpisovanie receptov. Dôsledná realizácia informatizácie zdravotníctva prispeje aj k zvýšeniu spokojnosti účastníkov zdravotnej starostlivosti. Včasný prístup k on-line informáciám o pacientoch, ich doterajšej liečbe, užívaných liekoch skvalitní, zrýchli a zefektívni poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Zberateľmi údajov sú zdravotné poisťovne, ÚDZS, NCZI, ÚVZ SR, MZ SR. Nedostatok informácií má závažné negatívne dopady, akými sú podrobovanie sa opakovaným nadbytočným vyšetreniam, prípady poškodenia zdravia, opakované vypisovanie a typovanie údajov, v prípade nekompletnej zdravotnej dokumentácie pacienta sa poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nachádza v informačnej neistote ohľadom racionálneho poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Zdravotné poisťovne nedisponujú dostatkom informácií o poskytnutej zdravotnej starostlivosti pre účely revízneho lekárstva, nemajú možnosť kvalitnej spätnej kontroly fakturovaných výkonov. Neefektívne vynakladanie finančných prostriedkov za informačnej neistoty zdravotných poisťovní (podľa svetových štatistík až 20% nákladov na zdravotnú starostlivosť je spôsobených opakovanou a/alebo nadbytočnou diagnostikou, či terapiou, ďalšia finančná strata (podľa svetových štatistík cca 5%) je spôsobená poisťovnými podvodmi zo strany poskytovateľov zdravotnej starostlivosti alebo poistencov.

.

Hlavné úlohy informatizácie zdravotníctva (s plnením do konca roka 2010) sú:

- a) Integrácia informačnej sústavy zdravotníctva (ISZ), návrh a aktualizácia integračných nástrojov (centrálnych číselníkov, klasifikácií, protokolov a rozhraní) a štandardov pre zdravotnícku informatiku s prihliadnutím na medzinárodné štandardy a prostredie v SR,
- b) Informatizácia zdravotníckych zariadení (ZZ), národné a regionálne zdravotnícke infraštruktúry a ich prepájanie s verejnými zdravotníckymi sieťami EÚ,
- c) Rozvoj informačných systémov pre podporu politiky verejného zdravotníctva,
- d) Informatizácia úradu MZ SR.

Reforma a lieková politika

Transformácia lekární do súkromného vlastníctva postupuje zhruba do polovice 90ých rokov. Legislatívne zmeny najmä v roku 2004 a 05 , ktoré rozšírili možnosti vstupu súkromného kapitálu a podnikanie v lekárskej sfére viedli k značnému nárastu počtu lekární až na 1654 v roku 2007. Z tohto počtu je 74 nemocničných lekární. Distribúciu liekov zabezpečuje viac ako 200 súkromných spoločností. V SR je registrovaných 24 výrobcov liekov.⁹¹

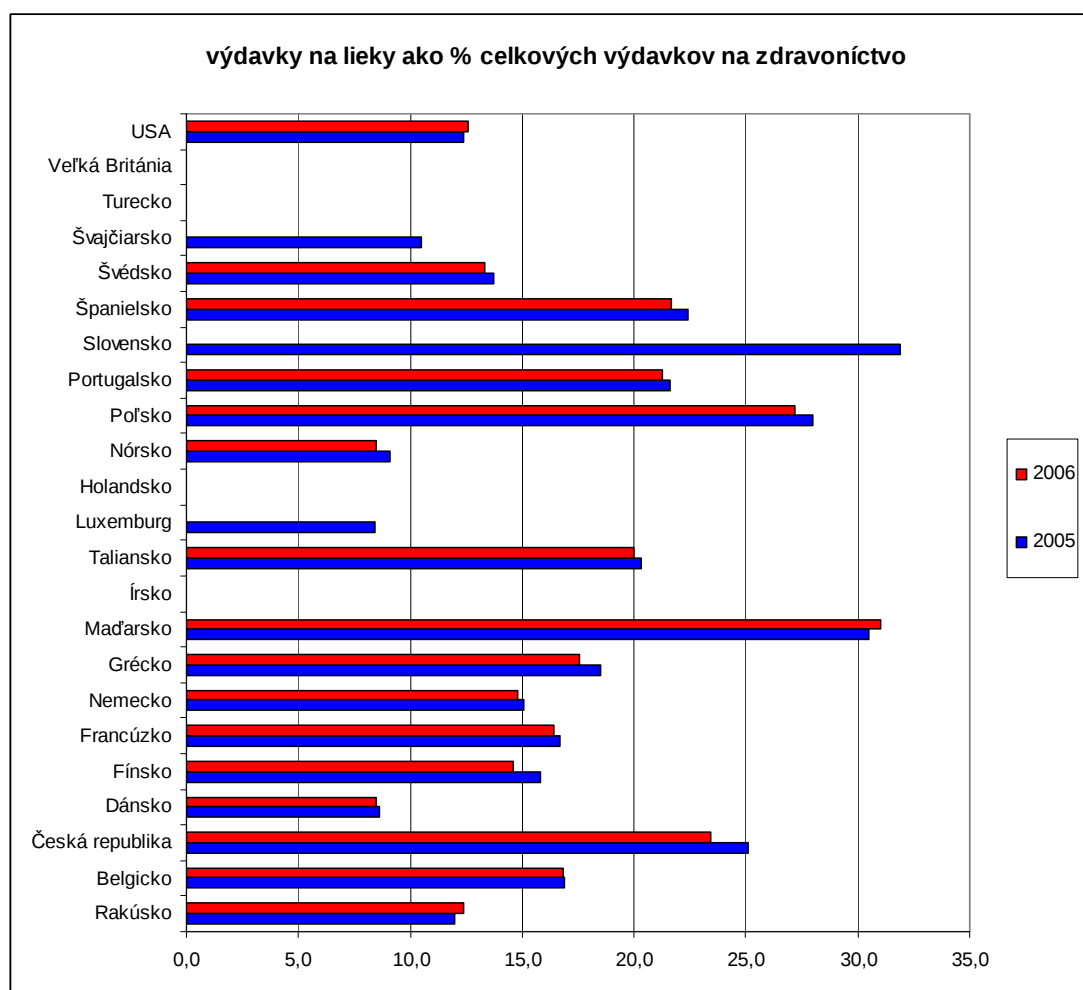
Prístup štátu k liekovej politike bol v minulom období racionalizovaný cez systém registrácie a kategorizácie liečiv. Postupne po prvotnej efektívite z pohľadu šetrenia nákladov na lieky a zmrazení nárastu týchto nákladov, je v súčasnom období nedostatočný. Dôkazom toho je aj skutočnosť, že kým v krajinách EÚ rastú náklady na lieky medziročne cca o 5%, na Slovensku to bolo v roku 2006 17%.

Štruktúra výdavkov na zdravotníctvo na Slovensku nie je celkom optimálna. Príčinou je vysoký podiel výdavkov na lieky, pričom oproti iným krajinám OECD je výrazne potlačená najmä ambulantná starostlivosť. V roku 2005 zdravotné poisťovne vynaložili na lieky neuveriteľných 33,8 % všetkých zdrojov, na lôžkovú starostlivosť 29,1 % a na ambulantnú starostlivosť len 18,6 %.⁹²

⁹¹ Pechová, M., Stanek, V.: Zdravotná politika. Bratislava Ekonom 2009, str 103

⁹² Základné rámce zdravotnej politiky 2006-2010

Graf 13: Výdavky na lieky



Zdroj: OECD health data 2008

Do popredia sa dostáva nová disciplína – farmakoekonomika.

Východiskom farmakoekonomiky je účelnosť terapie, predovšetkým farmakoterapie. Výsledky terapie možno merať, či hodnotiť na základe viacerých parametrov. Farmakoekonomika hodnotí ekonomický výsledok. Ten by nebol dostatočne adekvátny, keby sa nebrali do úvahy klinické výsledky a ďalšie výsledky, ktoré možno označiť ako humanistické, napr. kvalita života. Okrem skúmania analýzy efektívnosti vynaložených finančných prostriedkov sa farmakoekonomika venuje aj iným parametrom, napr. hodnoteniu úžitku terapie.⁹³

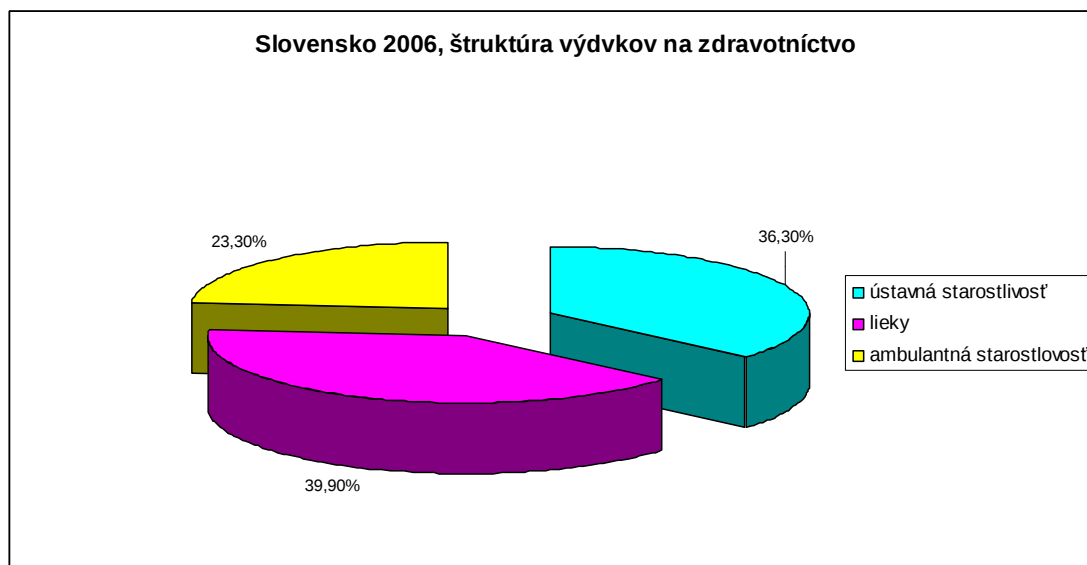
Farmakoekonomika je vedecká metóda, ktorá umožňuje racionálnu alokáciu zdrojov, je zároveň disciplínou, ktorá ukazuje, do čoho sa v zdravotníctve oplatí

⁹³ Pechová, M., Stanek, V.: Zdravotná politika. Bratislava Ekonom 2009, str 102

investovať verejné prostriedky tak, aby naozaj priniesli osoh. Výskumy, ktoré boli v rámci farmakoekonomiky uskutočnené umožňujú predikovať dlhodobé výsledky farmakoterapie, ukázať cenu liečenia, ukázať do akej miery investície do liečenia umožnia v budúcnosti znížiť celkové náklady, zlepšiť zdravotný stav a kvalitu života.

V oblasti preskripcie je farmakoekonomika užitočná tak pre lekára, ktorému poskytuje informácie o adekvátnosti a efektívnosti liečby, ako i pre platcov (napr. % používania generických liekov). V niektorých štátoch na základe farmakoekonomiky lekárov upozorňujú na preskripciu liekov s nevýznamným účinkom. V jednotlivých krajinách si farmakoekonomika všima parameter nazvaný ako ochota platiť za jeden rok kvalitného života (v USA 80 tis. USD , v Poľsku 17 500 USD, na Slovensku 12 000 USD) . Mechanicky však štúdie z jednotlivých krajín nie je možné prenášať. V SR zatiaľ absentuje dostatok domácich štúdií.

Graf 14: Štruktúra výdavkov na zdravotníctvo



Zdroj: ÚDZS

Štruktúra výdavkov na jednotlivé zložky zdravotnej starostlivosti v roku 2006 podľa výdavkov zdravotných poisťovní podľa UDZS bola nasledovná: ústavná starostlivosť 23,3 %, ambulantná starostlivosť 36,3 % a lieky a zdravotné pomôcky 39,9 %. Takáto štruktúra použitia zdrojov nie je optimálna a podiel výdavkov na lieky z celkových výdavkov je jeden z najvyšších z krajín OECD. Táto skutočnosť má viacero príčin. Patria k nim: chýbajúca motivácia pacientov k optimálnej a nie nadmernej spotrebe, chýbajúca motivácia lekárov obmedzovať náklady na lieky, proces

kategorizácie liekov. Zavedenie doplatkov pacienta viedlo k určitému zníženiu spotreby liekov.⁹⁴

Tento stav je spôsobený nevyhovujúcim procesom kategorizácie liekov, ktorý nedostatočne využíva konkurenciu medzi výrobcami a netlačí ich k znižovaniu cien liekov. Ďalej chýba motivácia lekárov obmedzovať náklady na lieky na predpis. Často sú tlačení zo strany pacienta k zbytočnému predpisovaniu liekov, pretože existuje povedomie, že od lekára treba odísť s receptom.

Tab 37: Spotreba liekov

Ukazovateľ	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Spotreba liekov v mil. balení	151,6	157,4	159,7	153,1	144,5	150,1	149,5
Spotreba liekov v mil. Sk	15 238	18 346	21 573	22 934	20 145	22 408	24 966
Priemerná cena za 1 balenie	100,50	116,60	135,10	149,80	139,40	149,30	167,00

Zdroj: podľa údajov z - Štatistický úrad SR

Bola znížená o 9% sadzba dane z pridanej hodnoty na lieky a vyselektovaný zdravotnícky materiál. Od 1.1.2008 bola zavedená degresívna marža na lieky, súčasne s novou kategorizáciou. Degresívna marža je vo fungujúcom systéme dobrým nástrojom liekovej politiky. Podstata degresívnej marže spočíva v tom, že drahé lieky zlacnejú a stanú sa tak prístupnejšími pre pacientov.

Tab 38: Výdavky poisťovní na receptové lieky v mil. Sk

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
výdavky	14071	15596	16724	22647	21884	24392	26683

Zdroj: Štatistický úrad SR

Štruktúra ceny liekov v rámci štandardných podmienok bola 69 % výrobca, 14 % lekárne, 8 % distribútor a 9 % DPH. Pri OTC skupinách je to 76 % výroba, 11 % lekárne, 4 % distribútor a 9 % DPH. Pre skupinu F – plne alebo čiastočne hradené lieky so

⁹⁴ Pechová, M., Stanek, V.: Zdravotná politika. Bratislava Ekonom 2009

zníženou maržou 83 % výrobca, 5 % lekáreň, 3 % distribútor a 9 % DPH. Pre skupinu plne hrađených vakcín výrobca 81 %, 6 % lekáreň, 4 % distribútor a 9 % DPH.

MZ SR začiatkom roka 2007 uskutočnilo dva regulačné zásahy, a to zníženie DPH na 10 % a plošné zníženie cien liekov o 6,6 % . Bol to doteraz najväčší regulačný zásah v oblasti liekovej politiky. Zavedenie týchto opatrení prinieslo úsporu 4,14 mld. Sk s tým, že podiel zníženia DPH činil 2,84 mld. Sk a plošné zníženie cien 1,3 mld. Sk.

Dôsledkom týchto krokov sa významne zmiernil nárast výdavkov na lieky, ktorý je spôsobený zavádzaním podstatne drahších molekúl na báze novej technológie , či mechanizmu účinku. Ide predovšetkým o lieky, ktoré predlžujú život a zlepšujú kvalitu života pacienta.

