

Ekonomická univerzita v Bratislave

Národohospodárska fakulta

DIZERTAČNÁ PRÁCA

Bratislava 2009

Ing. Mária Kováčiková

Ekonomická univerzita v Bratislave

Národohospodárska fakulta

DIZERTAČNÁ PRÁCA

Možnosti financovania zdravotníctva
z verejných a súkromných zdrojov

Vedný odbor: 62-35-9 financie
Autor: Ing. Mária Kováčiková
Školiteľ: doc. Ing. Elena Beňová, PhD.

Bratislava 2009

Dovoľujem si touto cestou úprimne poďakovať doc. Ing. Elene Beňovej, PhD. za jej odborné rady, pripomienky, trpezlivosť a porozumenie.

Ďakujem mojim priateľom – osobitne lekárom a farmaceutom za ich odborné medicínske konzultácie a všetkým ostatným za povzbudenie, rady, odbornú pomoc pri cudzojazyčných prekladoch i gramatických korektúrach.

Čestné prehlásenie:

Prehlasujem, že dizertačnú prácu som vypracovala samostatne, a že som uviedla všetky pramene a literatúru, z ktorých som čerpala.

27. mája 2009
V Bratislave, dňa

vlastnoručný podpis
.....
Ing. Mária Kováčiková

Abstrakt

KOVÁČIKOVÁ, Mária: *Možnosti financovania zdravotníctva z verejných a súkromných zdrojov (Dizertačná práca)* – Katedra financií. Národohospodárska fakulta. Ekonomická univerzita v Bratislave. Doktorandský študijný odbor: financie. – Školiteľ: doc. Ing. Elena Beňová, PhD. – Bratislava : NHF EU, 2009. – 184 s.

Cieľom dizertačnej práce je hľadanie a predloženie návrhov na zlepšenie možnosti financovania zdravotníctva na Slovensku. Napriek tomu, že sa jedná o prácu z vedného odboru financie, nedá sa úplne vyhnúť etickým a sociálnym problémom, ktoré vplývajú na financovanie zdravotníctva. Zdravie nie je tovarom, je to nevyčísliteľná osobná aj spoločenská hodnota. Na druhej strane sú však všetky zdroje ohraničené a konečné. Z dôvodu neustáleho rastu nárokov obyvateľov i z dôvodu nepriaznivej demografickej situácie sú takmer všetky európske krajiny nútené pristupovať k reformám svojich zdravotníckych systémov a presúvať určitú časť bremena financovania z verejných zdrojov do súkromných, aby zamedzili rastúcim deficitom vo verejných financiách. Práca je rozdelená na päť kapitol. Prvá kapitola sa venuje teoretickým východiskám skúmania problematiky. V tejto časti je osobitne zdôraznená skutočnosť, že zdravotníctvo je súčasťou verejného sektora. Druhá kapitola podrobne analyzuje jednotlivé zdroje financovania zdravotníctva na Slovensku i dôvody vzniku dlhu. Tretia kapitola skúma vývoj financovania zdravotníctva v ôsmich vyspelých krajinách za posledných 30 rokov prostredníctvom hlavných štatistických ukazovateľov. Štvrtá kapitola podrobnejšie opisuje zdroje financovania zdravotníctva v Nemecku i súčasne prebiehajúcu veľkú reformu zdravotníctva. Piata kapitola v súhrnnej komparácii porovnáva úroveň financovania zdravotníctva medzi jednotlivými vyspelými krajinami a Slovenskom a taktiež porovnáva viaceré prvky financovania slovenského a nemeckého zdravotníctva. V závere piatej kapitoly sú navrhované východiska na zlepšenie situácie.

Kľúčové slová: Financovanie zdravotníctva. Verejné zdroje. Súkromné zdroje. Modely zdravotníckych systémov. Zdravotné poisťovne. Zadlžovanie. Reformy zdravotníckych systémov.

Abstract

KOVÁČIKOVÁ, Mária: *Possibilities of Healthcare Financing from Public and Private Sources (Dissertation Thesis)* - Department of Finance. The Faculty of National Economics. The University of Economics in Bratislava. Doctoral field of study: Finance. – Tutor: doc. Ing. Elena Beňová, PhD. – Bratislava: FNE - UE, 2009. – 184 pages.

The aim of this dissertation thesis is to find out and submit proposals for improvement of the healthcare financing possibilities in Slovakia. Despite of the fact that this work belongs to the field of study called finance, it is impossible to avoid ethical and social problems affecting healthcare in general. Health is not a good; it is a priceless personal and social value. On the other hand we have to bear in mind that all sources are limited and final. Due to a continuous growth of people's needs as well as due to a negative demographic situation, almost all European countries are forced to reform their healthcare systems and to shift a part of the burden from public sources to private ones in order to avoid increasing public finance deficits.

The thesis is divided into five chapters. The first one deals with theoretical supporting information of the subject matter. The fact that the healthcare forms a part of the public sector is specially underlined in this part. The second chapter gives a detail analysis of individual sources of the healthcare financing in Slovakia as well as reasons for debt generation. The third chapter studies development of the healthcare financing in developed countries over the past thirty years based on main statistics characteristics. The fourth chapter describes in detail the healthcare financing sources in Germany and also its current complex healthcare system reform. The fifth chapter provides a comparison of the level of the healthcare financing in developed countries and Slovakia. It also includes a comparison of more elements of healthcare financing in Slovakia and in Germany. At the end of this chapters there are proposed certain solutions aimed at improvement of the current situation.

Key words: Healthcare financing. Public sources. Private sources. Healthcare systems models. Healthcare insurances. Indebtedness. Healthcare systems reforms.

Predhovor

Zdravotníctvo sa v prieskumoch obyvateľstva na Slovensku uvádza medzi prvými tromi celospoločenskými problémami. Vhodný podiel verejných a súkromných zdrojov financovania zdravotníctva je dôležitým činiteľom, ktorý vplýva na rovnováhu verejných financií. Veľkosť objemu verejných zdrojov má dôležitý dopad na vzájomnú solidaritu všetkých obyvateľov. Rozvoj ekonómie zdravotníctva sa začal už v 60-tych a 70-tych rokoch minulého storočia. Otázkami verejného sektora a jeho financovania sa zaoberal Joseph E. Stiglitz. Problémy interakcií medzi ekonomickým rozvojom a zdravotnou starostlivosťou ako i komparatívne systémy zdravotnej starostlivosti skúma William C. Hsiao a jeho výskumný tím na Harvardskej škole verejného zdravotníctva.

Problematika financovania zdravotníctva bola na Slovensku po uskutočnení spoločenských zmien dlhšie neskúmaná. Jednu z prvých odborných prác na uvedenú tému publikoval autorský kolektív H. Kuvíková, M. Murgaš a J. Nemeč. Monografia Ekonómia zdravotníctva vyšla v roku 1995. Odvtedy sa otázkami vhodných foriem financovania zdravotníctva, problémami verejného zdravotného poistenia ako aj potrebou reformy v tejto oblasti začalo zaoberať viacero autorov rôzneho zamerania.

Hlavným dôvodom pre výber zamerania témy bol dlhoročný záujem o predmetnú problematiku, ktorý začal ešte na mojich bývalých pracoviskách - na Ústave klinickej onkológie a neskôr na Ústave experimentálnej onkológie SAV.

Predložená dizertačná práca sa zaoberá možnosťami financovania zdravotníctva z verejných a súkromných zdrojov. Cieľom práce je predloženie návrhov na zlepšenie možnosti financovania zdravotníctva na Slovensku. Bola vypracovaná na katedre financií Národohospodárskej fakulty Ekonomickej univerzity v Bratislave, kde sa realizuje výskum v oblasti verejných financií. Prácu som vypracovala pod vedením doc. Ing. Eleny Beňovej, PhD., ktorej patrí najväčšia vďaka za cenné rady, pripomienky, pomoc a trpezlivosť. Veľkou pomocou najmä vo finálnej fáze dokončenia boli aj cenné pripomienky ostatných členov katedry financií. Osobitné poďakovanie chcem vysloviť PharmDr. Marekovi Obložinskému, PhD. z Katedry bunkovej a molekulárnej biológie liečiv Farmaceutickej fakulty Univerzity Komenského za biomedicínske konzultácie, za technickú pomoc pri spracovaní grafov a za pomoc pri prekladoch z nemeckého jazyka.

Obsah

Úvod	1
Cieľ práce a metódy	3
1 Teoretické východiská skúmania problematiky financovania zdravotníctva.....	5
1.1 Historický vývoj	5
1.2 Zlyhávanie trhu v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti	7
1.3 Zdravotníctvo ako súčasť verejného sektora	12
1.4 Etický a sociálny rozmer financovania zdravotníctva.....	19
1.5 Zdravotná politika	22
1.6 Základné modely zdravotníckych systémov	27
1.7 Príčiny reforiem zdravotníckych systémov	31
2 Financovanie zdravotníctva v Slovenskej republike.....	38
2.1 Verejné zdravotné poistenie v SR	41
2.1.1 Terminológia v oblasti zdravotného poistenia.....	41
2.1.2 Znovuzavedenie poistného systému po roku 1992	44
2.1.3 Poistný systém v súčasnosti	47
2.1.4 Mechanizmy úhrad zdravotnej starostlivosti a služieb	56
2.2 Financovanie zdravotníctva zo zdrojov štátneho rozpočtu.....	59
2.3 Oddlžovanie zdravotníctva z prostriedkov štátneho rozpočtu	62
2.3.1 Vznik deficitu vo financovaní zdravotníctva.....	62
2.3.2 Opatrenia na zastavenie zadlžovania	65
2.3.3 Oddlžovanie zdravotníckeho systému prostredníctvom štátnej akciovej spoločnosti Veriteľ	68
2.3.4 Rast dlhu v rezorte zdravotníctva od roku 2006	71

2.4	Daňová asignácia 2 % časti dane	75
2.5	Fondy Európskej únie určené pre zdravotníctvo	77
2.6	Súkromné zdroje financovania zdravotníctva v SR	84
2.7	Úvery od Svetovej banky na zdravotníctvo	85
3.	Financovanie zdravotníctva vo vyspelých krajinách za obdobie 1975 – 2005	90
3.1	Nemecko	91
3.2	Holandsko	95
3.3	Švédsko	100
3.4	Rakúsko	104
3.5	Spojené kráľovstvo Veľkej Británie a Severného Írska	109
3.6	Austrália	115
3.7	Japonsko	118
3.8	Spojené štáty americké	121
3.9	Česká republika	124
3.10	Slovenská republika	127
3.11	Zhodnotenie vývoja základných ukazovateľov financovania zdravotníctva vo vybraných krajinách	130
4	Financovanie zdravotníctva v Nemecku	133
4.1	Verejné zdravotné poistenie v Nemecku	135
4.2	Kompenzácia rizikovej štruktúry a programy manažmentu chorých	139
4.3	Súkromné zdravotné poistenie	142
4.4	Ostatné zdroje financovania zdravotníctva	145
4.5	Reformy v oblasti zdravotníctva v Nemecku	150

5	Možnosti financovania zdravotníctva z verejných a súkromných zdrojov	157
5.1	Porovnanie úrovne základných ukazovateľov financovania zdravotníctva vo vybraných krajinách a na Slovensku	158
5.2	Komparácia niektorých vybraných ukazovateľov v slovenskom a nemeckom zdravotníctve.....	163
5.3	Návrhy na zlepšenie možnosti financovania zdravotníctva na Slovensku.....	169
	Záver	180

Zoznam tabuliek

Tabuľka č. 1	Rozdiel medzi trhom zdravotnej starostlivosti a štandardným konkurenčným trhom
Tabuľka č. 2	Prieskum verejnej mienky <i>„Ktoré problémy pokladáte na Slovensku za najzávažnejšie?“</i>
Tabuľka č. 3	Prieskum celospoločenských problémov medzi občanmi SR
Tabuľka č. 4	Rozdelenie statkov podľa základných vlastností vylúčiteľnosti a deliteľnosti
Tabuľka č. 5	Výhody a nevýhody jednotlivých typov zdravotníckych systémov
Tabuľka č. 6	Nárast vo výdavkoch na financovanie zdravotníctva a hrubý domáci produkt
Tabuľka č. 7	Strednopríjmové tranzitné ekonomiky. Sumarizácia všeobecných problémov v sektore zdravotníctva, reformné opatrenia a dôsledky
Tabuľka č. 8	Prehľad vzniku a zániku zdravotných poisťovní na Slovensku
Tabuľka č. 9	Porovnanie výdavkov hradených zdravotnými poisťovňami a výdavkov hradených obyvateľstvom na Slovensku v rokoch 2000 - 2005
Tabuľka č. 10	Podiel kapitoly MZ SR na celkových výdavkoch ŠR za obdobie od roku 1992
Tabuľka č. 11	Platba štátu za svojich poistencov na Slovensku v rokoch 1994 – 2003
Tabuľka č. 12	Platba štátu za svojich poistencov od roku 2005
Tabuľka č. 13	Disponibilné zdroje a.s. Veriteľ na oddĺženie zdravotníctva v SR
Tabuľka č. 14	Prehľad použitých prostriedkov na oddĺženie zdravotníctva v SR v rokoch 2003 – 2006
Tabuľka č. 15	Prehľad vývoja záväzkov po lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva v rokoch 2005 – 2007
Tabuľka č. 16	Prehľad starého dlhu vrátane dlhu vykazovaného podľa metodiky za zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti MZ SR od roku 2004
Tabuľka č. 17	Finančné alokácie pre podopatrenie 3.1.2 Budovanie a rozvoj zdravotníckej infraštruktúry
Tabuľka č. 18	Finančné alokácie pre opatrenie 3.2 Budovanie a rozvoj informačnej spoločnosti pre verejný sektor
Tabuľka č. 19	Operačný program Zdravotníctvo – Finančný plán prioritných osí
Tabuľka č. 20	Operačný program Zdravotníctvo – Finančný plán rozdelenia prostriedkov určených na zdravotnú infraštruktúru podľa regiónov
Tabuľka č. 21	Operačný program Zdravotníctvo Informatívne rozdelenie príspevku podľa kategórií činnosti
Tabuľka č. 22	Operačný program Zdravotníctvo Finančný plán ročných záväzkov zdrojov EÚ
Tabuľka č. 23	Prehľad o použití (poskytnutí) prostriedkov, zapracovaných v rozpočte MZ SR v rokoch 2003 až 2006, účelovo určených na projekty TAL a SECAL
Tabuľka č. 24	Použitie finančných prostriedkov na projekt TAL
Tabuľka č. 25	Poskytnutie finančných prostriedkov z rozpočtu kapitoly MZ SR, ktoré boli určené na realizáciu projektu SECAL a stav ich použitia k 31.12.2006
Tabuľka č. 26	Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Nemecku podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005
Tabuľka č. 27	Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Holandsku podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2004

- Tabuľka č. 28 Základné ukazovatele financovania zdravotníctva vo Švédsku podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005
- Tabuľka č. 29 Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Rakúsku podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005
- Tabuľka č. 30 Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Spojenom kráľovstve Veľkej Británie a Severného Írska podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005
- Tabuľka č. 31 Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Austrálii podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005
- Tabuľka č. 32 Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Japonsku podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005
- Tabuľka č. 33 Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v USA podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005
- Tabuľka č. 34 Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Českej republike podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005
- Tabuľka č. 35 Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Slovenskej republike podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005
- Tabuľka č. 36 Porovnanie absolútneho nárastu celkových výdavkov na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch medzi rokmi 1975 a 2005
- Tabuľka č. 37 Hlavné zdroje financovania zdravotníctva v Nemecku
- Tabuľka č. 38 Trendy vo financovaní verejného (zákonného) zdravotného poistenia v Nemecku v rokoch 1992 – 2003
- Tabuľka č. 39 Výdavky verejného zdravotného poistenia v Nemecku v rokoch 1992 – 2003
- Tabuľka č. 40 Príspevky na poistenie v Nemecku v rokoch 1992 – 2003
- Tabuľka č. 41 Zmeny v nákladoch na osobu vo verejnom zdravotnom poistení a v súkromnom zdravotnom poistení v západnej časti Nemecka v období 1992 – 2002
- Tabuľka č. 42 Úroveň doplatkov a pripoistenia v Nemecku v období 1994 – 2005
- Tabuľka č. 43 Chronológia Reformy zdravotníctva 2007 v Nemecku
- Tabuľka č. 44 Celkové výdavky na zdravotníctvo ako percento HDP podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín
- Tabuľka č. 45 Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín
- Tabuľka č. 46 Verejné výdavky na zdravotníctvo ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín
- Tabuľka č. 47 Výdavky na lieky ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín
- Tabuľka č. 48 Porovnanie niektorých ukazovateľov zdravotného systému na Slovensku a v Nemecku
- Tabuľka č. 49 Prehľad poplatkov za lieky, zdravotné pomôcky, ošetrovanie a hospitalizáciu v Nemecku
- Tabuľka č. 50 Štruktúra zdrojov financovania zdravotníctva na Slovensku v období 2003 – 2007
- Tabuľka č. 51 Porovnanie rozdielnosti štatistických údajov v ukazovateli „Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP“

Zoznam schém

Schéma č. 1	Rozdelenie zdravotníckych služieb
Schéma č. 2	Zdroje plynúce do systému zdravotníctva v Slovenskej republike
Schéma č. 3	Systém sociálneho zabezpečenia na Slovensku
Schéma č. 4	Organizácie, ktoré využívajú 2 % poukázanej dane na ochranu a podporu zdravia
Schéma č. 5:	Rozdelenie Operačného programu Zdravotníctvo

Zoznam grafov

Graf č. 1	Nemecko – celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP
Graf č. 2	Nemecko – celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch
Graf č. 3	Nemecko – verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
Graf č. 4	Nemecko – výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
Graf č. 5	Holandsko – celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP
Graf č. 6	Holandsko – celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch
Graf č. 7	Holandsko – verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
Graf č. 8	Holandsko – výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
Graf č. 9	Švédsko – celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP
Graf č. 10	Švédsko – celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch
Graf č. 11	Švédsko – verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
Graf č. 12	Švédsko – výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
Graf č. 13	Rakúsko – celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP
Graf č. 14	Rakúsko – celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch
Graf č. 15	Rakúsko – verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
Graf č. 16	Rakúsko – výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
Graf č. 17	Spojené kráľovstvo – celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP
Graf č. 18	Spojené kráľovstvo – celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch
Graf č. 19	Spojené kráľovstvo – verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
Graf č. 20	Spojené kráľovstvo – výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
Graf č. 21	Austrália – celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP

- Graf č. 22 Austrália – celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch
- Graf č. 23 Austrália – verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
- Graf č. 24 Austrália – výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
- Graf č. 25 Japonsko – celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP
- Graf č. 26 Japonsko – celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch
- Graf č. 27 Japonsko – verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
- Graf č. 28 Japonsko – výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
- Graf č. 29 USA – celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP
- Graf č. 30 USA – celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch
- Graf č. 31 USA – verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
- Graf č. 32 USA – výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
- Graf č. 33 Česká republika – celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP
- Graf č. 34 Česká republika – celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch
- Graf č. 35 Česká republika – verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
- Graf č. 36 Česká republika – výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
- Graf č. 37 Slovenská republika – celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP
- Graf č. 38 Slovenská republika – celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch
- Graf č. 39 Slovenská republika – verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
- Graf č. 40 Slovenská republika – výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo
- Graf č. 41 Celkové výdavky na zdravotníctvo ako percento HDP podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín
- Graf č. 42 Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch – porovnanie 10 krajín
- Graf č. 43 Verejné výdavky na zdravotníctvo ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín
- Graf č. 44 Výdavky na lieky ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín
- Graf č. 45 Porovnanie rastu HDP a výdavkov na zdravotníctvo
- Graf č. 46 Financovanie zdravotníctva na Slovensku z verejných a súkromných zdrojov
- Graf č. 47 Podiel verejných a súkromných zdrojov vo financovaní zdravotníctva na Slovensku

Zoznam obrázkov

- Obr. 1 Krivka úžitkových možností
- Obr. 2 Konceptia riešenia eliminácie zadlžovania zdravotníckych zariadení podľa návrhu MZ
- Obr. 3 Obyvateľstvo v Nemecku podľa typu poistenia – rok 2003

Zoznam skratiek

ADOS	–	agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
ČR	–	Česká republika
ČSFR	–	Česká a slovenská federatívna republika
ERDF	–	Európsky fond regionálneho rozvoja
ESF	–	Európsky sociálny fond
EÚ	–	Európska únia
EK	–	Európska komisia
FO	–	fyzická osoba
HDP	–	hrubý domáci produkt
KF	–	Kohézny fond
KRŠ	–	kompensácia rizikovej štruktúry
LDCH	–	liečebňa pre dlhodobo chorých
LSPP	–	lekárska služba prvej pomoci
MPSVaR	–	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny
MZ	–	Ministerstvo zdravotníctva
MŠ SR	–	Ministerstvo školstva Slovenskej republiky
MZ SR	–	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
MŽP SR	–	Ministerstvo životného prostredia Slovenskej republiky
NCZI	–	Národné centrum zdravotníckych informácií (do 31.1.2006 Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky – ÚZIŠ)
NDR	–	Nemecká demokratická republika
NSR	–	Nemecká spolková republika
NSRR	–	Národný strategický referenčný rámec
NÚP	–	Národný úrad práce (do r. 2005)
OECD	–	Organisation for Economic Co-operation and Development Organizácia ekonomického rozvoja a spolupráce
OP	–	operačný program
OPV	–	Operačný program Vzdelávanie
OPZ	–	Operačný program Zdravotníctvo
OTC	–	over the counter – voľnopredajné lieky
PHI	–	Private health insurance – súkromné (individuálne) zdravotné poistenie (v odbornej literatúre sa používajú aj angl. termíny <i>voluntary – optional – contractual health insurance</i>)

PMCH	–	programy manažmentu chorých (<i>Disease Management Programmes</i>)
PNM	–	programy nemocenského manažmentu
PO	–	právnická osoba
RZP	–	rýchla zdravotná pomoc
SHI	–	<i>Statutory health insurance</i> – verejné (povinné, zákonné) poistenie (v odbornej literatúre sa používa aj angl. termín <i>compulsory health insurance</i>)
SILK	–	Slovenská lekárska knižnica
SZČO	–	samostatne zárobkovo činné osoby
SZP	–	súkromné zdravotné poistenie
SZU	–	Slovenská zdravotnícka univerzita
SR	–	Slovenská republika
ŠR	–	štátny rozpočet
ŠÚ SR	–	Štatistický úrad Slovenskej republiky
ŠZÚ	–	Štátny zdravotný ústav, štátne zdravotné ústavy
ŠÚKL	–	Štátny ústav pre kontrolu liečiv
ÚDZS	–	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
ÚPS	–	ústavná pohotovostná služba
VZP	–	verejné zdravotné poistenie (termín je obsahovo totožný so ZZP)
WHO	–	<i>World Health Organization</i> (Svetová zdravotnícka organizácia)
QUALY	–	<i>quality adjusted life year</i>
ZS	–	zdravotná starostlivosť
ZZ	–	zdravotnícke zariadenia
ZZP	–	zákonné zdravotné poistenie (termín je obsahovo totožný s VZP)

Preklad odborných termínov z AJ

Benefits – dávky poistného, poistné plnenie, benefity (príp. výhody)

Benefit maximum – maximálna miera úžitku (stanovený limit, ktorý bude plne hrazený poisťovňou za rok resp. za iné obdobie; nad tento limit platí všetky platby pacient)

Complementary health insurance – doplnkové zdravotné poistenie (pokrýva doplatky, ktoré nie sú plne pokryté hlavným poisťovateľom poistenca).

Complementary sources of financing – doplnkové zdroje financovania

Co – insurance – pripoistenie, pripoistovacie príspevok (proporčný príspevok na náklady ako percento z ceny výkonu, percentuálna sadzba za niektoré služby napr. pacient platí 10 % z celkových výdavkov za nemocničné služby)

Co – payment – príplatok, príspevok na náklady (väčšinou vo forme fixnej sumy, ktorá sa platí po poskytnutí služby napr. 5 € za každý lekársky predpis alebo 10 € za každú návštevu lekára)

Cost containment – kontrola (obmedzenie) výdavkov (nákladov)

Coverage exclusions – vylúčenie pokrytia niektorých služieb z poistenia. Pacient si hradí všetky náklady, súvisiace s vybranou službou.

Deductible – dohodnutá spoluúčasť (peňažná suma musí byť zaplatená ešte pred poskytnutím úžitku z poistného programu napr. pacient platí prvých 20 € z nákladov nemocničného pobytu)

Disease Management Programmes – programy manažmentu chorých (PMCH)

Health care – zdravotná starostlivosť

Health care benefits – poistné dávky (poistné plnenie) plynúce zo zdravotného poistenia

Inpatient care – ústavná (nemocničná) liečba (starostlivosť o pacientov, ktorí sú hospitalizovaní)

Out – of – pocket payments – hotovostné platby

Out – of – pocket maximum – maximálna priama platba (presne definovaný celkový limit, ktorý platí poistenec za určité obdobie napr. za rok; všetky výdavky nad stanovený limit platí poisťovňa)

Public Health Service – služby verejného zdravotníctva

Private health insurance (PHI) – súkromné (individuálne) zdravotné poistenie (v dbovej literatúre sa používajú aj termíny *voluntary – optional – contractual health insurance*)

Reference – priced drugs – referenčné ceny liekov; predstavujú administratívne stanovené maximálne preplácané ceny za lieky rovnakého terapeutického účinku. (**Pharmaceutical reference pricing** – odporúčený cenník farmaceutík, ktorý určuje maximálnu úhradu za predpísaný liek. Ak si pacient vyberie liek v rovnakej terapeutickej skupine s vyššou cenou, pacient musí uhradiť rozdiel).

Sickness benefit – nemocenská dávka

Sickness fund – nemocenský fond

Statutory health insurance (SHI) – verejné (povinné, zákonné) poistenie (v odbornej literatúre sa používa aj termín *compulsory health insurance*)

Supplementary health insurance – dodatkové zdravotné poistenie (napr. na krytie väčšieho komfortu v nemocnici alebo liečba vybraným (hlavným) lekárom)

Third-party payments – systém platby treťou stranou

Voluntary substitutive insurance – dobrovoľné náhradné poistenie

Preklad základných štatistických ukazovateľov z AJ

Total expenditure on health as percentage of gross domestic product

Celkové výdavky na zdravotníctvo ako percento HDP

Per capita total expenditure on health at average exchange rate US \$

Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch \$

General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health

Verejné výdavky na zdravotníctvo ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo

Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health

Súkromné výdavky na zdravotníctvo ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo

Úvod

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.¹

Definícia zdravotníctva nie je totožná s pojmami zdravie a ľudský život. Túto skutočnosť je potrebné zdôrazniť hneď v úvode, pretože často dochádza (či už z dôvodu omylu alebo zámernej politickej argumentácie) k ich zámene. Zdravie a ľudský život predstavujú v určitom zmysle nemerateľné hodnoty a každý človek je vo svojej osobnosti, individualite a jedinečnosti nenahraditeľný. Prostriedky a možnosti zdrojov (verejné aj súkromné) určené na zdravotníctvo sú však ohraničené a konečné.

Zdravotníctvo sa v prieskumoch obyvateľstva na Slovensku uvádza medzi prvými tromi celospoločenskými problémami. Je nespornou skutočnosťou, že tlak na zvyšovanie výdavkov na zdravotníctvo existuje v celosvetovom meradle, čo je spôsobené najmä nasledovnými skutočnosťami²:

- výdavky na zdravotníctvo rastú rýchlejšie ako HDP,
- využívajú sa nové nákladné lekárske technológie, rozvíja sa medicínsky výskum,
- rastú ceny liekov (rýchly rozvoj farmaceutického priemyslu),
- znižuje sa prirodzený prírastok obyvateľstva, starne populácia, mení sa demografický ukazovateľ,
- mení sa štruktúra ochorení (chronifikácia chorôb, civilizačné choroby, nadváha) a zvyšuje sa dopyt po netradičných formách lekárskej starostlivosti najmä v súvislosti s civilizačnými stresmi (sociálne a profesijné problémy, manželská a rodinná terapia),
- zlepšuje sa informovanosť pacientov, zvyšujú sa ich požiadavky, rozširuje sa ponuka nových liečebných postupov a nových liekov najmä vplyvom reklamy nadnárodných farmaceutických spoločností.

K vymenovaným problémom sa ešte pridávajú rôzne nové celosvetové hrozby ako rozširovanie diagnózy AIDS a opätovný vznik nových nákaz TBC. Krajinám

¹ STANEK, V. a kol.: *Sociálna politika*. Bratislava : Sprint, 2006, s. 311.

² Pozri GOULLI, R.: *Zdravotníctví a veřejná ekonomie*: In: Objektivizace výdaju z veřejných rozpočtu. Sborník referatu. Brno: Masarykova univerzita, 1997, s. 288.

s nízkymi a strednými príjmami spôsobuje problémy emigrácia resp. legálny odchod vysokokvalifikovaného zdravotníckeho personálu do vysokopríjmových krajín.

Zdravie jednotlivcov a tým i celého národa je významnou spoločenskou i ekonomickou hodnotou. Hoci dokonale spravodlivý systém financovania zdravotnej starostlivosti nie je možné v reálnej praxi vytvoriť, je však možné minimalizovať jeho extrémne nerovnosti.³

Pre celú spoločnosť však ostáva otvorenou otázkou, či chce vytvoriť pre svojich občanov „rovnosť príležitostí“ alebo bude presadzovať v sociálnej oblasti politiku, ktorá vedie k individuálnej zodpovednosti jednotlivca a jeho rodiny za riešenie vlastnej situácie.⁴

Odpovede na mnohé etické otázky (spravodlivosť, rovnosť, dehumanizácia súčasnej medicíny, lekárska etika, ľudské práva a práva pacientov, ochrana ľudskej dôstojnosti) ďaleko presahujú kompetenciu ekonomickej a finančnej vedy a zachádzajú do oblasti sociológie, psychológie, medicíny, práva, politiky a svetonázorovej filozofie. V celospoločenskej debata dochádza ku konfliktu hodnôt a vízií. Jednoduché a jednorazové riešenia zlyhávajú.

Z tohto dôvodu je potrebné v úvode spomenúť, že hoci sa jedná o prácu z oblasti financií, nedá sa vyhnúť etickým súvislostiam danej témy ako aj spoločensko–politickú situácii a právnej realite. Vzhľadom na to, že v zdravotníctve dochádza k zlyhaniu „neviditeľnej ruky trhu“, financovanie zdravotnej starostlivosti ako špecifickej a dôležitej oblasti nášho života závisí predovšetkým od politických rozhodnutí, vyjadrených v prijatých zákonoch. Preto je potrebné spomenúť aj konkrétne legislatívne úpravy, z ktorých vyplýva nielen celková výška vynakladaných prostriedkov na zdravotníctvo ako podiel na HDP, ale predovšetkým pomer verejných a súkromných zdrojov v zdravotníctve.

Financovanie zdravotnej starostlivosti je viac ako len mobilizovanie dodatočných zdrojov na zdravotnú starostlivosť.

V kontexte týchto zložitých skutočností, ktoré v poslednej dobe nastali nielen u nás, ale všade vo svete, sa pokúsime v tejto práci vysloviť názory na oblasť financovania zdravotnej starostlivosti s dôrazom na ekonomické možnosti hraníc verejných a súkromných zdrojov a súčasne navrhnúť na základe komparácie aj možnosti ďalšieho smerovania financovania zdravotníctva na Slovensku.

³ Pozri HORVÁTHOVÁ, Ž.: *Analýza distribučných dopadov súčasného spôsobu financovania zdravotnej starostlivosti v Českej republike*. Téma k dizertačnej práci. Brno : Masarykova univerzita – Katedra verejnej ekonómie, 2002, s. 14.

⁴ Pozri Konvergenčný program na roky 2005 až 2010; Ministerstvo financií SR, november 2005, s. 47.

Cieľ práce a metódy

Podiel verejných zdrojov do zdravotníctva je v každej krajine ohraničený konkrétnym makroekonomickým prostredím, výkonnosťou ekonomiky a ovplyvnený politickými rozhodnutiami. Možnosti súkromných zdrojov sú obmedzené príjmami obyvateľov, dôchodkami, stupňom solidarity, spravodlivosti i sociálnej situácie občanov.

Cieľom dizertačnej práce je hľadanie a predloženie návrhov na zlepšenie možnosti financovania zdravotníctva na Slovensku.

Prostredníctvom analýzy financovania zdravotníctva z verejných a súkromných zdrojov na Slovensku po roku 1990, na základe komparácie s nemeckým systémom zdravotníctva a pomocou porovnania základných ukazovateľov úrovne financovania zdravotníctva v iných krajinách sa pokúsime predložiť niektoré odporúčania na zlepšenie doterajšieho modelu na Slovensku.

Hľadanie nových inovačných postupov v tejto v oblasti verejných financií je nevyhnutné najmä z dôvodu opätovného zadlžovania systému zdravotníctva od roku 2007. Závažným argumentom na prijatie účinných opatrení je aj zvýšený výpadok príjmov zdravotných poisťovní spôsobených rastúcou nezamestnanosťou v posledných mesiacoch. V prípade, že nebudú prijaté žiadne zásadné opatrenia, chýbajúce zdroje spôsobia urýchlenie rastu dlhu.

V práci je uprednostňovaný prístup normatívnej ekonómie⁵, ktorá umožňuje vytvárať odporúčania pre makrosféru (príp. mikrosféru) pred pozitívnou ekonomikou, ktorá iba analyzuje a zovšeobecňuje ekonomické javy.

V dizertačnej práci sú využité nasledovné **metódy vedeckej práce**⁶:

- empirické metódy (pozorovanie, meranie),
- teoretické všeobecné metódy (analýza, syntéza, indukcia, dedukcia, abstrakcia),
- teoretická špeciálna metóda komparácie,
- kvantitatívne matematické metódy.

Konkrétnym objektom skúmania je systém zdravotníctva v Slovenskej republike po roku 1990. Podrobnejšia **komparácia s Nemeckom** ako osobitne vybranou krajinou bola zvolená **z nasledovných dôvodov**:

⁵ Pozri LISÝ, J., a i.: *Ekonómia : Všeobecná ekonomická teória*. Bratislava : Iura Edition, 2002.

⁶ Pozri GONDA, V.: *Metodika vedeckej práce pre doktorandov. Doktorandské štúdium a dizertačná práca*. Bratislava : Ekonóm, 2006, s. 83 – 85.

- 1) Nemecko je historickou kolískou poistného systému od čias Bismarcových sociálnych a zdravotných zákonov.
- 2) Slovenská republika si ako transformujúca krajina zvolila od 1.1.1993 zákonom o Národnom poistení spôsob financovania zdravotníctva prostredníctvom poistného systému. Bol prijatý Bismarckov model, ktorý nadväzoval na historický vývoj zdravotného a sociálneho zabezpečenia v Československej republike do roku 1948.
- 3) Vývoj za posledných 15 rokov v oblasti nemeckých zdravotných reforiem naznačuje, že Nemecko má značné skúsenosti s reformami v sociálnej i zdravotnej oblasti. (Zákon o reforme zdravotnej starostlivosti z roku 1989 a následné ďalšie legislatívne zmeny a reformy). Financovanie zdravotnej starostlivosti v Nemecku má za sebou dlhý historický vývoj. Systém s jeho 292 nemocenskými fondmi ako aj podrobne prepracovanou kompenzáciou rizikovej štruktúry poistencov je značne sofistikovaný. V Nemecku v súčasnosti prebieha jedna z najväčších sociálnych reforiem označovaná ako Reforma zdravotníctva 2007. Prvky tejto veľkej reformy nadobudli účinnosť v rokoch 2007, 2008 a niektoré legislatívne zmeny sú postupne uvádzané do praxe až v roku 2009.
- 4) Z nemeckého zdravotného systému vyplýva snaha o zachovanie solidárneho systému financovania s dôrazom na výnimky pre pacientov, ktorí trpia zložitými diagnózami a pre sociálne slabé skupiny osôb.

Pri skúmaní systémov financovania sú zdôraznené najmä nasledovné oblasti:

- analýza viaczdrojového financovania zdravotníctva,
- inštitucionálne usporiadanie zdravotníctva v systéme štátnej správy, centralizácia a decentralizácia systému, rozsah štátneho a súkromného sektora pri poskytovaní zdravotníckych služieb,
- sústreďovanie, výber zdrojov (percento úspešnosti výberu zdrojov) a ich prerozdeľovanie,
- dodržanie vyrovnaného hospodárenia, likvidácia zadlženosti,
- eticko - medicínske problémy a problém spoločenskej voľby medzi rovnosťou a efektivnosťou.

1 Teoretické východiská skúmania problematiky financovania zdravotníctva

1.1 Historický vývoj

V stredoveku bola starostlivosť o zdravie súkromnou záležitosťou každého jednotlivca. Ak pomoc chorému zo strany jeho rodiny nestačila, bola rozšírená charitatívna pomoc náboženských organizácií alebo dobrovoľná pomoc zo súcitu od bohatých mecenášov. Žiaden štátny útvar sa v tomto období nezaoberal organizovaním verejného zdravotného systému a nijaká zdravotná starostlivosť sa nefinancovala zo štátnej pokladnice. Rozvoj lekárskej vedy bol na nízkej úrovni, neexistovali účinné prostriedky na boj proti chorobám, preto by organizovaný zdravotnícky systém nemal žiaden zmysel.

Až v priebehu 19. storočia v súvislosti s postupným pokrokom medicínskych vied, objavom mikroorganizmov ako zdrojov niektorých chorôb a objavom niektorých patologických procesov v biológii človeka nadobudli zmysel hygienické nariadenia. Prvé zárodoky legislatívne upravenej zdravotnej politiky v Rakúsko – Uhorsku nachádzame už v roku 1887 v zákone č. 68 „O verejnej zdravotnej službe“. Zákon zriaďoval sieť úradných lekárov s právomocami v oblasti hygieny a protiepidemiologických preventívnych opatrení. Ochrana pred infekčnými chorobami bola aj v záujme vojenských stratégov a rozvíjajúceho sa priemyslu.

Prvé účinné prostriedky na boj s infekčnými chorobami boli objavené začiatkom 20. storočia (objav penicilínu v r. 1928 A. Flemingom a sulfonamidov v r. 1935 G. Domagkom). Hygienické opatrenia pomáhali iba predchádzať nákazlivým chorobám, objav nových liekov však prinášal možnosť choroby liečiť. V druhej polovici 19. storočia začali postupne vznikať rôzne zdravotné poisťovacie fondy, v ktorých účasť bola spočiatku dobrovoľná. Rozvoj komerčných sporivých a poisťovacích spoločností si postupne vyžiadala aj legislatívnu úpravu. Prvý komplexný návrh predložil kancelár cisára Wilhelma II. – **Otto von Bismarck** dňa 17.11.1881 vo svojom vyhlásení „Kaiserliche Botschaft“. Deklaroval v ňom, že sociálne zákonodarstvo a sociálne poistenie bude podstatným prvkom nemeckého štátu. Dňa **15. 6. 1883** schválil Ríšsky snem prvý z Bismarcových sociálnych zákonov – **zákon o zdravotnom poistení**. Postupne boli prijaté aj ostatné zákony v oblasti nemocenského, úrazového a invalidného poistenia.

V Rakúsko – Uhorsku bol historický vývoj nasledovný:⁷

- 1852 svojpomocné združenia – pokladnice,
- 1889 zákon o povinnom nemocenskom a úrazovom poistení robotníkov,
zákon o nemocenskom a úrazovom poistení zamestnancov,
- 1891 povinné poistenie remeselníckeho a priemyselného robotníctva,
- 1900 úrazové poistenie poľnohospodárskych robotníkov.

Povinné sociálne a zdravotné poistenie sa spočiatku vzťahovalo len na robotníkov, ktorí si vytvárali rôzne podporné spolky, závodné a živnostenské pokladnice, určené na zabezpečenie svojich zamestnancov (niekedy aj rodinných príslušníkov) v prípade choroby. Po prvej svetovej vojne sa zákonné nemocenské poistenie postupne rozšírilo po celej Európe.

V prvej československej republike v rokoch 1919 – 1924 bolo povinné zdravotné poistenie uzákonené postupne na všetkých námezdných robotníkov a od roku 1925 sa vzťahovalo aj na štátnych a verejných zamestnancov. Zákon č. 221/1924 Zb. o poistení zamestnancov pre prípad choroby, invalidity a staroby upravoval okrem nemocenského aj oblasť invalidného a starobného poistenia. Na území bývalej československej republiky žilo v tomto období približne 14 700 tis. obyvateľov a z nich asi polovica bola poistená (pod poistný systém patrilo 3 513 tis. zamestnancov spolu s ich rodinnými príslušníkmi).

V r. **1918** zaviedol komisár a minister zdravotníctva **Nikolaj Semaško** centralistický systém zabezpečovania zdravotnej starostlivosti v Rusku prostredníctvom **štátneho rozpočtu**. V r. **1948** zaviedol **Sir Wiliam Henry Beveridge** vo Veľkej Británii zdravotný systém **národnej zdravotnej služby**.

Od charitatívnych systémov stredoveku a jednoduchých podporných spolkov 19. storočia sa vývoj postupne zdokonalil a rozvinul do súčasných zložitých sofistikovaných verejných poistných systémov garantovaných štátom s kombinovaným financovaním z prostriedkov štátneho rozpočtu doplnený finančnými prostriedkami zo súkromných zdrojov (či už formou súkromného poistenia alebo priamych hotovostných platieb).

Krátky historický prierez je dôležité spomenúť aj z toho dôvodu, aby sme súčasný stav chápali v celkovom doterajšom historickom kontexte. V európskej kultúrnej tradícii je zakorenené presvedčenie o rovnosti všetkých ľudí (**equita**) a je neprijateľné, aby chudobný človek nemal prístup k zdravotnej starostlivosti iba z dôvodu nedostatku finančných prostriedkov. V Európe v modeloch sociálneho trhového hospodárstva preto vznikli verejné zdravotné systémy ako dôsledok prerozdelenia úlohy štátu, ktorá má

⁷ Pozri KOVÁČ, E.: *Zdravotné poistenie – zdravotnopolitické a ekonomické súvislosti*. Bratislava : Motýl, 2003, s. 30.

byť zdrojom sociálnej spravodlivosti. Právo na dostupnosť zdravotníckych služieb garantuje aj sociálna charta Európskych spoločenstiev.

V americkej kultúre prevládajú hodnoty klasickej liberálnej spoločnosti, v ktorej tolerancia k sociálnym nerovnostiam medzi ľuďmi je značne vysoká. V zaužívaných paradigmách verejnej mienky prevládajú názory, že za svoju chudobu si môže každý sám, pretože nie je dostatočne snaživý a pracovitý. Vysoko fragmentizovaná, trhová spoločnosť prisudzuje tým, ktorí sú neschopní zabezpečiť si zdravotnú starostlivosť z vlastných zdrojov právo iba minimálnej zdravotnej starostlivosti.⁸ Na prelome 20. a 21. storočia nemalo žiadne zdravotné poistenie 15 % Američanov.⁹

1.2 Zlyhávanie trhu v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti

Existuje niekoľko dôvodov pre zásahy štátu do ekonomiky:¹⁰

1. Zlyhanie konkurencie

Aby „neviditeľná ruka trhu“ mohla efektívne fungovať je nevyhnutá konkurencia. V niektorých odvetviach však existuje niekoľko, ba niekedy iba jedna firma s podstatným vplyvom na celý trh. Neregulovaný monopol obmedzuje svoju produkciu, aby dosiahol zvýšenie cien.

2. Existencia verejných statkov

Niektoré statky v ekonómii nie sú zabezpečované trhovým mechanizmom resp. by boli zabezpečované v nedostatočnej miere (napr. národná obrana, námorná navigácia a pod.)

3. Externality

V ekonomickej praxi nastávajú často situácie, keď jedna firma ovplyvňuje podmienky činnosti iných firiem, pričom im zvyšuje alebo znižuje náklady bez toho aby si to záporne prípadne kladne kompenzovala. Činnosť jednotlivca alebo spoločnosti, ktorá prináša prospech ostatným označujeme ako **pozitívnu externalitu**. V praxi sa však

⁸ V USA viackrát existovali pokusy zaviesť univerzálny systém zdravotného poistenia. Najnovšie sa štát Massachusetts snaží zaviesť základné zdravotné poistenie od 1.7.2007. Poistenie minimálneho štandardu tzv „základného balíka“ je povinné pre všetkých občanov štátu. V prípade nepoistenia môže byť občan finančne sankcionovaný.

Pozri:HNILICOVÁ, S. – *Massachusetts zavádza novú formu univerzálneho poistenia v USA*. In: Into Balance 10/2007 http://www.hpi.sk/images/newsletter/intobalance_10-2007.pdf

⁹ Pozri SAMUELSON, P. A. – NORDHAUS, W. D.: *Ekonómia*. Bratislava : Elita, 2000, s. 377.

¹⁰ Pozri: STIGLITZ, J. E.: *Ekonomie verejného sektoru*. Praha : Grada Publishing, 1997, s. 102 – 110.

častejšie stretávame s **negatívnymi externalitami**, keď činnosť jednotlivca alebo spoločnosti spôsobuje iným vyššie náklady (znečisťovanie vody, ovzdušia, hrozba infekčných nákaz...). Trhové mechanizmy nezabezpečujú efektívnu alokáciu zdrojov, pretože firmy spôsobujúce negatívne externality budú produkovať viac, než je efektívne, lebo ich náklady sú podhodnotené.

4. Neúplné trhy

Situácia, keď súkromné trhy nie sú schopné zabezpečiť určitý produkt, hoci spotrebitelia sú ochotní zaň zaplatiť viac, než sú náklady tohto produktu.

5. Nedostatočné informácie

Spotrebiteľ na trhu často nie je plne a kvalifikovane informovaný o možnostiach a správnosti výberu výrobku alebo služby.

6. Nezamestnanosť, inflácia, nerovnováha

Niektorí ekonómovia pokladajú cyklické vysoké miery nezamestnanosti za najdôležitejší dôkaz zlyhania trhu. Je však dôležité vopred dokázať, či konkrétna vládna intervencia bude viesť k zlepšeniu situácie.

Dôležitou oblasťou záujmu teoretického výskumu v ekonómii v posledných desaťročiach bol problém: „Za akých podmienok vedie trhové hospodárstvo k efektívnemu využívaniu zdrojov?“ Výsledkom bolo sformovanie dvoch základných viet ekonomie blahobytu (**welfare economics**):

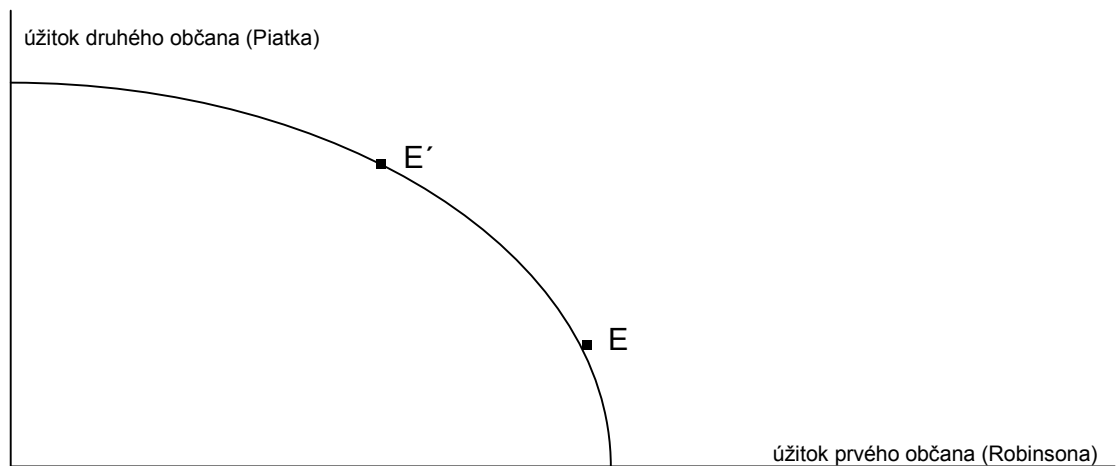
1. Za určitých podmienok vedie konkurenčné prostredie k takej alokácii zdrojov, kedy už ďalej nie je možné nájsť takú alokáciu, ktorá by prospela jednému účastníkovi bez toho, aby nepoškodila niektorého iného účastníka. Alokáciu zdrojov, keď si už nikto nemôže polepšiť bez toho, aby si niekto iný pohoršil označujeme ako **paretovská efektívna (optimálna) alokácia** podľa talianskeho ekonóma Vilfreda Pareta (1848 -1923)
2. Každý bod na krivke úžitkových možností môže byť dosiahnutý pôsobením trhových mechanizmov bez ďalších zásahov pri zodpovedajúcom rozdelení zdrojov medzi účastníkov trhu. Paretoovsky optimálne rozdelenie môže byť dosiahnuté iba pri decentralizovanom trhovom mechanizme.

Aj v prípade dosiahnutia paretoovsky efektívnej alokácie existujú dva dôvody vládnej intervencie:

- Trhový mechanizmus môže viesť k sociálne neúnosnému rozdeleniu príjmov.

- Aj dokonale a plne informovaní jednotlivci sa občas rozhodujú v rozpore so svojimi záujmami. Preto existuje dôvod regulovať spotrebu škodlivých statkov (napr. spotrebu cigariet) a zvyšovať spotrebu všeobecne prospešných statkov.

Obr. 1 **Krivka úžitkových možností**



Zdroj: STIGLITZ., J. E.: *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha : Grada Publishing, 1997, s. 94.

Zdravotná starostlivosť sa vyznačuje niekoľkými **zlyhaniami trhu**: neinformovaní zákazníci, obmedzená konkurencia, externality spojené s prenosnými infekčnými chorobami (tento fakt je závažným dôvodom pre existenciu služieb verejného zdravotníctva – **Public Health Service**) strana ponuky nie je orientovaná na zisk.

Poznatky o nedokonalých informáciách na trhu zdravotnej starostlivosti publikoval Kenneth Arrow v roku 1963 v *American Economic Review* (**Uncertainty and the Welfare Economic of Medical Care**). Čistý trhový prístup a mechanizmus na základe dopytu a ponuky v oblasti zdravotníckych služieb zlyháva. Nie je možné presne stanoviť pomer medzi trhovou reguláciou a štátnymi zásahmi resp. právomocami, ktoré si štát ponechá v tejto oblasti.

Joseph E. Stiglitz¹¹ dostal za výskum „informačnej asymetrie trhu“ (spolu s G. A. Akerlofom a A. M. Spenceom) v roku 2001 Nobelovu cenu. Vo svojich publikáciách

¹¹ **Joseph E. Stiglitz** – profesor ekonómie a financií na Kolumbijskej univerzite, bývalý vedúci ekonóm Svetovej banky a jeden z hlavných kritikov Medzinárodného menového fondu,
George A. Akerlof – profesor na Kalifornskej univerzite,
Michael Spence – profesor na Stanfordskej univerzite.

Všetci traja boli ocenení **v roku 2001 Nobelovou cenou** za ekonómiu za polozenie základov modernej informačnej ekonómie, za výskum v oblasti informačnej asymetrie na trhu a za analýzy „morálneho hazardu“ v ekonomike. Uvedeným ekonómom sa podarilo vypracovať tézy o situácii, čo sa stane, ak niektorí účastníci trhu vedia viac než ostatní.

uvádza viacero nedokonalostí trhu aj z oblastí zdravotníctva. Pacient nevie, aký liek potrebuje. Nie je presne informovaným spotrebiteľom na trhu. Predávajúci (lekár či lekárnik) mu môže nanútiť službu či liek, ktorý buď nepotrebuje alebo ho dostane za zvýšenú cenu. Stiglitz uvádza viacero dôvodov proti všeobecnej liberalizácii kapitálových tokov a absolutizácii slobodného trhu.¹²

Publikácia **Globalization and It's Discontents** („Globalizácia a ňou rozladení“) bola teoretickým základom a dôležitým odborným argumentom pre viacerých predstaviteľov antiglobálneho hnutia.

Tabuľka č. 1 **Rozdiel medzi trhom zdravotnej starostlivosti a štandardným konkurenčným trhom**

Štandardný konkurenčný trh	Trh zdravotnej starostlivosti
Veľké množstvo predávajúcich	Obmedzené množstvo nemocníc
Firma maximalizuje zisk	Väčšina nemocníc neexistuje kvôli zisku
Homogénne komodity	Heterogénne komodity
Dobre informujúci nakupujúci	Neúplne a nekvalifikovane informujúci nakupujúci
Spotrebiteľia platia priamo	Pacienti hradia iba časť nákladov

Zdroj: STIGLITZ, J. E.: *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha : Grada Publishing, 1997, s. 344.

Americký ekonóm William C. Hsiao¹³ rozlišuje medzi trhom zdravotného poistenia a trhom zdravotnej starostlivosti. Tvrdí, že voľný trh zdravotného poistenia nemôže zabezpečiť spoľahlivo dostupnú zdravotnú starostlivosť. Konštatuje, že aj pri konkurencii poskytovateľov sú určité limity. V krajinách s nízkymi a strednými príjmami existuje možnosť konkurencie poskytovateľov iba v mestských oblastiach, ale pravdepodobne neexistuje vo väčšine vidieckych oblastí.

¹² „Trh neprispieva k optimálnemu prerozdeleniu zásob, ktorými spoločnosť disponuje, a preto nevytvára nádej, že zníži biedu... Rovnováha dopytu a ponuky (oblíbená fráza z každej učebnice) je iba nevýznamnou teoretickou hypotézou. Na trhu by jednoznačne mali víťaziť firmy prinášajúce inováciu, dobre riadené podniky, organizácie priťahujúce viac kvalifikovaných pracovníkov. Skutočnosť je komplikovanejšia, neraz až brutálna. Vyhráva ten, kto porušuje zákon, ničí etiku obchodovania, pretože eliminuje konkurenciu. Vo všetkých krajinách, najmä v tých, kde nemajú dlhú tradíciu slobodného trhu, stabilné hospodárske inštitúcie a uzákonené regulácie, trh nefunguje dobre a sám od seba nedokáže odstrániť svoje slabiny... Teória ekonomie hovorí, že pre fungujúci trh je nevyhnutné tak súkromné vlastníctvo, ako aj konkurencia. Veľmi často sa však stáva, že zisky z monopolu sú oveľa väčším zводом pre tých, ktorí sa nevyhýbajú mafiánskym spôsobom, keď si chcú na trhu udržať dominantné postavenie a vnútiť iným svoje podmienky... Slobodný trh a slobodná konkurencia sú ideológiou bohatých a silných, ktorí sa podľa pravidiel trhu správajú iba vtedy, keď majú istotu, že vyhrajú.“

Pozri STIGLITZ, J. E.: In: *Globalizácia s ľudskou tvárou*. SME 16. 10. 2002, s. 21. Prevzaté a krátené z: Gazeta Wyborcza

¹³ **William C. Hsiao**, profesor ekonomie – Harvardská škola verejného zdravotníctva, Katedra zdravotníckej politiky a riadenia; Katedra svetového zdravotníctva a populácie <http://www.hsph.harvard.edu/phcf/publications.html>

Jeho výskumný tím sa venuje vo svojich ekonomických štúdiách piatim témam:

- simulačný model sektora zdravotníctva v USA (napodobňovanie modelu zdravotníctva v USA)
- platobné systémy pre lekárov a nemocnice
- komparatívne systémy zdravotnej starostlivosti
- financovanie zdravotnej starostlivosti v rozvojových krajinách
- interakcia medzi ekonomickým rozvojom a zdravotnou starostlivosťou

Ako bolo spomenuté v úvode, obyvatelia na Slovensku uvádzajú v štatistických prieskumoch **zdravotníctvo** v prvej trojke **najproblémovějších celospoločenských oblastí** (pozri tabuľky č. 2 a č. 3). Tým nepriamo deklarujú, že zdravotníctvo nepovažujú výlučne za segment trhu, ale za celospoločenský problém, ktorý majú riešiť tvorcovia štátnej politiky v prospech občana.

Tabuľka č. 2 **Prieskum verejnej mienky (v %)**
„Ktoré problémy pokladáte na Slovensku za najzávažnejšie?“

Rok	2002	2003	2004	2005	2006
Životná úroveň, sociálne istoty	59	66	80	76	79
Nezamestnanosť	65	58	59	62	53
Zdravotníctvo	33	46	36	34	33

Zdroj: Inštitút pre verejné otázky – Súhrnná správa o stave spoločnosti – Slovensko 2006

Tabuľka č. 3 **Prieskum celospoločenských problémov medzi občanmi SR**

Čo by mala riešiť vláda podľa občanov	%
Znižovanie nezamestnanosti	71,3
Zlepšenie situácie v zdravotníctve	61,1
Zvyšovanie životnej úrovne	55,6
Potlačovanie korupcie a klientelizmu	38,3
Znižovanie kriminality	34,4
Zlepšovanie situácie v školstve	25,2
Zlepšenie možnosti bývania	21,2
Zlepšenie fungovania štátnej správy a samosprávy	12,9
Zlepšenie medziludských vzťahov	10,7
Riešenie rómskej otázky	6,3
Zlepšenie kvality životného prostredia	6,2
Odstránenie prejavov rasizmu	4,2
Iné	3,3

Zdroj: MIHALIK, J.: *Medzinárodná komparácia sociálno-ekonomického rozvoja a konvergencia SR s EÚ. Znovuoživenie ekonomiky v recesii*. Bratislava : IRIS, 2003, s. 414.

1.3 Zdravotníctvo ako súčasť verejného sektora

V ekonomickej literatúre sa stretávame s viacerými definíciami verejných statkov. Za klasickú definíciu môžeme považovať definíciu P.A. Samuelsona: "Verejné statky sú tie, ktorých úžitok sa nedeliteľne rozptýli po celej spoločnosti bez ohľadu na to, či si jednotlivci želajú verejný statok kúpiť, alebo nie".¹⁴

Základné vlastnosti pre **čisté verejné statky** sú:

- nerivalita spotreby (spotreba statku jedným jednotlivcom neznižuje množstvo a dostupnosť daného statku pre ostatných v spoločnosti),
- nevylúčiteľnosť zo spotreby (ak sa statok poskytuje, technicky nemožno zo spotreby daného statku nikoho vylúčiť).

Niektorí autori dopĺňajú, že okrem nevylúčiteľnosti sú čisté verejné statky aj „**neodmietnuteľné**“.¹⁵ To znamená, že nielen členovia spoločnosti nemôžu technicky vylúčiť svojho jednotlivca zo spotreby čistého verejného statku, ale ani sám jednotlivec nemá možnosť odmietnuť spotrebu daného statku. V literatúre sa najčastejšie uvádzajú ako príklady čistých verejných statkov národná obrana, svetlo majáka, pouličné osvetlenie a pod. Pacifista, ktorý žije v štáte, zabezpečenom národnou obranou, nemôže odmietnuť obranné služby a nemôže ani predať svoj podiel obrany inému jednotlivcovi.

Niektorí jednotlivci v snahe znížiť svoje individuálne náklady môžu spotrebúvať verejný statok bez toho, aby zaň zaplatili. Náklady na poskytovanie statku potom financujú (nedobrovoľne) ostatní jednotlivci aj za tzv. čiernych pasažierov.

Najjednoduchší model teórie hier ukazuje, že všetci členovia by boli na tom oveľa lepšie, ak by na financovanie verejného statku riadne prispievali. Ak by nastala situácia, že každý jednotlivec sa rozhodne neprispievať na verejný statok a týmto spôsobom sledovať svoj najväčší individuálny prínos, statok by sa neposkytoval vôbec, lebo by ho nemal kto zaplatiť.¹⁶ Uvedená situácia je zdôvodnením nutnosti vládnej intervencie pri poskytovaní verejných statkov. Iba štát môže vynútiť financovanie verejného sektora prostredníctvom daní.

Ďalším teoretickým problémom je presná deliaca čiara medzi verejnými statkami a súkromnými statkami. V ekonomickej literatúre sa preto najčastejšie stretávame s nasledovným delením statkov:

¹⁴ SAMUELSON, P. A. – NORDHAUS, W. D.: *Ekonomía*. Bratislava : Elita, 2000, s. 346.

¹⁵ BROWN, C.V. – JACKSON, P.M.: *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha : Eurolex, 2003, s. 54.

¹⁶ Pozri ČAPLÁNOVÁ, A. a kol.: *Ekonomía a financovanie verejného sektora (vybrané problémy)*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, Fakulta financií, 1997, s. 28.

- čisté verejné statky,
- čisté súkromné statky
- zmiešané statky.

Zadelenie jednotlivých statkov podľa základných vlastností verejných statkov môžeme znázorniť v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka č. 4 **Rozdelenie statkov podľa základných vlastností vylúčiteľnosti a deliteľnosti**

	Vylúčiteľnosť zo spotreby	Nevylúčiteľnosť zo spotreby („neodmietnuteľné“ statky)
Rivalitné (deliteľné) statky	<p>Čisto súkromné statky:</p> <p>Všetky súkromné statky, pri ktorých nie sú ani technické prekážky, ani sociálno-spoločenské námietky vylúčiť iných záujemcov zo spotreby statku. Statky sú produkované a poskytované súkromnými firmami.</p> <p>(potraviny, oblečenie, obuv, ostatné predmety dennej spotreby a pod.)</p>	<p>Zmiešané statky:</p> <p>Všetky statky, pri ktorých spotreba prvým jednotlivcom znižuje spotrebu druhého jednotlivca, ale vylúčiteľnosť zo spotreby je technicky nemožná (v praxi neuskutočniteľná) alebo možná len za cenu veľmi vysokých nákladov.</p> <p>(V praxi sa uvádza napr. kvetenstvo záhrady, ktoré navštevujú včely z rôznych včelínov. Kvetenstvo má črty rivality. Nektár, ktorý pozbierajú včely z jedného včelína už nie je k dispozícii ostatným včelám, ale vylúčiteľnosť zo spotreby je prakticky nemožná.)</p>
Nerivalitné (nedeliteľné) statky	<p>Zmiešané statky:</p> <p>Všetky statky, pri ktorých je vylúčiteľnosť pomerne jednoduchá, ale po určitý stupeň naplnenia záujmu o spotrebu statku je pre spotrebiteľov nerivalitná.</p> <p>(Poznáme viacero príkladov na tento druh zmiešaných statkov. Napr. ak cesta nie je preplnená, môžu ďalšie autá prejsť bez toho, aby to znížilo prínos iných áut na ceste. Vylúčenie ďalších áut je však ľahko uskutočniteľné výberom mýta. Prístup ďalších poslucháčov do prednáškovej sály neznižuje prínos a úžitok z počúvania prednášky pre ostatných záujemcov, ale vylúčenie iných záujemcov z prednášky nie je spojené s ďalšími dodatočnými nákladmi. Podobne je to aj v prípade vstupu do divadla, na plaváreň, do cirkusu a pod.)</p>	<p>Čisto verejné statky:</p> <p>Členovia spoločnosti nemôžu technicky vylúčiť svojho jednotlivca zo spotreby čistého verejného statku, ani sám jednotlivec nemá možnosť odmietnuť poskytovaný statok. Spotreba sa vyznačuje vlastnosťou nerivality. Hraničné náklady na poskytnutie daného statku dodatočnému jednotlivcovi sú nulové.</p> <p>(Medzi tzv „čisté verejné statky“ zaraďujeme národnú obranu, svetlo majáka, pouličné osvetlenie, rozhlasové, televízne vysielanie a pod.)</p>

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe:

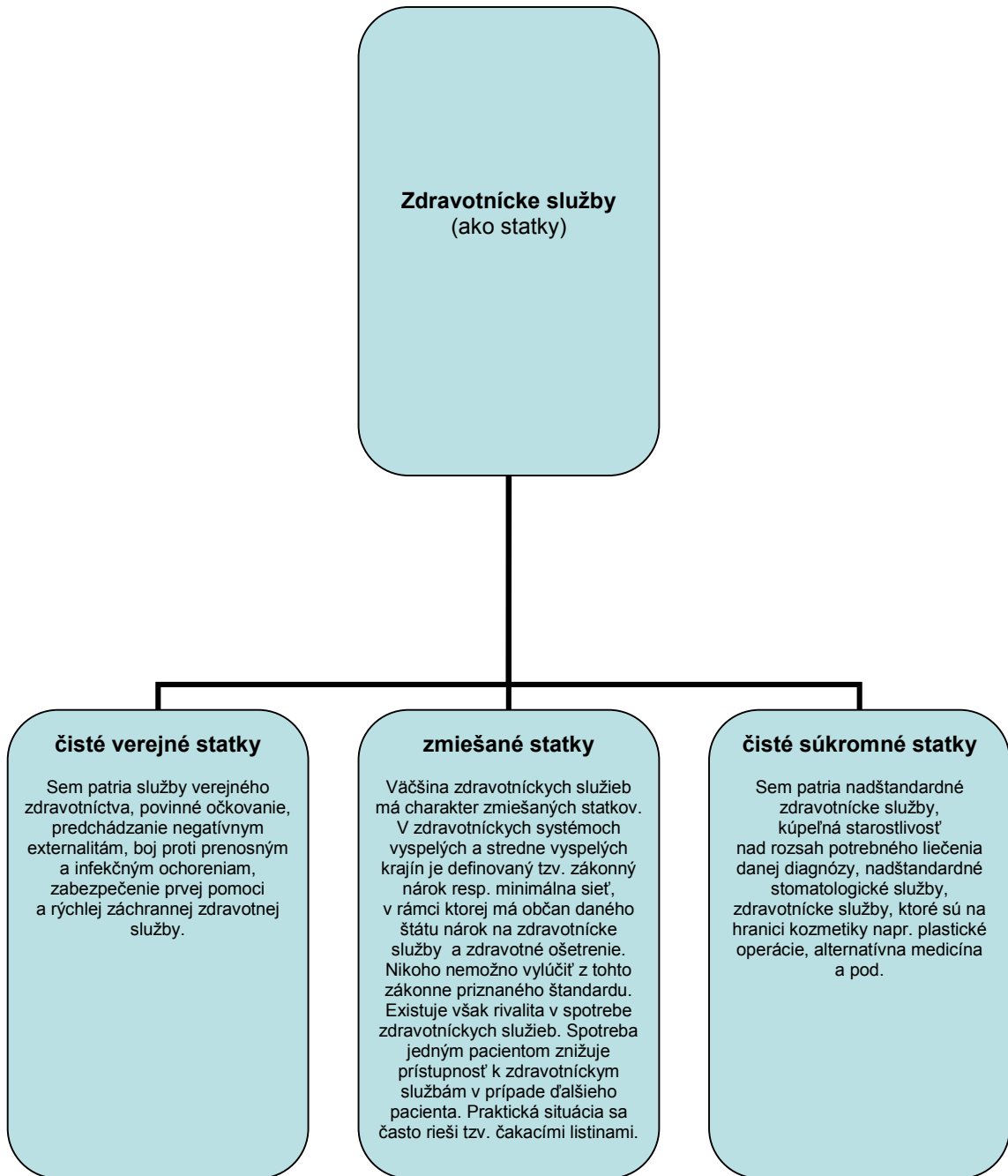
1. ČAPLÁNOVÁ, A. a kol.: *Ekonomia a financovanie verejného sektora (vybrané problémy)*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, Fakulta financií, 1997, s. 26 – 31.
2. STIGLITZ, J. E.: *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha : Grada Publishing, 1997, s. 157 – 183

Na základe uvedených skutočností rozdelenia statkov hľadá ekonomická teória optimálne metódy financovania viacerých verejných služieb ako zdravotníctvo, školstvo, niektoré služby sociálneho charakteru a pod.

Hlavným objektom skúmania tejto dizertačnej práce je financovanie zdravotníctva. Práve v tejto oblasti dochádza v praxi k viacerým zložitým a paradoxným situáciám.

Zdravotnícke služby pre ich rôznorodosť nemôžeme zaradiť jednoznačne do jednej kategórie statkov. Je potrebný diferencovaný prístup k jednotlivým zdravotníckym službám, ktorý môžeme znázorniť v nasledovnej schéme.

Schéma č. 1 Rozdelenie zdravotníckych služieb



Zdroj: vlastné spracovanie

Za **verejnoprospešné subjekty** označujeme všetky zložky, ktoré sa akýmkoľvek spôsobom podieľajú na zabezpečovaní statkov a služieb v prospech všetkých občanov. Verejnoprospešné subjekty presahujú rámec **verejného sektora**, pretože verejnoprospešné statky a služby poskytuje nielen verejný, ale aj súkromný sektor a tretí sektor.¹⁷

C.V.Brown a P.M.Jackson definujú tento problém nasledovne: „**Ekonomia verejného sektora** skúma vzťahy medzi verejnými výdavkami, zdanením a správaním ekonomických subjektov ako sú jednotlivci, domácnosti a firmy.“¹⁸

Existencia verejného sektora je nevyhnutná najmä z nasledovných dôvodov:

- potreba financovania tých oblastí, ktoré neprinášajú zisk (alebo majú dlhodobú ekonomickú návratnosť), ale existencia a financovanie niektorých „neziskových“ oblastí je z hľadiska spoločenského záujmu potrebná,
- štát nechce prenechať niektoré sféry súkromnému sektoru (obrana, bezpečnosť, štátna správa, súdnictvo),
- štát má v rámci svojich úloh povinnosť starať sa o niektoré nevyhnutné priority (verejné zdravie, výskum, medzinárodná reprezentácia).¹⁹

Väčšina ekonomických autorov sa prikláňa k názoru, že hlavným cieľom verejného sektora nie je tvorba zisku, ale činnosť v prospech všetkých občanov. Najčastejšie sa definuje **verejný sektor** ako plánované netrhomé poskytovanie služieb, rozsah poskytovania je určovaný prostredníctvom demokratických rozhodovacích procesov.²⁰ V odbornej literatúre sa stretávame s podobnými definíciami verejného sektora.

„Verejná ekonomia (**public economic**) je vedecká disciplína, skúmajúca štruktúru, fungovanie a efektívnosť tej časti národného hospodárstva, ktorá má neziskový charakter a je financovaná z prerozdeľovacích procesov. Tuto časť národného hospodárstva nazývame verejným sektorom... Verejný sektor je financovaný z verejných financií... je riadený a spravovaný verejnou správou, rozhoduje sa o ňom verejnou voľbou a podlieha verejnej kontrole.“²¹

„Verejný sektor je významná časť národného hospodárstva v zmiešanej ekonomike... Úlohou verejného sektora je zabezpečiť verejné statky a vytvárať

¹⁷ Pozri BEŇOVÁ, E.: *Financie verejnoprospešných subjektov*. Bratislava : Ekonóm, 2002, s. 5 – 7.

¹⁸ BROWN, C.V. – JACKSON, P.M.: *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha : Eurolex, 2003, s.11.

¹⁹ Pozri: BEŇOVÁ, E. a kol.: *Financie a mena*. Bratislava : IURA EDITION – edícia Ekonomia, 2005

²⁰ Pozri: MEDVEĎ, J. – NEMEC, J. – ORVISKÁ, M. – ZIMKOVÁ, E.: *Verejné financie*. Bratislava : SPRINT, 2005, s. 15.

²¹ STRECKOVÁ, I. – MALÝ, I. – ŠELESOVSKÝ, J. – HLAVÁČEK, A. – REKTOŘÍK, J.: *Veřejná ekonomie pro školu i praxi*. Praha : Computer Press, 1998, s. 3, s.7.

podmienky pre efektívne fungovanie súkromného sektora... Ak základnou metódou zabezpečenia efektívnej alokácie zdrojov v súkromnom sektore je cena a dosiahnutie zisku, vo verejnom sektore nie je tomu tak. Vo verejnom sektore je trh vyradený z hry. Základnou metódou dosiahnutia efektívnej alokácie zdrojov vo verejnom sektore je využitie hlasovacích lístkov. Väčšina vecných i finančných rozhodnutí je predmetom politického rozhodnutia. Zabezpečiť efektívnosť verejného sektora je preto jeden z najväčších problémov... verejný sektor funguje na neziskovom princípe, chýbajú vhodné kritériá hodnotenia úspešnosti, efektívnosti.“²²

Podľa klasifikácie Svetovej banky existujú štyri hlavné inštitucionálne možnosti organizovania verejných služieb z hľadiska vlastníctva, zdroja financovania alebo spôsobu prevádzkovania:

- verejné vlastníctvo aj prevádzkovanie,
- verejné vlastníctvo a súkromné prevádzkovanie,
- súkromné vlastníctvo aj prevádzkovanie,
- komunitné a užívateľské samoposkytovanie.

Kombináciou uvedených možností však nastáva teoretický problém, ktorý má ďalekosiahle dopady v praxi – problém, ktorej organizácii priznať alebo nepriznať **právo zisku**²³, ak vychádzame zo spomenutej skutočnosti, že verejnoprospešné statky a služby môžu poskytovať aj súkromné osoby a organizácie, aj tretí sektor.

V oblasti financovania zdravotníctva existujú dve dôležité otázky, ktoré určujú celkovú úroveň zdravotníctva:

- aký podiel na financovaní zdravotníctva budú mať verejné zdroje,
- aký model si zvolí krajina na verejné financovanie zdravotníctva.²⁴

²² PEKOVÁ, J.: *Veřejné finance, úvod do problematiky*. Praha : ASPI, a.s., 2008, s. 35 – 36.

²³ Práve v zdravotníckej praxi narážame oveľa viac, ako v iných rezortoch na problém tvorby zisku, ktorý sa stal na Slovensku aj medializovanou témou. Právo na tvorbu zisku je priznané napr. súkromnej farmaceutickej spoločnosti, ktorej hlavnou činnosťou je výroba a distribúcia liekov, súkromnej lekární, liečebným kúpeľom a pod. Už ťažšie sa v podvedomí občanov priznáva právo na zisk nemocnici, pretože sa predpokladá, že nemocnica má konať vo verejnom záujme a má slúžiť pre všetkým chorým občanom. Priznať právo zisku zdravotnej poisťovni považuje väčšina občanov za paradox, pretože všeobecne sa považuje, že zdravotné poisťovne iba rozdeľujú a prerozdeľujú verejné zdroje, ktoré sú povinne platené občanmi na základe zákona. Aj viacero odborníkov považuje poisťné odvody za dodatočné zdanenie.

Problém je však oveľa zložitejší, ako sa na prvý pohľad zdá. Existujú nemocnice, ktoré sú tzv. súkromnými právnickými osobami, ale pacienti môžu byť so zdravotnou starostlivosťou a službami v danej nemocnici oveľa spokojnejší, ako v tzv. verejnoprospešnej nemocnici, kde manažment nemocnice môže sledovať vlastný prospech, vlastné odmeňovanie, nehospodárne a na základe klientelizmu napr. objednáva zakázky a iné služby pre nemocnicu. Je naivné predpokladať, že predstavitelia hocijakej „verejnoprospešnej“ organizácie budú výlučne a vždy sledovať verejný záujem a verejný prospech. V tomto je práve dôležitá verejná kontrola. Pacientov de facto nezaujíma, či nemocnica má alebo nemá z právneho hľadiska priznané právo dosahovania zisku, ale na akej úrovni im bude poskytovaná zdravotná starostlivosť.

Na druhej strane vidíme v praxi, že problém zdravotníctva sa automaticky nedá vyriešiť vstupom trhovej konkurencie. Trhová konkurencia môže problémy v zdravotníctve niekedy dokonca prehĺbiť (kontrasty zdravotníctva v USA, v Holandsku; relatívne zlyhanie systému trhovej „plurality“ zdravotných poisťovní u nás a pod.).

²⁴ NEMEC, J.: *Objektivizácia financovania poskytovateľov zdravotníckych služieb*. In: *Objektivizace výdaju z veřejných rozpočtu*. Sborník referátu. Brno: Masarykova univerzita, 1997, s. 332.

Komu budú jednotlivé služby vo verejnom záujme zverené závisí od konkrétnej krajiny a jej historicky zaužívaných zvyklostí. Ak ide o verejné služby ako zdravotníctvo a školstvo, súkromný sektor tu môže vstúpiť ako poskytovateľ, ale v prevažnej miere ich musí financovať verejný sektor, pretože existuje naliehavá požiadavka na rovnaký prístup pre všetkých.²⁵ Zdravie človeka nemá iba ekonomický, ale aj etický a sociálny rozmer. Štát v oblasti zdravotníctva uplatňuje najmä alokačnú a distribučnú funkciu verejných financií.

Štúdie i praktické skúsenosti preukázali vo viacerých krajinách neefektívnosť priameho modelu (t.j. modelu, v ktorom financovanie a zároveň aj poskytovanie zdravotnej starostlivosti je riadené rovnakou organizáciou, väčšinou ministerstvom zdravotníctva). Niektoré krajiny uskutočnili reformu od priameho k nepriamemu modelu poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktorý stavia na konkurenčnom prostredí.²⁶ Z teoretického hľadiska je tento model schopný efektívnejšie transformovať peniaze na zdravotnú starostlivosť, ale pre jeho riadne fungovanie je podmienkou minimálne politické zasahovanie a nutnosť motivovať nákupcov, aby selektovali kvalifikovaných poskytovateľov, stanovovali normy, rokovali o platobných podmienkach a sledovali úroveň poskytovaných služieb. Kombináciou finančných a platobných metód je možné ovplyvniť výdavky na zdravotníctvo a súvisiacu mieru inflácie.

Ekonomia zdravotníctva je konfrontovaná s rôznorodými problémami. Nie každé zlepšenie zdravia je nevyhnutne výsledkom poskytovania finančne nákladných zdravotníckych služieb. **WHO** definuje **zdravie** ako **stav dokonalého telesného, duševného a sociálneho uspokojenia (pohody) a nielen neprítomnosť choroby alebo chyby**. Na zdravie vplýva vonkajšie prostredie (prírodné prostredie, sociálne podmienky, ekonomická úroveň, životný štýl, výživa, kultúra, sociálne vzťahy, úroveň vzdelanosti a s ňou spojená zodpovednosť za svoje zdravie, prevencia) i vnútorné faktory (dedičnosť, genetická náchylnosť na niektoré choroby, vlastná imunita).