4.2.4 Najvýznamnejšie zmeny v zdravotníctve v rokoch 2006 – 2009

Najvýznamnejšie zmeny v zdravotníctve SR po roku 2006 vychádzajú z programového vyhlásenia vlády. Programové vyhlásenie v časti zdravotníctvo obsahuje 32 úloh.⁹⁵

- Prvou zmenou ,ktorá sa dotkla občanov bolo zrušenie platieb občanov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a opätovné zavedenie výmenných lístkov
- Ministerstvo zdravotníctva SR pripravilo novelu zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotných pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve, ktorou sa ruší transformácia zdravotníckych zariadení na akciové spoločnosti. Obnovuje sa tzv. rajonizácia u pediatrov, všeobecných lekárov, gynekológov a stomatológov so zachovaním slobodného výberu poskytovateľa.
- Novela definuje v rámci verejnej minimálnej siete pevnú sieť s prihliadnutím na potrebu zabezpečiť kvalitnú neodkladnú zdravotnú starostlivosť.
- Definuje aj pojem koncová sieť, ktorá v rámci minimálnej siete poskytuje špecializovanú zdravotnú starostlivosť v príslušnom spádovom území. Existuje zoznam poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktorí

⁹⁵ Podľa: Pechová, M., Stanek, V.: Zdravotná politika. Ekonóm, Bratislava 2009

zabezpečujú poskytovanie štátom garantovanej zdravotnej starostlivosti. Upravuje sa i sieť poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Prijatie týchto opatrení podporilo vytvorenie diferencovaného prístupu pri uzatváraní zmluvných vzťahov medzi poisťovňami a poskytovateľmi.

- MZ SR vypracovalo tieto národné programy: implementácia európskej stratégie starostlivosti o deti a dorast, národný program starostlivosti o deti a dorast SR na roky 2008 – 2015, národný transplantčný program, národný program kontroly tabaku, národný program ochrany sexuálneho a reprodukčného zdravia, národný program prevencie obezity
- V liekovej politike je hlavným zámerom zabezpečiť pre obyvateľov primeranú zdravotnú starostlivosť, zvýšiť jej kvalitu. Znížila sa DPH na lieky a vybrané zdravotnícke pomôcky. Došlo k celoplošnému zníženiu cien výrobcov a dovozcov liekov o 7,4 % .Toto opatrenie znamenalo doteraz najväčší regulačný zásah v oblasti liekovej politiky. Znamenalo to významné zmiernenie rastu výdavkov na lieky spôsobené zavádzaním podstatne drahších molekúl na báze novej technológie. Ide predovšetkým o lieky, ktoré predlžujú život a zlepšujú kvalitu života. K ďalším zásadným opatreniam v oblasti liekovej politiky možno priradiť zavedenie regresívnej obchodnej prirážky na lieky, zmeny v kategorizácii liekov na posilnenie generickej substitúcie.
- V súvislosti s postupným realizovaním projektu informatizácie zdravotníctva a postupnou realizáciou cieľov národnej e-Health stratégie pripravil sa materiál Strategické ciele e-Health – kľúčový nástroj informatizácie verejnej správy v oblasti zdravotníctva na Slovensku. Je spracovaná Koncepcia informatizácie zdravotníctva na roky 2007 – 2010.
- Schválenie operačného programu Zdravotníctvo (OPZ) zabezpečilo odborné a účelné nasmerovanie investičných prostriedkov do zdravotníctva, ktoré sú určené do prioritných oblastí: do modernizácie zdravotníckeho systému , podpory zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám .
- Došlo k progresívnemu vývoju odmeňovania zdravotníckych pracovníkov, ktorí sú zamestnancami zdravotníckych zariadení v zriaďovateľskej pôsobnosti MZ SR.

- MZ SR s účinnosťou od 1.1.2007 upravilo výšku výdavkov na správnu réžiu zdravotných poisťovní na 4 %.. Pod tlakom vyvíjaným Ministerstvom zdravotníctva formou verejnej diskusie, aby zisk nebolo možné využívať mimo systému zdravotného poistenia, sa zdravotné poisťovne zaviazali, že tento vrátia do systému.
- MZ SR v roku 2008 dokončilo viacero technických noriem, ako indikátory kvality a materiálne a personálne štandardy poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Jedným z najdôležitejších faktorov, ktoré ovplyvňujú vývoj v slovenskom zdravotníctve v roku 2009, tak ako v ostatných oblastiach, je globálna ekonomická kríza. Keďže zdravotníctvo a jeho fungovanie je závislé od celkovej situácie a makroekonomického vývoja, je dôležité vyzdvihnúť vývoj nasledovných ukazovateľov: celková výkonnosť ekonomiky, zamestnanosť a príjmy (výdavky na zdravotníctvo sú závislé od odvodov)

Na základe údajov zo štatistík odborníci prognózujú nasledovný vývoj makroekonomických parametrov:

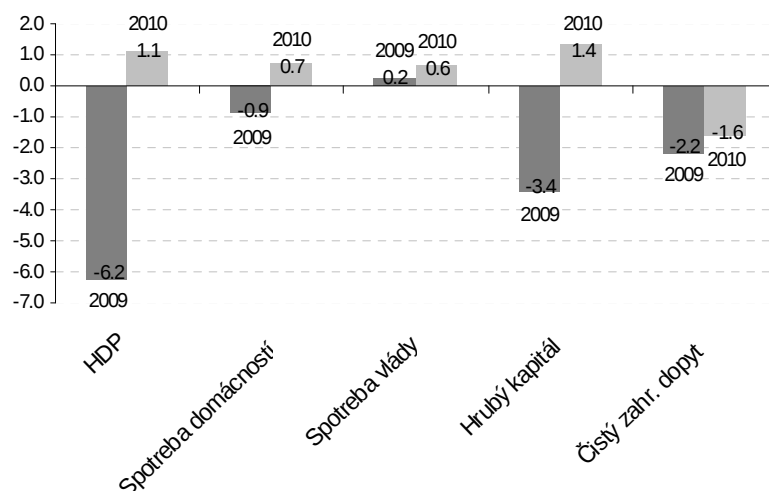
Tab 39: Vývoj makroukazovateľov

	2008 o	2009 p	
		Negatívny variant	Pozitívny variant
Objem HDP mil €, bežné ceny	68,4	68,0	71,5
Tempo reálneho rastu HDP v %	6,4	-2,0	2,9
Tempo rastu nominálnej priemernej mzdy v %	9,0	2,0	7,0
Medziročná zmena počtu zamestnancov (ESA 95) v %	2,0	-4,6	-0,2
Tempo rastu počtu SZCO v %	7,0	3,0	1,0
Priemerná miera inflácie v %	4,6s	3,6	3,8

Zdroj: Očakávaný vývoj makroekonomických parametrov. In.: Slovenské zdravotníctvo 2009 – dopady krízy. HPI 2009

O – odhad, s – skutočnosť, p - prognóza

Graf 15: Príspevky zložiek k medziročnému rastu HDP v rokoch 2009 a 2010



Zdroj: Koncepcia obnovy hospodárskeho rastu Slovenskej republiky vrátane finančných nástrojov a časových dimenzií obnovenia hospodárskeho rastu, Úrad Vlády SR, 2009

Vzhľadom na rastúcu nezamestnanosť a stagnujúce mzdy a insolventnosť podnikov sú očakávané finančné toky v zdravotníctve pre rok 2009 nasledovné⁹⁶:

Príjmy zdravotných poisťovní sa budú pohybovať od 3291 do 3508 mil €. Súkromné výdavky sa budú pohybovať v rozpätí od 605 do 681 mil €, nakoľko ľudia sú menej ochotní míňať svoje finančné prostriedky a hľadajú alternatívy. Výpadok súkromných zdrojov môže dosiahnuť 2 až 78 mil €

Tab 40: Príjmy zdravotných poisťovní v mil €

	2008 o	2009	
		Prognóza z novembra 08	Prognóza z februára 09
Inštitút finančnej politiky	3193	3665	3578
HPI – pozitívny variant	3250	3636	3508
HPI – negatívny variant			3291

Zdroj: HPI, IFP 2009

Ak by sa naplnil negatívny variant vývoja v zdravotníctve, systém by dosiahol zápornú bilanciu na úrovni 114 mil €.

⁹⁶ Spracované podľa: Slovenské zdravotníctvo 2009 – dopady krízy. HPI 2009

Zdravotné poisťovne vyčíslili výšku svojich príjmov za mesiac január 2009 (k 31.01.2009) celkom v sume 257 732 395 €. Oproti príjmom rovnakého obdobia v roku 2008 je to menej o 2 527 245 €. Na uvedenom znížení príjmov sa podieľajú príjmy daňové sumou 1 156 416 € (45,76 %) a príjmy nedaňové sumou 1 370 796 € (54,24 %). Významnú zložku daňových príjmov, ktoré sa na celkovej výške príjmov podieľali za január 2009 až 99,79 %, tvoria príjmy z výberu poistného na verejné zdravotné poistenie. Príjmy z poistného na verejné zdravotné poistenie za január 2009 poklesli oproti januáru 2008 o 0,36 %, čo predstavuje v absolútnej sume zníženie o 937 525,- € (cca -28,244 mil. Sk).⁹⁷

Vláda SR prijala na zmiernenie dopadov krízy balíček opatrení. Prvý súbor týchto opatrení bol prijatý v novembri 2008, na začiatku roka 2009 bol postupne doplnený o ďalšie opatrenia.

Pri tvorbe návrhov protikrízových opatrení sa vychádzalo z nasledovných predpokladov:

Dopady krízy je možné v krátkodobom horizonte len zmierniť prostredníctvom stabilizačnej fiškálnej politiky. Slovensko ako krajina s priaznivou východiskovou pozíciou (nízky deficit a dlh verejnej správy) realizuje v roku 2009 dostatočne expanzívnu fiškálnu politiku (2,4% HDP) kvôli pôsobeniu automatických stabilizátorov, využívaniu prostriedkov z fondov EÚ a investičným projektom v oblasti diaľnic. Zároveň však zabráňuje vzhľadom na aktuálnu ekonomickú situáciu neúmernému nárastu deficitu prostredníctvom znižovania výdavkov centrálnej vlády.

V strednodobom horizonte je však expanzívna fiškálna politika neúčinná, pričom na jednej strane zvyšuje náklady na obsluhu verejného dlhu a tým automaticky zužuje priestor pre produktívne výdavky v iných oblastiach a zároveň prostredníctvom zhoršenej pozície verejných financií ohrozuje nastolenie makroekonomickej rovnováhy. V strednodobom horizonte môžu byť účinné len štrukturálne politiky zamerané na zvyšovanie potenciálneho rastu ekonomiky, ktoré urýchľujú oživenie ekonomiky v čase, keď kríza pominie a zároveň zmierňujú dopady budúcich cyklických poklesov.⁹⁸

Prvý balíček opatrení z novembra 2008 obsahuje opatrenia, ktoré sú skôr všeobecné, nadčasové, mali by sa realizovať dlhodobo a bez ohľadu na ekonomický

⁹⁷ www.updzs.sk

⁹⁸ Koncepcia obnovy hospodárskeho rastu Slovenskej republiky vrátane finančných nástrojov a časových dimenzií obnovenia hospodárskeho rastu, Úrad Vlády SR, 2009

cyklus. Ide o opatrenia ako podpora inovácií, zlepšenie čerpania eurofondov, odbúravanie byrokratickej záťaže, či o skupinu opatrení orientovaných na zníženie energetickej náročnosti. Oceniť možno opatrenia vedúce k tvorbe jediného kontaktného miesta pre styk podnikov so štátnou administratívou.

Začiatkom februára 2009 prijala Vláda SR dve doplnenia balíčka opatrení. Prvé je zamerané na stimuláciu zamestnávania – podpora sociálnych podnikov, podpora zamestnávateľov, ktorí neprepúšťajú aj napriek prevádzkovým problémom, príspevok umožňujúci medziregionálnu mobilitu, príspevok pre nezamestnaných začínajúcich so SZČ, príspevok na tvorbu pracovných miest. Účinnosť týchto opatrení je obmedzená do konca roka 2010 a predpokladá sa, že pomôžu vytvoriť alebo udržať 63 tisíc pracovných miest (po oba roky).⁹⁹

Druhé doplnenie je zamerané na povzbudenie výkonu ekonomiky siaha od nástrojov na odbúranie administratívnej záťaže podnikania, cez nástroje na zvýšenie kúpnej sily až po verejné investície.

Podľa ďalšieho vývoja domácej a svetovej ekonomiky je predpoklad, že opatrenia vlády na zmiernenie dopadov krízy bude treba pravdepodobne postupne dopĺňať, prípadne upravovať.

⁹⁹ www.government.gov.sk

5. REFLEXIA LEKÁROV NA VYBRANÉ PROBLÉMY V ZDRAVOTNÍCTVE SR.

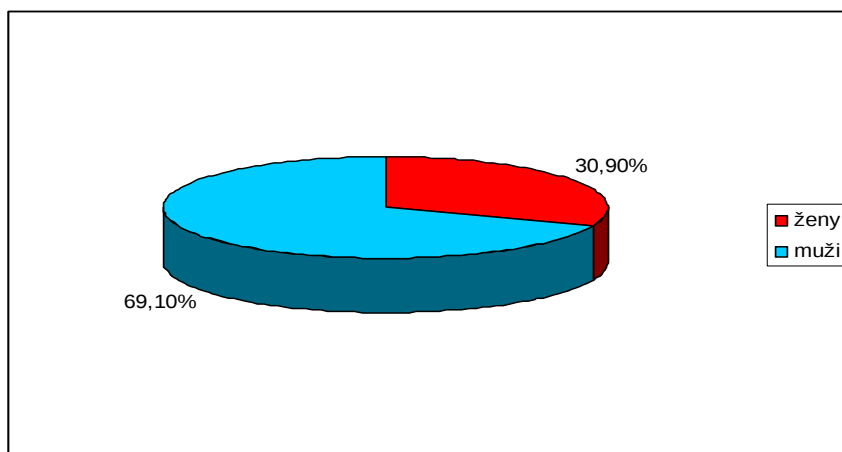
Rýchlosť zmien v zdravotníctve a rôznorodosť názorov na tieto a plánované zmeny v rezorte v nás vyvolali záujem zistiť, nakoľko sú informovaní a čo si o tomto procese a jeho výsledkoch myslia ľudia, ktorí sa ho priamo zúčastňujú. Zamerali sme sa na odborníkov – lekárov. Vzhľadom na obsahové zameranie práce a na fakt, že výskumom sme chceli získať informácie od množstva ľudí, ktorí sú situovaní v rôznych zdravotníckych zariadeniach na Slovensku, za prostriedok zberu informácií sme zvolili dotazník.

Dotazník tvorilo 23 otázok (príloha 9). Rozposlaný bol 150 náhodne vybraným lekárom v rozličných zdravotníckych zariadeniach po celom Slovensku. Vyplnených dotazníkov sa vrátilo 123 kusov, čo tvorí 82% návratnosť.