Pre zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva automaticky nepostačí výlučne ekonomický rast, ale aj zmiernenie sociálnych rozdielov a redistribúcia získaných zdrojov. Nižšie sociálne vrstvy vzhľadom na svoje postavenie (nezamestnanosť, príp. strach zo straty zamestnania, sociálna neistota zabezpečenia rodiny a pod.) prežívajú svoju situáciu s pocitmi, ktoré negatívne a stresujúco vplývajú na ich zdravie. Problém zdravia nižších sociálnych vrstiev má teda aj psychosociálny rozmer (pocit menšej kontroly nad svojim životom, pocit menšej solidarity medzi ľuďmi) a nie je iba problémom

²⁵ Pozri BEŇOVÁ, E.: *Financie verejnoprošpešných subjektov*. Bratislava : Ekonóm, 2002, s. 8 – 9.

²⁶ Napr. Spojené kráľovstvo v roku 1989 uskutočnilo zmenu na nepriamy spôsob poskytovania zdravotnej starostlivosti známy pod názvom „vnútorný trh“.

ekonomickým (schopnosť zaplatiť poskytnutie zdravotnej starostlivosti v prípade, že nebude hrazená „tretou stranou“).

V zdravotníctve je taktiež problémom vyčíslenie získaných efektov poskytovania zdravotnej starostlivosti²⁷. Podľa ekonomickej teórie je efektívnosť definovaná ako vzťah medzi vstupmi a výstupmi. Zdroje, vkladane do rezortu sa dajú exaktne a jednoznačne kvantifikovať. Problémy sú s meraním konečného produktu – t.j. s kvantifikovaním zdravia. Odhadnúť podiel jednotlivých činiteľov – vonkajšieho prostredia, vnútorných dispozícií pacienta a podiel poskytnutia zdravotnej služby (medicínsky zákrok, užívanie farmaceutík) na zlepšení jeho zdravotného stavu je ťažko merateľné. Meranie efektívnosti v oblasti zdravotnej starostlivosti je oveľa ťažšie ako v odvetviach, kde môžeme ekonomickú činnosť jednoznačne kvantitatívne merať prostredníctvom výstupov hmotných statkov.

Keby sme uvažovali výlučne iba v rovine ekonomickej efektívnosti, dospeli by sme k záveru, že pacient má „právo“ iba na takú zdravotnú starostlivosť, ktorá vedie k zlepšeniu jeho zdravotného stavu. V praktických situáciách však narážame na dilemu, že niektoré zdravotné služby nemajú za následok zlepšenie zdravia a pritom sú poskytované z verejných zdrojov. Tu musíme okrem uplatňovania práva na zdravotnú starostlivosť nevyhnutné zohľadniť aj právo na ochranu ľudskej dôstojnosti²⁸. To sú prípady poskytovania paliatívnej starostlivosti, ktorá chráni ľudskú dôstojnosť umierajúceho, ako i poskytovanie zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti starým a nevyliciteľne chorým ľuďom.

Na základe uvedených zložitých problémov sa ukazuje, že na financovaní zdravotníctva bude musieť byť naďalej zachovaný výrazný podiel verejných prostriedkov najmä z dvoch dôvodov:

- zabezpečenie dostupnosti základnej zdravotnej starostlivosti,
- limitovanie celkového rastu výdavkov na zdravotníctvo.²⁹

Vzhľadom na to, že zdravotníctvo bude určite aj v najbližších rokoch financované predovšetkým z verejných zdrojov, štát si naďalej bude musieť ponechať výraznú právomoc a možnosť intervencie najmä za účelom redistribúcie, limitovania výdavkov, definovania siete a určenia právnych noriem v oblasti financovania zdravotníctva.

²⁷ Pozri KUVÍKOVÁ, H.: *Efektívnosť v zdravotníctve. Možnosti, spôsoby, obmedzenia*. In: Efektívnosť verejného sektoru. Sborník prací Asociace veřejné ekonomie. Brno: Masarykova univerzita, 1997, s. 214.

²⁸ Pozri ŠIMEK, J. – ŠPALEK, V. – KŘÍŽOVÁ, E. – JANEČKOVÁ, H.: *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2002, s. 119.

²⁹ NEMEC, J.: *Objektivizácia financovania poskytovateľov zdravotníckych služieb*. In: Objektivizace výdaju z veřejných rozpočtu. Sborník referátu. Brno: Masarykova univerzita, 1997, s. 335.

1.4 Etický a sociálny rozmer financovania zdravotníctva

V preambule dokumentu Zdravie 21 - Zdravie pre všetkých v 21. storočí sa uvádza: „My, členské štáty Svetovej zdravotníckej organizácie, znovu potvrdzujeme našu vernosť zásade, ktorú hlása jej Ústava, a síce, že tešiť sa z najvyššej možnej úrovne dobrého zdravia je jedným zo základných práv každého jedinca. Činiac tak, potvrdzujeme dôstojnosť a hodnotu každého človeka a rovnaké práva, rovnaké povinnosti a spoločnú zodpovednosť všetkých za zdravie. Zdôrazňujeme význam znižovania sociálnych a ekonomických rozdielov v záujme zlepšenia zdravia celej populácie. Preto je naliehavé venovať najväčšiu pozornosť tým, ktorí sú v najväčšej núdzi, ktorých ťaží zlý zdravotný stav, ktorým sa nedostáva primeranej zdravotníckej starostlivosti, alebo trpia chudobou.“³⁰

Už v 60-tych rokoch minulého storočia upozorňuje správa Rímskeho klubu („Hranice rastu“) že *„nekonečná expanzia v konečnom svete nutne vedie ku katastrofe“*. *Veľa problémov by sa vyriešilo, keby namiesto bezohľadného a nekontrolovaného rozvoja zdravotníckej technológie pre najbohatšie štáty sveta sa stala hlavným cieľom zdravotnej politiky spravodlivejšia distribúcia zdravotnej starostlivosti vo svete.*³¹

Odborná ekonomická literatúra sa začala častejšie zaoberať otázkami ekonómie zdravotníctva asi od 50 – tých rokov minulého storočia.³² Pri vstupe ekonomických hľadísk do zdravotného systému vzniká množstvo etických problémov³³ s rôznorodými protichodnými názormi od extrémneho liberalizmu (libertarianizmus) po krajný komunitarizmus, ktorého posledným pokusom bola distribúcia a rozdeľovanie statkov na základe princípov socialistického štátu.

³⁰ Úvod v deklarácii: Zdravie 21 - Zdravie pre všetkých v 21. storočí ; Svetová zdravotnícka organizácia – Regionálny úrad pre Európu, Kodaň 1999; Deklarácia zdravia ľudí vo svete prijatá delegátmi na Päťdesiatom prvom Svetovom zdravotníckom zhromaždení. Máj 1998. in: <http://www.who.sk/>

³¹ Pozri ŠIMEK, J. – ŠPALEK, V. – KRÍŽOVÁ, E. – JANEČKOVÁ, H.: *Etické aspekty transformáci zdravotníckych systémů v rozvinutých státech světa*. Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2002, s. 11.

³² **McCaffrey** (r. 1969 – výskum v oblasti vzťahov nákladov a výsledkov zdravotnej starostlivosti),
Williams (r. 1974 – formulácia základných princípov ekonomického hodnotenia zdravotnej starostlivosti),
Maynard (r. 1993 – priradenie tzv. „nepočítateľných položiek“ ako napr. bolesť, utrpenie, iné nehmotné postihnutia pacienta medzi náklady),
Drummond (r. 1993 – metodika ekonomického výskumu),
Spilker (r. 1996 – význam hodnotenia kvality života do oblasti farmakoekonomiky).

³³ Rozhodovanie v prípade financovania nových medicínskych poznatkov, liekov a nových liečebných postupov v oblasti zdravotníctva z hľadiska **etickej voľby** nie je to isté ako rozhodovanie o kúpe najnovšieho modelu auta. Ak si matka nemôže dovoliť kúpiť v hypermarkete pre dieťa drahú čokoládu alebo najnovší reklamovaný model zázračnej bábiky a dieťa robí hysterické scény, že ju chce za každú cenu, normálna matka trvá na svojom – nedovolí, aby si dieťa diktovalo nemožné. Ak však umiera bezbranné dieťa na onkologickej klinike na rakovinu, jeho matka by v tej chvíli obetovala všetky možné materiálne prostriedky, ba aj svoj život, aby sa dieťa uzdravilo. Ekonomická prednáška o analýze nákladov a efektívnom využití finančných prostriedkov je v týchto situáciách bezpredmetná.

Krajný liberalizmus tvrdí, že jednotlivec má právo ponechať si celý zisk, ktorý vytvoril. Vo svojej úvahe prichádza až k absurdnému záveru, že každý štát je nespravodlivý, pretože štát nemôže existovať bez prerozdelenia zdrojov, bez zdaňovania jednotlivcov a bez vnútorných transferov. Libertarianizmus do tejto logiky zahŕňa aj povinné zákonné zdravotné poistenie. Namietajú, že z vybraných peňazí sú liečení aj jednotlivci, ktorí do systému nijako neprispievajú a jedna skupina nútené prispieva na inú skupinu. Umiernená podoba libertarianizmu pripúšťa zásahy štátu, ale len v minimálnej miere.

Zástancovia komunitaristických názorov vychádzajú z princípu, že človek je determinovaný vo svojich sociálnych a kultúrnych vzťahoch. Pojem civilizovaný resp. kultúrny človek by nemohol existovať bez spoločenskej interakcie. Jednou zo základných ľudských potrieb je potreba „k niekomu a niekam patriť“.

Pre solidarne financovanie existujú dva základné dôvody – etický a ekonomický. Z ekonomického hľadiska by len veľmi málo ľudí bolo schopných hradiť si zdravotnú starostlivosť z vlastných prostriedkov. Etický dôvod spočíva najmä v tom, že zdravie je nutnou podmienkou rovnosti v príležitosti a zaraďuje sa medzi základné ľudské hodnoty.

Pri skúmaní tohto problému je potrebné uvedomiť si nasledovné skutočnosti:

- aby mal štát dostatok finančných prostriedkov pre starých, chorých a pod., musí mať možnosť odčerpať ich vo forme daní od ekonomicky činných subjektov,
- sociálnu spravodlivosť a uspokojovanie sociálnych potrieb na vysokej úrovni môže zabezpečiť iba vysoko produktívna ekonomika.³⁴

Výsledné prijatie podoby zdravotného systému a z toho vyplývajúce konkrétne praktizovanie zdravotnej starostlivosti musí byť kompromisom medzi rôznorodými predstavami občanov danej spoločnosti a výsledkom dohody medzi štátnou správou, poskytovateľmi a pacientmi.

Zdravotná politika každej krajiny sa v súčasnosti dostáva do vnútorného konfliktu medzi morálnym princípom, ktorý sleduje udržanie solidarity a rovnosti prístupu a medzi rozpočtovým imperatívom obmedzených finančných zdrojov. Koncepcia Paretovho optima poskytuje celú paletu možností, pri ktorých ekonomika dosahuje ekonomickú efektívnosť, ale neposkytuje odpoveď, ktoré rozhodnutia uprednostniť z hľadiska **etických kritérií**. V demokratických systémoch členovia spoločnosti rozhodujú o preferenciách svojich etických kritérií prostredníctvom politického mechanizmu³⁵.

³⁴ Pozri BEŇOVÁ, E. a kol.: *Financie a mena*. Bratislava : Ekonóm, 2003, s. 309.

³⁵ Pozri ČAPLÁNOVÁ, A., a i.: *Ekonomika a financovanie verejného sektora*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, Fakulta financií, 1997, s. 11.

Najpublikovanejšou zdravotnícko-ekonomickou analýzou (používanou osobitne v rozhodovacích procesoch v Austrálii, Kanade, Švédsku a vo Veľkej Británii) je **analýza nákladovej efektívnosti**³⁶ (**cost-effectiveness** resp. **cost effect analysis**) nazývaná aj analýza účinnosti, ktorá skúma pomer nákladov a výsledkov (výstupov) vyjadrených v prirodzených jednotkách, napr. miera úmrtnosti, počet vyliečených prípadov, počet rokov, o ktoré sa podarilo predĺžiť život alebo počet zachránených životov. Niektorí autori³⁷ ju definujú ako metódu porovnávania alternatívnych liečebných postupov, v ktorých sa odlišujú náklady na liečbu a jej následky. Výsledky alternatívnych liečebných postupov sa merajú v rovnakej nepeňažnej (prirodzenej) jednotke (získané roky života, pokles diastolického tlaku krvi a pod.) Analýza môže byť základom pre makroekonomické rozhodovanie, ale v konkrétnych prípadoch pri obmedzených finančných zdrojoch nastoľuje otázky typu: uprednostníme zaočkovanie tisíc ľudí alebo zachránime jeden ľudský život?

V zdravotníctve sa stretáva nekonečná túžba po nesmrteľnosti s prísnyim svetom ekonómie, preto musí mať solidarita presne vymedzené hranice, aby nedochádzalo k jej zneužívaniu a k plytvaniu vzácnych zdrojov na medicínsky neúčinné a ekonomicky neefektívne intervencie.³⁸

Slovensko bude musieť prejsť verejnou diskusiou o etike v zdravotníctve; o tom, aké veľké množstvo zdrojov sme ochotní dať za jeden **QALY (quality adjusted life year)**. Explicitné určenie hornej hranice však naráža na etické otázky. Napríklad Veľká Británia všetky liečebné postupy, ktoré prekročia 30 000 libier/QALY, nevpušťa na trh³⁹. Na druhej strane sú tieto postupy konfrontované s názormi, že ľudský život a zdravie predstavujú v určitom zmysle absolútne a nemerateľné hodnoty. Každý človek je vo svojej osobitosti nenahraditeľný.⁴⁰

Ekonómia predpokladá racionalitu správania ekonomických subjektov, sleduje a skúma ekonomické ciele.⁴¹ Bremeno pridelovania obmedzeného množstva zdravotnej

³⁶ Pozri HRMOVÁ, D.: *Nákladová efektívnosť – môže pomôcť zachraňovať životy?* Lekárske listy Zdravotnícke noviny, 17.2.2005.

³⁷ Pozri Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2006 – 2010, Združenie zdravotných poisťovní Slovenskej republiky, Bratislava, 2006, s. 6. In: <http://www.zzp-sr.sk>

³⁸ Preambula poslania Stredoeurópskeho inštitútu pre zdravotnú politiku - **Health Policy Institute (HPI)**, 4. bod. In: <http://www.hpi.sk/?categoryid=1>
Health Policy Institute – občianske združenie zaregistrované na Ministerstve vnútra Slovenskej republiky 27. januára 2005. Partneri HPI: Henrieta Maďarová, Peter Pažitný, Tomáš Szalay a Angelika Szalayová.

³⁹ PAŽITNÝ, P. – SZALAY, T. – SZALAYOVÁ, A. – MAĎAROVÁ, H.: *Zdravotníctvo (Health Policy Institute)*, s. 508. In: http://www.hpi.sk/images/attachments/zdravotnictvo_2005.pdf

⁴⁰ Pozri STANEK, V. a kol.: *Sociálna politika*. Bratislava : Sprint, 2002, s. 366.

⁴¹ Pozri LISÝ, J., a i.: *Ekonómia : Všeobecná ekonomická teória*. Bratislava : Iura Edition, 2002, s. 32.

starostlivosti – **rationing** je často presúvané na plecia lekárov. Pre politikov je to jednoduchšie riešenie, než hľadať viac zdrojov pre všetkých, ktorí to potrebujú.

V kapitole o etických aspektoch zdravotníckych reforiem je potrebné spomenúť, že okrem práv pacientov existuje aj problém práv lekárov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V prebiehajúcich reformných procesoch sme konfrontovaní so skutočnosťami ako právo na štrajk zdravotníkov, právo na spravodlivú mzdu za odvedenú prácu, právo na primeraný odpočinok, voľný čas a pod. V našich podmienkach sa často stretávame s apelom na etickú stránku lekárskeho poslania a povolania. Na druhej strane ak požaduje spoločnosť od lekára maximálnu zodpovednosť a sústredenosť pri práci, akú si jeho povolanie vyžaduje, je povinná pripraviť mu zodpovedajúce ekonomické, sociálne a psychologické podmienky. Pri porovnaní tabuliek, ktorými sú odmeňovaní zdravotnícki pracovníci, resp. pri porovnávaní štruktúry priemernej hrubej nominálnej mesačnej mzdy zamestnancov v hospodárstve SR za posledné roky sme nútení konštatovať, že odmeňovanie lekárov a zdravotných sestier nie je zodpovedajúce v porovnaní s ostatnými profesiami, pri ktorých pracovníci nie sú konfrontovaní so zodpovednosťou za ľudský život a zdravie.⁴²

1.5 Zdravotná politika

V ekonomickej teórii sa stretávame s rôznymi definíciami zdravotnej politiky. Niektorí autori definujú **zdravotnú politiku** ako súhrn politických aktivít, ktoré majú vplyv na zdravie a kvalitu života ľudí a spoločenských skupín⁴³.

Iná definícia pod pojmom zdravotnej politiky chápe súhrn cieľov a nástrojov umožňujúcich realizovať tieto ciele, ako aj rozhodovacích procesov a opatrení zameraných na zdravie obyvateľstva⁴⁴.

Zdravotná politika tak ako každý iný druh politiky je ovplyvnená protichodnými názormi zástancov liberalizmu a komunitarizmu. Tvorbu zdravotnej politiky podmieňuje hierarchia spoločenských hodnôt, právna a politická kultúra, morálka, etika a dosiahnutý stupeň spoločensko-ekonomického rozvoja. K hlavným subjektom zdravotnej politiky patrí vláda, parlament, ministerstvá, územné orgány štátnej správy (samospráva),

⁴² Pozri: Štruktúra priemernej hrubej nominálnej mesačnej mzdy zamestnancov v hospodárstve SR za rok 2003 podľa vybraných zamestnaní. In: Štatistická ročenka SR 2005, Štatistický úrad SR 2005 : Bratislava : VEDA, vydavateľstvo SAV, 2005, s. 100 (časť: Trh práce, tabuľka 4 – 11.)

⁴³ Pozri GLADKIJ, I. a kol. : *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, s. 11.

⁴⁴ Pozri KUVÍKOVÁ, H. – MURGAŠ, M. – NEMEC, J.: *Ekonomía zdravotníctva*. Banská Bystrica: Phoenix, 1995, s. 14.

politické strany, rôzne záujmové skupiny domácej a zahraničnej podnikateľskej sféry, medzinárodné organizácie, nadnárodné inštitúcie.⁴⁵

Problémy zdravia a poskytovania zdravotnej starostlivosti postupne prerástli národný rámec a väčšina z nich vyžadujú spoluprácu na medzinárodnej úrovni. Koordinátorom v tejto oblasti sa stala špecializovaná organizácia OSN – **Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization – WHO)**.

V roku 1945 na návrh Brazílie a Číny schválili účastníci Konferencie OSN vytvorenie nezávislej medzinárodnej zdravotníckej organizácie v rámci OSN. Medzi zakladajúce štáty patrila aj Československá republika. Za oficiálny dátum vzniku WHO sa považuje dátum **7. apríl 1948**, kedy boli uložené ratifikačné listiny u generálneho tajomníka OSN. 4. februára 1993 sa stala členom aj Slovenská republika. WHO má v súčasnosti 192 členských štátov, z toho 52 v Európe a 4400 zamestnancov v trvalom pracovnom pomere. WHO sa podieľa na výmene skúsenosti o zdravotných problémoch v jednotlivých regiónoch sveta, pomáha výchove odborníkov v oblasti verejného zdravotníctva a poskytuje materiálnu a personálnu pomoc rozvojovým krajinám. Bola iniciátorom mnohých aktivít v oblasti zdravotnej politiky napr. *Program zdravia pre všetkých do roku 2000* (metodický a organizačný návod postupu pri zdokonaľovaní zdravotníctva a v oblasti upevňovania zdravia – **health promotion**). Vplyvom významných zmien v politickom usporiadaní Európy v 90-tych rokoch vzniklo viac dôvodov na vytvorenie novej koncepcie rozvoja zdravia.

V roku 1998 schválil Európsky regionálny výbor WHO dokument **Zdravie pre všetkých v 21. storočí – zdravotná politika pre Európu**.⁴⁶ Zdôrazňuje sa pojem *politika pre zdravie (policy for health)*. Na zdravie má vplyv nielen zdravotná politika, ale politika celospoločenská (výchova a vzdelávanie, ekologická politika, hygiena, pracovné podmienky, kultúra a pod.). Dokument obsahuje 21 cieľov. Solidarita a rovnosť v oblasti zdravotníctva je zdôraznená v prvom a druhom ciele:

– cieľ č. 1 „*Po roku 2020 treba súčasné rozdiely v zdravotnom stave medzi členskými štátmi znížiť najmenej o jednu tretinu*“,

⁴⁵ Politické rozhodnutia parlamentu, ktoré nadobúdajú formu zákonov a ostatných legislatívnych noriem tvoria základný rámec zdravotnej politiky. Jedným z najťažších úloh zdravotnej politiky v Európe a súčasne aj najcitlivejším problémom prebiehajúcich transformačných procesov je zabezpečenie spravodlivého prístupu k zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov. Teória verejnej voľby však poukazuje na to, že politický proces je veľmi nedokonalý. Malá skupina jednotlivcov, ktorá získala mandát na základe relatívne malej skupiny voličov prijíma rozhodnutia, ktoré často nie sú zhodné s preferenciami ani tých voličov, ktorí vládnu skupinu volili a už vôbec nie sú totožné s preferenciami ostatných občanov spoločnosti. Vládni predstavitelia a úradníci často nie sú schopní postrehnúť mnohé nerovnosti, ktoré vstúpia z ich rozhodnutí. Na tie sú nútení upozorňovať občania prostredníctvom svojich občianskych združení (zdravotne postihnutí, odborné spoločnosti pre oblasť starostlivosti o dlhodobo chorých, o duševne chorých a pod.).

Pozri Čaplanova, A. a kol. : *Ekonomia a financovanie verejného sektora*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, Fakulta financií, 2002, s. 25.

⁴⁶ Zdravie 21 - Zdravie pre všetkých v 21. storočí ; Svetová zdravotnícka organizácia – Regionálny úrad pre Európu, Kodaň 1999; Deklarácia zdravia ľudí vo svete prijatá delegátmi na Päťdesiatom prvom Svetovom zdravotníckom zhromaždení. Máj 1998. In: <http://www.who.sk/>

- cieľ č. 2 „Do roku 2020 treba zmenšiť rozdiely v zdravotnom stave jednotlivých socio-ekonomických skupín vnútri všetkých členských štátov najmenej o jednu štvrtinu tak, že sa podstatne zlepši zdravotný stav znevýhodnených skupín.“

Oblasť financovania zdravotníctva definuje 17. cieľ – **Financovanie zdravotníckych služieb a rozdeľovanie zdrojov:**

„Do roku 2010 majú mať členské štáty trvalo udržateľný mechanizmus financovania a rozdeľovania zdrojov pre zdravotníctvo založený na zásadách rovnakého prístupu, nákladovej efektívnosti, solidarity a optimálnej kvality.

- 17.1 výdavky na zdravotníctvo majú byť primerané potrebám obyvateľstva,
17.2 zdroje treba rozdeľovať medzi podporu zdravia, ochranu zdravia, liečbu a starostlivosť, s ohľadom na dopad na zdravie, nákladovú efektívnosť a dostupné vedecké dôkazy,
17.3 systém financovania má zaručiť všeobecné pokrytie všetkých potrieb, solidaritu a trvalú udržateľnosť.“

Medzi hlavné priority WHO, na ktoré sa zameriava Slovenská republika patrí:⁴⁷

1. implementácia medzinárodných zdravotníckych predpisov (2005) s cieľom urýchlene reagovať na ohrozenie verejného zdravia v celosvetovom meradle,
2. reakcia na epidémiu chronických ochorení s dôrazom na opatrenia redukujúce rizikové faktory, ako je spotreba tabaku, nesprávna strava, fyzická nečinnosť,
3. zlepšovanie zdravotníckych systémov so zameraním na ľudské zdroje, financovanie a informovanosť o zdraví,
4. implementácia Miléniových rozvojových cieľov, z ktorých tri sa dotýkajú priamo zdravia.

Rezort zdravotníctva Slovenskej republiky participuje aj na činnosti a niektorých projektoch v **Organizácii ekonomického rozvoja a spolupráce (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD)**. OECD má 30 členských štátov. **Slovenská republika** sa stala členskou krajinou OECD **14. decembra 2000**. Väčšina krajín OECD⁴⁸ sleduje v zdravotníckej politike tri základné ciele:

- rovnosť prístupu (**equita**) pre všetkých občanov k určitému rozsahu starostlivosti,
- makroekonomickú hospodárnosť a udržanie nákladov zdravotnej starostlivosti na ekonomicky prijateľnej úrovni vzhľadom na výšku národného dôchodku,
- kvalitu zdravotnej starostlivosti a dobrý zdravotný stav obyvateľov.

⁴⁷Pozri: <http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/976ec0027178d08ac1256b15004f187c/3d22b727d078524ec12572ad003cd13e?OpenDocument>

⁴⁸ Slovenská republika je zapojená do činností jednotlivých pracovných orgánov OECD:

- Pracovná skupina pre biotechnológie (**Working Party for Biotechnology**),
- Pracovná skupina pre ľudské zdravie a biotechnológie (**Working Party on Human-health-related biotechnology**),
- Výbor pre vednú a technickú politiku (**Committee for Scientific Technological Policy**),
- Pracovná skupina národných koordinátorov pre testovacie metódy (**Working Group of National Coordinators of the Test Guidelines Programme**),
- Pracovná skupina pre správnu laboratórnú prax (**Working Party on Good Laboratory Practice**),
- Výbor pre radiačnú ochranu a zdravie (**Committee on Radiation Protection and Public Health**).

V oblasti spolupráce Slovenskej republiky s OECD je prioritou rezortu zdravotníctva v roku 2008 účasť na projektoch „Comparable Health Data and Indicators: OECD Health Data, Health at Glance, Indicators of Quality of Care (Porovnateľné zdravotnícke údaje a indikátory: Zdravotnícke údaje, Publikácia Health at Glance, indikátory kvality zdravotnej starostlivosti).⁴⁹

Ministerstvo zdravotníctva SR je gestorm **Výboru pre zdravie (Health Committee)**, v rámci ktorého sa do uvedených projektov aktívne zapája prispievaním údajov do databázy OECD. Výstupom tejto činnosti je neustála harmonizácia zbieraných zdravotníckych údajov a ukazovateľov kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Dôležitou medzinárodnou organizáciou, ktorá koordinuje zdravotnú politiku je **Rada Európy**.⁵⁰ Má 47 členov a Slovensko sa stalo členskou krajinou 30. júna 1993. Výsledkom práce expertov v pracovných komisiách sú odporúčania Rady Európy, ktoré sa po schválení Výborom ministrov Rady Európy zavádzajú v členských krajinách Rady Európy.

Závažnou zmenou vo verejnom zdravotnom poistení od 1. mája 2004 je skutočnosť, že Slovenská republika⁵¹ vstupom do EÚ začala uplatňovať princíp koordinácie systémov sociálneho zabezpečenia u migrujúcich osôb. **Nariadenie Rady EÚ č. 1408/71** o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia na zamestnancov a ich rodiny, ktorí sa pohybujú v rámci spoločenstva sa vzťahuje aj na slovenských občanov. Podľa článku 19 tohto nariadenia osoba, ktorá má bydlisko v inom štáte ako je štát, v ktorom pracuje a je poistená, si môže vybrať, kde sa jej bude poskytovať zdravotná starostlivosť, či v štáte kde pracuje alebo v štáte bydliska.

⁴⁹Pozri:<http://www.health.gov.sk/redsyst/rsi.nsf/976ec0027178d08ac1256b15004f187c/3705ba04010c4d36c12572ad0041f75a?OpenDocument>

⁵⁰ Zástupcovia rezortu zdravotníctva SR sa zúčastňujú na práci nasledovných výborov Rady Európy a pracovných skupín:

- Európska liekopisná komisia expertov pre séra a vakcíny,
- Komisia expertov zaoberajúca sa vplyvom genetiky na organizáciu poskytovania zdravotnej starostlivosti a na vzdelávanie zdravotníckeho personálu,
- Výbor Európskej zdravotnej komisie,
- Riadiaci výbor Rady Európy pre bioetiku,
- Komisia expertov zaoberajúca sa zahrnutím problematiky rozdielnosti medzi pohlaviami do zdravotnej politiky,
- Pracovná skupina na zabezpečenie kvality orgánov, tkanív a buniek pri transplantáciách,
- Komisia expertov pre organizáciu a kooperáciu orgánových transplantácií
- Výbor expertov pre transfúziu a imunohepatológiu.

Pozri:<http://www.health.gov.sk/redsyst/rsi.nsf/976ec0027178d08ac1256b15004f187c/819a64981a9669acc12572ad0044a31d?OpenDocument>

⁵¹ Slovenská republika je členom aj viacerých **bilaterálnych komisii**:

- Slovensko–bavorská komisia,
- Slovensko–poľská medzivládna komisia pre cezhraničnú spoluprácu,
- Slovensko–saská komisia,
- Zmiešaná slovensko–maďarská komisia pre zdravotníctvo, zdravotné poistenie a sociálne veci – Subkomisia pre zdravotníctvo a zdravotné poistenie.

Okrem uvedených organizácií Slovenská republika rozvíja medzinárodnú spoluprácu v oblasti zdravotníctva aj v rámci **Vyšegradskej skupiny V 4**.⁵²

8. novembra 2000 prijala vláda Slovenskej republiky dokument **Štátna politika zdravia na Slovensku**.⁵³ Vládny dokument si kládol za úlohu formulovať dlhodobé a krátkodobé ciele, stratégie a priority štátu, zamerané na podporu, ochranu, zabezpečenie a zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva a na poskytovanie zdravotnej starostlivosti občanom. Jeho deklarácie⁵⁴ však nemali v praxi významný dopad. Úlohy z oblasti ekonomiky⁵⁵, ktoré boli stanovené v Štátnej politike zdravia zostali väčšinou iba pri slovnej deklarácii bez následného zavedenia do praxe.

11. apríla 2001 bola prijatá **Charta práv pacienta v Slovenskej republike**. Charta bola vypracovaná na základe Ústavy Slovenskej republiky, platných právnych predpisov SR, dokumentov medzinárodných organizácií (OSN, WHO, EÚ, Rady Európy).

Od januára 2002 do decembra 2003 bol vypracovaný a zrealizovaný projekt na zlepšenie situácie v oblasti zvýšenia povedomia širokej verejnosti o právach pacientov. Projekt⁵⁶ bol financovaný holandskou vládou v rámci programu predvstupovej pomoci MANTRA. V ďalšom období (2002 – 2006) sa zodpovední predstavitelia prijatím šiestich zákonov (21. októbra 2004) snažili o komplexné stabilizačné opatrenia v celej oblasti zdravotníctva, ktoré mali predovšetkým zastaviť rast zadlžovania a zabezpečiť finančnú udržateľnosť systému verejného zdravotného poistenia.

⁵² Od 1 júla 2006 do 30. júna 2007, kedy zastávala predsedníctvo vo V 4 Slovenská republika sa uskutočnili nasledovné aktivity:

- konferencia *Cezhraničná spolupráca pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti – výzvy a perspektívy*,
- seminár *Príprava seniorov na zdravý životný štýl v starobe*,
- seminár *Zdravotná výchova detí a mládeže*.

Pozri: <http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/976ec0027178d08ac1256b15004f187c/a6d55fbf5d170397c12572ad004406e4?OpenDocument>

⁵³ Štátna politika zdravia v Slovenskej republike. In: www.health.gov.sk

⁵⁴ „Štátna politika zdravia chápe zdravie ako základné ľudské právo. Jej cieľom je nasmerovať záujmy a snahy všetkých zložiek spoločnosti na zdravie ako kľúčový faktor rozvoja spoločnosti a vytvoriť prostredie, v ktorom občania budú mať zaručené podmienky na podporu a ochranu svojho zdravia, právo na zdravotnú starostlivosť a na dostupnosť a rovnosť v jej poskytovaní. Pre všetky vekové a sociálne skupiny obyvateľov sa vytvoria rovnaké podmienky na udržanie zdravia, pričom platí princíp vzájomnej solidarity. Pri podpore a ochrane zdravia sa predpokladá aktívna spolupráca každého jednotlivca i celej spoločnosti. Informovaný občan bude mať možnosť slobodne a na základe jasných kritérií využívať tieto záruky.“

⁵⁵ „Úlohou ekonomiky v rámci štátnej politiky zdravia je:

- Doplniť legislatívu v oblasti financovania zdravotníctva.
- Vytvoriť podmienky na využívanie foriem nepovinného zdravotného poistenia.
- Umožniť krajským a okresným úradom, ako aj obciam prispievať na zdravotnú starostlivosť občanov z daní plynúcich priamo týmto správny orgánom.
- Motivovať podnikateľské subjekty (daňovým zvýhodnením), aby poskytovaním dotácií obohatili financovanie zdravotníctva.
- Doriešiť privatizáciu zdravotníckych zariadení a získané prostriedky použiť na zlepšenie finančnej situácie v zdravotníctve.
- Odstrániť faktickú diskrimináciu súkromných poskytovateľov zdravotníckych služieb.
- Zvyšiť ekonomickú činnosť zdravotníckych zariadení“

Štátna politika zdravia v Slovenskej republike, s.5. In: www.health.gov.sk

⁵⁶ Projekt **MAT01/SK/9/3** – Podpora práv pacientov na Slovensku. Informácia o projekte. In: www.health.gov.sk

1.6 Základné modely zdravotníckych systémov

V odbornej literatúre sa stretávame s rôznymi druhmi členenia zdravotníckych systémov na rôznych úrovniach. Odborníci v celosvetovom meradle definujú šesť alternatívnych spôsobov financovania zdravotníctva.⁵⁷

- vládny rozpočet (**government budget**),
- sociálne poistenie (**social insurance**),
- súkromné poistenie (**private insurance**),
- komunitné poistenie (**community – based insurance**),
- individuálne sporiace účty jednotlivcov na zdravotnú starostlivosť (**individual health saving accounts – HSAs**),
- hotovostná platba pacientov (**patients paying out-of-pocket**).

Zároveň sa stretávame aj s tromi alternatívnymi spôsobmi transformácie financií na zdravotnú starostlivosť:

1. **Priame poskytovanie zdravotnej starostlivosti** – financovanie aj poskytovanie zdravotnej starostlivosti je integrované a riadené rovnakou organizáciou, väčšinou je to ministerstvo zdravotníctva. Tento model je rozšírený vo väčšine rozvojových krajín. Priame poskytovanie sa viac spolieha na centrálnu plánovanie a jeho negatívnou stránkou môžu byť byrokratické pravidlá plánovania a rozpočtu.
2. **Nepriame poskytovanie zdravotnej starostlivosti** – organizácia, ktorá financuje zdravotnú starostlivosť je oddelená od organizácie, ktorá zdravotnú starostlivosť poskytuje. Nepriame poskytovanie sa spolieha na vplyv trhu. Nemocnice, kliniky a lekári si vzájomne konkurujú o pacientov. V ideálnom prípade by sme mohli predpokladať, že finančné agentúry (nákupcovia) by sa spoliehali na hospodársku súťaž a uzatvorili by zmluvy s poskytovateľmi s vyššou kvalitou a nižšou cenou.

V rámci nepriameho poskytovania rozlišujeme:

- a.) **Verejný trustový model (public trust model)** – v tomto modeli ako nákupca vystupuje vládna agentúra, ktorá nakupuje zdravotnícke služby od verejných a súkromných poskytovateľov, ktorí pôsobia na konkurenčnom trhu (tento model funguje napr. v Thajsku a na Filipínach). Zamestnanci vládnej agentúry musia konať

⁵⁷ HSIAO WILLIAM C.: *Why Is A Systemic View Of Health Financing Necessary?*
HEALTH AFFAIRS ~ Volume 26, Number 4, July/August 2007, s. 950 – 961.
In: <http://www.hsph.harvard.edu/phcf/publications/Hsiao.2007.systemic.view.of.hlth.fin.pdf>

vo verejnom záujme a v záujme tých, ktorých zastupujú, ináč sa tento model stane nefunkčným.⁵⁸

- b.) **Zastupujúci model („surrogate“ model)** – vláda financuje zdravotnú starostlivosť, ale nákupnú funkciu deleguje na súkromných sprostredkovateľov (napr. súkromné poisťovacie spoločnosti, vlastníci fondov, miestne družstvá, zdravotné rady obcí a samospráv, všeobecní lekári a pod. Zastupujúci model môže mať dve formy:
- konkurenčný manažment (napr. Spojené kráľovstvo, Kolumbia),
 - manažment miestnej samosprávy (napr. Tanzánsky samosprávny zdravot. fond).

V európskych krajinách sa stretávame s jednoduchším členením:

- **Bismarckov model** založený na povinnom verejnom zdravotnom poistení,
- **Beveridgeov model** národnej zdravotnej služby, financovaný zo ŠR

V Európskej únii do obdobia jej rozšírenia prevládal model národnej zdravotnej služby, vstupom nových krajín po roku 2004 prevláda model povinného sociálneho a zdravotného poistenia. Takmer všetky postsocialistické a transformujúce sa štáty strednej a východnej Európy sa rozhodli dať prednosť systému povinného zdravotného poistenia pred modelom národnej zdravotnej služby. Ich voľba mala viacero dôvodov.⁵⁹

- 1) Model národnej zdravotnej služby pripomínal **Semaškov model** – centralisticky riadený štátnorozpočtový systém financovania zdravotníctva, ktorý zaviedol komisár a minister zdravotníctva Nikolaj Semaško v Rusku v roku 1918 a bol používaný počas socialistickej éry v takmer všetkých socialistických krajinách.
- 2) Zmena na poistný model financovania bola podporovaná názormi, že systém bude menej závislý od štátnej správy.
- 3) V prospech výberu poistného modelu bol aj historický vývoj v našej krajine. Do roku 1948 bolo v Československej republike zdravotné a sociálne zabezpečenie realizované prostredníctvom Bismarcovho poistného modelu.

Bismarckov model sociálneho poistenia je v súčasnosti uplatňovaný v krajinách Nemecko, Francúzsko, Belgicko, Holandsko, Luxembursko, Rakúsko, Japonsko. Z postsocialistických krajín strednej a východnej Európy je zavedený u nás, v Českej republike, Poľsku (**National Health Fund**)⁶⁰, Maďarsku (**the Health Insurance Fund**,

⁵⁸ Ak chceme dôsledne analyzovať úspešnosť akejkoľvek vládnej intervencie, musíme brať do úvahy aj správanie konkrétnych ľudí, ktorí vykonávajú zmenu a intervenciu – t.j. štátnych úradníkov. Ekonomická analýza vychádza z toho, že aj úradníci maximalizujú svoju úžitkovú funkciu. Vzniká otázka – budú robiť všetko v prospech úspešnosti vládnej intervencie? Budú konať vo verejnom záujme? Alebo ich bude zaujímať osobný prospech? Keďže v ekonomike neplatí nič absolútne – ani na tieto otázky neexistujú jednoznačné odpovede. V štátnom aparáte a vo vládných funkciách budú zastúpené najrozličnejšie konkrétne spôsoby správania sa.

Pozri MEDVEĎ, J. – NEMEC, J. : *Mikroekonomické východiská verejných financií*. Bratislava : SPRINT, 2004, s. 95.

⁵⁹ Pozri KOVÁČ, E.: *Zdravotné poistenie – zdravotnopolitické a ekonomické súvislosti*. Bratislava : Motýľ, 2003, s. 42.

⁶⁰ Pozri Health Systems in Transition – Poland, s. 9 – 10, © World Health Organization 2005, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. In: <http://www.who.dk/Document/E88670.pdf>

the National Health Insurance Fund Administration)⁶¹, Slovinsku (The Health Insurance Institute of Slovenia)⁶², Chorvátsku (the Croatian Health Insurance Institute)⁶³, Rumunsku (National Health Insurance Fund)⁶⁴.

V Litve bol do roku 1997 používaný systém financovania z rozpočtu. Od roku 1997 je uplatňovaný poisťný systém (the State Social Insurance Agency, the Statutory Health Insurance Fund)⁶⁵. Poisťný systém je uplatňovaný od roku 1998 aj v Lotyšsku (the State Compulsory Health Insurance Agency)⁶⁶ a v Estónsku od r. 1992 (the Health Insurance Law)⁶⁷.

Beveridgeov model Národnej zdravotnej služby sa používa vo Veľkej Británii, Írsku, Švédsku, Nórsku, Fínsku, Dánsku, Španielsku, Portugalsku, Taliansku, Grécku. Pre tento systém sa niekedy používa aj termín „financovanie na báze daňovej ceny“ resp. „zo všeobecného zdaňovania“⁶⁸

Prototypom **decentralizovaného financovania** s prevahou trhového systému je USA. Je to jediná priemyselne vyspelá krajina, kde bolo zdravotníctvo ponechané na pôsobenie trhu a ktorá neuznáva právo na zdravotnú starostlivosť ako občianske právo. Krajne liberálne (libertariánske) teórie považujú povinnosť odvádzať zo svojich príjmov príspevky do verejných poisťných fondov ako nelegitímne násilie zo strany štátu⁶⁹. Donucovanie občanov prostredníctvom legislatívy vstúpiť do verejného zdravotného systému považujú za neprípustné. Solidaritu s inými občanmi uznávajú iba vo forme dobrovoľnej charity. Tieto názory sú doteraz základom pre oficiálnu zdravotnú politiku v USA.

V reálnej podobe má však každý základný typ zdravotníckeho systému veľa modifikácii v závislosti od konkrétneho uplatňovania v danej krajine. Príloha č. 1 dokumentuje rôznorodý mechanizmus financovania zdravotných systémov v západoeurópskych krajinách a USA.⁷⁰

⁶¹ Pozri Health Care Systems in Transition 2004 – Hungary, s. 12, © WHO Regional Office for Europe on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. In: <http://www.who.dk/Document/E84926.pdf>

⁶² Pozri Health Care Systems in Transition 2002 – Slovenia, s. 15, © European Observatory on Health Care Systems, 2002. In: <http://www.who.dk/document/E76966.pdf>

⁶³ Pozri Health care systems in Transition – Croatia, s. 7–8, © European Observatory on Health Care Systems 1999. In: <http://www.who.dk/document/e68394.pdf>

⁶⁴ Pozri Health care systems in Transition – Romania, s. 11, © European Observatory on Health Care Systems 2000. In: <http://www.who.dk/document/e71423.pdf>

⁶⁵ Pozri Health Care Systems in Transition 2000 – Lithuania, s. 12, © European Observatory on Health Care Systems 2000. In: <http://www.who.dk/Document/E69920.pdf>

⁶⁶ Pozri Health Care Systems in Transition 2001 – Latvia, s. 8, © European Observatory on Health Care Systems 2001. In: <http://www.who.dk/document/e72467.pdf>

⁶⁷ Pozri Health Care Systems in Transition 2000 – Estonia, s. 8,13, © European Observatory on Health Care Systems 2000. In: <http://www.who.dk/document/e68876.pdf>

⁶⁸ Pozri KUVÍKOVÁ, H. – MURGAŠ, M. – NEMEC, J.: *Ekonomía zdravotníctva*. Banská Bystrica: Phoenix, 1995, s. 24.

⁶⁹ Pozri ŠIMEK, J. – ŠPALEK, V. – KRÍŽOVÁ, E. – JANEČKOVÁ, H.: *Etické aspekty transformáci zdravotníckých systému v rozvinutých státech světa*. Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2002, s. 98.

⁷⁰ Pozri Who Europe, Health for all Database 2000, www.who.dk In: http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/RZ_Data.pdf

Autori publikácie Management ve zdravotníctví uvádzajú nasledovné výhody a nevýhody jednotlivých typov zdravotníckych systémov:

Tabuľka č. 5 **Výhody a nevýhody jednotlivých typov zdravotníckych systémov**

Typ zdrav. systému	Výhody	Nevýhody
Zmiešaný systém s prevahou liberalistických prvkov (USA, niektoré juhoamerické štáty)	1. Veľký výber kvalitných služieb 2. Podporuje rozvoj medicínskych technológií 3. Podporuje súťaživosť medzi zdravotníckymi zariadeniami	1. Nízka dostupnosť kvalitnej zdrav. starostlivosti pre nemajetných a chudobných občanov 2. Vysoký podiel nákladov na administratívu 3. Nedostatočná preventívna starostlivosť 4. Nedostatočná vzájomná nadväznosť zdravotnej starostlivosti
Systém založený na povinnom zdravotnom poistení (prevažná časť západoeurópskych štátov)	1. Vysoká dostupnosť základnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých obyvateľov 2. Dostatočná rôznorodá ponuka zdravotníckych služieb 3. Vyhovujúca sieť zdravotníckych zariadení 4. Vyhovujúca nadväznosť zdravotníckych služieb 5. Podpora primárnej starostlivosti 6. Primerané náklady	1. Časť prostriedkov „spotrebujú“ zdravotné poisťovne pre svoju činnosť 2. Dôraz je kladený na liečebnú starostlivosť 3. Zdravotné poisťovne sa niekedy dostávajú do finančných ťažkostí a majú tendenciu riešiť finančné problémy na účet svojich poistencov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti 4. Administratívna ťažkopádnosť
Národná zdravotná služba (Veľká Británia a niektoré európske štáty)	1. Všeobecná dostupnosť služieb 2. Dostatočná ponuka služieb 3. Primeraná pozornosť prevencii 4. Dobře riešená nadväznosť služieb 5. Nízke náklady na zdravotnícke služby 6. Dobře koordinované záujmy účastníkov zdravotnej starostlivosti	1. Nedostatok prostriedkov na investovanie 2. Problémy s financovaním v dobe ekonomickej recesie 3. Dlhé čakacie doby na neurgentné veľké operácie 4. Nedostatočná motivácia občanov k starostlivosti o vlastné zdravie 5. Podpora nesúťaživého systému
Socialistický model (rezídua v niektorých krajinách bývalého ZSSR, Kuba)	1. Všeobecná dostupnosť služieb 2. Pozornosť venovaná prevencii 3. Nadväznosť služieb 4. Racionálne vytvorená sieť zdravotníckych zariadení	1. Nízka výkonnosť systému 2. Chronický nedostatok prostriedkov 3. Ekonomické brzdy technického rozvoja 4. Nedostatočná motivácia občanov k starostlivosti o vlastné zdravie 5. Úplné nesúťaživé prostredie 6. Nízke ekonomické ohodnotenie práce lekárov a ostatných pracovníkov rezortu

Zdroj: GLADKIJ, I. a kol. : *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, s. 28.

1.7 Príčiny reforiem zdravotníckych systémov

V 60-tych a 70-tych rokoch minulého storočia nastal výrazný rozvoj niektorých oblastí aplikovanej ekonómie, medzi nimi aj ekonómie zdravotníctva.⁷¹ V tomto období bola podrobnejšia riešená aj analýza problémov nákladovosti a efektívnosti moderného zdravotníctva. Ukázalo sa, že zdravotníctvo je najinflačnejším sektorom hospodárstva, v ktorom náklady a ceny rastú rýchlejšie ako ceny v iných odvetviach a rýchlejšie ako celkový hrubý domáci produkt.

Medzi autorov, ktorí sa v svojich prácach začali venovať ekonomickej stránke zdravotnej starostlivosti patria najmä **McCaffrey** (r. 1969 – výskum v oblasti vzťahov nákladov a výsledkov zdravotnej starostlivosti), **Williams** (r. 1974 – formulácia základných princípov ekonomického hodnotenia zdravotnej starostlivosti), **Maynard** (r. 1993 – priradenie tzv. „nepočítateľných položiek“ ako napr. bolesť, utrpenie, iné nehmotné postihnutia pacienta medzi náklady), **Drummond** (r. 1993 – metodika ekonomického výskumu), **Spilker** (r. 1996 – význam hodnotenia kvality života do oblasti farmakoekonomiky). 25 % spoluúčasť pacientov odporúčajú Buchanan (štúdie z roku 1991), Newhouse (z roku 1993) a Manning (z roku 1996).

V niektorých oblastiach aplikovanej ekonómie (napr. farmakoekonomika) sa prejavil v praxi **tzv. zákon klesajúcich výnosov**, ktorý hovorí, že po dosiahnutí určitého štandardu treba na dosiahnutie ďalšieho, relatívne malého efektu venovať oveľa väčší objem finančných zdrojov ako pri predchádzajúcich obdobných krokoch (kde boli liečebné efekty porovnateľne väčšie).⁷²

Postupne vznikli a rozvinuli sa rôzne **nákladové štúdie** napr:

- **CEA (cost effectiveness analysis** resp. **cost effect analysis)** – analýza účinnosti,
- **CBA (cost benefit analysis)** – analýza prospešnosti,
- **CUA (cost utility analysis)** – analýza využiteľnosti,
- **CMA (cost minimalisation analysis)** – analýza minimalizácie nákladov.

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. Vývoj financovania zdravotníctva vo vyspelých

⁷¹ Pozri ČAPLÁNOVÁ, A. a i.: *Ekonomía a financovanie verejného sektora (vybrané problémy)*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, Fakulta financií, 1997, s. 227.

⁷² BIELIK, J.: *Farmakoekonomika – úvod do problematiky*. Lekárske listy : odborná príloha Zdravotníckych novín č. 7 / 2004, s. 4.

krajínach prostredníctvom niektorých vybraných ukazovateľov za posledné dve desaťročia je znázornený a analyzovaný v kapitole 3.

Dlhodobé štatistické porovnávania výšky HDP a celkových výdavkov, vynakladaných na zdravotníctvo vo väčšine krajín EÚ ukazujú, že výdavky na zdravotníctvo predstihujú tempo rastu HDP.⁷³ Následne vzniká chronický deficit verejných financií. Hlavné **dôvody zvyšovania výdavkov na zdravotníctvo** sú nasledovné:

- rýchly vývoj nákladných lekárskeho technológií a medicínskeho výskumu, ktorý predstihuje možnosti financovania,
- rýchly rozvoj farmaceutického priemyslu a následný rast cien liekov (farmaceutický priemysel je spolu s informačnými technológiami najrýchlejšie sa rozvíjajúcimi priemyselnými odvetvami),
- zmena demografického zloženia obyvateľstva vo všetkých krajinách Európy, znižovanie prirodzeného prírastku, starnutie populácie,
- rozšírenie civilizačných chorôb, chronifikácia chorôb,
- zvyšovanie požiadaviek pacientov z dôvodu ich vyššej vzdelanosti, lepšej informovanosti a vplyvu reklám nadnárodných farmaceutických spoločností,
- morálny hazard pri úhradách z verejného zdravotného poistenia (syndróm platieb tretej strany) tak na strane pacientov ako i poskytovateľov.

Z uvedeného vyplýva, že stály rast nákladov na zdravotníctvo je podmienený rastom HDP.⁷⁴ Ak rýchlosť rastu nákladov na zdravotníctvo prebehne rýchlosť rastu HDP, teoreticky môžeme vypočítať, v ktorom roku by zdravotná starostlivosť „spotrebovala“ 100 % HDP.

Všetky rozvinuté štáty sveta vrátane USA sa zaoberajú potrebou transformácie zdravotníckych systémov. Americký prezident Bill Clinton mal prísľub zdravotníckej reformy dokonca vo svojej predvolebnej kampani. Reformné snahy v USA sa však paradoxne snažia posilniť otázku spravodlivosti, rovnosti a zlepšiť prístup k zdravotnej starostlivosti pre všetkých vzhľadom na to, že 47 miliónov Američanov nie je poistených a nemá prístup k zdravotnej starostlivosti.⁷⁵

⁷³ Pozri KOVÁČ, E.: Zdravotné poistenie – zdravotnopolitické a ekonomické súvislosti. Bratislava : Motýľ, 2003, s. 43

⁷⁴ Pozri BEŇOVÁ, E.: *Financie verejnoprospěšných subjektov*. Bratislava : Ekonom, 2002, s. 95.

⁷⁵ COLLINS S.R. et al.: *Why Rising Exposure to Health Care Costs Threatens the Health and Financial Well – Being of American Families*. Správa č. 953 (New York: Commonwealth Fund, September 2006)

Európa na rozdiel od USA posilňuje úlohu trhu v oblasti zdravotníckych reforiem. Porovnanie rastu HDP a nárastu výdavkov na zdravotníctvo uskutočnili viacerí odborníci. V nasledujúcej tabuľke uvádzame výsledok výskum amerického profesora ekonómie Wiliama C. Hsiao.⁷⁶

Tabuľka č. 6 **Nárast vo výdavkoch na financovanie zdravotníctva a hrubý domáci produkt**

Krajiny sú rozdelené podľa príjmu. Údaje sú spriemerované za obdobie 1998 – 2003
Priemery predstavujú váženú populáciu. Rast je „per capita“ a zohľadňuje infláciu.
Delenie krajín podľa príjmov vychádza z definície Svetovej banky.

Príjem krajiny	Počet krajín	Priemerný ročný nárast HDP (%)	Priemerný ročný nárast výdavkov na zdravotníctvo (%)	Rozdiel medzi rastom HDP a výdavkami (percentuálne body)
Vysoký	32	1,79	4,07	2,29
Vyšší stredný	34	2,45	3,51	1,06
Nižší stredný	43	5,39	8,09	2,69
Nízky	50	2,83	4,40	1,57
Všetky	159	3,63	5,71	2,08

Zdroj: Svetová banka, Ukazovatele svetového vývoja (Washington: Svetová banka; 2006) a Svetová zdravotnícka organizácia, Svetová zdravotnícka štatistika 2006 (Ženeva: WHO; 2006)

In: HSIAO WILLIAM C.: *Why Is A Systemic View Of Health Financing Necessary?*
HEALTH AFFAIRS ~ Volume 26, Number 4, July/August 2007, s. 957.
<http://www.hsph.harvard.edu/phcf/publications/Hsiao.2007.systemic.view.of.hlth.fin.pdf>

Autori Šimek, Špalek, Křížová, Janečková vo svojej publikácii *Etické aspekty transformáci zdravotníckych systému v rozvinutých štátoch sveta* uvádzajú štyri základné dôvody pre radikálne zmeny v zdravotníctve:⁷⁷

- postkomunistické štáty sa snažia aj v tejto oblasti zbaviť neblahého dedičstva štátneho dirigizmu,
- všetky štáty sveta (bez rozdielu na ich doterajší historický vývoj) sa snažia zastaviť trendy neúnosného zdražovania zdravotníckych systémov, ktoré spôsobuje najmä rýchly rozvoj zdravotníckej vedy a technológie,

⁷⁶ Profesor William C. Hsiao sa vyjadril na tému zvyšovania finančných prostriedkov do zdravotníctva nasledovne:

„Mobilizácia zdrojov na zdravotnú starostlivosť si na celom svete získava stále väčšiu pozornosť. Miliardy dolárov v nových fondoch putujú na zdravotnú starostlivosť v krajinách s nízkou a strednou úrovňou príjmov. Tieto peniaze však bohužiaľ nemôžu byť transformované do účinnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti, ktorá by pomáhala chudobnej a zraniteľnej skupine ľudí v týchto krajinách, pokiaľ vlády neprijmú systematické kroky k financovaniu zdravotnej starostlivosti... Peniaze automaticky neprodujú účinnú, spravodlivú a efektívnu zdravotnícku starostlivosť. Viac peňazí spotrebovaných v zdravotníctve neznamená nevyhnutne lepšie zdravotnícke výsledky. Zvolený spôsob financovania má zásadný význam, pretože určuje zdieľanie rizika a rozdelenie nákladového bremena... Viac peňazí je potrebnou, i keď nedostatočnou podmienkou pre lepšie zdravotníctvo.“

In: HSIAO WILLIAM C.: *Why Is A Systemic View Of Health Financing Necessary?*
HEALTH AFFAIRS ~ Volume 26, Number 4, July/August 2007, s. 950.
In: <http://www.hsph.harvard.edu/phcf/publications/Hsiao.2007.systemic.view.of.hlth.fin.pdf>

⁷⁷ Pozri ŠIMEK, J. – ŠPALEK, V. – KŘÍŽOVÁ, E. – JANEČKOVÁ, H.: *Etické aspekty transformáci zdravotníckych systému v rozvinutých štátoch sveta*. Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2002, s. 6.

- existuje potreba zvrátiť proces dehumanizácie medicíny, ktorý vznikol najmä v súvislosti s rozvojom technologickej medicíny,
- vzniká nutnosť organizácie a kontroly celoživotného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

Svetová zdravotnícka organizácia **WHO** usporiadala reformy do **4 základných skupín**:⁷⁸

1. Stratégie zamerané na riešenie obmedzených zdrojov najmä na makroúrovni:
 - získavanie ďalších zdrojov presunom z iných oblastí verejného sektora
 - zvýšenie poistného alebo daní,
 - väčší podiel z HDP na zdravotníctvo,
 - regulácia ponuky služieb (zníženie počtu lekárov, nemocničných lôžok, globálne a prospektívne rozpočty, prenos starostlivosti zo sekundárnej na primárnu zdravotnú starostlivosť),
 - obmedzenie dopytu (spoluúčasť pacientov, obmedzenie k niektorým službám, prenos časti nákladov na jednotlivca),
2. Stratégie zamerané na zachovanie rovnosti prístupu k zdravotnej starostlivosti so zreteľom na nezvyšovanie tlaku na zdroje (v európskom priestore sa historicky vyvinuli tri systémy financovania – Beveridgeov model, Bismarcov model a Semaškov model),
3. Zlepšenie alokácie zdrojov (zdokonalenie foriem kontraktov a úhrad, regulácia spotreby liekov, uplatňovanie princípu „platca háji záujmy svojich klientov“),
4. Zvýšenie efektívnosti služieb (zlepšovanie medicínskych postupov, zvyšovanie úrovne riadenia, reštrukturalizácia nemocníc, posilnenie úlohy primárnej starostlivosti).

Realizácia reforiem zdravotných systémov naráža na viacero problémov.⁷⁹ nedostatok politickej vôle, vhodná resp. nevhodná legislatíva, zlé načasovanie jednotlivých reformných krokov, nedostatok vhodných informačných systémov, nezainteresovanie všetkých účastníkov zmien do reformného procesu, nesprávne resp. nepresné formulovanie cieľov reformy, ťažkosti s financovaním zmien. Úspešné zaviesenie reformy svojho zdravotného systému nedokončila žiadna krajina na svete. Stále existuje realita obmedzenosti zdrojov a nutnosť účelného využívania prostriedkov. Téma rovnosti a dostupnosti k zdravotnej starostlivosti tvorí podstatu všetkých

⁷⁸ Pozri STANEK, V. a kol.: *Sociálna politika*. Bratislava : Sprint, 2006, s. 352 – 353.

⁷⁹ Pozri STANEK, V.: *Hlavné črty reforiem zdravotníctva v Európe*. In: *Ekonomické rozhľady* 3 / 2003 (Economic review. Volume XXXII. ISSN 0323-262X), s. 394.

rozhodnutí v oblasti zdravotnej politiky. Na nevyhnutnosť, spôsoby a rýchlosť zavádzania zdravotníckych reforiem majú odborníci z oblasti medicíny a ekonómie, predstavitelia politického života, zástupcovia zdravotných poisťovní, odborných profesijných lekárskech združení často **protichodné názory**.

Potreba zdravotníckych reforiem bola v období rokov 2002 – 2006 zdôvodňovaná najmä znižovaním fiškálneho deficitu, dosiahnutím dlhodobej udržateľnosti verejných financií a zabezpečením makroekonomickej stability.⁸⁰ Autori viacerých publikácií na tému reforiem v zdravotníctve Peter Pažitný a Rudolf Zajac tvrdia, že vyšší podiel súkromných zdrojov na financovaní zdravotníctva je nevyhnutný.⁸¹ Finančnú spoluúčasť pacientov na poskytnutej zdravotnej starostlivosti zdôrazňuje aj Združenie zdravotných poisťovní na Slovensku.⁸²

Sú tu však aj oponujúce názory. Významný britský ekonóm Ralf Dahrendorf vyjadruje svoj názor o verejných službách:

„Musíme sa mať na pozore pred príliš obchodne orientovaným prístupmi k verejným službám. Znižovanie čakacích lehôt v nemocniciach prinútilo lekárov ošetrovať menej závažné ochorenia rýchlejšie a pacientov s vážnejšími diagnózami nechať úplne mimo poradovníka... V niektorých okamihoch a v niektorých krajinách treba služby, ktoré nemusia byť verejné, privatizovať a poskytovať ich podľa pravidiel podnikania, aby došlo k ich zlepšeniu alebo aby vôbec fungovali. Kľúčové verejné služby v zdravotníctve, školstve, doprave a niekoľkých ďalších oblastiach však zostanú navždy tým, čím sú, teda službami, a preto bude nutné ich hodnotiť komplexnejšie, než len prostredníctvom merateľných cieľov.“⁸³

⁸⁰ „V sociálnej oblasti bude SR presadzovať politiku, ktorá vedie k individuálnej zodpovednosti jednotlivca a jeho rodiny za riešenie vlastnej situácie a za vytvorenie adekvátneho sociálneho a ekonomického zázemia. Uskutočnené reformy vytvárajú reálne predpoklady na to, aby malo Slovensko aj v budúcnosti kvalitnú a dostupnú zdravotnú starostlivosť, spravodlivé dôchodky odzrkadľujúce skutočnú aktivitu jednotlivcov počas ekonomicky aktívneho života.“

Pozri Konvergenčný program na roky 2005 až 2010; Ministerstvo financií SR, november 2005, s. 47.

⁸¹ „Spoluúčasť občana na zdravotnej starostlivosti je prvým skutočným krokom k reforme zdravotníctva.“ (s. 28)
„Jednoznačným cieľom reformy je zníženie očakávaní občanov voči zdravotnému systému a posilniť ich pocit zodpovednosti za vlastné zdravie.“ (s. 99)

„Dnešný štedrý rozsah starostlivosti je dlhodobo neudržateľný a len naďalej upevňuje vysoké očakávania občanov. Žiadna ekonomika, tobôž slovenská, si nemôže dovoliť poskytovať všetku zdravotnú starostlivosť bezplatne. Preto máme ambíciu korigovať automatické očakávania ľudí jasným a jednoznačným definovaním tých zdravotníckych služieb, ktoré budú naďalej plne alebo čiastočne hrazené z povinného zdravotného poistenia.“ (s. 132)

Pozri PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov*. Bratislava : Združenie Pre reformu zdravotníctva, 2004. Na internete: In: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/BielaKniha.pdf>

⁸² „Spoluúčasť pacienta je prirodzenou súčasťou efektívneho poskytovania zdravotnej starostlivosti, pričom jej výška je podľa významných medzinárodných štúdií doporučená na úrovni 25 % z nákladov na zdravotnú starostlivosť. Existuje snaha štátu ako tvorcu zdravotnej politiky definovať tzv. solidárny balík tak, aby zodpovedal disponibilným zdrojom zdravotných poisťovní a nevytváral zbytočné pnutie medzi očakávaniami občanov, vyplývajúcimi z ústavou deklarovanej bezplatnosti, a ekonomickou realitou.“

Pozri Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2006 – 2010, Združenie zdravotných poisťovní Slovenskej republiky, Bratislava, 2006, s. 6. In: <http://www.zzp-sr.sk>

Členmi združenia zdravotných poisťovní na Slovensku v roku 2006 boli Apollo zdravotná poisťovňa a.s., Dôvera zdravotná poisťovňa a.s., Sideria zdravotná poisťovňa a.s., Union zdravotná poisťovňa a Európska zdravotná poisťovňa a.s. Európska zdravotná poisťovňa je v súčasnosti v likvidácii.

⁸³ Pozri DAHRENDORF, R.: *Kedy sú verejné služby úspešné?* In: SME 23.12.2003, s. 9. © Project Syndicate
Ralf Dahrendorf je členom britskej Snemovne lordov, bývalým riaditeľom London School of Economics a bývalým rektorom St. Anthony's College v Oxforde.

Autori William C. Hsiao a Peter S. Heller vo svojej publikácii „*What Macroeconomists Should Know about Health Care Policy*“⁸⁴ uvádzajú niektoré problémy v sektore zdravotníctva strednopříjmových tranzitných ekonomík, ktoré si vyžadujú reformné opatrenia. Sumarizácia týchto problémov sa nachádza v nasledujúcej tabuľke.

Tabuľka č. 7 **Strednopříjmové tranzitné ekonomiky. Sumarizácia všeobecných problémov v sektore zdravotníctva, reformné opatrenia a dôsledky**

Hlavný problém	Reformné opatrenie	Dôsledky	Nápravné kroky
Nedostatok všeobecných príjmov na sústavné poskytovanie financovania zdravotníctva zo strany vlády	Zriadiť povinné sociálne (zdravotné) poistenie. Pacienti si môžu vybrať poskytovateľov, peniaze nasledujú pacientov, z poisťok sa vyplácajú poskytovatelia služieb na základe bezplatnosti za službu. (pacient priamo neplatí lekárovi za ošetrovanie)	Náhla inflácia výdavkov, niektoré zdravotné poisťné plány skrachujú. Vlády musia pomôcť z problémov niekoľkým poisťným plánom.	Zníženie sadzieb poskytovateľom, zmena spôsobu platieb, avšak pri nízkej kontrole kvantity služieb.
Požiadavka zo strany lekárov a zdravotníckeho personálu na zvýšenie príjmov	Legalizácia súkromných zdravotníckych zariadení.	Prudká inflácia cien a nárast v kvantite služieb, čo spôsobuje deficity pre určité plány zdravotného poistenia. Náklady na zdravotníctvo sa presúvajú na domácnosti. Vytvára sa dvojvrstvový systém zdravotnej starostlivosti.	Poisťné plány sa menia z bezplatného (a teda nepodliehajúceho inflácii) spôsobu na spôsob kapitačný (na hlavu) alebo na prípad. Poskytovatelia zvyšujú kvantitu poskytovaných služieb a spolplatňujú domácnosti, aby vykryli výpadok príjmov.
Nadbytok postelí, lekárov a zdravotníckeho personálu	Decentralizácia štátnych nemocníc a polikliník do rúk miestnej samosprávy.	Bremeno sa presúva na miestne samosprávy. Nedochádza k podstatnému zníženiu ani postelí, ani zdravotníckeho personálu vo verejnom sektore. Pokračuje neefektívnosť a zjavná byrokracia.	Nevyhnutná ale bolestivá racionalizácia programov vrátane rekvalifikácie.
Dopyt po vyššej kvalite zdravotnej starostlivosti	Umožnenie súkromných poisťovní, podpora rozvoja súkromných nemocníc, liberalizácia farmaceutického dovozu.	Prudká inflácia výdavkov na zdravotnú starostlivosť sa presúva na domácnosti. Vytvára sa dvojvrstvový systém zdravotníckej starostlivosti.	Súkromné poisťné plány znižujú (redukujú) platby poskytovateľom, čím presúvajú náklady na domácnosti.

Zdroj: Svetová banka, Správa o svetovom rozvoji, 2006

In: Hsiao William C. – Heller Peter S.: *What Macroeconomists Should Know about Health Care Policy*. International Monetary Fund. IMF Multimedia Services Division. Washington, DC, 2007, s. 86.
In: <http://www.hsph.harvard.edu/phcf/publications/HsiaoHeller2007.pdf>

⁸⁴ Hsiao William C. – Heller Peter S.: *What Macroeconomists Should Know about Health Care Policy*. International Monetary Fund. IMF Multimedia Services Division. Washington, DC, 2007, s. 86.
In: <http://www.hsph.harvard.edu/phcf/publications/HsiaoHeller2007.pdf>

Najdôležitejším problémom, ktorý riešili a aj v súčasnosti riešia všetky prebiehajúce zdravotnícke reformy nie je otázka, ktorý z dvoch základných modelov (Bismarckov alebo Beveridgeov) zvoliť, ale ako vhodne skombinovať výhody obidvoch a v akej únosnej miere doplniť systém priamymi platbami pacientov za zdravotnícke služby, resp. súkromným pripoistením. Rozumná racionalizácia sa nepovažuje za antisociálne riešenie.⁸⁵ Problém rozlíšenia, na ktorú zdravotnú starostlivosť a v akom rozsahu má občan nárok z verejných zdrojov tvorí jadro zdravotníckych reforiem v každej krajine. Kombinácie rôznych foriem financovania – zároveň s odlišným stupňom centralizácie a decentralizácie a rôznym percentom podielu vstupu trhu do oblasti zdravotných služieb vytvárajú pestrú zmes hybridných modelov. Pokračujúce reformy budú charakteristické vzájomným približovaním sa – **konvergenciou dvoch základných modelov**.⁸⁶

Okrem prelínania modelov a rôznych stupňov centralizácie nastupuje aj do oblasti zdravotníckeho sektora globalizácia a internacionalizácia a to najmä v dôsledku migrácie obyvateľov. Voľný pohyb osôb a otvorený pracovný trh vyžaduje potrebu zabezpečenia nielen urgentného zdravotného ošetrovania, ale aj systematického poskytovania zdravotných služieb pre občanov z iných krajín, ktorí sa na rôznu dobu zdržiavajú v cudzine. Nárast podielu súkromného kapitálu v zdravotných službách zvyšuje tendenciu prenikania tovarov, služieb a kapitálu do iných krajín prostredníctvom medzinárodných spoločností a rôznych korporácií. Cieľom tohto procesu (tak ako v každom inom kapitáli, uloženom v ostatných odvetviach) je rozširovanie trhov a maximalizácia zisku. Reforma zdravotníctva nemá začiatok ani koniec – je nikdy nekončiacim procesom.⁸⁷

⁸⁵ Pozri STANEK, V.: *Hlavné črty reforiem zdravotníctva v Európe*. In: Ekonomické rozhľady 3 / 2003 (Economic review. Volume XXXII. ISSN 0323-262X).

⁸⁶ Pozri BEŇOVÁ, E. a kol. : *Niektoré verejnoprospešné činnosti v krajinách EÚ a ich financovanie*.Praktikum. Bratislava : Ekonóm, 2002, s. 67.

⁸⁷ Pozri KOVÁČ, E.: *Zdravotné poistenie – zdravotnopolitické a ekonomické súvislosti*. Bratislava : Motýľ, 2003, s. 127.

2 Financovanie zdravotníctva v Slovenskej republike

System zdravotníctva obsahuje širšiu oblasť vzájomných vzťahov a inštitúcií, ako výlučne iba financovanie. Gladkij a kol. definuje **zdravotnícku sústavu (health care system)** ako „*sústavu opatrení, inštitúcií a činností, ktorými spoločnosť v súlade s určitou spoločenskou koncepciou a v súlade so stupňom svojho kultúrneho, ekonomického a sociálneho rozvoja zabezpečuje starostlivosť o zdravie. Typy sústav sa líšia najmä podľa nasledovných kritérií: dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre obyvateľov, spôsob financovania zdravotníctva, postavenie lekárov (poskytovateľov), úloha štátu, organizácia ambulantnej a lôžkovej starostlivosti.*“⁸⁸

Vzhľadom na tému práce sa zameriavame predovšetkým na **financovanie zdravotníctva**, menej na organizačnú štruktúru a systém inštitúcií, hoci tie značne ovplyvňujú a určujú aj spôsob a model financovania.

Dôležitým krokom v povojnovom Československu bolo zjednotenie roztrieštených poistení a zrovnoprávnenie nárokov rozličných sociálnych skupín. Túto pozitívnu zmenu priniesol zákon o národnom poistení,⁸⁹ ktorý zabezpečoval výkon a krytie poistných nárokov nemocenského, dôchodkového aj zdravotného poistenia. V rámci zdravotného poistenia boli vecné dávky vymedzené a definované v Liečebnom poriadku.

V neskoršom období prešlo národné poistenie zásadnými zmenami a od roku 1952 sa krytie výdavkov na zdravotné poistenie vylúčilo z prostriedkov národného poistenia.⁹⁰ Hlavným zdrojom financovania všetkých zdravotníckych služieb sa stal štátny rozpočet. Socialistické Československo vykonávalo financovanie zdravotníctva prostredníctvom štátnorozpočtového tzv. Semaškovho modelu až do politických zmien v roku 1989 a prechodne ešte aj do vzniku Národnej poisťovne v roku 1993.

⁸⁸ GLADKIJ, I. a kol.: *Management ve zdravotnictví*. Brno : Computer Press, 2003, s. 369.

⁸⁹ zákon č. 99/1948 o národnom poistení

⁹⁰ Vyčlenenie zdravotného poistenia zo systému národného poistenia bolo vykonané zákonmi č. 102/1951 Zb. o prebudovaní národného poistenia a zákonom č. 103/1951 Zb. o jednotnej preventívnej a liečebnej starostlivosti.

Zaujímavá situácia nastala v roku 1993, keď analogicky (ako v roku 1948) bolo zdravotné poistenie zahrnuté najskôr v právnom systéme celého národného poistenia⁹¹ spolu s nemocenským a dôchodkovým poistením. O rok neskôr sa zdravotné poistenie z jednotného systému vyčlenilo, nie však smerom k štátnorozpočtovému financovaniu, ale do pluralitného modelu vzniku viacerých zdravotných poisťovní.⁹²

Existencia pluralitného systému poisťovní priniesla so sebou nielen pozitíva, ale aj viaceré negatíva a problémy, na ktoré nebola Slovenská republika plne pripravená. Bol to predovšetkým v určitom období nadmerný počet poisťovní bez finančnej stabilizácie. Bankrot niektorých z nich zanechal za sebou veľké dlžoby. Z ďalších problémov to bola nepripravenosť štátneho rozpočtu platiť za svojich poistencov stanovenú výšku podľa zákona o zdravotnom poistení (vzhľadom na dlhodobú ekonomickú recesiu v 90-tych rokoch minulého storočia), pretrvávajúca predstava občanov o bezplatnom socialistickom zdravotníctve bez ohľadu na zvýšené technické vstupy, technologické inovácie a nové druhy liekov (ktoré nie sú generikami).

Verejné zdroje a najmä verejné zdravotné poistenie má dominantné postavenie vo financovaní slovenského zdravotníctva, presnejšie pri financovaní poskytovania zdravotnej starostlivosti. Zdravotné poistenie považujeme za integrálnu súčasť sociálneho zabezpečenia. Pri hodnotení úrovne sociálnej politiky je potrebné mať na zreteli základnú skutočnosť, že sociálnu spravodlivosť na primeranej úrovni uspokojovania ľudských potrieb a vysoké očakávania občanov môže naplniť a zabezpečiť iba vysoko produktívna ekonomika.

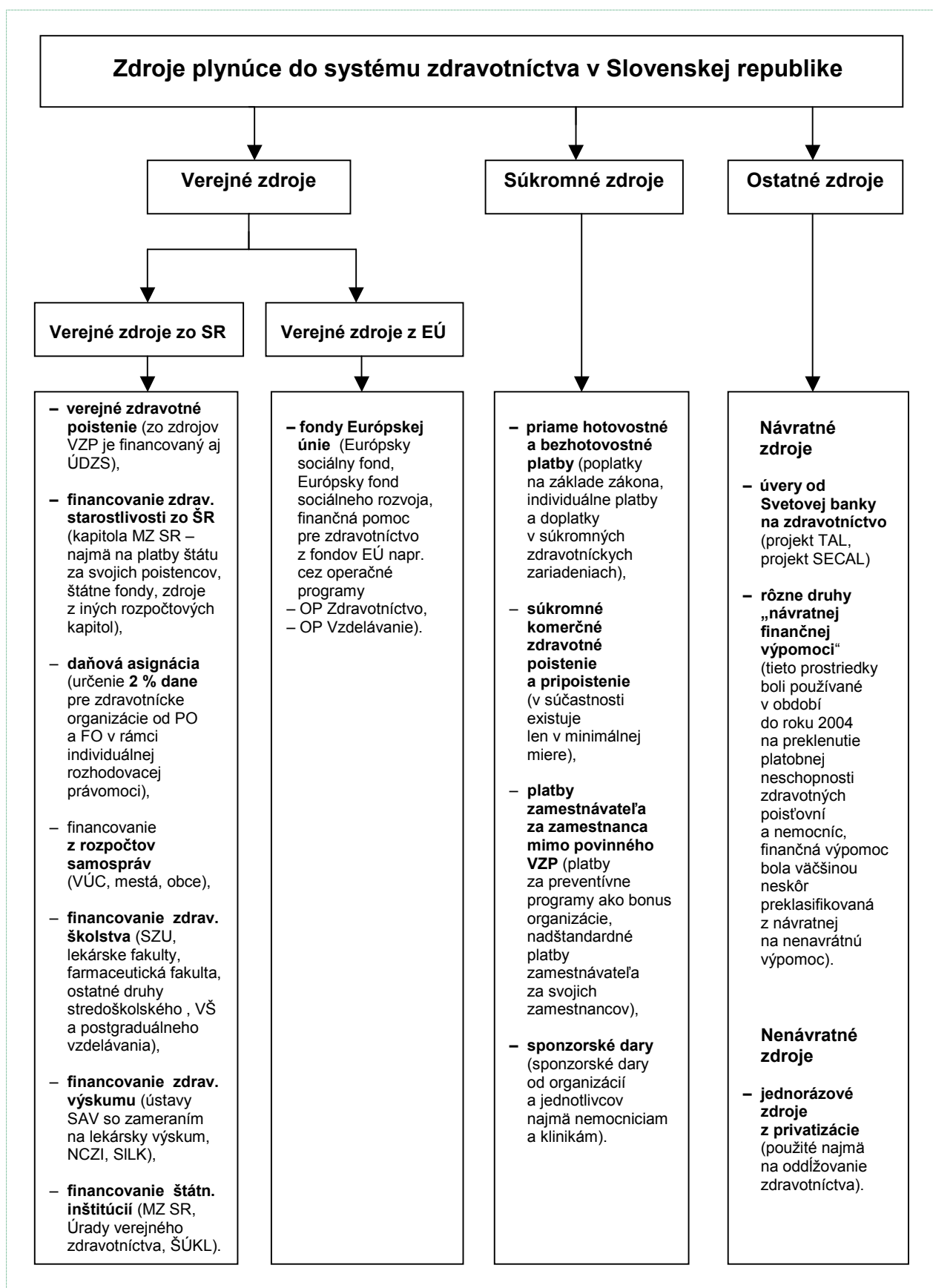
Nasledujúca schéma rozčleňuje zdroje financovania zdravotníctva do základných okruhov podľa ich pôvodu a redistribúcie. Pod systémom zdravotníctva v schéme sa rozumie systém zdravotníctva v širšom slova zmysle t.j. nielen bezprostredné poskytovania zdravotnej starostlivosti, ale aj ostatné zložky, ktoré vplyvajú na celkovú úroveň zdravotníctva (financovanie zdravotného školstva, vedy, výskumu, štátne inštitúcie, tvorba a výkon zdravotnej politiky, dozorujúce orgány a pod.)