5.1 Vyhodnotenie prieskumu

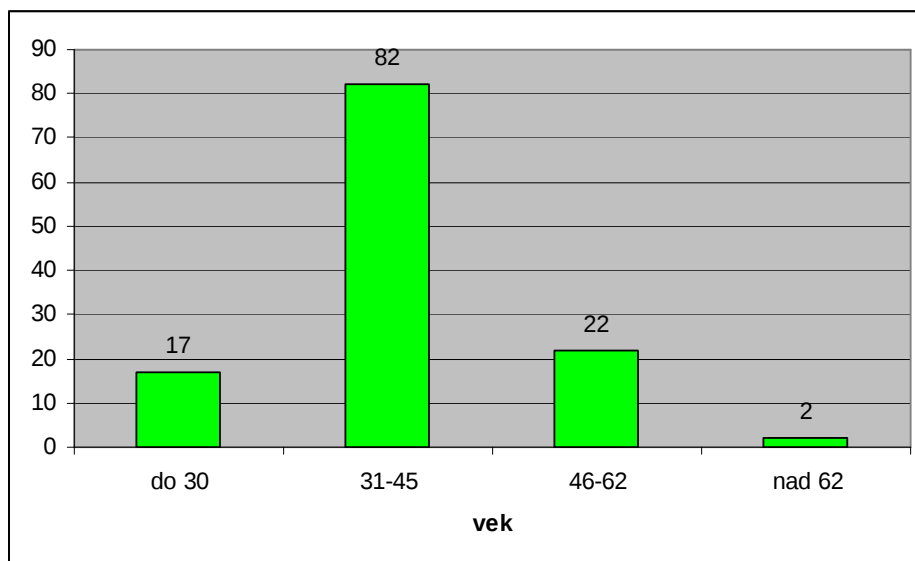
Výskumnú vzorku tvorili všetko lekári, ich zaradenie a zameranie bolo rozličné. Zo všetkých 123 respondentov bolo 85 mužov a 38 žien

Pohlavie



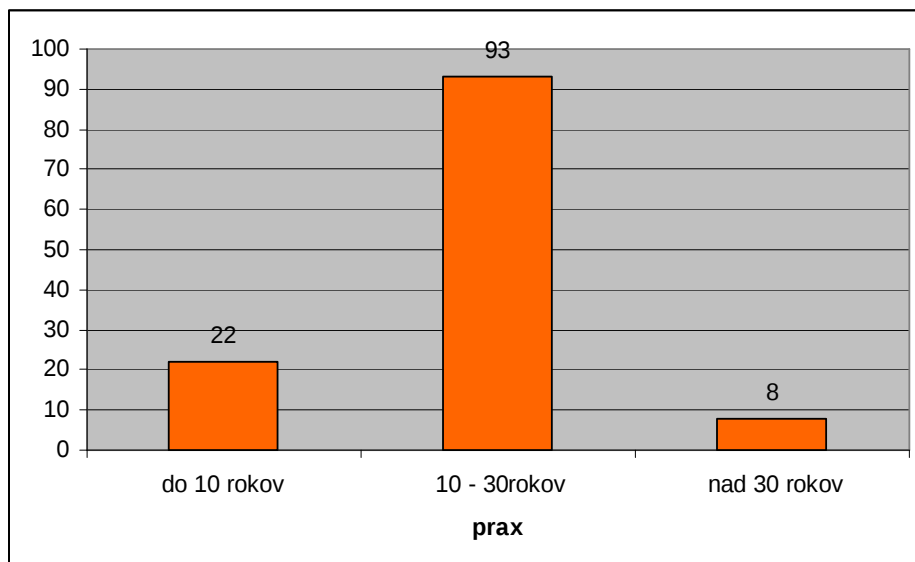
Vekovú štruktúru respondentov ukazuje nasledovný graf, z ktorého je vidieť, že prevláda kategória 31 – 45 ročných lekárov, nasledujú lekári vo veku 46 – 62 rokov.

Veková štruktúra



V súvislosti s vekom je zrejмый aj počet rokov odbornej praxe, kde až 75,6 % opýtaných pracuje ako lekár 10 – 30 rokov. Lekárov s praxou nad 30 rokov bolo iba 6,5 %, mladých lekárov s praxou do 10 rokov 17,8 %

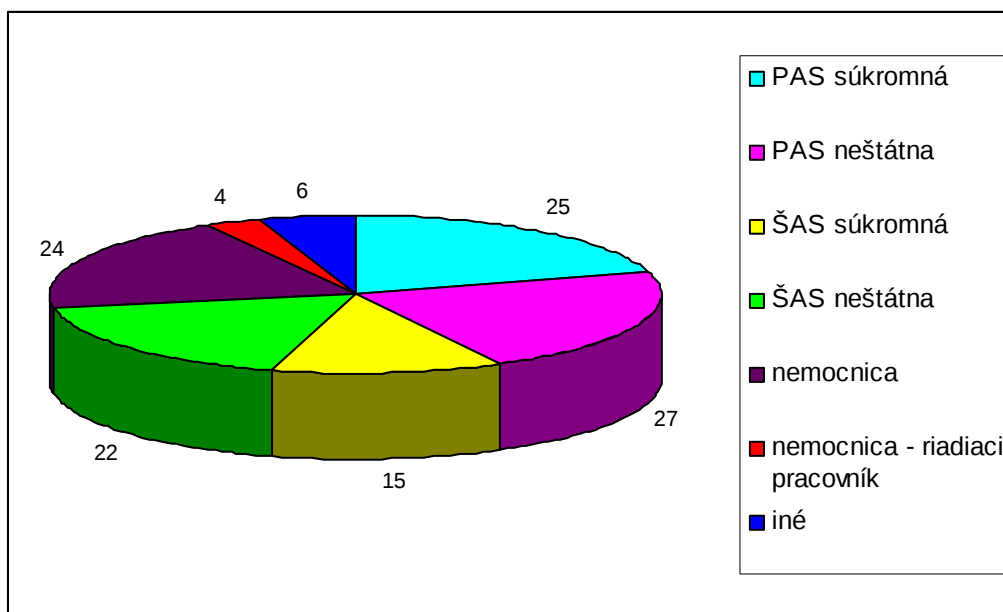
Počet rokov odbornej praxe



Ďalšia otázka bola zameraná na pôsobisko respondentov. Zaujímalo nás, či pôsobia v primárnej ambulantnej sfére (PAS), špecializovanej ambulantnej sfére (ŠAS) alebo v nemocniciach. Tak isto aj, či ich prax je súkromná alebo nie.

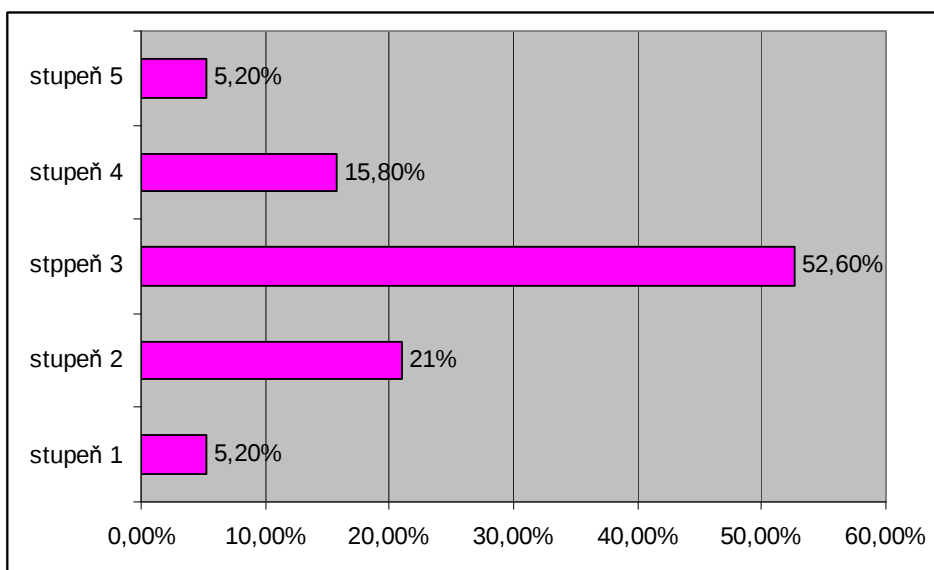
Lekári, ktorí uviedli možnosť – iné – pracovali všetci šiesti v záchrannej službe.

Pôsobisko lekára



Nasledujúca otázka bola zameraná na seba hodnotenie lekárov z oblasti vedomostí o systémoch financovania zdravotníctva. K dispozícii mali hodnotiacu škálu od 1 – 5, pričom hodnotenie bolo „ako v škole“, to znamená hodnota 1 – mám vynikajúce vedomosti, hodnota 5 – nemám žiadne, nepostačujúce vedomosti o systémoch financovania zdravotníctva

Hodnotenie vedomostí o systémoch financovania



Podľa údajov získaných odpoveďami na túto otázku je priemerné hodnotenie lekárov 2,96 – to znamená že ich vedomosti z oblasti finančných systémov

v zdravotníctve sú priemerné až dobré. (je však možné, že takáto škála hodnotenia automaticky nabáda na voľbu priemernej hodnoty, bez ohľadu na reálnu situáciu)

Otázka číslo 6 bola zameraná na platobný mechanizmus, a teda sme sa pýtali respondentov, akým spôsobom sú preplácané výkony v ich práci.

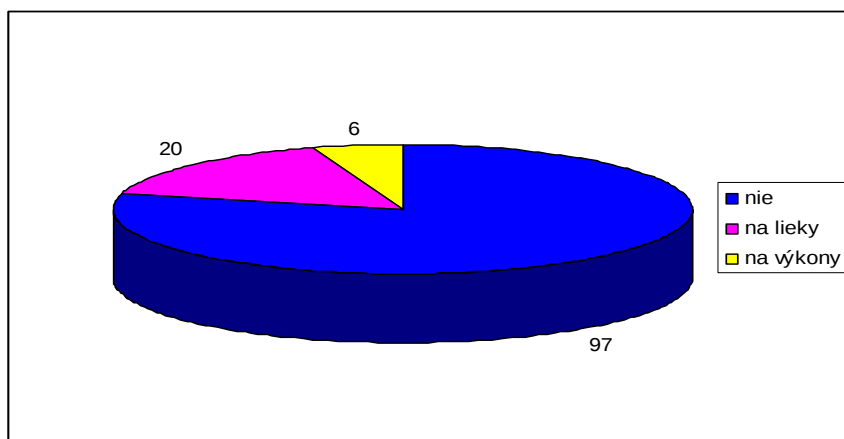
Platobný mechanizmus

Body		20
Kapitácia		32
Lôžko/deň		10
DRG		-
Neviem		8
inak	Paušál	20
	Ukon. Hospitalizácie	18
	Konkr. Výkon	15

V odpovediach na túto otázku sa niekoľkokrát objavila ako druhá možnosť odpoveď typu „mzda“ alebo „faktúra“, čo môže svedčiť o nie úplne správnom pochopení otázky.

V nasledujúcej otázke sme sa pýtali, či majú lekári mesačný finančný limit. Väčšina opýtaných odpovedala, že žiaden finančný limit vo svojej práci nemajú – až 79%. 16% respondentov uvádzalo finančný limit na lieky a 5% limit na výkony

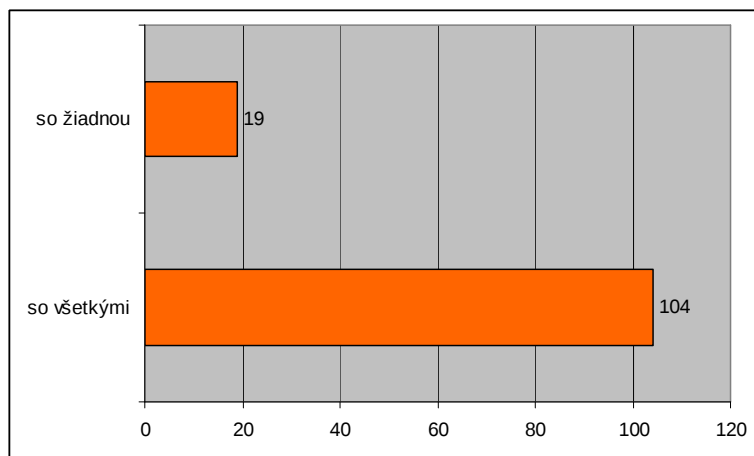
Finančný limit



Je samozrejmé, že stanovenie limitu je výrazne obmedzujúcim prvkom v práci lekára. Z tohto pohľadu je 16% - limit na lieky významným, nie práve pozitívnym zistením.

V otázke číslo 8 sme sa pýtali, s ktorými zdravotnými poisťovňami sú lekári (zdr. Zariadenia) zazmluvnené. 84,5% odpovedalo, že zmluvy majú uzatvorené so všetkými zdravotnými poisťovňami. 15,5% uviedlo, že nemá zmluvu so žiadnou zdravotnou poisťovňou. Všetci títo lekári boli súkromní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a teda svoje služby poskytujú za priame hotovostné platby

Zmluvy s poisťovňami



Žiaden s opýtaných lekárov neuvádzal, že by mal zmluvy uzavreté iba s niektorými zdravotnými poisťovňami.

Medializovaný problém zazmluvňovania lekárov a zariadení mimo minimálnej siete poskytovateľov teda v praxi pravdepodobne neexistuje

Nasledovné dve otázky sa týkali zdravotného poistenia, pričom v prvej z nich sme sa pýtali, či by lekári súhlasili s možnosťou zavedenia súkromného zdravotného pripoistenia (a teda aj s diferencovanou starostlivosťou) a v druhej sme sa opýtali aký konkrétny systém v zdravotnom poistení by zaviedli oni osobne

Až 87% respondentov by súhlasilo so zavedením súkromného zdravotného pripoistenia (niektorí uviedli aj podmienky typu : ak by to neznížilo štandard hradenej starostlivosti, ak to skvalitní liečbu,...)

Pri návrhoch systému v zdravotnom poistení sa všetci opýtaní zhodli na určitej forme poistenia., prípadne kombinácii s priamymi platbami. Nikto nenavrhol iba financovanie z rozpočtových zdrojov, alebo financovanie iba zo súkromných zdrojov. Najčastejšie odpovede boli:

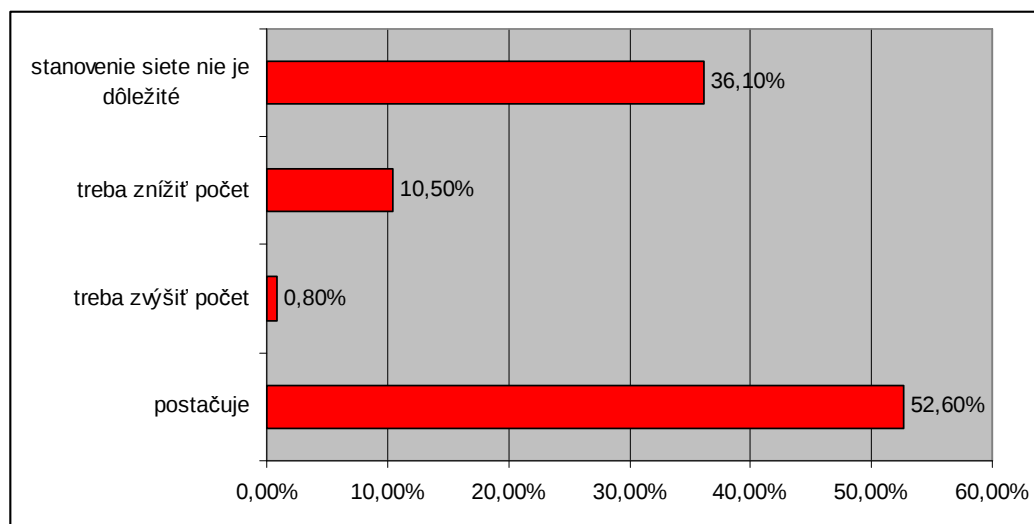
- povinné poistenie + nadštandardné pripoistenie
- poistenie + reálne platby
- štát + osobné účty

Pri otázke „odkiaľ a v akom pomere by mali do zdravotníctva plynúť peniaze“ sa opäť všetci zhodli na viac zdrojovom financovaní zdravotníctva a teda na určitej kombinácii financovania z rozpočtových zdrojov a zo zdrojov zdravotného poistenia.

Pomer bol rôzny, v rozsahu od 80%poistenie 20% rozpočet až po 70%rozpočet a 30%poistenie. Najčastejší variant (až 33% opýtaných) bol pomer 1:1 rozpočet a poistenie.

Pozornosť v ďalšej otázke sme venovali stanoveniu minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Pýtali sme sa, či táto sieť postačuje alebo nie.