⁹¹ zákon č. 7/1993 Z.z. o zriadení **Národnej poisťovne** a o financovaní zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia

⁹² Podrobnejšie v časti **2.1.2 Znovuzavedenie poistného systému po roku 1992**

Schéma č. 2 Zdroje plynúce do systému zdravotníctva v Slovenskej republike



Zdroj: vlastné spracovanie

2.1 Verejné zdravotné poistenie

2.1.1 Terminológia v oblasti zdravotného poistenia

V publikácii *Health Care Systems in Transition. Germany*⁹³ ako aj vo väčšine informačných materiálov z internetovej stránky www.euro.who.int resp. www.who.dk je používaný termín „*statutory health insurance (SHI)*“, ktorý podľa legislatívy Slovenskej republiky zodpovedá termínu „*verejné zdravotné poistenie – VZP*“. Uvedený termín je používaný aj v zákone o zdravotnom poistení⁹⁴ a v zákone o zdravotných poisťovniach⁹⁵

V odbornej literatúre je používaný aj termín „*povinné zdravotné poistenie*“⁹⁶. Termín „*povinné zdravotné poistenie*“ používal aj pôvodný (v súčasnosti už zrušený) zákon o zdravotnom poistení⁹⁷.

V publikáciách sa môžeme stretnúť taktiež aj s odborným termínom „*zákonné poistenie*“⁹⁸.

Nejednotnú terminológiu používala aj legislatíva, ktorá v zákone o zdravotnom poistení bola nútená upresniť výrazy ohľadom zdravotného poistenia:⁹⁹

V kapitole dizertačnej práce, ktorá analyzuje nemecký systém zdravotníctva je anglický termín „*sickness funds*“ (používaný v citovanej publikácii *Health Care Systems in Transition. Germany*) prekladaný slovenským ekvivalentom „*nemocenské fondy*“, teda nie „zdravotné fondy ani zdravotné poisťovne“, hoci v skutočnosti tieto nemocenské fondy by sme mohli považovať za obdobu našich zdravotných poisťovní.

⁹³ pozri BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

⁹⁴ Pozri 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.

⁹⁵ Pozri Zákon č. 581 / 2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov;

⁹⁶ pozri BEŇOVÁ, E. a kol.: *Financie a mena*. Bratislava : IURA EDITION – edícia Ekonomía, 2005, s. 362 alebo STANEK, V. a kol.: *Sociálna politika*. Bratislava : Elita, 2002, s. 448 – 449

⁹⁷ Pozri Zákon 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 – § 2.

⁹⁸ pozri ŠKROVÁNKOVÁ, L. – BILÍKOVÁ, M.: *Penzijné a nemocenské poistenie*. Bratislava : Ekonom, 2002, s. 117 alebo KOVÁČ, E.: *Zdravotné poistenie – zdravotnopolitické a ekonomické súvislosti*. Bratislava : Motýľ, 2003, s. 11–12

⁹⁹ 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 (§ 30): Ak sa vo všeobecne záväzných právnych predpisoch používajú slová "zdravotné poistenie" alebo "povinné zdravotné poistenie", rozumie sa tým "verejné zdravotné poistenie".

Niektoré iné preklady uvádzajú pre nemecký systém aj priamo termín „**zdravotné poisťovne**“. Z nemocenských fondov v Nemecku sú však preplácané v rámci verejného poistenia nielen vecné dávky zdravotnej starostlivosti, ale aj peňažné dávky napr. nemocenské dávky, materské. Nemocenské fondy v Nemecku žiadnym spôsobom neposkytujú priamo zdravotnú starostlivosť, výhradne ju iba financujú.

Tento systém je odlišný od sociálneho systému na Slovensku, kde z verejného zdravotného poistenia (zo zdravotnej poisťovne podľa slobodného výberu poistenca) sú preplácané výlučne vecné dávky a služby, ktoré súvisia s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Nemocenské dávky sú u nás financované z nemocenského poistenia v rámci Sociálnej poisťovne. Pôvodne v roku 2004 pri prijatí zákona o zdravotných poisťovniach č. 581/2004 Z.z. bola síce právna možnosť nemocenského poistenia v rámci zdravotného poistenia,¹⁰⁰ v praxi sa však táto možnosť nikdy nevyužila a ustanovenie bolo neskôr zrušené.

Termín „**private health insurance – PHI**“ (používaný v uvedenej publikácii *Health Care Systems in Transition. Germany*) je v tejto práci preložený do slovenského jazyka ako „**súkromné zdravotné poistenie – SZP**“. Uvedený slovenský ekvivalent je väčšinou používaný v odbornej literatúre.¹⁰¹

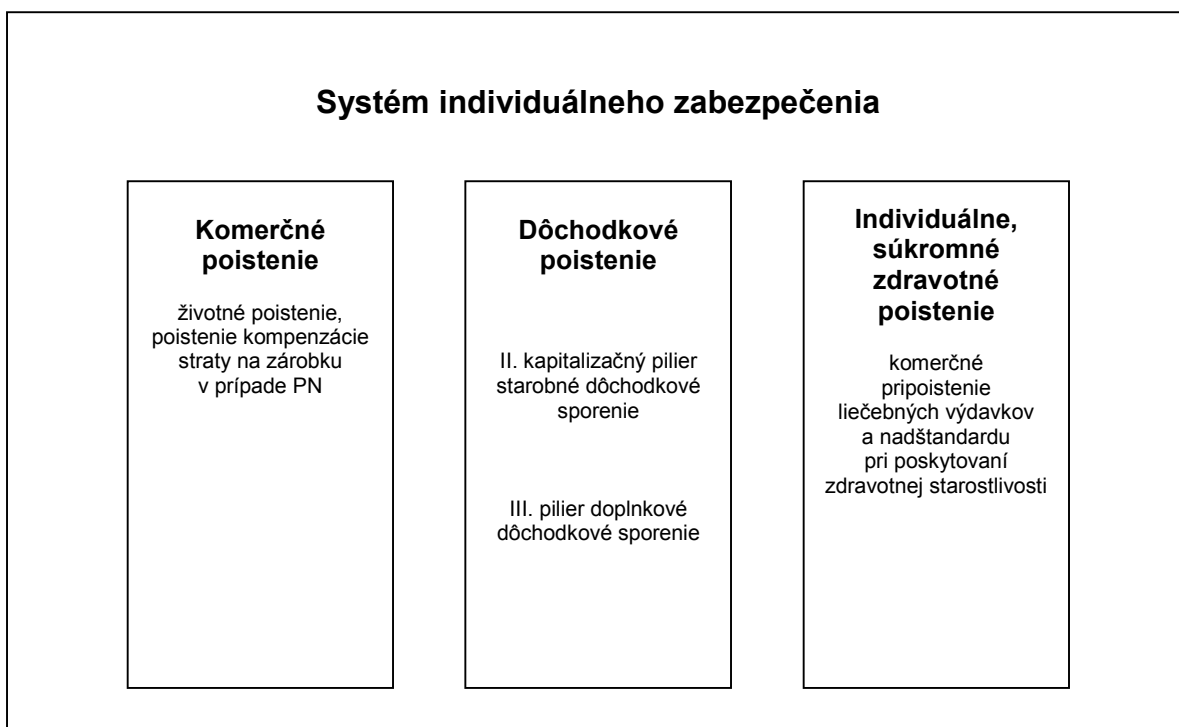
V zákone o zdravotnom poistení je používaný termín „**individuálne zdravotné poistenie**“.¹⁰²

Termín „**health care benefits**“ resp. „**benefits**“ možno preložiť aj ako „**výhoda, náhrada, dávka, podpora, príspevok, odškodné**“ V publikáciách z oblasti zdravotného poistenia pod termínom „benefits“ považujeme „dávky a príspevky, ktoré vzniknú pri poistnej udalosti“ (ktorým je vznik choroby a inej skutočnosti, súvisiacej s predchádzaním choroby napr. prevencia, informačné služby pre pacientov a pod.). V niektorých publikáciách sa slovo „benefits“ už opisne neprekladá, priamo sa používa termín „**benefity**“.

¹⁰⁰ Zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov – § 6 ods. 12 (právnny stav k 1.1.2005)
(12) Zdravotná poisťovňa môže vykonávať **nemocenské poistenie** za podmienok, ktoré ustanoví osobitný zákon.

¹⁰¹ pozri BEŇOVÁ, E. a kol.: *Financie a mena*. Bratislava : IURA EDITION – edícia Ekonomía, 2005, s. 363 alebo KOVÁČ, E.: *Zdravotné poistenie – zdravotnopolitické a ekonomické súvislosti*. Bratislava : Motýl, 2003, s. 14 alebo MEDVEĎ, J. – NEMEC, J. – ORVISKÁ, M. – ZIMKOVÁ, E. : *Verejné financie*. Bratislava : SPRINT, 2005, s. 66

¹⁰² Pozri 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 – § 2



Zdroj: vlastné spracovanie

2.1.2 Znovuzavedenie poistného systému po roku 1992

Od roku 1991 fungovali na Slovensku regionálne zdravotné finančné správy. 1. januára 1992 bol zriadený **Ústav pre zavedenie zdravotného poistenia**. Obidve inštitúcie boli predstupňom zmien, ktoré mali viesť od financovania prostredníctvom štátneho rozpočtu k vytvoreniu poisťovacieho systému a hľadania spôsobov preplácania zdravotných výkonov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Ústav pripravoval návrh zákona o povinnom zdravotnom poistení a pluralitu zdravotných poisťovní. Niekoľko regionálnych pobočiek s limitovanou kapacitou zamestnancov bolo poverené zabezpečiť financovanie zdravotníctva pre celú republiku. Počas tohto prechodného obdobia bol zachovaný predchádzajúci systém centrálného plánovania objemov služieb a rozpočtového financovania.

Národná rada SR napriek pripravenému návrhu plurality prijala od 1.1.1993 zákon o zriadení **Národnej poisťovne**¹⁰³, ktorým bola zriadená jedna Národná poisťovňa s tromi samostatnými fondmi – Fondom nemocenského poistenia, Fondom dôchodkového poistenia a Fondom zdravotného poistenia. Slovenská republika si ako transformujúca krajina zvolila týmto zákonom spôsob financovania zdravotníctva prostredníctvom poistného systému. Bol prijatý Bismarckov model, ktorý nadväzoval na historický vývoj zdravotného a sociálneho zabezpečenia v Československej republike do roku 1948.

Zároveň bol vydaný zákon **o zdravotnom poistení**¹⁰⁴ a hospodárení s Fondom zdravotného poistenia. V okresných pobočkách – v regionálnych zdravotných poisťovniach – existovali správy fondov zdravotného poistenia. Národná poisťovňa financovala poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom Správy Fondu zdravotného poistenia a jej regionálnych pobočiek. V priebehu roku 1993 boli vydané ďalšie právne normy potrebné na výkon zdravotného poistenia, ktoré nadväzovali na zákon o Národnej poisťovni a zákon o zdravotnom poistení.¹⁰⁵

Ústavný súd v októbri 1994 vyhlásil, že Nariadenie vlády SR o Liečebnom poriadku a vyhláška MZ SR o rozsahu a podmienkach úhrad poisťovne nie sú v súlade s Ústavou SR. V tomto období začínajú vznikať aj iné rezortné a občianske zdravotné

¹⁰³ Zákon č. 7/1993 Z.z. o zriadení Národnej poisťovne a o financovaní zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia

¹⁰⁴ Zákon č. 9/1993 Z.z. o zdravotnom poistení a hospodárení s Fondom zdravotného poistenia

¹⁰⁵ Nariadenie vlády SR č. 220/1993 Z. z., ktorým sa vydáva Liečebný poriadok, Cenový výmer MF SR č. 01/1993 k problematike úhrad za zdravotnú starostlivosť, Vyhláška MZ SR č. 221/1993 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrad poisťovne za poskytnutú zdravotnícku starostlivosť zmluvným zariadeniam.

poisťovne – Poisťovňa Ministerstva vnútra SR¹⁰⁶, Vojenská zdravotná poisťovňa¹⁰⁷, Železničarska zdravotná poisťovňa Garant¹⁰⁸.

Množstvo finančných a personálnych problémov medzi jednotlivými fondmi (zdravotným, nemocenským, dôchodkovým) vyústili do rozdelenia Národnej poisťovne. Nástupcom Národnej poisťovne v oblasti zdravotného poistenia sa 1.1.1995 stala Všeobecná zdravotná poisťovňa. Tento postup viedol k úplnému odčleneniu zdravotného poistenia z jednotného systému Národnej poisťovne.¹⁰⁹

Legislatívna možnosť plurality zdravotného poistenia spôsobila vznik ďalších poisťovní. Ich počet sa javil na území SR ako neúmerný – v istom časovom úseku existovalo súčasne až 12 zdravotných poisťovní. 1. januára 2007 sa uskutočnilo zlúčenie poisťovní Sideria a Dôvera, na ktoré bol potrebný súhlas Protimonopolného úradu SR, Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a rozhodnutia valných zhromaždení oboch zdravotných poisťovní. V marci 2008 ohlásila ukončenie činnosti Európska zdravotná poisťovňa a.s.

V súčasnosti (január 2009) je vydané povolenie pre **päť zdravotných poisťovní**. Európska zdravotná poisťovňa, a.s. je v likvidácii. Nasledujúca tabuľka dokumentuje postupný prehľad vzniku a zániku zdravotných poisťovní na Slovensku od roku 1993 doteraz.

¹⁰⁶ zákon č. 276/1993 Z. z.

¹⁰⁷ zákon č. 92/1994 Z. z.

¹⁰⁸ zákon č. 201/1994 Z.z.

¹⁰⁹ Odčlenenie bolo právne zakotvené v prijatých zákonoch:

- zákon 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,
- zákon č. 274/1994 Z.z. o Sociálnej poisťovni,
- zákon č. 277/1994 Z.z. o zdravotnej starostlivosti,
- zákon č. 98/1995 Z.z. o Liečebnom poriadku.

Tabuľka č. 8 **Prehľad vzniku a zániku zdravotných poisťovní na Slovensku**

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: DÓVERA, 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 (vznikla splynutím Poisťovne Ministerstva vnútra, Vojenskej zdravotnej poisťovne a Železničarskej zdravotnej poisťovne Garant) súčasný názov: Spoločná zdravotná poisťovňa, a.s.	1.7.1998	
Európska zdravotná poisťovňa, a.s.	13.9.2005	ohlásenie ukončenia v marci 2008, v súčasnosti v likvidácii
Union zdravotná poisťovňa, a.s.	13.02.2006	

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe:

1. KOVÁČ, E.: *Zdravotné poistenie – zdravotnopolitické a ekonomické súvislosti*. Bratislava : Motýľ, 2003, s. 36
2. www.zzp-sr.sk (ZZP SR)
3. www.health.gov.sk

2.1.3 Poistný systém v súčasnosti

Zdravotné poistenie možno všeobecne, bez ohľadu na jeho rôzne formy a modely definovať ako spôsob rozdelenia finančného rizika spojeného s rozdielmi v individuálnych výdavkoch na zdravotnú starostlivosť jednotlivcov spájaním nákladov v čase (platenie finančných čiastok vopred a nezávisle na využívaní zdravotníckych služieb) a medzi ľuďmi. Výber a spravovanie poistných príspevkov je organizované tak, aby sa zabezpečilo rovnomerné rozdelenie rizika platenia, ktoré znášajú všetci platitelia spolu a nie každý prispievateľ individuálne. Podobne, ako rozlišujeme rôzne modely zdravotníckych systémov, poznáme aj rôzne formy a **modely zdravotného poistenia**.

Modely zdravotného poistenia môžeme deliť najmä podľa nasledovných kritérií:¹¹⁰

- 1.) **podľa zdrojov financovania:**
 - z daní,
 - zo sociálnych poistných príspevkov,
 - zo súkromného poistenia.

- 2.) **podľa povinnosti poistiť sa:**
 - povinné poistenie v jednej poisťovni,
 - povinné poistenie s možnosťou výberu nositeľa ZP,
 - poistenie cez zamestnávateľa,
 - dobrovoľné poistenie.

- 3.) **podľa metód kalkulácie poistného:**
 - poistné príspevky ako percentuálny podiel z príjmu,
 - komunitné sadzby poistného v rovnakej výške pre členov komunity rizikovosti skupiny,
 - poistné kalkulované podľa rizikovosti poistencov.

- 4.) **skupinové alebo individuálne poistenie:**
 - zamestnanecké,
 - individuálne.

Zoskupením uvedených kritérií môžeme identifikovať dve hlavné kategórie modelov zdravotného poistenia:

- **verejné** (resp. zákonné, povinné),
- **súkromné** (s rôznymi formami doplnkových pripoistení).

¹¹⁰ Pozri Základné charakteristiky systémov zdravotného poistenia.

In: Správa o aktuálnom vývoji v slovenskom zdravotníctve a o realizovaných a pripravovaných opatreniach vlády Slovenskej republiky v rezorte zdravotníctva, Príloha č.1, *Materiál na rokovanie Národnej rady Slovenskej republiky*. Číslo:ÚV-9969/2007 <http://intranet/main.aspx?sid=schodze/cpt> (parlamentná tlač č. 339 – 6.6.2007)

Slovenský systém zdravotného poistenia je systémom verejného (zákonného, povinného) zdravotného poistenia. Zákon o zdravotnom poistení pôvodne v r. 1994 ustanovil povinnosť platby na zdravotné poistenie pre zamestnávateľa vo výške 10 % a pre zamestnanca vo výške 3,7 % z vymeriavacieho základu. Platobná disciplína pri povinných odvodoch na zdravotné poistenie bola rôzna; vymáhateľnosť nezaplateného poistného najmä voči zlikvidovaným a zrušeným spoločnostiam takmer nulová. V roku 2000 sa zvýšila povinnosť platby zamestnanca **z 3,7 % na 4 %** a zvýšil sa aj maximálny mesačný vymeriavací základ na 32 000 Sk¹¹¹. Zákon bol novelizovaný 28-krát a zrušený až jedným zo šiestich tzv. „reformných“ zákonov – zákonom o zdravotných poisťovniach¹¹²

Pri analýze doterajšieho (takmer 16-ročného) pôsobenia zdravotných poisťovní na Slovensku sa nutne vyskytuje otázka, či poisťovne „poisťujú“ nejaké riziko alebo ich činnosť je len pasívnym prerozdeľovaním verejných financií. Ide prevažne o verejné financie z výberu poistného, predpísaného zákonom, pretože trh so súkromným (individuálnym, dobrovoľným, doplnkovým, dodatkovým) zdravotným poistením a pripoistením sa zatiaľ nerozvinul. Pluralita zdravotných poisťovní bola u nás zavedená s predstavou, že poisťovne sa stanú hlavnými činiteľmi zlepšenia kvality, kontroly nákladov, efektívnosti a budú súťažiť o poistencov. V súčasnosti však nie je možná diferenciácia plateného poistného a v ponúkaných dávkach poistného nie sú výrazné rozdiely (v odbornej literatúre sa zaužíval termín „benefity“), ide teda len o formálnu a nie skutočnú pluralitu a konkurenciu. Poisťovne distribuujú vybrané zdroje, poistenci však zatiaľ významne nepocítili konkurenčné rozdiely medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami.

Zdravotné poisťovne síce v malom meradle ponúkajú odlišné produkty¹¹³, výrazne si však nekonkurujú. Výnimku z tohto pravidla tvorí iba reklama. V určitom období používali zdravotné poisťovne rôzne akcie pri nábore nových poistencov (niektoré na hrane zákonnosti). Napriek uvedenému však konštatujeme, že monopol jednej zdravotnej poisťovne by nebol prínosom pre systém slovenského zdravotníctva (ako nie je prínosom žiaden monopol, ktorý nemá konkurenciu).

Verejné zdravotné poistenie by malo obsahovať **princípy**, ktoré sú všeobecne akceptované v poistných systémoch verejného zdravotného poistenia v Európe: rovnosť,

¹¹¹ novela zákona o zdravotnom poistení č. 448/2000 Z. z.

¹¹² Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, ktorý nadobudol platnosť 1. novembra 2004 novým spôsobom ustanovil povinnosť platieb poistného za poistencov štátu.

¹¹³ Existujú menšie odlišnosti a rozdiely napr. príspevky na niektoré druhy očkovania, zľavy na športoviská, na rekreáciu a kúpele, zľavy na komerčné poistenie, call centrum, e-mailová poradňa, elektronické vybavenie niektorých žiadostí, poradenstvo k ročnému zúčtovaniu zdravotného poistenia, klientsky časopis a pod.

dostupnosť, solidarita, neziskovosť, verejnoprávnosť, autonómnosť, slobodná voľba, finančná ekvivalentnosť, hospodárnosť, pluralita, kontrolná úloha štátu.¹¹⁴

Vo verejnom zdravotnom poistení na Slovensku dochádza k viacerým problémom pri aplikácii uvedených zásad (ktoré vyplývajú zo samej podstaty verejného zdravotného poistenia). **Vzájomná solidarita a rovnosť** je podľa nášho názoru narušená existenciou dvoch skutočností:

- maximálna hranica vymeriavacieho základu, z ktorého sa platí zdravotné poistenie,¹¹⁵
- obmedzenie zdroja na získavanie poistných príjmov takmer výlučne na okruh zamestnaných osôb (odvody z príjmu zamestnancov a zamestnávateľov).

Ak je povinné zákonné zdravotné poistenie ako súčasť príspevkov na sociálne zabezpečenie klasifikovaná podľa OECD ako druh dane¹¹⁶, existencia maximálnej hranice vymeriavacieho základu nie je totožná s princípom rovnosti a solidarity poistencov s rôznymi príjmami. Narušenie tohto princípu sa osobitne ukázalo najmä pri ročnom zúčtovaní zdravotného poistenia u niektorých zamestnancov¹¹⁷. V prípade zrušenia maximálneho vymeriavacieho základu by ročné zúčtovanie zdravotného poistenia bolo oveľa jednoduchšie – podobné ročnému zúčtovaniu dane z príjmov fyzických osôb. V odbornej literatúre sa ako dôvod pre existenciu maximálneho vymeriavacieho základu často uvádza nemožnosť jednotlivca s nadpriemernými príjmami „spotrebovať“ taký veľký rozsah zdravotnej starostlivosti, ktorý by vyplýval z platieb poistného z jeho vysokých príjmov. Je zaujímavé, že podobné úvahy sa nevyskytujú napr. pri stavbe diaľnic, ciest alebo školského. Všetci občania rovnomerne prispievajú zo svojich daní na všetky verejné statky, hoci niektoré z nich možno nikdy nebudú potrebovať.

Druhým problémom poistného systému je, že na rozdiel od daňového systému odvody do poistných fondov platia iba pracujúci a zamestnávatelia, čo zaťažuje len príjmy z práce a nezahŕňa ostatné príjmy. Daňový systém využíva na financovanie zdravotníctva širšie spektrum príjmov (iné druhy dane napr. daň z pridanej hodnoty, daň z príjmov právnických osôb, rôzne ostatné dane) preto finančné zaťaženie populácie je

¹¹⁴ Pozri STANEK, V. a kol.: *Sociálna politika*. Bratislava : Sprint, 2002, s. 449 – 451.

¹¹⁵ 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 (§ 13).

¹¹⁶ Pozri Tab. č. 1 Klasifikácia daní podľa OECD
In: MEDVEĎ, J. – NEMEC, J. – ORVISKÁ, M. – ZIMKOVÁ, E. : *Verejné financie*. Bratislava : SPRINT, 2005, s. 126.

¹¹⁷ Hoci ročné zúčtovanie zamedzilo špekuláciám s rovnomerným rozdelením príjmovej základne z ktorej sa platí zdravotné poistenie v priebehu roka, na druhej strane dochádzalo z hľadiska „spravodlivosti“ k paradoxným situáciám. Niektorým jedincom s nadpriemernými príjmami bola časť zaplateného poistného vrátená. Na druhej strane iní poistenci s menšími a náhodnými príjmami (napr. brigádnicmi, študenti) často museli na základe ročného zúčtovania zdravotného poistenia časť poistného doplatiť.

rozložené rovnomernejšie. Niektorí jedinci majú oveľa väčší príjem z úplne iných zdrojov, ako iba zo závislej činnosti. V tomto prípade stojí za úvahu, že väčšia solidarita by sa dosiahla rozšírením odvodovej základe aj z niektorých iných druhov príjmov (napr. z majetku). V prípade poistného systému verejného zdravotného poistenia štát musí doplniť platby z verejných zdrojov na financovanie zdravotnej starostlivosti za nezárobkové osoby (dôchodci, deti, nezamestnaní a pod.). Zbytočnou legislatívnou a administratívnou komplikáciou sa javí rozdielne nastavenie niektorých príjmov fyzických osôb pre daňovú a odvodovú povinnosť (niektoré príjmy sú zdanené, ale nepodliehajú odvodom zdravotného poistenia, z iných druhov príjmov sa odvádza platba na zdravotné poistenie, ale nepodliehajú daňovej povinnosti).

Vzájomná solidarita existuje aj medzi zdravotnými poisťovňami navzájom. Zabezpečuje to prerozdelení mechanizmus – **kompensácia rizikovej štruktúry poistencov**. Zdravotné poisťovne si v súčasnosti prerozdeľujú na základe zákona o zdravotnom poistení **85,5 %** ročného povinného poistného.¹¹⁸ Predmetom delenia nie je skutočne vybraté, ale predpísané poistné. Ustanovenie zákona má motivovať poisťovne k maximálnej snahe o 100 % výber poistného. Prerozdelení mechanizmus v súčasnosti zohľadňuje len dva faktory – vek a pohlavie poistenca. Poistenci sú rozdelení do dvoch základných skupín, muži a ženy majú nastavený odlišný index rizika. Tieto dve základné skupiny sú ďalej rozčlenené do menších skupín podľa päťročných vekových intervalov. Výsledkom diferencie je rozdelenie všetkých poistencov do 34 skupín (17 vekových skupín mužov a 17 vekových skupín žien). Každé skupine je priradený tzv. **index rizika nákladov**. Index sa počíta ako podiel priemerných nákladov na jedného poistenca v určitej skupine k priemerným nákladom na jedného poistenca v skupine s najnižšími nákladmi. Systém prerozdelenieho mechanizmu prešiel od roku 1995 viacerými významnými zmenami. Objem poistného, ktoré bolo predmetom prerozdelenia sa v minulosti takmer každoročne menil, menili sa aj parametre prerozdelenia. Do roku 2004 existoval osobitný účet prerozdelenia, na ktorý odvádzali poisťovne poistné, určené na prerozdelenie. Od 1.1.2005 tento účet zanikol. Poisťovne si v súčasnosti vzájomne kompenzujú poistné na základe prerozdelenieho matice. Celý mechanizmus kontroluje Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Viacerí odborníci sa vyjadrujú, že kompenzácia rizikovej štruktúry, spočívajúca iba na dvoch faktoroch – veku a pohlaví je nedostatočná a nezohľadňuje dostatočne poistencov s vysokými nákladmi. Zdravotné systémy v niektorých krajinách zohľadňujú aj iné

¹¹⁸ Zákon č. 580 / 2004 Z.z. o zdravotnom poistení
§ 27a Ročné prerozdelenie poistného
Ods. 3) Základom ročného prerozdelenia poistného je **85,5%** povinného poistného podľa odseku 2 písm. a)

faktory¹¹⁹ ako napr. počet chronicky chorých pacientov so závažnými nákladnými diagnózami, jednorazové tzv. katastrofické náklady, ktoré vznikli následkom nehody alebo inej nešťastnej udalosti, príp. ďalšie faktory.

Princíp nezávislosti je narušený závislosťou zdravotných poisťovní na príjmoch od štátu, ktorý platí za svojich poistencov. Poistenci štátu tvoria asi 60 % občanov SR. Vzhľadom na nedostatok finančných prostriedkov štát v minulosti (do r. 2004) upravoval výšku platby poistného za poistencov štátu v zákone o štátnom rozpočte. Nielenže chýbali financie, ale bol aj problém s plánovaním očakávaných zdrojov. Zdravotné poisťovne vopred nevedeli, koľko peňazí im bude plynúť ďalší rok za poistencov štátu. O tom sa rozhodlo až na konci roka v zákone o štátnom rozpočte. Za týchto podmienok bolo náročné uplatňovať princíp nezávislosti zdravotných poisťovní.

V dôsledku rozporu medzi zákonmi, ktoré garantujú povinný rozsah zdravotnej starostlivosti pre poistencov na jednej strane a vybratými príspevkami poistného na druhej strane v minulosti dochádzalo k deficitnému hospodáreniu zdravotných poisťovní. Z dôvodu nedostatočného finančného krytia nebol zabezpečený **princíp finančnej ekvivalentnosti**.

Princíp neziskovosti a verejnoprávnosti bol narušený aj legislatívne. Zákon o zdravotných poisťovniach, prijatý s účinnosťou od 1.1.2005 síce používa terminológiu „verejné zdravotné poistenie“, na základe tohto zákona však všetky zdravotné poisťovne boli povinné transformovať sa na právnu formu akciovej spoločnosti.¹²⁰

Rok 2005 bol prechodným obdobím transformácie zdravotných poisťovní na a.s. Zároveň upravil aj vonkajší názov týchto poisťovní.¹²¹ U dvoch zdravotných poisťovní (tzv. „štátnych poisťovní“) Všeobecnej zdravotnej poisťovne a Spoločnej zdravotnej poisťovne si zachoval štát 100 % majetkovú účasť. Zároveň pripustil možnosť tvorby zisku,¹²² ktorá sa neskôr stala objektom diskusií politikov, odborníkov, zástupcov

¹¹⁹ V Nemecku kompenzačná schéma obsahuje **3 725 buniek**.

Do kompenzácie sú osobitným spôsobom zahrnutí chronicky chorí pacienti a jednorazové mimoriadne vysoké náklady.

¹²⁰ Zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov – § 78.

(1) Všeobecná zdravotná poisťovňa a Spoločná zdravotná poisťovňa zriadené podľa doterajších predpisov **sú povinné** do 31. marca 2005 na základe schváleného transformačného projektu **založiť akciovú spoločnosť** a požiadať úrad o vydania povolenia podľa tohto zákona.

(2) Povolenie na vykonávanie zdravotného poistenia vydané pred 1. novembrom 2004 zostáva v platnosti najneskôr do 30. septembra 2005, ak zdravotná poisťovňa, ktorá vykonáva zdravotné poistenie na základe tohto povolenia, nezaloží akciovú spoločnosť a nezíska povolenie podľa tohto zákona do 30. júna 2005.

¹²¹ Zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov – § 2.

(3) Obchodné meno 4) zdravotnej poisťovne musí obsahovať označenie **"zdravotná poisťovňa, a.s."**. Iné osoby nesmú vo svojom obchodnom mene používať toto slovné spojenie alebo jeho preklad.

(4) Iná osoba ako zdravotná poisťovňa nesmie vykonávať verejné zdravotné poistenie.

¹²² Zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov – § 11

3) Ročná správa obsahuje

c) návrh na rozdelenie **zisku** alebo vysporiadanie straty,

poisťovní aj zákonodarcov. Použitie zisku bolo už od začiatku regulované. V prípade, že by poisťovňa mala na čakacej listine minimálne jedného poistenca, musí zisk použiť na úhradu jeho zdravotnej starostlivosti. Prvok ziskovosti sa vo verejnoprávnych poisťovniach ocitol najmä na základe názorov predstaviteľov vtedajšieho reformného tímu.¹²³

Vláda, ktorá vzišla z volieb v r. 2006 od začiatku deklarovala niektoré zmeny v oblasti legislatívy verejného zdravotného poistenia¹²⁴ Pôvodne štát zvažoval vyvlastnenie zdravotných poisťovní, ako naznačovali niektoré správy Ministerstva zdravotníctva SR určené vláde z apríla a mája 2007. Uvažovalo sa o možnosti, aby verejné zdravotné poistenie vykonávala jedna verejná zdravotná poisťovňa namiesto súčasných piatich poisťovní. Ostatné zdravotné poisťovne mali podľa tohto plánu vykonávať súkromné zdravotné pripoistenie. Keďže individuálne zdravotné poistenie a pripoistenie existuje v minimálnej miere (resp. takmer neexistuje), postup spojenia verejného zdravotného poistenia do jednej poisťovne by znamenal pre všetky ostatné zdravotné poisťovne faktickú likvidáciu.

Ďalšie úvahy existovali o možnom spojení dvoch – v podvedomí občanov označovaných ako „štátnych“ poisťovní. Všeobecná zdravotná poisťovňa a Spoločná zdravotná poisťovňa ostali však naďalej bez vzájomného zlúčenia akciovými spoločnosťami so 100 % účasťou štátu. Tiež prebiehali diskusie, aby v týchto dvoch poisťovniach boli povinne poistení štátni zamestnanci a vybrané skupiny poistencov, za ktorých platí zdravotné poistenie štát. Tento krok by však bol narušením ďalšieho princípu – **princípu slobodnej voľby**. Doteraz je možnosť slobodnej voľby poisťovne (v intervale 1 krát za rok k 1. januáru kalendárneho roka) ustanovená zákonom.¹²⁵

Ročné zúčtovanie bolo od roku 2006 ponechané v takmer rovnakej podobe s minimálnymi zmenami. Zmeny však nastali od **1.1.2007** v **obmedzení** čerpania finančných prostriedkov **na prevádzkovú činnosť** zdravotných poisťovní maximálne do

¹²³ „Zisk ako základná hybná sila je nielen želanou, ale aj nevyhnutnou súčasťou fungovania nemocníc a zdravotných poisťovní.“ (str.16)

Pozri PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov*. Bratislava :

Združenie Pre reformu zdravotníctva, 2004, s. 16. In: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/BielaKniha.pdf>

„Poskytovateľ musí vidieť motiváciu, kompenzujúcu znášanie rizika. Touto motiváciou je zisk. Snahou nákupcu je dostať pod tlak poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, vytvoriť medzi nimi konkurenciu, zvýšiť ich efektívnosť a presunúť na nich svoje riziko alebo čo najväčšiu jeho časť... Nevyhnutným predpokladom zavedenia inštitútu efektívneho nákupcu je odštátnenie všetkých zdravotníckych zariadení a širokospektrálna korporatizácia a privatizácia všetkých zdravotníckych zariadení.“ (Pažitný, Zajac – *Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov*, str.82)

¹²⁴ Za základ financovania zdravotníctva považuje vláda ústavou garantovaný systém solidárneho zdravotného poistenia.

Vláda vráti Všeobecnej zdravotnej poisťovni a Spoločnej zdravotnej poisťovni verejno-právny charakter...

Vláda zruší súčasnú podobu ročného zúčtovania poistného...“

Programové vyhlásenie vlády Slovenskej republiky, august 2006, 4. časť – Zdravotníctvo.

¹²⁵ Zákon č. 580 / 2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve v znení neskorších predpisov – § 7

(1) Poistenec má právo podať prihlášku v zdravotnej poisťovni, ktorú si vybral.

výšky **4 %** z úhrnného ročného výberu verejného zdravotného poistenia pred prerozdelením¹²⁶. Od **1.1.2008** došlo k ďalšiemu **zníženiu** limitu výdavkov na prevádzkovú činnosť na **3,5 %** z úhrnu poistného pred prerozdelením.¹²⁷

Uvedený krok bol zdôvodnený tým, že niektoré „súkromné“ zdravotné poisťovne čerpali na svoju prevádzkovú činnosť finančné prostriedky vo výške od 5,69 % do 9,13 % z objemu vybraného poistného, zatiaľ čo Spoločná zdravotná poisťovňa vynaložila na prevádzkovú činnosť 3,16 % a Všeobecná zdravotná poisťovňa 3,37 %.¹²⁸ Toto tvrdenie je však sporné vzhľadom na to, že dve súkromné zdravotné poisťovne v tomto období len začínali svoju činnosť (EZP, a.s. od 13.9.2005 a Union, a.s. od 13.2.2006) a prejavili sa u nich tzv. štartovacie náklady.

Do 31.12.2007 mohli zdravotné poisťovne ako akciové spoločnosti použiť kladný hospodársky výsledok (zisk) akýmkoľvek spôsobom prípustným podľa obchodného zákonníka. V správe o aktuálnom vývoji slovenského zdravotníctva sa uvádza, že za rok 2006 dosiahli všetky zdravotné poisťovne spolu zisk po zdanení 1,92 miliardy Sk, čo predstavuje pred zdanením 2,3 miliardy Sk.¹²⁹

Zdravotné poisťovne považujú za závažnú legislatívnu zmenu **obmedzenie použitia zisku** zdravotných poisťovní, ktorý od 1.1.2008 možno použiť len na úhrady, spojené so zdravotnou starostlivosťou¹³⁰ a proti tejto zmene protestovali.

¹²⁶ zákon č. 522/2006 Z.z. – § 6a

¹²⁷ Zákon č. 530/2007 Z.z. novelizoval zákon o zdravotných poisťovniach č. 581/2004 nasledovne:
§ 6a Výdavky na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne
(1) Zdravotná poisťovňa môže v príslušnom kalendárnom roku vynaložiť na prevádzkové činnosti zdravotnej poisťovne výdavky najviac do výšky **3,5%** z úhrnu poistného pred prerozdelením poistného za príslušný kalendárny rok (ďalej len "ročný úhm").

¹²⁸ Údaje uvádzané v: Správa o aktuálnom vývoji v slovenskom zdravotníctve a o realizovaných a pripravovaných opatreniach vlády Slovenskej republiky v rezorte zdravotníctva, *Materiál na rokovanie Národnej rady Slovenskej republiky*.
Číslo:ÚV-9969/2007, <http://intranet/main.aspx?sid=schodze/cpt> (parlamentná tlač č. 339 – 6.6.2007), s. 4.

¹²⁹ Správa o aktuálnom vývoji v slovenskom zdravotníctve a o realizovaných a pripravovaných opatreniach vlády Slovenskej republiky v rezorte zdravotníctva, *Materiál na rokovanie Národnej rady Slovenskej republiky*.
Číslo:ÚV-9969/2007, <http://intranet/main.aspx?sid=schodze/cpt> (parlamentná tlač č. 339 – 6.6.2007), s. 4.

¹³⁰ Zmena bola ustanovená zákonom č. 530/2007 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach s účinnosťou od 1.1.2008. Konkrétne sporné ustanovenie sa nachádza v Čl. 1, bod 6 zákona:

Čl. I. bod 6 zákona č. 530/2007 Z.z.

§ 15 sa dopĺňa odsekmi 5 a 6, ktoré znejú:

"(5) Zdravotná poisťovňa je povinná viesť v účtovníctve oddelenú analytickú evidenciu pre verejné zdravotné poistenie a prevádzkovú činnosť (§ 6a) tak, aby sa celkové náklady a výnosy viedli osobitne pre verejné zdravotné poistenie a osobitne pre prevádzkové činnosti (§ 6a) a aby bolo možné zistiť hospodársky výsledok za každú činnosť samostatne; tým nie je dotknutá povinnosť podľa odseku 2 písm. b).

(6) Ak po splnení povinnosti uvedenej v odseku 1 písm. b) je pri verejnom zdravotnom poistení výsledkom hospodárenia kladný výsledok, **možno ho použiť len na úhrady v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom, 25)** a to najneskôr do konca kalendárneho roka nasledujúceho po kalendárnom roku, za ktorý sa kladný hospodársky výsledok vytvoril, a spôsobom, ktorý by neohrozoval sústavné a účinné plnenie povinnosti zdravotnej poisťovne zabezpečovať pre poistencov dostupnosť zdravotnej starostlivosti podľa tohto zákona [odsek 1 písm. a)] a nebol by v rozpore s povinnosťou zdravotnej poisťovne uhrádzať poskytnutú zdravotnú starostlivosť riadne a včas."

Dňa 19.12.2007 nadobudla platnosť ďalšia novela zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotnom poistení.

Zákon č. 594/2007 Z.z. v § 86d definuje prechodné ustanovenie v Čl. II – § 86d zákona č. 594/2007 Z.z.

Povinnosť použiť kladný výsledok hospodárenia pri verejnom zdravotnom poistení na úhradu zdravotnej starostlivosti podľa § 15 ods. 6 je zdravotná poisťovňa povinná prvýkrát splniť v roku 2009 za hospodársky rok 2008.

15. októbra 2008 bol podaný na Ústavný súd návrh skupiny poslancov na začatie konania o súlade ustanovení § 15 ods. 6 a § 86d zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach s príslušnými ustanoveniami Ústavy a medzinárodných zmlúv, ktorými je viazaná Slovenská republika. V texte podania na Ústavný súd sa uvádza, že táto novela o zdravotných poisťovniach bola prijatá za účelom dosiahnutia želanej prevahy verejného sektora v segmente zdravotného poistenia. Tým, že zdravotné poisťovne sú zbavené ich prvotnej motivácie, (keďže vznikli ako podnikateľské subjekty) zákonodarca mohol predpokladať, že uvedenú reguláciu budú akcionári nešťátnych zdravotných poisťovní pokladať za nevýhodnú a odídu z trhu. Taktiež sa v podaní namieta, že hoci novela mala úmysel zabezpečiť maximálne využitie finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia na úhradu zdravotnej starostlivosti, nie je ďalej riešený problém, ako budú štátne poisťovne motivované, aby prostriedky vyhradené na zdravotnú starostlivosť boli použité efektívne.

Tabuľka č. 9 **Porovnanie výdavkov hradených zdravotnými poisťovňami a výdavkov hradených obyvateľstvom na Slovensku v rokoch 2000 - 2005**
v mil. Sk

Ukazovateľ	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Výdavky hradené zdravotnými poisťovňami spolu z toho	45 576	47 687	53 599	58 157	59 476	65 271
za liečivá na recepty	14 488	15 814	19 665	22 658	21 889	24 479
zdravotné pomôcky na recepty	1 328	1 488	1 846	2 325	2 200	2 080
medziročný nárast celkových výdavkov zdravotných poisťovní	1,0000	1,0463	1,1240	1,0850	1,0227	1,0974
Výdavky hradené obyvateľstvom spolu v tom	5 482	6 019	6 826	8 315	15 055	16 470
za liečivá	3 057	3 316	3 609	4 739	9 760	10 993
zdravotné pomôcky	1 118	1 198	1 588	1 351	1 833	1 821
zdravotné služby	1 307	1 505	1 629	2 225	3 461	3 657
medziročný nárast výdavkov hradených obyvateľstvom	1,0000	1,0980	1,1341	1,2181	1,8106	1,0940

Zdroj: štatistická ročenka SR, r. 2005, r. 2006

Na základe prehľadu môžeme vidieť mierny nárast výdavkov zdravotných poisťovní v rokoch 2001, 2002 a 2005. Výdavky, hradené obyvateľstvom vykazujú rast počas celého sledovaného obdobia. V rokoch 2003 a 2004 vykazujú výrazný nárast na rozdiel od zdravotných poisťovní, ktoré v týchto dvoch „reformných“ rokoch zaznamenali relatívny pokles v porovnaní s výdavkami obyvateľstva. Nárast výdavkov obyvateľstva odráža zavedenie hotovostných poplatkov pacientov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti ako aj zvýšené výdavky za lieky. V súčasnosti (február 2009) je vydané povolenie pre **päť zdravotných poisťovní**. Európska zdravotná poisťovňa, a.s.

je v likvidácii. Domnievame sa, že nech bude výsledok rozhodnutia Ústavného súdu akýkoľvek, pre pacientov nie je dôležité, či budú poisťovne akciovými spoločnosťami alebo verejnoprávnymi subjektmi, ale dôležitá je skutočnosť, či zdravotné poisťovne dokážu kontrolovať kvalitu a efektívnosť poskytovania zdravotníckych služieb.

Ekonomické zákony neplatia absolútne jednoznačne, vyjadrujú všeobecný trend.¹³¹ V USA je zdravotníctvo prevažne súkromné, vo Veľkej Británii väčšinou na štátnej báze, nemožno však jednoznačne tvrdiť, že niektorý z týchto dvoch systémov je jednoznačne horší.

Tvrdenie: „Pre celkový systém zdravotníctva na Slovensku je jednoznačne prínosom ak sú zdravotné poisťovne v súkromnom vlastníctve a môžu disponovať so ziskom“, by bolo veľmi zjednodušeným tvrdením. V tomto prípade sa prikláňame k tvrdeniu profesora Wiliama C. Hsiao.¹³²

V porovnaní s otázkou, či budú zdravotné poisťovne akciovými spoločnosťami alebo nie však za oveľa väčší problém považujeme u nás časté zmeny v zásadnom smerovaní zdravotného systému¹³³, ktoré prinášajú so sebou vysoké transakčné náklady a často nie sú prínosom pre pacienta. Bolo by veľkým prínosom dosiahnuť celospoločenský konsenzus v základných otázkach smerovania zdravotníctva v dlhodobom horizonte 15 – 20 rokov tak, aby systém neprechádzal každé 3 – 4 roky závažnými zmenami.

¹³¹ Pozri MEDVEĎ, J. – NEMEC, J. : *Mikroekonomické východiská verejných financií*. Bratislava : SPRINT, 2004, s. 92.

¹³² Americký ekonóm William C.Hsiao vyjadruje mierne opatrný názor proti jednoznačnej liberalizácii trhov zdravotného poistenia vyjadruje aj: „Zástancovia voľného trhu sú za voľbu spotrebiteľa a za voľnú hospodársku súťaž v sektore zdravotnej starostlivosti bez toho, aby adekvátne rozlišovali medzi užitočnosťou hospodárskej súťaže na poisťovacom trhu a na trhu zdravotnej starostlivosti. Empirické dôkazy naznačujú, že voľný trh poistenia nemôže zabezpečiť sociálnu spravodlivosť a že významné zlyhania trhu umožňujú poisťovcom uskutočniť rizikový výber, pričom však najzraniteľnejšia skupina ľudí zostane nepoistená. Zlý výber nákupcov poistenia poškodzuje funkcie poisťovacieho trhu a bráni širokému rozloženiu zdravotného rizika. Vysoké transakčné náklady poisťovacieho trhu navyše prinášajú vysoko neefektívne výsledky. Na druhej strane dôkazy naznačujú, že spoliehanie sa na hospodársku súťaž pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti môže byť potenciálom pre efektívnejšiu a kvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť.“

Pozri: HSIAO WILLIAM C.: *Why Is A Systemic View Of Health Financing Necessary?* HEALTH AFFAIRS ~ Volume 26, Number 4, July/August 2007, s. 952.

In: <http://www.hsph.harvard.edu/phcf/publications/Hsiao.2007.systemic.view.of.hlth.fin.pdf>

¹³³ „... Ak totiž za navrhovaným opatrením stojí východisko, že ziskový charakter zdravotných poisťovní sa nezlučuje so solidárnym charakterom verejného zdravotného poistenia, potom treba uviesť, že to bol ten istý štát, ktorý pár rokov predtým vytvorenie systému financovania zdravotníctva postaveného na ziskovo motivovaných zdravotných poisťovniach za zlučiteľný aj so solidárnosťou systému aj s dostupnosťou zdravotných služieb všetkým prostredníctvom takto organizovaného systému pokladal...“

Návrh skupiny poslancov na Ústavný súd na začatie konania o súlade ustanovení § 15 ods. 6 a § 86d zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach s príslušnými ustanoveniami Ústavy a medzinárodných zmlúv, ktorými je viazaná Slovenská republika, podaný na Ústavný súd 15.10.2008, s. 20.

2.1.4 Mechanizmy úhrad zdravotnej starostlivosti a služieb

Paralelne s riešením príjmovej časti zdravotníckeho systému (percentuálna výška zdravotných odvodov) bolo nevyhnutné hľadať vhodný mechanizmus výdavkovej časti – spôsob, ako budú uhrádzať zdravotné poisťovne poskytovateľom zdravotníckych výkonov a služieb. Zdravotný systém v Slovenskej republike vyskúšal počas desaťročia všetky známe modely financovania:¹³⁴

- bodový systém,
- systém na základe tzv. lôžkodňa,
- kapitačný,
- prospektívny rozpočet (prídellový systém),
- pokus o zavedenie DRG (paušálne sadzby za „odliečenie“ ucelených diagnóz).

Na začiatku 90-tych rokov sa pokračovalo v tej forme financovania zdravotníctva, aká sa používala aj pred rokom 1989. Rozpočet bol administratívno – prikazovacou formou; obsahoval v sebe nízku motiváciu na výkony, kvalitu a efektívne využitie nákladov. Zároveň však forma rozpočtu bola administratívne jednoduchšia, pretože si nenárokovala zložité vykazovanie (často nezrealizovaných) výkonov.

Transformačné zmeny a príprava privatizácie urýchlili zavedenie výkonovo – trhového modelu. V roku 1993 bol do zdravotníctva zavedený bodovací systém – uhrádzanie realizovaných výkonov prostredníctvom definovaných mechanizmov (tzv. bodovník, ktorý kvantifikoval jednotlivé zdravotníckych výkony). Bodovací systém bol prevzatý prevažne z nemeckého zdravotníckeho systému a priniesol viacero problémov:

- Lôžkové oddelenia zaťažoval neúmerným výkazníctvom, bol zavedený bez výpočtovej techniky a sprevádzaný enormnou pracnosťou a nekontrolovateľnosťou.
- Podobné problémy sprevádzali aj „bodovanie“ v ambulantnej sfére, navyše tu systém znižoval záujem o prevenciu.
- Zdravotné poisťovne boli nútené riešiť neúnosný administratívny rozmer kontroly výkonov. V niektorých krajinách sa používa na fakturovanie zdravotníckych výkonov subdodávateľský systém, v ktorom objednávateľ uskutoční prvotnú kontrolu výkonov a optimalizáciu rozsahu i nákladovosti.

Niektoré zdravotníckych zariadenia (napr. Martinská fakultná nemocnica, NsP Myjava) z vlastnej iniciatívy sledovali svoje náklady prostredníctvom vypracovaného

¹³⁴ Pozri Gálik, J.: *Transformácia slovenského zdravotníctva v uzatvorenom kruhu*. Zdravotníckych noviny, ročník 4/48, č. 33 (1999)

systemu nákladových stredísk. Informačný systém na rozpočítanie nepriamych nákladov (doprava, vykurovanie, administratíva a pod.) sa stal základom pre projekt Ekonomizácia zdravotníckych zariadení.

Poskytovateľom boli zdravotnícke služby zo zdravotných poisťovní uhrádzané nasledovnými spôsobmi:¹³⁵

Primárna ambulantná starostlivosť

„Obvodní“ resp. „všeobecní“ lekári 1. kontaktu v teréne boli financovaní na základe kapitácie, neskôr kombinácie kapitácie a objemu výkonov (bodov) a potom opäť na základe kapitácie (1.1.1999). V súčasnosti sú financovaní na základe kapitácie.

Špecializovaná ambulantná starostlivosť

Lekári „špecialisti“ boli financovaní na základe objemu realizovaných výkonov – bodov. Z dôvodu nedostatku zdrojov zdravotné poisťovne stanovili maximálny rozsah preplácaných výkonov (na výkony boli zavedené horné limity). Limity pre špecialistov existujú aj v súčasnosti.

Nemocničná starostlivosť

Po zrušení ústavov národného zdravia získavali postupne zdravotnícke zariadenia právnu subjektivitu, čím začali byť aj priamo konfrontované s ekonomickými problémami. Z centrálnej úrovne im bola poskytnutá základná výpočtová technika, účtovnícky softvér i metodika nákladových stredísk na sledovanie vnútroústavnej ekonomiky. Hoci všetky oddelenia nemocnice „bodovali“ svoje výkony, zdravotná starostlivosť v nemocnicach bola od roku 1994 až do decembra 1998 financovaná na základe tzv. lôžkodňa. Systém sa označuje aj ako výkonová jednotka za ošetrovací deň.¹³⁶

V roku 1996 sa začala experimentálna príprava s aplikáciou **DRG (Diagnosis Related Groups)** systému. Pre systém financovania nemocničnej starostlivosti na základe diagnóz je charakteristické ohodnotenie jednotlivých skupín diagnóz určitou relatívnou váhou, ktorá určuje náročnosť (a nákladovosť) poskytovanej služby. Ministerstvo zdravotníctva vytvorilo projekt „*Modelové financovanie zdravotníckych zariadení*“, ktorý mal za cieľ uskutočniť systémovú zmenu spôsobu financovania zavedením paušálnych sadzieb za „odliečenie“ ucelených diagnóz. Katalóg bol porovnateľný s katalógom v Spolkovej republike Nemecko, do praxe však nebol uvedený z dôvodov nejednotného postupu zainteresovaných strán, ale najmä z dôvodov obmedzených finančných zdrojov. V bežnej ekonomickej kalkulácii platí, že cena sa

¹³⁵ Pozri PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Zdravotníctvo. Samostatná kapitola v štúdií „Deetatizácia verejných služieb“ v rámci projektu LGI*, Bratislava 2000, s. 3. In: <http://www.reformazdravotnictva.sk/publikacie.php> alebo aj www.mesa.10.sk

¹³⁶ Pozri Gálik, J.: *Transformácia slovenského zdravotníctva v uzatvorenom kruhu*. Zdravotnícke noviny, ročník 4/48, č. 33 (1999)

určuje na základe súčtu nákladov a príslušného zisku. V rezorte zdravotníctva je však cena konfrontovaná s disponibilnými zdrojmi. Systém paušálnych sadzieb za „odliečenie“ ucelených diagnóz by musel po zavedení určovať cenu pod úrovňou sledovaných nákladov a tým automaticky negatívne pôsobiť na finančnú situáciu zdravotníckych zariadení.

Od 1.1. do 1.5.1999 bol zavedený krízový režim, počas ktorého mohli byť v lôžkových zariadeniach ošetrovaní len tzv. „akútni pacienti“. Nemocnice začali byť od 1.5.1999 financované opäť na základe prospektívnych rozpočtov t.j. podľa prídellového systému, v ktorom určovalo MZ SR sumu, ktorú môžu poisťovne uhradiť nemocniciam. Od 1.6.2000 začali zdravotné poisťovne uzatvárať priame cenové dohody s nemocnicami. Zavedením prospektívneho rozpočtu sa systém financovania vrátil na začiatok – k rozpočtovému modelu, ktorý bol pôvodne zanechaný v roku 1993. Vyjednávanie medzi zdravotnými poisťovňami a nemocnicami sa uskutočňuje o cene služieb. Zdravotné poisťovne uhrádzajú nemocniciam za počet hospitalizovaných pacientov. Inú sumu zaplatí poisťovňa za hospitalizovaného pacienta napr. na chirurgii a inú sumu na oddelení neurológie, ale následne už neexistuje na konkrétnom oddelení ďalšia diferenciacia platby podľa diagnózy pacienta alebo podľa dĺžky hospitalizácie (platby sú spriemerované). Priemerné náklady na hospitalizáciu pacienta v konkrétnom medicínskom odbore sa zisťujú zo zdravotníckych štatistík. Podľa tejto štatistiky a podľa uzatvorenej cenovej dohody medzi zdravotnou poisťovňou a nemocnicou je uhradená hospitalizácia pacienta bez ohľadu na jeho konkrétnu diagnózu aj bez ohľadu na dĺžku jeho hospitalizácie. Cenové dohody a zmluvy uzatvárajú zdravotné poisťovne v rôznych časových intervaloch. Napriek tomu, že zdravotné poisťovne hospodária s verejnými zdrojmi (ide o financie všetkých občanov na základe verejného zdravotného poistenia, nie o súkromné zdroje na základe súkromného individuálneho poistenia) a napriek tomu, že vystupujú ako zástupcovia a nákupcovia zdravotnej starostlivosti v mene pacientov, zdravotné poisťovne trvajú na tom, že zmluvy s nemocnicami a ostatnými poskytovateľmi sú obchodným tajomstvom a ich obsah ani konkrétny rozsah platieb za poskytnutú zdravotnú starostlivosť nezverejňujú. V tejto situácii je veľmi ťažké porovnávať jednotlivé poisťovne, výšku ich úhrad poskytovateľom, rýchlosť úhrad a platobnú disciplínu. Výročné správy obsahujú iba veľmi všeobecné údaje o celkovom hospodárení.

Riešenie rozpočtového konfliktu napriek všetkým uvedeným skutočnostiam (ako sa ukázalo z krátkej 10-ročnej histórie) nie je iba v probléme – ktorý spôsob financovania sa použije. Existujúca disproporcija medzi rozsahom poskytovaných zdravotníckych výkonov (resp. imperatívom povinného rozsahu na základe zákona) a disponibilnými rozpočtovými zdrojmi v nemocničnej starostlivosti pretrváva naďalej.

2.2 Financovanie zdravotníctva zo zdrojov štátneho rozpočtu

Štandardne sa úroveň zdravotníctva v jednotlivých krajinách porovnáva väčšinou nasledovnými makroekonomickými ukazovateľmi:

- objem celkových výdavkov na zdravotníctvo,
- percento z hrubého domáceho produktu vynaložené na zdravotníctvo,
- podiel verejných zdrojov na celkových výdavkoch na zdravotníctvo,
- podiel súkromných zdrojov na celkových výdavkoch na zdravotníctvo,
- celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu (v domácej mene, v eurách, v priemernom výmennom kurze v US dolároch).

Následne sa zdravotníctvo hlbšie analyzuje podrobnejšími štatistickými ukazovateľmi ako napr.:

- štruktúra výdavkov na zdravotnú starostlivosť (prevencia, lieky, ambulantná, nemocničná, následná starostlivosť, LDCH a pod.),
- počet lekárov na počet obyvateľov, návštevnosť lekára,
- počet a štruktúra zdravotníckych zariadení, priemerná dĺžka hospitalizácie,
- štruktúra nemocničných lôžok, priemerné využitie lôžok (obložnosť v %),
- vybavenosť nákladnou technológiou a pod.

Keďže na Slovensku majú verejné zdroje výrazný podiel na celkovom financovaní zdravotníctva, je vhodné venovať priestor analýze, aký podiel dôležitosti má kapitola zdravotníctva na každoročnom štátnom rozpočte od roku 1992. Prehľad podielu kapitoly MZ SR na celkových výdavkoch ŠR za obdobie od roku 1992 do 2009 sa nachádza v nasledujúcej tabuľke.

Najväčšou kategóriou zo všetkých poistencov sú poistenci štátu (dôchodcovia, nezaopatrené deti, nezamestnaní, invalidní občania). Za týchto občanov sú vyčlenené prostriedky štátneho rozpočtu v rámci kapitoly Ministerstva zdravotníctva. Pri tvorbe a prijatí zákona o zdravotnom poistení¹³⁷ bolo pôvodne v roku 1994 kalkulované, že štát bude platiť za svojich poistencov 13,7 % z minimálnej mzdy (čo vtedy zodpovedalo súčtu percent zamestnanca (10 %) a zamestnávateľa (3,7 %)). Na stanovenú percentuálnu výšku neboli v štátnom rozpočte prostriedky, preto si štát každoročne znižoval percentuálnu výšku odvodov za svojich poistencov pri prijímaní zákona o štátnom rozpočte. Začiatok dlhodobých problémov podfinancovania systému zdravotníctva registrujeme práve od tohto obdobia (roky 1994 – 1995).

¹³⁷ Zákon 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 z 24. augusta 1994

Tabuľka č. 10 Podiel kapitoly MZ SR na celkových výdavkoch ŠR za obdobie od roku 1992

absolútne ukazovatele sú uvádzané v tis. Sk

1	2	3	4	5	6	5 / 4 * 100	6 / 4 * 100
rok	výdavky štátneho rozpočtu celkom	z toho prostr. z rozpočtu EÚ	výdavky spolu bez prostriedkov EÚ	celkové výdavky do kapitoly MZ	z toho poistné za poistencov štátu	podiel kapitoly MZ na výdavkoch (bez prostr. EÚ) v %	podiel platieb poistného za poistencov štátu (bez prostr. EÚ) v %
1992	117 545 200		117 545 200	18 928 600		16,10	
1993	158 149 800		158 149 800	16 692 343	osobitne neurčené	10,55	
1994	149 330 000		149 330 000	2 825 655	osobitne neurčené	1,89	
1995	167 400 000		167 400 000	10 442 953	7 131 783	6,24	4,26
1996	189 425 000		189 425 000	13 996 372	10 321 880	7,39	5,45
1997	207 999 900		207 999 900	14 519 651	10 380 800	6,98	4,99
1998	184 800 000		184 800 000	14 197 723	10 501 488	7,68	5,68
1999	194 900 000		194 900 000	14 751 691	11 007 929	7,57	5,65
2000	201 808 761		201 808 761	14 925 205	11 029 838	7,40	5,47
2001	217 764 568		217 764 568	17 264 637	13 039 700	7,93	5,99
2002	257 919 182		257 919 182	19 600 434	15 261 549	7,60	5,92
2003	291 437 250		291 437 250	20 305 646	16 054 305	6,97	5,51
2004	310 452 485	11 292 410	299 160 075	22 752 726	18 059 460	7,61	6,04
2005	318 749 891	26 000 054	292 749 837	24 565 498	osobitne neurčené	8,39	x
2006	330 185 133	26 457 125	303 728 008	26 457 125	23 407 856	8,71	7,71
2007	348 857 512	29 082 178	319 775 334	30 098 494	27 177 984	9,41	8,50
2008	380 233 025	35 984 654	344 248 371	33 924 588	30 540 486	9,85	8,87
2009	425 538 508	56 718 082	368 820 426	39 326 748	34 976 452	10,66	9,48

Zdroj: vlastné spracovanie na základe zákonov o štátnom rozpočte za obdobie rokov 1992 – 2008

Poznámky k tabuľke:

Obdobie rokov 1992 – 1994 je neporovnateľné s ďalším obdobím od roku 1995. V roku 1992 ešte neexistoval na Slovensku poistný systém financovania zdravotníctva a celý systém zdravotníctva bol financovaný z daní t.j. zo štátneho rozpočtu. Roky 1993 – 1994 boli prechodným obdobím existencie jednej Národnej poisťovne; v rámci troch fondov NP existoval aj fond zdravotného poistenia. Všeobecná zdravotná poisťovňa vznikla 1.1.1995 ako nástupca Národnej poisťovne v oblasti zdravotného poistenia. Pluralita zdravotných poisťovní existovala až od roku 1995, t.j. až roky od r. 1995 a neskôr sú reálne porovnateľné.

V rámci zákona o štátnom rozpočte sú niektoré zdroje plynúce do zdravotníctva alokované aj v iných rozpočtových kapitolách. V dôvodu zjednodušeného výpočtu sme analyzovali iba kapitolu Ministerstva zdravotníctva, pretože zdroje plynúce do zdravotníctva z iných rozpočtových kapitol nie sú veľmi významné a nie sú ani jednotne každoročne osobitne sledované.

Údaje zo Zákona o štátnom rozpočte č. 596/2008 Z.z. sú v poslednom riadku (rok 2009) uvádzané v tis. Sk. Číselné hodnoty (uvádzané v zákone v eurách) boli prepočítané konverzným kurzom z dôvodu štatistickej porovnateľnosti rokov.

Tabuľka č. 11 **Platba štátu za svojich poistencov na Slovensku v rokoch 1994 – 2003**
Rozdiel medzi plánovanou výškou podľa zákona o zdravotnom poistení č. 273/1994 Z.z. a skutočnou platbou, ktorá bola každoročne upravovaná zákonom o štátnom rozpočte.

rok	Spôsob platby štátu podľa zákona o ŠR	Skutočná platba štátu za 1 poistenca (podľa zákona o ŠR) v Sk	Plánovaná platba štátu za 1 poistenca (podľa zákona o ZP) v Sk	Skutočná platba štátu za svojich poistencov (podľa zákona o ŠR) v mld. Sk	Plánovaná platba štátu za svojich poistenca (podľa zákona o ZP) v mld. Sk	Chýbajúci rozdiel – deficit poistného za poistencov štátu v mld. Sk
1994	13,7 % z 10 % m.m. t.j. z 2 450	34	308	1,362	12,337	-10,975
1995	13,7 % z 54 % m.m. t.j. z 2 450	181	336	7,131	13,241	-6,110
1996	13,7 % z 80 % m.m. z r. 95 t.j. z 2 450	269	370	10,321	14,199	-3,878
1997	13,7 % z 80 % m.m. z r. 95 t.j. z 2 450	269	370	10,381	14,279	-3,898
1998	13,7 % z 73 % z v.z. 2 700	270	411	10,501	15,984	-5,483
1999	13,7 % z 76,5 % z v.z. 2 700	283	493	11,005	19,174	-8,169
2000	13,7 % z 76,5 % z v.z. 2 700	283	493	11,339	19,754	-8,415
2001	14 % z v.z. 2 400	336	616	13,041	23,905	-10,864
2002	14 % z v.z. 2 750	385	689	15,262	27,309	-12,047
2003	14 % z v.z. 2 890	405	780	16,054	30,916	-14,862
	Spolu deficit					-84,701

Zdroj: vlastné spracovanie na základe: 1. KOVÁČ, E.: *Zdravotné poistenie – zdravotnopolitické a ekonomické súvislosti*. Bratislava : Motýl, 2003, s. 124 – 125
2. SOÚ; zákony o ŠR, zákon o ZP č. 273/1994

V roku 2004 platil štát poistné na zdravotné poistenie¹³⁸ z rozpočtovej kapitoly Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky vo výške **14 %** z vymeriavacieho základu **3 464 Sk**. Od 1.1.2005 je štát povinný platiť za svojich poistencov¹³⁹ poistné vo výške 4 % z vymeriavacieho základu t.j. z priemernej mzdy zamestnanca v hospodárstve zistenej Štatistickým úradom Slovenskej republiky za kalendárny rok, ktorý dva roky predchádza rozhodujúcemu obdobiu.. V roku 2006 deklarovala nová vláda pripravenosť platiť 5 % za svojich poistencov.¹⁴⁰ Tento zámer bol splnený¹⁴¹ iba za obdobie prvých štyroch mesiacov r. 2007, kedy štát platil 5 % za svojich poistencov. Od 1.5.2007 boli platby vrátené na úroveň 4 %.

¹³⁸ podľa zákona č. 598/2003 Z.z. o štátnom rozpočte na rok 2004.

¹³⁹ podľa zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení

¹⁴⁰ „Vláda zabezpečí 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. Vláda zabezpečí, aby verejné výdavky na zdravotníctvo vyjadrené % z HDP mali rastúcu tendenciu a rešpektovali princíp približovania sa k vyspelým štátom Európskej únie“.
Programové vyhlásenie vlády Slovenskej republiky, august 2006, 4. časť – Zdravotníctvo.

¹⁴¹ Novela zákona č. 673/2006 Z.z., ktorým sa mení a dopĺňa 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 – § 31c
„Od 1. januára 2007 do 30. apríla 2007 je sadzba poistného pre štát 5 % z vymeriavacieho základu.“

Tabuľka č. 12 **Platba štátu za svojich poistencov od roku 2005** (na základe zákona č. 580/2004 Z.z.)

rok	Spôsob výpočtu	Suma na 1 poistenca v Sk
2005	4 % z priemernej mzdy v NH z roku 2003 t.j. 4 % zo sumy 14 365,- Sk	535,- Sk
2006	4 % z priemernej mzdy v NH z roku 2004 t.j. 4 % zo sumy 15 825,- Sk	634,- Sk
1.1. – 30.4.2007	5 % z priemernej mzdy v NH z roku 2005 t.j. 5 % zo sumy 17 274,- Sk	863,- Sk
1.5. – 31.12.2007	4 % z priemernej mzdy v NH z roku 2005 t.j. 4 % zo sumy 17 274,- Sk	691,- Sk
2008	4 % z priemernej mzdy v NH z roku 2006 t.j. 4 % zo sumy 18 761,- Sk	750,- Sk

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe zákonov

Na rok 2009 je plánované, že štát bude platiť zo štátneho rozpočtu **4,9 %** z vymeriavacieho základu za poistencov štátu. Pôvodne bolo plánované navýšiť platbu až na 5 %. Úpravou v zákone o štátnom rozpočte na rok 2009 sa rozdiel 0,1 % (723 miliónov Sk) plánuje použiť na národné preventívne zdravotnícke programy.

2. 3 Oddlžovanie zdravotníctva z prostriedkov štátneho rozpočtu

2.3.1 Vznik deficitu vo financovaní zdravotníctva

Výška percenta HDP, ktoré je vynakladané na zdravotníctvo vo vyspelých krajinách EÚ je priemerne 8,5 % – 9 %. V SR bolo v predchádzajúcich rokoch percento oveľa nižšie – priemerne 6 % . V súčasnosti sa toto percento mierne zvyšuje až na úroveň 6,5 %.¹⁴² Nedofinancovanie zdravotníctva spôsobovalo už od roku 1993 zadlžovanie rezortu a vznik kumulovaného deficitu. Zdroje nestačili pokryť rozsah zdravotnej starostlivosti, ktorý bol deklarovaný v Ústave.

Odborníci sa v začiatočnom období (roky 1992 až 1996) viac zamerali na spôsob organizácie systému zdravotníctva, ako na objem zdrojov, ktoré plynuli do zdravotníctva. Z dlhodobého podfinancovania počas celého desaťročia (1994 – 2004) sa postupne začal akumulovať značný deficit; zdravotným poisťovniam chýbali prostriedky na preplácanie zdravotnej starostlivosti za svojich poistencov.

Od roku 1996 začína obdobie postupného prehlbovania krízy vo financovaní zdravotníctva. Medzi jeho najhlavnejšie znaky patrilo najmä¹⁴³:

¹⁴² Pozri časť 5.3 Možnosti financovania zdravotníctva z verejných a súkromných zdrojov na Slovensku

¹⁴³ PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Zdravotníctvo. Samostatná kapitola v štúdií „Deetatizácia verejných služieb“ v rámci projektu LGI*, Bratislava 2000. In: <http://www.reformazdravotnictva.sk/publikacie.php> alebo aj www.mesa.10.sk

1. vysoké vnútorné zadĺženie (vysoká úroveň morálneho a fyzického opotrebovanie technického zariadenia, kritický stav budov, a pod.),
2. vysoké vonkajšie zadĺženie (nesplatené záväzky voči štátu, dodávateľom, poskytovateľom zdravotníckej starostlivosti, lekárňam, a pod.).

Jedným z dôležitých cieľov vlády, ktorá nastúpila v roku 1998 bolo znižovanie verejného dlhu ako súčasť plnenia Maastrichtských konvergenčných kritérií. Už v období rokov 1998 – 2002 existovalo viacero pokusov o transformáciu systému zdravotnej starostlivosti. V roku 1998 bol zavedený tzv. režim „Krizového stavu“, ktorý mal riešiť akútne problémy. Na ministerstve zdravotníctva bola konštituovaná „Transformačná rada“ a boli menovaní krajskí koordinátori za každý kraj. V októbri 1999 bol na MZ SR vypracovaný dokument **Transformačné kroky na roky 1999 – 2002 v rezorte zdravotníctva**, ktorý bol schválený vládnym uznesením č. 905 z 21. októbra 1999.

Výdavky na zdravotníctvo v Slovenskej republike v roku 2000 predstavovali podľa údajov ministerstva zdravotníctva 59,3 mld Sk¹⁴⁴ (bez použitých mimoriadnych zdrojov z privatizácie vo výške 3,5 mld. Sk). Podľa štatistickej ročenky Slovenskej republiky¹⁴⁵ hrubý domáci produkt za rok 2000 predstavoval objem 941,3 mld Sk. V Slovenskej republike sa na zdravotníctvo v roku 2000 vynaložilo **6,67 % z HDP**¹⁴⁶.

Dlh zdravotníctva dosiahol v roku 2000 výšku približne 15 mld Sk, niektorí odborníci ho odhadujú až na výšku **20 mld Sk** (údaj uvádzaný v publikácií: *Hodnotenie ekonomických a sociálnych opatrení, apríl 2000 – december 2001*, s. 99), čo predstavuje 1,59 % – 2,13 % z HDP. K 30. júnu 2001 bol odhad vonkajšieho dlhu vo výške **24,084 mld. Sk**.¹⁴⁷ Vonkajší dlh je zadĺženie subjektov v rezorte zdravotníctva voči externým veriteľom t.j. dlh lôžkových zdravotníckych zariadení voči dodávateľom, dlhy zdravotných poisťovní voči lekárňam, štátnemu rozpočtu a ostatným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Ku koncu roka 2002 vyčíslilo MZ dlh na **26,6 mld. Sk** a ku koncu júna 2003 na **27,973 mld. Sk** (istina 23,607 mld. Sk).¹⁴⁸

¹⁴⁴ Pozri ZACHAR, D. – ROHÁČ, D. – VAŠÁK, J. : *Hodnotenie ekonomických a sociálnych opatrení, apríl 2000 – december 2001*, s. 99. INEKO – Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy.
In: <http://www.ineko.sk/clanky/publikacie> In: AdobeReader - [publikacie_heso_2000_2001[1].pdf]

¹⁴⁵ Štatistická ročenka SR 2005, Štatistický úrad SR 2005 : Bratislava : VEDA, vydavateľstvo SAV, 2005.

¹⁴⁶ výpočet: $(59,3 + 3,5) / 941,3 = 6,67 \%$

¹⁴⁷ Pozri PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Zdravotníctvo*.
In: *Slovensko 2001. Súhrn správa o stave spoločnosti*. Bratislava : Inštitút pre verejné otázky, s. 513.
In: http://www.ivo.sk/buxus/generate_page.php?page_id=2391 alebo v r. 2003 aj www.health.gov.sk

¹⁴⁸ Pozri ZACHAR, D. (ed.): *Reformy na Slovensku 2003 – 2004*.
Hodnotenie ekonomických a sociálnych opatrení. INEKO – Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy, s. 115.
In: <http://www.ineko.sk/clanky/publikacie> In: AdobeReader - [publikacie_heso_2003_2004[1].pdf]

Napriek snahe rôznych predstaviteľov vlád a rozličných ministrov sa nepodarilo u nás zaviesť viaczdrojový systém financovania. Systém financovania je závislý predovšetkým na príspevkoch od ekonomicky aktívneho obyvateľstva. Niektorí odborníci zdôrazňujú, že v konečnom dôsledku je len jeden zdroj financovania a tým je občan.

Zdravotnícki pracovníci žiadali prijať do konca roka 2000 reálnu koncepciu transformácie zdravotníctva. Ministerstvo zdravotníctva bolo zaviazané podať v parlamente správu o situácii v zdravotníctve. V novembri 2000 predložilo ministerstvo komplexný materiál: **Analýza hospodárenia systému zdravotnej starostlivosti a návrh opatrení na zlepšenie hospodárenia a finančnej situácie systému zdravotnej starostlivosti**. Materiál mal byť aktualizáciou transformačného programu, v januári 2001 bol zásadne prepracovaný a v marci 2001 bol schválený vládou SR.¹⁴⁹

Už v tomto období existovali návrhy zo strany ministerstva zdravotníctva, aby po rozčlenení zdravotného poistenia na základné povinné zdravotné poistenie a dodatkové pripoistenie bol výber povinného zdravotného poistenia uskutočňovaný iba jednou – štátom určenou zdravotnou poisťovňou. Snaha redukovať počet štátnych zdravotných poisťovní bola odôvodnená najmä tým, že zdravotné poisťovne si nemôžu v skutočnosti reálne konkurovať, pretože poskytujú rovnaké služby za rovnaké ceny, predpísané zákonom a liečebným poriadkom. Menšie rozdiely môžu nastať iba v niektorých vybraných službách poisťovne pre svojich poistencov napr. elektronické zasielanie výpisov z individuálneho účtu poistencia, čo je pre viacerých (najmä starších poistencov a chronicky chorých) nepodstatná záležitosť v porovnaní s inými problémami, s ktorými sú v zdravotníckom systéme ako pacienti konfrontovaní (technické vybavenie nemocníc, čakacie doby v ambulancii, prístup zdravotníckeho personálu, v súčasnosti už pociťovaný vážny nedostatok zdravotníckych pracovníkov a pod.). Ministerstvo zdravotníctva argumentovalo aj väčším prehľadom v celkovej evidencii poistencov v prípade existencie jednej verejnej zdravotnej poisťovne. Pri prerozdeľovaní financií

¹⁴⁹ Najdôležitejšie body materiálu boli nasledovné:

- analýza stavu v rezorte zdravotníctva,
- vyrovnaná bilancia hospodárenia systému,
- zvýšenie verejných zdrojov,
- zvýšenie aktívnej ekonomickej účasti občanov na zdravotnej starostlivosti,
- nárast podielu súkromných zdrojov (V roku 2001 bol podiel verejných zdrojov na financovaní zdravotníctva na Slovensku 92,3 %, v EU 75 – 80 %),
- zníženie rozsahu zdravotnej starostlivosti poskytovanej zo zdrojov povinného zdravotného poistenia (plánované rozčlenenie na základné povinné poistenie, dobrovoľné doplnkové poistenie a pripoistenie na hradenie výkonov, ktoré nebudú definované v liečebnom poriadku napr. vyšší štandard v nemocnici),
- od roku 2002 sa plánoval zaviesť príspevok štátu na nepoistiteľné riziko transplantácie orgánov, onkologické ochorenia, rýchla zdravotná pomoc),
- plánovala sa úprava príspevkov štátu za ekonomicky neaktívnych občanov (mal sa zvýšiť vymeriavací základ pre výpočet zdravotného poistenia poistencov štátu a znížiť poistná sadzba štátu zo 14 % na 10 %, t.j. na výšku poistnej sadzby zamestnávateľov),
- mali sa zaviesť platby poistného za práceneschopných občanov z prostriedkov fondu nemocenského poistenia spravovaného Sociálnou poisťovňou,
- bola plánovaná racionalizácia systému (skrátene priemerného ošetrovacieho času, zníženie počtu akútnych nemocničných lôžok, znižovanie spotreby liečiv).

získaných z poistenia vznikali problémy s evidenciou počtu poistencov. V istom časovom období presiahol počet poistencov všetkých zdravotných poisťovní o 0,5 milióna počet obyvateľov SR.¹⁵⁰ Systém viacerých zdravotných poisťovní predstavoval administratívnu záťaž pre zamestnávateľov, zamestnancov i všetkých poistencov (vrátane nezamestnaných i poistencov štátu, ktorý taktiež podliehajú evidencii v zdravotnom systéme).

Návrh bol jednoznačne odmietnutý združením zdravotných poisťovní. Vzhľadom na existujúce trhové podmienky s doplnkovým zdravotným pripoistením (ktoré prakticky neexistovalo) znamenal tento návrh pre nich de facto likvidáciu. Systém jednej zdravotnej poisťovne mal začať fungovať koncom roka 2001, ale k zásadnej reforme zdravotníctva však chýbala politická vôľa. Podľa odborníkov nebola definovaná zásadná a podstatná vec – rozsah služieb, ktoré budú preplácané zo základného verejného zdravotného poistenia a z toho vyplývajúci podiel verejných a súkromných zdrojov (pripoistenia, priamych platieb a doplatkov).

2.3.2 Opatrenia na zastavenie zadlžovania

Vláda konštituovaná v r. 2002 ustanovila jasný cieľ v oblasti zdravotnej politiky – zníženie zadlženosti a vyrovnané finančné hospodárenie. Reforma zdravotníctva bola prezentovaná ako dôležitý krok na zastavenie narastajúceho zadlžovania rezortu; z hľadiska finančných tokov bola reformou výdavkovej strany verejných financií.

Na základe uznesenia vlády č. 476 z 11. júna 2003 bolo ministerstvo zdravotníctva povinné polročne predkladať správu o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva za predchádzajúce obdobie. Ministerstvo zdravotníctva bolo taktiež poverené vypracovať **ciele** zdravotnej politiky, ktoré by zodpovedali hlavným doktrínam zdravotnej politiky¹⁵¹:

- zastaviť rast dlhu a vyrovnať hospodárenie,
- zvýšiť efektívnu dostupnosť a flexibilitu zdravotnej starostlivosti, zabezpečiť podmienky pre vyššiu efektívnosť poskytovaných zdravotných služieb,
- zabezpečiť presun ťažiska z lôžkovej zdravotnej starostlivosti na jednoduchú chirurgiu, na ambulantnú i domácu liečbu.

¹⁵⁰ Pozri ZACHAR, D. – ROHÁČ, D. – VAŠÁK, J. : *Hodnotenie ekonomických a sociálnych opatrení, apríl 2000 – december 2001*, s. 101. INEKO – Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy. In: <http://www.ineko.sk/clanky/publikacie> In: AdobeReader - [publikacie_heso_2000_2001[1].pdf]

¹⁵¹ Pozri Zdravotníctvo – zdravotnícka doktrína. In: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/anoprogz.pdf>

K uvedeným cieľom boli plánované konkrétne **nástroje** zdravotnej politiky:

- Pripraviť novelu zákona o zdravotnej starostlivosti, definovať pojem solidárnej zdravotnej starostlivosti. Zásadne riešiť financovanie poistencov štátu (pripravované 2 možné varianty).
- Pripraviť zákon o zdravotnom poistení, v ktorom bude definované povinné zdravotné poistenie (z ktorého bude financovaný základný solidárny okruh zdravotnej starostlivosti) a nepovinné zdravotné poistenie. Zo základného balíka služieb bolo plánované aj financovanie nemocenského poistenia ekonomicky aktívnych občanov.
- Pripraviť Liečebný poriadok, definovať katalóg medicínskych výkonov, zoznam liekov a pomôcok, hradených z povinného zdravotného poistenia. Definovať rozsah zdravotnej starostlivosti a služieb, ktoré budú podliehať priamym úhradám od pacientov.
- Vytvoriť systém adresných sociálnych dávok u sociálne odkázaných občanov, pre financovanie niektorých výkonov a služieb, ktoré sa neplánovali hradiť zo základného solidárneho balíka, riešiť problém sociálnej medicíny.
- Financovanie siete rýchlej zdravotnej pomoci (RZP) zabezpečiť zo základného solidárneho balíka.
- Zaviesť do zákona i do praxe „nepovinné zdravotné poistenie“.
- Pripraviť nový zákon o ochrane zdravia, definovať prevenciu ako prioritu v systéme zdravotníckej starostlivosti a spôsob poskytovania prevencie.
- Pripraviť transformáciu ŠZÚ na inštitúcie verejného zdravotníctva.
- Pripraviť nový zákon o právnom postavení poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, definíciu vlastníckych vzťahov, nové možnosti inštitucionálneho postgraduálneho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, postavenie komôr.
- Novelizovať Zákonník práce a zákon o odmeňovaní zamestnancov pri výkone práce vo verejnom záujme za účelom individuálnej diferenciácie miezd a mobilitu pracovných síl poskytovateľov.
- Zákonom zriadiť Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (UDZS) ako kontrolný orgán pre zdravotné poisťovne a poskytovateľov.

Dôležitým prostriedkom na zníženie zadlženosti a vyrovnané finančné hospodárenie bola **snaha o zavedenie viaczdrojového financovania**. Novelou zákona o liečebnom poriadku boli s účinnosťou od **1. júna 2003** zavedené **poplatky za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti**:

- poplatok za poskytnutie ambulantnej starostlivosti vo výške 20 Sk,

- poplatok za stravovanie a pobyt na lôžku počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti vo výške 50 Sk
- poplatok za návštevu ústavnej pohotovostnej služby 20 Sk,
- poplatok za vydanie liekov a zdravotníckych pomôcok na jednom lekárskom predpise vo výške 20 Sk,
- poplatok za prepravu do zdravotníckeho zariadenia vo výške 2 Sk za jeden kilometer jazdy.¹⁵²

Finančný prínos z poplatkov bol rozdelený nasledovne:

- poplatok za poskytovanie ambulantnej starostlivosti (20 Sk), za stravovanie a pobyt na lôžku počas poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti (50 Sk) a za návštevu ÚPS (20 Sk) bol príjmom zdravotníckeho zariadenia,
- poplatok za dopravu pacienta bol príjmom zdravotnej poisťovne¹⁵³
- poplatok za lekársky predpis sa rozdelil medzi lekára a zdravotnú poisťovňu (5 Sk bola príjmom lekárne, 15 Sk bola príjmom zdravotnej poisťovne).

Poplatky mali byť prelomením psychologickéj bariéry, ktorou bola predstava o bezplatnosti zdravotníctva. Pre väčšinu obyvateľstva tieto poplatky neznamenal výrazné obmedzenie dostupnosti k zdravotníckym službám, občania v hmotnej núdzi si mohli časť zdravotných služieb kompenzovať v sociálnom príspevku. Poplatky za pobyt na lôžku boli pre väčšie nemocnice iba veľmi malou časťou ich príjmu, ale pre niektorých ambulantných poskytovateľov poplatky od pacientov znamenali významný podiel ich pravidelných príjmov.

Koncom roka 2004 bolo prijatých šesť „reformných“ zákonov.¹⁵⁴ Súčasne bola prijatá aj rozsiahla novela zákona o liekoch.¹⁵⁵

¹⁵² Zákon č. 138/2003 Z.z. zmenil a doplnil od 1.6.2003 nasledujúce zákony:

- zákon o zdravotnej starostlivosti č. 277/1994 Z.z., v ktorom novým spôsobom definoval „**služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti**“,
- zákon č. 98/1995 o Liečebnom poriadku, v novele určil **výšku** čiastočnej úhrady za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- zákon č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení, v novele zmenil definíciu „**pojmu povinného zdravotného poistenia**“, aj definíciu „**zdravotná starostlivosť poskytovaná na základe zdravotného poistenia**“.

¹⁵³ Konkrétny postup bol taký, že zdravotná poisťovňa si výšku platby od pacienta odpočítala z celkovej úhrady za dopravu, ktorú poskytla zdravotníckemu zariadeniu.

¹⁵⁴ Zákon č. 576/2004 Z. Z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov (účinnosť od 1.1.2005),

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 (účinnosť od 1.1.2005),

Zákon č. 578/2004 Z. Z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (účinnosť od 1.11.2004),

Zákon č. 579/2004 Z. Z. o záchrannnej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov (účinnosť od 1.1.2005),

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 (účinnosť od 1.1.2005),

Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (účinnosť od 1.11.2004).

¹⁵⁵ Zákon č. 140/1998 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

Výška poplatkov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti bola opätovne potvrdená.¹⁵⁶

Stav prijímaných opatrení bol z viacerých strán komentovaný politicky a reformné zákony označované ako protisociálne. Výhrady boli aj proti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou¹⁵⁷ a to najmä z ekonomických dôvodov (ako ďalší „spotrebiteľ“ verejných finančných prostriedkov v systéme zdravotníctva). Úrad mal byť financovaný z príspevkov všetkých zdravotných poisťovní. Katalóg zdravotníckych výkonov pri liečbe neprioritných diagnóz, resp. zoznam neprioritných diagnóz na ktoré by pacient doplácal, mal byť vydaný nariadením vlády SR.¹⁵⁸ Prognózu sociálneho dopadu a ekonomickú únosnosť celej reformy zdravotníctva pre pacientov nebolo možné presne určiť vzhľadom na neznámy rozsah a spôsob doplatkov za tzv. neprioritné diagnózy, ktoré sa z politických dôvodov do volieb v roku 2006 ani nezačali uplatňovať.

Experti pri tvorbe katalógu a určovaní poradia diagnóz (ktoré mali byť z verejného zdravotného poistenia plne hradené, čiastočne hradené a ktoré si mal pacient platiť v plnej výške) použili podobný postup ako odborníci v štáte Oregon v USA v 80-tych rokoch minulého storočia.¹⁵⁹

2.3.3 Oddlžovanie zdravotníckeho systému prostredníctvom štátnej akciovej spoločnosti Veritel'

Oddlžovanie dovtedy akumulovaného dlhu sa realizovalo najmä prostredníctvom **štátnej akciovej spoločnosti Veritel'**, ktorá vznikla 18.6.2003 na základe uznesenia vlády zo dňa 2. apríla 2003. Akcionármi spoločnosti boli MZ SR (50 %) a MF SR (50 %).

Oddlžovanie sa uskutočnilo v troch etapách:

- 1.) oddlženie zdravotníckych zariadení a škôl, delimitovaných¹⁶⁰ na obce na obce a VÚC (plánované oddlženie do konca roka 2002),
- 2.) oddlženie zdravotníckych zariadení v pôsobnosti MZ SR (do konca roka 2004),

¹⁵⁶ Nariadenie vlády č. 722/2004 Z.z. s účinnosťou od 1.1.2005.

¹⁵⁷ Úrad bol zriadený 1. novembra 2004 zákonom č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

¹⁵⁸ Povinnosť vydať nariadenie resp. vyhlášku o neprioritných diagnózach určoval 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.

¹⁵⁹ Rozdiel v týchto dvoch prípadoch bol v tom, že odborníci v Oregone sa snažili rozšíriť zdravotné poistenie pre obyvateľov, ktorí ho nemali a hľadala sa možnosť ako poskytovať zdravotnú starostlivosť pre chudobných; na Slovensku išlo o hľadanie spôsobu, ako skrátiť rozsah plne hradených diagnóz z dôvodu racionalizácie a presunu financovania na súkromné zdroje (buď formou priamych platieb alebo súkromného pripoistenia).
Pozri STANEK, V.: *Reforma zdravotného poistenia, ako ďalej?* In: Účtovníctvo, audítorstvo, daňovníctvo, ročník XII, 2004, s. 310 – 312.

¹⁶⁰ Zdravotnícke zariadenia, ktoré boli delimitované podľa zákona č. 416/2001 Z.z. od 1.1.2003.

3.) oddĺženie zdravotných poisťovní (do konca roka 2004).

Pred oddĺžením sa vykonávali podrobné audity záväzkov zdravotníckych zariadení. Nákupná stratégia a.s. Veriteľ spočívala v menšej ako 100 % úhrade istiny za nakúpené pohľadávky od veriteľov a vzájomným započítaním niektorých pohľadávok. **Dlh** v celkovej výške **23,0 mld Sk** bol zlikvidovaný za **20,1 mld Sk** formou postupovania pohľadávok. Po odkúpení pohľadávok sa a.s. Veriteľ stal dočasným vlastníkom pohľadávok voči zdravotnému systému. V máji 2004 bol prijatý vládou SR materiál „*Návrh na vysporiadanie pohľadávok a.s. Veriteľ*“ Na základe prijatého postupu lôžkové zdravotnícke zariadenia zaplatili svoje záväzky voči Veriteľovi postúpením pohľadávok voči zdravotným poisťovniam. Zdravotné poisťovne zas postúpili na a.s. Veriteľ svoje pohľadávky voči neplatičom poistného vo výške nominálnej hodnoty svojej pohľadávky. Pri likvidácii zostali spoločnosti Veriteľ a.s. na strane pasív záväzky voči štátnemu rozpočtu a na strane aktív pohľadávky voči neplatičom poistného. Štátna akciová spoločnosť zanikla 8.7.2006.

Väčšina záväzkov zdravotníckych zariadení bola cez a.s. Veriteľ vysporiadaná. K 31.12.2006 ostal evidovaný dlh u niektorých zariadení v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva (tzv. „starý dlh“) vo výške 115 mil. Sk. Ak berieme za základ údaj, že ku koncu júna 2003 bol evidovaný celkový dlh **27,973 mld. Sk** (istina 23,607 mld. Sk), tak nevysporiadané záväzky („starý dlh“) predstavovali voči pôvodnému celkovému dlhu čiastku 0,41 % (voči istine 0,49 %). Môžeme tvrdiť, že pri tomto pomere nevysporiadaných záväzkov k 31.12.2006 voči pôvodnej výške celkového dlhu bol systém zdravotníctva takmer oddĺžený. Prehľad postupného oddĺžovania zdravotníckych zariadení cez a.s. Veriteľ poskytujú nasledovné tabuľky č. 13 a č. 14.

Tabuľka č. 13 Disponibilné zdroje a.s. Veriteľ na oddĺženie zdravotníctva v SR (v tis. Sk)

Kapitola	Zdroj financovania	Objem
3.1.	Základné imanie	3 436 000
3.2.	Návratná finančná výpomoc	7 401 000
3.3.	Dotácia zo ŠR	9 297 000
	SPOLU	20 134 000

 zdroj: [HTTP://WWW.VERITEL.SK/REPORT.PHP/1](http://www.veritel.sk/report.php/1)

Tabuľka č. 14 Prehľad použitých prostriedkov na oddĺženie zdravotníctva v SR v rokoch 2003 – 2006 (v mil. Sk)

Prostriedky na oddĺženie zdravotníctva k 15.6.2006	Poskytnuté na oddĺženie									
	Návratná finančná výpomoc			Dotácia			Základné imanie			Spolu
	7 401,0			9 297,0			3 436,0			20 134,0
Použité	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005	
Poskytnutá pôžička pre VŠZP	4 500,0									4 500,0
Poskytnutá pôžička pre ZP Sidéria Istota	100,0									100,0
Oddĺženie verejných lekární	501,0	99,0								600,0
Oddĺženie delimitovaných ZZ voči súkromnému sektoru							239,2	690,0	41,7	970,9
Oddĺženie ZZ v pôsobnosti MZ SR voči súkromnému		1 704,6	420,1		1 000,0	2 801,1		1 609,4		7 535,2
Oddĺženie voči Daňovému úradu					606,5	58,5				665,0
Oddĺženie delimitovaných ZZ voči Sociálnej poisťovni					2 303,1	500,0				2 803,1
Oddĺženie ZZ v pôsobnosti MZ SR voči Sociálnej poisťovni						1 700,0				1 700,0
Perspektíva – súkromní poskytovatelia			76,3		20,0	307,0			145,0	548,3
Použité prostriedky spolu	5 101,0	1 803,6	496,4	0,0	3 929,6	5 366,6	239,2	2 299,4	186,7	19 422,5
Činnosť spoločnosti							1,0			1,0
Celkom	5 101,0	1 803,6	496,4	0,0	3 929,6	5 366,6	240,2	2 299,4	186,7	19 423,5
Zostatok zdrojov poskytnutých na oddĺženie k 15.6.2006										710,2
Spolu										20 134

 zdroj: [HTTP://WWW.VERITEL.SK/REPORT.PHP/1](http://www.veritel.sk/report.php/1)

2.3.4 Rast dlhu v rezorte zdravotníctva od roku 2006

Nová vláda, ktorá vzišla z júnových volieb 2006 deklarovala vo svojom programovom vyhlásení plánované zmeny v rezorte zdravotníctva.¹⁶¹ Zároveň pripustila, že nedostatok zdrojov je možné riešiť aj spoluúčasťou na vybrané typy zdravotnej starostlivosti. Zdôraznila podporu nepovinného zdravotného poistenia ako dôležitého prvku vstupu súkromných zdrojov do zdravotníctva, ktorý zároveň znižuje finančný dopad spoluúčasti pacienta. Vláda ďalej deklarovala úmysel zrušiť niektoré hotovostné poplatky za služby, súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.¹⁶²

Neriešenie problémov¹⁶³ v zdravotníctve spôsobilo, že dlh začal opäť narastať napriek uskutočnenému oddĺženiu cez a.s. Veriteľ. Na základe predložených údajov v materiáli *Informácia o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva k 30.6.2007*¹⁶⁴ bol celkový dlh vo výške **7,367 mld. Sk**. Podľa *Správy o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k 31.12.2007*¹⁶⁵ dlh vzrástol na výšku **8,074 mld Sk**. Podľa *Správy o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k 31.12.2008*¹⁶⁶ dosiahol dlh výšku **8,229 mld Sk** (273,15 mil. €)

Tieto správy sledovali dlh v štyroch rovinách:

- zdravotnícke zariadenia (ZZ) v pôsobnosti MZ SR,
- ZZ transformované na akciové spoločnosti,
- ZZ delimitované na obce a VÚC a transformované na neziskové organizácie,
- zdravotné poisťovne.

¹⁶¹ Predovšetkým deklarovala víziu sociálne orientovaného štátu.

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. Vláda zruší ešte v roku 2006 niektoré poplatky nemajúce priamo súvis s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zabezpečí pre poskytovateľov kompenzáciu...

„Vláda považuje zdravie, rovnosť v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a dostupnosť zdravotnej starostlivosti za základné práva každého občana. Zachovanie a zlepšovanie zdravia je najlepšou investíciou pre silnú ekonomiku a spokojnú spoločnosť. Vláda považuje zdravotníctvo za jednu zo svojich priorit.“

Programové vyhlásenie vlády Slovenskej republiky, august 2006, 4. časť – Zdravotníctvo.

¹⁶² Poplatky **20 Sk** za ambulantnú zdravotnú starostlivosť a poplatky **50 Sk** za lôžkovú a ústavnú zdravotnú starostlivosť boli zrušené nariadením vlády č. 485/2006 Z.z. s účinnosťou od **1.9.2006**. Nariadením vlády č. 539/2006 Z.z. bol od **1.10.2006** znížený poplatok za **lekársky predpis** v lekarni a vo výdajni zdravotníckych pomôcok z **20 Sk** na **5 Sk** (od 1.1.2009 po prepočte konverzným kurzom **0,17 EUR**). Z pôvodných poplatkov (zavedených v r. 2004) zostal poplatok za pobyt sprievodcu v ústavnej starostlivosti, za návštevu LSPP a ÚPS a poplatok za dopravu do zdravotníckeho zariadenia. Náhrada zrušených poplatkov nebola poskytovateľom zdravotnej starostlivosti finančne kompenzovaná z iných zdrojov. Vyhláškou MZ SR č. 207/2007 Z.z. bol zrušený aj poplatok vo výške **100 Sk** za vydanie **európskeho preukazu zdravotného poistenia**.

¹⁶³ Zrušenie 20-korunových a 50-korunových poplatkov nepovažujeme za komplexné riešenie problémov celého systému zdravotníctva (bez ohľadu na rôznorodosť názorov na tieto poplatky).

¹⁶⁴ Informácia o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva k **30.6.2007**.

Materiál na rokovanie vlády SR. Číslo: 23231 – 1/2007 – OVV. Bratislava 27. septembra 2007

In: [http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/A08C3B5E89855786C1257367002D1F42/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/A08C3B5E89855786C1257367002D1F42/$FILE/Zdroj.html)

¹⁶⁵ Správa o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k **31.12.2007**. Materiál na rokovanie vlády SR.

Číslo: 10754 – 1/2008 – OVVHR. Bratislava 14. apríla 2008

In: <http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/FEE7535ABB876098C125742C003E72F0?OpenDocument>

¹⁶⁶ Správa o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k 31.12.2008. Materiál na rokovanie vlády SR.

Číslo: 16182 – 1/2009 – OVVHR. Bratislava 20. apríla 2009

In: <http://www.rokovanie.sk/appl/material.nsf/0/750AC0939D55957EC125759F002BEC05?OpenDocument>

Správy a informácie o vývoji dlhov v zdravotníctve boli od roku 2003 predkladané pravidelne v polročných intervaloch Ministerstvom zdravotníctva SR.¹⁶⁷ Od roku 2009 sa predkladá správa o vývoji zadlženosti v zdravotníctve jedenkrát ročne.¹⁶⁸

Tabuľka č. 15 **Prehľad vývoja záväzkov po lehote splatnosti (istina) v rezorte zdravotníctva v rokoch 2005 – 2007**

údaje sú uvádzané kumulatívne od 1.1.2005 (bez starého dlhu do obdobia 31.12.2004) – v mil. Sk						
Zdravotnícke zariadenia	31.12.2005	30.6.2006	31.12.2006	30.6.2007	31.12.2007	31.12.2008
– v pôsobnosti MZ SR	2 033	2 887	4 435	5 155	5 842	5 891
– transformované na akciové spoločnosti	0	15	14	21	6	15
– delimitované na obce a VÚC a transformované na neziskové organizácie	2 384	2 342	2 275	2 094	2 154	2 311
Zdravotné poisťovne	1 217	279	97	22	72	12
Dlh spolu	5 634	5 523	6 821	7 292	8 074	8 229

Zdroj: Správa o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k 31.12.2007. Materiál na rokovanie vlády SR. Číslo: 10754 – 1/2008 – OVVHR. Bratislava 14. apríla 2008
In: <http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/FEE7535ABB876098C125742C003E72F0?OpenDocument>

Správa o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k 31.12.2008. Materiál na rokovanie vlády SR. Číslo: 16182 – 1/2009 – OVVHR. Bratislava 20. apríla 2009
In: <http://www.rokovanie.sk/appl/material.nsf/0/750AC0939D55957EC125759F002BEC05?OpenDocument>

V rámci metodiky predkladania a sledovania vývoja dlhu v rezorte zdravotníctva sa v materiáloch predkladaných na rokovania vlády SR pred rokom 2007 nesledoval dlh ZZ v pôsobnosti MZ SR do 31.12.2004 (tzv. „starý dlh“). Dlh sa sledoval od dátumu 1.1.2005 a tento dátum sa uvádzal ako počiatkový stav „nula“, keďže sa predpokladalo, že starý dlh bude v plnom rozsahu vyriešený spoločnosťou Veriteľ, a. s.¹⁶⁹

Úplne v celom rozsahu však k realizácii tohto zámeru neprišlo. Zdravotníckym zariadeniam v pôsobnosti MZ SR zostali z tohto obdobia nevyrovnané záväzky. Spoločnosť Veriteľ, a. s. ukončila svoju činnosť 8.7.2006. Do konca roku 2006 bol použitý likvidačný zostatok spoločnosti Veriteľ, a. s.¹⁷⁰. V priebehu decembra 2006 boli použité ostatné finančné prostriedky z likvidačného zostatku spoločnosti Veriteľ, a. s. vo výške 468,5 mil. Sk na úhradu starého dlhu. Tým sa znížil pôvodný starý dlh ku koncu

¹⁶⁷ na základe uznesenia vlády SR č. 476 z 11. júna 2003

¹⁶⁸ Uznesením vlády SR zo 14. apríla 2008 bolo uložené ministrom zdravotníctva predkladať správu o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva iba jedenkrát ročne – vždy k 30.4. za predchádzajúci rok (prvýkrát za rok 2008 v apríli 2009).

¹⁶⁹ Pozri časť 2.2.3 Oddlžovanie zdravotníckeho systému prostredníctvom štátnej akciovej spoločnosti Veriteľ.

¹⁷⁰ v zmysle uznesenia vlády č. 575 z 21. júna 2006

roku 2006 na sumu 312,5 mil. Sk. Zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti MZ SR splatili z vlastných prevádzkových prostriedkov ďalších 197,5 mil. Sk, čím sa „**starý dlh**“ znížil ku dňu **31.12.2006** na sumu **115 mil. Sk**.

Zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti MZ SR postupne znížili starý dlh v priebehu prvého polroku 2007 o ďalších 40 mil. Sk z vlastných prevádzkových prostriedkov a v priebehu druhého polroku 2007 znova o ďalších 21 mil. Sk. Starý dlh sa postupne znižuje a jeho výška sa pohybovala koncom roka 2008 na úrovni 28 mil Sk.

Tabuľka č. 16 **Prehľad starého dlhu vrátane dlhu vykazovaného podľa metodiky za zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti MZ SR od roku 2004**

v mil Sk

Prehľad dlhu	31.12. 2004	31.12. 2005	30.6. 2006	31.12. 2006	30.6. 2007	31.12. 2007	31.12. 2008
zadlženosť nevykazovaná podľa metodiky z predchádzajúceho obdobia – STARÝ DLH	781	781	781	115	75	54	28
vykazovaná zadlženosť za ZZ v pôsobnosti MZ SR (súčasť doteraz predkladaných informácií na vládu SR) podľa doteraz používanej metodiky	x	2 033	2 887	4 435	5 155	5 842	5 891
Spolu	781	2 814	3 668	4 550	5 230	5 896	5 919

Zdroj: Správa o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k 31.12.2007

In: <http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/FEE7535ABB876098C125742C003E72F0?OpenDocument>

Vzhľadom na opätovné narastanie dlhu (k 31.12.2008 dlh vo výške 8,229 mld Sk) uverejnilo Ministerstvo zdravotníctva SR viackrát rôzne prepracované varianty materiálu *Koncepcia systému riešenia vonkajšej a vnútornej zadlženosti zdravotníckych zariadení v strednodobom horizonte*, najnovšie znenie bolo zverejnené 11. decembra 2008¹⁷¹

Vzniknutý stav sa navrhuje riešiť v dvoch základných etapách:

1. jednorazové oddlženie za účelom finančnej pomoci pre zdravotnícke zariadenia, (vysporiadanie existujúcich záväzkov),
2. zavedenie nástrojov na zníženie budúceho zadlžovania.

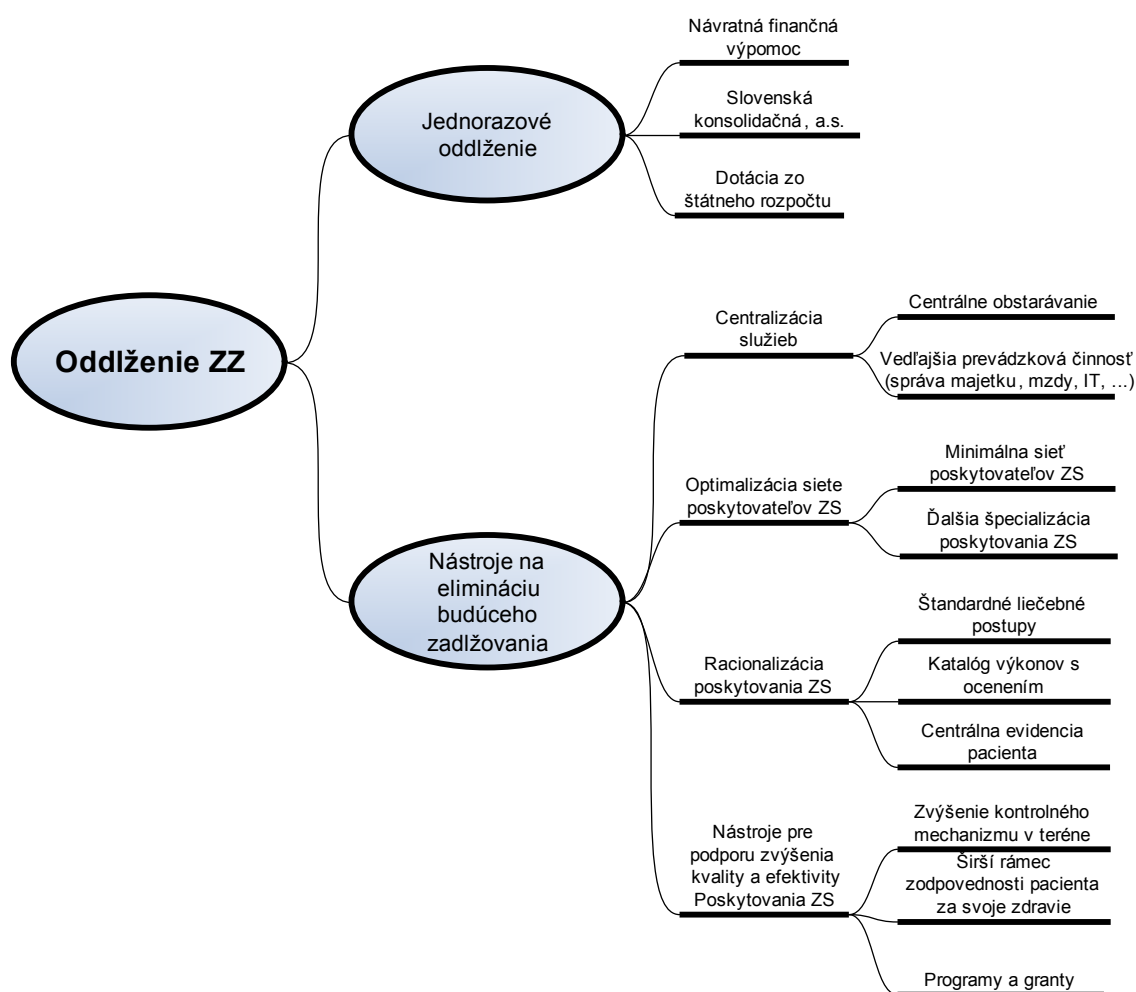
Pre prvú etapu sú navrhované nasledujúce možnosti jednorazového oddlženia:

- návratná finančná výpomoc (s dobou splácania 15 rokov, s odkladom splácania o 2 roky a anuitnou splátkou po dobu splácania),

¹⁷¹ Koncepcia systému riešenia vonkajšej a vnútornej zadlženosti zdravotníckych zariadení v strednodobom horizonte. Materiál na rokovanie vlády, 11. decembra 2009. Číslo: 24230-1 /2008 – SF
In: <http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/C4779F144242CA9AC125751D0049A617?OpenDocument>

- prenesenie záväzkov z predmetu dlhu na Slovenskú konsolidačnú, a.s.(znižuje sa „tlak“ na realizáciu úsporných a koncepčných opatrení),
- dotácia zo štátneho rozpočtu (projektovo viazané finančné prostriedky).

Obr. 2: Koncepcia riešenia eliminácie zadlžovania zdravotníckych zariadení podľa návrhu MZ



Zdroj: Koncepcia systému riešenia vonkajšej a vnútornej zadlženosti zdravotníckych zariadení v strednodobom horizonte. Materiál na rokovanie vlády, 11. decembra 2009. Číslo: 24230-1 /2008 – SF
 In: <http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/C4779F144242CA9AC125751D0049A617?OpenDocument>

V súčasnosti stále nie je jasné riešenie, ako vláda zabezpečí, aby verejné výdavky na zdravotníctvo vyjadrené % z HDP sa približovali k vyspelým štátom Európskej únie.¹⁷²

¹⁷² „Vláda zabezpečí, aby verejné výdavky na zdravotníctvo vyjadrené % z HDP mali rastúcu tendenciu a rešpektovali princíp približovania sa k vyspelým štátom Európskej únie.“
 Z programového vyhlásenia vlády SR – august 2006.

2.4 Daňová asignácia 2 % časti dane

Daňovník môže rozhodnúť vo svojom daňovom priznaní alebo ročnom zúčtovaní dane o určení **2 % svojej dane na účely ochrany a podpory zdravia**.¹⁷³ V tomto prípade je však ťažšie metodicky definovať, či ide výlučne o daňové zdroje alebo o súkromné zdroje. Daňovník má povinnosť zaplatiť daň bez ohľadu na to, či určí osobitného príjemcu svojich 2 % svojej dane alebo nie.

Tiež je problematické presne stanoviť, ktoré organizácie spomedzi príjemcov 2 % dane sú zamerané na ochranu a podporu zdravia, pretože daňový úrad, ktorý zoznam príjemcov zverejňuje, neviduje organizácie podľa predmetu ich činnosti. Organizácie zamerané na podporu zdravia môžeme odhadnúť iba podľa názvu, vo viacerých prípadoch však nevieme presne identifikovať, či je organizácia výlučne zameraná na podporu zdravia, alebo skôr na podporu zdravotne postihnutých občanov alebo poskytovanie sociálnej pomoci (môže dochádzať k prelínaniu činností).

Organizácie sú povinné každoročne sa registrovať, z tohto dôvodu dochádza k rôznym zmenám (vznik nových príjemcov, zánik iných).

Na základe uvedených skutočností okruh niektorých príjemcov na 2 % dane za rok 2008 v nasledujúcej schéme nemusí byť presný ani konečný. Zoznam sme zhotovili na základe prehľadov a zoznamov z daňových úradov.

¹⁷³ Zákon o dani z príjmov č. 595/2003 Z.z. – **Použitie podielu zaplatenej dane na osobitné účely**

(1) Daňovník je oprávnený vyhlásiť v daňovom priznaní v lehote na podanie daňového priznania alebo vo vyhlásení, predloženému miestne príslušnému správcovi dane do 30. apríla po skončení zdaňovacieho obdobia, ak ide o daňovníka, ktorému zamestnávateľ, ktorý je platiteľom dane, vykonal ročné zúčtovanie, že suma do výšky **2%** zo zaplatenej dane sa má poukázať ním určenej právnickej osobe.

(4) Podiel zaplatenej dane možno poskytnúť prijímateľovi, ktorým je

- a) občianske združenie, 137)
- b) nadácia, 138)
- c) neinvestičný fond, 139)
- d) nezisková organizácia poskytujúca všeobecne prospešné služby, 140)
- e) účelové zariadenie cirkvi a náboženskej spoločnosti, 141)
- f) organizácia s medzinárodným prvkom, 142)
- g) Slovenský Červený kríž.

(5) Podiel zaplatenej dane možno poskytnúť prijímateľovi na účely, ktoré sú predmetom jeho činnosti, ak predmetom jeho činnosti sú

- a) rozvoj a ochrana duchovných hodnôt,
- b) ochrana ľudských práv,
- c) ochrana a tvorba životného prostredia,
- d) **ochrana a podpora zdravia** a vzdelávania,
- e) podpora športu detí, mládeže a občanov zdravotne postihnutých,
- f) poskytovanie sociálnej pomoci,
- g) zachovanie prírodných a kultúrnych hodnôt.

Schéma č. 4 Organizácie, ktoré využívajú 2 % poukázanej dane na ochranu a podporu zdravia

Pro Natal, Klub cystickej fibrózy, Slovenské hemofilické združenie, Spoločnosť Williamsovho syndrómu, Prvosienka občianske združenie na podporu duševného zdravia, PRO-ZDRAVIE, Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v Bratislave IV., Občianske združenie Očného centra OFTAL, Zdravie je v mojich rukách, SENIOR - geriatrické centrum n.o., Slovenský zväz sluchovo postihnutých v Trenčíne, Slovenská spoločnosť pre koncentratívnu pohybovú terapiu, Ľubovnianska nemocnica;n. o., Neinvestičný fond II. internej kliniky - centra pre ťažko liečiteľné vedy, Spišský klub sclerosis multiplex, Združenie na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v Spišskej Novej Vsi, Martinský Klub medikov, Rehabilitačné centrum HARMONY;n. o., Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša v Košiciach n.o., NEINVESTIČNÝ FOND PSYCHIATRIE DETÍ A DOSPELÝCH, ZDRUŽENIE PRE POMOC DEŤOM S EPILEPSIOU A INÝMI NEUROLOGICKÝMI OCHORENIAMI, Liga proti reumatizmu - miestna pobočka Trenčín, Klub sclerosis multiplex, ZDRAVÝ VÝVOJ;n.o., Nemocnica Piešťany n.f., Zachraňujeme životy;n.o., Fond pre rozvoj športovej zdatnosti a zdravia žiakov - ĎATELINKA;n.f., Združenie pre rozvoj I. chirurgickej kliniky Fakultnej Nemocnice, Všetko pre zdravie detí, PROVITAL;občianske združenie, Odborný liečebný ústav psychiatrický n. o., Komunitné centrum zdravia MOSTY, Pro Vita, **Liga proti rakovine SR**, Klub Sclerosis Multiplex Trnava, Neurológia horného Ponitria, Združenie rodičov a priateľov diabetických detí, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety;n.o., Regionálna nemocnica Sobrance;n.o., Klub priateľov Detskej nemocnice v Banskej Bystrici, Zväz diabetikov Slovenska - základná organizácia Liptovský Mikuláš, Liga proti reumatizmu na Slovensku, Slovenská Asociácia Cystickej Fibrózy, Červený nos Clowndoctors, Nadácia CHIRURG, Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska, Občianske združenie pri Neurologickej klinike FN LP a LF UPJŠ Košice, Poliklinika Senica n.o., KRAJSKÁ NEONATOLOGICKÁ NEZISKOVÁ ORGANIZÁCIA NOVORODENEC, **Slovenský Červený kríž**, Občianske združenie RESUSCITÁCIA, Zväz diabetikov Slovenska, Spoločnosť psoriatickov a atopikov SR, Liga proti reumatizmu na Slovensku;miestna pobočka Piešťany, NsP Sv. Jakuba;n.o. Bardejov, Občianske združenie kúpele Byšta, Slovenská nadácia Silvie Gašparovičovej - Vzdelanie a zdravie pre všetkých, ZDRAVIE pri SZŠ v Lučenci, POLIKLINIKA Veľké Kapušany, Nadácia VAŠE ZDRAVIE, SPOJME SRDCIA PRE ZDRAVIE STROČÍN, Pre zdravie n.f., Neziskové združenie Onkogenetika, Seniorvital;n.o., Zdravá generácia;n.o., Nadácia LEUKÉMIE, Klub Downovho syndrómu, Národný endokrínologický a diabetologický ústav, Neurochirurgia n.f. Žilina, Neurochirurgia;občianske združenie Žilina, Liga proti reumatizmu - Sekcia mladých reumatikov, SANUS;nadácia preventívnej medicíny, Občianske združenie "Istota zdravého života", Poliklinika Sabinov;n.o., Microbiologica et Virologica "n.f.", Onkológia - rádioterapia Poprad;n.f., Nadácia Rodina;zdravie;vzdelanie, Nemocnica s poliklinikou Levice n.o., Slovenská spondylochirurgická spoločnosť, DETSKÉ ZDRAVIE, Nemocnica Dr. Vojtecha Alexandra v Kežmarku n. o., Nemocnica Topoľčany n.o., Slovenská únia proti osteoporóze, Denné rehabilitačné centrum VČIELKA n.o., Nadácia MEMORY - Neuroimunologické centrum pre výskum Alzheimerovej choroby, KARDIOKLUB regiónu Turca, Sanatórium Tatranská Kotlina;n.o., Stredoslovenské kardio združenie, Asociácia všeobecných lekárov pre deti a dorast, Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, **Liga za duševné zdravie SR**, Sanatórium Dr. Guhra n.o., Psychiatrická nemocnica Michalovce;n.o., Podpora a rozvoj klinicko-biochemických aktivít;n. o., Nadácia Východoslovenského onkologického ústavu v Košiciach, Nemocnica s poliklinikou Kráľovský Chlmec n.o., Špecializovaná nemocnica pre ortopedickú protetiku Bratislava;n.o., Detská fakultná nemocnica s poliklinikou, Nemocnica s poliklinikou Partizánske;n.o., Psychiatrická nemocnica;ul. Rínok 334, Nemocnica arm. generála L. Svobodu Svidník;n.o., Nemocnica A. Wintera n.o.;Winterova 66, Vranovská nemocnica;n.o., Nová nemocnica 511, , MESTSKÁ NEMOCNICA S POLIKLINIKOU Krupina n.o., Nemocnica s poliklinikou Štefana Kukuru v Michalovciach;n.o., Nemocnica Košice-Šaca a.s. 1.SN ORL odd.;Lúčna 57

Zdroj: vlastné spracovanie www.drsr.sk , www.rozhodni.sk

2.5 Fondy Európskej únie určené pre zdravotníctvo

Programové obdobie 2004 – 2006

Jedným z významných nenávratných zdrojov financovania zdravotníctva na Slovensku v súčasnosti sú fondy Európskej únie. V skrátrenom programovom období 2004 – 2006 nemalo zdravotníctvo samostatný operačný program a jeho podpora bola zahrnutá najmä v operačnom programe **Základná infraštruktúra** (priorita č. 3 *Lokálna infraštruktúra*), ktorý bol financovaný z **Európskeho fondu regionálneho rozvoja** (ERDF). V rámci uvedeného OP podporu zdravotníckej infraštruktúry zabezpečovali:

– podopatrenie **č. 3.1.2. Budovanie a rozvoj zdravotníckej infraštruktúry**

(v rámci opatrenia *Budovanie a rozvoj občianskej infraštruktúry v regiónoch*)

– opatrenie **č. 3.2. Budovanie a rozvoj informačnej spoločnosti pre verejný sektor.**

Tabuľka č. 17 **Finančné alokácie pre podopatrenie
3.1.2 Budovanie a rozvoj zdravotníckej infraštruktúry**

v EUR

obdobie	prostriedky EU (ERDF)	Centrálne zdroje (ŠR)	Prostriedky samospráv	Národné zdroje spolu	Celkové náklady spolu
2004	4 802 049	900 384	300 128	1 200 512	6 002 561
2005	6 858 215	1 285 915	428 638	1 714 553	8 572 768
2006	8 883 633	1 665 681	555 227	2 220 908	11 104 541
2004 – 2006	20 543 897	3 851 980	1 283 993	5 135 973	25 679 870

Zdroj: Operačný program zdravotníctvo, s. 63. In: <http://opz.health-sf.sk/operacny-program-zdravotnictvo/co-je-opz>

Výzva na predkladanie projektov bola zverejnená 19. januára 2004 a počas programového obdobia prebiehali 4 kolá náborov projektov až do decembra 2005. O projekty sa mohli uchádzať iba subjekty zo všetkých krajov okrem Bratislavského. Prostriedky z uvedeného podopatrenia 3.1.2 boli zamerané na investície do infraštruktúry zdravotníckych zariadení, najmä na celkovú rekonštrukciu budov, zateplenie fasád, výmenu okien. Cieľom bolo znížiť náklady na prevádzku budov a ušetriť prostriedky investovať do ďalšieho rozvoja zdravotníckeho zariadenia. Vzhľadom na trvalé nedofinancovanie investícií v zdravotníctve¹⁷⁴, výraznú

¹⁷⁴ Priemerný vek nemocníc je 34,5 roka. Veľká časť zariadení je v stave, keď prekračujú svoju životnosť a možno ich považovať za odpísané. To neznamená, že budovy sú nepoužiteľné, ale vyžadujú v najbližšej dobe potrebu urýchlenej obnovy. Podľa analýzy spoločnosti Sanigest Internacional, ktorá hodnotila vek budov podľa kategórie nemocníc vyšší v hodnotení s najhorším stavom infraštruktúry špecializované nemocnice.

Zdravotnícka technika a prístrojové vybavenie vo väčšine nemocníc je nevyhovujúce, opotrebované, technicko-morálne aj ekonomicky zastarané a väčšinou presahuje mieru životnosti. Súčasný inventár nemocníc predstavuje najmä zdravotnícku techniku zo 70. rokov 20. storočia a techniku, ktorá bola zakúpená počas posledných piatich rokov. Informatizácia v nemocniciach je nedostatočná.

podkapitalizáciu a vysoký počet žiadateľov musela byť polovica žiadateľov zamietnutá (asi 63 žiadostí). V rámci tohto programu sa podarilo zrekonštruovať iba niekoľko nemocníc regionálneho a národného významu.¹⁷⁵

Tabuľka č. 18 **Finančné alokácie pre opatrenie
3.2 Budovanie a rozvoj informačnej spoločnosti pre verejný sektor**
v EUR

obdobie	prostriedky EU (ERDF)	Centrálne zdroje (ŠR)	Prostriedky samospráv	Národné zdroje spolu	Celkové náklady spolu
2004	2 402 214	640 590	160 148	800 738	3 202 952
2005	3 430 806	914 881	228 721	1 143 602	4 574 408
2006	4 444 016	1 185 071	296 268	1 481 339	5 925 355
2004 – 2006	10 277 036	2 740 542	685 137	3 425 679	13 702 715

Zdroj: Operačný program zdravotníctvo, s. 64.

In: <http://opz.health-sf.sk/operacny-program-zdravotnictvo/co-je-opz>

V rámci finančného plánu opatrenia 3.2. nebola presne určená presná čiastka na informačné projekty z rezortu zdravotníctva. Boli stanovené minimálne a maximálne hranice nenávratných finančných prostriedkov pre jednotlivé aktivity.¹⁷⁶

V ostatných operačných programoch bola v rokoch 2004 – 2006 možnosť získať prostriedky pre sektor zdravotníctva v operačnom programe **Ludské zdroje** najmä na vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. Projekty zamerané na podporu kúpeľníctva formou investícií do cestovného ruchu financoval operačný program **Priemysel a služby**. V minulosti vstupovalo MZ SR aj do projektov v nakladaní s odpadmi (garant MŽP SR) a v oblasti podpory zdravia a predchádzaní zdravotných rizík je časť prostriedkov z Európskeho sociálneho fondu spravovaná aj MPSVaR.¹⁷⁷

¹⁷⁵ Zrekonštruované boli nemocnice alebo ich časti napr. v Rimavskej Sobotě (komplexná rekonštrukcia interného pavilónu), nemocnica v Michalovciach (vybudovanie novej kotelne a zlepšenie tepelného hospodárstva), nemocnica v Liptovskom Mikuláši (prebudovanie pôvodného chirurgického pavilónu), Tvrdošín (vybudovanie centra pre poskytovanie komplexnej zdravotnej starostlivosti zodpovedajúcej štandardom EÚ), LDCH – Štiavnička v okrese Ružomberok (rekonštrukcia strechy, výmena okien), projekt na zlepšenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v Prešove, Národné rehabilitačné centrum Kováčová (zateplenie obvodového plášťa budovy, výmena okien).

¹⁷⁶ Predmetom kritiky zástupcov niektorých zdravotníckych zariadení sa stala skutočnosť, že príjmom finančných prostriedkov v tomto opatrení 3.2 sa stal napr. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (informačný projekt pre ÚDZS), Úrad verejného zdravotníctva alebo Národné centrum zdravotníckych informácií. Dôvodom na spochybnenie oprávnenosti zaradiť tieto úrady (organizácie) ako príjemcov pomoci zo štrukturálnych fondov bola skutočnosť, že nie sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Práve poskytovatelia zdravotnej starostlivosti v regiónoch najviac zápasia s akútnym nedostatkom finančných prostriedkov.

¹⁷⁷ Vzhľadom na roztrieštenosť aktivít a opatrení medzi rôzne operačné programy a riadiace orgány (ministerstvá) nie je možné urobiť úplnú a presnú analýzu využitia štrukturálnych fondov v zdravotníctve v rokoch 2004 – 2006.

Programové obdobie 2007 – 2013. Operačný program Zdravotníctvo

Slovensko sa stalo jednou z mála krajín, ktorá v tomto období presadzuje podporu zdravotníctva z eurofondov samostatným operačným programom *Zdravotníctvo*. V predchádzajúcom programovom období 2004 – 2006 existovala podpora a možnosť financovania zdravotníctva z eurofondov iba sprostredkované cez operačné programy Základná infraštruktúra, Priemysel a služby, Ľudské zdroje a pod.

Operačný program Zdravotníctvo (OPZ) je základný programový dokument na čerpanie finančných prostriedkov z fondov EÚ pre sektor zdravotníctva¹⁷⁸ na roky 2007 – 2013. Vo vláde bol schválený dňa 6. decembra 2006 (2. verzia). Následne sa uskutočnili rokovania so zástupcami EK a v rámci pripomienkového konania boli zapracované pripomienky. OPZ bol schválený Európskou komisiou **8. novembra 2007**. Na program bude z prostriedkov **Európskeho fondu regionálneho rozvoja** vyčlenených **250 miliónov EUR**¹⁷⁹. Na spolufinancovanie programu v rámci stanovenej povinnej miery spolufinancovania SR bude zo štátneho rozpočtu a z rozpočtov samospráv alokovaná výška **44 117 647 EUR**.

Globálnym cieľom programu je zlepšenie podmienok ovplyvňujúcich zdravotný stav obyvateľstva cestou zvyšovania kvality, efektívnosti a dostupnosti zdravotnej starostlivosti a podpory zdravia. Program je zameraný na prevenciu, diagnostiku a liečbu **ochorení tzv. skupiny 5** prostredníctvom všeobecnej a špecializovanej nemocničnej starostlivosti¹⁸⁰. Predmetom podpory z operačného programu budú komplexné investičné projekty, zamerané na stavebnú, technologickú, informačno-komunikačnú, tematickú a logistickú oblasť.

Plánované zdroje boli rozdelené na základe identifikácie predpokladaných potrieb na jednotlivé prioritné osi (znázornené v nasledujúcej schéme č. 5).

¹⁷⁸ Zdravotníctvo sa stalo špecifickou prioritou **3.3 Modernizácia zdravotníctva** v rámci **Národného strategického referenčného rámca (NSRR) v rokoch 2007 – 2013**. Národný strategický referenčný rámec je základným strategickým programovým dokumentom na celoštátnej úrovni pre oblasť regionálnej a kohéznej politiky. Stanovuje rozvojové priority spolufinancované zo Štrukturálneho fondu a kohézneho fondu. V pôvodných návrhoch sa nepočítalo so samostatným programom pre zdravotníctvo a viaceré aktivity boli koncentrované pod Regionálny operačný program. Zmena nastala 8. októbra 2006, keď vláda schválila prvú verziu samostatného operačného programu zdravotníctvo uznesením č. 839/2006. Dňa 6. decembra bola schválená druhá verzia uznesením č. 1022/2006. Aj po schválení vo vláde nastali problémy pri negotáciách s Európskou komisiou (EK), ktorá odporúčala realizovať podporu zdravotníctva cez ostatné operačné programy. Nakoniec sa Slovensko stalo prvým štátom z nových členských krajín EÚ, ktorému EK schválila samostatný operačný program pre sektor zdravotníctva.

¹⁷⁹ Pri vtedajšom priemernom kurze 1 EUR = 36 Sk to predstavovalo asi 9 mld Sk.

¹⁸⁰ Medzi ochorenia tzv. skupiny 5 zaraďujeme: kardiovaskulárne ochorenia obehovej sústavy, onkologické ochorenia, vonkajšie príčiny ochorení a úmrtí, choroby dýchacej sústavy a choroby tráviacej sústavy. Uvedené ochorenia majú najvyšší podiel na chorobnosti a úmrtnosti obyvateľov SR.

Schéma č. 5: **Rozdelenie Operačného programu Zdravotníctvo**

<p>Prioritná os 1: Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc</p> <p>Opatrenie 1.1: Výstavba, rekonštrukcia a modernizácia špecializovaných nemocníc</p> <p>Opatrenie 1.2: Výstavba, rekonštrukcia a modernizácia všeobecných nemocníc</p>
<p>Prioritná os 1: Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám</p> <p>Opatrenie 2.1: Rekonštrukcia a modernizácia zariadení ambulantnej ZS</p> <p>Opatrenie 2.2: Obnova a modernizácia zdravotníckej techniky</p> <p>Prostredníctvom opatrenia 2.2. budú realizované dva národné projekty:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nákup mobilných mamografických jednotiek – Dobudovanie infraštruktúry Národnej transfúznej služby
<p>Prioritná os 1: Technická pomoc</p>

Zdroj: vlastné spracovanie na základe:

1. Operačný program Zdravotníctvo, Ministerstvo zdravotníctva SR, Bratislava, október 2007.
In: <http://opz.health-sf.sk/operacny-program-zdravotnictvo/co-je-opz>
2. Spravodajca Operačného programu Zdravotníctvo, ročník 1, číslo 1/2008, vydalo MZ SR, Sekcia európskych programov a dokumentov.

Príloha č. 3 znázorňuje cieľ *Konvergenzie* v rámci OP *Zdravotníctvo*. Rozdelenie prostriedkov z Európskeho fondu regionálneho rozvoja na OPZ medzi jednotlivé prioritné osi je znázornený v nasledovnej tabuľke č. 19.

Tabuľka č. 19 **Operačný program Zdravotníctvo – Finančný plán prioritných osí** v EUR

Operačný program Zdravotníctvo	Zdroje EÚ	Národné zdroje	spolu	Miera spolufinancovania v %
Prioritná os 1 – Modernizácia zdravotníckeho systému nemocníc	193 075 000	34 072 059	227 147 059	85
Prioritná os 2 – Podpora zdravia a predchádzanie zdravotným rizikám	49 100 000	8 664 706	57 764 706	85
Prioritná os 3 – Technická pomoc	7 825 000	1 380 882	9 205 882	85
Celkom	250 000 000	44 117 647	294 117 647	85

Zdroj: Operačný program zdravotníctvo, s. 126.

In: <http://opz.health-sf.sk/operacny-program-zdravotnictvo/co-je-opz>

Cieľom Prioritnej osi 1 je na základe analýzy siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zabezpečiť reštrukturalizáciu a modernizáciu optimalizovanej siete ústavnej (sekundárnej a terciárnej) zdravotnej starostlivosti. Prostriedky OP sa môžu použiť na likvidáciu starých objektov, výstavbu nových kapacít, rekonštrukciu a modernizáciu stavebných objektov nemocníc a zdravotníckej infraštruktúry (technicko-prevádzkové, technologické, diagnostické, operačné a ostatné zdravotnícke prístrojové vybavenie vrátane odpovedajúceho hardwaru, softwaru a odborného zaškolenia pracovníkov).

V rámci Prioritnej osi 1 na **Opatrenie 1.1. Výstavba, rekonštrukcia a modernizácia špecializovaných nemocníc** vyhlásilo MZ SR ako riadiaci orgán pre OPZ dňa 22. júla 2008 výzvu na predkladanie žiadostí o nenávratný finančný príspevok z Európskeho fondu regionálneho rozvoja. Celkový objem finančných prostriedkov určených na financovanie opatrenia 1.1. predstavuje **600 miliónov Sk**¹⁸¹. Žiadatelia mohli predkladať svoje projekty do 23. októbra 2008.

V rámci Prioritnej osi 1 na **Opatrenie 1.2. Výstavba, rekonštrukcia a modernizácia všeobecných nemocníc** vyhlásilo MZ SR ako riadiaci orgán pre OPZ výzvu dňa 11. septembra 2008 na predkladanie žiadosti o nenávratný finančný príspevok. Žiadatelia mohli predkladať svoje projekty do 9. januára 2009. Celkový objem finančných prostriedkov vyčlenených na výzvu predstavoval **2,4 miliardy Sk**.¹⁸²

Cieľom prioritnej osi 2 je zabezpečiť reštrukturalizáciu a modernizáciu optimalizovanej siete ambulantnej (primárnej) zdravotnej starostlivosti prostredníctvom obnovy a rozvoja zdravotníckej infraštruktúry poskytovateľov prvého kontaktu. MZ SR ako riadiaci orgán pre OPZ vyhlásil dňa 4. septembra 2008 výzvu na predkladanie žiadostí o nenávratný finančný príspevok v rámci prioritnej osi 2 na **Opatrenie 2.1. Rekonštrukcia a modernizácia zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti**. Oprávnenými žiadateľmi mohli byť vlastníci, dlhodobí nájomcovia alebo správcovia zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti (polikliniky, zdravotné strediská, nemocnice), ktoré majú **minimálne 5 a viac funkčných ambulancií**, v ktorých sa denne poskytuje ambulantná zdravotná starostlivosť. Podmienkou teda bola priama súvislosť s poskytovaním ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Žiadatelia mohli predkladať žiadosti do 5. decembra 2008. Celkový objem finančných prostriedkov vyčlenených na výzvu predstavoval spolu **200 miliónov Sk**¹⁸³ (ERDF aj ŠR spolu).

Zo štrukturálnych fondov Európskej únie v rámci cieľa „Konvergenca“ môžu byť podporované regióny, ktorých HDP na obyvateľa meraný paritou kúpnej sily za obdobie 2000 – 2002 je menší ako 75 % priemeru EÚ 25. Toto kritérium spĺňajú všetky regióny¹⁸⁴ NUTS II (zapadné, stredné a východné Slovensko) s výnimkou Bratislavského kraja.

¹⁸¹ V roku 2008 boli vyhlasované výzvy na projekty na území Slovenska v slovenských korunách z prirodzeného dôvodu existencie domácej meny. Rokovania o eurofondoch medzi Slovenskou republikou a Európskou komisiou začali ešte skôr, ako bol určený a vyhlásený konverzný kurz. V čase začatia rokovaní o eurofondoch bol kurz slovenskej koruny odlišný od neskôr vyhláseného konverzného kurzu.

Vzhľadom na skutočnosť, že Slovenská republika prijala od 1.1.2009 menu euro, uvádzame, že čiastka **600 mil Sk** po prepočte konverzným kurzom 1 EUR = 30,1260 Sk sa rovná **19 916 351,32 EUR**.

¹⁸² Čiastka **2,4 miliardy Sk** po prepočte konverzným kurzom 1 EUR = 30,1260 Sk sa rovná **79 665 405,30 EUR**.

¹⁸³ Čiastka **200 miliónov Sk** po prepočte konverzným kurzom 1 EUR = 30,1260 Sk sa rovná **6 638 783,76 EUR**.

¹⁸⁴ NUTS – Nomenklatúra územných štatistických jednotiek
NUTS I – členský štát, NUTS II – región, NUTS III – kraj

Tabuľka č. 20

Operačný program Zdravotníctvo – Finančný plán rozdelenia prostriedkov určených na zdravotnú infraštruktúru podľa regiónov
v EUR

Región NUTS II	Prioritná os 1	Prioritná os 2	Zdroje EÚ
Západné Slovensko – 42 nemocníc (Trnavský, Nitriansky, Trenčiansky samosprávny kraj)	67 576 250	19 101 225	86 677 475
Stredné Slovensko – 46 nemocníc (Žilinský, Banskobystrický samosprávny kraj)	57 922 500	13 858 372	71 780 872
Východné Slovensko – 57 nemocníc (Prešovský, Košický samosprávny kraj)	67 576 250	16 140 403	83 716 653
Spolu	193 075 000	49 100 000	242 175 000

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe: Operačný program zdravotníctvo, s. 16, 128.
In: <http://opz.health-sf.sk/operacny-program-zdravotnictvo/co-je-opz>

Z operačného programu *Zdravotníctvo* z celkovej čiastky 250 miliónov EUR sa **na zdravotnú infraštruktúru** v skutočnosti použije iba **242 175 tis. EUR** t.j. 96,87 % zostatok (asi 7 825 tisíc EUR) použije na súvisiace pomocné činnosti.

Informatívny plán rozdelenia finančných prostriedkov medzi zdravotnú infraštruktúru a ostatné činnosti ex ante a ex post (kategórie), ktoré súvisia s operačným programom (príprava, vykonávanie, monitorovanie, hodnotenie, komunikácia) je znázornený v nasledovnej tabuľke č. 21.

Tabuľka č. 21

Operačný program Zdravotníctvo
Informatívne rozdelenie príspevku podľa kategórií činnosti

v EUR

kód kategórie	Názov kategórie	Indikatívna suma prostriedkov v rámci kategórie	percento podielu kategórie
76	Zdravotná infraštruktúra	242 175 000	96,87
85	Príprava, vykonávanie, monitorovanie a kontrola	6 651 250	2,66
86	Hodnotenie a štúdie; informácie a komunikácia	1 173 750	0,47
Spolu		250 000 000	100,00

Zdroj: Operačný program zdravotníctvo, s. 127.
In: <http://opz.health-sf.sk/operacny-program-zdravotnictvo/co-je-opz>

Plán čerpania prostriedkov z Európskeho fondu regionálneho rozvoja počas programového obdobia 2007 – 2013 na operačný program *Zdravotníctvo* je znázornený v nasledovnej tabuľke č. 22.

**Operačný program Zdravotníctvo
Finančný plán ročných záväzkov zdrojov EÚ**

v EUR

Rok	Štrukturálne fondy Európsky fond regionálneho rozvoja	Kohézny fond	Spolu
2007	35 556 323	0	35 556 323
2008	34 599 224	0	34 599 224
2009	33 296 268	0	33 296 268
2010	30 717 394	0	30 717 394
2011	33 076 047	0	33 076 047
2012	36 494 036	0	36 494 036
2013	46 260 708	0	46 260 708
Celkom 2007 – 2013	250 000 000	0	250 000 000

Zdroj: Operačný program zdravotníctvo, s. 126.

In: <http://opz.health-sf.sk/operacny-program-zdravotnictvo/co-je-opz>

Programové obdobie 2007 – 2013. Operačný program Vzdelávanie

Operačný program Vzdelávanie (OPV) je zameraný cez opatrenie **2.2. Podpora ďalšieho vzdelávania v zdravotníctve** na ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. Riadiacim orgánom pre OPV je Ministerstvo školstva SR.

Ministerstvo zdravotníctva SR ako sprostredkovateľský orgán zverejnilo dňa 7. apríla 2008 výzvu na predkladanie projektov, ktoré mali za cieľ **doplniť systém zdravotníctva o kvalifikovaných odborníkov**, zaradených do špecializačného štúdia v odboroch: všeobecné lekárstvo, stomatológia, anestéziológia a intenzívna medicína, klinická onkológia, klinická imunológia a alergológia. Cieľom tohto opatrenia bolo doplniť a stabilizovať stavy kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov vybraných špecializácií vo všetkých samosprávnych krajoch okrem Bratislavského samosprávneho kraja. Na výzvu bolo vyčlenených **14 miliónov Sk**.¹⁸⁵ Zdrojom prostriedkov bol Európsky sociálny fond (ESF) a spolufinancovanie bolo zabezpečené zo zdrojov ŠR.

„**Rozvoj nových foriem ďalšieho vzdelávania v zdravotníctve**“ bol názov druhej výzvy, ktorá bola zverejnená 30. septembra 2008. Výzva bola zameraná na podporu nových foriem ďalšieho vzdelávania (dištančné vzdelávanie) lekárov. Finančná pomoc (ako v predchádzajúcej výzve OPV) mohla byť opäť poskytnutá všetkým regiónom okrem Bratislavského. Projekty mohli žiadatelia predkladať do 28. novembra

¹⁸⁵ Čiastka **14 miliónov Sk** po prepočte konverzným kurzom 1 EUR = 30,1260 Sk sa rovná **464 714,86 EUR**.

a celková finančná čiastka (spolu ESF aj ŠR), určená na tento projekt bola **50 miliónov Sk.**¹⁸⁶

Na základe doteraz uvedených skutočností môžeme v najbližších rokoch považovať prostriedky eurofondov (nielen samostatný OP *Zdravotníctvo*, ale aj niektoré časti z iných operačných programoch) za významný zdroj financovania slovenského zdravotníctva.

2.6 Súkromné zdroje financovania zdravotníctva v SR

Súkromné zdroje vykazujú tendenciu nárastu a to nielen v absolútnych ukazovateľoch. Prijatie „reformných“ právnych noriem, ktoré zaviedli v roku 2003 povinné poplatky spôsobilo nárast podielu súkromných zdrojov oproti verejným zdrojom. Medzi kategórie **súkromných zdrojov** môžeme zaradiť najmä:

- doplatky za lieky a zdravotnícke pomôcky (podľa kategorizácie), platby za voľnopredajné lieky (OTC),
- niektoré **hotovostné poplatky** (ktoré neboli zrušené):
 - za lekársky recept (0,17 EUR),
 - poplatok za návštevu ústavnej pohotovostnej služby alebo lekárskej služby prvej pomoci (1,99 EUR),
 - doprava do zdravotníckeho zariadenia (0,07 EUR / za 1 km jazdy),
 - pobyt sprievodcu v ústavnej starostlivosti (3,32 EUR / 1 deň pobytu okrem stravy).
- poplatky za služby a zdravotnícke výkony nehradené na základe zdravotného poistenia (napr. niektoré drobné kozmetické chirurgické výkony, iné chirurgické výkony nehradené z verejného poistenia, prednostné alebo domáce ošetrenie na žiadosť pacienta a pod.),
- administratívne poplatky (napr. poplatok za potvrdenie o zdravotnom stave na účely komerčného poistenia, vodičského oprávnenia alebo zbrojného pasu, vyšetrenie pri nástupe do zamestnania alebo vycestovaní za prácou do cudziny),
- platby za nadštandard v nemocnici,
- hotovostné platby a doplatky u stomatóloga,
- hotovostné platby a doplatky za niektoré špeciálne vyšetrenia v súkromných ambulanciách, zdravotníckych zariadeniach a súkromných klinikách

¹⁸⁶ Čiastka **50 miliónov Sk** po prepočte konverzným kurzom 1 EUR = 30,1260 Sk sa rovná **1 659 695,94 EUR**.

- (Diferencované podľa toho, či má poskytovateľ zdravotnej starostlivosti uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou, ktorá úkon čiastočne hradí z verejného zdravotného poistenia, alebo poskytovateľ nemá zmluvu s poisťovňou a lekársky úkon vôbec nie je hrazený z verejného zdravotného poistenia.),
- platby zamestnávateľa za svojich zamestnancov okrem povinného poistného (Väčšinou sú to platby za rôzne preventívne programy ako nadštandardný bonus od zamestnávateľa pre svojich zamestnancov),
 - platby zamestnávateľa za povinnú pracovnú zdravotnú službu,
 - súkromné komerčné pripoistenie (V súčasnosti existuje len v minimálnej miere. Vo väčšine prípadov nie je definovaná hranica, čo je obsahom nadštandardu, keďže takmer celý rozsah zdravotnej starostlivosti je krytý z verejného zdravotného poistenia. Čiastočné spolplatnenie liečby neprioritných diagnóz nebolo zavedené. Komerčné pripoistenie sa využíva najmä na poistenie liečebných nákladov pri ceste do cudziny.),
 - sponzorské dary (od organizácií a jednotlivcov najmä nemocniciam a klinikám),

V prílohe č. 4 uvádzame Cenník služieb a zdravotníckych výkonov platný od 1.1.2009 vo Všeobecnej nemocnici s poliklinikou Levoča, a.s. Príloha je uvedená ako príklad, ktoré úkony a služby môžu byť v nemocniciach spolplatnené.

2.7 Úvery od Svetovej banky na zdravotníctvo

Uznesením č. 740 z 20. augusta 2003¹⁸⁷ vláda súhlasila s návrhom na schválenie podmienok a negociačných dokumentov k Úverovej zmluve pre **Úver na podporu modernizácie sektoru zdravotníctva a Úverovej zmluve pre Projekt technickej pomoci modernizácie sektoru zdravotníctva** medzi SR a Svetovou bankou. Na podpis úverových zmlúv splnomocnila podpredsedu vlády a ministra financií SR.

Uznesením č. 281 z 31. marca 2004¹⁸⁸ vláda schválila definitívny návrh Projektu modernizácie sektoru zdravotníctva a uložila ministrom zdravotníctva povinnosť implementovať Projekt modernizácie sektoru zdravotníctva. Ministerstvo financií SR predložilo na rokovanie vlády dňa 26. septembra 2008 Informáciu o výsledkoch vládnych

¹⁸⁷ Uznesenie vlády Slovenskej republiky č. 740 z 20. augusta 2003 k úverovej zmluve pre Úver na podporu modernizácie sektoru zdravotníctva a Úverovej zmluve pre Projekt technickej pomoci modernizácie sektoru zdravotníctva. Číslo: 7395/2003.
In: [http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/6F822F7BFC553A0CC1256D8A0040AE23/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/6F822F7BFC553A0CC1256D8A0040AE23/$FILE/Zdroj.html)

¹⁸⁸ Uznesenie vlády Slovenskej republiky č. 281 z 31. marca 2004 k definitívnemu návrhu Projektu modernizácie sektoru zdravotníctva. Číslo 7806/2004.
In: [http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/30D5E68FFA2232D9C1256E690041FE65/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/30D5E68FFA2232D9C1256E690041FE65/$FILE/Zdroj.html)

auditov a následnej finančnej kontroly čerpania úveru Svetovej banky v prospech rezortu zdravotníctva v rokoch 2003 – 2006.¹⁸⁹ Obidve úverové zmluvy medzi Slovenskou republikou a Svetovou bankou boli podpísané dňa 02.12.2003. Úverové zmluvy podpísal za slovenskú stranu podpredseda vlády a minister financií SR na základe splnomocnenia vyplývajúceho z uznesenia vlády SR č. 740 zo dňa 20.08.2003. MF SR vystupovalo v zmluvnom vzťahu so Svetovou bankou ako zástupca dlžníka.¹⁹⁰

Tabuľka č. 23 **Prehľad o použití (poskytnutí) prostriedkov, zapracovaných v rozpočte MZ SR v rokoch 2003 až 2006, účelovo určených na projekty TAL a SECAL (kód programu: 07B0201)**

v Sk

Rok	schválený rozpočet	upravený rozpočet	skutočnosť	presun do nasledujúceho roka	zostatok
2003 preddavok na TAL		26 126 250,00	5 301 520,00	20 824 000,00	730,00
2004 TAL	302 000 000,00	302 000 000,00	106 880 228,17	194 300 000,00	819 772,83
výnimka z roku 2003	20 824 000,00	20 824 000,00	20 824 000,00	0,00	0,00
SECAL	630 000 000,00	630 000 000,00	0,00	0,00	630 000 000,00
2005 TAL	140 000 000,00	61 150 257,62	60 921 857,52	0,00	228 400,10
výnimka z roku 2004	194 300 000,00	194 300 000,00	126 541 950,44	0,00	67 758 049,56
SECAL	500 000 000,00	578 849 742,38	578 849 742,38	0,00	0,00
2006 TAL	65 000 000,00	108 570 219,63	108 567 743,63	0,00	2 476,00
SECAL	500 060 000,00	456 489 780,37	456 429 780,37		60 000,00
Spoľu z toho:	2 137 060 000,00	2 163 186 250,00	1 464 316 822,51	215 124 000,00	698 869 428,49
TAL	507 000 000,00	497 846 727,25	429 037 299,76	215 124 000,00	68 809 428,49
SECAL	1 630 060 000,00	1 665 339 522,75	1 035 279 522,75		630 060 000,00

Zdroj: Informácia o výsledkoch vládných auditov a následnej finančnej kontroly čerpania úveru Svetovej banky v prospech rezortu zdravotníctva v rokoch 2003 – 2006. Materiál na rokovanie vlády SR.

Číslo: MF/015726/2008-1431. Bratislava 26.septembra 2008

In: <http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/B95F1A3054D290A6C12574D400468E38?OpenDocument>

¹⁸⁹ Informácia o výsledkoch vládných auditov a následnej finančnej kontroly čerpania úveru Svetovej banky v prospech rezortu zdravotníctva v rokoch 2003 – 2006. Materiál na rokovanie vlády SR.

Číslo: MF/015726/2008-1431. Bratislava 26.septembra 2008

In: <http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/B95F1A3054D290A6C12574D400468E38?OpenDocument>

¹⁹⁰ Vzhľadom na to, že vykonávanie úverových zmlúv malo podľa vyššie uvedeného uznesenia vlády zabezpečovať MZ SR, boli k obidvom úverovým zmluvám podpísané dňa 10.03.2004 medzi MF SR a MZ SR zmluvy o prevode práv a povinností MF SR vyplývajúcich z poskytnutých úverov od Svetovej banky na MZ SR. Predmetom týchto zmlúv bolo vymedzenie práv a povinností MF SR a MZ SR vyplývajúcich z prevzatých úverov. Na základe týchto zmlúv MZ SR prevzalo zodpovednosť za riadne plnenie povinností voči Svetovej banke a za záväzky administratívneho a technického charakteru.

Projekt TAL

Projekt TAL je projekt technickej pomoci modernizácie sektoru zdravotníctva. TAL mal vytvoriť inštitucionálne predpoklady na pomoc reformám v zdravotníctve. Svetová banka poskytla Slovenskej republike na základe uzavretej úverovej zmluvy zo dňa 02.12.2003 na projekt TAL úver v sume **10,58 mil. EUR** a zo štátneho rozpočtu malo byť na daný projekt poskytnutých 2,39 mil. EUR. Uznesením vlády SR č. 281/2004 bol schválený definitívny návrh projektu, v rámci ktorého boli **finančné prostriedky na projekt TAL** rozdelené do 6 komponentov:

Tabuľka č. 24 **Použitie finančných prostriedkov na projekt TAL**

- Komponent č. 1:		
Reforma poskytovania a financovania zdravotnej starostlivosti	3,24 mil. EUR	(24,98%)
- Komponent č. 2:		
Kvalita zdravotnej starostlivosti	1,44 mil. EUR	(11,10%)
- Komponent č. 3:		
Informačné systémy pre podporu riadenia zdravotníctva	2,39 mil. EUR	(18,43%)
- Komponent č. 4:		
Sociálna a dlhodobá starostlivosť	0,50 mil. EUR	(3,85%)
- Komponent č. 5:		
Analýza sociálnych dopadov a informovanie verejnosti	3,91 mil. EUR	(30,15%)
- Komponent č. 6:		
Manažment a monitorovanie projektu	1,49 mil. EUR	(11,49%)
Spolu: úver + spolufinancovanie ŠR	12,97 mil. EUR	(100,00%)

Zdroj: Informácia o výsledkoch vládnych auditov a následnej finančnej kontroly čerpania úveru Svetovej banky v prospech rezortu zdravotníctva v rokoch 2003 – 2006. Materiál na rokovanie vlády SR.
Číslo: MF/015726/2008-1431. Bratislava 26.septembra 2008
In: <http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/B95F1A3054D290A6C12574D400468E38?OpenDocument>

Projekt SECAL

Projekt SECAL je projekt modernizácie sektora zdravotníctva. SECAL mal prispieť k realizácii nevyhnutných reformných opatrení v zdravotníctve, predovšetkým v oblastiach vyžadujúcich veľké investície. Svetová banka poskytla Slovenskej republike na základe uzatvorenej úverovej zmluvy zo dňa 02.12.2003 úver na projekt SECAL vo výške **55 mil. EUR**. MF SR uzatvorilo dňa 10.03.2004 s MZ SR medzirezortnú zmluvu o prevode práv a povinností z MF SR na MZ SR. Predmetom zmluvy bolo vymedzenie práv a povinností zmluvných strán vyplývajúcich z prevzatia úveru na základe úverovej zmluvy. V zmysle úverovej zmluvy č. 7196-Sk zo dňa 02.12.2003 uzatvorenej medzi Svetovou bankou a MF SR boli finančné prostriedky čerpané od Svetovej banky v troch tranžiach, a to v plnej výške, t.j. 55 mil. EUR nasledovne: dňa 04.05.2004 v sume 15 mil. EUR, dňa 22.08.2005 v sume 15 mil. EUR, dňa 03.04.2007 v sume 25 mil. EUR.

Dňom 03.04.2007 bol úver dočerpaný. Začiatok splátky úrokov bol v júni 2004, koniec splátky úrokov bol stanovený na 15.06.2009. Začiatok a **koniec splátky istiny** je dohodnutý na **15.06.2009**. V nasledujúcom prehľade sa nachádzajú konkrétne aktivity, na ktoré boli prostriedky projektu SECAL použité.

Poskytnutie a použitie finančných prostriedkov SECAL:¹⁹¹

Rok 2004

V roku 2004 MZ SR nepoužilo prostriedky rozpočtované v rozpočte MZ SR vo výške 630 000 000,00 Sk v súvislosti s čerpaním úveru Svetovej banky na projekt SECAL.

Na rok 2004 boli v kapitole MZ SR rozpočtované účelové prostriedky na projekt SECAL vo výške 630 000 000,00 Sk. Ministerstvo zdravotníctva SR požiadalo dňa 23.11.2004 Ministerstvo financií SR o povolenie výnimky z časového použitia prostriedkov štátneho rozpočtu kapitoly MZ SR v sume 630 000 000,00 Sk, s možnosťou ich čerpania v roku 2005. Svoju žiadosť odôvodnilo časovým oneskorením podpisu úveru na projekt SECAL. MF SR výnimku z časového použitia prostriedkov nepovolilo a finančné prostriedky v uvedenej sume zostali v roku 2004 nečerpané.

Rok 2005

V roku 2005 boli finančné prostriedky v súlade s Rozvojovým programom priorít verejných prác a s uzneseniami vlády SR č. 576 a č. 577 zo dňa 13.07.2005, č. 912 zo dňa 16.11.2005, č.1100 zo dňa 20.12.2006 a č.1009 zo dňa 14.12.2005 poskytnuté na financovanie prípravy a realizácie prioritných zdravotníckych stavieb nasledovne:

- finančné prostriedky v sume 13 849 742,38 Sk boli účelovo určené na financovanie nákladov spojených s prípravou a realizáciou stavby „Výstavba Detského kardiocentra SR Bratislava“ (z iných zdrojov bola poskytnutá suma vo výške 382 530 922,70 Sk),
- finančné prostriedky v sume 200 000 000,00 Sk boli účelovo určené na financovanie nákladov spojených s prípravou a realizáciou stavby „Stredoslovenský ústav srdcovo-cievnych chorôb Banská Bystrica“,
- finančné prostriedky v sume 200 000 000,00 Sk boli účelovo určené na financovanie nákladov spojených s prípravou a realizáciou stavby „Dostavba budovy Východoslovenského ústavu srdcových a cievnych chorôb Košice“,
- finančné prostriedky v sume 165 000 000,00 Sk boli účelovo určené na financovanie nákladov spojených s prípravou a realizáciou stavby „Výstavba Inštitútu nukleárnej a molekulárnej medicíny Košice“.