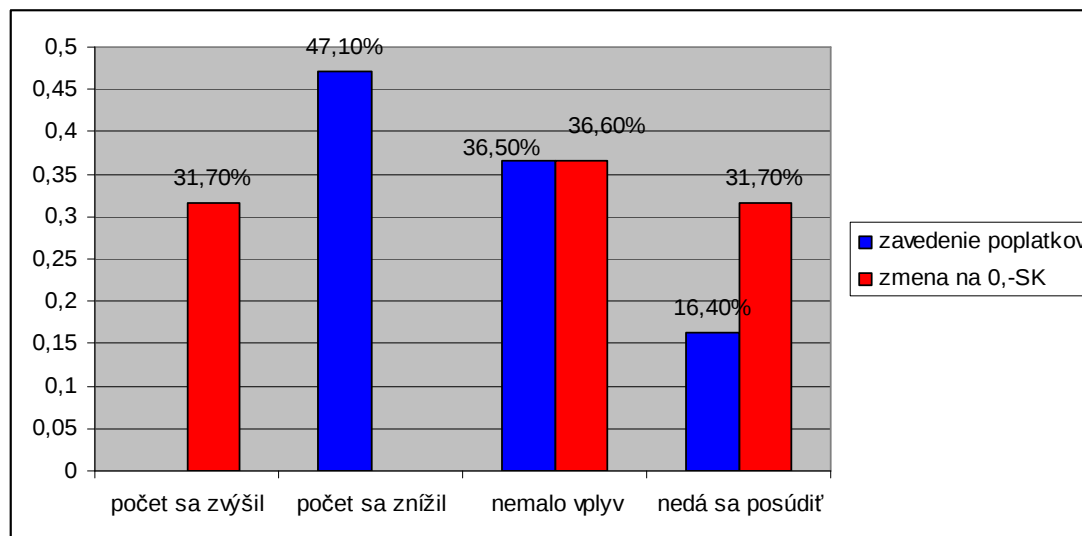
Minimálna sieť poskytovateľov



Ako vidno z grafu, väčšina respondentov považuje momentálne stanovenie minimálnej siete poskytovateľov za postačujúce, iba jeden opýtaný sa vyjadril za zvýšenie počtu. 45 lekárov tvrdí, že stanovenie siete nie je podstatné. Viacerí opýtaní vyjadrili nesúhlas so štruktúrou siete poskytovateľov, so stanovenými kritériami na určenie siete, prípadne upozorňujú na dôležitosť kvality a nie kvantity.

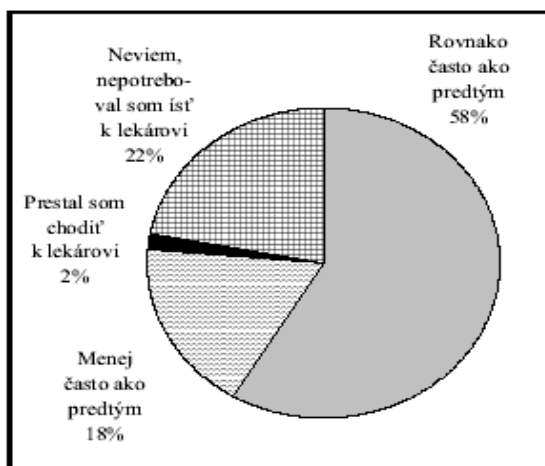
Dve nasledujúce otázky sa týkali zmeny správania pacientov pri zavedení poplatkov v zdravotnej starostlivosti, a pri ich zmene na 0,- Sk.

Zmena správania pacientov



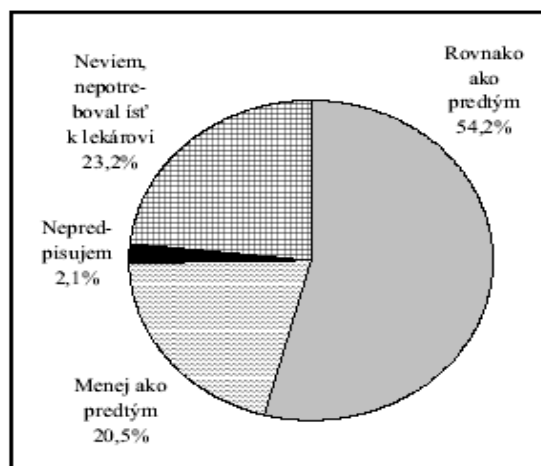
Pre porovnanie názorov lekárov a pacientov môžeme uviesť príklad z výskumu organizovaného agentúrou FOCUS v januári 2004.

„V priebehu minulého roka bol zavedený poplatok za návštevu u lekára – 20 korún. Ovplynulo zavedenie tohto poplatku Vaše návštevy u lekára?“



Zdroj: FOCUS, január 2004.

„V priebehu minulého roka bol zavedený aj poplatok za jeden recept v lekární – 20 korún. Ovplynulo zavedenie tohto poplatku množstvo receptov, ktoré si necháte predpisovať?“

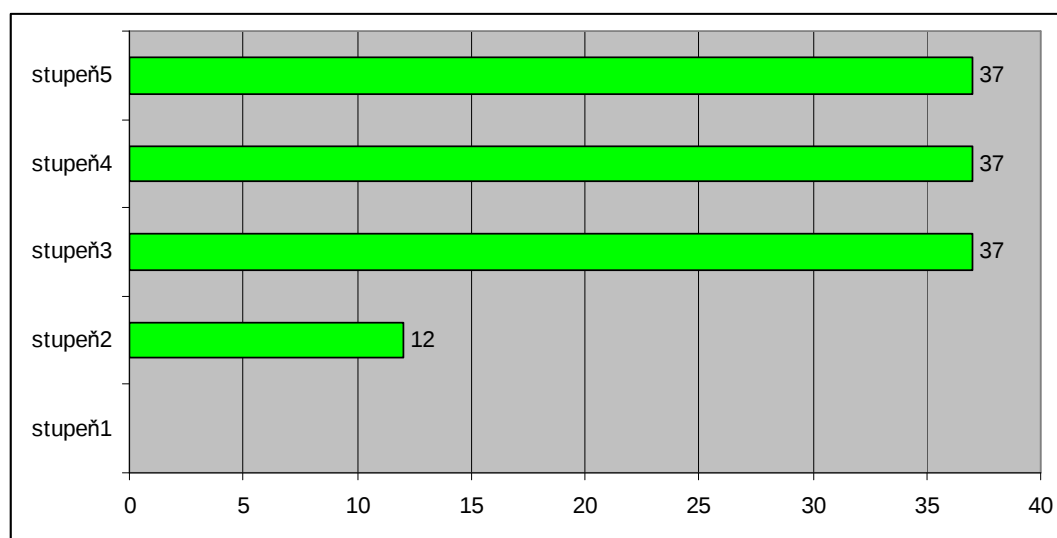


Zdroj: FOCUS, január 2004.

Ako vidno pri porovnaní, lekári a pacienti sa celkom nezhodujú pri hodnotení účinnosti zavedenia poplatkov za návštevu lekára. Kým pacienti uvádzajú menšiu návštevnosť iba v 18%, lekári toto zníženie uvádzajú až v 47,1% odpovedí.

V otázke „ako hodnotíte dôležitosť odporúčacích lístkov...“ mali lekári opäť možnosť použiť hodnotiacu škálu v stupňoch od 1 do 5. Pričom 1 – sú nevyhnutné, súhlasím s nimi, 2 – súhlasím, vo väčšine prípadov sú opodstatnené, 3 – nestretávam sa s nimi, 4 – vo väčšine prípadov sú nepotrebné, neopodstatnené, 5 – absolútne nesúhlasím, nie sú vôbec potrebné

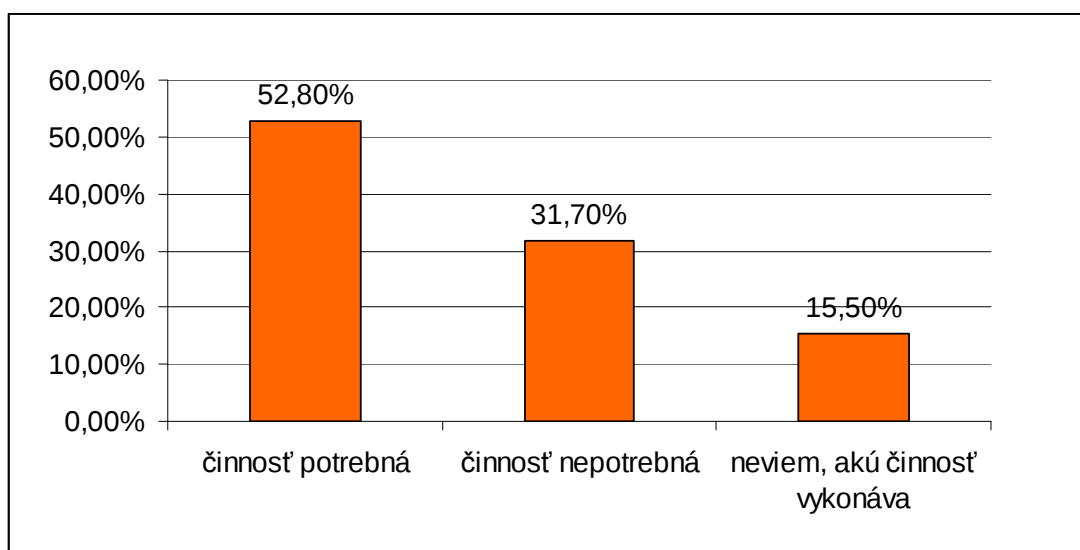
Dôležitosť odporúčacích lístkov



Celkové priemerne hodnotenie dôležitosti/ opodstatnenosti odporúčacích lístkov je 3,8. Z toho vyplýva, že väčšina opýtaných lekárov považuje tieto lístky za viac, či menej nepotrebné, neopodstatnené, prípadne za obmedzujúce v práci. (pri odpovediach nebola súvislosť so zaradením lekárov do primárnej, špecializovanej alebo nemocničnej starostlivosti)

K činnosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa opýtaní mali možnosť vyjadriť v otázke 16. Za potrebnú ju považuje 65 respondentov , za nepotrebnú 39. Až 19 lekárov uviedlo, že nevedia, akú činnosť Úrad pre dohľad vykonáva.

Činnosť Úradu pre dohľad



Viacerí lekári, ktorí uviedli odpoveď – činnosť je nepotrebná – vyjadrili nesúhlas s tým, že Úrad pre dohľad odčerpáva prostriedky zo zdravotného poistenia, ktoré by mohli byť využité pri zdravotnej starostlivosti.

Vzhľadom na to, že takmer polovica opýtaných vidí rezervy v činnosti ÚDZS, bolo by potrebné v budúcnosti dôslednejšie definovať právomoci a informovať o činnosti Úradu.

V ďalšej časti dotazníka sme sa pomocou stupnice 1 – 5 (hodnotenie ako v škole) pokúsili zhodnotiť šesticu „reformných“ zákonov, ich kvalitu/prínos/účinnosť.

Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, zdravotníckych organizáciách.

Hodnotenie zákona 578/2004

	Počet odpovedí	podiel
Stupeň 1	13	10,6
Stupeň 2	41	33,3
Stupeň 3	55	44,7
Stupeň 4	14	11,3
Stupeň 5		0

Priemerne hodnotenie tohto zákona je 2,7

Zákon o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou

hodnotenie zákona 581/2004

	Počet odpovedí	podiel
Stupeň 1		0
Stupeň 2	14	11,3
Stupeň 3	68	55,2
Stupeň 4	41	33,3
Stupeň 5		0

Priemerne hodnotenie tohto zákona je 3,2

Zákon o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

hodnotenie zákona 576/2004

	Počet odpovedí	podiel
Stupeň 1		0
Stupeň 2	41	33,3
Stupeň 3	41	33,3
Stupeň 4	41	33,3
Stupeň 5		0

Priemerne hodnotenie tohto zákona je 3

Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

hodnotenie zákona 577/2004

	Počet odpovedí	podiel
Stupeň 1	13	10,5
Stupeň 2	27	22

Stupeň 3	55	44,7
Stupeň 4	28	11,3
Stupeň 5		0

Priemerné hodnotenie tohto zákona je 2,8

Zákon o zdravotnom poistení

hodnotenie zákona 580/2004

	Počet odpovedí	podiel
Stupeň 1		0
Stupeň 2	41	33,3
Stupeň 3	82	66,7
Stupeň 4		0
Stupeň 5		0

Priemerné hodnotenie tohto zákona je 2,66

Zákon o záchranej zdravotnej službe

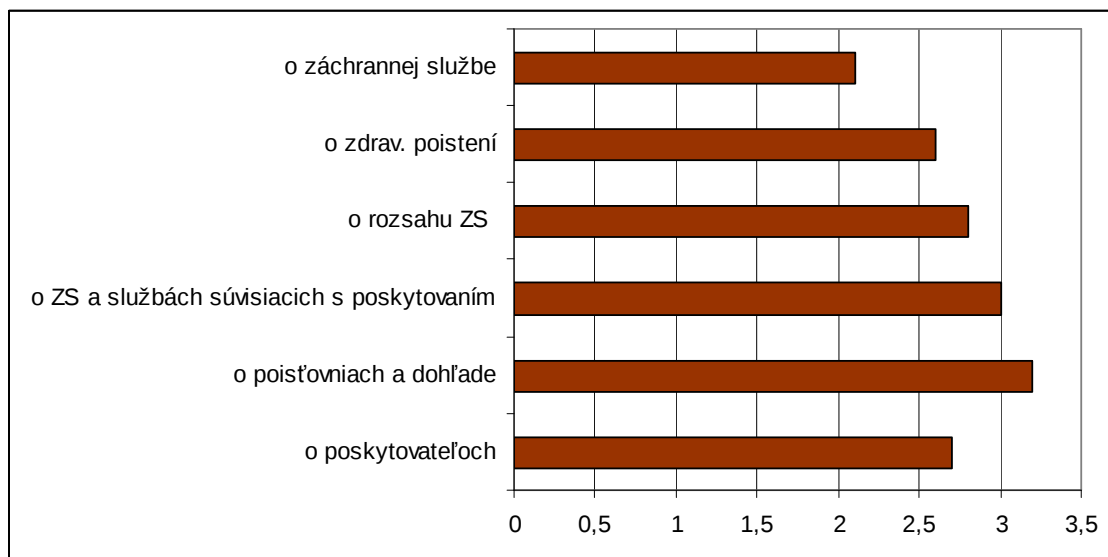
hodnotenie zákona 579/2004

	Počet odpovedí	podiel
Stupeň 1	13	10,5
Stupeň 2	82	66,7
Stupeň 3	28	22,8
Stupeň 4		0
Stupeň 5		0

Priemerne hodnotenie tohto zákona je 2,1

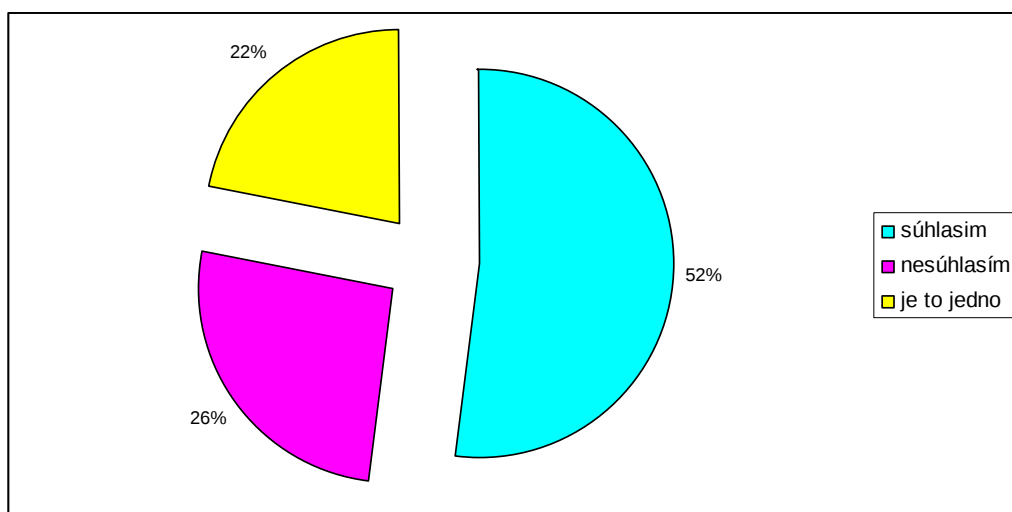
Ak budeme brať do úvahy priemerne hodnotenia jednotlivých zákonov, potom Zákon o záchranej službe je hodnotený ako najlepší zo šestice a Zákon o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou ako najmenej dobrý zo šestice