Rok 2006

V roku 2006 boli finančné prostriedky účelovo poskytnuté nasledovne:

- finančné prostriedky v sume 23 000 000,00 Sk Detskej fakultnej nemocnici s poliklinikou Bratislava, účelovo určené na dobudovanie nemocničného informačného systému,
- Fakultnej nemocnici Nitra v sume 19 000 000,00 Sk, účelovo určené na obnovu a doplnenie prístrojovej techniky,
- Fakultnej nemocnici Trenčín v sume 8 000 000,00 Sk, účelovo určené na obstaranie zdravotníckej prístrojovej techniky,
- Fakultnej nemocnici Trnava v sume 59 317 446,92 Sk, účelovo určené na obstaranie zdravotníckej prístrojovej techniky,
- Fakultnej nemocnici L.Pasteura, Košice v sume 96 680 000,00 Sk, účelovo určené na modernizáciu nemocničného informačného systému a obstaranie zdravotníckej prístrojovej techniky,
- Fakultnej nemocnici s poliklinikou F.D.R. Banská Bystrica v sume 50 000 000,00 Sk, účelovo určené na modernizáciu nemocničného informačného systému a v sume 12 250 471,00 Sk, účelovo určené na obstaranie zdravotníckej prístrojovej techniky,
- Fakultnej nemocnici s poliklinikou Bratislava v sume 60 000 000,00 Sk, účelovo určené na modernizáciu nemocničného informačného systému, MF SR dalo súhlas na úpravu rozpočtu v sume 11 870 000,00 Sk na nákup prístrojového vybavenia,
- Fakultnej nemocnici s poliklinikou Nové Zámky v sume 35 649 529,00 Sk, účelovo určené na nákup prístrojového vybavenia,
- Fakultnej nemocnici s poliklinikou J.A.Reimana Prešov v sume 13 962 333,45 Sk, účelovo určené na nákup prístrojového vybavenia,
- Martinskej fakultnej nemocnici Martin v sume 32 600 000,00 Sk, účelovo určené na modernizáciu nemocničného informačného systému,
- Nemocnici s poliklinikou Žilina v sume 34 100 000,00 Sk, účelovo určené na dobudovanie komplexného nemocničného informačného systému.

¹⁹¹ Pozri: Informácia o výsledkoch vládných auditov a následnej finančnej kontroly čerpania úveru Svetovej banky v prospech rezortu zdravotníctva v rokoch 2003 – 2006. Materiál na rokovanie vlády SR.

Číslo: MF/015726/2008-1431. Bratislava 26.septembra 2008

In:<http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/B95F1A3054D290A6C12574D400468E38?OpenDocument>

Tabuľka č. 25 **Poskytnutie finančných prostriedkov z rozpočtu kapitoly MZ SR, ktoré boli určené na realizáciu projektu SECAL a stav ich použitia k 31.12.2006**

v Sk

Príjemca	Výška poskytnutých FP z MZ SR r.2005	Výška poskytnutých FP z MZ SR r.2006	Použitie prostriedkov rozpočtu k 31.12.2006	Nepoužité prostriedky k 31.12.2006
Fakultná nemocnica v Trnave	0,00	59 317 446,92	29 975 647,10	29 341 799,82
Fakultná nemocnica s poliklinikou Bratislava	0,00	71 870 000,00	71 207 669,40	662 330,60
Fakultná nemocnica Nitra	0,00	19 000 000,00	19 000 000,00	0,00
Fakultná nemocnica s poliklinikou Nové Zámky	0,00	35 649 529,00	35 630 400,70	19 128,30
Detská fakultná nemocnica s poliklinikou Limbová 1, Bratislava-Nové Mesto	0,00	23 000 000,00	22 245 217,30	754 782,70
Detské kardiocentrum SR Bratislava	13 849 742,38	0,00	0,00	13 849 742,38
Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., Banská Bystrica	200 000 000,00	0,00	17 489 236,50	182 510 763,50
Fakultná nemocnica Trenčín	0,00	8 000 000,00	7 979 495,70	20 504,30
Fakultná nemocnica F.D.Roosevelta Banská Bystrica	0,00	62 250 471,00	62 250 471,00	0,00
Martinská fakultná nemocnica	0,00	32 600 000,00	32 474 590,70	125 409,30
Nemocnica s poliklinikou Žilina	0,00	34 100 000,00	34 075 732,00	24 268,00
Fakultná nemocnica L.Pasteura, Košice	0,00	96 680 000,00	96 679 998,80	1,20
Fakultná nemocnica s poliklinikou J.A.Reimana Prešov,	0,00	13 962 333,45	13 958 327,45	4 006,00
Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny, Košice	165 000 000,00	0,00	0,00	165 000 000,00
Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb Košice, a.s.	200 000 000,00	0,00	26 828 550,00	173 171 450,00
SPOLU:	578 849 742,38	456 429 780,37	469 795 336,65	565 484 186,10

Zdroj: Informácia o výsledkoch vládnych auditov a následnej finančnej kontroly čerpania úveru Svetovej banky v prospech rezortu zdravotníctva v rokoch 2003 – 2006. Materiál na rokovanie vlády SR.

Číslo: MF/015726/2008-1431. Bratislava 26. septembra 2008

In: <http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/B95F1A3054D290A6C12574D400468E38?OpenDocument>

3 **Financovanie zdravotníctva vo vyspelých krajinách za obdobie 1975 – 2005**

Úroveň zdravotníctva v danej krajine charakterizujú nasledovné základné ukazovatele:

- **celkové výdavky na zdravotníctvo** ako percento HDP,
- **celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu** v priemernom výmennom kurze v US dolároch,¹⁹²
- **verejné výdavky na zdravotníctvo** ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo,
- **výdavky na lieky** ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo.

V štatistike OECD sa samostatne nesleduje ukazovateľ „*súkromné výdavky na zdravotníctvo ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo*“, je však zrejmé, že súkromné výdavky tvoria zostatok rozdielu medzi verejnými výdavkami a celkovými výdavkami. Niektorí autori (najmä liberálnejšieho zamerania) zvyknú podotknúť, že všetky zdroje (nielen súkromné ale aj verejné) pochádzajú od občanov. Uvedené tvrdenie je v konečnom dôsledku pravdivé, ale rozdeľovanie zdrojov na verejné a súkromné má iný význam. Väčšie prerozdeľovanie zdrojov a väčší podiel verejných zdrojov na financovaní zdravotníctva (či už z daní alebo z povinných poisťných odvodov v rámci systému verejného zdravotného poistenia) svedčí o výraznom vplyve a zodpovednosti štátu za poskytovanie zdravotníckych služieb. Štát, ktorý prevažnou mierou financuje zdravotníctvo z verejných zdrojov považuje sociálnu solidaritu za základný prvok svojho usporiadania. Štát, v ktorom prevažujú súkromné zdroje financovania zdravotníctva nepovažuje solidárne poskytovanie zdravotníckych služieb za svoju úlohu a zodpovednosť. Typickým predstaviteľom tejto línie je USA.

Táto tretia kapitola má za cieľ porovnanie vývoja hlavných ukazovateľov financovania zdravotníctva vo vybraných krajinách z časového hľadiska posledných 30 rokov na základe štatistických údajov OECD.¹⁹³ **Výber krajín** bol uskutočnený tak, aby bola zastúpená **maximálna rôznorodosť modelov financovania**.

¹⁹² z hľadiska historického postavenia dolára ako hlavnej svetovej meny v minulosti sa v štatistikách OECD aj WHO používa uvedený ukazovateľ prepočítaný v priemernom výmennom kurze v US dolároch),

¹⁹³ Ako zdroj boli použité údaje zo štatistiky OECD – **OECD Health Data 2008 - Selected Data**
In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

3.1 Nemecko

Nemecko je typickým predstaviteľom **Bismarcovho modelu financovania** zdravotníctva. Vzhľadom na to, že podrobnejší rozbor zdrojov financovania nemeckého zdravotníctva a jeho reforiem je obsahom samostatnej 4. kapitoly, nasledujúca časť je zameraná iba na vývoj základných štatistických ukazovateľov financovania zdravotníctva. Pri porovnaní ukazovateľov, ktoré uvádza OECD a tými, ktoré sú publikované na stránke WHO narážame na problém rozdielnosti údajov. WHO používa rozdielnu metodiku zberu a výpočtu štatistických údajov.¹⁹⁴ OECD medzi verejné zdroje započítava pravdepodobne aj príspevok zamestnávateľa.¹⁹⁵

Po II. svetovej vojne bolo Nemecko rozdelené na Nemeckú spolkovú republiku (NSR) a Nemeckú demokratickú republiku (NDR). Údaje v nasledujúcej tabuľke za obdobie 1975 – 1990 sú de facto údajmi NSR. Opätovné zjednotenie Nemecka sa uskutočnilo 3. októbra 1990. Z tohto dôvodu OECD neuvádza štatistické údaje za rok 1991, kedy postupne prebiehali administratívne procesy zjednotenia.

Nasledujúce grafy poukazujú nielen na nárast celkových výdavkov na zdravotníctvo a na osobu, ale najmä **prudký nárast verejných zdrojov medzi rokmi 1990 a 1992**, čo bolo spôsobené najmä finančným transferom medzi Západným a Východným Nemeckom a postupným vyrovnávaním úrovne zdravotníctva a zdrojov, plynúcich do zdravotníctva po zjednotení Nemecka. Viaceré reformy v oblasti zdravotníctva mali za cieľ tmiť nárast verejných zdrojov (pozri príloha č. 8). Postupný pokles verejných výdavkov a zároveň mierny ale trvalý rast celkových výdavkov na zdravotníctvo bol kompenzovaný súkromnými zdrojmi, ktorých úloha bude v budúcnosti čoraz významnejšia vzhľadom na nepriaznivý demografický vývoj.

Rozkolísaná krivka výdavkov na lieky je spôsobená rôznymi reformami, ktorými sa nemecká vláda snažila obmedzovať rastúcu spotrebu liekov (zvýšenie doplatkov na lieky, zavedenie základných referenčných cien na lieky, zavedenie „pozitívneho zoznamu“ refundovateľných liečiv, zavedenie negatívneho zoznamu pre lieky založené na neúčinnosti a neefektívnosti, Zákon o prispôbení (regulovaní) referenčných cien z roku 2001, Zákon o vyrovaní (umorení) farmaceutického rozpočtu, Zákon o limitovaní farmaceutických výdavkov z roku 2002 a pod.)

¹⁹⁴ Pozri tabuľky č. 37 – 39 rozdielne percentuálne údaje verejných zdrojov **WHO**
zdroj údajov WHO: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>
Spolkový štatistický úrad Nemecko 2004 (**Federal Statistical Office**)
In: BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*, s. 58.

¹⁹⁵ Pozri tabuľka č. 26 – rozdielne percentuálne údaje verejných zdrojov **OECD**
zdroj údajov OECD: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> OECD Health Data 2008 - Selected Data
data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

**Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Nemecku
podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005**

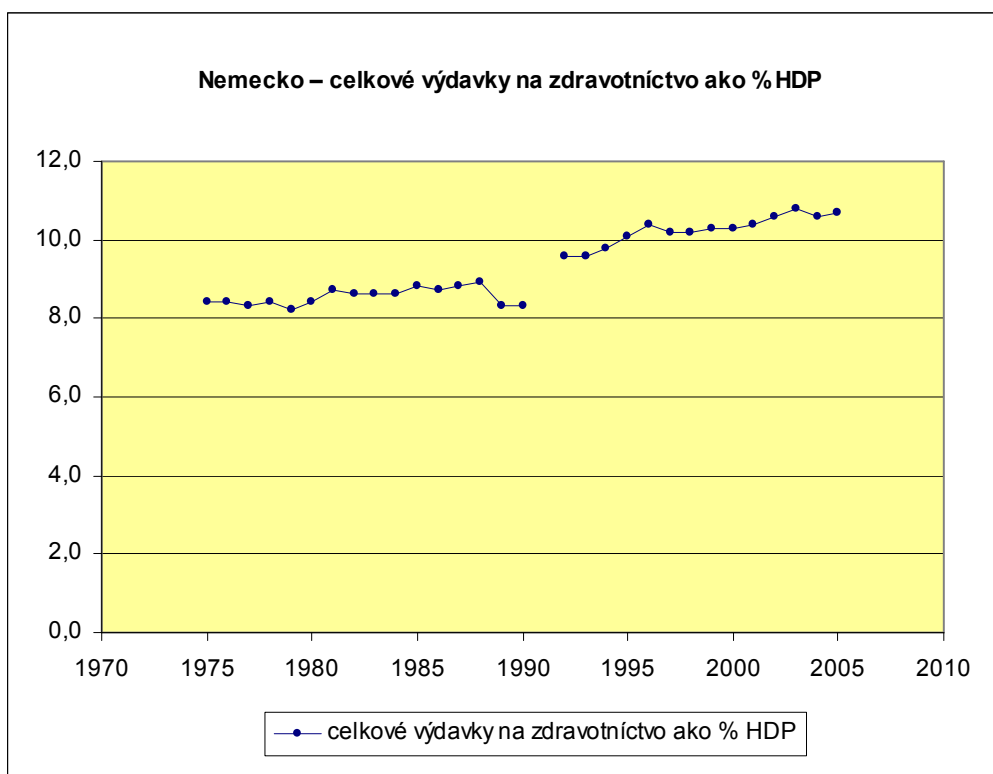
rok	Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP (Total expenditure on health, % GDP)	Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch \$ (Total expenditure on health, per capita US \$ PPP)	Verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Public expenditure on health, % total expenditure on health)	Výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo Pharmaceutical expenditure, % of total expenditure on health
1975	8,4	572	79,0	13,7
1976	8,4	638	78,9	13,7
1977	8,3	694	78,7	13,4
1978	8,4	777	78,7	13,4
1979	8,2	857	78,5	13,4
1980	8,4	971	78,7	13,4
1981	8,7	1 101	78,7	13,5
1982	8,6	1 148	78,2	13,4
1983	8,6	1 213	77,3	13,7
1984	8,6	1 311	77,4	13,8
1985	8,8	1 409	77,4	13,8
1986	8,7	1 455	77,6	13,9
1987	8,8	1 533	77,5	14,1
1988	8,9	1 667	77,2	14,2
1989	8,3	1 660	76,0	14,3
1990	8,3	1 769	76,2	14,3
1991	<i>zjednotenie</i>	<i>zjednotenie</i>	<i>zjednotenie</i>	<i>zjednotenie</i>
1992	9,6	1 977	81,5	14,7
1993	9,6	1 993	80,7	13,3
1994	9,8	2 129	80,8	13,0
1995	10,1	2 275	81,6	12,9
1996	10,4	2 399	82,2	13,0
1997	10,2	2 413	80,8	13,1
1998	10,2	2 483	80,1	13,6
1999	10,3	2 592	79,8	13,5
2000	10,3	2 671	79,7	13,6
2001	10,4	2 809	79,3	14,2
2002	10,6	2 937	79,2	14,4
2003	10,8	3 090	78,7	14,5
2004	10,6	3 162	77,0	13,9
2005	10,7	3 251	77,0	15,1

Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**

In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

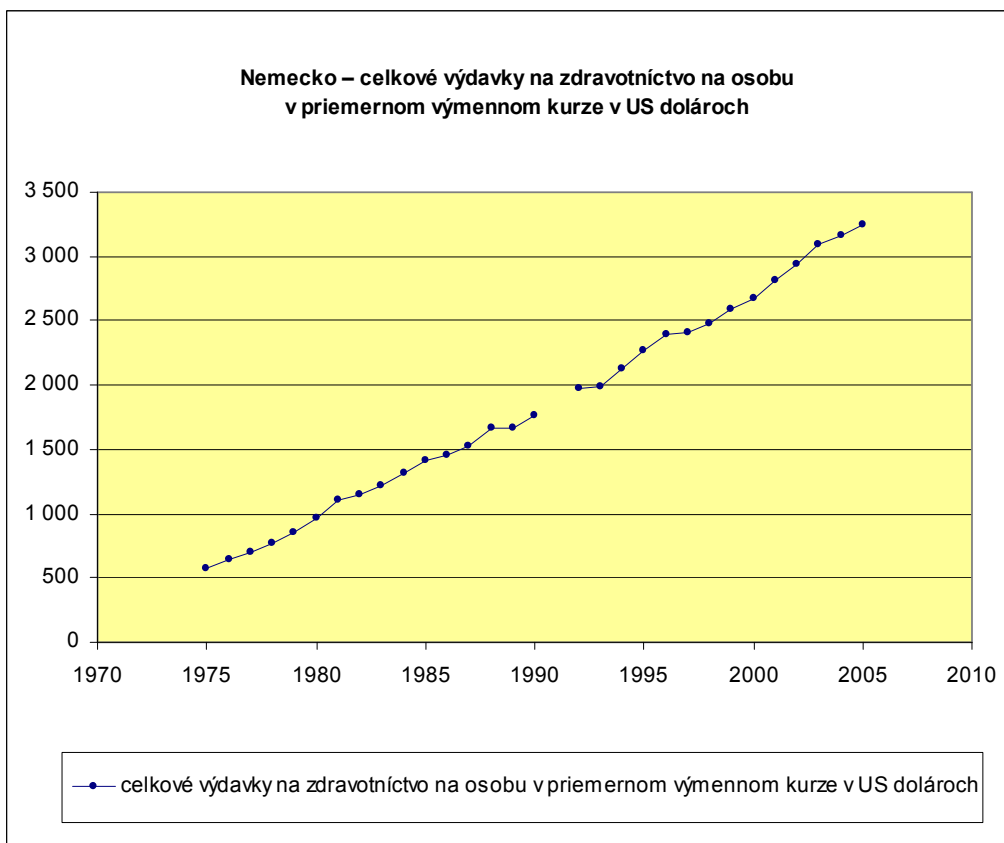
Poznámka: Ukazovatele za obdobie 1975 – 1990 sú údajmi za Nemeckú spolkovú republiku.

Graf č. 1



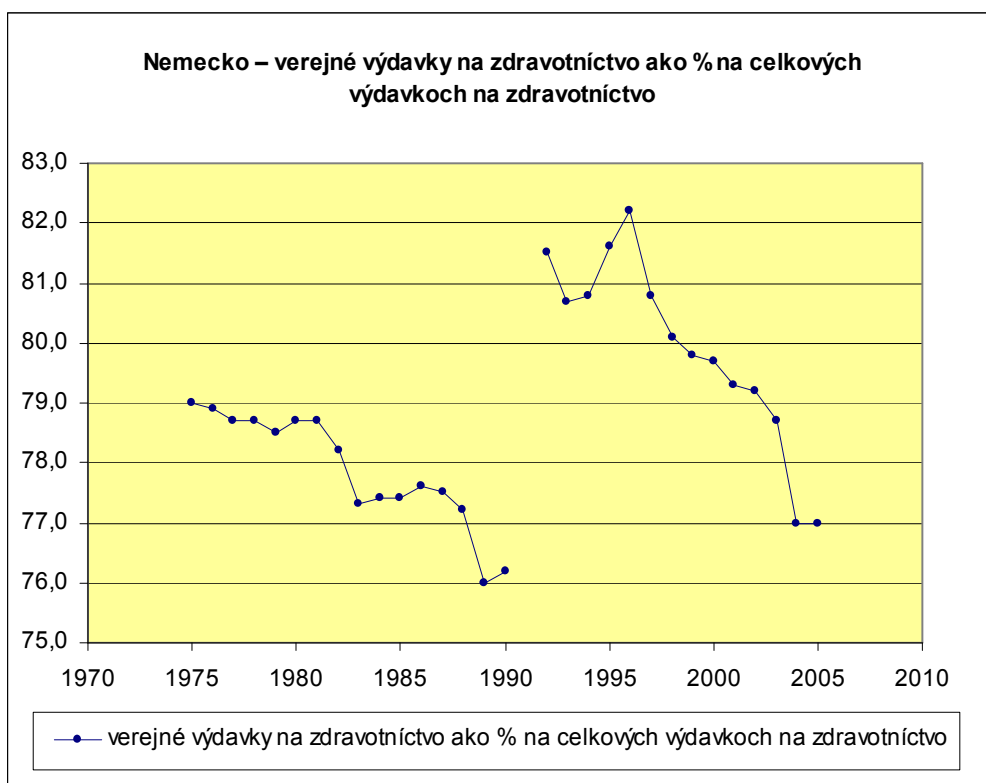
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 26

Graf č. 2



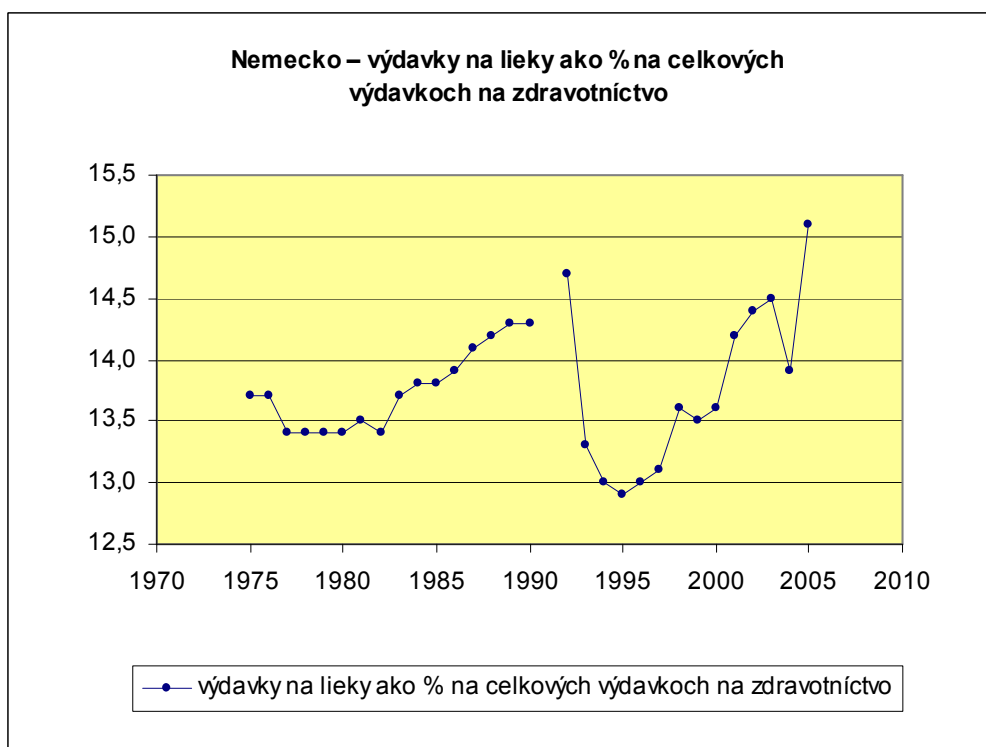
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 26

Graf č. 3



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 26

Graf č. 4



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 26

3.2 Holandsko

Systém zdravotnej starostlivosti je založený na **verejnom zdravotnom poistení**. Systém je decentralizovaný na regionálnu a komunálnu úroveň. Vláda zodpovedá za finančnú kontrolu vo väčšine oblastí zdravotníckych služieb. Centrálna agentúra pre tarify zdravotnej starostlivosti (**Central Agency for Health Care Tariffs**) vykonáva intenzívnu kontrolu nad príspevkami a poplatkami, ktoré sú určované poskytovateľmi a dohliada na stanovenie nemocničných rozpočtov. Provincie (12) sú oprávnené vydať nariadenia týkajúce sa systému sociálnej starostlivosti v provinciách a zvyšovať dane. Samosprávy (646) ako decentralizované úrovne vlády sú zodpovedné za podstatnú časť organizácie systému zdravotnej starostlivosti.

V Holandsku je okolo 30 zdravotných poisťovní. Ich počet má v posledných rokoch klesajúcu tendenciu (zlučovanie, prebiehajúce akvizície medzi poisťovňami). Zdravotné poistenie funguje na báze slobodného výberu. Poisťovne nemajú možnosť odmietnuť poistenca, ktorý má zo zákona povinnosť poistiť sa v niektorej zo zdravotných poisťovní. Základné zdravotné poistenie je financované z troch zdrojov:

- Nominálne poistné (tvorí 45 % zdrojov) – výšku si stanovuje poisťovňa samostatne, tento príjem ostáva zdravotnej poisťovni, nie je súčasťou systému kompenzácie rizikovej štruktúry (KRŠ).
- Odvod závislý na výške z príjmu (tvorí 50 % zdrojov) – v súčasnosti je stanovený vo výške 6,5 % z príjmu a je súčasťou KRŠ poistencov.
- Štátny príspevok (tvorí asi 5 % z celkových zdrojov) – štát platí za definovanú skupinu osôb bez vlastného príjmu do Fondu pre zdravotné poistenie, taktiež je súčasťou KRŠ.

Holandsko má podrobne prepracovanú kompenzáciu rizikovej štruktúry¹⁹⁶ na základe piatich faktorov:

1. Pohlavie a vek (19 vekových skupín v 5-ročných intervaloch),
2. Urbanizácia (10 skupín),
3. Príjem / invalidita (24 príjmových skupín, 6 zamestnaneckých kritérií),
4. Nákladové skupiny podľa liekov (**Pharmacy-based cost groups – PCGs**)
(prediktor identifikuje chronické ochorenia, 17 PCG skupín),
5. Nákladové skupiny podľa diagnózy (**Diagnostic cost groups – DCGs**)
(13 DCG skupín hospitalizovaných pacientov).

¹⁹⁶ Pozri: PAŽITNÝ, P. – SZALAYOVÁ, A. – MAĐAROVÁ, H. – PETROVIČ, M. – LENÁRTOVÁ, L. – FRISOVÁ, S. – SZALAY, T.: *Dobrý poistenec je nad zlato. Vieme vo vyvážiť?* Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute, 2008, s. 25.

Holandsko vykonalo v 90-tych rokoch minulého storočia viaceré reformy v oblasti zdravotníctva, ktoré znížili čerpanie verejných zdrojov a posilnili význam súkromných zdrojov vo financovaní zdravotníctva. Zmeny mali za úlohu znížiť vplyv štátu na zdravotníctvo a zmeniť jeho postavenie z nákupcu a poskytovateľa na regulátora, ktorý stanovuje základné pravidlá. Najvýznamnejšou zmenou v poslednom období¹⁹⁷ bolo prijatie **Zákona o zdravotnom poistení od 1. januára 2006**. Zákon zjednotil základné zdravotné poistenie zo systému, ktorý bol pôvodne kombináciou štátneho a súkromného zdravotného poistenia na jednotý čisto súkromný systém. V súčasnosti existuje v Holandsku zdravotné poistenie v troch úrovniach:

- zdravotné poistenie mimoriadnych nákladov,
- základné zdravotné poistenie,
- doplnkové individuálne zdravotné poistenie.

Zajímavosťou holandského systému bol **bonus za nečerpanie zdravotnej starostlivosti**, ktorý existoval **do roku 2007**. Každý dospelý poistenec, ktorý nečerpал alebo čerpal len obmedzené množstvo zdravotnej starostlivosti, mal nárok na vrátenie časti nominálneho poisteného v maximálnej výške 255 EUR za rok. Do tejto zdravotnej starostlivosti sa nezarátavala starostlivosť, ktorá bola poskytovaná všeobecným lekárom, pôrodnou asistentkou a zdravotná starostlivosť v tehotenstve a materstve.

Bonus za nečerpanie zdravotnej starostlivosti bol od 1. 1. 2008 zrušený. Namiesto bonusu bola zavedená **excedentná spoluúčasť 150 EUR za rok** (všetky náklady na zdravotnú starostlivosť do stanovenej výšky uhradza poistenec a poisťovňa hradí náklady nad touto hranicou. Ako protihodnotu poistenec od zdravotnej poisťovne získava zľavu na nominálnom poistnom.

¹⁹⁷ MORVAY, K. – PAŽITNÝ, P. – PETROVIČ, M. – SZALAY, T. – SZALAYOVÁ, A. : *Zdravie je luxus. Vieme ako ho financovať? Stratégia financovania zdravotníctva do roku 2025*. Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute, 2008, s. 13.

Tabuľka č. 27

Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Holandsku podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2004

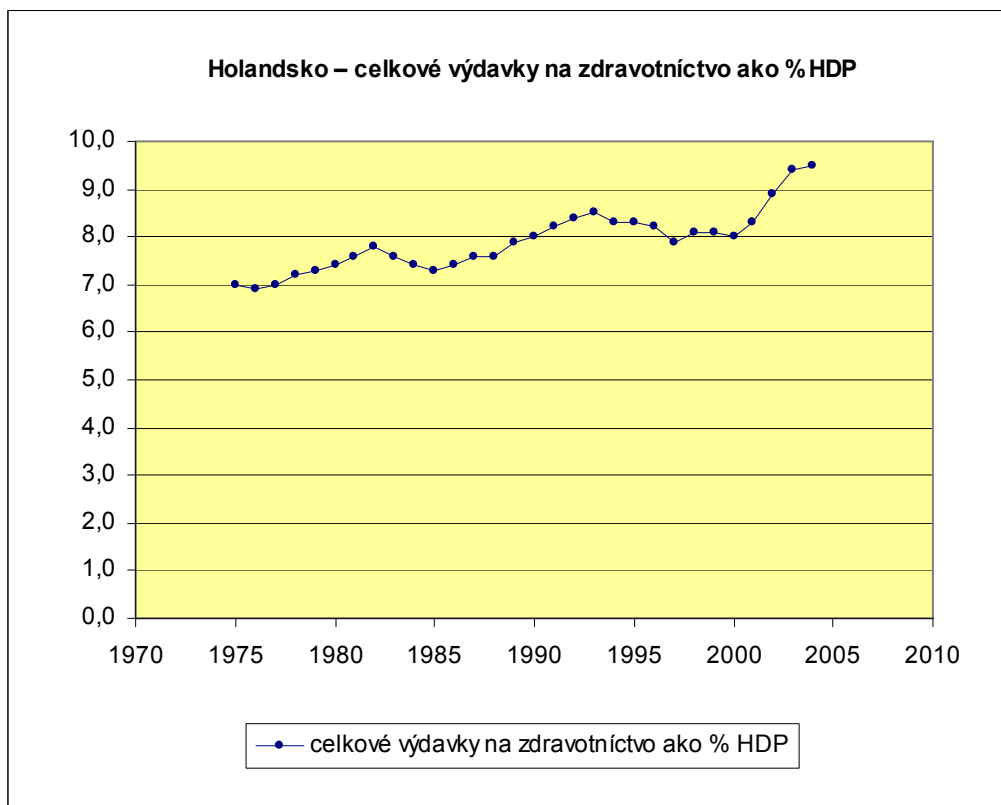
rok	Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP (Total expenditure on health, % GDP)	Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch \$ (Total expenditure on health, per capita US \$ PPP)	Verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Public expenditure on health, % total expenditure on health)	Výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo Pharmaceutical expenditure, % of total expenditure on health
1975	7,0	450	67,9	9,3
1976	6,9	486	68,6	9,1
1977	7,0	532	68,8	8,7
1978	7,2	591	69,1	8,5
1979	7,3	660	69,2	8,3
1980	7,4	741	69,4	8,0
1981	7,6	816	69,9	8,0
1982	7,8	879	70,1	8,2
1983	7,6	906	70,8	8,2
1984	7,4	936	70,8	8,9
1985	7,3	967	70,8	9,3
1986	7,4	1 029	68,1	9,6
1987	7,6	1 088	68,4	10,0
1988	7,6	1 164	66,6	9,9
1989	7,9	1 302	67,0	9,3
1990	8,0	1 416	67,1	9,6
1991	8,2	1 518	69,0	9,6
1992	8,4	1 604	72,8	10,5
1993	8,5	1 673	73,6	11,0
1994	8,3	1 917	72,9	10,9
1995	8,3	1 799	71,0	11,0
1996	8,2	1 862	66,2	11,0
1997	7,9	1 916	67,8	11,0
1998	8,1	2 054	64,1	11,2
1999	8,1	2 178	62,7	11,4
2000	8,0	2 337	63,1	11,7
2001	8,3	2 556	62,8	11,7
2002	8,9	2 833	62,5	11,5
2003	9,4	2 988		
2004	9,5	3 156		
2005				

Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**

In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

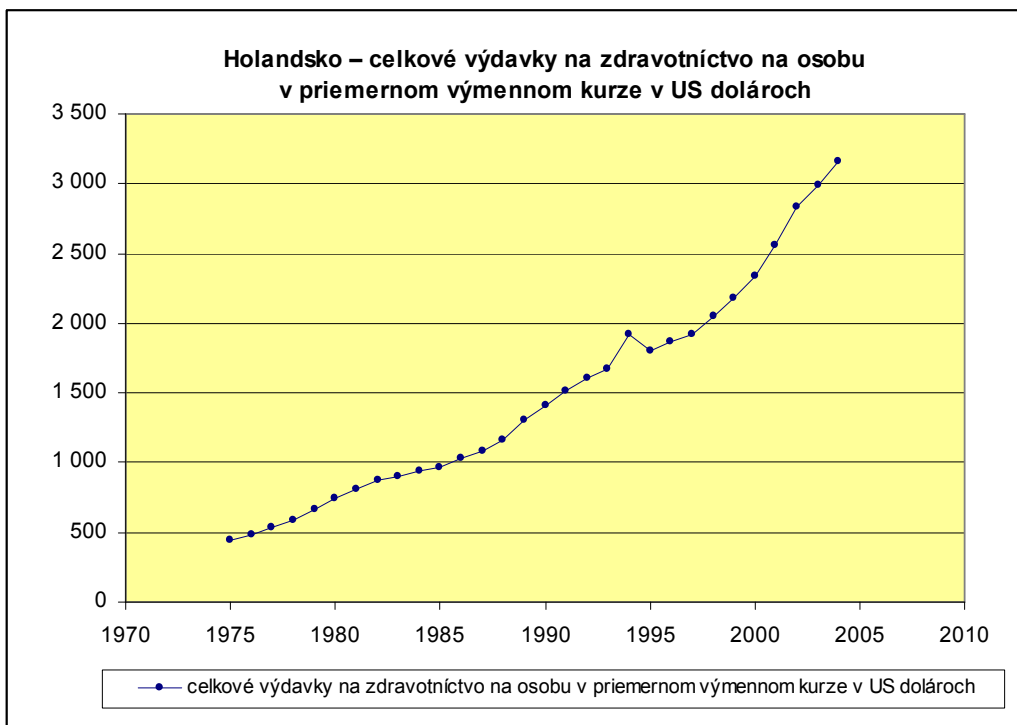
Poznámka: OECD **neuvádza** vo svojej štatistike posledné dva ukazovatele pre Holandsko za roky **2003, 2004** a žiaden zo základných ukazovateľov financovania zdravotníctva v Holandsku nie je uvedený za rok **2005**.

Graf č. 5



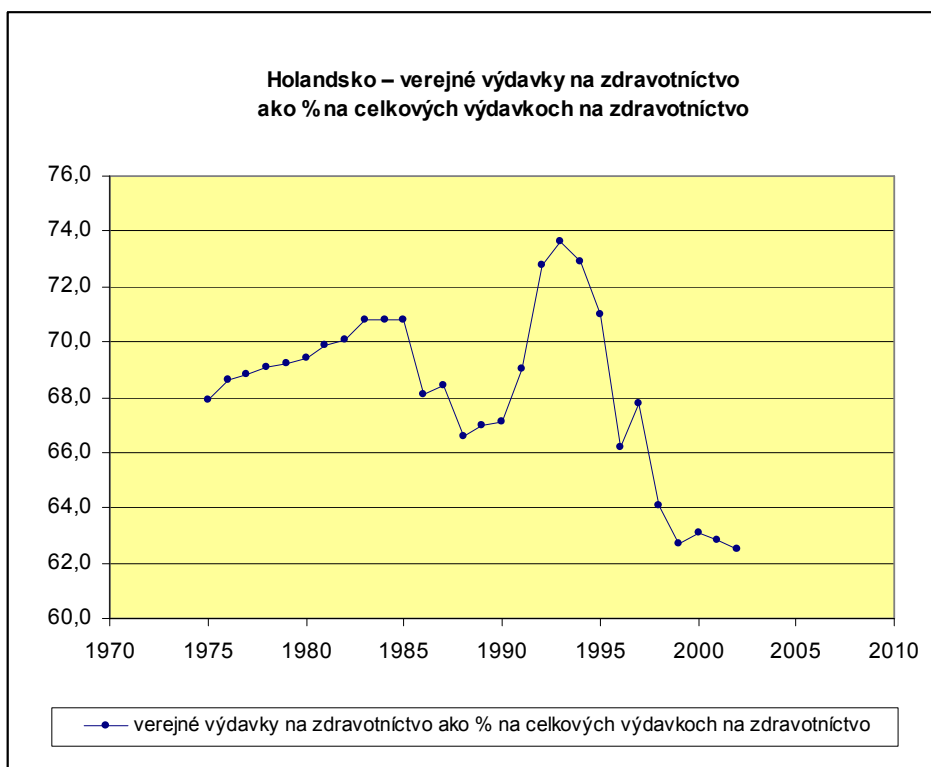
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 27

Graf č. 6



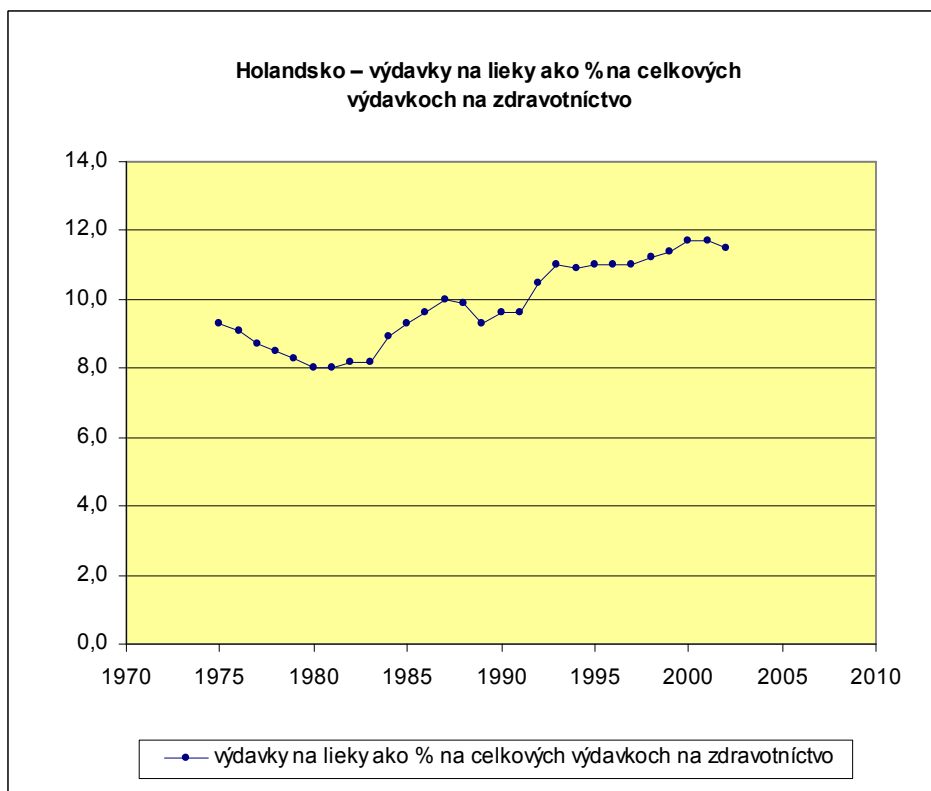
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 27

Graf č. 7



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 27

Graf č. 8



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 27

3.3 Švédsko

Vo Švédsku majú všetci obyvatelia s trvalým pobytom v krajine zabezpečenú zdravotnú starostlivosť prostredníctvom povinného systému **národnej zdravotnej služby**, ktorý je financovaný väčšinou **z daní**. Dobrovoľné poistenie je limitované, poskytuje iba doplnkové (dodatočné) pokrytie verejného zdravotníckeho systému.

Švédsky systém¹⁹⁸ pozostáva z troch organizačných úrovní: národnej, regionálnej (21 krajov) a miestnej (290 samospráv). Na národnej úrovni je Ministerstvo zdravotníctva a sociálnych vecí zodpovedné za efektívnosť fungovania systému. Krajské rady na regionálnej úrovni poskytujú a financujú služby zdravotnej starostlivosti. Na miestnej úrovni samosprávy vykonávajú a financujú sociálnu starostlivosť vrátane starostlivosti o deti, školské zdravotné služby, opatrovateľskú starostlivosť o starších a zdravotne postihnutých, spravujú štátne ošetrovateľské domy a domáce opatrovateľské služby.

Z regionálnych daní sa financuje väčšina výdavkov na zdravotníctvo. Súkromné výdavky tvoria najmä priame platby a dobrovoľné poistenie. Vo väčšine prípadov (asi 90 %) zamestnávateľia platia dobrovoľné poistenie, aby sa vyhli plateniu dlhodobej práceneschopnosti zamestnancov.

Väčšina zdravotníckeho personálu má postavenie zamestnancov vo verejných službách. Všeobecní lekári vo verejných zariadeniach sú platení mesačne. Národný výbor sociálneho poistenia (**National Social Insurance Board – NSIB**), prepláca služby súkromných stomatólogov prostredníctvom systému „platba za službu“. Všeobecní lekári v zdravotníckych centrách musia mať špecializáciu praktického (všeobecného) lekára a sú rozhodujúcimi osobami, ktoré usmerňujú pacientov a určujú správny stupeň starostlivosti v rámci systému. Financovanie z verejných zdrojov pre súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je závislé od dohody o spolupráci s daným krajom.

Švédsky systém zdravotnej starostlivosti prešiel veľkými štruktúrnymi zmenami, najmä v 90-tych rokoch 20. storočia. Zodpovednosť bola postupne odovzdaná miestnym vládam a poskytovateľom. Zaviedli sa nové organizačné modely a nové metódy manažmentu, ktoré predstavovali pokračovanie procesu spojeného s prevodom právomocí, ktorý začal v 70-tych rokoch. Koncom 80-tych rokov začali vnútorné reformy, ktorých výsledkom bolo obmedzenie nákladov na zdravotnícku starostlivosť. Krajina konštantne vynakladá vysoké percento výdavkov do zdravotníctva. Podiel verejných

¹⁹⁸ Pozri GROSSE – TEBBE, S. and FIGUERAS, J.: *Snapshots of Health Systems. The state of affairs in 16 countries in summer 2004*. World Health Organization 2004, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, s. 56 – 58. In: <http://www.who.dk/document/e87303.pdf>

výdavkov z celkových výdavkov na zdravotníctvo sa podarilo znížiť za obdobie 1975 – 2005 takmer o 10 % (z približne 90 % na úroveň 80 %).

Tabuľka č. 28

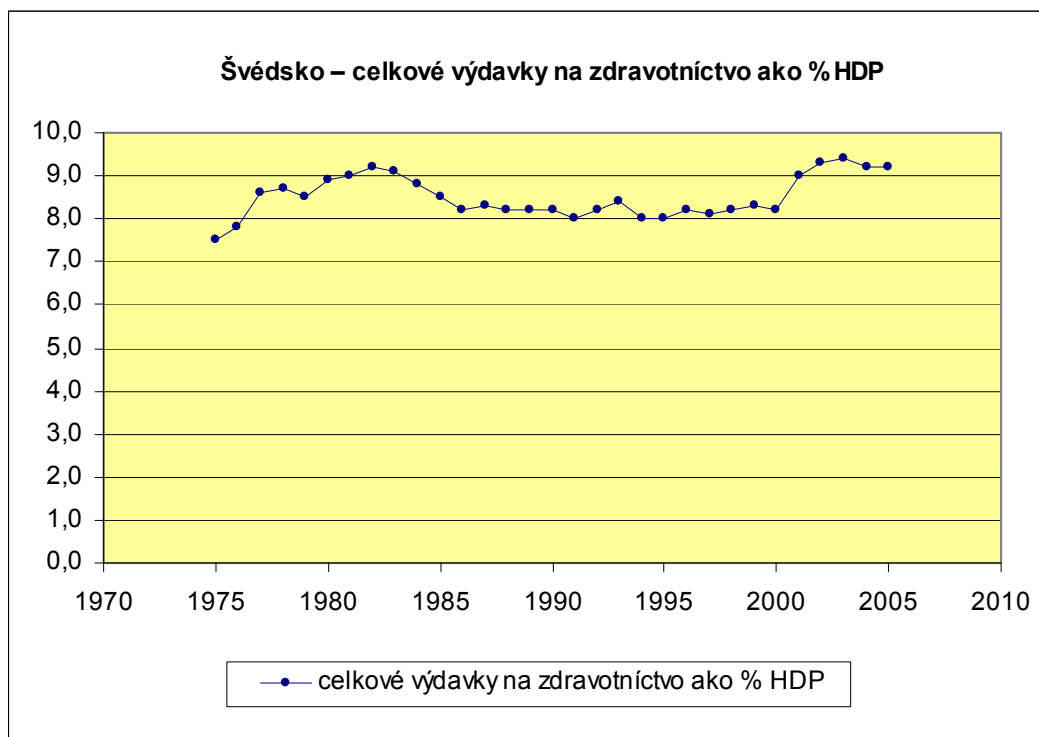
Základné ukazovatele financovania zdravotníctva vo Švédsku podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005

rok	Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP (Total expenditure on health, % GDP)	Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch \$ (Total expenditure on health, per capita US \$ PPP)	Verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Public expenditure on health, % total expenditure on health)	Výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Pharmaceutical expenditure, % of total expenditure on health)
1975	7,5	531	90,2	7,9
1976	7,8	588	90,2	7,5
1977	8,6	678	91,3	7,2
1978	8,7	742	91,5	7,0
1979	8,5	819	91,7	6,9
1980	8,9	944	92,5	6,5
1981	9,0	1 046	91,9	6,5
1982	9,2	1 137	91,6	6,8
1983	9,1	1 189	91,5	6,9
1984	8,8	1 256	91,6	6,6
1985	8,5	1 271	90,4	7,0
1986	8,2	1 292	90,2	7,2
1987	8,3	1 371	89,9	7,5
1988	8,2	1 434	89,4	6,9
1989	8,2	1 523	89,6	7,9
1990	8,2	1 592	89,9	8,0
1991	8,0	1 576	88,2	8,7
1992	8,2	1 617	87,2	9,7
1993	8,4	1 660	87,4	10,7
1994	8,0	1 665	87,1	11,8
1995	8,0	1 746	86,6	12,3
1996	8,2	1 861	86,9	13,6
1997	8,1	1 886	85,8	12,4
1998	8,2	1 982	85,8	13,6
1999	8,3	2 129	85,7	13,9
2000	8,2	2 284	84,9	13,8
2001	9,0	2 511	81,8	13,9
2002	9,3	2 707	82,1	14,0
2003	9,4	2 841	82,5	13,7
2004	9,2	2 964	81,8	13,8
2005	9,2	3 012	81,7	13,7

Zdroj: vlastné spracovanie na základe: OECD Health Data 2008 - Selected Data

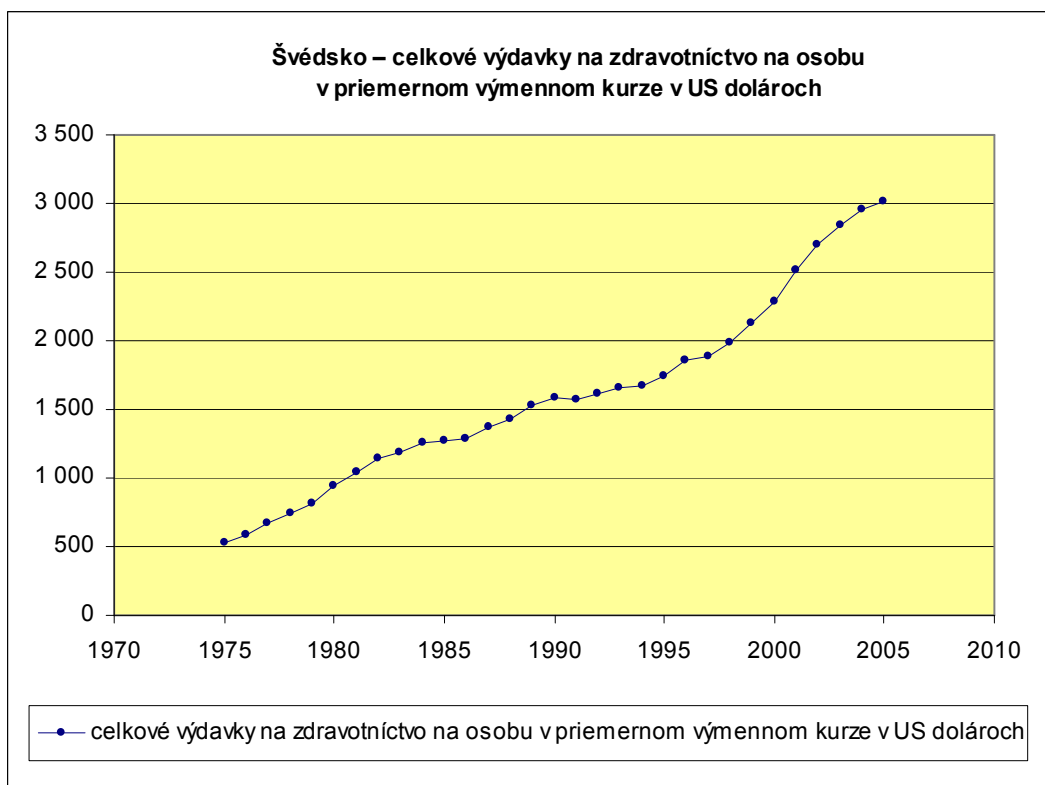
In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

Graf č. 9



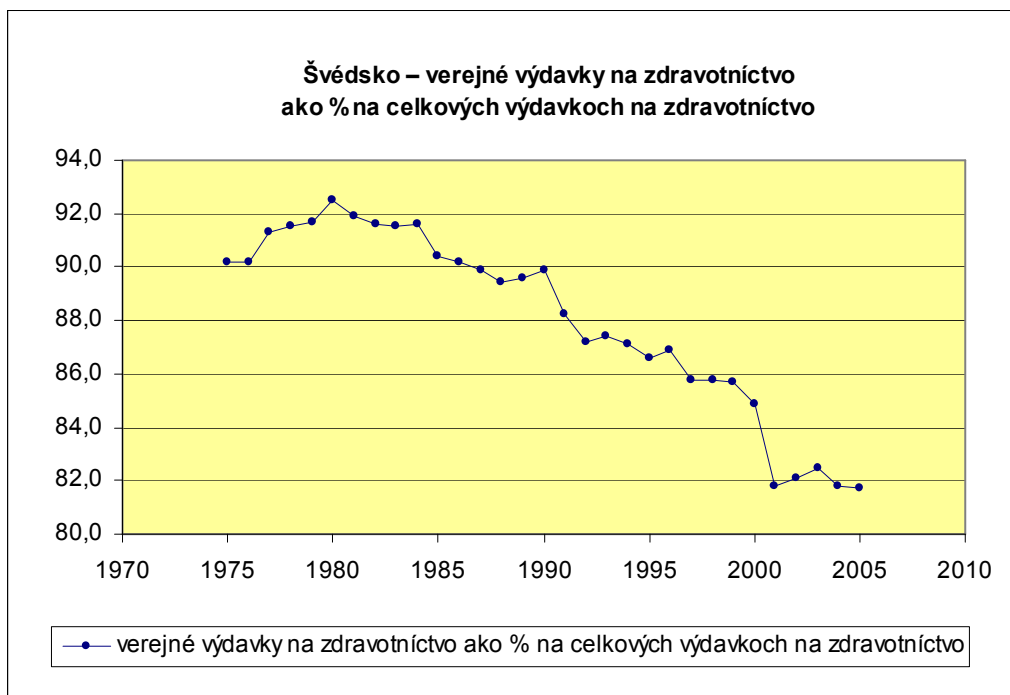
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 28

Graf č.10



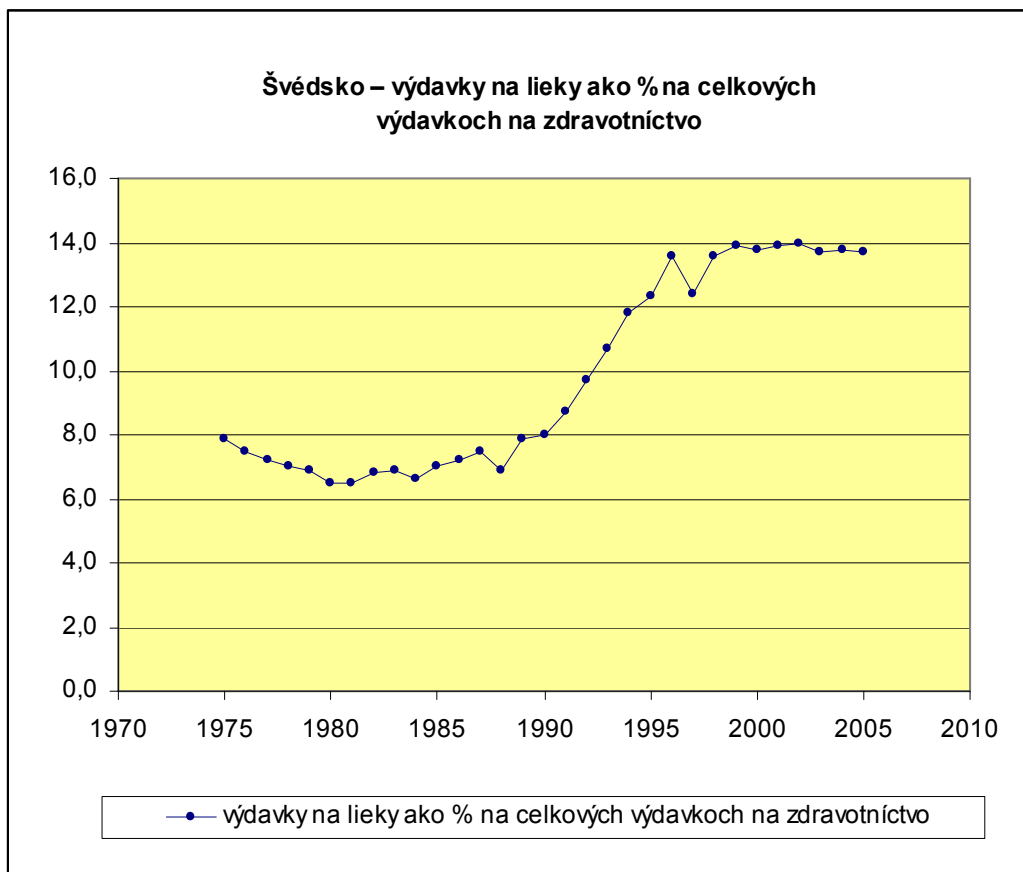
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 28

Graf č. 11



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 28

Graf č. 12



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 28

3.4 Rakúsko

Rakúsky systém zdravotníctva¹⁹⁹ je založený na **verejnom (zákonnom) zdravotnom poistení (VZP)**, v ktorom je povinne zahrnutých 95 % obyvateľov a dobrovoľne 2% populácie. Z 3,1 % občanov, ktorí podľa údajov z roku 2003 neboli zahrnutí do VZP, si 0,7% poistencov zvolilo dobrovoľné (náhradné) poistenie (**voluntary substitutive insurance**) a 2,4 % nebolo vôbec poistených (napr. nezamestnaní alebo uchádzači o azyl). Vo Federácii rakúskych inštitúcií je organizovaných **26 fondov** zákonného zdravotného poistenia. Fondy si navzájom nekonkurujú, nakoľko členstvo je povinné a je založené na povolaní a mieste bydliska. Od r. 2001 vyžaduje rodinné spolupoistenie znížený príspevok, mnohí členovia domácností však majú výnimky (deti, rodičia na materskej a rodičovskej dovolenke, osoby vyžadujúce úplnú opateru).

Spolkové ministerstvo zdravia a žien (**The Federal Ministry of Health and Women**) je hlavným rozhodujúcim orgánom v oblasti zdravotníctva. Je zodpovedné za dohľad nad zákonným zdravotným poistením a vykonáva rozhodnutia s platnosťou pre celú krajinu (prideľovanie licencií, vydávanie smerníc ohľadom cien liekov). Vlády 9-ich spolkových krajín, ktoré sprostredkovávajú verejné zdravotné služby majú právomoc pri financovaní a usmerňovaní ústavnej a nemocničnej liečby.

Na poistných príspevkoch sa rovnakou mierou podieľajú zamestnanci aj zamestnávateľia. V roku 2004 predstavovali poistné príspevky 7,4 % zo zúčtovaných miezd. Uplatňujú sa pritom maximálne horné hranice pre príjem a príspevky (maximálne vymeriavacie základy). Z prostriedkov VZP je financovaná väčšina preventívnych prehliadok, prenatálna a detská zdravotná starostlivosť.

Napriek značným úspechom pri znižovaní počtu nemocničných lôžok a presunu akútnych pacientov do pestúnskej, geriatrickej a paliatívnej starostlivosti má Rakúsko v rámci Európy naďalej vysoký počet hospitalizovaných akútnych pacientov, zvlášť v mestských oblastiach.

Počet všeobecných lekárov sa v roku 2002 postupne zvýšil na 3,3 na 1000 obyvateľov. Ukazovateľ je podobný ako v Nemecku, ale táto hodnota stále ostáva pod priemerom 15 krajín EU. Počet zdravotných sestier na 1000 obyvateľov sa zvýšil na 5,9 %, ale v rámci 15 krajín EU je veľmi nízky.

¹⁹⁹ Pozri GROSSE – TEBBE, S. and FIGUERAS, J.: *Snapshots of Health Systems. The state of affairs in 16 countries in summer 2004*. World Health Organization 2004, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, s. 7 – 10. In: <http://www.who.dk/document/e87303.pdf>

Prevažná väčšina obyvateľstva Rakúska má prístup k rozsiahlemu systému zákonných dávok a benefitov pri preventívnej, liečebnej, paliatívnej a dlhodobej starostlivosti. Systém je založený na princípoch solidarity, spolupodieľaní a rozdelení, rizika. Ministerstvo zdravia a žien sa snaží rozšíriť pokrytie zdravotného poistenia pre uchádzačov o azyl.

Vývoj financovania rakúskeho zdravotníctva štandardne kopíruje všeobecný vývoj vyspelých krajín. Celkové výdavky na zdravotníctvo ako percento HDP, výdavky na osobu ako aj výdavky na lieky konštantne rastú. Verejné výdavky sa snaží krajina tmiť viacerými reformnými opatreniami. Nárast súkromných výdavkov bol spôsobený najmä nárastom priamych platieb a **nárastom spoluúčasti**. V roku 2000 bolo 43 % celkových výdavkov financovaných schémami sociálneho zabezpečenia, 27 % vládou, 19 % cez užívateľské poplatky alebo priame platby a 7 % z dobrovoľného nepovinného zdravotného poistenia

V nedávnej dobe došlo k redukčným opatreniam pri narastajúcich farmaceutických výdavkoch. Znížili sa ceny, vypracovali sa modely kategorizácie cien, marže pre veľkopredajcov a farmaceutov a boli podniknuté kroky pre zvýšenie nízkej miery predpisovania generických liekov.

V Rakúsku pokračujú politické diskusie o stratégiách na obmedzenie rastúceho deficitu fondov zdravotného poistenia a hľadajú sa spôsoby ako zabezpečiť stabilnú príjmovú finančnú základňu pre systém zákonného zdravotného poistenia.

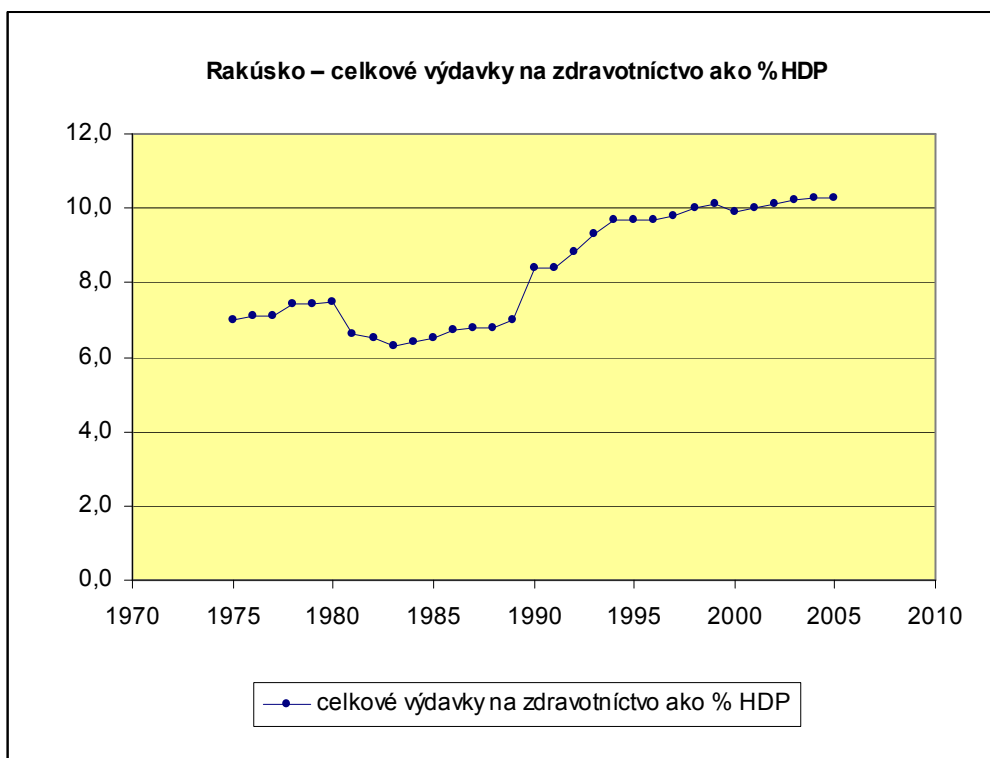
**Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Rakúsku
podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005**

rok	Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP (Total expenditure on health, % GDP)	Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch \$ (Total expenditure on health, per capita US \$ PPP)	Verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Public expenditure on health, % total expenditure on health)	Výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo Pharmaceutical expenditure, % of total expenditure on health
1975	7,0	435	69,6	
1976	7,1	495	69,6	
1977	7,1	546	69,8	
1978	7,4	615	69,8	
1979	7,4	698	68,3	
1980	7,5	784	68,8	
1981	6,6	753	76,0	
1982	6,5	801	75,4	
1983	6,3	836	76,0	
1984	6,4	877	75,6	
1985	6,5	939	76,1	
1986	6,7	1 016	76,5	
1987	6,8	1 081	75,9	
1988	6,8	1 155	75,6	
1989	7,0	1 272	73,7	
1990	8,4	1 631	72,8	9,0
1991	8,4	1 728	72,7	9,3
1992	8,8	1 870	72,4	9,4
1993	9,3	2 014	73,3	9,3
1994	9,7	2 183	73,4	9,2
1995	9,7	2 259	72,6	9,2
1996	9,7	2 351	71,5	9,2
1997	9,8	2 439	75,0	10,6
1998	10,0	2 598	75,2	11,5
1999	10,1	2 726	75,9	12,0
2000	9,9	2 859	75,8	11,9
2001	10,0	2 890	75,6	11,6
2002	10,1	3 068	75,4	12,2
2003	10,2	3 206	75,2	12,6
2004	10,3	3 397	75,6	12,2
2005	10,3	3 507	76,5	12,0

Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**

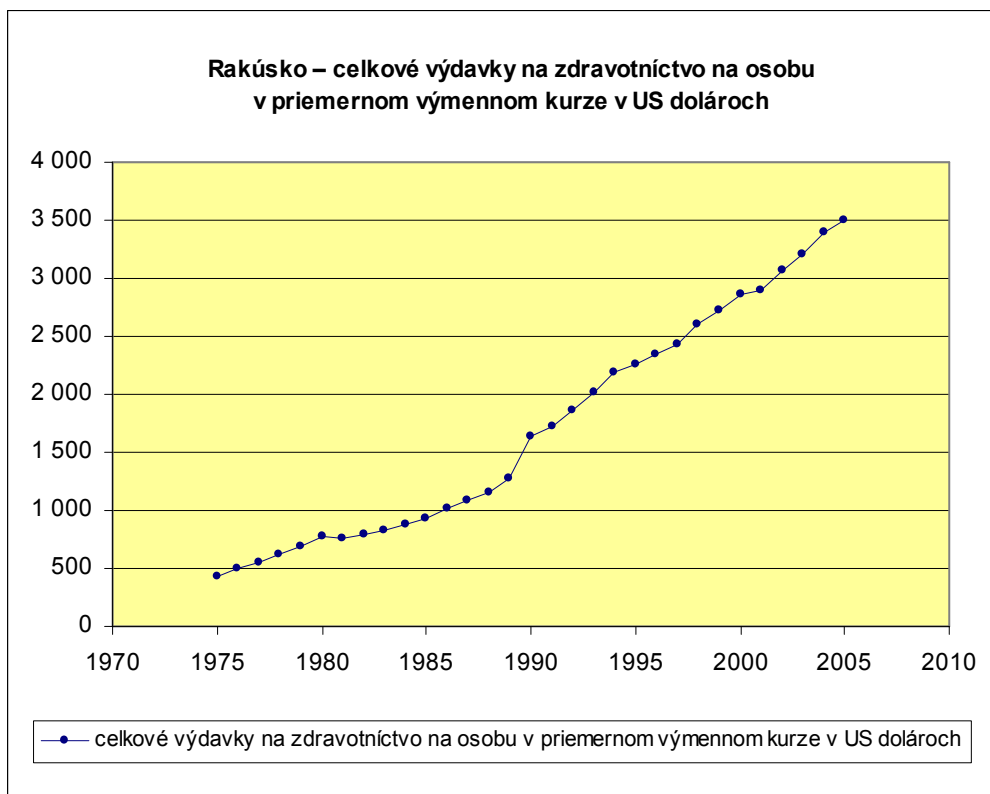
In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

Graf č. 13



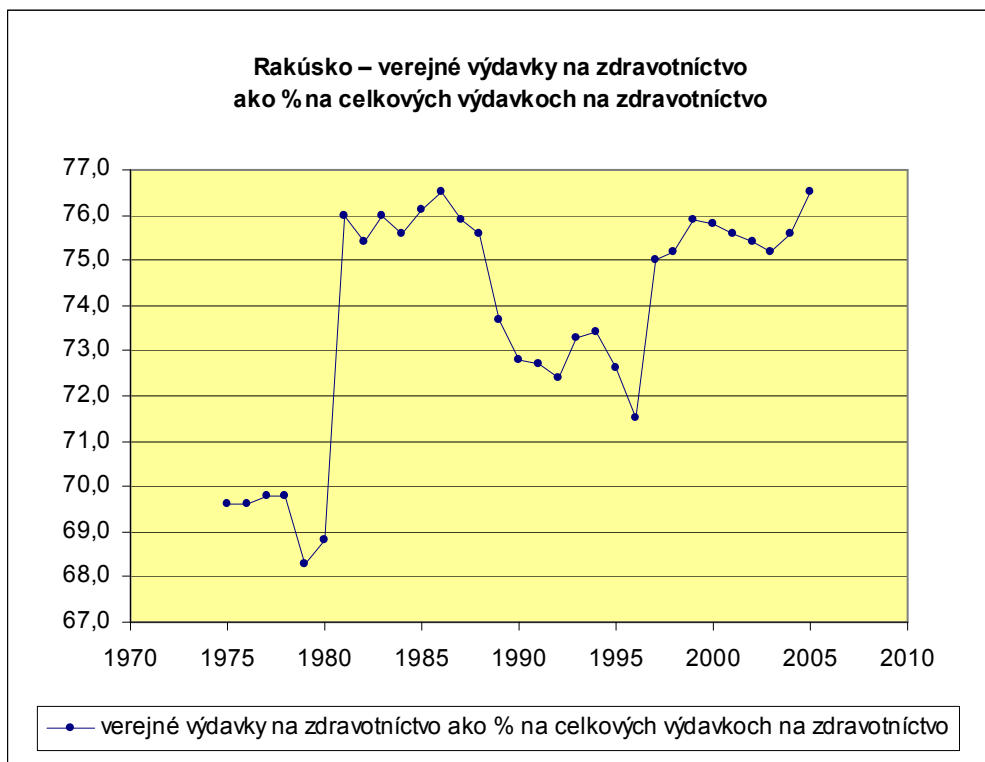
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 29

Graf č. 14



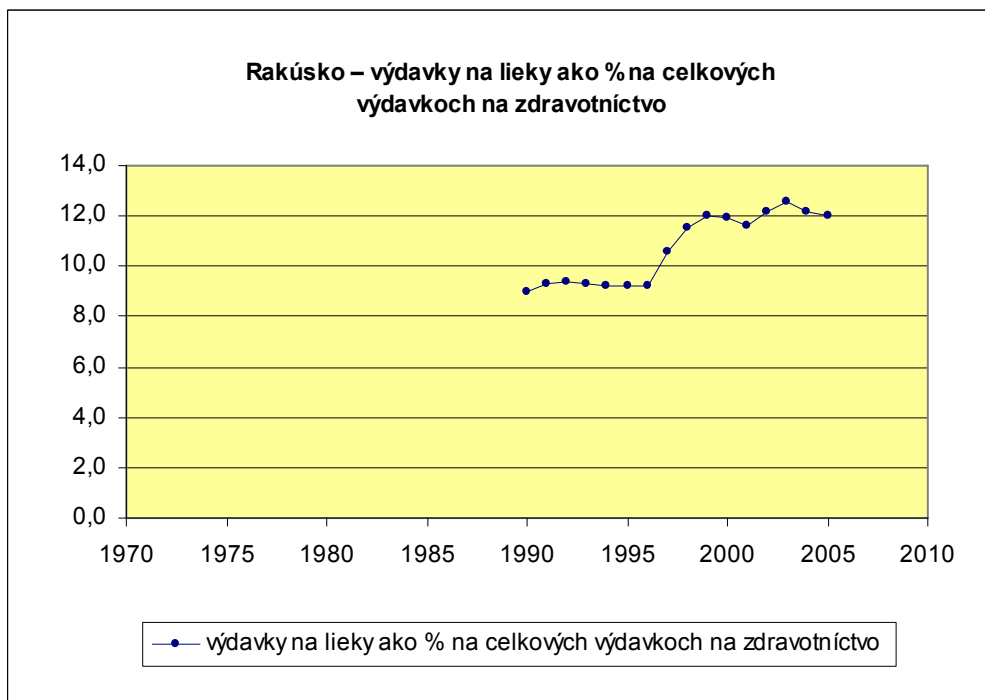
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 29

Graf č. 15



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 29

Graf č. 16



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 29

3.5 Spojené kráľovstvo Veľkej Británie a Severného Írska

Základné princípy **Národnej zdravotnej služby (National Health Service – NHS)** vo Spojenom kráľovstve Veľkej Británie a Severného Írska (ďalej len „Veľká Británia“) vstúpili do platnosti za vlády labouristov v roku 1948. Britská Národná zdravotná služba²⁰⁰ sa neskôr stala vzorovým modelom organizácie a financovania zdravotníctva pre viacero krajín.

Národná zdravotná služba (**NHS**) je financovaná najmä **zo všeobecných daní** (z priamych daní, z dane z pridanej hodnoty) a zo zrážok z plátov zamestnancov (národné poistenie). Percentuálny podiel nákladov NHS je nasledovný:

- 80 % z daní (daň z príjmov je progresívna, výška závisí od príjmovej skupiny),
- 15 % z doplnkovej platby národného poistenia (nie je diferencovaná podľa príjmovej skupiny),
- 5 % platby pacientov (za lieky).

Financovanie z daní poskytuje vo Veľkej Británii univerzálne pokrytie. Priame platby v hotovosti sú pre pacientov relatívne nízke, systém funguje väčšinou bez poplatkov. Problémy zdravotnej starostlivosti sa týkajú zlepšenia efektívnosti, prístupnosti a rovnosti v rámci systému. Poskytovanie služieb v rámci plánu NHS v Anglicku má pacientom dať väčšiu možnosť výberu nemocníc, avšak ich možnosť výberu liečby ostáva limitovaná. V rámci týchto opatrení by pacientom, ktorí čakajú na operáciu viac ako 6 mesiacov malo byť umožnené podstúpiť zákrok v inej nemocnici alebo u iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Boli uzatvorené dohody so súkromným sektorom, že bude v prípade potreby poskytovať nevyhnutnú liečbu, ba dokonca pacienti môžu byť ošetrení v zahraničí.

Zdravotná starostlivosť je dostupná všetkým obyvateľom Spojeného kráľovstva a obyvateľom iných krajín, s ktorými má Spojené kráľovstvo uzavretú recipročnú zmluvu. Dodatočné finančné prostriedky na sociálne služby sa získavajú z miestnych daní. Súkromné financovanie možno rozdeliť na priame platby za lieky na predpis, platby za okuliare a dentálne služby a výdavky na súkromné zdravotné poistenie. Podiel obyvateľstva so súkromným zdravotným poistením v tejto krajine je relatívne nízky. V roku 2001 malo doplnkové súkromné zdravotné poistenie uzatvorené 11,5 % obyvateľov.

Hoci sú dávky (benefity) Národnej zdravotnej služby rozsiahle, nie sú explicitne a podrobne definované. Odporúčania Národného inštitútu pre klinickú kvalitu (**National**

²⁰⁰ Pozri GROSSE – TEBBE, S. and FIGUERAS, J.: *Snapshots of Health Systems. The state of affairs in 16 countries in summer 2004*. World Health Organization 2004, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, s. 59 – 62. In: <http://www.who.dk/document/e87303.pdf>

Institute for Clinical Excellence – NICE) určujú, či je konkrétna služba efektívna a cenovo primeraná, a či by mala byť dostupná všetkým obyvateľom alebo len istej časti obyvateľstva. Hoci je realizácia a implementácia schválených odporúčaní Národného inštitútu povinná, ukázalo sa, že spočiatku nebola vo všetkých prípadoch dodržaná.

V Anglicku sa rozpočty na zdravotnú starostlivosť stanovujú raz za 3 roky po rokovaní medzi ministrom financií a ministerstvom zdravotníctva. Tieto rozpočty si stanovuje každá časť štátu (Anglicko, Severné Írsko, Škótsko a Wales) samostatne.

Všeobecní praktickí lekári pracujú vo Veľkej Británii ako súkromní podnikatelia – SZČO. Primárnu starostlivosť sprostredkúvajú všeobecní lekári v skupinovej praxi (v priemere sa jedná o skupiny po 3 lekároch). Pacient musí byť obyvateľom danej oblasti, aby sa mohol registrovať u lekára. V Anglicku mal v roku 2002 jeden všeobecný praktický lekár v starostlivosti v priemere 1800 členov miestnej komunity. Väčšina populácie je koncentrovaná v mestských oblastiach. Prístup a udržateľnosť k prístupu kvalitných služieb je znížená v odľahlých a vidieckych oblastiach. V roku 2001 pripadalo na 1000 obyvateľov 0,6 všeobecných lekárov. V NHS sa pociťuje nedostatok skúseného personálu. Vzhľadom na to si vláda vytýčila zvýšiť počet zamestnancov tejto špecializácie do roku 2004 (napr. 2000 nových všeobecných lekárov). Podobný cieľ – zvýšiť počet lekárov, zdravotných sestier, stomatólogov vo Walese bol prijatý aj Waleským vládnyim zhromaždením.

Všeobecní lekári NHS pôsobia ako rozhodujúce orgány systému a na prístup k špeciálnym službám musia poskytnúť odporúčania. Pacienti nemajú priamy prístup ku špecialistom a musia mať odporúčanie od všeobecného lekára, aby im bola poskytnutá sekundárna starostlivosť. Postavenie praktického lekára je kľúčové a zodpovednosť za pacienta je nepretržitá. Preto sa praktickí lekári združujú do menších spoločných skupinových praxí, aby sa mohli striedať pri nočných a víkendových pohotovostných službách. Asi 4/5 praktických lekárov pracuje vo väčšej skupinovej praxi (4 – 5 lekári) a približne 1/4 pracuje v moderných zdravotných centrách. **Rozsah činnosti praktického lekára je oveľa širší** v porovnaní s činnosťou ambulantného lekára u nás alebo v iných krajinách a **závisí od ďalšieho postgraduálneho vzdelávania**. Praktický lekár uvádza svoju osobitnú špecializáciu v katalógu starostlivosti. Jednotlivé ordinácie praktických lekárov a obvodných zdravotných stredísk sa líšia podľa dodatkových lekárskejších služieb (podľa zvláštnej špecializácie lekára).

Od 1. apríla 2004 sa preplácanie služieb praktických lekárov zmenilo z modelu založenom na kapitácii a fixných príspevkoch na model kombinujúci kapitáciu a kvalitatívne body (body, ktoré ohodnotia kvalitu). Všeobecní praktickí lekári sú odmeňovaní kombinovaným systémom na základe kapitácie a výkonu. Kapitačná zložka

(paušálna prospektívna platba za registrovaného pacienta) tvorí okolo 60 – 70 % príjmu praktického lekára a je diferencovaná podľa troch vekových skupín (do 65 rokov, 65 – 74 rokov, nad 75 rokov). Výkonová zložka tvorí menšiu časť príjmu a pozostáva z platieb za presne definované výkony napr. výuka študentov, ošetrovanie neregistrovaného pacienta, menšie chirurgické výkony, očkovanie, nočná návšteva pacienta v domácnosti a pod.

Nemocnice dostávajú finančné prostriedky podľa uzatvorených zmlúv a na základe činnosti. Väčšina nemocničného personálu dostáva mzdu, ale nemocniční konzultanti a poradcovia si môžu zarobiť aj v súkromnom sektore. V roku 2002 pripadalo vo Veľkej Británii na 1000 obyvateľov 3,9 nemocničných lôžok pre akútnu starostlivosť. Organizačná štruktúra v oblasti administratívy a vykonávania zdravotných služieb sa líši v jednotlivých krajinách Spojeného kráľovstva Veľkej Británie a Severného Írska.

Podľa nedávneho rozboru verejných výdavkov na zdravotníctvo sa odporúčajú vyššie investície do podpory zdravotníctva. Pripravuje sa konzultačná správa o budúcnosti verejného zdravotníctva.

Veľká Británia preniesla zodpovednosť za poskytovanie zdravotnej starostlivosti na svoje konštitučné krajiny: Anglicko, Severné Írsko, Škótsko a Wales. Rozdelenie kompetencií medzi jednotlivé krajiny vedie čoraz viac k diferencovanému smerovaniu reforiem. V Škótsku patrí medzi veľké rozdiely financovanie individuálnej aj ošetrovateľskej starostlivosti pre osoby vyžadujúce dlhodobú starostlivosť.

Na rozdiel od ostatných krajín Spojeného kráľovstva Severné Írsko vždy integrovalo služby zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Waleské vládne zhromaždenie uskutočnilo reformu NHS tak, že zriadilo miestne zdravotné komisie (výbory) (**Local Health Boards**), ktorým zverilo plánovanie a objednávanie zdravotníckych služieb. Kládne sa dôraz na prevenciu chorôb a znižovanie rozdielov v oblasti zdravotnej starostlivosti. Hľadajú sa spôsoby, ako nakladať so zdrojmi NHS, aby sa uspokojili potreby znevýhodnených oblastí.

Celkové výdavky na zdravotníctvo vo Veľkej Británii sú na relatívne nízkej úrovni v rebríčku 15 krajín EU. V 90 – tých rokoch minulého storočia uskutočnilo Spojené kráľovstvo viaceré zmeny v systéme zdravotníctva, ktoré spôsobili pokles verejných zdrojov.

**Základné ukazovatele financovania zdravotníctva
v Spojenom kráľovstve Veľkej Británie a Severného Írska
podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005**

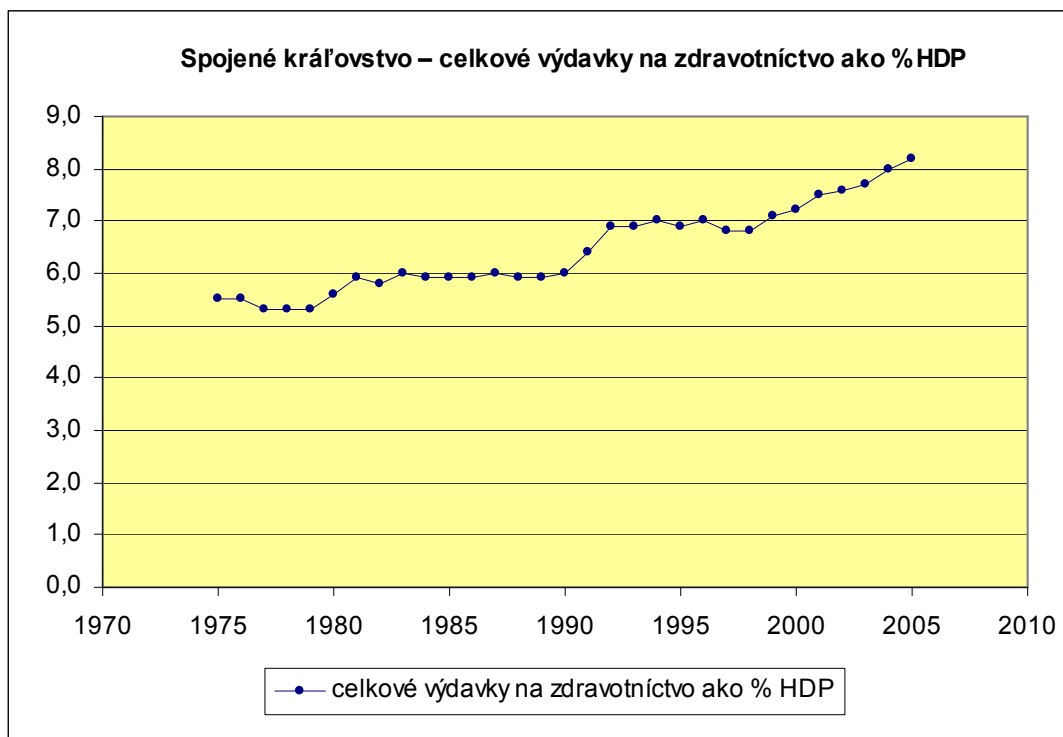
rok	Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP (Total expenditure on health, % GDP)	Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch \$ (Total expenditure on health, per capita US \$ PPP)	Verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Public expenditure on health, % total expenditure on health)	Výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo Pharmaceutical expenditure, % of total expenditure on health
1975	5,5	295	91,1	11,8
1976	5,5	320	91,0	12,3
1977	5,3	340	90,0	12,8
1978	5,3	374	90,0	13,0
1979	5,3	412	89,6	12,9
1980	5,6	470	89,4	12,8
1981	5,9	534	88,9	12,7
1982	5,8	564	87,6	13,6
1983	6,0	629	87,4	13,5
1984	5,9	661	86,9	14,3
1985	5,9	694	85,8	14,1
1986	5,9	738	85,3	14,1
1987	6,0	803	84,3	13,6
1988	5,9	859	83,8	13,8
1989	5,9	914	83,2	13,8
1990	6,0	965	83,6	13,5
1991	6,4	1 052	83,3	13,8
1992	6,9	1 153	84,6	14,2
1993	6,9	1 209	85,1	14,8
1994	7,0	1 299	83,9	15,1
1995	6,9	1 350	83,9	15,3
1996	7,0	1 436	82,9	15,6
1997	6,8	1 499	80,4	15,8
1998	6,8	1 569	80,4	
1999	7,1	1 690	80,6	
2000	7,2	1 847	80,9	
2001	7,5	2 021	83,0	
2002	7,6	2 165	83,4	
2003	7,7	2 259	85,5	
2004	8,0	2 509	86,3	
2005	8,2	2 580	86,9	

Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**

In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

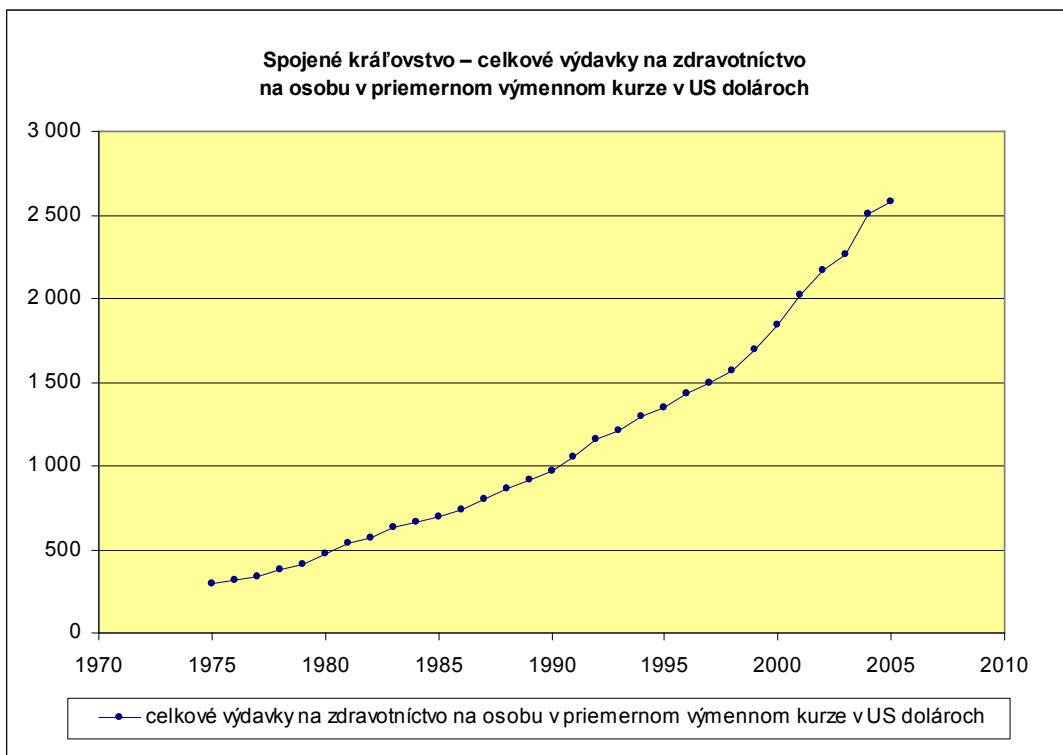
Poznámka: OECD neuvádza vo svojej štatistike od roku 1998 ukazovateľ „výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo“

Graf č. 17



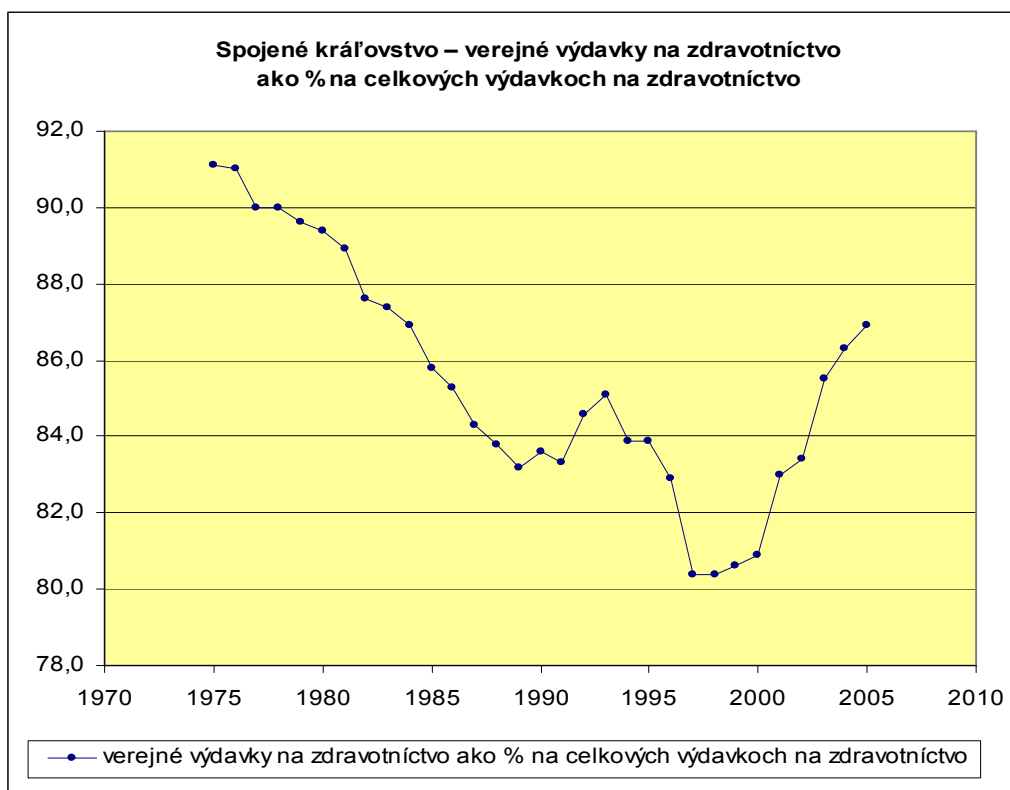
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 30

Graf č. 18



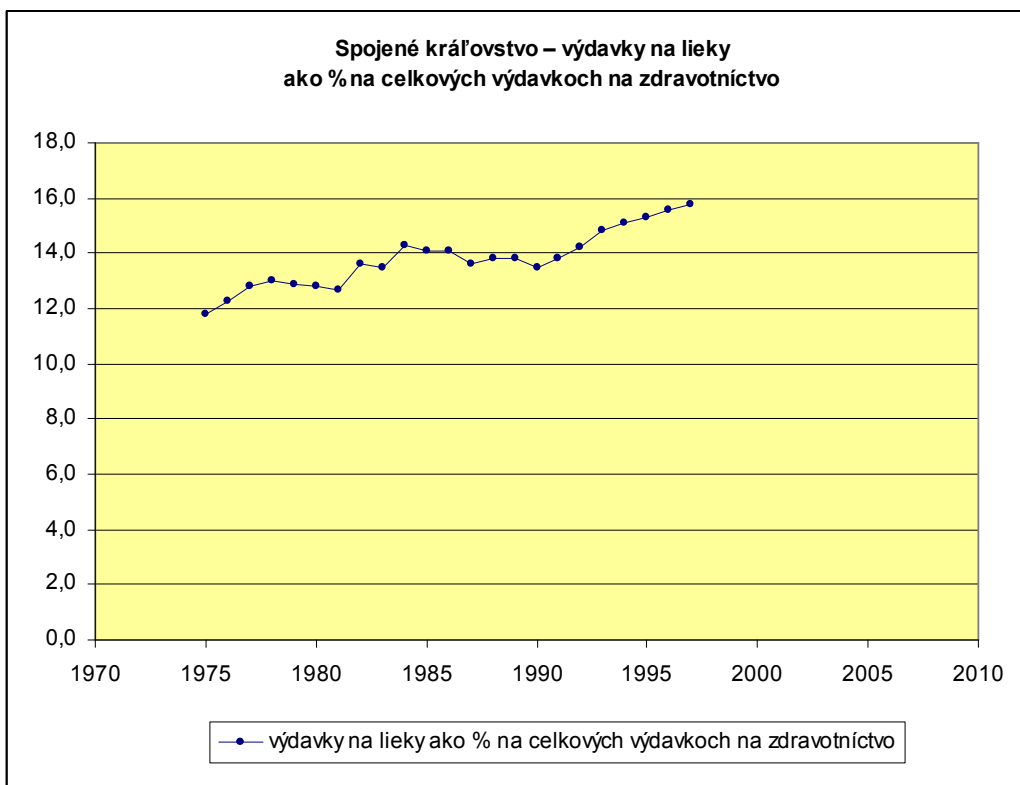
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 30

Graf č. 19



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 30

Graf č. 20



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 30

3.6 Austrália

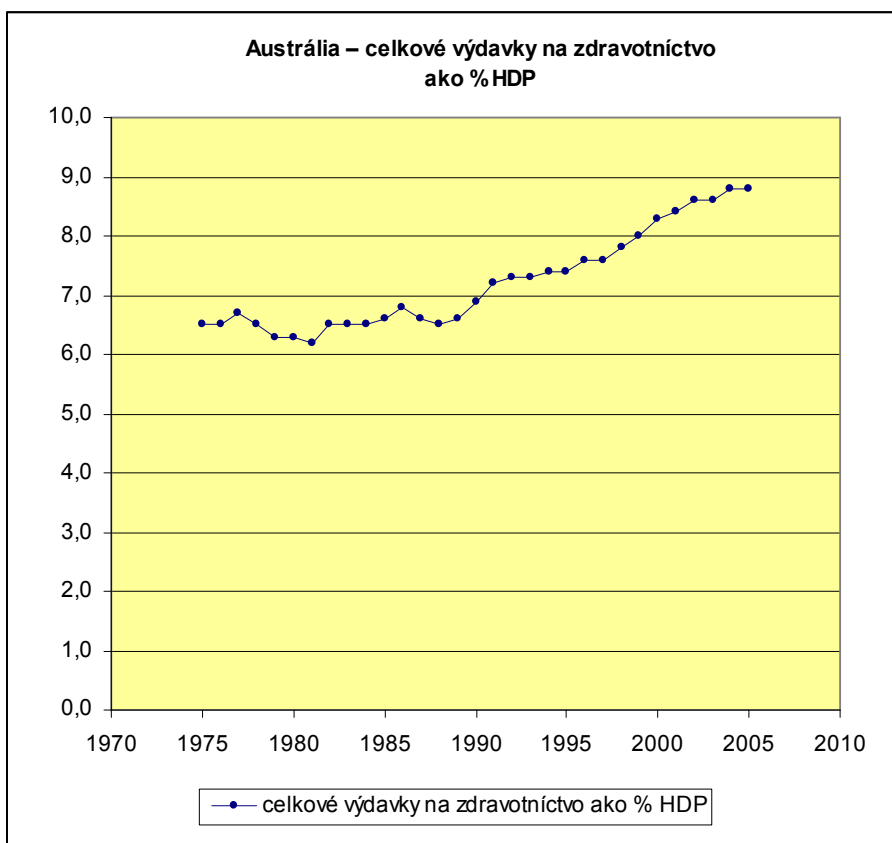
Prevažujúcou formou financovania verejných výdavkov je financovanie z daní. Univerzálny program Medicare zabezpečuje všeobecný prístup obyvateľov k zdravotnej starostlivosti. Medicare je financovaný prevažne zo všeobecných vládnych príjmov, malú časť dopĺňa daň z príjmov vo výške 1,5 %. Dobrovoľné zdravotné poistenie malo v roku 2007 46 % Austráľčanov.

Tabuľka č. 31 **Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Austrálii podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005**

rok	Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP (Total expenditure on health, % GDP)	Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch \$ (Total expenditure on health, per capita US \$ PPP)	Verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Public expenditure on health, % total expenditure on health)	Výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Pharmaceutical expenditure, % of total expenditure on health)
1975	6,5	437	73,6	10,6
1976	6,5	466	67,2	9,8
1977	6,7	505	61,7	9,1
1978	6,5	545	62,5	9,1
1979	6,3	585	61,6	8,3
1980	6,3	643	62,6	8,6
1981	6,2	718	61,2	8,9
1982	6,5	751	58,9	8,8
1983	6,5	798	62,9	9,0
1984	6,5	851	70,7	8,8
1985	6,6	928	70,6	8,9
1986	6,8	997	69,4	8,9
1987	6,6	1 033	68,9	8,8
1988	6,5	1 082	67,2	9,1
1989	6,6	1 137	66,8	9,5
1990	6,9	1 200	66,2	9,8
1991	7,2	1 271	65,9	10,3
1992	7,3	1 348	65,4	10,7
1993	7,3	1 424	65,0	11,2
1994	7,4	1 515	65,0	11,8
1995	7,4	1 611	65,8	12,1
1996	7,6	1 710	65,2	12,4
1997	7,6	1 805	66,9	12,6
1998	7,8	1 941	66,4	13,3
1999	8,0	2 094	68,4	13,8
2000	8,3	2 265	67,0	14,7
2001	8,4	2 397	65,9	15,1
2002	8,6	2 566	66,6	14,5
2003	8,6	2 686	66,5	14,8
2004	8,8	2 885	66,9	14,7
2005	8,8	2 999	67,0	14,2

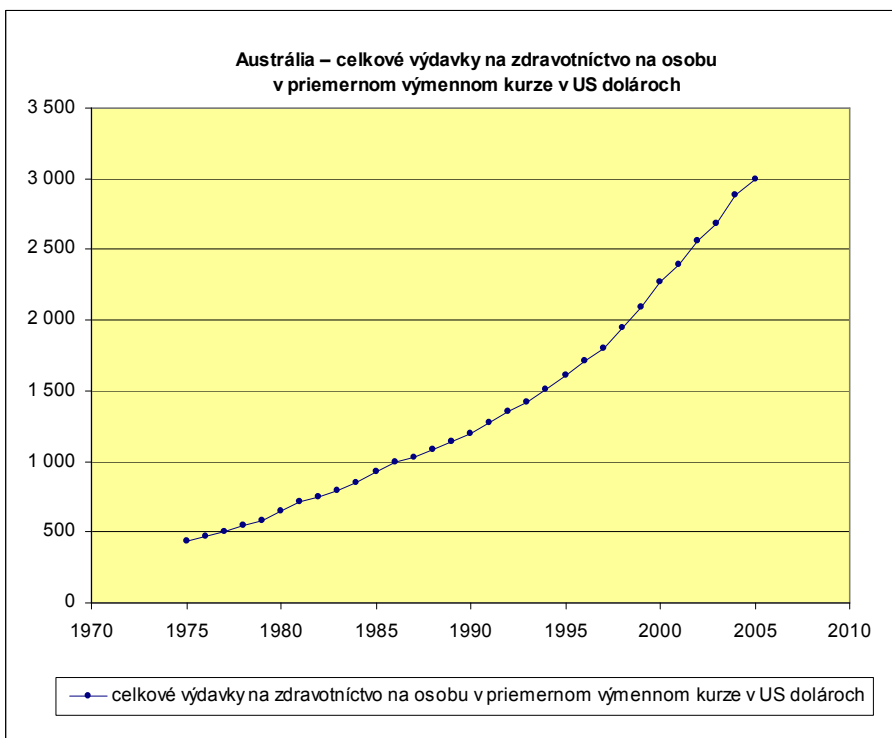
Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**
In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

Graf č. 21



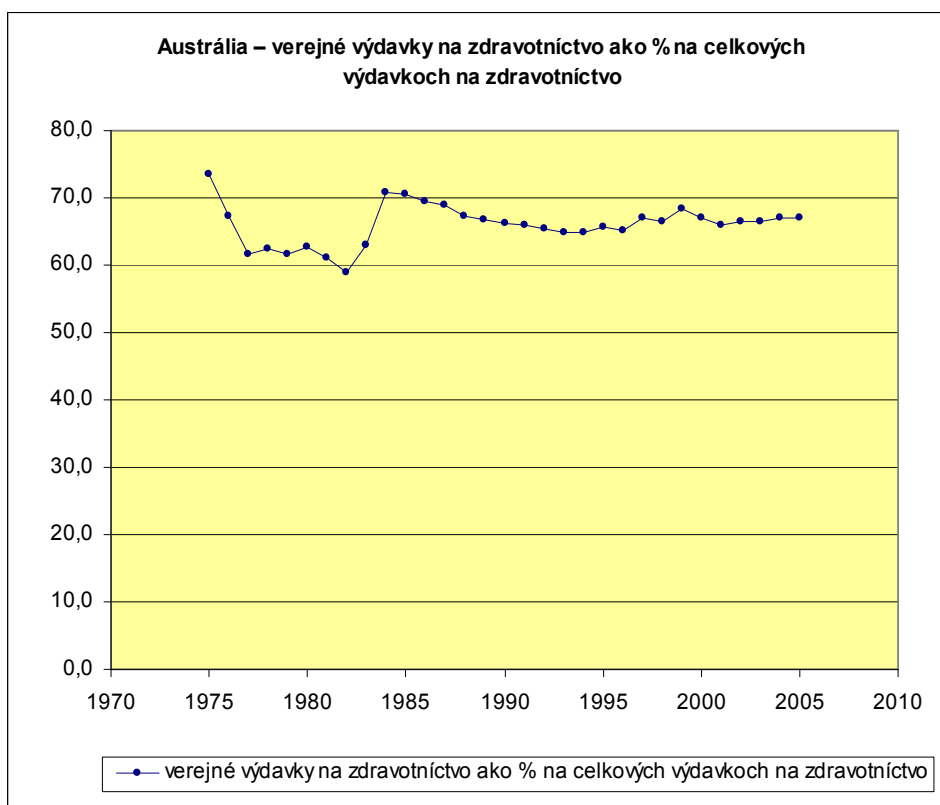
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 31

Graf č. 22



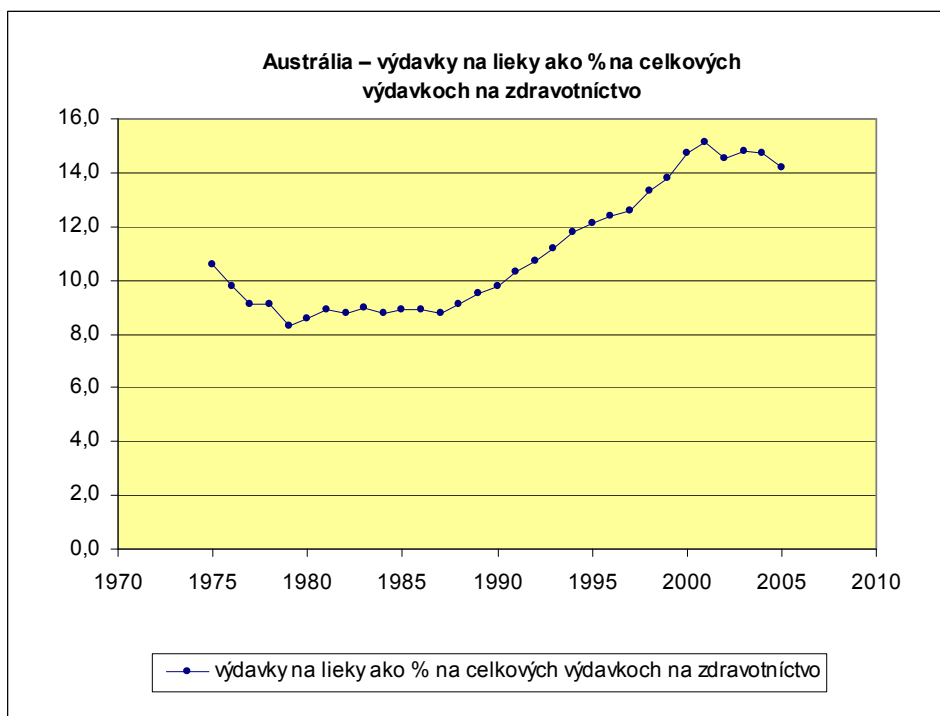
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 31

Graf č. 23



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 31

Graf č. 24



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 31

3.7 Japonsko

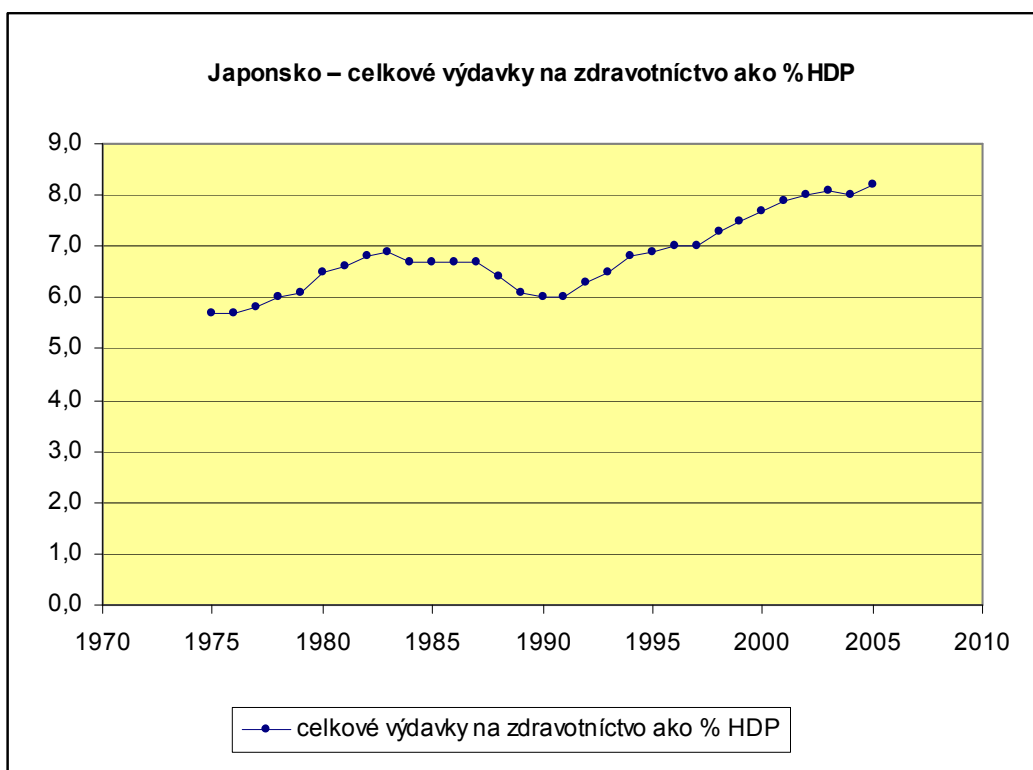
V Japonsku financuje zdravotnú starostlivosť viac ako 5 tisíc poisťovní, ktoré môžu byť vládne, samosprávne alebo súkromné neziskové organizácie. Pacienti nemajú slobodný výber poisťovne, musia sa poistiť podľa príslušnosti k zamestnávateľovi alebo podľa regiónu. Spoluúčasť pacientov na výdavkoch je medzi 20 – 30 %.

Tabuľka č. 32 **Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Japonsku podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005**

rok	Celkové výdavky na zdravotníctvo ako %HDP (Total expenditure on health, %GDP)	Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch \$ (Total expenditure on health, per capita US \$ PPP)	Verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Public expenditure on health, % total expenditure on health)	Výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo Pharmaceutical expenditure, % of total expenditure on health
1975	5,7	301	72,0	
1976	5,7	327	75,1	
1977	5,8	369	72,8	
1978	6,0	426	76,0	
1979	6,1	493	74,3	
1980	6,5	585	71,3	21,2
1981	6,6	661	71,0	
1982	6,8	734	71,0	
1983	6,9	782	72,8	
1984	6,7	805	72,9	19,5
1985	6,7	874	70,7	18,0
1986	6,7	908	72,4	18,9
1987	6,7	965	73,7	20,3
1988	6,4	1 013	75,2	20,6
1989	6,1	1 058	76,6	22,3
1990	6,0	1 125	77,6	21,4
1991	6,0	1 203	78,3	22,9
1992	6,3	1 291	78,1	22,0
1993	6,5	1 378	79,2	22,3
1994	6,8	1 477	78,6	21,1
1995	6,9	1 551	83,0	22,3
1996	7,0	1 659	82,8	21,6
1997	7,0	1 695	81,5	20,6
1998	7,3	1 747	80,8	18,9
1999	7,5	1 829	81,1	18,4
2000	7,7	1 967	81,3	18,7
2001	7,9	2 080	81,7	18,8
2002	8,0	2 137	81,5	18,4
2003	8,1	2 224	81,5	19,2
2004	8,0	2 337	81,7	19,0
2005	8,2	2 474	82,7	19,8

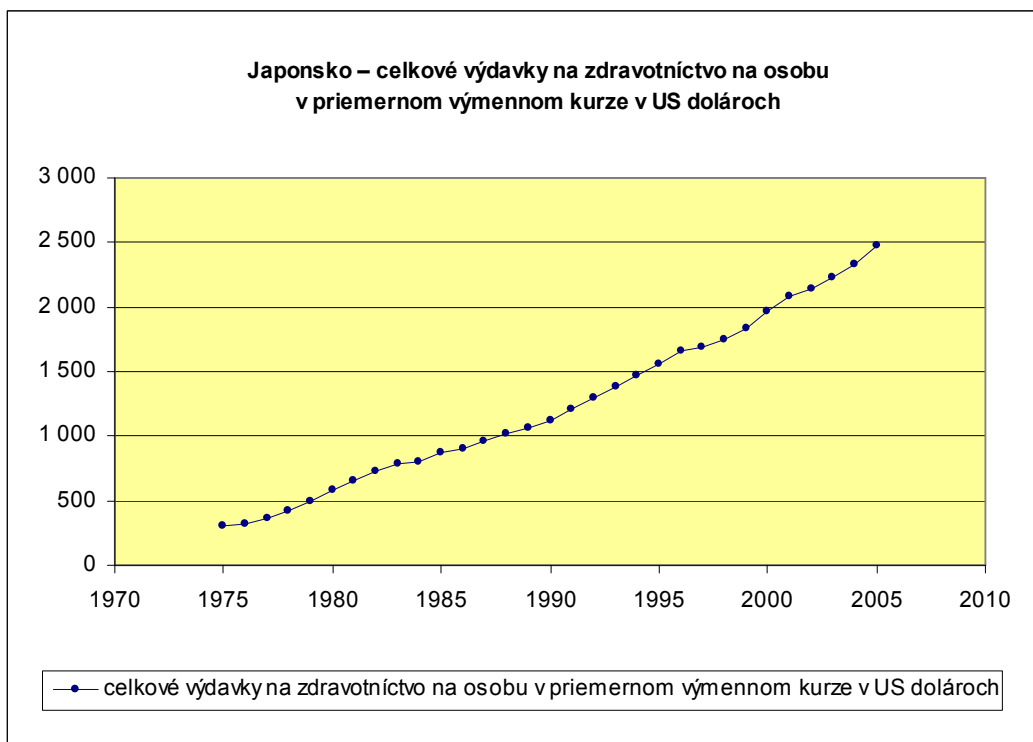
Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**
In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

Graf č. 25



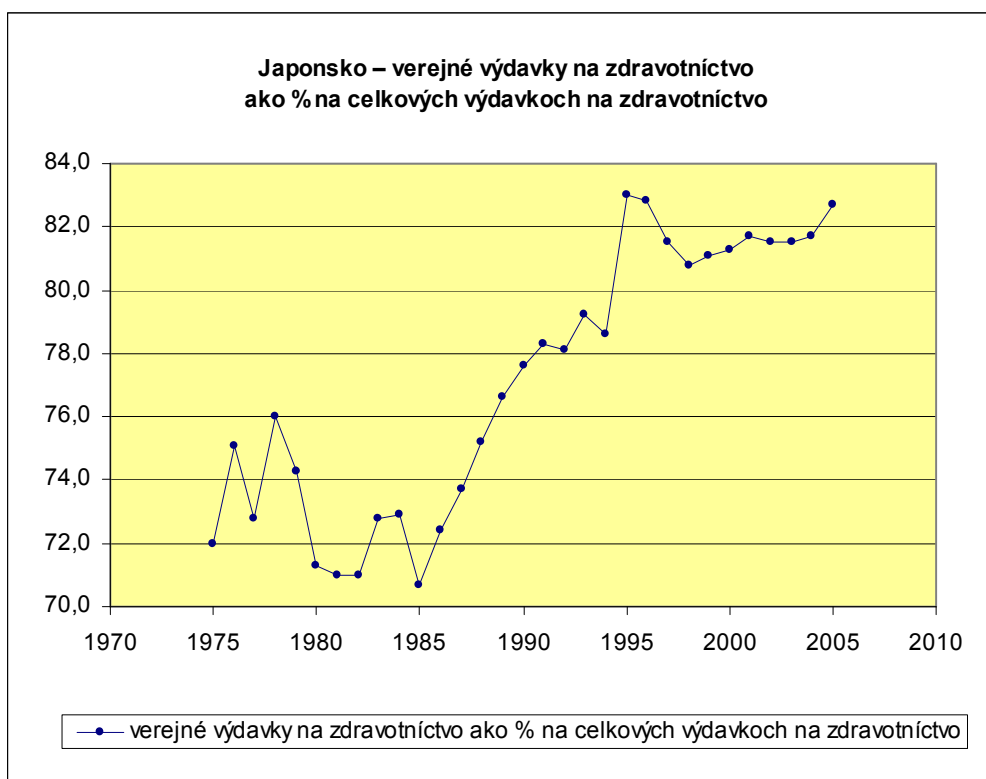
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 32

Graf č. 26



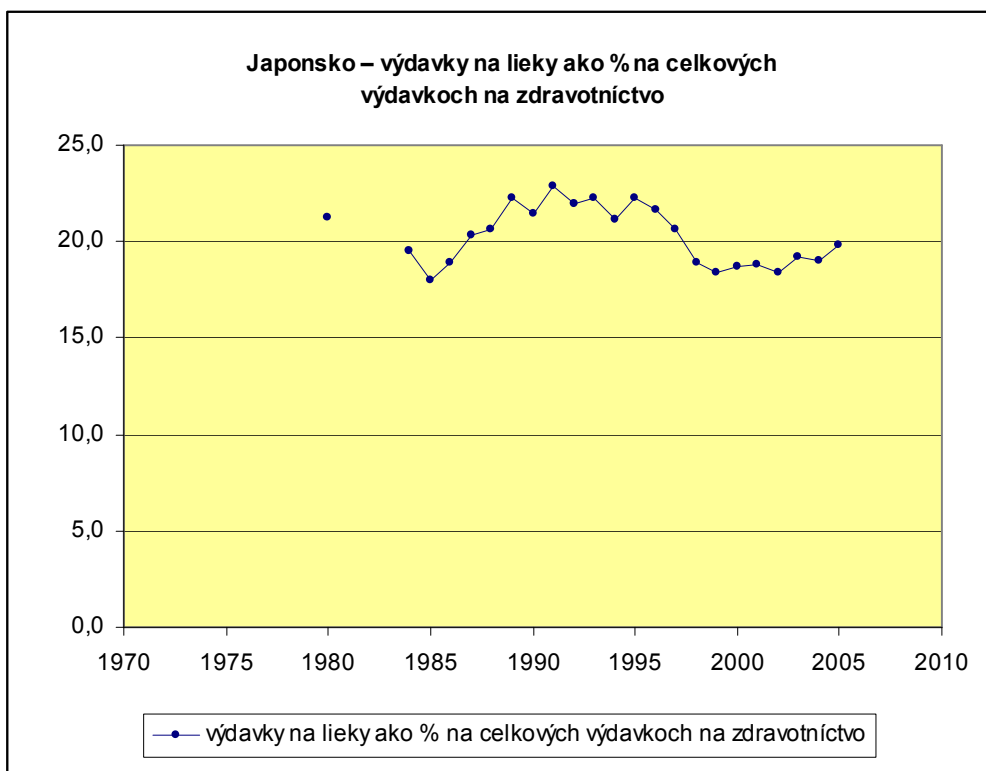
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 32

Graf č. 27



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 32

Graf č. 28



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 32

3.8 Spojené štáty americké

V USA neexistuje solidárny univerzálny zdravotný systém, ktorý by zabezpečoval všetkých občanov. Na prelome 20. a 21. storočia bolo zdravotne nepoistených 15 % obyvateľov²⁰¹. Vláda financuje zdravotnú starostlivosť z daní asi pre 28 % obyvateľov prostredníctvom programov Medicare (starší ľudia, zdravotne postihnutí) a Medicaid (chudobní). USA dosahujú najvyššie výdavky na zdravotníctvo v pomere k HDP a taktiež aj najvyššie výdavky na osobu.

Tabuľka č. 33 **Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v USA podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005**

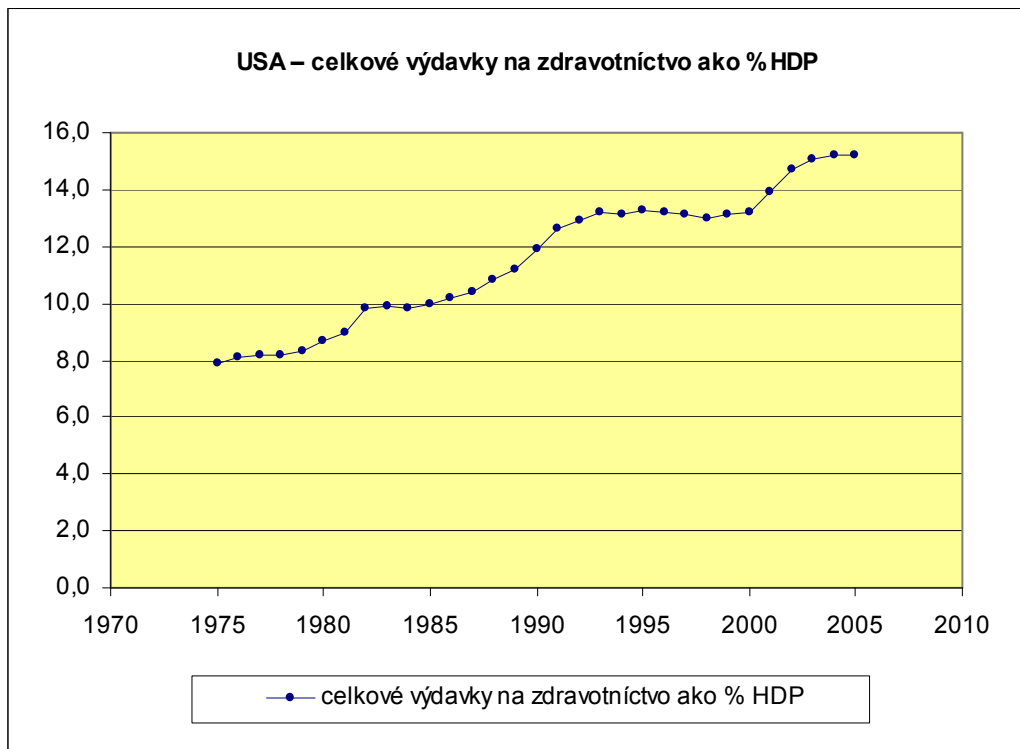
rok	Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP (Total expenditure on health, % GDP)	Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch \$ (Total expenditure on health, per capita US \$ PPP)	Verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Public expenditure on health, % total expenditure on health)	Výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo Pharmaceutical expenditure, % of total expenditure on health
1975	7,9	590	40,9	7,9
1976	8,1	670	40,4	9,7
1977	8,2	753	39,9	9,2
1978	8,2	835	40,5	9,2
1979	8,3	935	40,8	9,1
1980	8,7	1 065	41,2	9,0
1981	9,0	1 224	41,1	8,8
1982	9,8	1 365	40,5	8,7
1983	9,9	1 490	40,5	8,9
1984	9,8	1 626	39,9	9,0
1985	10,0	1 765	39,6	9,0
1986	10,2	1 877	40,3	9,2
1987	10,4	2 025	40,6	9,2
1988	10,8	2 247	39,3	9,1
1989	11,2	2 475	39,3	9,1
1990	11,9	2 738	39,4	9,2
1991	12,6	2 957	41,0	9,0
1992	12,9	3 167	42,4	8,7
1993	13,2	3 359	43,4	8,6
1994	13,1	3 500	44,9	8,6
1995	13,3	3 656	45,3	8,9
1996	13,2	3 803	45,4	9,3
1997	13,1	3 951	45,1	9,8
1998	13,0	4 112	44,0	10,3
1999	13,1	4 318	43,6	11,2
2000	13,2	4 570	43,7	11,7
2001	13,9	4 915	44,6	12,0
2002	14,7	5 305	44,6	12,3
2003	15,1	5 682	44,5	12,5
2004	15,2	6 014	44,8	12,6
2005	15,2	6 347	45,1	12,4

Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**

In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

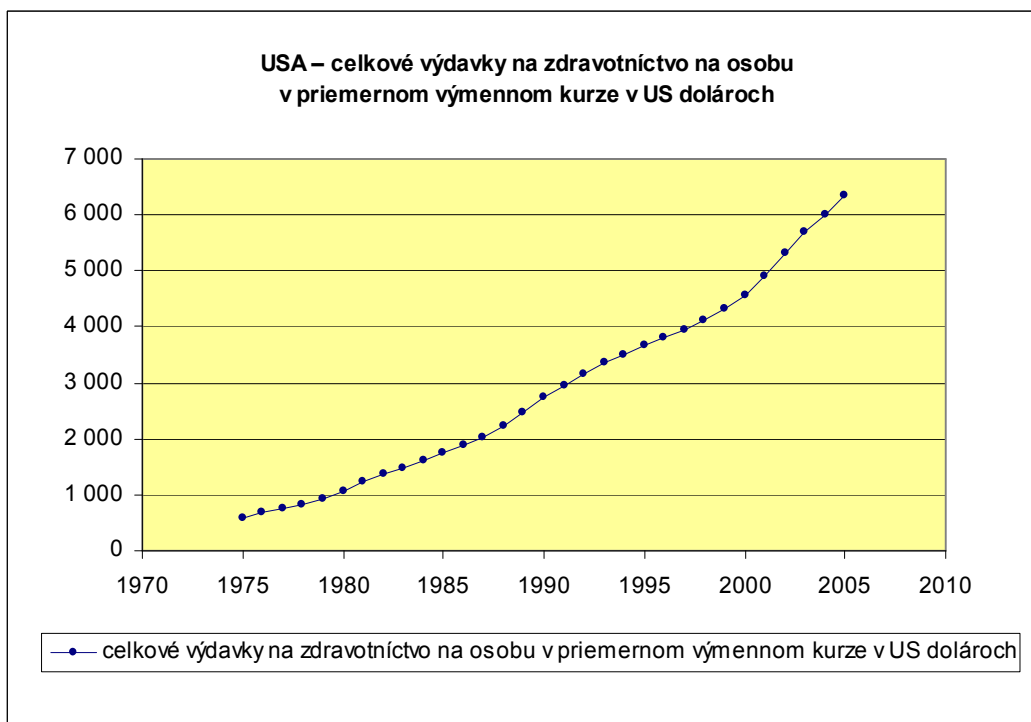
²⁰¹ Pozri SAMUELSON, P. A. – NORDHAUS, W. D.: *Ekonomía*. Bratislava : Elita, 2000, s. 377.

Graf č. 29



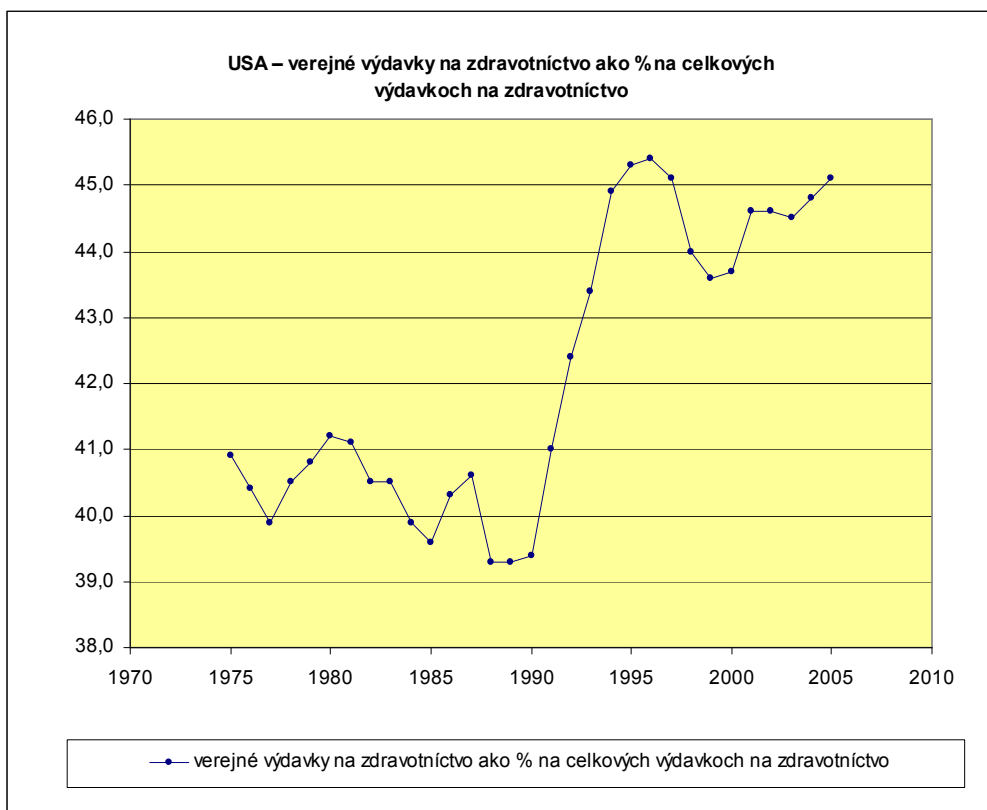
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 33

Graf č. 30



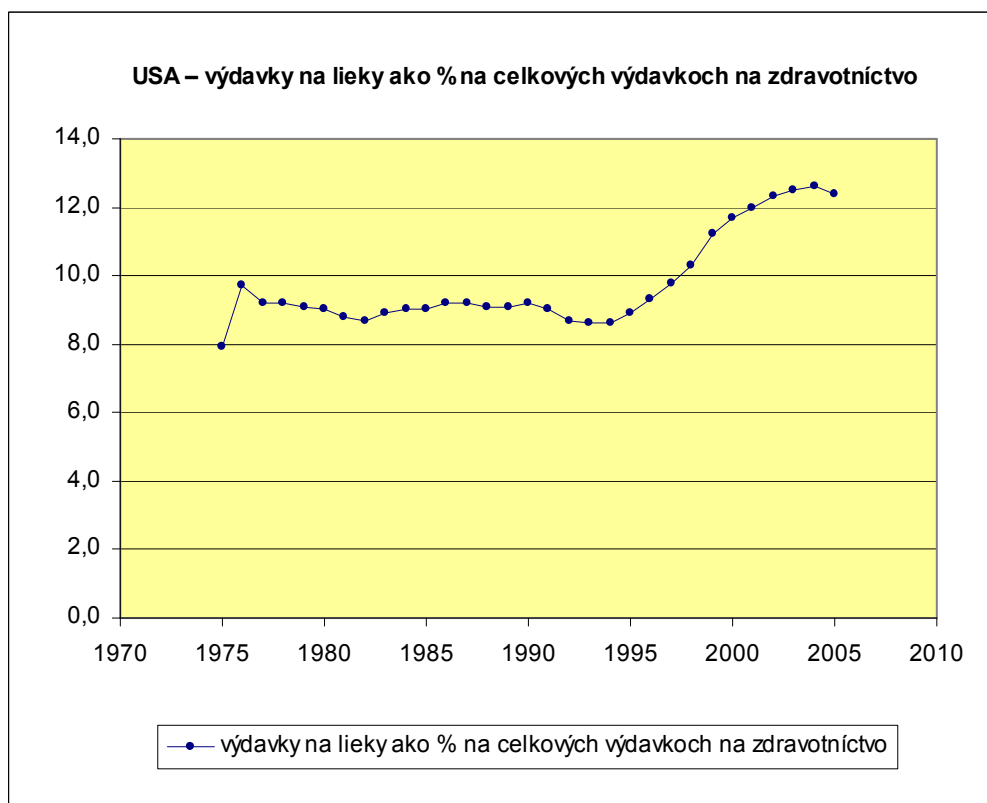
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 33

Graf č. 31



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 33

Graf č. 32



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 33

3.9 Česká republika

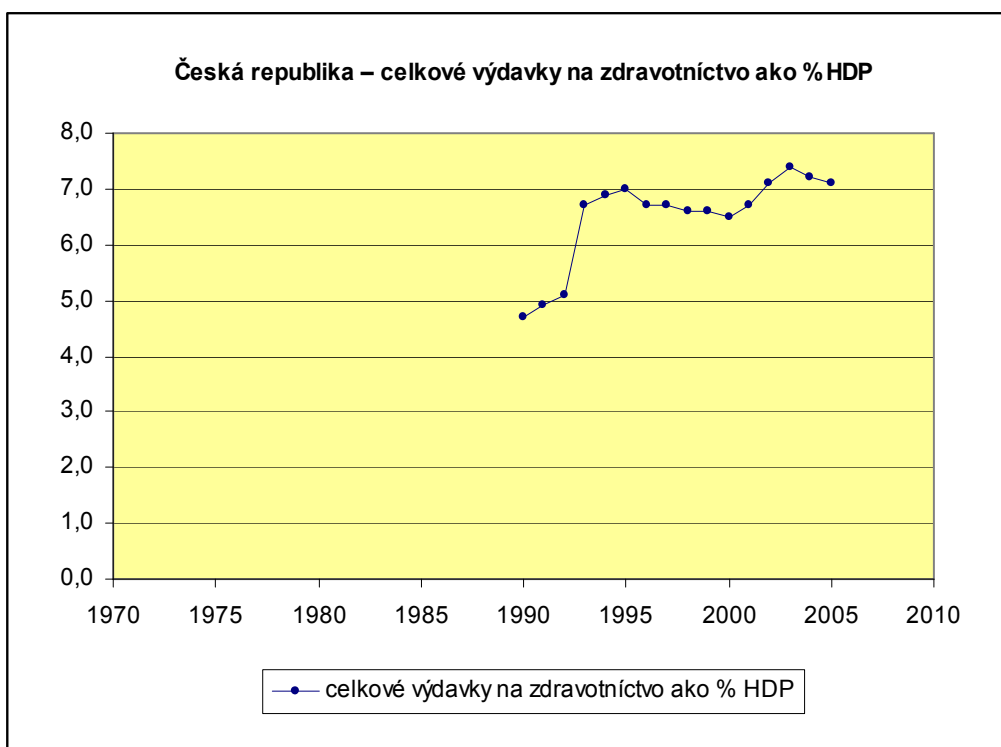
Základné ukazovatele pre ČR sú evidované v štatistike OECD už od roku, hoci za obdobie 1990 – 1992 existovala ešte spoločná československá federácia.

Tabuľka č. 34 Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Českej republike podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005

rok	Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP (Total expenditure on health, % GDP)	Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch \$ (Total expenditure on health, per capita US \$ PPP)	Verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Public expenditure on health, % total expenditure on health)	Výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Pharmaceutical expenditure, % of total expenditure on health)
1975				
1976				
1977				
1978				
1979				
1980				
1981				
1982				
1983				
1984				
1985				
1986				
1987				
1988				
1989				
1990	4,7	560	97,4	21,0
1991	4,9	541	96,8	18,4
1992	5,1	568	95,5	21,1
1993	6,7	768	94,8	19,4
1994	6,9	817	93,9	24,7
1995	7,0	899	90,9	25,1
1996	6,7	917	90,7	25,0
1997	6,7	922	90,3	24,9
1998	6,6	926	90,4	22,9
1999	6,6	938	90,5	23,0
2000	6,5	980	90,3	23,4
2001	6,7	1 082	89,8	24,0
2002	7,1	1 195	90,5	23,9
2003	7,4	1 340	89,8	24,2
2004	7,2	1 388	89,2	24,8
2005	7,1	1 447	86,6	25,1

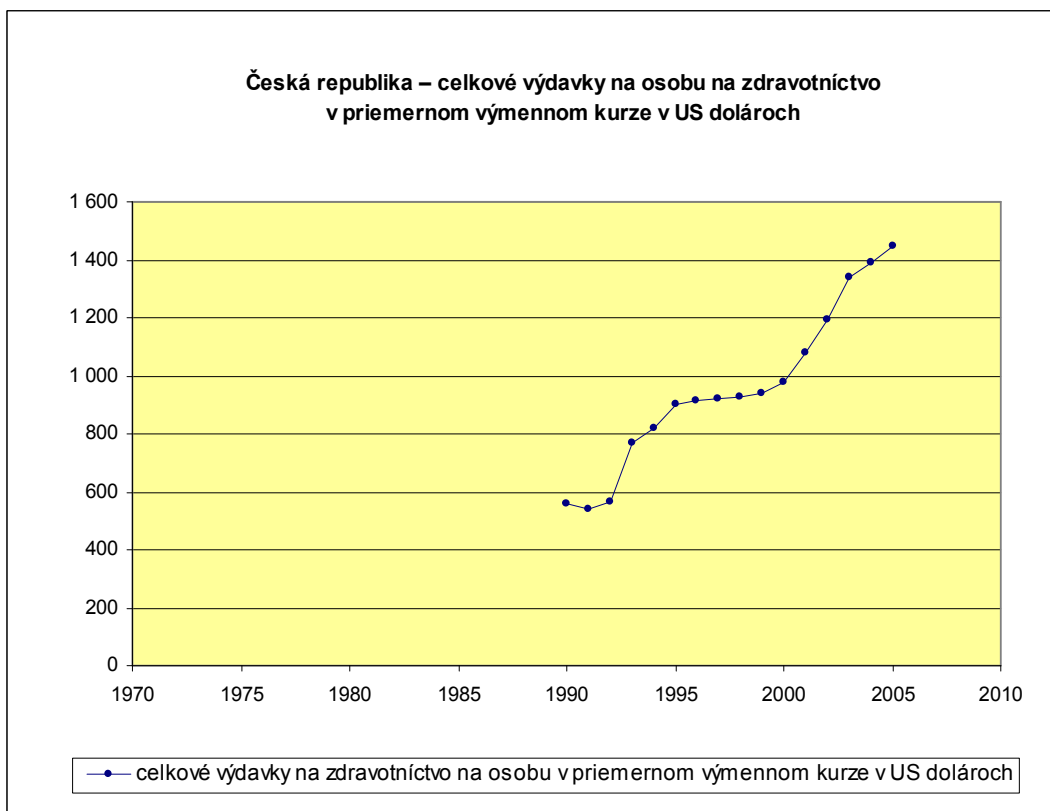
Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**
 In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

Graf č. 33



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 34

Graf č. 34



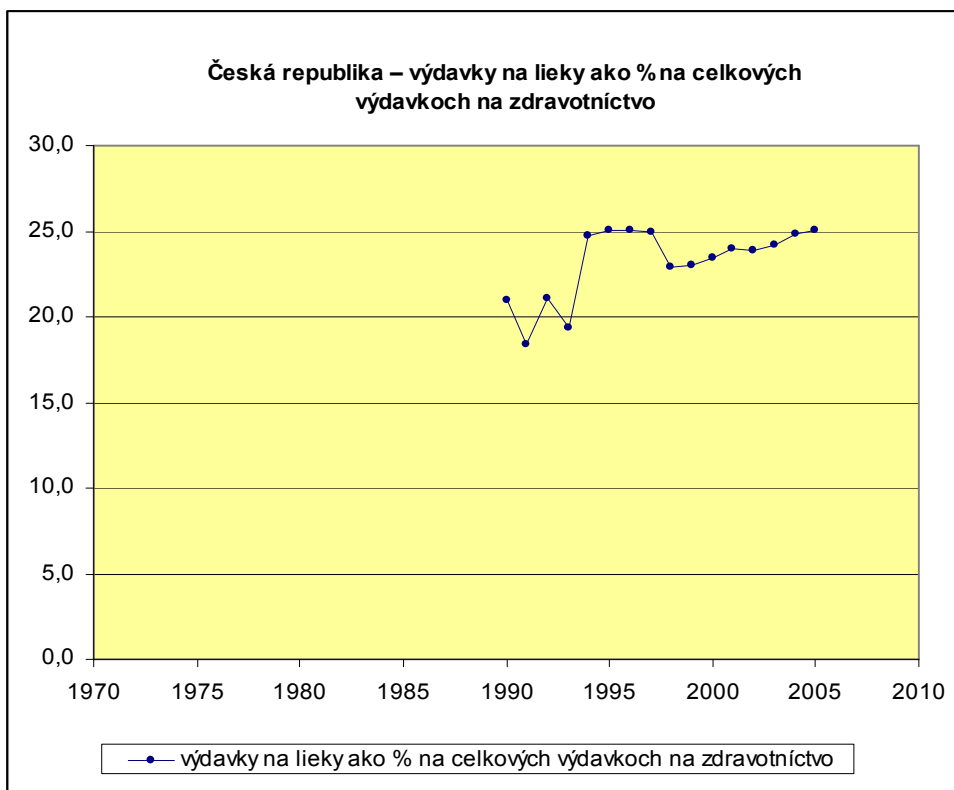
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 34

Graf č. 35



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 34

Graf č. 36



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 34

3.10 Slovenská republika

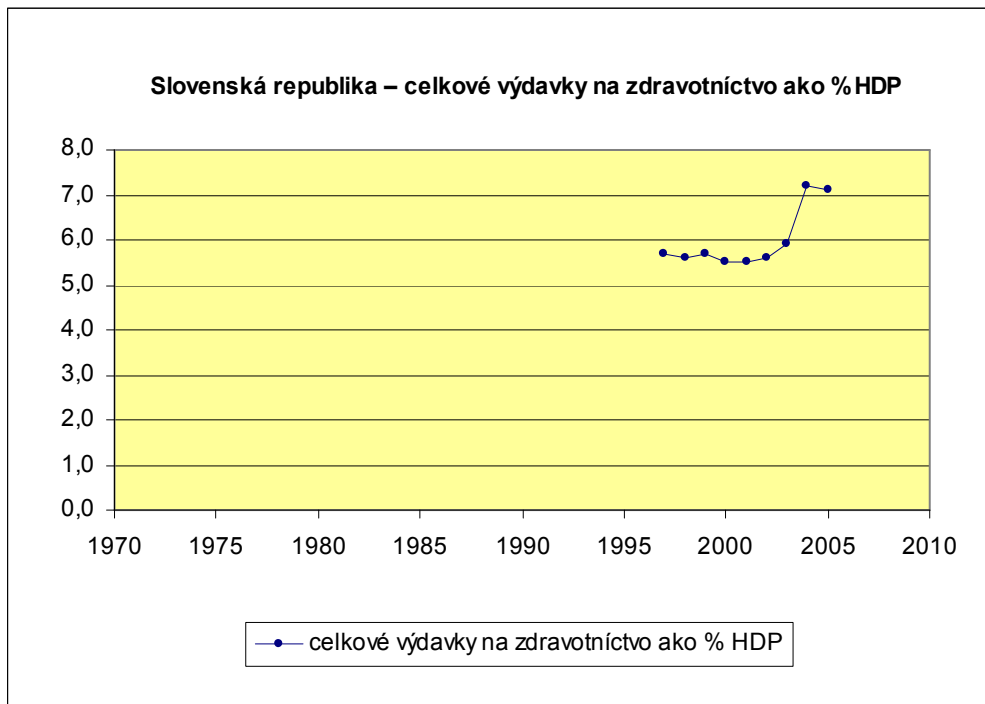
Financovanie zdravotníctva v SR je obsahom samostatnej 2. kapitoly, preto nasledujúca časť je zameraná iba na vývoj základných ukazovateľov a porovnanie s ostatnými vybraným krajinami.

Tabuľka č. 35 **Základné ukazovatele financovania zdravotníctva v Slovenskej republike podľa štatistiky OECD za obdobie 1975 – 2005**

rok	Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP (Total expenditure on health, % GDP)	Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch \$ (Total expenditure on health, per capita US \$ PPP)	Verejné výdavky na zdravotníctvo ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Public expenditure on health, % total expenditure on health)	Výdavky na lieky ako % na celkových výdavkoch na zdravotníctvo Pharmaceutical expenditure, % of total expenditure on health
1975				
1976				
1977				
1978				
1979				
1980				
1981				
1982				
1983				
1984				
1985				
1986				
1987				
1988				
1989				
1990				
1991				
1992				
1993				
1994				
1995				
1996				
1997	5,7	564	91,7	
1998	5,6	584	91,6	
1999	5,7	599	89,6	34,0
2000	5,5	603	89,4	34,0
2001	5,5	665	89,3	34,0
2002	5,6	730	89,1	37,3
2003	5,9	792	88,3	38,5
2004	7,2	1 058	73,8	31,4
2005	7,1	1 130	74,4	31,9

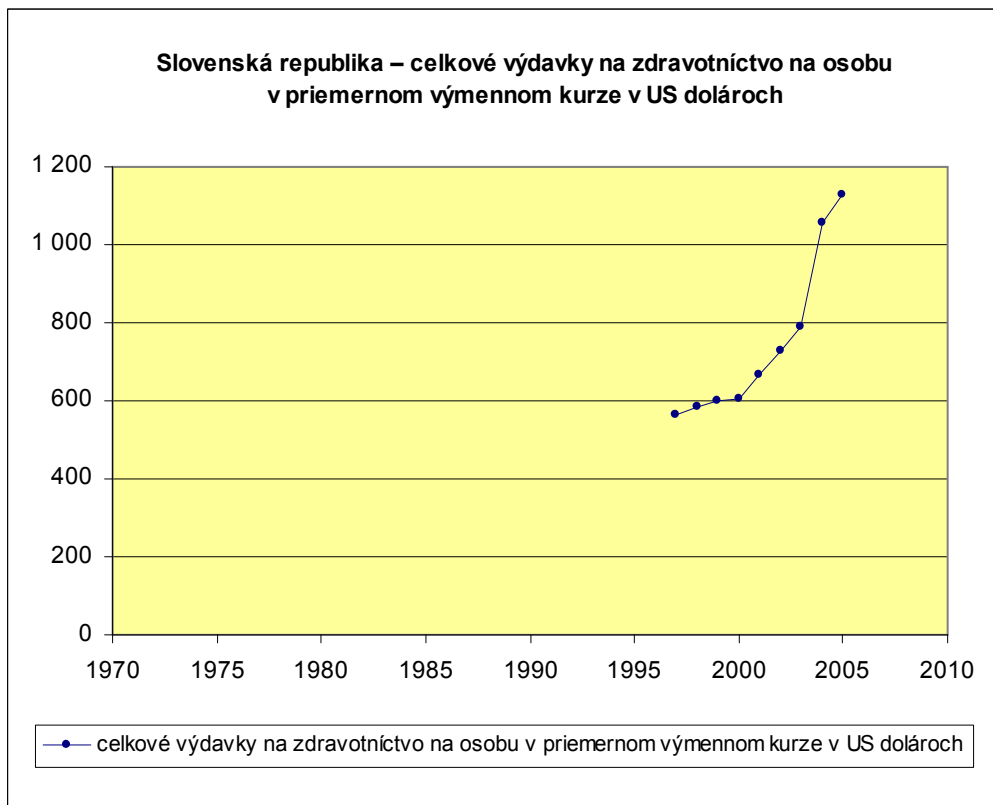
Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**
In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

Graf č. 37



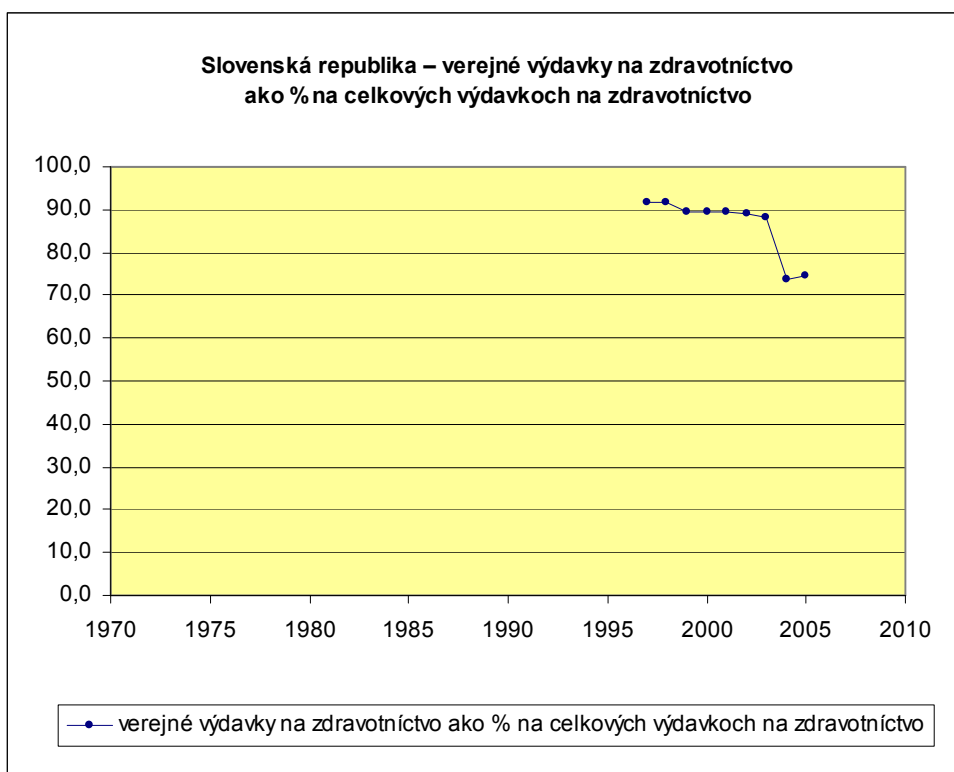
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 35

Graf č. 38



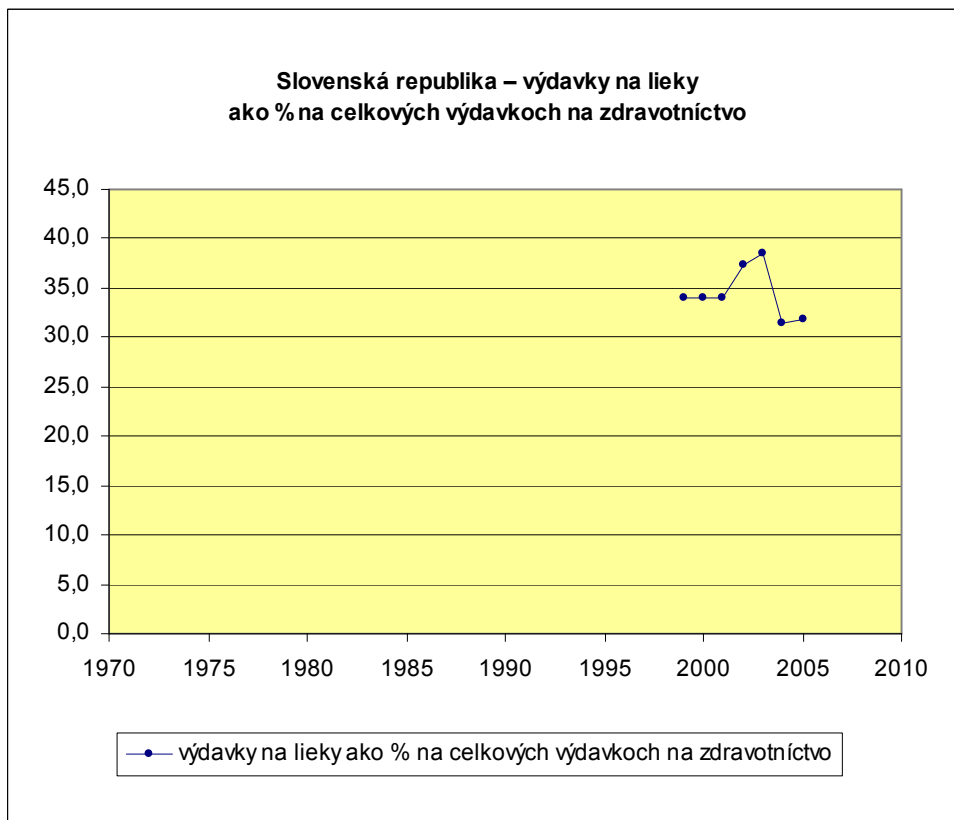
Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 35

Graf č. 39



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 35

Graf č. 40



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 35

3.11 Zhodnotenie vývoja základných ukazovateľov financovania zdravotníctva vo vybraných krajinách

Ako bolo spomenuté v úvode tretej kapitoly, výber krajín pre komparáciu základných ukazovateľov bol uskutočnený tak, aby boli štatisticky zastúpené vzorky rôznorodých modelov financovania. Ako predstavitelia **Bismarcovho modelu** financovania zdravotníctva boli vybrané krajiny Nemecko, Rakúsko a Holandsko (s výraznými prvkami systému súkromného poistenia po reforme, zavedenej v r. 2006). **Beveridgeov model** národnej zdravotnej služby zastupuje Spojené kráľovstvo Veľkej Británie a Švédsko. USA sú zastúpené ako predstaviteľ **liberálneho trhového modelu financovania zdravotníctva**.

Štatistickú vzorku sme sa snažili rozšíriť aj na zámorské krajiny, ako zástupca je uvedené Japonsko (univerzálne povinné poistenie s množstvom takmer 5 tisíc zdravotných poisťovní) a Austrália (verejné financovanie zabezpečuje vládny program Medicare, financovaný väčšinou zo všeobecných vládnych príjmov). Z dôvodu porovnania sú na záver uvedené aj Česká republika a Slovensko.

Na základe predchádzajúcich grafických znázornení potvrdzujeme nasledovné **všeobecné trendy vývoja zdravotníctva** spomenuté už v úvode aj v podkapitole 1.7, ktorá analyzovala príčiny a potrebu reforiem zdravotníckych systémov:

- 1) Konštantný rast výdavkov na zdravotníctvo ako percenta HDP** zaznamenáva Nemecko (prudký skok nárastu po zjednotení v r. 1992), Holandsko, Rakúsko, Spojené kráľovstvo Veľkej Británie, Austrália, Japonsko, USA. Podobný trend vidíme aj v Českej republike a na Slovensku, hoci možnosť porovnávania časových radov je tu rozsahovo obmedzená. OECD eviduje prvýkrát ČR od roku 1990 (hoci do roku 1992 bola zjednotená ČR so SR v rámci ČSFR) a SR je v štatistike OECD vedená od roku 1997 (výdavky na lieky až od r. 1999). Mierny rast výdavkov na zdravotníctvo ako percenta HDP kombinovaný s poklesom evidujeme vo Švédsku.
- 2) Prudký rast celkových výdavkov na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch** evidujú všetky uvedené krajiny bez výnimky. Pre porovnanie uvádzame nárast medzi rokmi 1975 a 2005 v jednotlivých vybraných krajinách. Z nasledujúcej tabuľky vidno, že jednoznačné prvenstvo v prírastku výdavkov na zdravotníctvo na osobu majú USA.

Tabuľka č. 36 Porovnanie absolútneho nárastu celkových výdavkov na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch medzi rokmi 1975 a 2005 (zoradené podľa veľkosti nárastu).

krajina	rok 1975	rok 2005	absolútny nárast
USA	590	6 347	5 757
Rakúsko	435	3 507	3 072
Holandsko (r. 2004)	450	3 156	2 706
Nemecko	572	3 251	2 679
Austrália	437	2 999	2 562
Švédsko	531	3 012	2 481
Spojené kráľovstvo	295	2 580	2 285
Japonsko	301	2 474	2 173
Česká republika		1 447	
Slovenská republika		1 130	

Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**

In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

Všeobecný trend prudkého rastu výdavkov na osobu zaznamenáva od začiatku evidencie v štatistike OECD aj Česká republika a Slovensko, hoci vo výške výdavkov na osobu výrazne zaostávame za ostatnými vyspelými krajinami.

- 3) Kolísavý rast i pokles verejných výdavkov na zdravotníctvo** je spôsobený snahou vlád všetkých krajín tmiť rast výdavkov na zdravotníctvo z verejných zdrojov rôznymi reformnými opatreniami, ktoré majú striedavé úspechy a rôznorodé dopady na sociálnu situáciu obyvateľov. Jednoznačne vyplýva, že ak rastú celkové výdavky na zdravotníctvo, aj výdavky na osobu, potom tento rast musí byť krytý alebo zo solidárneho balíka, teda z verejných zdrojov alebo zo súkromných zdrojov obyvateľov. Ak nechce vláda tej-ktorej krajiny spôsobiť rozvrat verejných financií, potom musí nároky pacientov na ich zvyšujúce požiadavky, na nové technické inovácie v zdravotníctve a nové lieky tmiť podmienkou čiastočnej alebo úplnej úhrady z vlastných súkromných zdrojov pacientov. Je samozrejmé, že ak neustále rastú zdravotnícke výdavky a verejné zdroje si zachovávajú konštantný pomer, musia sa chýbajúce zdroje v zdravotníctve doplniť súkromnými zdrojmi. Mierny rast verejných výdavkov zaznamenávame v prípade Nemecka (prudký medziročný rast po zjednotení NSR a NDR v r. 1992). Konštantný pokles verejných výdavkov do zdravotníctva vidíme v prípade Švédska. V Spojenom kráľovstve do r. 1999 verejné výdavky klesali, od r. 2000 zaznamenávame ich nárast. V Austrálii verejné výdavky v 70 – tých rokoch minulého storočia klesali, po opätovnom náraste v rokoch 1983 – 1983 si zachovávajú približne konštantný podiel. V Japonsku zaznamenávame prudký nárast verejných výdavkov najmä v období rokov 1985 – 1997.

USA majú spomedzi vyspelých štátov tradične najnižší podiel verejných výdavkov na celkových výdavkov na zdravotníctvo, hoci majú najvyššie celkové výdavky na osobu. V období rokov 1985 – 1997 evidujeme nárast verejných výdavkov (paradoxne práve v tomto období zaznamenávame podobný rast aj v Japonsku). Na rozdiel od ostatných vyspelých krajín (ktoré sa snažia znižovať podiel verejných výdavkov) USA sa snažia **rozšíriť solidárnu sieť financovania**. Vzhľadom na liberálno trhovú model, ktorý prevláda v USA si v roku 2006 nemohlo dovoliť zaplatiť zdravotné poistenie takmer 47 miliónov Američanov²⁰² Z tohto dôvodu majú reformné snahy americkej vlády práve opačné tendencie ako v iných vyspelých krajinách a to posilnenie prvkov solidarity. V histórii USA evidujeme niekoľko pokusov zaviesť univerzálny systém povinného zdravotného poistenia.²⁰³ V súčasnosti sú snahy zaviesť univerzálne poistenie v americkom štáte **Massachusetts**.²⁰⁴ Od 1. júla 2007 je základné zdravotné poistenie povinné pre všetkých občanov štátu. Podstatou programu je, že každý občan je povinný poistiť sa na základe individuálnej zodpovednosti, ale pre ekonomicky a sociálne najslabšiu časť populácie štát ponúkol ako finančnú pomoc vládne granty. Minimálny štandard (základný balík) je platný pre každého občana, ktorý môže byť poistený v poisťovni podľa slobodného výberu. Občanom štátu Massachusetts hrozia v prípade nepoistenia finančné sankcie.

- 4) Konštantný nárast výdavkov na lieky**, ktorý je dôsledkom prudkého rozvoja farmaceutického priemyslu evidujeme takmer vo všetkých krajinách. OECD neevidovala v prípade niektorých krajín a rokov údaje o výdavkoch na lieky, preto porovnanie časových radov je čiastočne obmedzené dostupnosťou štatistických údajov. Nemecko predstavuje výnimku zo všeobecného vývoja rastu výdavkov na lieky ako percenta na celkových výdavkoch. Striedavý rast a pokles podielu výdavkov na lieky je spôsobený reformami nemeckej vlády, ktorá sa snažila obmedzovať spotrebu liekov rôznymi legislatívnymi pravidlami a obmedzeniami (podrobnejší popis prehľadu histórie reforiem, zameraných na obmedzenie nákladov v zdravotníctve a reštrikcie spotreby liekov v Nemecku sa nachádza v prílohe č. 8).

²⁰² COLLINS S.R. et al.: *Why Rising Exposure to Health Care Costs Threatens the Health and Financial Well – Being of American Families*. Správa č. 953 (New York: Commonwealth Fund, September 2006)

²⁰³ Viacerí americkí prezidenti a politici napr. Bill Clinton mali prísľub zdravotníckej reformy dokonca vo svojej predvolebnej kampani.

²⁰⁴ HNILICOVÁ, S.: *Massachusetts zavádza novú formu univerzálneho poistenia v USA*. In: Into Balance 10/2007, s. 5. In: http://www.hpi.sk/images/newsletter/intobalance_10-2007.pdf

4 Financovanie zdravotníctva v Nemecku ²⁰⁵

Pre financovanie zdravotníctva v Nemecku²⁰⁶ je typický zmiešaný poistný systém. Hlavným zdrojom financovania zdravotníctva je **verejné (zákonné) zdravotné poistenie**²⁰⁷ (ďalej len VZP), ktoré pokrývalo takmer **88 %** obyvateľstva (r. 2003), **10 %** tvorilo **súkromné zdravotné poistenie**²⁰⁸ (SZP) (zahŕňalo aj okolo 4 % štátnych zamestnancov s bezplatnou štátnou starostlivosťou a doplnkovým súkromným poistením). Okrem toho **1,8 %** obyvateľstva pokrývali iné, pre dané sektory **špecifické vládne schémy** (armáda, osoby na náhradnej službe, polícia, sociálne zabezpečenie a pomoc imigrantom žiadajúcim o azyl). Ďalších **0,2 %** obyvateľstva, t.j. okolo 170 000, nemalo predplatené pokrytie zdravotnej starostlivosti (rok 2003). Skupinu **nepoistených** osôb tvorili najmä SZČO, bohatí, chudobní a osoby, ktoré už predtým neplatili verejné poistenie alebo poistné do súkromného zdravotného poistenia.

Verejné zákonné zdravotné poistenie je prioritnou témou v diskusii o nákladoch na zdravotnú starostlivosť a jeho reformách v Nemecku, ale v skutočnosti sa podieľalo v roku 2002 na celkových nákladoch v zdravotníctve len **57 %** (pozri nasledujúca tabuľka č. 38). Na celkových nákladoch na financovaní zdravotníctva sa podieľali aj ďalšie tri piliere zákonného poistenia a to nasledovne:

- **zákonné dôchodkové poistenie** – **1,7 %** (hlavne za lekársku starostlivosť),
- **zákonné (pracovné) úrazové poistenie** – **1,7 %**,
- **zákonné poistenie dlhodobej starostlivosti** – **7 %**.