Priemerné hodnotenie reformných zákonov



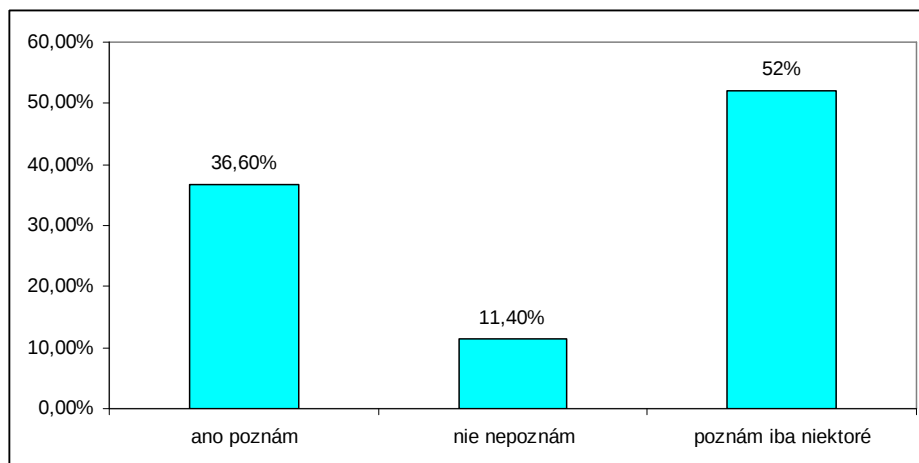
Nasledujúca otázka znela „súhlasíte aby zdravotné poisťovne fungovali ako akciové spoločnosti?“ Viac ako polovica opýtaných sa vyjadrila za, proti akciovým spoločnostiam bolo 32 respondentov, pričom niektorí z nich špecifikovali, že nesúhlasia s akciovými spoločnosťami iba v zákonnom poistení. 27 lekárov tvrdilo, že nezáleží na tom, či je zdravotná poisťovňa akciová spoločnosť, alebo nie.

Zdravotné poisťovne ako akciové spoločnosti



Keďže indikátory kvality sú dôležité pri hodnotení poskytovania zdravotnej starostlivosti, pýtali sme sa, či ich respondenti poznajú alebo nie. 64 lekárov uvádza, že pozná iba niektoré indikátory (zväčša tie, ktoré sa týkajú jeho praxe), 14 lekárov nepozná indikátory vôbec.

Indikátory kvality zdravotnej starostlivosti



Následne sme dali priestor, aby respondenti navrhli vlastné kritéria hodnotenia kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Toto sú najčastejšie odpovede:

- Účinnosť zdrav. starostlivosti
- Úspešnosť ZS
- Výsledky ZS
- Efektívnosť využitia zdrojov
- Personálne a materiálne vybavenie pracoviska
- Odbornosť poskytovateľa
- Hodnotenie zdrav. starostlivosti (poskytovateľ a) pacientom – výskum robený UDZS
- Počet sťažností na 1000 ošetr. pacientov
- Riešenie sťažností

Ďalšie dve otázky sa venovali odmeňovaniu pracovníkov, a teda prvá sa týkala súčasného odmeňovania a druhá spôsobu, akým by chceli byť lekári odmeňovaní.

Odmeňovanie lekárov

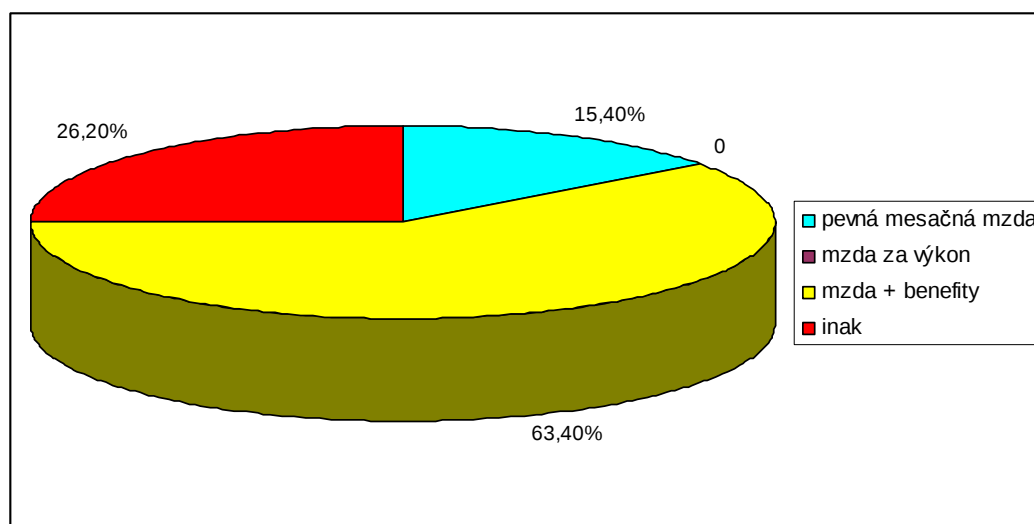
Podľa čoho/ akým spôsobom ste odmeňovaný dnes?	počet
Tarifný plat	52
Individuálne – zmluvná pevná mzda	32
Hodinová sadzba	39
Úkolová mzda	0
Inak	32

Ako vidno z tabuľky, niektorí lekári uvádzali aj dva typy odmeňovania, čo možno vysvetliť tým, že napr. v nemocničnej starostlivosti dostávajú tarifný plat, ale pohotovostné služby, ktoré sú navyše majú hradené hodinovou sadzbou.

V kategórii – inak – uvádzali respondenti odpoveď faktúra alebo zisk. Boli to všetko lekári pracujúci v súkromnej ambulantnej sfére.

Pri otázke „ako by ste chceli byť hodnotení“ väčšina, až 78 opýtaných, uvádzala možnosť – mzda + benefity

Odmeňovanie lekárov v budúcnosti



Žiadny z respondentov by nechcel byť hodnotený za svoj výkon. Možnosť – inak – opäť volili súkromní poskytovatelia a jednalo sa o priame platby, fakturáciu.

Posledná otázka dotazníka sa týkala vedomostí z iných oblastí ako je medicína a teda znela „ mali by mať riadiaci pracovníci v zdravotníctve určité vzdelanie aj z iných oblastí (manažment, ekonom., právo...)“

Všetci respondenti odpovedali na túto otázku zhodne. Tvrdili, že áno, mali by mať takéto vzdelanie, vedomosti. Niektorí opýtaní dokonca vyjadrili názor, že takéto vzdelanie by sa nemalo týkať iba riadiacich pracovníkov, ale aj zamestnancov na ostatných stupňoch.

5.2 Zhrnutie výsledkov prieskumu

Cieľom prieskumu bolo zistiť mieru informovanosti a názory odbornej verejnosti na súčasný stav v zdravotníctve SR.

Predmetom bola teda situácia v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku a neustále zmeny, ktoré tu prebiehajú.

Objektom prieskumu boli odborní zdravotnícki pracovníci – lekári s pôsobnosťou na celom Slovensku.

Výsledky prieskumu môžeme rozdeliť do štyroch častí:

1. Základné informácie o skúmanej vzorke

- Výskumnú vzorku tvorili všetko lekári, ich zaradenie a zameranie bolo rozličné. Zo všetkých 123 respondentov bolo 85 mužov a 38 žien
- Medzi respondentmi prevláda kategória 31 – 45 ročných lekárov, nasledujú lekári vo veku 46 – 62 rokov.
- 75,6 % opýtaných pracuje ako lekár 10 – 30 rokov. Lekárov s praxou nad 30 rokov bolo iba 6,5 %, mladých lekárov s praxou do 10 rokov 17,8 %

2. Financovanie – v tejto časti sme sa snažili zistiť, či majú lekári základné vedomosti z oblasti financovania zdravotníckych systémov, ako fungujú ich vzťahy so zdravotnými poisťovňami a ako by si predstavovali financovanie zdravotnej starostlivosti v budúcnosti

- Priemerné hodnotenie lekárov z oblasti finančných systémov v zdravotníctve je 2,96 – to znamená že ich vedomosti sú priemerné až dobré.

- Až 79% opýtaných nemá žiaden finančný limit vo svojej práci.
- 84,5% odpovedalo, že zmluvy majú uzatvorené so všetkými zdravotnými poisťovňami.
- 87% respondentov by súhlasilo so zavedením súkromného zdravotného pripoistenia
- Všetci opýtaní sa zhodli na viac zdrojovom financovaní zdravotníctva a teda na určitej kombinácii financovania z rozpočtových zdrojov a zo zdrojov zdravotného poistenia

3. Legislatívna úprava – zamerali sme sa na hodnotenie jednotlivých zákonov, patriacich do tzv. „reformnej šestky“

- Zákon o záchranej službe je hodnotený ako najlepší zo šestice a Zákon o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou ako najmenej dobrý zo šestice

4. Iné – V tejto skupine otázok sme sa zamerali na témy, ktoré najviac rezonujú v laickej verejnosti, ako je zavedenie a opätovné zrušenie poplatkov, stanovenie minimálnej siete poskytovateľov, hodnotenie kvality, fungovanie zdravotných poisťovní ako akciových spoločností, odmeňovanie a vzdelávanie lekárov

- väčšina respondentov považuje momentálne stanovenie minimálnej siete poskytovateľov za postačujúce
- Pri porovnaní, lekári a pacienti sa celkom nezhodujú pri hodnotení účinnosti zavedenia poplatkov za návštevu lekára. Kým pacienti uvádzajú menšiu návštevnosť iba v 18%, lekári toto zníženie uvádzajú až v 47,1% odpovedí.
- Celkové priemerne hodnotenie dôležitosti/ opodstatnenosti odporúčacích lístkov je 3,8. Väčšina opýtaných lekárov považuje tieto lístky za viac, či menej nepotrebné, neopodstatnené, prípadne za obmedzujúce v práci
- Činnosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou za potrebnú považuje 65 respondentov

- Viac ako polovica opýtaných sa vyjadrila, že súhlasí aby zdravotné poisťovne fungovali ako akciové spoločnosti
- 64 lekárov uvádza, že pozná iba niektoré indikátory kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti, 14 lekárov nepozná indikátory vôbec.
- Pri otázke „ako by ste chceli byť hodnotení“ väčšina, až 78 opýtaných, uvádzala možnosť – mzda + benefity
- Všetci respondenti súhlasia s tým, aby riadiaci pracovníci mali aj určité vzdelanie z iných oblastí (právo, ekon., manažment...)

Výsledky z tohto prieskumu ako aj z predchádzajúcej analýzy jednotlivých systémov poskytovaia zdravotnej starostlivosti sme zohľadnili pri návrhu opatrení v závere práce.

ZÁVERY A ODPORÚČANIA

Zdravie sa vo všeobecnosti považuje za najvyššiu hodnotu v živote človeka. Ochrana zdravia a snaha predchádzať chorobám je úlohou zdravotníctva. Zdravie možno považovať aj ako ekonomickú hodnotu, pretože obyvatelia krajín vynakladajú miliardy ročne na zabezpečenie zdravia. Práve úlohou zdravotného poistenia je, aby dané finančné prostriedky boli vynakladané racionálne a v prospech ľudí. V posledných rokoch sa otázky o financovaní zdravotníctva dostávajú do popredia záujmu odbornej verejnosti, politikov, zákonodarcov, najmä z hľadiska prebiehajúcich sociálno-ekonomických zmien. Jednou z nich je aj trend starnutia populácie v Európe. Preto nie je žiadnym prekvapením, že sú v krajinách EÚ postupne zavádzané reformy zdravotného systému, ktoré sú priam nevyhnutné z pohľadu finančnej udržateľnosti systémov v budúcnosti. Je však potrebné, aby sa jednak reformy prispôbovali zmenám v Európe, a jednak odstraňovali systémové chyby na strane systémových vstupov a finančných výstupov.

Bez ohľadu na typ zdravotníckeho systému, významnú úlohu v reformách hrá štát a jeho orgány, v množstve krajín sa posilňuje regulačná úloha štátnych orgánov. Pre splnenie cieľov reforiem sa používa rad nástrojov, od modelov „riadenej starostlivosti“ až po zavádzanie rôznych limit. Regulácia sa týka zavádzania nových technológií, spôsobu a výšky úhrad poskytovateľom, zvyšovania podielu občanov na hradení služieb, zavádzania štandardných diagnostických a liečebných postupov, licencovania a organizácie zdravotníckych služieb. Často sa tieto opatrenia nezaobídu bez konfliktov medzi jednotlivými účastníkmi zdravotnej starostlivosti, ale vo väčšine krajín prinášajú konkrétne výsledky.

Takáto reforma systému prebehla aj na Slovensku. Neustáli rast nákladov vzhľadom na vysoký dopyt po zdravotnej starostlivosti a obmedzené verejné zdroje spôsobujú napätie v hospodárení systému.

Výdavky na zdravotníctvo v SR sú v porovnaní s ostatnými štátmi relatívne nízke (príloha 8). Napriek tomu sa z povinného zdravotného poistenia uhrádza v plnej miere takmer celá zdravotná starostlivosť.

V práci už spomínaná nerovnováha finančných zdrojov, dopytu a ponuky zdravotníckych služieb (Evansova rovnica) vedie ku vzniku nepriaznivých javov

v zdravotníctve, ako napr. dlhšie čakacie doby, nedostupnosť niektorých liečebných postupov či liekov, v prednostnom využívaní zdravotníckych kapacít lekární, atď. Nedostatočná kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti prirodzene vytvára priestor pre čierny trh a korupciu, ktorá je v oblasti zdravotníctva veľmi rozšírená.

Situácia v slovenskej ekonomike a jej reálny výkon, ako aj situácia vo svete sa viditeľne odráža i v oblasti slovenského zdravotníctva. Avšak na druhej strane, aj zdravotná politika a jej parametre, hlavne financovanie zdravotníctva cez odvody zdravotného poistenia, výrazne vplývajú na správanie samotných podnikateľských subjektov, na vývoj miezd a zamestnanosti, a tak ovplyvňujú chod ekonomiky ako celku.

Nepriaznivá situácia a jej dopady však na druhej strane vytvárajú priestor na uskutočnenie systematických opatrení a prijatie výziev na zlepšenie súčasného, nie veľmi efektívneho systému financovania zdravotnej starostlivosti.

Na zefektívnenie zdravotného systému a zachovanie solidarity zdravotného poistenia je potrebné posilniť finančnú i zdravotnú ochranu pacientov.

Zhrnutím poznatkov z naštudovaných materiálov a vykonanej analýzy navrhujeme opatrenia, ktoré by mohli napomôcť zlepšeniu situácie v našom zdravotníctve. Prínosy skúmania danej problematiky pre oblasť zdravonej politiky spočívajú v týchto konkrétnych opatreniach:

Odporúčanie 1: Vytvoriť ucelenú koncepciu rozvoja zdravotníctva, ktorá časovo presahuje jedno volebné obdobie. Toto vidíme ako systémové riešenie základných otázok vývoja zdravotníctva. Vytvorenie fungujúceho systému zdravotnej starostlivosti nie je otázkou štvorročného obdobia ale dlhodobou úlohou. Pre jej dosiahnutie je potrebná dohoda politických subjektov, bez ohľadu na ich smerovanie.