Vládne zdroje prispeli ďalšími **7,8 %** z daní. Súkromné zdroje domácností vo forme **hotovostných doplatkov** pokryli v roku 2002 **12,2 %** celkových nákladov na zdravotníctvo. Súkromné poistenie pokrylo **8,4 %** nákladov. Celkovo pokryli v r. 2002 **verejné zdroje** približne $\frac{3}{4}$ celkových nákladov na zdravotníctvo a **súkromné zdroje** $\frac{1}{4}$.

²⁰⁵ Kapitola č. 4 spracovaná na základe publikácií:

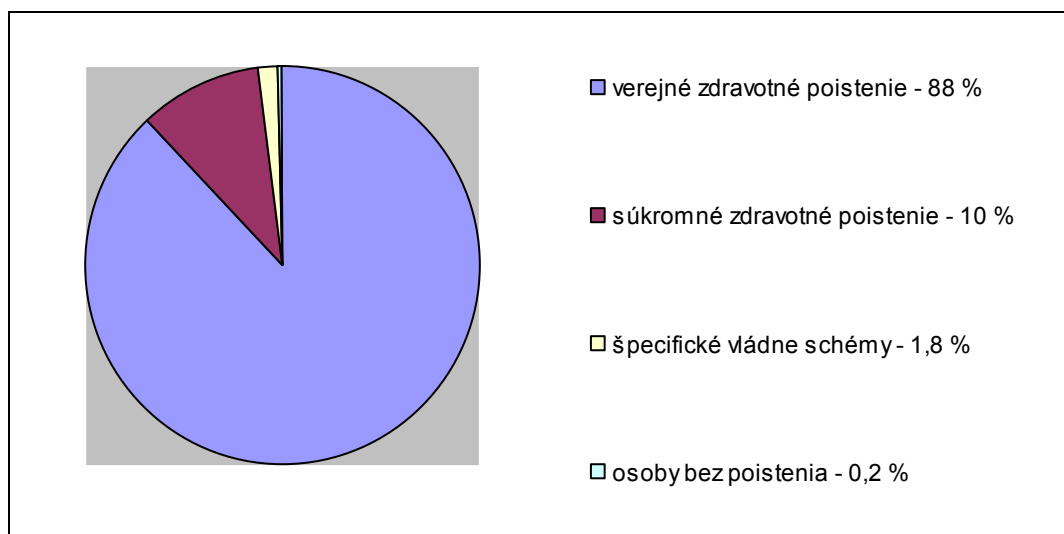
- 1) BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>
- 2) Health Care Systems in Transition. HiT summary. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO regional Office for Europe, Denmark. In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

²⁰⁶ Pozri BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, s. 57 – 60. In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

²⁰⁷ Autori v citovanej publikácii používajú termín „**statutory health insurance – SHI**“, ktorý podľa slovenskej legislatívy zodpovedá termínu „**verejné zdravotné poistenie – VZP**“. V tejto práci pri popise zdravotníckych systémov iných krajín sú ako synonymá používané termíny **zákonné zdravotné poistenie** alebo **verejné zdravotné poistenie**. Obidva termíny (preklady) sú totožné.

²⁰⁸ Termín „**private health insurance – SHI**“ používaný v citovanej publikácii bude v tejto dizertačnej práci preložený ako „**súkromné zdravotné poistenie – SZP**“. Bližšie pozri časť 2.1.1 – Terminológia v oblasti zdravotného poistenia

Obr. 3 **Obyvateľstvo v Nemecku podľa typu poistenia – rok 2003**
(Nemecko malo k 1.7.2007 82 689 tis. obyvateľov).



Zdroj: vlastné spracovanie na základe: BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

Tabuľka č. 37 **Hlavné zdroje financovania zdravotníctva v Nemecku** (percentuálny podiel vybraných zdrojov)

	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001	2002
Verejné zdroje	77,7	77,0	77,2	75,3	74,8	75,5	74,9	75,2
Dane	13,0	12,9	10,8	8,1	8,0	7,9	7,8	7,8
Zákonné (verejné) zdravotné poistenie	60,7	59,7	57,4	56,7	56,8	56,9	57,0	57
Zákonné dôchodkové poistenie	2,3	2,4	2,4	1,7	1,7	1,8	1,8	1,7
Zákonné úrazové poistenie	1,8	1,9	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7
Zákonné poistenie dlhodobej starostlivosti	–	–	4,9	7,0	7,1	7,2	7,0	7,0
Súkromné zdroje	22,3	23,0	22,8	24,7	25,2	24,5	25,1	24,7
Hotovostné platby	10,7	11,1	11,3	12,6	12,3	12,2	12,3	12,2
Súkromné poistenie	7,3	7,6	7,3	7,8	8,3	8,2	8,2	8,4
Zamestnávateľ	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1	4,1

Zdroj: Spolkový štatistický úrad Nemecko 2004 (**Federal Statistical Office**)
In: BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*, s. 58.
<http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

Najvýraznejšou zmenou bolo zavedenie poistenia dlhodobej starostlivosti (od r. 1995) a nárast hotovostných platieb. Kým podiel verejných zdrojov a náklady zákonného zdravotného poistenia si zachovali značnú stabilitu ako súčasť HDP (aj napriek zavedeniu poistenia dlhodobej starostlivosti), nárast celkových nákladov na zdravotníctvo sa týkal predovšetkým súkromných výdavkov, najmä hotovostných platieb a rôznych doplatkov, v nižšej miere súkromného zdravotného poistenia.

4.1 Verejné zdravotné poistenie v Nemecku

Verejné (zákonné) zdravotné poistenie v Nemecku (VZP) sa riadi podľa Sociálneho zákonníka, najmä podľa štvrtej a piatej knihy (IV – Administratívne predpisy a V – Verejné zdravotné poistenie).

V januári **2004** tvorili hlavný systém financovania zdravotnej starostlivosti v Nemecku najmä príspevky VZP do **292 nemocenských fondov** (všeobecné, podnikové, cechové, náhradné). Veľký počet fondov je daný historickým vývojom a postupne sa znižuje; napr. v roku 1991 bolo v Nemecku až 1209 fondov. Posledný dostupný údaj z roku **2008** uvádza, že v Nemecku je **219 nemocenských fondov**.²⁰⁹

V roku 2003 pokrývalo verejné zdravotné poistenie 88 % obyvateľstva (takmer 78% povinne a 10% dobrovoľne poistených). Nemocenské fondy boli zodpovedné za výber príspevkov, uhrádzali platby za poistencov a platili poskytovateľom. Do nemocenského fondu v tomto období boli povinní prispievať zamestnanci, ktorých hrubý príjem nepresahoval určitú hranicu.²¹⁰

Špecifickou nemeckého zdravotného poistenia bola skutočnosť, že do 31.12.2008 mali zamestnanci, ktorých príjem prevyšoval zákonom stanovený limit (t.j. ročnú príjmovú hranicu), možnosť voľby vystúpiť zo systému verejného zdravotného poistenia a poistiť sa súkromne. Od 1.1.2009 táto výnimka neplatí a každý občan Nemecka musí byť povinne poistený (ako vyplýva zo záverov poslednej „veľkej“ reformy zdravotníctva v Nemecku)

Príspevky na VZP závisia od príjmu, nie od poistnej udalosti. Do 31.12.2008 zahŕňali aj nezarábajúceho manželského partnera a deti bez akýchkoľvek prírážok. Podľa prebiehajúcej reformy by mal štát platiť z daní za zdravotné poistenie detí do nemocenských fondov.

Poistné sa platí podľa príjmu zo zárobkového zamestnania, podľa výšky dôchodku alebo podľa veľkosti dávok v nezamestnanosti. Poistné odvody nezávisia na úsporách alebo súčasnom imaní.

²⁰⁹ Pozri Haussler, B.: Selekcija rizika a kompenzacia rizikovej štruktúry. In: www.hpi.sk, Into Balance 7/2008, str. 14.

²¹⁰ **Ročnú príjmovú hranicu** stanovuje každoročne vždy k 1. januáru kalendárneho roka federálna vláda. V roku 2005 bol limit mesačného hrubého príjmu, ktorý predstavoval povinnosť platiť zákonné poistné **3862 €**, v r. 2007 to bolo **3975 €** a v roku 2008 bol limit **4012,50 €**.

Okrem ročnej príjmovej hranice existuje aj kategória „**maximálny vymeriavací základ**“, ktorý sa do roku 2002 rovnal ročnej príjmovej hranici. Od roku 2003 príjmová hranica rastie rýchlejšie ako maximálny vymeriavací základ, z tohto dôvodu sa tieto stropy od seba odlišujú. Napr. v roku **2004** bola stanovená ročná **príjmová hranica** (povinnosť poistiť sa v systéme verejného zdravotného poistenia) prepočítaná na 1 mesiac **3862 €**. Mesačný **maximálny vymeriavací základ** (horná hranica, z ktorej platil zamestnaný poistenec poistné) bol vo výške **3487,5 €**.

V roku **2007** bola ročná **príjmová hranica** prepočítaná na 1 mesiac vo výške **3975 €**, **maximálny vymeriavací základ** za mesiac bol vo výške **3562,50 €**

Celková suma príjmu všetkých poistencov do tejto hranice – tzv. **príspevkový príjem (contributory income)** je jedným z najdôležitejších číselných údajov v oblasti zdravotného poistenia. Ukazovateľ je ovplyvnený zmenou miezd a mierou zamestnanosti a taktiež regulačnými intervenciami, ktoré určujú základ príspevku pre sociálne platobné transfery. Nárast priemerného príspevkového príjmu nie je vždy spojený s rastom mzdy. Narastajúca nezamestnanosť – najmä skrytá nezamestnanosť prostredníctvom osôb, ktorí prestanú pracovať a stávajú sa „závislými osobami“ – nepomerne znižuje príspevkový príjem. Veľký vplyv na príspevkový príjem nemocenských fondov mali aj reformy zákonného dôchodkového poistenia a štátnych zákonných dávok v nezamestnanosti.

V období medzi rokmi 1949 až 2004 rovnakým pomerom prispievali zamestnaní poistenci ako aj ich zamestnávateľa. Na priemernej miere príspevkov 14,2 % (leto 2004) sa podieľal **poistenec** vo výške **7,1 %** poistného zo svojho nezdaneného príjmu pod hornou hranicou. **Zamestnávateľ** platil rovnakú čiastku **7,1 %** poistného mimo miezd. U osôb so zárobkom pod hranicou 400 € boli povinní platiť príspevky len zamestnávateľa (vo výške 11% pre všetky fondy). Do roku 1998 nepodliehal príjem do tejto výšky povinným príspevkom do nemocenského fondu.

Za umelcov a študentov platí polovicu výšky poistného štát. V prípade dôchodcov preberajú finančnú úlohu zamestnávateľa dôchodkové fondy²¹¹. Zdravotné poistenie za dôchodcov platia dôchodkové fondy vo výške, ktorá predstavuje celoštátny priemerný príspevok zamestnanca. Toto poistné však pokrýva približne iba 40 % nákladov za týchto poistencov, väčšia časť je dotovaná nemocenskými fondmi zúčtovaním vnútri systému. Tu sa prejavuje princíp solidarity – mladí, zdraví a slobodní zamestnanci svojim poistením dotujú zdravotné poistenie starších poistencov a pracovníkov s rodinami. Nemocenské fondy s vysokým počtom dôchodcov dostávali kompenzáciu z národného rezervného fondu, ktorý bol vytvorený za týmto účelom. V prípade nezamestnaných plnil funkciu platiteľa Spolkový úrad práce (**Federal Agency for Employment**). V praxi to znamenalo, že príspevky za obidve skupiny boli prevádzané do nemocenských fondov. Od roku 2004 sú dôchodcovia povinní platiť príspevky aj z firemných penzií a iných zákonom nestanovených dôchodkov, z ktorých odvádzajú plnú výšku poistného.

Nemocenské fondy sú v Nemecku považované za verejnoprávne inštitúcie, plnia úlohu štátu v oblasti zákonného zdravotného poistenia. **Nesmú** teda **vytvárať zisk ani stratu**. Fungujú na princípe okamžitej úhrady dlžných čiastok a oficiálne nemôžu hromadiť dlhy.

²¹¹ JEFFREY L. JACKSON : *Německý systém zdravotnictví. Poučení pro reformu ve Spojených státech*. In: J. Amer. med. Ass. (čes. a slov. vyd.), roč. 5, č. 5 /1997, s. 384.

Do 31.12.2008 vyberali nemocenské fondy poistné priamo od zamestnávateľov alebo spomínaných verejných inštitúcií a mohli si stanoviť vlastnú výšku poistného. Ich rozhodnutie však podliehalo schváleniu zodpovedného štátneho orgánu. V prípade úniku platieb poistného mohli použiť sankcie.

Nemecké zdravotníctvo sa primárne zameriavalo na výšku poistného, než na percento celkových nákladov v zdravotníctve, alebo nákladov zákonného zdravotného poistenia z HDP, lebo tieto narastali značne rýchlejšie než HDP. Za posledných 25 rokov stúpali príjmy z poistných príspevkov pomalšie, než HDP a zdravotné náklady. Toto viedlo k opakovaným stratám a narastajúcemu zadĺženiu, aj keď nemocenské fondy zvýšili výšku poistného. Od roku 2001 do roku 2003 zaznamenali štátne nemocenské fondy deficit vo výške približne 3 miliardy € ročne. Odborníci predpokladali neustály nárast deficitu zdravotného systému²¹²

Keďže nemocenské fondy nesmú vykazovať dlhodobé zadĺženie, museli zvýšiť výšku poistného. Priemerná **výška poistného vzrástla** dosť rýchlo z 13,5 % hrubého príjmu v roku 2001 na **14,3 %** počas roka **2003** (tabuľka č. 40). Podobne ako pri poslednom podstatnom zvýšení poistného (z 12,4 % na 13,2 % od roku 1991 do roku 1993), po náraste poistného a deficitu nasledovala reforma zdravotníctva, ktorú spoločne zostavila vláda s opozíciou.

Problém príjmov z poistného je v tom, že nie sú založené na celkovom hospodárstve, ale len na časti, ktorá sa týka príspevkov zdravotného poistenia (t.j. príjem poistencov po danú hranicu). Hlavné dôvody pre znižujúci sa príjmový základ nemocenských fondov sú klesajúci mzdový podiel v celkovom hospodárstve, klesajúci podiel časti mzdy vyčlenenej na sociálne poistenie, stúpajúci podiel dôchodcov (lebo dôchodky tvoria len okolo 48 % hrubej mzdy), stála vysoká miera nezamestnanosti (od roku 2000 sú príspevky nezamestnaných len polovičné v porovnaní so zamestnanými) a iné. Aj keď sú od roku 1999 zahrnuté v povinnom zákonom zdravotnom poistení aj drobné práce, súčasný systém – orientovaný na celoživotný zamestnanecký štatút na plný úväzok, nereaguje a ani nemá zisk zo súčasných štruktúr ako je čiastočné podnikanie, práca na polovičný úväzok a súčasné vykonávanie viacerých pracovných činností.

²¹² Odhady analytikov v roku 2003 predpovedali na rok 2007 deficit vo výške 7 miliárd €. Pozri http://www.hpi.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=194&Itemid=32

Tabuľka č. 38 **Trendy vo financovaní verejného (zákonného) zdravotného poistenia v Nemecku v rokoch 1992 – 2003 (v miliardách €)**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Prijmy VZP (SHI revenues)	103	114	119	120	124	126	128	131	134	136	140	141
Výdavky VZP (SHI expenditures)	108	108	117	124	126	125	128	131	134	139	144	145
SALDO	- 4,8	5,3	1,4	- 3,7	- 3,6	0,9	0,3	0,3	0,02	- 3,0	- 3,1	- 2,9

(statutory health insurance / SHI – verejné resp. zákonné zdravotné poistenie / VZP)

Zdroj: Spolkové ministerstvo zdravotníctva (Federal Ministry of Health) 2004
 Spolkový štatistický úrad Nemecko 2004 (Federal Statistical Office) 2004
 In: BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*, s. 61.
<http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

Tabuľka č. 39 **Výdavky verejného zdravotného poistenia v Nemecku v rokoch 1992 – 2003 (v miliardách €)**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hotovostné poistné (cash benefits)	9,6	9,3	8,7	11,1	9,4	9,7	9,3	9,3	9,4	9,9	10,3	8,5
Bezhotovostné poistné (in-kind benefits)	99,0	99,2	109	113	117	116	118	122	124	129	133	136
% HDP	6,1	6,0	6,2	6,3	6,4	6,2	6,1	6,2	6,1	6,2	6,3	6,4

Zdroj: Spolkové ministerstvo zdravotníctva (Federal Ministry of Health) 2004
 Spolkový štatistický úrad Nemecko 2004 (Federal Statistical Office) 2004
 In: BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*, s. 61.
<http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

Tabuľka č. 40 **Príspevky na poistenie v Nemecku v rokoch 1992 – 2003 (v %)**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Priemerné percento (sadzba) poistného na zákonné zdravotné poistenie (v %) ^{1.)}	12,7	13,2	13,2	13,2	13,5	13,6	13,6	13,6	13,6	13,5	14	14,3
Poistné na poistenie ^{2.)} dlhodobej starostlivosti	-	-	-	1,0	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Poistné na celkové sociálne poistenie ^{3.)}	36,8	36,5	37,2	39,0	39,2	40,8	41,9	42,1	41,1	40,8	41,3	42,1

^{1.)} – Average SHI contribution rate ^{2.)} – Contribution to long-term care insurance ^{3.)} – Total social insurance contribution

Zdroj: Spolkové ministerstvo zdravotníctva (Federal Ministry of Health) 2004
 Spolkový štatistický úrad Nemecko 2004 (Federal Statistical Office) 2004
 In: BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*, s. 61.
<http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

4.2 Kompenzácia rizikovej štruktúry poistencov a programu manažmentu chorých ²¹³

Väčšina poistencov si v minulosti nemohla vybrať svoj nemocenský fond a boli zadelení do určitého fondu na základe geografických a pracovných kritérií. Povinné zadeľovanie poistencov do fondov viedlo k značným rozdielom vo výške poistného kvôli rôznym príjmom a rizikovým profilom. Od **1.1.1994** bola v rámci verejného zdravotného poistenia zavedená schéma **kompenzácie rizikovej štruktúry (KRŠ)** za účelom dosiahnutia rovnakej pozície a konkurencieschopnosti pre všetky nemocenské fondy. Cieľom kompenzácie je vyrovnáť rozdiely v nákladoch medzi poistencami nemocenských fondov, spôsobené vekom, pohlavím, zdravotným stavom a invaliditou. Mechanizmus rizikovej kompenzácie vyrovnáva tiež odlišné úrovne príjmu poistencov²¹⁴, ako aj rozdiely v počte závislých vyživovaných osôb, ktoré sú zahrnuté v nákladoch, ale nijako neprispievajú do poistných príspevkov.

Kompenzácia rizikovej štruktúry sa týkala približne 90 % nákladov nemocenského fondu, ktoré predstavovali dávky jednotného štátneho zdravotného poistenia a ktoré určovali „potrebu príspevkov“ (potrebu finančných prostriedkov) nemocenského fondu. Zvyšné náklady na správu fondu a špecifické dávky, obsiahnuté v jeho stanovách sa nezohľadňovali. Kalkulácia dávok určených na kompenzáciu bola vždy retrospektívna a určená len pre aktuálny rok. Suma priemerných nákladov všetkých poistencov nemocenského fondu určovala „potrebu príspevkov“ fondu. Suma potreby príspevkov všetkých fondov delená sumou všetkých poistných príjmov určovala **mieru kompenzačnej schémy**, použíwanej na výpočet kompenzovanej sumy, ktorá sa platila do fondov.

Zákon o štruktúre zdravotníctva z roku 1993 poskytol takmer každému poistencovi právo slobodne si zvoliť nemocenský fond (s účinnosťou od 1.1.1996) s možnosťou zmeniť ho do roka s trojmesačnou výpovednou lehotou. Všetky všeobecné regionálne fondy a substitučné fondy boli legálne prístupné všetkým občanom a museli

²¹³ Pozri BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany.*

World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, s. 60 – 67.

ln: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

²¹⁴ Značná väčšina obyvateľstva podľa niekoľkých nedávnych štúdií súhlasí s hlavnými princípmi štátneho zdravotného poistenia – **solidaritou** vo financovaní a prístupom k poistným dávkam, ktorý je založený na potrebách poistencov. V prieskume z roku 2002 súhlasilo okolo 80 % poistencov verejného zdravotného poistenia s finančným prerozdelením medzi ľuďmi s vysokým a nízkym príjmom, dobrým a zlým zdravím, mladších a starších. V tomto ohľade sa „čistí platelia“ takmer neodlišovali od „čistých poberateľov“.

Zároveň však v niekoľkých prieskumoch uskutočnených za posledných desať rokov okolo 40 % respondentov uprednostnilo zahrnutie zdravotných rizík do výpočtu výšky poistného, najmä bonusmi za zdravý životný štýl a zriedkavejšie extra príspevkami pre ľudí s rizikovým správaním či vylúčením chorôb súvisiacich so životným štýlom z poistného krytia. Dôraz na rovnaké možnosti zdravotnej starostlivosti v nezávislosti od veku, príjmu, či postavenia je asi výraznejší vo východnej časti Nemecka, pravdepodobne vďaka dlhšej histórii zastávania rovnosti.

mať so všetkými poistencami uzavretú zmluvu. Systém zadeľovania sa zachoval len pri poľnohospodárskych a námorníckych fondoch, ako aj pri menej významných fondoch.

Keďže možnosť zmeniť fond mala za následok, že svoje fondy často menili mnohí poistenci, bola táto možnosť v roku 2001 (na rok 2002) zrušená. Od roku 2002 je možné kedykoľvek uskutočniť zmenu, no interval poistenia v určitom fonde je 18 mesiacov. Dobrovoľne poistení, ktorí zarábajú nad zákonom určenou hranicou môžu naďalej kedykoľvek meniť fondy s dvojmesačnou výpovednou lehotou. Rozhodnutie vymeniť verejné zdravotné poistenie za súkromné je nezvratiteľné.²¹⁵

Prechod poistencov z jedného fondu do druhého nevyrovnal rozdielne rizikové štruktúry. Prvá príležitosť zmeniť fond prehĺbila rozdiely. Zdravší, mladší a lepšie zarábajúci ľudia častejšie menili fondy a vyberali si lacnejšie fondy, čo na druhej strane zvyšovalo prevodové sumy. Vývoj naznačoval, že **mechanizmus rizikovej kompenzácie bude potrebný natrvalo**, nie len dočasne. Obavy zo stúpajúcej sumy požadovanej na prerozdelenie a prax rizikovej selekcie medzi nemocenskými fondmi viedli k vydaniu dvoch dodatočných zákonov:

Zákon o zrovnoprávnení pravidiel vo verejnom zdravotnom poistení (The Act to Equalise the Law in Statutory Health Insurance) od roku 2001 stanovil jednotný mechanizmus kompenzácie rizikovej štruktúry pre celé Nemecko. Toto viedlo k nárastu prevodov finančných zdrojov zo Západu na Východ.

Zákon o reforme schémy kompenzácie rizikovej štruktúry (The Act to Reform the Risk Structure Compensation Scheme) bol schválený v roku 2001 s cieľmi zlepšiť kompenzáciu rozdielov v štruktúre chorobnosti, obmedziť zvýhodnenie niektorých nemocenských fondov a prijať stimuly pre ponuky špeciálnej starostlivosti chronicky chorým poistencom.

Okrem existujúcej kompenzácie rozdielov podľa príjmu, vekovej štruktúry, pohlavia a invalidity poistencov, zaviedol zákon aj vysoko rizikový spoločný fond a oddelil kompenzáciu rizikovej štruktúry pre účastníkov **programov manažmentu chorôb (PMCH)²¹⁶ (Disease Management Programmes)**. Poistenci zaradení do tohto programu sa berú v rámci schémy kompenzácie rizikovej štruktúry ako separátna kategória.

Zákon definoval zložitý proces zavedenia programov manažmentu chorôb a určil faktory, ktoré sa majú zväžiť pri výbere choroby do programov manažmentu chorôb

²¹⁵ To platí aj v nových reformných zákonoch, ktoré boli prijaté 2.2.2007 s platnosťou od 1.4.2007, ale viaceré reformné zmeny nadobudnú účinnosť v roku 2009. Prechod od súkromného poistenia k štátnemu poisteniu nebude možný. Opačný prechod bude možný, ale oproti súčasnosti veľmi sťažený. Od roku 2009 budú musieť aj súkromné poisťovne ponúkať základnú tarifu poistenia, ktorá neprekročí maximum najvyššieho štátneho poistenia.
Pozri: http://www.focus.de/politik/deutschland/gesundheitspolitik/lexikon_aid_116866.html

²¹⁶ „Disease Management Programmes“ – v odbornej literatúre sa môžeme stretnúť aj s prekladom „programy riadenia chorôb“ alebo „programy manažovanej starostlivosti“

(počet pacientov, potenciál zlepšenia kvality, potreba medzisektorovej starostlivosti, potenciál zlepšenia prostredníctvom iniciatívy zo strany pacienta a vysoké náklady). Vtedy vytvorený Koordinačný výbor (**Coordinating Committee**), teraz Spolkový združený výbor (**Federal Joint Committee**) bol poverený odporúčať ministerstvu zdravotníctva, ktoré vážne chronické ochorenia do tohto programu vybrať. Koordinačný výbor navrhol prvé štyri ochorenia pre PMCH: diabetes mellitus typ II, rakovina prsníkov, koronárne ochorenie srdca a astmu (chronické obštrukčné ochorenie pľúc). Opatrenia na zabezpečenie kvality zahŕňali štandardizovanú dokumentáciu, správy so spätnou väzbou pre lekárov, informácie o pacientovi a upomienkové systémy. Tento spôsob zlepšovania kvality starostlivosti o chronicky chorých pacientov je spojený aj s obavami o ochranu osobných údajov. Súčasný vývoj naznačuje, že nemocenské fondy sú finančne motivované ponúkať programy a zvýšiť počet poistencov zúčastnených v týchto programoch. Kritici tvrdia, že programy nešetria peniaze, ale vyžadujú si dodatočnú finančnú dotáciu.

Z historického prehľadu vývoja vyplýva, že súčasný **system kompenzácie rizikovej štruktúry poistencov v Nemecku** je značne sofistikovany²¹⁷. Schéma obsahuje **3 725 buniek**, ktoré vznikli kombináciou:

- 91 vekových kategórií pre každé pohlavie (ročné intervaly do 90 roku),
- 31 ďalších kategórií pre každé pohlavie pre osoby od 35 do 65 rokov s dávkami pri invalidite,
- 3 skupiny s vyššími, nižšími alebo žiadnymi nemocenskými dávkami (Zohľadňujú sa aj jednorazové tzv. katastrofické náklady, ktoré vzniknú pri nehode alebo inej nešťastnej udalosti),²¹⁸
- členstvo v programe manažmentu chorôb pre vybrané diagnózy²¹⁹

Napriek podrobne prepracovanému systému existujú názory na jeho nedostatočnosť. Navrhuje sa ďalšie zlepšenie systému tak, aby bola možnosť maximálne redukovať motiváciu poisťovní pre selekciu rizika. Od roku 2009 začne fungovať nový model kompenzácie rizikovej štruktúry, ktorý bude zohľadňovať tzv. morbiditu – potrebu liekov a hospitalizácii pri jednotlivých druhoch diagnóz. Prerozdelenie poistného sa bude uskutočňovať cez centrálny fond.

²¹⁷ HÄUSSLER, B.: *Selekcia rizika a kompenzácia rizikovej štruktúry v zdravotnom poistení*. In: Into Balance 7/2008, http://www.hpi.sk/images/newsletter/intobalance_7-2008.pdf

²¹⁸ Hranica fondu vysokých rizík tzv. **high risk pool** je v Nemecku určená výškou **20 450 EUR**. Nad touto hranicou dochádza k osobitnej kompenzácii nákladov a to vo výške 60 % nákladov vynaložených poisťovňou.

²¹⁹ diabetes mellitus typ 1a 2, ischemická choroba srdca, chronická obštrukčná choroba pľúc, rakovina prsníka

4.3 Súkromné zdravotné poistenie (SZP)²²⁰

Súkromné zdravotné poistenie (**Private health insurance**) má v Nemecku dve úlohy:

- plne pokryť časť obyvateľstva,
- ponúknuť vedľajšie a doplnkové poistenie štátnym poistencom.

Obidva typy ponúka 50 súkromných zdravotných poisťovní²²¹, spojených v **Združení súkromného zdravotného poistenia (Association of Private Health Insurance)**. Okrem toho existuje asi 45 malých, zvyčajne regionálnych súkromných poisťovní. Z hľadiska obratu poistných dávok je sektor plného krytia štvornásobne väčší než sektor doplnkového poistenia.

Poistenci s **úplným súkromným zdravotným poistením** sa rozdeľujú do troch hlavných skupín:

- **Stáli verejní zamestnanci** – aktívni a na dôchodku – ako učitelia, univerzitní profesori, zamestnanci ministerstiev atď., ktorí sú de facto vylúčení z verejného (zákonného) zdravotného poistenia, lebo štát za nich hradí najmenej 50 % poplatkov súkromného zdravotného poistenia a získavajú súkromné poistenie na pokrytie zvyšku.
- **SZČO**, ktoré sú vylúčené z VZP pokiaľ však predtým neboli jeho poistencami (okrem tých, ktorí do povinného VZP patria ako poľnohospodári).
- **Pracujúci**, ktorí sa rozhodli vystúpiť z VZP, keď **ich príjem presiahol ročnú príjmovú hranicu**.²²²

Súkromným poistencom plynie zo zákona povinnosť šetriť na dôchodok z poistných dávok, keď sú ako poistenci mladí. Keďže poistné sa s vekom zvyšuje, prechod zo súkromného na verejné zákonné poistenie nie je za bežných okolností možný. Poistenci, ktorí mali minimálne 10 rokov nepretržite súkromné poistné krytie

²²⁰ Pozri BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*.

World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, s. 77 – 80.

In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

²²¹ V prípade súkromných zdravotných poisťovní sa v citovanej odbornej publikácii používa termín „**private health insurers**“ Pre systém verejného zdravotného poistenia je používaný termín „**sickness funds**“ – nemocenské fondy.

²²² Zamestnanci, ktorých zárobok je na začiatku pod hranicou, no neskôr ju prekročí ako výsledok nárastu platov, môžu dobrovoľne zostať poistencami VZP, ak mali poistné krytie posledných 12 mesiacov alebo 24 mesiacov za posledných 60 mesiacov. Zamestnanci, ktorých príjem presahuje limit už od začiatku ich prvej zárobkovej činnosti – alebo do dvoch mesiacov po návrate z inej krajiny – sa môžu rozhodnúť pre dobrovoľné krytie VZP, ak oň požiadajú do troch mesiacov. Táto možnosť sa netýka štátnych zamestnancov a vojakov. Zamestnanci, ktorí už nespádali do schémy VZP, no opäť sa dostali do jej dosahu z dôvodu nárastu hranice, či zníženia platu, môžu byť oslobodení od povinného poistenia, ak neboli poistencami VZP najmenej 5 rokov. Od roku 2000 majú túto voľbu len ľudia mladší ako 55 rokov, starší musia ostať dobrovoľne zdravotne poistení, nezávisle od výšky príjmu.

a majú najmenej 65 rokov, si môžu zvoliť tzv. „štandardnú sadzbu“, ktorá zaručuje, že výška poistného nepresiahne maximálne priemerné poistné vo VZP. Regulácia tejto sadzby znamená, že poistné poplatky i poistné plnenie sú obmedzené (alebo rozšírené) na cenník verejného (zákonného) zdravotného poistenia.

Podľa najnovšieho reformného zákona, prijatého 2. 2. 2007 budú musieť od roku 2009 aj súkromné poisťovne ponúkať základnú tarifu poistenia, ktorá neprekročí maximum najvyššieho štátneho poistenia. Prechod od súkromného poistenia k štátnemu poisteniu nebude možný. Opačný prechod bude možný, ale oproti súčasnosti veľmi sťažený.

Plne súkromne poistení pacienti majú zvyčajne rovnaké alebo lepšie poistné dávky, než poistenci v rámci VZP, záleží však na vybranom poistnom balíku; je možné napr. nepoistiť si dentálnu starostlivosť. Na trhu súkromného zdravotného poistenia sa poistné mení s vekom, pohlavím a zdravotným stavom v čase uzatvorenia poistenia. V rámci SZP existuje povinnosť platiť pre manželku (manžela) a deti (na rozdiel od VZP) osobitné poistné dávky, čo zatraktívňuje SZP pre slobodných a pre páry s dvojitým príjmom. Lekári, stomatológovia a farmaceuti sa nemusia poistiť v systéme VZP; môžu si kúpiť náhradné súkromné zdravotné poistenie kým sú študentmi, alebo ešte len začínajú v profesii; aj keď ich príjem nepresahuje zvyčajnú hranicu.

V rokoch 1975 až 2002 sa počet ľudí s plným krytím SZP zvýšil zo 4,2 miliónov na 7,7 miliónov, čo predstavovalo zvýšenie zo 6,9 % na 9,3% obyvateľstva. Uvedený vývoj pravdepodobne súvisí so stúpajúcimi sadzbami príspevkov vo verejnom (zákonnom) zdravotnom poistení, čo značne podnecuje slobodných mladých ľudí bez zdravotných problémov zvoliť si súkromné poistenie. Toto prinútilo vládu zvýšiť hranicu možnosti voľby. Poistné zmluvy s vysokými odpočítateľnými položkami alebo nezahŕňajúce určité poistné dávky (napr. stomatologickú starostlivosť) väčšinou uzatvárajú SZČO, pretože zamestnávateľia prispievajú platbou poistného za svojich zamestnancov vo výške 50 %. Od roku 1989 do roku 2001 vzrástlo celkové poistné do súkromných zdravotných poisťovní z 8,7 miliárd € na 21,7 miliárd.

Na rozdiel od štátnych poistencov, musia súkromní poistenci väčšinou platiť lekárom priamo a poisťovňa im to spätne preplatí (refunduje). Hoci je cenník lekárskeho služieb a výkonov pre súkromných poistencov predmetom vyhlášky vydanej Spolkovým ministerstvom zdravotníctva (**Federal Ministry of Health**), lekári si zvyčajne účtujú viac – 1,7 až 2,3 násobok. Skutočná úhrada poplatku za výkony a služby pre súkromných poistencov viedla k zvýšeniu nákladov, ktoré boli priemerne značne väčšie než pri VZP

Tabuľka č. 41 **Zmeny v nákladoch na osobu vo verejnom zdravotnom poistení a v súkromnom zdravotnom poistení v západnej časti Nemecka v období 1992 – 2002**

	Verejné zdravotné poistenie (VZP) v %	Súkromné zdravotné poistenie (SZP) v %	Pomer SZP / VZP
Ambulantná lekárska starostlivosť	+ 24	+ 70	2,9
Dentálna starostlivosť	+ 6	+ 33	5,5
Lieky, liečivá (ambulantná starostlivosť)	+ 32	+ 84	2,6
Zdrav. pomôcky, protézy a ambulantné nelekárske služby	+ 49	+ 67	1,4
Nemocničná starostlivosť	+ 33	+ 55 ^{a.)}	1,7
Celkovo	+ 36	+ 50	1,4

Poznámka: Nemocničná starostlivosť sa spája so všeobecnými službami a nie s fakultatívnymi službami v súkromnom zdravotnom poistení za ubytovanie (– 10 %) a za prednostnú lekársku starostlivosť (+ 22 %), ktoré sú však zahrnuté v celkových nákladoch poistencov súkromného zdravotného poistenia (posledný riadok).

Zdroj: Združenie súkromného zdravotného poistenia (**Association of Private Health Insurance**), 2003
 In: BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*, s. 79.
<http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

Druhým trhom pre súkromných poistencov je **dobavkové zdravotné pripoistenie (supplementary health insurance)** napríklad na pokrytie vyššieho komfortu ako sú 2-lôžkové nemocničné izby či liečba hlavným lekárom. Keďže nemocenské fondy nesmú ponúkať takéto dodatočné poistenie, poistenci musia využiť súkromné poistenie. Na základe údajov zo sčítania ľudu počet ľudí s dodatkovým súkromným zdravotným pripoistením sa odhaduje na okolo 7,5 milióna (9 % obyvateľstva; mimo súkromného zdravotného poistenia pri cestovaní). Vzrástlo z 5,3 milióna v roku 1991 na 7,6 milióna v roku 1998.

Tretím trhom je **doplňkové zdravotné poistenie (complementary health insurance)**, ktoré pokrýva doplatky, ktoré nie sú plne pokryté hlavným poisťovateľom poistenca. Tradične nebolo toto poistenie zakotvené v systéme. Sektor doplnkového zdravotného poistenia zažil rozmach v rokoch 1997-1998 kvôli obmedzeniam balíka poistných dávok v oblasti dentálnej starostlivosti. Korunky a umelé zubné chrupy boli pre ľudí narodených po roku 1978 vyňaté z verejného zdravotného poistenia. V roku 1999 boli však opätovne tieto poistné dávky vrátené do základného balíka a následne klesol počet detí s doplnkovým poistením z 2,2 miliónov na 1,4 miliónov. Okolo 4,5 miliónov poistení vzniká za účelom fakultatívnych nemocničných dávok a fakultatívnych poistení ambulantných pacientov.

Obidva poistné sektory (dobavkové a doplnkové poistenie) si volí 6 % štátnych poistencov. Približne 900 000 ľudí (1,3 % štátnych poistencov) má doplnkové poistenie

proti strate príjmu. Toto poistné plnenie je užitočné pre dobrovoľných poistencov verejného zdravotného poistenia, ktorí sú SZČO s príjmom prekračujúcim limit (keďže na tej čiastke je založené nemocenské). Pre súkromné zdravotné poisťovne to predstavuje 13 % príjmov.

Do roku 2003 existovalo veľmi málo poistení, ktoré pokrývali doplatky. Mnohé doplnkové poistenia ponúkajú okrem iných služieb príspevky na doplatky na zdravotné pomôcky alebo nemocničné pobyty. Ponuky príspevkov na doplatky za lieky sú čoraz zriedkavejšie.

4.4 Ostatné zdroje financovania zdravotníctva

Dane²²³

Podiel a význam daní ako zdroja finančných prostriedkov pre zdravotníctvo²²⁴ postupne klesá. Prostriedky z daní sa využívajú na rôzne účely. Zákon o financovaní nemocníc z roku 1972 zaviedol duálny finančný princíp v kritickom nemocničnom sektore, čo znamená, že **investičné náklady** sú financované **zo štátnych daní** a prevádzkové náklady sú financované nemocenskými fondmi alebo súkromnými pacientmi (za ktorých môžu platiť súkromné zdravotné poisťovne). Aby mali nemocnice nárok na investíciu, musia byť uvedené v nemocničnom pláne, ktorý vytvárajú jednotlivé spolkové krajiny, nezávisle od vlastníctva

Dane sa používajú aj na **dotáciu výskumu** v univerzitných nemocniciach na **vzdelávanie** lekárov, stomatólogov, farmaceutov, zdravotných sestier a ostatného zdravotného personálu v štátnych školách a na **bezplatné vládne zdravotné schémy** pre policajných a armádnych príslušníkov, nových príslušníkov štátnej služby, väzňov,

²²³ Pozri BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, s. 72 – 73. In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

²²⁴ Pokiaľ hovoríme o daniach ako zdroji finančných prostriedkov pre zdravotníctvo v Nemecku, tento pojem je obsahovo porovnateľný s pojmom „financovanie zdravotnej starostlivosti zo štátneho rozpočtu“ v prípade Slovenskej republiky.

V Nemecku neexistuje priame určenie výnosu časti niektorých daní na financovanie zdravotníctva. Rôznorodé pojmy sa používajú z dôvodu, že v Slovenskej republike sa viac zaužíval termín „*financovanie zo štátneho rozpočtu*“ a teda väčšinou sme zvyknutí na vetnú konštrukciu „*štát platí zo štátneho rozpočtu za svojich poistencov*“. Nestretávame sa s výrazom „*štát platí z daní za svojich poistencov*“. Je samozrejme, že štát má príjmy väčšinou z daní (ak nepočítame rôzne mimoriadne príjmy napr. z privatizácie).

V prípade Nemecka sa v odbornej literatúre viac zaužíval termín „*dane ako zdroj finančných prostriedkov pre zdravotníctvo*“. Z dôvodu vedeckej presnosti prekladu z citovaného zdroja sa pridžame výrazu „*financovanie z daní*“.

Na konci tejto podkapitoly je spomínaná aj možnosť daňovej úľavy pre poistencov, ktorých výdavky na zdravotnú starostlivosť presiahnu určitú hranicu.

imigrantov žiadajúcich o azyl a samosprávy, ktoré podporujú zamestnávanie ťažko postihnutých. Od roku 2004 si musia všetci poberatelia sociálnej starostlivosti, ktorí nie sú inde poistení a časť imigrantov žiadajúcich o azyl, vybrať nemocenský fond a budú mať rovnaké práva a záväzky ako ostatní poistenci. Samosprávy neplatia príspevky za poberateľov sociálnych dávok, no hradia nemocenským fondom služby zdravotnej starostlivosti, ktoré boli poskytnuté týmto osobám. Podiel daní sa na financovaní zdravotnej starostlivosti za posledné desaťročie znížil.

Nemocenské fondy či fondy dlhodobej starostlivosti nedostali do roku 2004 žiadne dotácie z daní okrem dotovania umelcov a príspevku do poľnohospodárskych fondov pre poľnohospodárov na dôchodku. Od roku 2004 dostávajú nemocenské fondy pevnú čiastku zo štátneho rozpočtu na niektoré dávky spojené s rodinným poistením (materské príspevky, nemocenské pre rodičov starajúcich sa o choré deti, umelé oplodnenie, sterilizácia za účelom antikoncepcie a antikoncepcia na lekárske predpis od dvadsiateho roku). Podľa novej reformy zdravotníctva (od r. 2009) by sa z daní malo financovať zdravotné poistenie detí.

Hotovostné platby a doplatky pacientov²²⁵

Hotovostné výdavky pre rôzne typy služieb a produktov ako súčasť celkových výdavkov sa **zvýšili** z 10,7 % celkových nákladov v roku 1992 na 12,2 % v roku 2002.

Na lieky bola zavedená spoluúčasť na nákladoch ešte v roku 1923 a platí až dodnes. Nominálne doplatky existovali od roku 1977 do roku 1989, keď boli zavedené **základné referenčné ceny²²⁶**. Medzi rokmi 1989 a 1992 sa nemuselo doplácať za lieky s referenčnými cenami. Od roku 1993 sa museli platiť paušálne doplatky za rozdiel medzi skutočnými a referenčnými cenami. V roku 1993 sa výška doplatku spájala s cenou predávaného lieku – toto sa opätovne zaviedlo v roku 2004. Od roku 1994 do roku 2003 sa spájala s rozmerom balenia (motivácia pacientov žiadať väčšie balenia). Schéma mala stimulovať lekárov, aby predpisovali väčšie balenia s nižšími priemernými nákladmi na dávku, čo malo viesť k zníženiu celkových nákladov na liečeného pacienta. Celková čiastka doplatkov za lieky v Nemecku v rámci verejného zdravotného poistenia neustále vzrastala od 0,6 miliardy € v roku 1991 na 2,7 miliardy € v roku 1998.

²²⁵ Pozri BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany.* World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, s. 73 – 77. In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

²²⁶ Referenčné ceny liekov predstavujú administratívne stanovené maximálne preplácané ceny za lieky rovnakého terapeutického účinku.

Od 80-tych rokov minulého storočia existujú nové oblasti spoluúčasti pacientov na zdravotných nákladoch: poplatky za dni strávené v nemocnici, v rehabilitačnom zariadení a ambulantná preprava. Pacientom boli doplatky za liečbu v nemocnici zdôvodnené ako pokrytie nákladov na stravu a ostatné sprievodné služby. V zákone o reforme zdravotníctva z roku 1989 mala spoluúčasť pacientov na nákladoch dvojitý účel a cieľ:

- zvýšenie príjmov (doplatkami za dentálnu starostlivosť, fyzioterapiu, dopravu a lieky v čiastke, ktorá prevyšuje referenčné ceny),
- odmena „zodpovedného správania“ občanov voči svojmu zdraviu a dobrá prevencia (napr. nižšie doplatky v oblasti dentálnej starostlivosti v prípade, že pacient vykonával preventívne prehliadky).

Tieto úpravy boli súčasťou úplnej reštrukturalizácie doplatkov, ktorá viedla vo všeobecnosti **k vyššej miere spoluúčasti pacientov na nákladoch**. Korunky a umelé zubné chrupy boli vyňaté z balíčka poistného všetkých poistencov, ktorí sa narodili po roku 1978. Protézy už nehradili priamo nemocenské fondy, ale pacienti museli podstúpiť súkromnú liečbu a dostali stanovenú úhradu od nemocenského fondu

Od roku 2004 došlo k opätovnému podstatnému zvýšeniu doplatkov a hotovostných platieb pre štátnych poistencov. Zákon o modernizácii verejného zdravotného poistenia (**Modernization Act of the Statutory Health Insurance**) sa snažil presunom nákladov na poistencov prostredníctvom zvýšených doplatkov alebo vyňatím benefitov (napr. okuliare, doprava do ambulancií a lieky bez predpisu) dosiahnuť úspory nákladov (úspory sa predpokladali vo výške 4 % nákladov). Doplatky sa zvýšili a ustálili na 10 € za jeden deň pobytu v nemocnici a medzi 5 až 10 € za služby v oblasti ambulantnej starostlivosti. Doplatky 10 € za štvrťrok sa teraz týkajú prvej návštevy u lekára (nemusí to byť nevyhnutne všeobecný lekár) alebo stomatológa.

Oslobodenie od doplatkov má v Nemecku dlhú tradíciu. Udeľuje sa buď špecifickým podskupinám obyvateľov, chudobným alebo ľuďom s vážnymi zdravotnými ťažkosťami. Od platieb boli zvyčajne oslobodené deti, adolescenti do veku 18 rokov (okrem doplatkov za umelé zuby, ortodontickú liečbu a dopravu) a tehotné ženy. Od roku 2004 bola zrušená všeobecná výnimka pre oslobodenie z dôvodu sociálnych problémov, chudoby alebo iných dôvodov a boli určené pevné regulácie čiastočných výnimiek. Podľa novej definície má štátny poistenec právo na oslobodenie od doplatkov za poistné dávky kryté verejným zdravotným poistením, keď má doplatky vo výške viac ako 2 % hrubého ročného príjmu, alebo 1 % hrubého príjmu u osoby s vážnou chronickou diagnózou. Počet ľudí, ktorých sa potenciálne týkajú tieto pravidlá výnimiek sa dá ťažko určiť. Pravdepodobne dochádza k podstatnému prekrytiu medzi viacerými relevantnými skupinami, ktorých sa týka oslobodenie. Pravidlá výnimiek sa nevzťahujú na dávky

poistného plnenia, ktoré nie sú obsahom balíka verejného zdravotného poistenia, alebo na cenové rozdiely pri liekoch s referenčnými cenami.

Okrem mechanizmu výnimiek verejného zdravotného poistenia sa poskytuje **úľava na dani z príjmu pri hotovostných výdavkoch** na zdravotnú starostlivosť, ktoré presahujú 600 € ročne a takisto pri určitých percentách ročného príjmu na domácnosť.

Vysvetlivky a poznámky k nasledujúcej tabuľke č. 42

- a) niektoré údaje v tejto tabuľke boli do roku 1999 vo východnej časti Nemecka nižšie
- b) v zátvorke: zmeny na rok 2002/2004
- c) na štvrťročnú návštevu u lekára alebo zubára okrem odporúčení
- d) s maximálnou cenou lieku; plus rozdiel medzi cenou a referenčnou cenou
- e) 10% s min. 5€ a max. 10€
- f) ak poistenec podstúpil za posledných päť rokov pravidelné každoročné prehliadky
- g) ak poistenec podstúpil za posledných 10 rokov pravidelné každoročné prehliadky
- h) 100% za veľké dentálne zákroky (viac než štyri umelé zuby na jednej z čeľustí alebo viac než tri na jednej strane úst, okrem viacnásobných mostíkov, ktorých môže byť viac než tri)
- i) pevná čiastka je väčšia pre poistencov s pravidelnými prehliadkami za 5 a 10 rokov
- j) ak je značne obmedzená schopnosť prijímať potravu, hovoriť, či dýchať a liečba sa začne pred 18. rokom, inak 100%; ak je úplne ukončený dopredu stanovený liečebný plán, nemocenský fond uhradí spätne plné náklady
- k) za krátkodobú domácu opateru obmedzenú na 28 dní do roka
- l) do roku 2003 obmedzené na celkovo 14 dní kalendárneho roka, od 2004 obmedzené na 28 dní

Tabuľka č. 42 Úroveň doplatkov a pripoistenia v Nemecku v období 1994 – 2005 ^{a.)}

	1994 – 1996	I. polrok 1997	II. polrok 1997	1998	1999	2000 – 2003 ^{b.)}	2004 – 2005
Ambulantné lekárske ošetrovanie (v €)	0	0	0	0	0	0	10 ^{c.)}
Lieky ^{d.)}							5 – 10 ^{e.)}
– malé balenia (v €)	1,5	2	4,6	4,6	4,1	4,1 (4)	
– stredné balenia (v €)	2,6	3,1	5,6	5,6	4,6	4,6 (4,5)	
– veľké balenia (v €)	3,6	4,1	6,6	6,6	5,1	5,1 (5)	
Konzervatívna dentálna liečba (v €)	0	0	0	0	0	0	10 ^{c.)}
Korunky a umelé zubné chrupy ^{h.)}	50 % 40 % ^{f.)} 35 % ^{g.)}				50 % ^{i.)} 40 % ^{f.)} 35 % ^{g.)}	50 % ^{f.)} 40 % ^{f.)} 35 % ^{g.)}	100 % nad pevne určenú sumu
– pre ľudí narodených pred r. 1979 ^{h.)}		50 % 40 % ^{f.)} 35 % ^{g.)}	55 % 45 % ^{f.)} 40 % ^{g.)}	100 % nad pevne určenú sumu			
– pre ľudí narodených po r. 1979		100 %	100 %	100 %			
Ortodontická liečba (úprava skusu)	0 - 20% ^{j.)}	0 - 20% ^{j.)}	0 - 20% ^{j.)}	0 - 20% ^{j.)}	0 - 20% ^{j.)}	0 - 20% ^{j.)}	0 - 20% ^{j.)}
Doprava do (zo) zdravotníckeho zariadenia							
– nemocničná liečba alebo núdzové prípady (€ za prepravu)	10,2	10,2	12,8	12,8	12,8	12,8 (13)	5 – 10
– ambulantná liečba	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Nelekárska liečba (napr. domáca opatera, fyzioterapia)	10 %	10 %	15 %	15 %	15 %	15 %	10 % + 10 € za predpis ^{k.)}
Pobyť v nemocnici a nemocničná rehabilitácia po nemocničnom pobyte (€ za deň) ^{l.)}	6,1	6,1	8,7	8,7	8,7	8,9 (9)	10
Preventívna kúpeľná liečba alebo nemocničná rehabilitácia nesúvisiaca s pobytom v nemocnici (€ za deň)	6,1	12,8	12,8	12,8	12,8	8,7 (9)	10

Zdroj: BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*, s. 76.
In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

4.5 Reformy v oblasti zdravotníctva v Nemecku²²⁷

Niektorí autori definovali problémy nemeckého zdravotníctva pri porovnávaní s inými zdravotníckymi systémami nasledovne:²²⁸

- historické (takmer úplné) oddelenie ambulantnej a nemocničnej sféry,
- miera využívania zdravotnej starostlivosti v Nemecku patrí k najvyšším na svete vzhľadom na nízku mieru priamych platieb pacientov, ktorí väčšinou nemajú predstavu, koľko ich liečba stojí,
- na lieky sa vynakladá vysoké percento z celkových výdavkov na zdravotníctvo,
- pomer lekárov na počet obyvateľov patrí k najvyšším na svete,
- v Nemecku je málo rozvinutý preventívny systém, zrušenie východonemeckého modelu, ktorý sa významne opieral o preventívnu starostlivosť a jeho náhrada západonemeckým systémom sa v praxi prejavila ako nesprávne rozhodnutie,
- starnutie populácie a zvyšujúci sa dopyt po geriatrickej starostlivosti znamenajú pre nemocenské fondy veľké problémy s udržateľným financovaním (odhaduje sa, že ak nenastane zmena v demografickom vývoji prípadne nebudú prijaté zásadné reformy v systéme financovania, bude potrebné zvýšiť do roku 2030 poisťné až na 23,6 % platu),
- v nemeckom zdravotníctve (medzi nemocenskými fondmi, nemocnicami i medzi lekármi) nie sú rozvinuté podmienky a motívy pre vzájomnú konkurenciu.

Množstvo reformných zákonov v Nemecku (pozri tabuľku *Chronológia zdravotníckych reforiem v Nemecku v rokoch 1988 – 2004* v prílohe č. 8) svedčí o neustálom hľadaní optimálneho a vhodného modelu financovania zdravotníctva s osobitným akcentom na finančnú udržateľnosť systému.²²⁹ V niektorých smeroch boli pokusy o zmeny neúspešné a museli byť spätne revidované a opravované. Rozhodnutia boli väčšinou hľadaním kompromisu medzi dvoma základnými smermi vývoja – medzi udržateľným financovaním a medzi upevňovaním solidarity.

²²⁷ Pozri: BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, s. 185 – 205. In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

²²⁸ JEFFREY L. JACKSON : *Německý systém zdravotnictví. Poučení pro reformu ve Spojených státech*. In: J. Amer. med. Ass., roč. 5, č. 5 /1997, s. 385 – 387.

²²⁹ Kresťanská demokraticko – liberálna vláda (obdobie vlády rokoch 1982 – 1998) ako aj vláda sociálnych demokratov a strany zelených (obdobie vlády 1998 – 2005) zachovávali základnú štruktúru verejného (zákonného) zdravotného poistenia (**statutory health insurance**). Obidve spolkové vlády vykonali v Nemecku v priebehu takmer 15 rokov mnoho reforiem v oblasti zdravotnej starostlivosti a jej financovania. Podporovali konkurenciu medzi nemocenskými fondmi, vykonávali intervencie za účelom zvýšenia kvality zdravotnej starostlivosti a inovovali štruktúrálly systém v troch oblastiach: pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pri administrovaní (správe, riadení) a pri financovaní. Politické opatrenia v oblasti zdravotnej starostlivosti nastúpili vtedy, keď verejné zdravotné poistenie malo finančné deficity.

Reformné zákony v minulosti zavádzali rôzne racionalizačné opatrenia:

- stabilizácia zákonných odvodov,
- zmeny v platbách príspevkov zamestnávateľov,
- obmedzenie zdravotníckych výkonov,
- rozpočtové alebo výdavkové stropy pre nemocničný a ambulantný sektor alebo pre individuálnych poskytovateľov,
- znižovanie počtu nemocničných lôžok,
- obmedzenia počtu ambulantných lekárov,
- opatrenia v oblasti liekovej politiky, ktoré mali viesť k zvýšeniu racionálneho predpisovania liekov (vzdelávacie aktivity v oblasti racionálnej farmakoterapie, zavedenie referenčných cien, predpisovanie generík, rozšírenie negatívneho zoznamu, zavedenie (a opätovné zrušenie) pozitívneho zoznamu,
- redukcia vysoko nákladného technického zariadenia a prístrojov,
- postupne zvyšovanie rozsahu pripoistenia a doplatkov pacientov,
- znižovanie cien pre výrobcov, veľkoobchodníkov a lekárne,
- vyňatie dávok z verejného zdravotného poistenia.

Na druhej strane bola aj snaha upevňovať solidaritu rozširovaním poistenia medzi širšie vrstvy obyvateľstva. Podrobnejší prehľad o prínosoch najdôležitejších zdravotníckych reforiem a reformných zákonov za obdobie 1977 – 2006 sa nachádza v prílohe č. 8 „*Prehľad reforiem v nemeckom zdravotníctve za obdobie 1997 – 2006*“

Od roku 2003 sa rozvinul široký konsenzus, že financovanie odvetví sociálneho poistenia potrebuje zásadné zmeny. Začiatkom roka 2003 bola ustanovená kancelárom **Rürupová komisia**. Pozostávala z expertov, z reprezentantov zamestnávateľov, z predstaviteľov odborov a ostatných skupín a bola poverená vytvorením **návrhu reformy pre udržateľné financovanie systému sociálneho poistenia**, vrátane zákonného zdravotného poistenia. Rürupova komisia vypracovala vo svojej konečnej správe dva návrhy na riešenia ďalšieho smerovania sociálneho a zdravotného poistenia. Uvedené plány a návrhy nakoniec vyústili do jednej z najväčších sociálnych reforiem v Nemecku označovanej často ako **Reforma zdravotníctva 2007**.

Na základných rysoch tejto reformy, ktorá mala zabrániť stúpajúcim nákladom na zdravotníctvo, sa dohodli koalíční partneri v koalíčnej zmluve medzi CDU, CSU a SPD z 11. novembra 2005. V nasledujúcom období sa však kvôli názorovým nezrovnalostiam dospievalo ku konkrétnym návrhom reformy len veľmi ťažko a pomaly. Až 3. júla 2006 sa politické špičky CDU, CSU a SPD dohodli na konkrétnych návrhoch, ktoré by mala

reforma obsahovať. Dňa 5. októbra 2006 prijala koalícia rozhodnutie, že hlavné prvky reformy začnú platiť až od roku 2009 (pôvodne plánovaný začiatok reformy bol v roku 2007). Veľa analytikov videlo v posune reformy na rok 2009 indíciu, že táto reforma aj tak vo všetkých svojich bodoch nevstúpi do platnosti nikdy, keďže rok 2009 je rokom volebným, a súčasná vláda bude potrebovať spokojných (a nie nespokojných) voličov. 2. februára 2007 bol zákon o reforme zdravotníctva schválený v parlamente.

Na základe uvádzaných skutočností sa dá konštatovať, že financovanie zdravotníctva a verejné zdroje určené na financovanie zdravotníctva je v každej krajine značne ovplyvňované politickými rozhodnutiami a celkovým spoločenským konsenzom. Všeobecná spokojnosť všetkých obyvateľov sa nikdy nedosiahne. Vždy budú určité skupiny protestovať, pretože sa ich viac dotkne zmena systému, ktorý im doteraz vyhovoval.²³⁰

Súčasná reforma má priniesť novodobé zmeny v platení príspevkov do systému zdravotného poistenia, a to nielen zamestnávateľom, ale aj jednotlivým občanom. Cieľom reformy je úplná zmena financovania výkonov v zdravotníctve. Podľa nových pravidiel reformy by mala mať prednosť prevencia pred liečbou a rehabilitácia pred opatrovaním. Podpora preventívnych výkonov (a s tým súvisiacich finančných nárokov) totiž v dovtedajšom zdravotnom systéme neprinesla želaný prínos, a to najmä kvôli zložitému právnemu stavu. Súčasná reforma by sa mala skôr nazývať nie „reformou zdravotníctva“, ale „finančnou reformou v zdravotníctve“.²³¹

Historický priebeh a politické pozadie postupného formovania záverečnej verzie reformy je zobrazený v tabuľke č. 43.

²³⁰ Prípravu veľkej reformy zdravotníctva sprevádzali v máji 2006 niekoľkotýždňové protestné akcie. Štrajky začali najskôr zo strany lekárov z nemeckých univerzitných kliník i regionálnych nemocníc za vyššie platy a lepšie pracovné podmienky, neskôr začali štrajkovať aj ostatní zdravotnícki pracovníci. V júli protestovali proti reforme zdravotníctva na podnet odborových organizácií tisícky ostatných občanov, medzi nimi osobitne zamestnanci zákonných zdravotných poisťovní (nemocenských fondov). V novembri protestovalo proti pripravovanej reforme niekoľko tisíc majiteľov a zamestnancov lekární, ktorí odmietali nové pravidlá spolkovej vlády ohľadne vysokých cien pre lieky a zdravotnícke potreby.

²³¹ Pozri <http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitsreform>

Tabuľka č. 43 **Chronológia Reformy zdravotníctva 2007 v Nemecku**

- 11.11.2005:** V koalíčnej zmluve medzi CDU, CSU a SPD sa koalíční partneri dohodli na reforme zdravotníctva, ktorá mala zabrániť stúpajúcim nákladom na zdravotníctvo.
- 30.11.2005:** Ministerská predsedkyňa Angela Merkel (CDU) si stanovila **reformu zdravotníctva ako základný cieľ svojej vlády**.
- 6.4.2006:** Vládne strany sa dohodli, že kvôli reforme vytvoria tím pozostávajúci z 8 členov koalície a SPD.
- 11.4.2006:** Koaličný šéf Volker Kauder (CDU) prichádza s myšlienkou tzv. **Zdravotného fondu**, cez ktorý budú financované všetky zdravotné poisťovne. V tomto finančnom poolle budú akumulované prostriedky od poisťencov, zamestnávateľov, i zo štátneho rozpočtu.
- 18.6.2006:** Merkelová sa verejne zastáva Zdravotného fondu.
- 25.6.2006:** Veľká koalícia rozhodne, že Zdravotný fond bude dostávať peniaze aj z daní.
- 3.7.2006:** Počas nočnej schôdze sa koalícia dohodne na hlavných bodoch reformy zdravotníctva. Začiatkom roku 2008 má vzniknúť Zdravotný fond. Príspevky do poisťovní sa zvýšia jednotne vo všetkých spolkových krajinách. Súkromné poisťovne zostanú na báze plného poistenia, ale musia začať ponúkať aj základné poistenie.
- 6.9.2006:** Koaličná rada presunie štart reformy o tri mesiace, a to na **1.4.2007**.
- 4./5.10.2006:** Počas nočnej schôdze sa koalícia rozhodne o posune začiatku „srdca“ reformy (Zdravotného fondu) na **rok 2009**.
- 12.10.2006:** Reforma má už 542 strán.
- 25.10.2006:** Vládny kabinet odsúhlasí konečnú formu reformy a odovzdá ju na schválenie do parlamentu.
- 27.10.2006:** V parlamente sa vyvíja dramatická diskusia. Celú reformu sprevádzajú protesty a krízy.
- 1.11.2006:** Niekoľko tisíc lekárnikov vyjde protestovať do ulíc.
- 4.12.2006:** Niekoľko tisíc lekárov zavrie svoje ambulancie, lekárne zostávajú zatvorené, v nemocniciach sa pracuje na núdzový režim. Ministerka zdravotníctva reaguje s hnevom na tieto protestné akcie.
- 15.12.2006:** Parlament začína rokovať o návrhu reformy zdravotníctva. Spolkové krajiny hlásia viac ako 90 návrhov zmien.
- 2.2.2007:** Poslanci schvaľujú zákon prostredníctvom otvoreného hlasovania (podľa mien). Prezident Horst Kohler podpísal zákon 26.3.2007.
- 1.4.2007:** Niektoré časti zdravotníckej reformy vstupujú do platnosti od 1.4.2007, ale viaceré významné zmeny nadobudnú platnosť až v roku **2009**.

vlastné spracovanie na základe zdroja: http://www.focus.de/politik/deutschland/gesundheitspolitik/chronologie_aid_116837.html

Zdravotné poistenie

- Od 1.1.2009 bude povinnosťou všetkých občanov v Nemecku uzatvoriť si zdravotné poistenie (úplne nový prvok v novodobej histórii Nemecka). V súčasnosti sa to týka 300.000 nepoistených, ktorí sa budú musieť povinne stať poistencami nejakej zdravotnej poisťovne.
- Všetkým občanom, ktorí v súčasnosti nemajú žiadnu poistnú ochranu, musí byť umožnený vstup (resp. návrat) do systému zdravotného poistenia.
- Namiesto siedmich zväzov zdravotných poisťovní bude existovať len jeden.
- Od roku 2009 už nebudú zdravotné poisťovne rozhodovať o výške poistného. Vo všetkých spolkových krajinách budú platiť jednotné sadzby.
- Zavedenie prvku nepreplácania zdravotných nárokov poistenca v prípade neplatenia si zdravotného poistenia. Výnimku budú tvoriť len život ohrozujúce stavy, kedy bude zdravotná poisťovňa niesť jednotlivé náklady.
- Súkromné zdravotné poisťovne budú musieť od roku 2009 ponúkať (na rozdiel od súčasnosti) aj základný typ poistenia t.j. základnú tarifu poistenia, ktorá neprekročí maximum najvyššieho štátneho poistenia. Poistenci v súkromných poisťovniach doteraz platili za seba a svoje deti plné príspevky, a v budúcnosti budú musieť znášať solidaritu a prispievať na chudobnejších občanov, ktorí budú mať základné poistenie v týchto poisťovniach.
- Prechod od súkromného poistenia k štátnemu poisteniu nebude možný. Opačný prechod bude možný, ale oproti súčasnosti veľmi sťažený.
- Na preventívnych programoch sa budú musieť podieľať aj súkromné zdravotné poisťovne.
- Zdravotné poisťovne zvýšia odvody na zdravotné poistenie o cca. 0,5 %, čo by malo priniesť zvýšenie príjmu o 5 miliárd €. Zvýšenie sa bude týkať zamestnávateľa i zamestnanca, takže túto ťarchu poniesie každý na polovicu.
- Keď zdravotné poisťovne nebudú mať dostatok finančných prostriedkov (najmä poisťovne s vyšším podielom starých a chorých), budú môcť žiadať priamy doplatok od svojich poistencov. Tento doplňujúci príspevok však nesmie presiahnuť viac ako 1 % z celkového príjmu domácnosti poistenca.

²³² Pozri <http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitsreform>
http://www.focus.de/politik/deutschland/gesundheitspolitik/lexikon_aid_116866.html
<http://hermes.zeit.de/pdf/archiv/2008/30/Gesundheit.pdf>

- Poistovne si môžu konkurovať v nákupe zdravotnej starostlivosti od poskytovateľov (napr. zavedenie ďalších možností pre poisťovne, aby mohli priamo s výrobcami liekov dojednávať výhodnejšie ceny).

Zavedenie jednotného Zdravotného fondu od 1.1.2009

- Tento finančný pool je srdcom celej reformy. Organizačné a technické prípravy na začatie fungovania v Berlíne začali prebiehať už v roku 2008.²³³ Na počiatočnú informatizáciu a zriadenie miliónov účtov pre všetkých poistencov sa už minulo 40 mil. €. Zdravotný fond by mal začať plne fungovať od 1.1.2009.
- Do Zdravotného fondu budú smerovať príspevky poistencov, zamestnávateľov, ako i štátne dotácie. Jednotlivé poisťovne dostanú peniaze na každého poistenca z tohto centralizovaného jednotného Zdravotného fondu. Odhaduje sa, že od roku 2009 bude podľa nových kritérií rozdeľovaných 151 mld. €.
- Keďže príspevky budú prerozdeľované cez Zdravotný fond, ktorý si vyžiada ďalší administratívny aparát, kritici reformy zdravotníctva poukazujú najmä na to, že týmto centralizovaným krokom stratí tok financií v zdravotníctve transparentnosť.

Financovanie z daní

- Príspevok do zdravotného poistenia financovaný z daní zostane i naďalej, i keď podľa koalíciej zmluvy mal byť od roku 2008 úplne vypustený. Pre rok 2008 sa počíta s 1,5 mld €, pre rok 2009 s 3 mld. €. Dlhodobo by mal mať tento daňovo-financovaný príspevok stúpajúcu tendenciu. Cez neho by sa malo v budúcnosti vykrývať **poistenie detí**.

Poistné dávky²³⁴ a výdavky, úhrady zdravotnej starostlivosti a služieb a zmeny v poskytovaní zdravotnej starostlivosti

- Výdavky nemocníc na jednotlivé výkony budú limitované.
 - Nemocnice budú motivované poskytovať viac zdravotnej starostlivosti ambulantnou formou, na ktorú musia zdravotné poisťovne vyčleniť viac zdrojov. Naopak – výdavky lôžkových oddelení sa majú znižovať.
- Základné pravidlo: „ambulantne a nie stacionárne/dlhodobo“.

²³³ Aparát mal v roku 2008 už 95 pracovníkov, a jeho riaditeľka Doris Pfeiffer je v úrade od júla 2008.

²³⁴ Ako už bolo spomínané v časti 3.1.3, termín „**benefits**“ možno preložiť aj ako „**dávka, výhoda, náhrada, podpora, príspevok, odškodné**“ Nárok znikne pri poistnej udalosti, ktorým je vznik choroby a inej skutočnosti, súvisiacej s predchádzaním choroby napr. prevencia, informačné služby pre pacientov a pod. V niektorých publikáciách sa slovo „benefits“ prekladá aj ako „**benefity**“.

- Je plánovaná aj zmena platobných mechanizmov (bodovací systém má byť nahradený cenotvorbou v peňažných jednotkách).
- Sprístupnenie nemocníc pre ambulantné ošetrovanie ľudí, ktorí trpia ťažkými alebo ojedinelými chorobami.
- Sektor liekovej politiky patrí k oblastiam, od ktorých sa očakáva najväčšie zníženie súčasných nákladov. Zdravotné poisťovne si stanovujú hornú hranicu, ktorú budú pri liekoch preplácať.
- Pri predpisovaní drahých liekov resp. špeciálnych liekov musí potrebu indikácie potvrdiť ešte aj druhý lekár (potreba ďalšieho lekárskeho posudku).
- Lekárne budú môcť ponúkať rabaty, ale len na doplatky liekov.
- Súčasné ohraničenie lekárskeho ošetrovania na pevnú celkovú sadzbu sa skončí. Naproti tomu vzniknú nové možnosti: paušál na výkon/alebo na ošetrovanie choroby/alebo na pacienta. Pri prekročení určených výkonov lekárom sa mu budú zarátať znížené sadzby za ošetrovanie.
- Zavedenie právneho nároku na rehabilitáciu preplácaného zdravotnou poisťovňou. Starší a na ošetrovanie odkázaní ľudia budú mať zákonný nárok na rehabilitáciu.
- Zavedenie právneho nároku na domácu starostlivosť v bytových spoločenstvách a novodobých formách bývania.
- Zlepšenie paliatívnej medicíny.
- Očkovania, ktoré odporúča očkovacia komisia Robert-Kochovho inštitútu sa stanú povinne preplácanými výkonmi poisťovní.
- Doplatok, ktorý budú musieť platiť chronicky chorí pacienti za lieky a ošetrovanie, nesmie prevyšovať viac ako 1% celkového príjmu domácnosti. Samozrejme to bude platiť len dovtedy, pokiaľ títo pacienti budú aktívne spolupracovať.
- Pri záchranej službe sa ráta s úsporou nákladov 100 mil. €.
- Poistenci, ktorí absolvujú medicínsky neodôvodnené zákroky, budú musieť rátať s vysokými doplatkami. To sa týka aj neočakávaných následkov, ktoré vzniknú po tetovaní alebo piercingu.

Ne hodnotenie výsledkov veľkej zdravotnej reformy je ešte pomerne krátky čas, pretože niektoré zmeny sa ešte len postupne uvádzajú do praxe. Výsledky reformy (najmä ekonomické dopady) možno hodnotiť až s určitým časovým odstupom.

5 Možnosti financovania zdravotníctva z verejných a súkromných zdrojov

Tlak na zvyšovanie celkových výdavkov v zdravotníctve existuje takmer v každej krajine bez ohľadu na jej ekonomickú úroveň a hospodársky vývoj. Ako už bolo spomínané, **možnosti** a zdroje **financovania** zdravotného systému závisia **objektívne** od úrovne ekonomického rozvoja, rastu agregátneho HDP, počtu ekonomicky aktívnych obyvateľov (ktorí platia poistné odvody a dane), úrovne ich príjmov (priemerná mzda, minimálna mzda). **Subjektívne** je zdravotníctvo závislé na legislatívnych normách, ktoré sú výsledkom politických rozhodnutí.²³⁵ Politické rozhodnutia by mali byť výsledkom celospoločenskej dohody v otázke, aký podiel zdravotníctva bude spoločnosť financovať na báze vzájomnej solidarity a koľko zodpovednosti v oblasti sociálneho a zdravotného zabezpečenia prenesie na jednotlivca. Okrem rozmeru solidarity by mali legislatívne normy zabezpečovať aj finančnú udržateľnosť ako zodpovednosť voči budúcej generácii. Systém musí byť finančne vyrovnaný nielen z krátkodobého hľadiska (viacnásobné nesystematické jednorazové oddĺženia), ale predovšetkým z dlhodobého hľadiska nemôžu výdavky stále prevyšovať príjmy. Ak považujeme povinné zdravotné a sociálne odvody za určitý druh dane²³⁶, mala by sa pri platbách odvodov ako aj pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti dosiahnuť horizontálna i vertikálna spravodlivosť.²³⁷ Na zdravotný stav obyvateľstva vplyva množstvo sociálno-spoločenských (negatívne pracovné prostredie, záťaž, stres) a enviromentálnych faktorov (životné prostredie). Tieto faktory sú negatívnymi externalitami, ktoré zväčšujú nákladovosť zdravotníctva.

²³⁵ V tejto oblasti sa však zodpovedné politické rozhodnutia často zamieňajú za populistické kroky z dôvodu boja o voličské hlasy. Veď koľkí z obyvateľov by chceli dobrovoľne platiť vyššie dane preto, aby boli viac solidárni z chudobnými? Alebo koľkí z pacientov - voličov sú tak uvedomelí, že sa dobrovoľne rozhodnú časť zdravotníckych výdavkov hradiť z vlastných súkromných zdrojov, len aby sa nezvyšoval verejný dlh? Väčšina občanov často ani nerozumie, ako vzniká verejný dlh a akú výšku má aktuálny verejný dlh v ich štáte. Politici majú strach zo straty voličských hlasov, preto sa tvária, že všetky zdravotnícke služby sú dostupné a kvalitné. Nie sú ochotní pristúpiť k rozhodnutiam, ktoré by viedli k obmedzeniu rozsahu zdravotnej starostlivosti, hradenej zo solidárnych verejných zdrojov. Spoločnosť sa tvári, že má bezplatný prístup k zdravotníckym službám, ktoré sú navonok deklarované. V skutočnosti sa pacienti pri nedostupnosti zdravotníckych služieb snažia dostať k službám, ktoré potrebujú **nelegálnymi platbami**. Súkromné zdroje sa predsa nakoniec dostanú do zdravotníctva, ale v nelegálnej a nedovolennej podobe. Na túto tému existujú aj u odborníkov – ekonómov rozporuplné názory. Niektorí berú do úvahy nelegálne platby ako súkromné alebo iné zdroje. (Pozri PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Reforma zdravotníctva - reforma pre občana*. Bratislava: M.E.S.A 10, 2001. In: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/Reforma-new.pdf>). Ďalší odborníci namietajú, že spomínaním tejto skutočnosti vo vedeckej práci by sme de facto nepriamo legalizovali tieto zdroje. Je však verejnne známe, že tieto javy a nelegálne zdroje existujú. Svedčia o tom aj viaceré medializované kauzy o korupcii v zdravotníctve a trestné konania. Netrúfame si však robiť žiadne kvantitatívne odhady o výške nelegálnych zdrojov v zdravotníctve ani výskum v tejto oblasti.

²³⁶ Pozri Klasifikácia daní podľa OECD.
In: MEDVEĎ, J. – NEMEC, J. – ORVISKÁ, M. – ZIMKOVÁ, E. : *Verejné financie*. Bratislava : SPRINT, 2005, s. 126

²³⁷ Viacerí odborníci sa venovali analýze a výskumu v oblasti spravodlivosti financovania a spravodlivosti poskytovania zdravotnej starostlivosti v jednotlivých krajinách. Pozri: WAGSTAFF, A. et al: *The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries*. In: *Journal of Health Economics* 18, 1999.

5.1 Porovnanie úrovne základných ukazovateľov financovania zdravotníctva vo vybraných krajinách a na Slovensku

Úroveň zdravotníctva môžeme hodnotiť z rôznych pohľadov. Predovšetkým je to mikroekonomické a makroekonomické hľadisko. Iným spôsobom bude hodnotiť zdravotníctvo pacient, ak sa mu neposkytnú zdravotnícke služby, ktoré požaduje. Lekár, ktorý odslúžil v mesiaci množstvo nadčasových hodín (často nad úroveň povolených limitov) bude hodnotiť úroveň zdravotníctva z hľadiska osobného ohodnotenia jeho zodpovednej a ťažkej práce. Iný je makroekonomický pohľad ekonómov, zodpovedných za verejné financie.

Ak chceme vytvoriť určité odporúčania a návrhy na zlepšenie možnosti financovania zdravotníctva, je potrebné analyzovať východiskový stav slovenského zdravotníctva nielen v rámci uzatvoreného systému ako samostatný celok (kapitola 2), ale aj porovnaním úrovne s inými krajinami. Štandardne sa porovnávaná uskutočňujú prostredníctvom základných ukazovateľov:

- **celkové výdavky na zdravotníctvo** ako percento HDP,
- **celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu** v priemernom výmennom kurze v US dolároch,²³⁸
- **verejné výdavky na zdravotníctvo** ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo,
- **výdavky na lieky** ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo.

V kapitole 3 sme sa venovali skúmaniu ukazovateľov z hľadiska časových radov za obdobie predchádzajúcich 30 rokov (resp. posledné možné dostupné obdobie v prípade ČR a SR). Cieľom tejto podkapitoly je porovnanie ukazovateľov medzi jednotlivými krajinami. Ako východisko na porovnanie sme vybrali dva roky so sedemročným časovým odstupom – rok 1997 a rok 2005, a to z nasledovných dôvodov:

- V štatistike OECD sa Slovenská republika prvýkrát uvádza až v roku 1997, výdavky na lieky ako percento na celkových výdavkoch sa dokonca prvýkrát uvádzajú až v roku 1999. Keďže pre komparáciu s inými krajinami bolo dôležité práve Slovensko, prvým porovnávacím rokom bol rok 1997.
- Rok 2005 je posledným dostupným rokom, v ktorom OECD uvádza štatistické údaje.