Odporúčanie 2: Informovanosť pacientov a dôraz na prevenciu. Keďže reformné kroky majú v konečnom dôsledku najväčší dopad práve na pacientov, považujeme za nevyhnutné venovať pozornosť správne informovaniu obyvateľov a vysvetľovaniu zmien v zdravotníctve. Dôrazom na prevenciu a tzv. výchovou pacientov sa dá predchádzať množstvu ochorení a tým nepriamo znižovať náklady na zdravotnú starostlivosť.

Odporúčanie 3: Opätovné zavedenie spoluúčasti pacienta. (napr. paušálny poplatok za zdravotnícke služby). Vytvoriť mechanizmus ochrany pacienta pred nadmernými poplatkami (na príklade Nemecka) zavedením maximálneho limitu ročných platieb, v závislosti od príjmového pásma. Zároveň ale považujeme za nevyhnutné presné stanovenie účelu použitia týchto finančných prostriedkov.

Opatrenie 4: Zprehľadniť systém tzv. čakacích zoznamov. Zverejnením a stanovením podmienok zaradenia do zoznamu je možné predchádzať netransparentnému zneužívaniu systému a zvýšenej korupcii. Na príklade Veľkej Británie navrhujeme zvážiť možnosť ošetrovania našich obyvateľov v zahraničí, v prípade, že kapacity našich zdravotníckych zariadení nie sú postačujúce v rozumnom časovom horizonte – v rámci štandardného zdravotného poistenia

Odporúčanie 5: Rozpracovať (prípadne dopracovať) DRG systém. Pri jednotlivých diagnózach určiť „priemerný“ spôsob, metódu liečenia a spriemerovať náklady na zdravotnú starostlivosť na konkrétne diagnózy (tento systém funguje vo viacerých krajinách). Takto nastavený systém zjednocuje postupy a financovanie zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na regionálne a iné rozdiely zdravotníckych zariadení a zjednodušuje a sprehľadňuje vzťah poskytovateľ – poisťovňa.

Odporúčanie 6: Upraviť podmienky ročného zúčtovania zdravotného poistenia. Hlavným problémom zdravotných poisťovní je nedostatok finančných prostriedkov z dôvodu neuhradeného poistného. Súčasný systém ročného zúčtovania vracia peniaze zdravotným poisťovniam s veľkou časovou stratou. (október nasledujúceho roka). Navrhujeme zjednotiť dátum ročného zúčtovania zdravotného poistenia s dátumami daňových odvodov.

Odporúčanie 7: Zefektívniť, zrealizovať systém manažovania pacienta. Na príklade riadenej starostlivosti v USA umožniť a podporovať poisťovne v manažovaní zdravotnej starostlivosti svojich poistencov, čo by zjednodušilo riešenie komplikovanejších diagnóz a sprehľadňovalo celý proces pre pacienta. Toto opatrenie by skracovalo čakacie doby, odstraňovalo duplicitné výkony a tým znižovalo náklady na zdravotnú starostlivosť.

Odporúčanie 8: Zavedenie 3 pilierového zdravotného poistenia. (kap. 4.2.2). Pri existencii týchto pilierov (povinné, doplnkové, sociálne), navrhujeme zvážiť možnosť zníženia povinných odvodov na zdravotné poistenie, a umožniť voľbu medzi

pripoistením „nadštandardu“ alebo priamymi platbami za tento nadštandard. Toto odporúčanie predpokladá legislatívne vymedzenie starostlivosti hradenej z jednotlivých pilierov poistenia

Odporúčanie 9: Zavedenie e-Health (elektronické zdravotníctvo). Zdravotná dokumentácia pacienta, informácie o predpísaných a zakúpených liekoch, informácie o vyšetreniach sú dostupné na základe elektronickej karty. Pri vhodnom zabezpečení ochrany údajov toto opatrenie sprehľadňuje a zjednodušuje liečenie konkrétnych ľudí. Eliminuje duplicitné úkony u rozličných špecialistov, sprehľadňuje anamnézu a napomáha pri preskripcii liečiv. Týmto znižuje čas liečenia, zvyšuje efektívnosť liečby a výrazne znižuje náklady na zdravotnú starostlivosť.

Odporúčanie 10: Dbať na celoživotné vzdelávanie zdravotníckeho personálu. Neustály vedecký a technický pokrok v oblasti medicíny si vyžaduje pravidelné dovzdelávanie odborného zdravotníckeho personálu. Analýzy a skúsenosti ukazujú aj potrebu dovzdelávania riadiacich pracovníkov v zdravotníctve z oblastí ekonomiky, práva, manažmentu ľudských zdrojov, prípadne príbuzných vedných disciplín.

Zdravotníctvo je jedno z najrýchlejšie sa rozvíjajúcich odvetví - vedecko – technický pokrok, výskum chorôb a liečiv, rozvoj prístrojov a zariadení. Štát by preto mal venovať pozornosť rozvoju zariadení, ktoré spravuje, a prostredníctvom súkromného sektoru vytvoriť zdravé konkurenčné prostredie, aby sa všetky zúčastnené strany vzájomnou súperivosťou posúvali dopredu.

Je dôležité si uvedomiť, že na to, aby zdravotný systém fungoval efektívne, je nevyhnutné aby platili určité základné pravidlá. V prvom rade zodpovednosť štátu za uskutočňovanú zdravotnú politiku, zodpovednosť zdravotných poisťovní za nakupovanie zdravotnej starostlivosti, zodpovednosť poskytovateľov za správne a kvalitne poskytnutú starostlivosť a v neposlednom rade zodpovednosť pacienta za svoj zdravotný stav.

POUŽITÁ LITERATÚRA

1. Analýza hospodárenia systému zdravotnej starostlivosti a návrh opatrení na zlepšenie hospodárenia a finančnej situácie systému zdravotnej starostlivosti. MZ SR 2001
2. Beňová, E.: Financie verejnoprospešných subjektov. Ekonóm 1997
3. Beniák, M. Sociálne lekárstvo. I. Úvod do problematiky. Bratislava: UK, 1991
4. Beniák, M. a kol. Vybrané kapitoly zo sociálneho lekárstva. Bratislava: UK, 1987
5. Bokesová – Uherová, M.: Dejiny zdravotníctva na Slovensku. Martin: Osveta 1989
6. Breyer, F., Haufler, A.: Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution. Discussion Paper, No. 205. Berlin, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. 2000
7. Callahan, D.: What kind of life – the limits of medical progress. Georgetown university press. Washington D.C. 1994
8. Chmelík, B., Weibl, A.: Ekonomika v zdravotníctve. Trnavská univerzita, Trnava 2002
9. Cvrčková, A., Drhol, C.: Analýza a prognóza vývoja zdravotného stavu československej populácie a jeho determinanty. Prognostická štúdia 4/1989, Ústav súdneho lekárstva. 1989
10. Demovič, R.: Objektívnosť treba hľadať na rovnakých tratiach, UDZS, Bratislava 2008
11. Detels, R. et al. Oxford Textbook of Public Health I.,II.,III. Oxford: Oxford University Press, 1997
12. Donaldson, C., Gerard, K.: Economics of Health Care Financing: The Visible Hand. London, MacMillan Press LTD. 1993
13. Evans, R.: Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform. In: d'Intignano, Ulmann P.: Économie de la santé. 2001
14. Gajdoš, M., Šulla, I.: Zdravotná starostlivosť. LF UPJŠ, 2004

15. Gladkij, I. a kol.: Management ve zdravotnictví. Brno, Computer Press 2003
16. Hsiao William, C.: Why is a systemic view of health financing necessary? In: Health affairs – volume 26, 4/2007
17. Health 21 – health for all in the 21st century. WHO, Regional Office for Europe. 1999
18. Health systems in transition: learning from experience, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2004
19. Holčík, J., Žáček, A., Koupilová, I. Sociální lékařství. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002
20. Hume D.: A Treatise of Human Nature, ed. L.A.Selby-Bigge, Clarendon Press, Oxford 1960
21. Jakob, M., Hardiney, J., Preker, A., Hawkins, L.: Module on Organisational Reform and Management of Public Providers. Focus on Hospital World Bank, 2000.
22. Kaiser: Employer Health Benefits, The Kaiser Family Foundation, Health Research and Educational Trust, 2006
23. Karpiš J., Ďurana R.: Zdravý zisk, Bratislava, 2007
24. Kleinman, A.: Medicine in Chinese cultures : comparative studies of health care in Chinese and other societies: papers and discussions from a conference held in Seattle, Washington, U.S.A., February 1974
25. Kollár, M., Mesežnikov, G.: Slovensko 2001. Inštitút pre verejné otázky, Bratislava 2001
26. Koncepcia poskytovania zdravotnej starostlivosti v SR, Ministerstvo zdravotníctva SR, apríl 2004
27. Kováč, E.: Zdravotné poistenie – zdravotnopolitické a ekonomické súvislosti. Motýľ, Bratislava 2003
28. Kováč, E.: Zdravotné poistenie. Ekonóm 2006
29. Kováč, E.: Špecifiká zdravotného poistenia, Bratislava 2009
30. Krebs, V. a kol.: Sociální politika. Praha

31. Kuvíková, H.: Tvorba a realizácia zdravotníckej politiky, Univerzita Mateja Bela, 2006
32. Kuvíková, H., Murgaš, M., Nemec, J.: Ekonómia zdravotníctva. Banská Bystrica, PHOENIX 1995
33. LaLonde report: A new perspective on the health of Canadians, WHO 1974
34. Maďarová, H., Pažitný, P.: Dopadová štúdia reformy zdravotníctva, MZ SR, Bratislava 2004
35. Mikloš, I. a kol.: Kniha reforiem, Trend visual, 2005
36. Mossialos, E., Thomson, S.: Voluntary health insurance in the European Union, World Health Organization, 2004
37. Murgaš, M.: Ekonomické aspekty reformy zdravotníctva v Slovenskej republike, Bratislava 2005
38. Murgaš, M.: Ekonómia zdravotníctva (vybrané problémy), Univerzita Mateja Bela, 2004
39. Murgaš, M.: Ekonomika zdravotníckych služieb. UMB, Banská Bystrica 2004
40. Murray, Ch. J. L. , Frenk, J. : A framework for assesing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization. 2000
41. Na prvý pohľad rovnaké a predsa iné. Raiting zdravotných poisťovní 2008, HPI, Bratislava 2008
42. Národná správa o ľudskom rozvoji, Centrum pre hospodársky rozvoj 2003
43. Nemec, J.: Zdravotnícka reforma na Slovensku – analýza vývoja situácie na MZ SR do schválenia šiestich reformných zákonov v Národnej rade SR, Inštitút pre verejnú mienku, Bratislava, 2005
44. Nemec, J.: Zdravotné poistenie. In: Radičová, I. (ed.): Zdravie, práca, dôchodok. Bratislava, S.P.A.C.E. a Centrum pre zdravotnú politiku a stratégie. 1999
45. OECD Economic Surveys. Slovak Republic, Vol. 2002/11 – June.
46. Operačný program zdravotníctvo 2007-2013, Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky

47. Osterkamp, R.: Is there a hold-up of health care reforms in Europe?, Ifo Institute, Muenchen, 2004
48. Pažitný, P., Zajac, R.: Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov. Publicis Knut, Bratislava 2004
49. Pažitný, P. – Zajac, R.: Reforma zdravotníctva – reforma pre občana, Bratislava 2001
50. Pažitný, P., Zajac, R.: Stratégia reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana. Bratislava: M.E.S.A 10, 2001.
51. Pažitný, P. Zajac, R.: Zdravotníctvo. In: Slovensko 2002 – Súhrnná správa o stave spoločnosti, Inštitút pre verejné otázky, Bratislava. 2002
52. Pechová, M., Stanek, V.: Zdravotná politika. Bratislava Ekonóm 2009
53. Pechová, M.: Modely financovania zdravotnej starostlivosti. In. Dominofórum . november 2004
54. Postoje verejnosti k problematike zdravotníctva, Focus, Bratislava 2004
55. Program verejného zdravia, Európska komisia 1993
56. Purchasing to improve health systems performance, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2005
57. Rozborilová, D.: Teória spotreby, úspor, investícií a vládnych výdavkov. ZŠŠ polygrafická Bratislava 2005
58. Schneider Markus et al: Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Basys, 1994.
59. Slovensko 2003 – Súhrnná správa o stave spoločnosti. IVO, Bratislava 2004
60. Stanek, V. a kol.: Ekonomika zdravotníctva, Ekonóm, Bratislava 2005
61. Stanek, V. a kol.: Sociálna politika, Sprint, Bratislava 2006
62. Stanek, V. a kol.: Sociálna politika, Bratislava, Sprint dva 2008
63. Stiglitz, J.F.: Ekonomie veřejného sektoru. Grada Publishing, Praha 1997
64. Šimek, J., Špalek, V., Křížová, E., Janečková H.: Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa. Karolinum, Univerzita Karlova v Praze, Praha 2002

65. Štencel J., Šagát T., Labaš P., Krištúfek P., Kováč G.: Slovenské zdravotníctvo – súčasný stav, problémy, návrhy riešení, apríl 2007
66. The Second Program of Community Action in the field of Health 2008 – 2013, Council of Europe, 2008
67. The World Health Report. World Health Organization 2001
68. Vláda SR 2004: Programové vyhlásenie vlády SR
69. Vláda SR 2006: Programové vyhlásenie vlády SR
70. Vybrané ukazovatele o zdravotných poisťovniach, Sociálnej poisťovni a Národnom úrade práce 1995 – 2001. ŠÚ SR Bratislava. 2001
71. Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2006-2010, Združenie zdravotných poisťovní SR 2006
72. Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2008 – 2011, HPI 2008
73. Zdravie pre všetkých v Európe do roku 2000. MZ SR
74. Zdravotnícke noviny ročník 2000 – 2004
75. Zdravotnícka ročenka 1990 – 2000. Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky Bratislava. 2000
76. Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2005, Národné centrum zdravotníckych informácií, 2006
77. Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti 576/2004 Z.z.
78. Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti 577/2004 Z.z.
79. Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve 578/2004 Z.z.
80. Zákon o záchranej zdravotnej službe 579/2004 Z.z.
81. Zákon o zdravotnom poistení 580/2004 Z.z.
82. Zákon o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou 581/2004 Z.z.

83. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран, Опубликовано от имени Европейской обсерватории по системам здравоохранения Издательство «Весь Мир» 2002

<http://www.hsph.harvard.edu/phcf/publications/hsiao.2007.systemic.view.of.hlth.fin.pdf>
<http://www.veritel.sk/report.php/1>
<http://www.szp.sk/229/velka-britania.php>
<http://www.nhs.uk/ServiceDirectories/Pages/ServiceSearch.aspx>
<http://www.zzz.sk/?page=pohotovost>
<http://cz-sk.co.uk/content/view/36/53/>
http://www.echomagazin.com/sk/clanky/prakticke_rady_uk/zdravie/zdravotnictvo_ako_to_v_britanii_funguje_v_praxi
<http://www.izurnal.sk/index.php>
<http://www.etrend.sk/ekonomika/svetova-ekonomika/zdravotne-poistenie-v-usa>
<http://www.civil.gov.sk/archiv/CASOPIS/2003/8/0812vj.htm>
http://www.cphr.sk/undp2002sl_10.pdf
http://www.udzs.sk/buxus/docs/ts_ZoSpravyOStaveVerejnehoZdravotnehoPoistenia2006.doc
[http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/650E3DBCE94B4E0DC1257310003A9EF2/\\$FILE/opatrenia.pdf](http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/650E3DBCE94B4E0DC1257310003A9EF2/$FILE/opatrenia.pdf)

www.hesonline.nhs.uk

www.nhs.uk

www.health.gov.sk

www.hpi.sk

www.iness.sk

www.reformazdravotnictva.sk

www.reformazdravotnictvi.cz

www.sspr.gov.sk

www.statistics.sk

www.udzs.sk

www.vszp.sk

www.zzp-sr.sk

PRÍLOHY

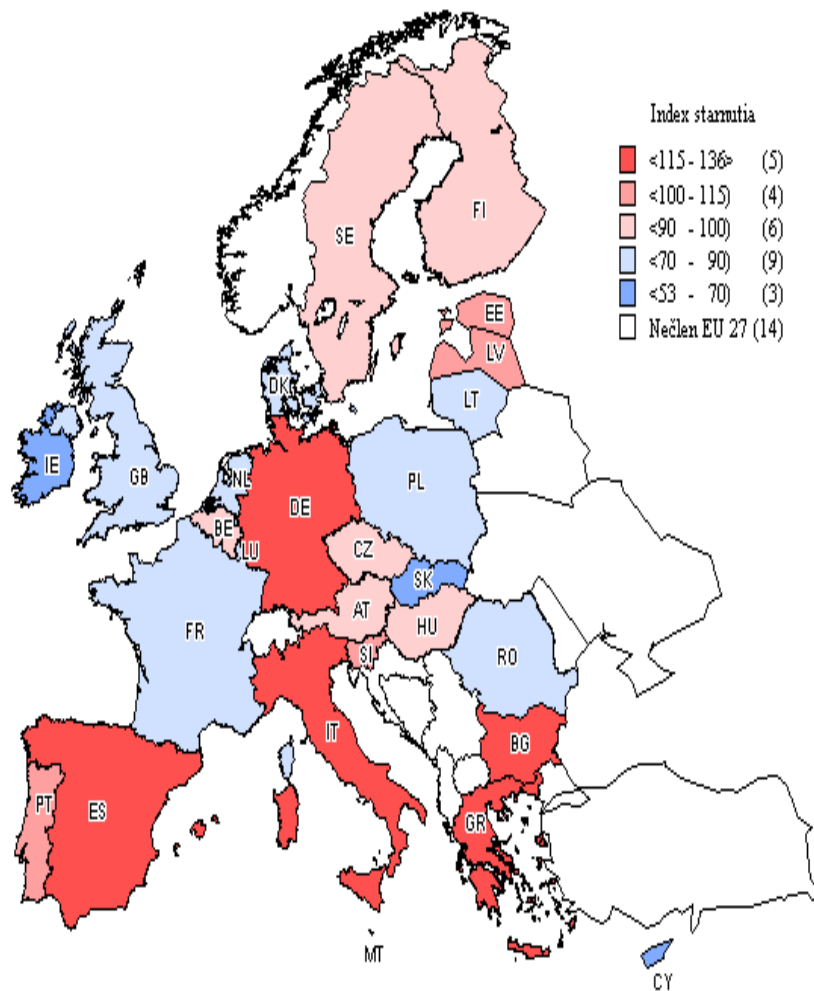
Zoznam príloh

Príloha 1	Index starnutia v štátoch EÚ
Príloha 2	Index rizika poistencov
Príloha 3	Porovnanie výdavkov hrazených zdravotnými poisťovňami a výdavkov hrazených obyvateľstvom na Slovensku v rokoch 2000 – 2005
Príloha 4	Prehľad vzniku a zániku zdravotných poisťovní
Príloha 5	Verejná minimálna sieť poskytovateľov
Príloha 6	Raiting poskytovateľov
Príloha 7	Prehľad použitých prostriedkov na oddĺženie zdravotníctva
Príloha 8	Výdavky na zdravotníctvo na obyvateľa, verejné a súkromné
Príloha 9	Dotazník

PRÍLOHA 1

Index starnutia v štátoch Európskej únie (EU 27) - posledne dostupné dáta

Taliansko	IT	135,9
Nemecko	DE	128,9
Bulharsko	BG	124,2
Grécko	GR	123,2
Španielsko	ES	115,8
Lotyšsko	LV	111,6
Portugalsko	PT	108,7
Slowinsko	SI	106,9
Estónsko	EE	101,4
Maďarsko	HU	99,9
Rakúsko	AT	99,2
Belgicko	BE	99,0
Švédsko	SE	98,2
Česká republika	CZ	94,0
Fínsko	FI	90,9
Francúzsko	FR	89,0
Litva	LT	88,4
Rumunsko	RO	87,9
Veľká Británia	GB	87,5
Dánsko	DK	79,8
Poľsko	PL	78,7
Luxembursko	LU	76,2
Holandsko	NL	76,1
Malta	MT	75,4
Slovensko	SK	68,1
Cyprus	CY	59,4
Írsko	IE	53,9



Zdroj: Výskumné demografické centrum, INFOSTAT Bratislava 2008

http://www.infostat.sk/vdc/obr/pop/Index_starnutia.png

PRÍLOHA 2

Index rizika poistencov

Vekové skupiny	Index – IRŽ(i)	Index – IRM(i)
	Ženy	Muži
1. od 0 do 4 rokov	2,14	2,51
2. od 5 do 9	1,27	1,48
3. od 10 do 14	1,33	1,37
4. 15 – 19	1,54	1,28
5. 20 – 24	1,53	1,00
6. 25 – 29	1,98	1,11
7. 30 – 34	2,09	1,22
8. 35 – 39	2,02	1,38
9. 40 – 44	2,25	1,69
10. 45 – 49	2,74	2,10
11. 50 – 54	3,48	2,92
12. 55 – 59	4,06	3,98
13. 60 – 64	4,99	5,11
14. 65 – 69	5,94	6,38
15. 70 – 74	6,65	7,41
16. 75 – 79	6,88	7,89
17. od 80	6,01	6,66

PRÍLOHA 3

Porovnanie výdavkov hrazených zdravotnými poisťovňami a výdavkov hrazených obyvateľstvom na Slovensku v rokoch 2000 – 2005

Ukazovateľ	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Výdavky hrazené zdravotnými poisťovňami spolu z toho	45576	47687	53599	58157	59476	65271
Za liečivá na recepty	14488	15814	19665	22658	21889	24479
Zdravotné pomôcky na recepty	1328	1488	1846	2325	2200	2080
Medziročný nárast výdavkov ZP	1,0000	1,0463	1,1240	1,0850	1,0227	1,0974
Výdavky hrazené obyvateľstvom spolu Z toho	5482	6019	6826	8315	15055	16470
Za liečivá	3057	3316	3609	4739	9760	10993
Zdravotné pomôcky	1118	1198	1588	1351	1833	1821
Zdravotné služby	1307	1505	1629	2225	3461	3657
Medziročný nárast výdavkov obyvateľstva	1,0000	1,0980	1,1341	1,2181	1,8106	1,0940

Zdroj: štatistická ročenka SR, r. 2005, r. 2006

PRÍLOHA 4

Prehľad vzniku a zániku zdravotných poisťovní

Zdravotná poisťovňa	vznik	zánik
Národná poisťovňa – správa fondu zdravotného poistenia	1.1.1993	31.12.1993
Poisťovňa Ministerstva vnútra	26.11.1993	30.6.1998
Vojenská zdravotná poisťovňa	20.4.1994	30.6.1998
Garant Železničarska zdravotná poisťovňa	1.10.1994	30.6.1998
Všeobecná zdravotná poisťovňa Súčasný názov: Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.	1.1.1995	
Chemická zdravotná poisťovňa APOLLO Súčasný názov: APOLLO zdravotná poisťovňa, a.s.	3.1.1995	
Zdravotná poisťovňa – Vzájomná životná poisťovňa	10.1.1995	31.12.1997
Občianska zdravotná poisťovňa ISTOTA	1.5.1995	1.2.1998
SIDERIA – Slovenská hutnícka zdravotná poisťovňa	10.5.1995	1.2.1998
Zdravotná poisťovňa Perspektíva	31.5.1995	27.1.1998
DRUZAP Družstevná zdravotná poisťovňa	5.6.1995	27.1.1998
Zdravotná poisťovňa Medipharma	20.12.1995	13.11.1997
Prvá Východoslovenská zdravotná poisťovňa	3.1.1996	31.12.1996
Vzájomná zdravotná poisťovňa Dôvera Názov v 12/2006 DOVERA, zdravotná poisťovňa, a.s. (od 1.1.2007 zlúčenie so ZP Sideria)	1.1.1998	
Družstevná zdravotná poisťovňa Perspektíva	27.1.1998	30.6.1999
Združená zamestnanecká zdravotná poisťovňa SIDERIA – ISTOTA Názov v 12/2006 SIDERIA zdravotná poisťovňa, a.s. (od 1.1.2007 zlúčenie so ZP Dôvera)	1.2.1998	
Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s.	1.7.1998	
Európska zdravotná poisťovňa, a.s.	13.9.2005	Ohlásenie ukončenia v marci 08
Union zdravotná poisťovňa, a.s.	13.2.2006	

Zdroj: Združenie zdravotných poisťovní SR, MZ SR

PRÍLOHA 5

Verejná minimálna sieť poskytovateľov inej špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti^x

Odbor	Počet lekárskeho miest Slovenská republika
Algeziológia	13, 5
Angiológia	18, 0
Čeľusná ortopédia	100, 0
Chirurgia, vrátane detskej	253, 4
Cievna chirurgia	9, 7
Dermatovenerológia, vrátane detskej	223, 7
Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	114, 5
Endokrinológia, vrátane detskej	80, 9
FoniatRIA	16, 7
Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	126, 7
Gastroenterológia, vrátane detskej	108, 4
GeriatRIA	22, 2
Hematológia a transfuziológia	53, 4
Infektológia, tropická medicína	35, 0
Kardiochirurgia	9, 0
Kardiológia, vrátane detskej	170, 4
Klinická imunológia a alergológia	134, 8
Klinická logopédia	118, 5
Klinická onkológia	92, 1
Klinická psychológia	160, 0
Klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	13, 5
Lekárska genetika	11, 9
Liečebná pedagogika	8, 0
Maxilofaciálna chirurgia	9, 7
Medicína drogových závislostí	14, 6
Nefrológia	30, 7
Neurochirurgia	14, 5
Neurológia, vrátane detskej	256, 1
Nukleárna medicína	3, 0
Oftalmológia	292, 2
Ortopédia, vrátane detskej	159, 0
Ortopedická protetika	6, 0
Otorinolaryngológia, vrátane detskej	203, 2
PediatRIA	38, 1
Plastická chirurgia	15, 1
Pneumológia a ftizeológia, vrátane detskej	134, 8
Psychiatria, vrátane detskej a gerontopsychiatrie	262, 6
Radiačná onkológia	23, 1
Reumatológia, vrátane detskej	66, 9
Úrazová chirurgia	31, 3
Urológia, vrátane detskej	114, 3
Vnútné lekárstvo	330, 5

Verejná minimálna sieť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti^x

Názov oddelenia/Typ lôžok	Minimálny počet lôžok
Akútne lôžka	22 293
Chronické lôžka	3 211
Psychiatrické lôžka	3 629
Spolu	29 133
Vnútorné lekárstvo	3 340
Infektológia	588
Pneumológia a ftizeológia	956
Neurológia	1 510
Psychiatria	3 008
Klinické pracovné lekárstvo a klinická toxikológia	76
Pediatrica	1 841
Gynekológia a pôrodnictvo	2 500
Chirurgia	3 428
Ortopédia	735
Urológia	510
Úrazová chirurgia	659
Otorinolaryngológia	612
Oftalmológia	294
Maxilofaciálna chirurgia	69
Dermatovenerológia	280
Klinická onkológia	518
Anestéziológia a intenzívna medicína	475
Algeziológia	75
Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	674
Neurochirurgia	204
Plastická chirurgia	128
Ortopedická protetika	28
Radiačná onkológia	311
FoniatRIA	8
Reumatológia	90
Nukleárna medicína	35
Gastroenterológia	19
Kardiológia	236
Diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy	82
Neonatológia a novorodenecké lôžka	1 219
Geriatrica	1 053
Nefrológia	8
Endokrinológia	32
Cievna chirurgia	120
Kardiochirurgia	169
Medicína drogových závislostí	374
Gerontopsychiatria	247
Popáleninové	51
Doliečovacie	586
Ošetrovateľské	80
Dlhodobo chorých	1 571
Transplantačné	20
Hematológia a transfuziológia	94
Paliatívna medicína	160
Hrudníková chirurgia	60

PRÍLOHA 6

Raiting poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Špecializované nemocnice

NRC Kováčová	1,120
Oftal, s.r.o., Zvolen	1,120
Onkologický ústav Sv. Alžbety, s.r.o.	1,208
NÚSCH a.s., Bratislava	1,245
NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy	1,247
SÚSCH a.s., Banská Bystrica	1,279
VÚSCH a.s., Košice	1,314
PN Philippa Pinela Pezinok	1,321
NEDÚ n.o., Ľubochňa	1,321
VÚPCH Nová Polianka	1,326
Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, n.o.	1,338
NÚRCH Piešťany	1,437
VOÚ a.s., Košice	1,500
NOÚ Bratislava	1,509
Neurón Plus s.r.o., BA	1,708

Všeobecné nemocnice

Nemocnica Košice-Šaca, a.s., 1. súkr. nem.	1,271
Novapharm, s.r.o., Bratislava - Železničná NsP	1,272
NsP Púchov Zdravie, s.r.o.	1,332
Regionálna nemocnica, n.o., Banská Štiavnica	1,338
Ľubovnianska nemocnica, n.o., Stará Ľubovňa	1,358
Letecká vojenská nemocnica Košice, a.s.	1,372
Nemocnica Bánovce, s.r.o.	1,381
ÚVN Ružomberok	1,385
Nemocnica Dr. Vojtecha Alexandra Kežmarok, n.o.	1,395
Nemocnica Ministerstva obrany, a.s. Bratislava	1,399
Mestská NsP Krupina n.o.	1,405
NsP Nové Mesto nad Váhom, n.o.	1,406
NsP MUDr. L.Nádaši-Jégého, Dolný Kubín	1,409
Nemocničná a.s., Pezinok - Malacky	1,417
Železničné zdravotníctvo, s.r.o.-Železničná NsP Košice	1,423
Nemocnica Handlová, s.r.o.	1,424
NsP Hnúšťa, n.o.	1,433
NsP Snina, s.r.o.	1,479
Revúcka medicínsko-humanitná, n.o. - NsP Revúca	1,491

NsP Spišská Nová Ves, a.s.	1,493
Nemocnica Alexandra Wintera, n.o., Piešťany	1,498
NsP arm. generála Ludvíka Svobodu, Svidník	1,526
Všeobecná NsP, n.o., Šahy	1,536
NsP Ilava, n.o.	1,538
Všeobecná NsP Levoča, a.s.	1,542
NsP Trstená	1,559
NsP, n.o., Kráľovský Chlmec	1,582
Všeobecná NsP, n.o., Lučenec	1,583
Mestská NsP prof. MUDr. Rudolfa Korca, Zlaté Moravce	1,583
Vranovská nemocnica, n.o., Vranov nad Topľou	1,602
NsP Liptovský Mikuláš	1,605
NsP Trebišov, a.s.	1,632
NsP Prievidza so sídlom v Bojniciach	1,656
NsP sv. Jakuba, n.o., Bardejov	1,656
Nemocnice a polikliniky, n.o. Bratislava - Rimavská Sobota	1,658
NsP sv. Barbory Rožňava, a.s.	1,662
Nemocnice a polikliniky, n.o. Bratislava - Žiar nad Hronom	1,667
NsP Vaše zdravie, n.o., Zvolen	1,675
Veľkokrtíšska nemocnica s poliklinikou, n.o.	1,679
NsP Andreja Leňa, Humenné, n.o.	1,693
Nemocnica Krompachy, s.r.o.	1,700
NsP Myjava	1,708
NsP Brezno, n.o.	1,737
Šaľa	1,763
NsP Poprad a.s.	1,778
NsP Žilina	1,780
NsP Štefana Kukuru, Michalovce n.o.	1,808
Nemocnica Topoľčany, n.o.	1,824
Regionálna nemocnica Sobrance, n.o.	1,824
NsP Skalica	1,825
NsP Čadca	1,827
NsP Považská Bystrica	1,844
NsP Partizánske, n.o.	1,851
NsP sv. Lukáša, Galanta	1,852
NsP Dunajská Streda	1,860
NsP Levice, n.o.	1,889
NsP Ministerstva vnútra SR, Bratislava	1,972
Forlife, n.o. - Nemocnica Komárno	2,033

PRÍLOHA 7

Prehľad použitých prostriedkov na oddĺženie zdravotníctva v SR (v mil. Sk)

Prostriedky na oddĺženie zdravotníctva k 15.6:2006	Poskytnuté na oddĺženie								
	Návratná finančná výpomoc			Dotácia			Základné imanie		
	7401,0			9297,0			3436,0		20134,0
použité	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
Poskytnutá pôžička pre VŠZP	4500								4500
Poskytnutá pôžička pre ZP Sidéria Istota	100								100
Oddĺženie verejných lekární	501	99							600
Oddĺženie delimitovaných ZZ voči súkromnému sektoru							239,2	690	41,7
Oddĺženie ZZ v pôsobnosti MZSR voči súkromnému sektoru		1704,6	420,1		1000	2801,1		1609,4	
Oddĺženie voči daňovému úradu					606,5	58,5			
Oddĺženie delimitovaných ZZ voči Sociálnej poisťovni					2303,1	500			
Oddĺženie zz v pôsobnosti MZSR voči Sociálnej poisťovni						1700			
Perspektíva – súkromní poskytovatelia			76,3		20	307			145
Použité prostriedky spolu	5101	1803,6	496,4		3929,6	5366,6	239,2	2299,4	186,7
Činnosť spoločnosti							1,0		
Celkom	5101	1803,6	496,4		3929,6	5366,6	240,2	2299,4	186,7
Zostatok zdrojov na oddĺženie k 15.6.2006									
Spolu									20134

Zdroj: <http://www.veritel.sk/report.php/1>

Prehľad vývoja záväzkov po lehote splatnosti v rezorte zdravotníctva

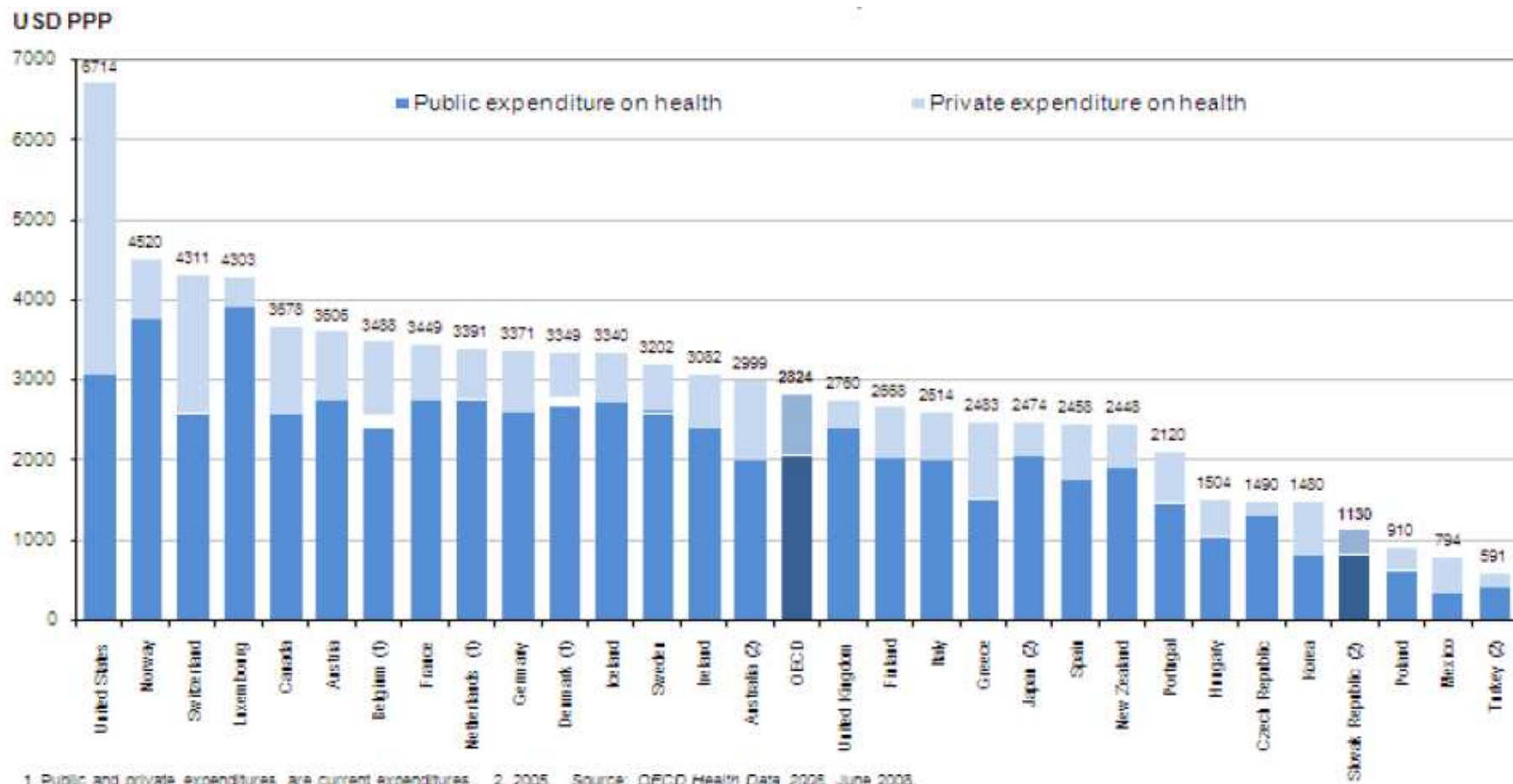
Zdravotnícke zariadenia	k 31.12. 2005	k 30.6. 2006	k 31.12. 2006	k 30.6. 2007	k 31.12. 2007
V pôsobnosti MZ SR	2033	2887	4435	5155	5842
Transformované na akciové spoločnosti	x	15	14	21	6
Delimitované na obce a VUC a transformované na neziskové organizácie	2384	2342	2275	2094	2154
Zdravotné poisťovne	1217	279	97	22	72
Dlh spolu	5634	5523	6821	7292	8074

Zdroj: <http://www.veritel.sk/report.php/1>

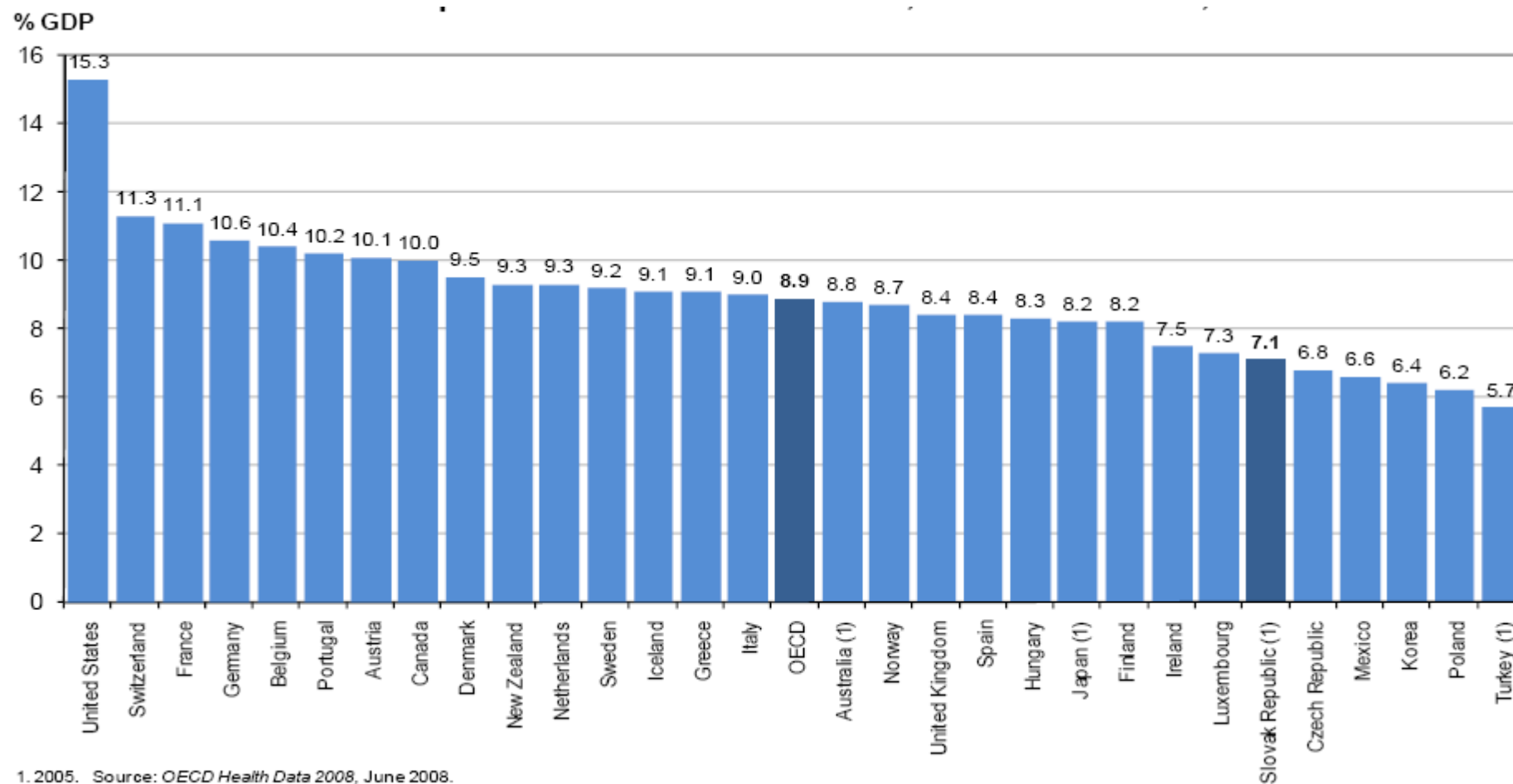
PRILOHA 8

Výdavky na zdravotníctvo na obyvateľa, verejné a súkromné výdavky (rok 2006)

<http://www.oecd.org/dataoecd/43/3/40905158.pdf>



Výdavky na zdravotníctvo, ako % z HDP (rok 2006)



PRÍLOHA 9



Vážené dámy, páni.

Dovoľujem si obrátiť sa na Vás s prosbou o vyplnenie priloženého dotazníka. Jeho vyhodnotenie bude slúžiť ako podklad na spracovanie dizertačnej práce zameranej na ekonomiku zdravotníctva.

Za spoluprácu ďakujem

Ing. Michaela Pechová

Dotazník

1. Ste
 - a) muž
 - b) žena
2. Váš vek
 - a) do 30
 - b) 31 – 45
 - c) 46 – 62
 - d) nad 62
3. pôsobíte v
 - a) PAS - súkromná
 - b) PAS – neštátna
 - c) ŠAS - súkromná
 - d) ŠAS - neštátna
 - e) nemocnica
 - f) nemocnica–riadiaci pracovník
 - g) iné kde?
4. ako dlho pracujete ako lekár
 - a) do 10 rokov
 - b) 10 – 30 rokov
 - c) nad 30 rokov
5. ako by ste ohodnotili svoje vedomosti z oblasti systémov financovania zdravotníctva? (hodnotenie ako v škole – 1 najlepšie, vynikajúce, 5 žiadne, nepostačujúce)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. Akým spôsobom sú preplácané Vaše výkony (platobný mechanizmus)
 - a) body
 - b) kapitácia
 - c) lôžko /deň
 - d) DRG
 - e) inak ako?
 - f) neviem
7. Máte vo vašej práci mesačný finančný limit?
 - a) ano, na výkony
 - b) ano, na lieky
 - c) nie
8. S ktorými zdravotnými poisťovňami má Vaše zariadenie (Vy konkrétne) uzavreté zmluvy?
 - a) so všetkými
 - b) so žiadnou
 - c) iba s niektorými ktoré?

9. Súhlasíte s možnosťou zavedenia súkromného zdravotného (nadštandardného) pripoistenia (tz. Diferencovanie starostlivosti)

a) ano

b) nie

pri oboch odpovediach prečo?

10. Aký systém v zdravotnom poistení by ste navrhli vy osobne?

11. Odkiaľ a v akom pomere by mali do zdravotníctva plynúť peniaze?

12. Minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti tvoí 34 zariadení. Táto sieť

a) postačuje, ale je nevhodná štruktúra

b) treba zvýšiť počet

c) treba znížiť počet

d) stanvenie minimálnej siete poskytovateľov nie je dôležité

13. Zmenilo, podľa Vás, zavedenie poplatkov (20,- 50,-) správanie pacientov?

a) ich počet / počet návštev sa zvýšil

b) ich počet / počet návštev sa znížil

c) nemalo to vplyv

14. Zmenilo, podľa Vás, ich zníženie na 0,- Sk správanie pacientov?

a) ich počet / počet návštev sa zvýšil

b) ich počet / počet návštev sa znížil

c) nemalo to vplyv

15. Ako hodnotíte dôležitosť odporúčacích lístkov od praktického lekára pre špecialistov? (1 – sú nevyhnutné, súhlasím s nimi, 2 – súhlasím, vo väčšine prípadov sú opodstatnené, 3 – nestretávam sa s nimi, 4 – vo väčšine prípadov sú nepotrebné, neopodstatnené, 5 – absolútne nesúhlasím, nie sú vôbec potrebné)

1 2 3 4 5

16. Činnosť, ktorú vykonáva Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou je

a) potrebná

b) nepotrebná

c) neviem, akú činnosť vykonáva

17. Ako hodnotíte účinnosť (prínos) reformných zákonov? (hodnotenie ako v škole – 1 najlepšie, vynikajúce, 5 zle, žiadny prínos)

Zákon o poskytovateľoch zs, zdrav pracovníkoch, zdr.organiz.

1 2 3 4 5

Zákon o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdr.starostliv.

1 2 3 4 5

Zákon o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zs

1 2 3 4 5

Zákon o rozsahu zs uhrádzanej na základe verejného zdrav.poistenia a úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zs

1 2 3 4 5

Zákon o zdravotnom poistení

1 2 3 4 5

Zákon o záchrannej zdravotnej službe

1 2 3 4 5

18. Súhlasíte, aby zdravotné poisťovne fungovali ako akciové spoločnosti

- a) ano
- b) nie
- c) je to jedno

19. Poznáte indikátory kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti (hodnotiace kritéria)?

- a) ano
- b) nie
- c) iba niektoré

20. Aké kritéria hodnotenia kvality by ste navrhli Vy?

21. Podľa čoho (ako) ste odmeňovaný (mzda)?

- a) pevný tarifný plat
- b) individuálne
- c) hodinová sadzba
- d) úkolová mzda
- e) inak ako?

22. Ako by ste chceli byť odmeňovaný?

- a) pevná mesačná mzda
- b) mzda za výkon
- c) mzda + benefity
- d) inak ako?....

23. Mali by, podľa Vás, mať riadiaci pracovníci v zdravotníctve určité vzdelanie aj z iných oblastí (manažment, ekonomika, právo ...)?

- a) ano
- b) nie
- c) neviem