Výber krajín bol uskutočnený tak, aby v štatistickej vzorke boli zastúpené všetky modely financovania zdravotníctva.

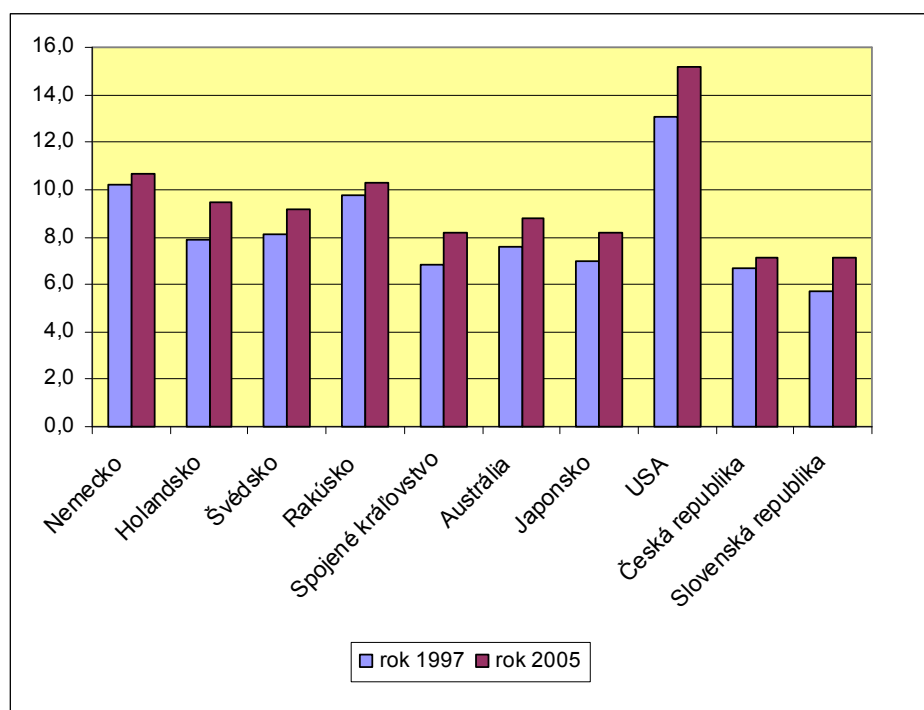
²³⁸ z hľadiska historického postavenia dolára ako hlavnej svetovej meny v minulosti sa v štatistikách OECD aj WHO používa uvedený ukazovateľ prepočítaný v priemernom výmennom kurze v US dolároch),

Tabuľka č. 44 **Celkové výdavky na zdravotníctvo ako percento HDP podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín**

krajina	rok 1997	rok 2005
Nemecko	10,2	10,7
Holandsko	7,9	9,5
Švédsko	8,1	9,2
Rakúsko	9,8	10,3
Spojené kráľovstvo	6,8	8,2
Austrália	7,6	8,8
Japonsko	7,0	8,2
USA	13,1	15,2
Česká republika	6,7	7,1
Slovenská republika	5,7	7,1

Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**
 In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

Graf č. 41 **Celkové výdavky na zdravotníctvo ako percento HDP podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín**



Zdroj: vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 44

Podielom celkových výdavkov do zdravotníctva ako percenta HDP ako aj v ukazovateli výdavky na zdravotníctvo na osobu (nasledujúci graf) jednoznačne zaostávame za priemerom krajín OECD. Viaceré odhady a výpočty²³⁹ naznačujú, že objem prostriedkov do systému zdravotníctva na Slovensku by sa aj v horizonte najbližších niekoľko rokov mohol pohybovať okolo **7 %**. Najvyššie výdavky pozorujeme v USA, ktoré nemajú solidárne zdravotné poistenie.

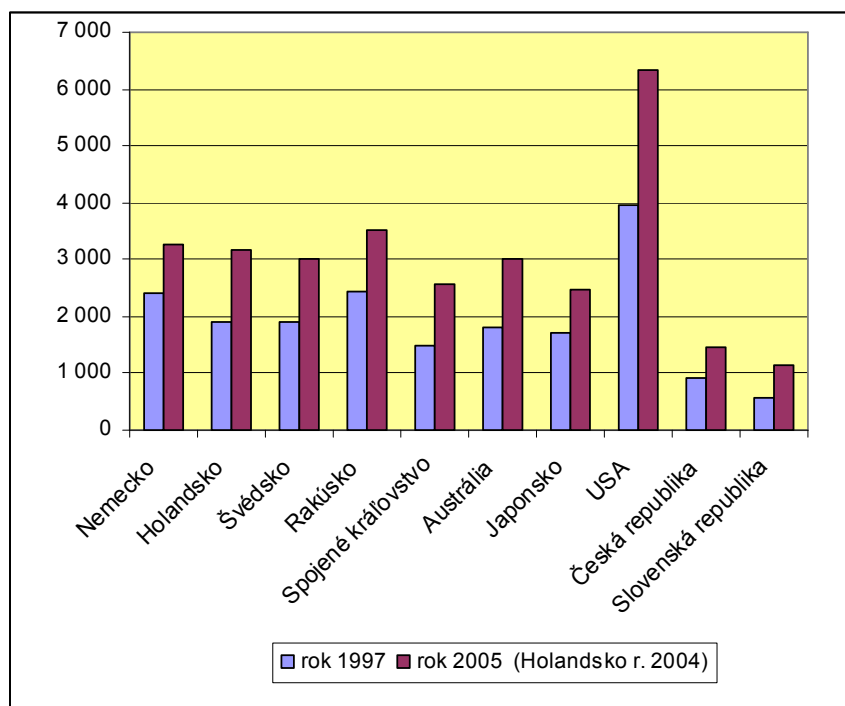
²³⁹ Pozri Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2005, s. 12. In: www.udzs.sk

Tabuľka č. 45 **Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín**

krajina	rok 1997	rok 2005 (Holandsko r. 2004)
Nemecko	2 413	3 251
Holandsko	1 916	3 156
Švédsko	1 886	3 012
Rakúsko	2 439	3 507
Spojené kráľovstvo	1 499	2 580
Austrália	1 805	2 999
Japonsko	1 695	2 474
USA	3 951	6 347
Česká republika	922	1 447
Slovenská republika	564	1 130

Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**
In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

Graf č. 42 **Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch – porovnanie 10 krajín**



Zdroj: vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 45

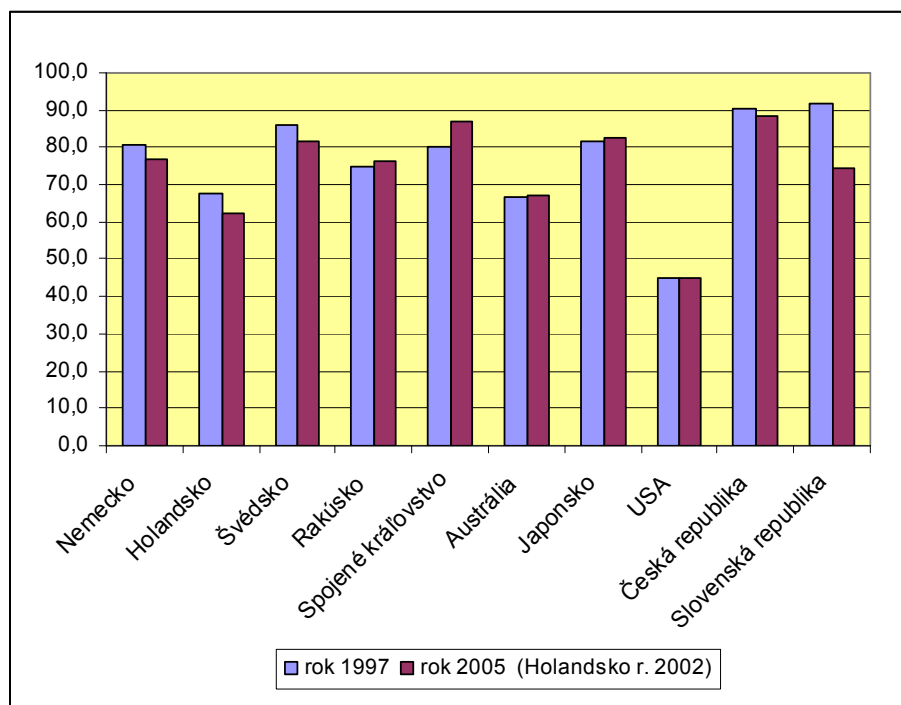
Ak hodnotíme úroveň zdravotníctva podľa celkových výdavkov na zdravotníctvo ako percenta HDP, je nutné porovnať aj HDP na 1 obyvateľa, pretože sa môžeme dopracovať k nepresným uzáverom. Rovnaké percento HDP na zdravotníctvo môže totiž vynakladať vyspelá krajina aj rozvojová krajina, ale úroveň zdravotníctva bude značne odlišná (pozri prílohu č. 5). Ukazovateľ výdavky na zdravotníctvo na osobu je na Slovensku ešte výraznejšie nižší v porovnaní s inými krajinami ako v prípade celkových výdavkov.

Tabuľka č. 46 **Verejné výdavky na zdravotníctvo ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín**

krajina	rok 1997	rok 2005 (Holandsko r. 2002)
Nemecko	80,8	77,0
Holandsko	67,8	62,5
Švédsko	85,8	81,7
Rakúsko	75,0	76,5
Spojené kráľovstvo	80,4	86,9
Austrália	66,9	67,0
Japonsko	81,5	82,7
USA	45,1	45,1
Česká republika	90,3	88,6
Slovenská republika	91,7	74,4

Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**
In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

Graf č. 43 **Verejné výdavky na zdravotníctvo ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín**



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 46

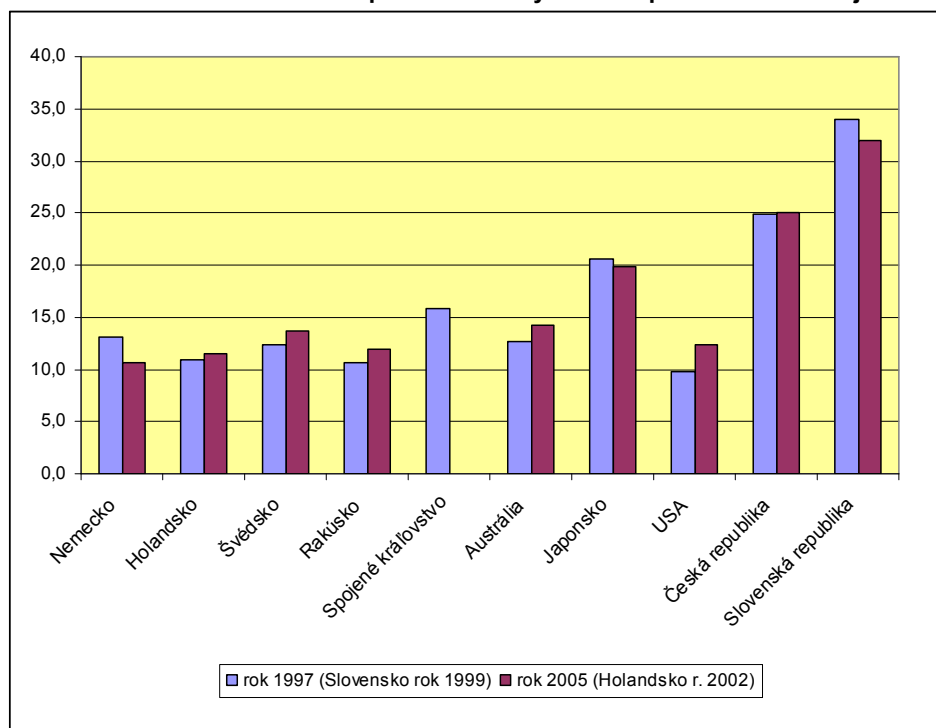
Verejné výdavky na zdravotníctvo deklarujú stupeň vzájomnej solidarity. Na ukazovateli môžeme pozorovať dva paradoxy. Zatiaľ čo USA má predchádzajúce dva ukazovatele najvyššie, verejné výdavky má pod priemerom ostatných vyspelých krajín. Súvisí to s liberálno-trhovým modelom financovania. Na druhej strane Slovensko má najnižšiu úroveň prvých dvoch ukazovateľov, ale v prípade verejných výdavkoch sme boli v roku 1997 nad priemerom všetkých uvedených krajín. Pokles verejných výdavkov v roku 2005 (oproti roku 1997) súvisí s vplyvom reformných opatrení za posledné roky.

Tabuľka č. 47 **Výdavky na lieky ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín**

krajina	rok 1997 (Slovensko rok 1999)	rok 2005 (Holandsko r. 2002)
Nemecko	13,1	10,7
Holandsko	11,0	11,5
Švédsko	12,4	13,7
Rakúsko	10,6	12,0
Spojené kráľovstvo	15,8	
Austrália	12,6	14,2
Japonsko	20,6	19,8
USA	9,8	12,4
Česká republika	24,9	25,1
Slovenská republika	34,0	31,9

Zdroj: vlastné spracovanie na základe: **OECD Health Data 2008 - Selected Data**
In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx> data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat

Graf č. 44 **Výdavky na lieky ako percento na celkových výdavkoch na zdravotníctvo podľa štatistiky OECD – porovnanie 10 krajín**



Vlastné spracovanie na základe údajov z predchádzajúcej tabuľky č. 47

V ukazovateli výdavky na lieky ako percento na celkových výdavkoch pozorujeme výrazne prvenstvo Slovenska. Nadmerná spotreba liekov je často uvádzaná viacerými odborníkmi z oblasti medicíny. Na ukazovateľ však môže vplývať aj nedostatok iného druhu zdravotnej starostlivosti (rehabilitácia, dlhodobá opatera), ktorý sa následne kompenzuje spotrebou liekov. Dôležitou skutočnosťou je tiež cenový vplyv. Väčšina liekov sa dováža a pomer priemernej mzdy na Slovensku a cien dovážaných liekov je iný ako napr. v Nemecku alebo Holandsku.

5.2 Komparácia niektorých vybraných ukazovateľov v slovenskom a nemeckom zdravotníctve

Na základe analýzy zdravotného systému na Slovensku a v Nemecku môžeme porovnať niektoré ukazovatele. Pre presnejšie porovnanie (orientáciu) uvádzame aj základné všeobecné údaje (počet obyvateľov, rozlohu).

Tabuľka č. 48 **Porovnanie niektorých ukazovateľov zdravotného systému na Slovensku a v Nemecku**

Ukazovateľ	Slovenská republika	Spolková krajina Nemecko
Počet obyvateľov (k 1.7.2007)	5 401 000	82 689 000
Rozloha	49 035 km ²	357 050 km ²
Federácia	–	federatívny štát tvorený 16 spolkovými republikami (Länder)
Zavedenie zdravotného poistenia	V Rakúsko– Uhorsku: r. 1889 V prvej Čs. republike: r. 1924 Znovuzavedenie poistného systému v SR od 1.1.1993	r. 1883 (Dňa 15. 6. 1883 schválil Ríšsky snem prvý z Bismarcových sociálnych zákonov – zákon o zdravotnom poistení.)
Počet zdravotných poisťovní (v Nemecku počet nemocenských fondov)	5 zdravotných poisťovní	rok 2004: 292 nemocenských fondov rok 2008: 219 nemocenských fondov
% z HDP, vynakladané na zdravotníctvo, r. 2003	6,32 % z HDP	11,1 % z HDP
Podiel verejných zdrojov v zdravotníctve	89,30 % (r. 2003)	75,2 % (r. 2002)
Podiel súkromných zdrojov v zdravotníctve	10,70 % (r. 2003)	24,7 % (r. 2002)

<p>Hlavné zdroje financovania zdravotníctva</p>	<p>Verejné zdroje Verejné zdravotné poistenie Dane (ŠR, regionálne zdroje VÚC)</p> <p>Súkromné zdroje Priame hotovostné a bezhotovostné platby Komerčné zdravotné pripoistenie Nadštandardné platby zamestnávateľa Sponzorské dary Platby tzv. šedej ekonomiky</p> <p>Ostatné zdroje nenávratné Jednorazové zdroje z privatizácie Fondy Európskej únie</p> <p>Ostatné zdroje návratné Úvery od Svetovej banky Ostatné druhy návratnej finančnej výpomoci</p>	<p>Verejné zdroje Zákonné zdravotné poistenie Dane Zákonné dôchodkové poistenie Zákonné úrazové poistenie Zákonné poistenie dlhodobej starostlivosti</p> <p>Súkromné zdroje Hotovostné a bezhotovostné platby Súkromné poistenie Zamestnávateľ</p>
<p>Súkromné zdravotné poistenie resp. pripoistenie</p>	<p>existuje minimálne (väčšinou komerčné pripoistenie na liečebné náklady pred vycestovaním do cudziny)</p>	<p>V rámci súkromných zdrojov tvorí súkromné poistenie 8,4 % Zloženie: – úplné súkromné poistenie – dodatkové (pokrytie vyššieho komfortu) – doplnkové (pokrytie doplatkov)</p>
<p>% poistných odvodov na zdravotníctvo (priemerná miera príspevkov)</p>	<p>10 % zamestnávateľ 4 % zamestnanec</p>	<p>Priemerná miera príspevkov v r. 1975 bola 10,4 % v r. 2004 bola cca 14,2 %</p> <p>Do r. 2004 platil ½ zamestnávateľ (cca 7,1 %), ½ zamestnanec (cca 7,1 %). Dlhodobá parita vo financovaní 50 na 50 bola zmenená od r. 2005 na (približne) 46 pre zamestnávateľov ku 54 pre zamestnancov (príspevok na zubné protézy)</p> <p>V súčasnosti majú tendenciu príspevky rásť až na 14,3 %.</p>
<p>Poistné na celkové sociálne poistenie (zamestnávateľ aj zamestnanec)</p>	<p>48,6 %</p>	<p>42,1 %</p>
<p>Poistenie dlhodobej starostlivosti</p>	<p>Neexistuje osobitná platba Pokrýva sa zo zdravotného poistenia (problém diferencie akútnych a chronických lôžok)</p>	<p>Je zavedené od r. 1995. V súčasnosti je 1,7 %.</p>
<p>Možnosť a oprávnenie stanoviť výšku príspevkov</p>	<p>Je stanovený univerzálne zákonom. Zdravotné poisťovne si nemôžu určovať individuálnu výšku príspevkov</p>	<p>Nemocenské fondy si môžu stanovovať výšku príspevkov (t.j. koľko bude poistenec platiť na verejné zdravotné poistenie do nemocenského fondu na základe výberu poistenca).</p>

<p>Kompenzácia rizikovej štruktúry</p>	<p>34 kompenzačných skupín podľa veku a pohlavia</p> <p>(17 skupín pre ženy, 17 skupín pre mužov)</p>	<p>Kompenzácia rizikovej štruktúry podľa 3725 buniek</p> <p>91 vekových kategórií pre každé pohlavie (ročné intervaly do 90 roku),</p> <p>31 ďalších kategórií pre každé pohlavie pre osoby od 35 do 65 rokov s dávkami pri invalidite,</p> <p>3 skupiny s vyššími, nižšími alebo žiadnymi nemocenskými dávkami (Zohľadňujú sa aj jednorazové tzv. katastrofické náklady, ktoré vzniknú pri nehode alebo inej nešťastnej udalosti. Hranica fondu vysokých rizík tzv. high risk pool je určená výškou 20 450 €. Nad touto hranicou dochádza k osobitnej kompenzácii nákladov vo výške 60 % nákladov vynaložených poisťovňou.</p> <p>členstvo v programe manažmentu chorôb pre vybrané diagnózy</p>
<p>Postavenie verejnej zdravotnej poisťovne resp. nemocenského fondu</p>	<p>Všetky zdravotné poisťovne na Slovensku boli povinné transformovať sa od 1.1.2005 na právnu formu akciovej spoločnosti. Od 1.1.2005 do 31.12.2007 mali možnosť tvorby zisku aj možnosť vlastného rozhodnutia, ako tento zisk použijú.</p> <p>Závažná legislatívna zmena od 1.1.2008 obmedzuje použitie zisku zdravotných poisťovní len na úhrady, spojené so ZS.</p>	<p>Nemocenské fondy sú v Nemecku považované za verejnoprávne inštitúcie. Plnia úlohu štátu v oblasti zákonného zdravotného poistenia. Nesmú teda vytvárať zisk ani stratu. Fungujú na princípe okamžitej úhrady dlžných čiastok a oficiálne nemôžu hromadiť dlhy.</p>
<p>Povinnosť zdravotného poistenia</p>	<p>Každý občan je povinný byť poistený v systéme verejného (zákonného) zdravotného poistenia počas celého života – od narodenia až po smrť.</p>	<p>Do 31.12.2008 mohli občania, ktorých príjem preyšoval zákonom stanovený limit (ročnú príjmovú hranicu) vystúpiť zo systému verejného zdravotného poistenia a poistiť sa súkromne.</p> <p>Od 1.1.2009 táto výnimka neplatí. Každý občan Nemecka musí byť povinne poistený (prebiehajúca „veľká“ reforma zdravotníctva)</p>
<p>Zdravotné poistenie dôchodcov</p>	<p>Za dôchodcov platí štát cez kapitolu Ministerstva zdravotníctva (platba poisťného za poistencov štátu)</p>	<p>Za dôchodcov platia dôchodkové fondy vo výške celoštátneho priemerného príspevku zamestnanca.</p> <p>Platba pokrýva približne iba 40 % nákladov. Väčšia časť nákladov za zdravotné poistenie je dotovaná nemocenskými fondmi zúčtovaním vnútri systému (princíp solidarity – mladí, zdraví a slobodní zamestnanci svojím poistením dotujú zdravotné poistenie starších poistencov a pracovníkov s rodinami). Nemocenské fondy s vysokým počtom dôchodcov dostávajú kompenzáciu z národného rezervného fondu.</p> <p>Od roku 2004 sú dôchodcovia povinní platiť príspevky aj z firemných penzií a iných zákonom nestanovených dôchodkov, z ktorých odvádzajú plnú výšku poisťného.</p>

Poistenie detí	Za nezaopatrené deti platí štát cez kapitolu Ministerstva zdravotníctva (platba poistného za poistencov štátu)	Deti a nezarábajúci manžel/manželka boli do 31.12.2008 poistení na základe zdravotného poistenia zarábajúceho manžela. Na základe záverov prebiehajúcej reformy – – od 1.1.2009 by mal štát platiť za zdravotné poistenie detí (financovanie z daní).
Dávky plynúce zo zdravotného poistenia (tzv. benefity)	Vecné dávky zdravotn. starostlivosti: ambulantná, sekundárna a následná zdravotná starostlivosť, ústavná a kúpeľná zdravotná starostlivosť, prevencia, RZP, LSPP, doprava do zdrav. zariadenia, spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky, lieky, zdrav. pomôcky a dietetické potraviny.	Z nemocenských fondov v Nemecku sú preplácané v rámci verejného poistenia analogicky podobné vecné dávky zdravotnej starostlivosti ako v SR (liečba a prevencia). Okrem vecných dávok sú preplácané zo systému verejného zdravotného poistenia aj peňažné dávky – nemocenské dávky, materské. Do r. 2003 existoval v rámci hotovostného poistného aj príspevok na pohreb.
Posledná zásadná reforma zdravotného systému	Rok 2004: – prijatie 6 „reformných zákonov“, – zavedenie hotovostných poplatkov V období r. 2006 – 2008 boli mnohé zmeny, zavedené v r. 2004 zrušené (návrat pred rok 2004)	Rok 2006: dohoda o tzv. veľkej reforme zdravotníctva na politickej úrovni. Rok 2007: Parlament schválil zákon o veľkej zdravotníckej reforme 2007 – 2009 Začiatok reformy v praxi (dôležitá zmena – jednotný zdravotný fond).

Zdroj: vlastné spracovanie

Na základe predchádzajúcej tabuľky vidíme mnohé rozdiely, ale aj viaceré podobnosti medzi financovaním zdravotnej starostlivosti na Slovensku a v Nemecku.

Poistný systém v Rakúsko-Uhorsku a neskôr aj v prvej Československej republike bol výrazne ovplyvnený nemeckými sociálnymi zákonmi. Nemecký kancelár Otto von Bismarck vo svojom vyhlásení r. 1881 deklaroval, že sociálne zákonodarstvo a sociálne poistenie bude podstatným prvkom nemeckého štátu. Jeden zo základných modelov financovania zdravotníctva nesie pomenovanie práve po uvedenom nemeckom štátnikovi.

Úroveň financovania zdravotníctva môžeme porovnať podľa známeho ukazovateľa – **výdavky na zdravotníctvo ako percento z HDP**. V Nemecku sa vynaložilo v r. 2003 11,1 % HDP na zdravotníctvo, na Slovensku v tom istom roku sa na financovanie zdravotníctva použilo 6,32 % z HDP. Ani novšie štatistiky nevykazujú výraznejšie rozdiely medzi úrovňou Slovenska a Nemecka. Na základe výpočtov v tabuľke č. 50 (Štruktúra zdrojov financovania zdravotníctva na Slovensku v období 2003 – 2007) vidíme, že percento HDP na slovenské zdravotníctvo kolíše v posledných piatich rokoch väčšinou

medzi 6,32 až 6,6 %. Ukazovateľ dosiahol najvyššiu úroveň v rokoch 2004 a 2005, kedy bolo zdravotníctvo oddľžované prostredníctvom štátnej akciovej spoločnosti Veriteľ, a.s.

Podľa údajov Svetovej zdravotníckej organizácie WHO bolo v roku 2003 vynaložených na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze USD ročne na Slovensku 360 USD, v Nemecku to bolo 3 204 USD.²⁴⁰

Ekonomický systém na Slovensku má v porovnaní s Nemeckom vyššie percento odvodového zaťaženia na celkové sociálne poistenie o 6,5 %.

V tabuľke vidíme rozdiely medzi hlavnými zdrojmi financovania zdravotníctva v oboch krajinách. Niektoré zdroje financovania sa v slovenskom zdravotníctve prakticky nevyskytujú, hoci by boli v zdravotníctve veľmi žiaduce (najmä individuálne komerčné zdravotné poistenie). V porovnaní s Nemeckom má Slovensko v najbližších rokoch výhodu v možnosti čerpať eurofondy (najmä operačný program *Zdravotníctvo* v rokoch 2007 – 2013).

Podiel súkromných zdrojov bol v Nemecku v r. 2003 oveľa vyšší ako na Slovensku, ale údaje z posledných rokov naznačujú, že súkromné zdroje majú v slovenskom zdravotníctve rastúci trend (pozri tabuľka č. 41; r. 2006 – 21,4 %, r. 2007 – 23,22 %). Prehľad aktuálnych **hotovostných poplatkov** v nemeckom zdravotníctve je uvedený v nasledujúcej tabuľke č. 38

Tabuľka č. 49 **Prehľad poplatkov za lieky, zdravotné pomôcky, ošetrovanie a hospitalizáciu v Nemecku**

Výkony	Príplatky/poplatky
Lekárske ošetrovanie	10 EURO za štvrtrok a lekára; príplatek sa neplatí pri prechode k inému lekárovi
Stomatologické ošetrovanie	10 EURO za štvrtrok a zubného lekára; príplatek sa neplatí pri prechode k inému zubnému lekárovi; pri ošetrovaní súvisiacim s náhradou zubov (napr. okamžité nevyhnutné opravy) približne 50% spoluúčasť
Lieky a obväzový materiál	10% z ceny; najmenej 5 EURO, ale nie viac ako cena lieku; maximálne 10 EURO
Liečebné prostriedky	10% ceny a taktiež 10 EURO za predpis
Zdravotnícke pomôcky	z časti platia pevné ceny alebo zmluvné ceny; náklady presahujúce pevné alebo zmluvné ceny hradí pacient v plnom rozsahu; 10% doplatok k nákladom, ktoré prebrala poisťovňa: - min. 5 EURO za pomôcku - max. 10 EURO za pomôcku
Hospitalizácia (Nemocničné ošetrovanie)	10 EURO denne za max. 28 dní za kalendárny rok, nadštandardné služby sa nepreplácajú

Za lieky, obväzový materiál a liečivé prostriedky, ako aj za nemocničné ošetrovanie neplatia deti a mladiství, ktorí nedosiahli ešte 18. rok života. Tehotné ženy, ktorým boli predpísané lieky, obväzový materiál a liečivé prostriedky na ošetrovanie súvisiace s tehotenstvom, majú nárok na tieto služby tiež bezplatne.

Zdroj: http://www.udzs.sk/buxus/generate_page.php?page_id=690

²⁴⁰ Štatistické údaje WHO uvádzajú finančné ukazovatele v priemernom výmennom kurze USD napriek tomu, že oboje krajiny (Nemecko, Slovensko) už používajú menu euro.

Pri porovnaní hotovostných platieb má pacient na Slovensku spoluúčasť na výdavkoch za lieky (podľa kategorizácie), zdravotné pomôcky a stomatologické ošetrovanie. Zo základných hotovostných poplatkov ostali nasledovné:

- poplatok za lekársky recept znížený z 20 Sk na 5 Sk (0,17 EUR),
- poplatok za návštevu ústavnej pohotovostnej služby a LSPP 60 Sk (1,99 EUR)
- doprava (cena za 1 km) 2 Sk (0,07 EUR),
- pobyt sprievodcu v ústavnej starostlivosti (okrem stravy) 100 Sk (3,32 EUR)

Ostatné hotovostné poplatky, zavedené v „reforme“ zdravotníctva boli v r. 2006 zrušené.

Okrem uvedených základných poplatkov si každá ambulancia a nemocnica stanovuje individuálny cenník za služby a zdravotnícke výkony nehradené na základe zdravotného poistenia (poplatok za prednostné alebo domáce ošetrovanie, individuálne stanovený obvodným lekárom alebo špecialistom v rámci stanovených limitov, vyšetrenia na administratívne účely, nadštandard, pracovná zdravotná služba a pod.)

Nemecké zdravotníctvo má zložitý systém nemocenských fondov, ako aj podrobne prepracovanú kompenzáciu rizikovej štruktúry poistencov, ktorá zabezpečuje v maximálnej miere solidárne prerozdelenie vybraného poistného. Na Slovensku je schéma kompenzácie rizikovej štruktúry zjednodušená. Vzhľadom na to, že prerozdelenie poistného medzi poisťovňami závisí iba od veku a pohlavia, nie sú zohľadnené iné dôležité nákladové faktory (napr. chorobnosť, jednorazové katastrofické náklady vysokých rizík).

V porovnaní s našimi zdravotnými poisťovňami sú nemocenské fondy v Nemecku považované **za verejnoprávne inštitúcie** a plnia úlohu štátu v oblasti zákonného zdravotného poistenia. Nesmú vytvárať zisk ani stratu. Na základe tejto skutočnosti usudzujeme, že problém našich zdravotných poisťovní je sčasti spolitizovaný. V ekonomickom prostredí, kde sa dodržiavajú základné obchodno-ekonomické pravidlá (kde si poisťovne riadne plnia svoje záväzky voči poskytovateľom a dodržiavajú termíny splatnosti faktúr) nie je pre pacientov a poskytovateľov dôležité, akú právnu formu majú zdravotné poisťovne.

Systém poistných plnení (benefitov) na Slovensku je odlišný od „balíka“ poistných plnení v Nemecku, kde okrem vecných dávok existujú aj peňažné dávky (nemocenské, materské a do r. 2003 bol preplácaný aj príspevok na pohreb). Na Slovensku sú preplácané zo zdravotného poistenia výlučne vecné dávky a služby, ktoré súvisia s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Nemocenské dávky sú u nás financované z nemocenského poistenia v rámci Sociálnej poisťovne.

Na Slovensku zatiaľ prebehla len jedna väčšia reforma v roku 2004 – 2005. Niektoré prvky tejto reformy sa nedostali ani do praxe (nebol vydaný zoznam tzv.

neprioritných chorôb, na liečbu ktorých mali pacienti doplácať). Mnohé poplatky boli zrušené. Systém sa opäť zadlžuje.

Nemecko má za sebou dlhý vývoj v oblasti zdravotných reforiem (pozri prílohu č. 5). Aj nemeckí občania neprijímajú reformy často pozitívne, pretože cítia ohrozenie svojich sociálnych istôt. Ako však naznačuje demografický vývoj v celej Európe, tieto reformy sú aj budú nevyhnuté takmer vo všetkých štátoch z dôvodu finančnej udržateľnosti zdravotného aj sociálneho systému.

Bude zaujímavé a poučné sledovať, aké dopady v praxi bude mať pre nemeckých pacientov, poskytovateľov, nemocenské fondy aj pre celý systém financovania posledná tzv. veľká reforma zdravotníctva s niektorými úplne novými prvkami (napr. jednotný zdravotný fond, všeobecná povinnosť zdravotného poistenia pre všetkých občanov, jednotné sadzby poistného, nový spôsob poistenia detí). Implementácia reformy v súčasnosti naďalej prebieha.

5.3 Návrhy na zlepšenie možnosti financovania zdravotníctva na Slovensku

Spravodlivý zdravotný systém by mal byť založený na štyroch hlavných pilieroch.²⁴¹ efektívnosť, rovnosť, kvalita, dostupnosť. Na **rovnosť a dostupnosť** jednoznačne vplýva rozhodnutie o tom, aký podiel zdravotníctva bude financovaný z verejných zdrojov a aký objem zdravotnej starostlivosti si budú obyvatelia financovať zo súkromných zdrojov. Čím väčší podiel zdravotnej starostlivosti bude financovaný zo súkromných zdrojov, tým viac sa obmedzuje prístup k zdravotnej starostlivosti pre nízko príjmové vrstvy obyvateľov. Od rozhodnutia, či zdravotnú starostlivosť budú poskytovať súkromní poskytovatelia alebo financovať súkromné poisťovne alebo bude táto činnosť zverená verejnému sektoru bude závisieť **efektívnosť a kvalita**. Je všeobecne známe, že verejný sektor má problémy so zvyšovaním efektívnosti a kvality poskytovaných služieb. Súkromný sektor síce silne motivuje rast efektívnosti, vytvára tlak na minimalizáciu nákladov na druhej strane však nie je schopný vytvárať takú ponuku, po ktorej je všeobecný dopyt a teda vytvára problémy na makroúrovni.

²⁴¹ Pozri Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2005, s. 1. In: www.udzs.sk

Kategória „**súkromné**“ nám vstupuje do zdravotníctva najmenej v troch rovinách:

- súkromné zdroje financovania (opak „*verejné zdroje financovania*“),
- súkromní poskytovatelia zdravotníckych služieb (opak „*verejní poskytovatelia*“),
- súkromné zdravotné poistenie (opak „*verejnoprávne zdravotné poisťovne*“).

V období 2003 – 2007 môžeme vidieť nominálny nárast všetkých disponibilných zdrojov v zdravotníctve, ale ich vzájomný pomer a štruktúra sa postupne mení. Situáciu v absolútnych aj relatívnych ukazovateľoch dokumentuje nasledujúca tabuľka č. 50.

V riadku „*podiel súkromných zdrojov v %*“ vidíme postupný nárast podielu súkromných zdrojov až takmer na štandardnú úroveň podielu viacerých európskych krajín. V rokoch 2004 – 2005 sa prejavil na celkovom financovaní vplyv oddĺženia Veriteľa, a.s. (absolútny aj relatívny nárast). V rokoch 2006 – 2007 sa prejavil relatívny pokles podielu zdravotníctva na HDP, čo súvisí s ukončením oddĺžovacej aktivity Veriteľa, a.s. V tomto období sa aj výrazne znížilo financovanie kapitálových výdavkov zo štátneho rozpočtu pre zdravotníctvo. Od septembra boli zrušené niektoré poplatky za služby, súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, čo sa prejavilo v roku 2007 pomalším rastom súkromných zdrojov. Na druhej strane sa v roku 2006 prvýkrát uplatnil inštitút ročného zúčtovania, ktorý priniesol do zdravotníctva dodatočné zdroje v rámci verejného zdravotného poistenia vo výške 1,5 mld. Sk. V zdrojoch zdravotného poistenia sa pozitívne prejavil aj nárast platieb štátu za svojich poistencov v roku v I. Q 2007 na 5 % a v r. 2008 na 4,9 %.

Nasledujúca tabuľka poskytuje makroekonomické porovnanie podielu **súkromných a verejných zdrojov**, ktoré plynú do systému **zdravotníctva**.

Tabuľka č. 50

Štruktúra zdrojov financovania zdravotníctva na Slovensku v období 2003 – 2007
 absolútne ukazovatele (výška zdrojov) sú uvedené v mld. Sk

	Ukazovateľ (zdroj príjmu)	2 003	2 004	2 005	2 006	2 007
A	Zdroje verejného zdravotného poistenia (poistný výber)	58,2	61,7	71,2	79,3	88,3
	nárast v porovnaní s predchádzajúcim rokom	1,0000	1,0601	1,1540	1,1138	1,1135
B	Ostatné verejné zdroje bez Veriteľa, a.s. (príjmy od ústredných orgánov, MV SR, MDPT SR, MO SR, MZ SR bez poistného plateného štátom)	4,8	4,9	4,1	4,8	4,3
C	Veriteľ, a.s.	5,4	8,0	5,9	0,0	0,0
B+C	Ostatné verejné zdroje vrátane Veriteľa, a.s.	10,2	12,9	10,0	4,8	4,3
A+B+C	Verejné zdroje spolu	68,4	74,6	81,2	84,1	92,6
	nárast v porovnaní s predchádzajúcim rokom	1,0000	1,0906	1,0885	1,0357	1,1011
D	Súkromné zdroje	8,2	14,8	16,3	22,9	28,0
	nárast v porovnaní s predchádzajúcim rokom	1,0000	1,8049	1,1014	1,4049	1,2227
$\Sigma = A+B+C+D$	Zdroje spolu (disponibilné zdroje vrátane Veriteľa, a.s., plynúce do zdravotníctva)	76,6	89,4	97,5	107,0	120,6
	nárast v porovnaní s predchádzajúcim rokom	1,0000	1,1671	1,0906	1,0974	1,1271
$A / \Sigma * 100$	Podiel zdrojov poistného z VZP v %	75,98	69,02	73,03	74,11	73,22
$[(B+C) / \Sigma] * 100$	Podiel ostatných verejných zdrojov (vrátane Veriteľa, a.s., bez poistného z VZP) v %	13,32	14,43	10,26	4,49	3,57
$(A+B+C) / \Sigma * 100$	Podiel verejných zdrojov	89,30	83,45	83,28	78,60	76,78
$D / \Sigma * 100$	Podiel súkromných zdrojov v %	10,70	16,55	16,72	21,40	23,22
Σ	Spolu (kontrolný súčet 100 %)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
HDP	Nominálny HDP v bežných cenách (mld. Sk)	1 212,7	1 355,3	1 472,1	1 636,3	1 851,8
	nárast v porovnaní s predchádzajúcim rokom	1,0000	1,1176	1,0862	1,1115	1,1317
MZDA	Priemerná mesačná mzda (v Sk)	14 365	15 825	17 274	18 761	20 146
	nárast v porovnaní s predchádzajúcim rokom	1,0000	1,1016	1,0916	1,0861	1,0738
Zamestnaní	Počet zamestnaných v hospodárstve v tis. osôb	2 165,0	2 170,0	2 216,2	2 301,4	2 357,3
	nárast v porovnaní s predchádzajúcim rokom	1,0000	1,0023	1,0213	1,0384	1,0243
		%	%	%	%	%
$\Sigma / HDP * 100$	Percentuálny podiel zdrojov, plynúcich do zdravotníctva na nominálnom HDP (zdroje, ktoré z HDP plynú do zdravotníctva)	6,32	6,60	6,62	6,54	6,51

Zdroj: Vlastné spracovanie a vlastné výpočty na základe vstupných údajov z nasledovných zdrojov:

údaje o HDP za roky 2003 – 2005: Štatistická ročenka SR r. 2006

všetky ostatné vstupné údaje boli čerpané zo správ Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou:

Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2005, tabuľka č. 4, 5. In: www.udzs.sk

Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2006, tabuľka č. 1, 4. In: www.udzs.sk

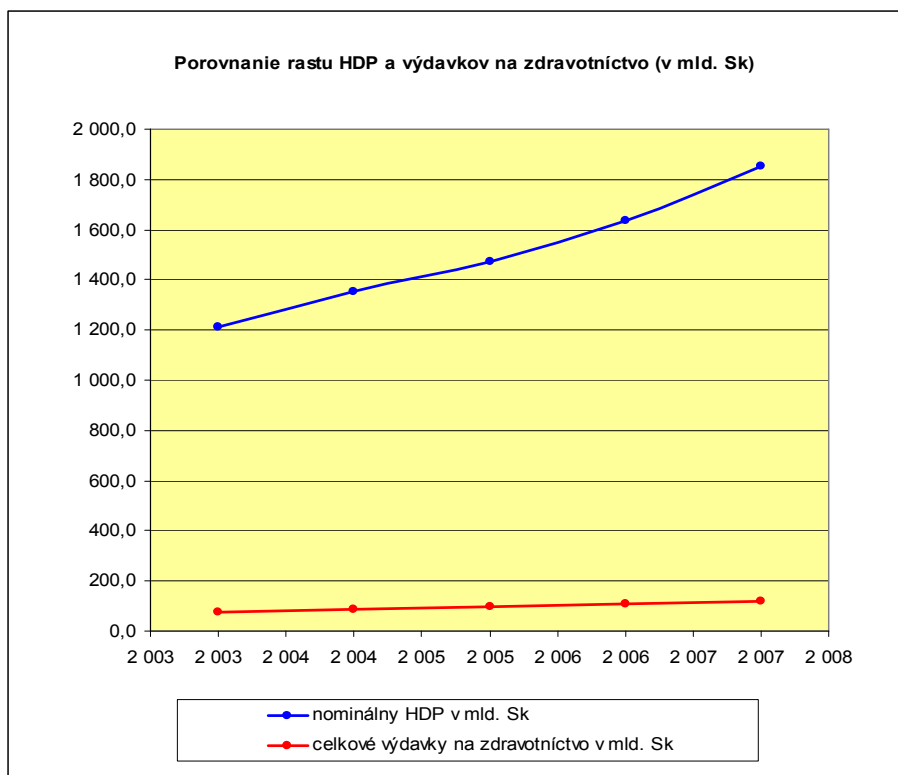
Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, tabuľka č. 1, 2. In: www.udzs.sk

ÚDZS sa v správach odvoláva na zdroj číselných údajov z MF SR

správy ÚDZS sú oficiálne dostupné aj na www.government.gov.sk

V nasledujúcom grafe môžeme názorne vidieť vzájomné porovnanie tempa rastu HDP a rastu celkových výdavkov na zdravotníctvo. Scenár pomyselného prekročenia rýchlosti rastu výdavkov do zdravotníctva, ktorý by predstihol rýchlosť rastu HDP podľa doterajšieho vývoja na Slovensku nehrozí. Nemáme však podrobne zdokumentované následky hospodárskej a finančnej krízy za posledný rok, ktorá pravdepodobne spôsobí pokles slovenskej ekonomiky do záporných čísel a taktiež ovplyvní vzájomný pomer tempa rastu HDP a rastu zdrojov do zdravotníctva. Graf za päťročné obdobie dokumentuje však iný problém. Celkové výdavky na zdravotníctvo sú dosť nízke a ich rýchlosť rastu zaostáva za rastom HDP. O tomto jave svedčia aj reálne následky z dennej praxe - kvalita zdravotnej starostlivosti klesá a Slovensko prichádza postupne o mnoho vysokokvalifikovaných zdravotníckych odborníkov, ktorí odchádzajú pracovať do zahraničia.

Graf č. 45

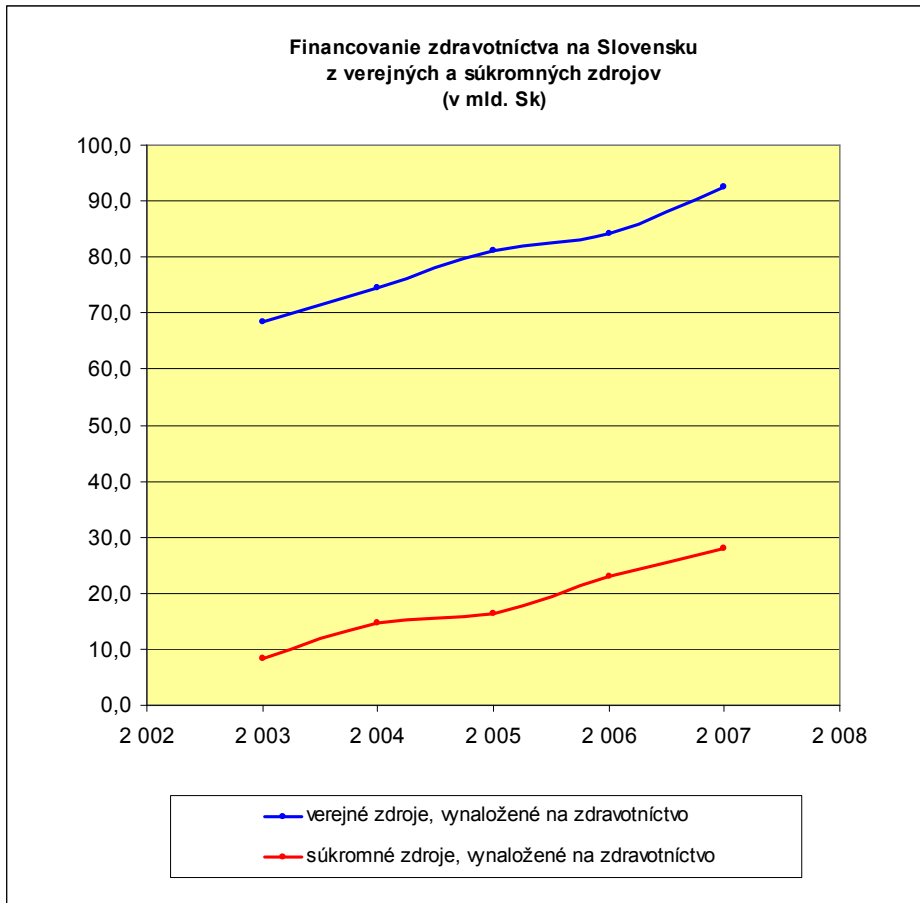


zdroj: Vlastné spracovanie na základe predchádzajúcej tabuľky č. 50

Nasledujúci graf mapuje celkové nominálne zdroje - verejné a súkromné, ktoré plynú do systému. Obidva ukazovatele si zachovávajú konštantný rast. Na grafe vidíme mierny nárast súkromných zdrojov v roku 2004, spojený so zavedením poplatkov. Oddľžovanie celého systému zdravotníctva cez štátnu akciovú spoločnosť Veriteľ malo vplyv na rýchlejší rast verejných zdrojov v roku 2005. Problémy s nezamestnanosťou za posledný rok a tým súvisiaci pokles poisťných odvodov pravdepodobne spôsobí pokles

verejných zdrojov; na presný výpočet objemu verejných zdrojov však nie sú v súčasnosti k dispozícii najnovšie údaje.

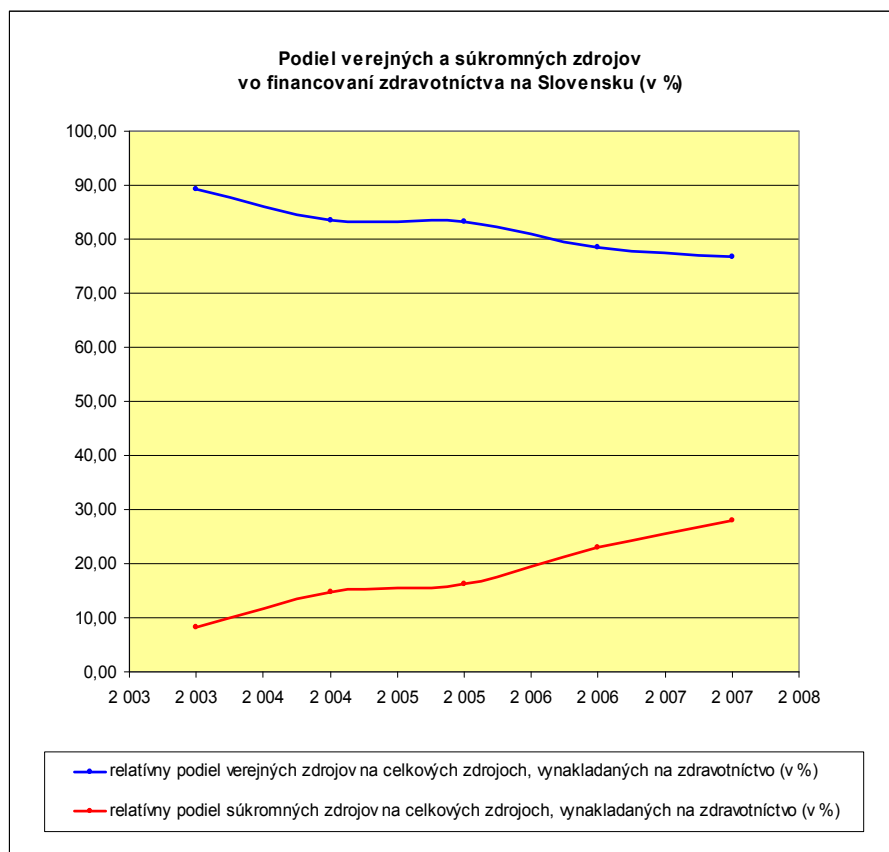
Graf č. 46



zdroj: Vlastné spracovanie na základe predchádzajúcej tabuľky č. 50

Zaujímavý jav pozorujeme na nasledujúcom grafe Relatívny podiel súkromných zdrojov neustále rastie (nezávisle na zavedení alebo zrušení drobných zákonných poplatkov za služby), podiel verejných zdrojov vykazuje stály konštantný pokles. Tento vývoj kopíruje všeobecné tendencie vo viacerých vyspelých európskych krajinách, ktoré sa zdravotníckymi reformami snažia presunúť časť financovania na súkromné zdroje a týmto spôsobom zamedziť zadlžovaniu verejného sektora.

Graf č. 47



zdroj: Vlastné spracovanie na základe predchádzajúcej tabuľky č. 50

Porovnanie viacerých zdrojov navzájom, z ktorých čerpáme štatistické údaje napríklad na ukazovateli „celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP“ v nasledujúcej tabuľke dokumentuje rozdielnosť niektorých štatistických údajov medzi oficiálnymi a relevantnými zdrojmi domácich úradov, OECD a WHO. S rozdielnosťou číselných a štatistických údajov sme sa stretávali pri skúmaní ekonomických ukazovateľov aj v iných prípadoch.

Tabuľka č. 51 **Porovnanie rozdielnosti štatistických údajov v ukazovateli „Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP“**

	výpočet na základe domácich štatistických zdrojov (v %)	štatistika OECD (v %)	štatistika WHO (v %)
rok 2003	6,32	5,90	5,80
rok 2004	6,60	7,20	7,20
rok 2005	6,62	7,10	7,00

zdroj: vlastné spracovanie porovnaním:

1. predchádzajúcej tabuľky č. 50 (dáta z domácich zdrojov)
2. údajov z **OECD Health Data 2008 - Selected Data** In: <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx>
data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat
3. údajov zo štatistiky WHO In: <http://www.who.int/nha/country/svk.pdf> (22.5.2009)

V odborných diskusiách prevládajú názory, že náš zdravotný systém je vo veľkej miere financovaný z verejných zdrojov a nedostatočný podiel súkromných zdrojov spôsobuje zadlžovanie systému. Na základe porovnania s inými krajinami (pozri najmä tabuľka č. 46 a graf č. 43) môžeme tieto skutočnosti potvrdiť. Slovensko financuje zdravotníctvo v porovnaní s inými krajinami nadmerne z verejných zdrojov. Na druhej strane – relatívny podiel verejných zdrojov postupne klesá.

Pri ďalších výpočtoch, v ktorých sme použili ako vstupné dáta relevantné štatistické údaje ŠÚ SR a ÚDZS (pozri predchádzajúca tabuľka č. 50) vidíme, že súkromné zdroje v slovenskom zdravotníctve (23,22 %) postupne dosahujú odporúčaný podiel súkromných zdrojov pre udržateľné systémy zdravotníctva (25 %). Považujeme však za problém, že doteraz sa plne **nerozvinul trh so súkromným** (komerčným, doplnkovým) **zdravotným poistením**. Pri hľadaní informácií o ponukách poistných produktov v komerčných poisťovniach sme nenašli takmer žiadne ponuky doplnkového zdravotného pripoistenia s výnimkou niektorých okrajových produktov poisťovne UNION²⁴². Pre komerčné poisťovne je finančne zaujímavejšie a výnosnejšie kapitálové životné poistenie. Občania majú v podvedomí viac dôležitosť zdravotného pripoistenia pri cestách do cudziny, ako zdravotné pripoistenie nadštandardu na území SR. V prípade potreby lekárskeho ošetrenia alebo hospitalizácie sú pacienti skôr prístupnejší zaplatiť poplatok v hotovosti priamo pri ošetrení ako trvalo platiť zdravotné pripoistenie. U ostatných poisťovní (okrem spomínanej poisťovne UNION) sme ponuky na súkromné zdravotné pripoistenie nenašli.

Cieľom tejto dizertačnej práce je **hľadanie návrhov na zlepšenie možnosti financovania**. V tomto smere ako odporúčanie pre zdravotnú politiku by sme navrhovali nasledovné riešenia:

1) Rozsah solidárneho financovania bude potrebné **zúžiť** na takú úroveň, aby objem verejných zdrojov bol schopný pokryť rozsah štandardu, na ktorý má nárok každý občan z verejného zdravotného poistenia. V opačnom prípade bude mať systém zdravotníctva trvalo negatívny vplyv na zadlžovanie verejných financií.

²⁴² Individuálne zdravotné poistenie ZDRAVIE PLUS
Individuálne zdravotné poistenie ZDRAVIE BENEFIT
Poistenie dennej kompenzácie za hospitalizáciu NEMOCNICA BONUS
Zdravotné poistenie pre cudzincov

In: http://www.union.sk/index.php?www=catalog_detail&id_item=68

2) Preniesť vysoké odvodové zaťaženie formou **zníženia odvodov** viac **do daňového financovania** t.j. pri rovnomernom znížení odvodov zvýšiť rovnomerne percento všetkých dani. Tento zvýšený daňový výnos výlučne asignovať na zvýšenú platbu štátu za poistencov štátu, ktorých bude v budúcnosti pribúdať. Na základe doteraz analyzovaných materiálov, dostupnej literatúry a komparácie s inými krajinami sa nám javí, že v budúcnosti bude dochádzať k väčšej konvergencii poistného a daňového modelu financovania. Uvedené zmeny považujeme za prínos najmä z nasledovných dôvodov:

- Poistný systém zaťažuje predovšetkým zamestnancov a zamestnávateľov. Príjmový základ pre zdravotné poistenie je založený najmä na oddoch na základe vyplácanej mzdy, len menší príjem zdravotných poisťovní tvoria platby štátu za poistencov štátu.
- Vzhľadom na demografický vývoj bude v budúcnosti podiel poistencov štátu narastať a podiel zamestnaných na celkovom počte obyvateľstva klesať (väčší podiel dôchodcov). Výhodnosť týchto úvah sa dala dokázať iba nepriamo. Výpočet z tabuľky č. 50 - **nárast** počtu **zamestnaných** v porovnaní s predchádzajúcim rokom **zaostáva za rýchlosťou rastu verejných zdrojov**, plynúcich do zdravotníctva. Priamy dôkaz prostredníctvom porovnania objemu vybraných daní a objemu zaplateného poistného by bol nepresný, pretože v minulosti dochádzalo viackrát k zmene legislatívy, ktorá menila daňové sadzby, okruh daní, aj poistné odvodové sadzby. Vymeriavací základ pre poistné odvody a pre daň nie je totožný.
- Pri hospodárskych cykloch (výkyvy zamestnanosti a nezamestnanosti) sa stretávame zo strany štátu s ponukou rôznych výnimiek pri platení odvodov (napr. v súvislosti s finančnou krízou prijaté výnimky pre zamestnávateľov majú podporiť udržateľnosť pracovných miest.). Tieto kroky sú síce zo strany zamestnávateľov vítané, ale sledovanie výnimiek a implementácia do praxe je administratívne často tak náročná, že vyžaduje zamestnať ďalší aparát. Pre hospodársky rast by bolo vhodné trvalé zníženie odvodov, nielen v čase krízy. Zníženie odvodov pri nízkom percente HDP, ktoré sa u nás vynakladá na zdravotníctvo by spôsobilo ďalší prepád zdrojov. Celý objem zvýšenia však nie je vhodný preniesť výlučne na súkromné zdroje z dôvodu narušenia princípu solidarity, rovnosti a dostupnosti.
- Daňový systém zaťažuje platcov rovnomernejšie a predstavuje širšiu bázu na získavanie daňových príjmov (napr. daň z príjmov právnických osôb, daň z majetku, z peňažných vkladov, daň z jednorazových príjmov, rôzne príjmy, z ktorých sa platí daň, ale neplatia sa poistné odvody). Do daňového systému

plynú aj nepriame dane. Uznávame, že zvyšovanie nepriamych daní má oveľa zložitejší dopad na celú ekonomiku.

- V reálnej praxi sa často spomína zjednotenie systému výberu daní a odvodov, ktoré by prinieslo ďalšie dodatočné výhody vo forme úspor prevádzkových výdavkov, administratívneho zjednodušenia pre podnikateľskú sféru.

3) Za ďalší problém považujeme existenciu maximálneho vymeriavacieho základu pri povinnom verejnom zdravotnom poistení. Maximálna hranica platby na zdravotné poistenie pre vysokopríjmové skupiny sa väčšinou v odbornej literatúre zdôvodňuje tým, že poistenec „nespotrebuje“ taký objem zdravotnej starostlivosti a služieb, ktoré by zodpovedali vysokému poistnému, ktoré by (teoreticky) platil z nadpriemerných príjmov, ak by neexistovala horná hranica pre vymeriavací základ. V tomto prípade by sa javilo zodpovedajúce (a spravodlivé) určiť aj hranicu „maximálnej úhrady“ zdravotnej poisťovne za zdravotné služby. Hoci jednotlivé zdravotné poisťovne majú svoje interné predpisy najmä pri úhradách mimoriadne nákladných zdravotných úkonov, operácií a drahých liekov; v našej legislatíve nie je explicitne stanovená maximálna hranica, do akej finančnej výšky môže byť uhradená zdravotná starostlivosť za jednotlivca napr. za rok. Taktiež nie sú zohľadnené jednorazové tzv. katastrofické náklady pri prerozdeľovaní poistného medzi zdravotnými poisťovňami (v kompenzácii rizikovej štruktúry).

Z viacerých dôvodov sa nám javí logické **zrušiť maximálny vymeriavací základ** pre odvody na povinné zdravotné poistenie, čo by bolo zároveň aj prejavom väčšej vzájomnej solidarity. V daňovom systéme neplatí žiaden „maximálny vymeriavací základ“ ani „maximálny odvod dane“, hoci v tomto prípade daňovníci ani zďaleka „nespotrebujú“ všetky druhy verejných služieb, ktoré sú financované z ich daní. Na vysokej škole neštuduje každý občan štátu, hoci vysoké školy sú financované prevažne zo štátneho rozpočtu. Podľa tejto logiky by si mali prevažne väzni prispievať na väzenský systém a pod. Pri zrušení maximálneho vymeriavacieho základu pre povinné zdravotné poistenie by bolo ročné zúčtovanie zdravotného poistenia menej komplikované (podobnosť s ročným zúčtovaním dane), menej administratívne náročné a obsahovalo by prvok väčšej sociálnej spravodlivosti. Zároveň by sa zabezpečili ďalšie príjmy do systému verejného zdravotného poistenia. V prípade, že by sa občanom s nadštandardnými príjmami javilo toto riešenie ako neprijateľné, mohla by im legislatíva umožniť úplne vyňatie so systému verejného zákonného zdravotného poistenia s podmienkou trvalého rozhodnutia v danej veci. Zdravotné poistenie by si mohli riešiť formou súkromného poistenia s individuálnym poistným plánom, prípadne formou priamych hotovostných platieb (ak by sa rozhodli nepoistiť sa vôbec).

4) Pokiaľ zdravotné poisťovne na Slovensku iba vyberajú poistné a preplácajú zdravotnú starostlivosť (t.j. pasívne prerozdeľujú verejné financie) na výber a administráciu povinného zdravotného poistenia, definovaného v zákone by podľa nášho názoru stačila existencia jednej verejnej zdravotnej poisťovne. Dosiahla by sa značná úspora administratívnych, prevádzkových aj ostatných nákladov (napr. budovanie vlastného informačného systému, reklama) pri zabezpečovaní povinného verejného zdravotného poistenia. Taktiež by sa zabezpečila prehľadnejšia kontrola všetkých poistencov. Pri existencii jednej zdravotnej poisťovne a vhodnom informačnom systéme by nemohli nastať prípady, keď občan nie je poistený vôbec alebo je poistený vo viacerých poisťovniach. (V Nemecku sa v súčasnosti pristupuje k jednotnému výberu prostredníctvom spoločného zdravotného fondu, ktorý prerozdelí poistné medzi všetky nemocenské fondy t.j. zdravotné poisťovne. Právna samostatnosť nemocenských fondov sa neruší, centrálna a jednotne sa bude zabezpečovať iba výber poistného.)

Medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami na Slovensku sa zatiaľ nepreukázali výrazné rozdiely vo veľkosti a úrovni úhrad zdravotnej starostlivosti. Od zavedenia povinného zdravotného poistenia sa zatiaľ v primeranej miere nedostavila očakávaná „*zdravá konkurencia*“

Pripúšťame, že tento názor sa môže javiť jednostranným. V ekonomike zatiaľ nepriniesol výhodu žiaden monopol. Existencia jednej zdravotnej poisťovne by priniesla so sebou potrebu väčšej vonkajšej kontroly (ako pri každej činnosti, ktorá obsahuje prvky monopolu). Problémom je však skutočnosť, že na začiatku (roky 1991 – 1993) t.j. pri rozhodovaní o základnom smerovaní nášho zdravotného systému bolo rozhodnuté o pluralite zdravotných poisťovní. Na základe toho, že pluralita zdravotných poisťovní je už 16 rokov zakotvená v našom právnom systéme, nie je žiaduce z dôvodu právnej istoty ani z dôvodu ďalších transakčných nákladov zásadne meniť model financovania vo verejnom zdravotnom poistení.

5) Ak rešpektujeme, že systém viacerých zdravotných poisťovní ostane trvale zachovaný, navrhujeme zlepšiť a skvalitniť kompenzáciu rizikovej štruktúry medzi zdravotnými poisťovňami. **Kompenzáciu rizikovej štruktúry** je potrebné **rozšíriť** o prvky chorobnosti, invalidity a jednorazových neočakávaných tzv. „katastrofických“ nákladov. Prerozdeľovanie na základe veku a pohlaví poistencov je nedostatočné

6) K otázke **tvorby zisku** musíme postupovať diferencovane. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je motivovaný ziskom zo služby, ktorú poskytuje a má na zisk právo pri zohľadnení špecifických okolností medicíny (lekárska etika, charta práv pacienta, povinnosť podať prvú pomoc, zákaz reklamy a pod). Na druhej strane zdravotníctvo je

práve tým odvetvím, kde dochádza k zlyhávaniu voľného trhu a voľný trh v tomto segmente nemôže zabezpečiť sociálnu spravodlivosť a dostupnosť základnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých. V prípade zdravotných poisťovní a ich nároku na zisk by mali najskôr preukázať, akú pridanú hodnotu tvoria pre celý systém zdravotníctva, až následne by si mohli nárokovať právo na zisk.

7) Na problém častých legislatívnych zmien bolo poukázané aj v časti *2.1.3 Poistný systém v súčasnosti*. Za závažný problém považujeme skutočnosť, že neexistuje politická vôľa dosiahnuť **celospoločenský konsenzus** v základných otázkach **smerovania a financovania systému zdravotníctva** v dlhodobom horizonte 15 – 20 rokov tak, aby systém neprechádzal v každom volebnom období zmenami, ktoré majú iba význam politických preferencií. Na základe častých legislatívnych zmien budú vždy vstupovať do financovania zdravotníctva politické rozhodnutia vo forme legislatívnych úprav (podobne ako do ostatných verejných financií). Zastavenie rastu dlhu však v budúcnosti nebude možné bez ďalšieho zvyšovania súkromných zdrojov.

Záver

Zdravotná starostlivosť, nemocenské, dôchodkové poistenie a iné druhy sociálneho zabezpečenia nás sprevádzajú celý život. Dnes si už ani nevieme predstaviť, ako by vyspelá spoločnosť existovala („vyzerala“) bez uvedených, historicky rozvinutých sociálnych princípov solidarity.²⁴³ V našom podvedomí je silne zakotvený pocit, že keď zajtra ochorím, môžem ísť k lekárovi, v horšom prípade do nemocnice. Keď ma postihne nešťastie v podobe ťažkého úrazu alebo závažnej diagnózy, predpokladám, že spoločnosť sa o mňa postará výplatom invalidných dávok. Očakávame, že budeme zabezpečení v starobe dôchodkovým poistením. Podvedomé spoliehanie sa na vzájomný pocit solidarity je tak silné, že často zabúdame na cenu solidarity resp. na to, že aj zdravotné a sociálne poistenie musí byť nejakým spôsobom financované.

V krajinách východnej Európy je tento pocit znásobený zjednodušenými výroky z obdobia socializmu „o bezplatnosti celého zdravotníctva“. Ľudia, ktorí roky žili v predstave, že „štát sa bude o nich starať“ sa len ťažko zmierujú s reformnými zmenami a vnímajú ich ako kroky namierené proti ich životným istotám a základným právam. V tomto smere je veľmi dôležitá úloha celej spoločnosti – najmä politických predstaviteľov v úzkej spolupráci s odborníkmi - čo najskôr jednoznačne definovať „bezplatný“ objem zdravotnej starostlivosti, teda zákonný štandard, ktorý musí dostať každý občan, keď ochorie. Systém by mal byť nastavený tak, aby prevenciu pokladal za lacnejší spôsob riešenia a teda ju uprednostňoval a podporoval pred nákladným liečením už rozvinutej diagnózy v pokročilom štádiu.

Predkladaná práca sa viac orientovala na príjmovú stránku systému zdravotníctva. Naším zámerom nebolo podrobnejšie skúmať výdavkovú oblasť ako napr. mechanizmy úhrad zdravotnej starostlivosti a služieb, efektívnosť alokácie zdrojov, podiel jednotlivých druhov zdravotnej starostlivosti na celkovom objeme financovania, meranie výstupov, kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti a pod. Uvedené oblasti by mohli byť námetmi na ďalšie odborné práce v tejto oblasti.

²⁴³ My si pravdepodobne nevieme úplne predstaviť resp. vžiť sa do životnej situácie ľudí v krajinách, kde sociálne „vymoženosti“ solidárneho poistenia neexistujú. V tejto práci sme sa venovali len analýze Slovenska a opisu zdravotných systémov európskych krajín.

Na základe prílohy č. 6 podľa štatistiky WHO môžeme vidieť, že existujú krajiny, ktoré vynakladajú na zdravotníctvo len okolo 20 USD (uvádzané v priemernom výmennom kurze USD na osobu a rok) napr. Etiópia 5 USD, Rwanda 7 USD, Madagaskar 8 USD, Afganistan 11 USD, Tadžikistan 11 USD, Nepal 12 USD, Pakistan 13 USD, Kongo 19 USD, Sudan 21 USD, Zambia 21 USD, Uzbekistan 21 USD, Irak 23 USD, India 27 USD.

V týchto krajinách existuje verejný zdravotný systém len v minimálnej miere resp. neexistuje vôbec. Uvedené malé sumy sú väčšinou súkromnými zdrojmi, nie verejnými zdrojmi (od štátu alebo od verejného zdravotného poistenia). Zdravotná starostlivosť je poskytovaná cez charitatívne a cirkevné organizácie, prostredníctvom pomoci WHO alebo organizácií napr. Červený kríž, Červený polmesiac, Lekári bez hraníc.

Problém chudoby, nedostatočnej zdravotnej starostlivosti, detskej úmrtnosti, tuberkulózy, HIV, cholery a iných prenosných chorôb je závažným problémom nielen uvedených rozvojových krajín, ale mal by byť pre celý svet výzvou na solidaritu.

Zámerom práce bolo okrem iného potvrdiť alebo vyvrátiť časté tvrdenia o „dostatku finančných zdrojov“ ktoré sú „neefektívne alokované“. Neochota vykonať štrukturálne zmeny má skutočne negatívny vplyv na deficit zdrojov, ale vstupujú sem aj iné faktory.

Viacerí autori²⁴⁴ zaraďujú zdravotnú starostlivosť medzi tzv. luxusné statky na základe tvrdenia, že príjmová elasticita tohto statku je väčšia ako jedna a teda dopyt rastie rýchlejšie ako ponuka. Tento názor je všeobecný a obsahuje v sebe niektoré nepresnosti. Ak niekomu zvýšia plat, pravdepodobne si nepôjde kúpiť do lekárne 4 balenia penicilínu, ani sa nedá ľubovoľne bez vážneho dôvodu hospitalizovať do nemocnice a určite si nedá u lekára pichnúť dvojnásobnú dávku očkovacej vakcíny (lebo „na to má...“). Násilné vnášanie ekonomických prvkov do celej oblasti zdravotníctva nie je celkom presné, ani správne. Na dopyt zdravotnej starostlivosti vplyvajú okrem ceny aj rôzne iné faktory ako napr. čas pacienta, psychologické zábrany, vplyv okolia, nároky príbuzných, vzdelanostná úroveň a zodpovednosť pacienta, ktorá je dôležitá najmä pri dodržiavaní pravidelnej prevencie; na druhej strane nedbanlivosť o vlastné zdravie a pod. Pri niektorých druhoch zdravotnej starostlivosti môže nastať dokonca situácia neelastického dopytu (napr. služby rýchlej zdravotnej pomoci, očkovanie proti vážnym infekčným chorobám). Pri skúmaní problematiky ekonomie zdravotníctva je teda dôležité z dôvodu vedeckej presnosti rozlišovať, o aký druh služieb konkrétne ide.

Na druhej strane ľudia chcú žiť zdravý a dlhý život bez chorôb, bolestí, bez práceneschopnosti; chcú mať k dispozícii všetky najmodernejšie zdravotnícke služby a najnovšie a bezpečné lieky. Sú ochotní vynakladať aj vyššie výdavky na splnenie svojej predstavy o kvalitnom živote. Čiastočne dávame za pravdu autorom tých názorov, ktorí označujú zdravie za luxusný statok. V zložitom kontexte všetkých uvedených skutočností a na základe dôsledného rozčlenenia zdravotníckych služieb na cenovo neelastické (ktoré pacient vyhľadá v naozaj závažných situáciách), cenovo elastické, ktoré si môže doplatiť alebo plne hrať zo súkromných zdrojov (nadštandardná kúpeľná starostlivosť, nadštandardné stomatologické služby, služby na pomedzí kozmetiky, medicíny, estetická chirurgia) môžeme rozčleniť zdravotnícke služby na tie, ktoré by mali byť jednoznačne hrazené zo solidárneho balíka a na tie, ktoré si pacient môže čiastočne alebo úplne hrať zo súkromných zdrojov.

Zdravotníctvo sa u nás stále ťažko vyrovnáva s mnohými skutočnosťami trhovej ekonomiky. Svedčí o tom aj doteraz prebiehajúce hľadanie nových foriem vlastníckych

²⁴⁴ PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Reforma zdravotníctva – reforma pre občana*. Bratislava : M.E.S.A 10, 2001, s. 9.
In: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/Reforma-new.pdf>

vzťahov v nemocniciach, zdravotníckych zariadenia i zdravotných poisťovniach. Často sú zdôrazňované sociálne možnosti občanov (pacientov), ale menej sa stretávame s analýzou sociálnej situácie poskytovateľov. Výrazne odlišné odmeňovanie i postavenie zdravotníckych pracovníkov na Slovensku a v západoeurópskych krajinách spôsobuje značný odliv kvalifikovanej pracovnej sily. Na Slovensku sa začína pociťovať nedostatok lekárov niektorých špecializácií a v niektorých regiónoch. Z teoretického a odborného hľadiska bola problematika financovania zdravotníctva na Slovensku po uskutočnení spoločenských zmien dlhšie nepreskúmaná. Veď pred dvoma desaťročiami sme sa v našej ekonomike so súkromným sektorom v praxi vôbec nestretali, naša ekonomika pozostávala iba zo štátneho a verejného sektora. V minulom období by sme si ani vôbec nevedeli predstaviť pôsobenie súkromného sektora v takej oblasti ako je zdravotníctvo. Preto aj teoretický vývoj a výskum napreduje pomalšie a s viacerými ťažkosťami. Trhový mechanizmus môže pomôcť kvalite a konkurencii, ale v žiadnom štáte na svete nie je zdravotníctvo úplne ponechané na súkromný sektor.

Cieľom dizertačnej práce bola snaha o predloženie návrhov na zlepšenie možnosti financovania zdravotníctva na Slovensku. Cieľ sme sa snažili splniť so zreteľom na dva protipóly:

- hranica finančnej únosnosti systému verejného zdravotníctva,
- hranica sociálnych možností občanov (Priemerná mzda v Nemecku je odlišná od priemernej mzdy na Slovensku, ale ceny liekov sa približujú, pretože väčšinu liekov dovážame zo zahraničia).

Ekonomika ponúka širšiu škálu možností na agregovanie zdrojov. Nie všetky možnosti sú v prípade zdravotníctva vhodné najmä vzhľadom na jeho postavenie, pretože má pôsobiť „vo verejnom záujme“. Prísne ekonomické zákony hovoria o limitovaných zdrojoch. Vo svojej práci som sa zamerala práve na tento náročný problém – ako vstupujú ekonomické zákony do tohto citlivého odvetvia? Kombinácia verejných a súkromných zdrojov je nielen dôležitým ukazovateľom úrovne zdravotníctva, ale predovšetkým poukazuje na stupeň uskutočnených reforiem v danej krajine. Na príklade Slovenska, Nemecka i niektorých vybraných krajín sme dokázali dôležitosť vstupu súkromného sektora, ale aj zložitosť týchto vstupov vzhľadom na sociálne dopady a zníženie solidárneho financovania.

V závere dizertačnej práce sa môžeme stotožniť s dvomi častými tvrdeniami:

- Slovensko vynakladá málo celkových zdrojov na zdravotníctvo, systém je podfinancovaný,
- v slovenskom zdravotníctve je stále nízky podiel súkromných zdrojov.

Okrem navýšenia zdrojov je potrebné vykonať viaceré štrukturálne zmeny na strane príjmovej (zmena pomeru zdrojov na väčší podiel súkromných zdrojov ako doteraz) aj výdavkovej. Bez uskutočnenia systematických zmien by sa ďalšie dodatkové financie len rozptýlili, kvalitnejší prínos by sa nedosiahol. V súčinnosti s akýmkoľvek navýšením zdrojov je potrebné vykonať audit efektívnosti a účelnosti vynakladaných prostriedkov. Zdravotná starostlivosť a verejné zdravotné poistenie tvoria súčasť celkového sociálneho zabezpečenia, preto na zdravotníctvo majú čiastočný vplyv aj iné zákony a reformy, predovšetkým zákon o sociálnom poistení, zákon o sociálnej pomoci, zákon o sociálnych službách, zákon o zamestnanosti, prípadne iné legislatívne predpisy. Ak spoločnosť prijatím zákona stanoví obyvateľom povinnosť hradiť vyšší objem zdravotnej starostlivosti zo súkromných zdrojov, musí často pristupovať k finančnej kompenzácii pre nízko príjmové skupiny inou formou finančnej pomoci.

Výrazným problémom pri tejto práci bola dostupnosť (resp. nedostupnosť) zdrojových údajov na mikroúrovni. Vnútorý systém hospodárenia a obchodné zmluvy s poisťovňami považujú nemocnice za obchodné tajomstvo a stretávali sme sa s neochotou ich zverejniť a poskytnúť.

Na makroúrovni bola najväčším problémom rozdielnosť štatistických údajov navzájom medzi niektorými inštitúciami (napr. rozdielne údaje v štatistických systémoch WHO, OECD, v národných štatistikách, ministerstvách a pod.). Je riziko, že na základe rozdielných vstupných údajov môžeme následne dospieť k rozdielnemu výsledku výpočtu percenta HDP, ktoré sa vynakladá na zdravotníctvo.

Použitá literatúra

BARBOSA, R. – CHARPAK, Y. – TURNER, S. – ZIGLIO, E.: *Health systems confront poverty*. World Health Organization, The Regional Office for Europe, Denmark, 2003.

BEŇOVÁ, E.: *Financie verejnoprospešných subjektov*. Bratislava : Ekonóm, 2002

BEŇOVÁ, E. a kol.: *Financie a mena*. Bratislava : Ekonóm, 2003

BEŇOVÁ, E. a kol.: *Financie a mena*. Bratislava : IURA EDITION – edícia Ekonómia, 2005

BEŇOVÁ, E. a kol. : *Niektoré verejnoprospešné činnosti v krajinách EÚ a ich financovanie*. Bratislava : Ekonóm, 2002

BIELIK, J.: *Farmakoekonomika – úvod do problematiky*. Lekárske listy : odborná príloha Zdravotníckych novín č. 7 / 2004, s. 4 – 5

BROWN, C.V. – JACKSON, P.M.: *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha : Eurolex, 2003.

BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

ČAPLÁNOVÁ, A. a kol.: *Ekonomía a financovanie verejného sektora (vybrané problémy)*. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, Fakulta financií, 1997

DIXON, A. – FIGUERAS, J. – KUTZIN, J. – MASSIALOS, E.: *Funding health care: options for Europe*. World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham. Philadelphia, 2002. In: www.euro.who.int

DOLINSKÝ, J. – CENIGOVÁ, R.: *Metodológia*. Bratislava : Dobrá kniha, 1999

GÁLIK, J.: *Transformácia slovenského zdravotníctva v uzatvorenom kruhu*. Zdravotnícke noviny, ročník 4/48, č. 33 (1999)

GLADKIJ, I. a kol.: *Management ve zdravotnictví*. Brno : Computer Press, 2003

GONDA, V.: *Doktorandské štúdium a dizertačná práca*. Bratislava : Ekonóm, 2002

GONDA, V.: *Metodika vedeckej práce pre doktorandov. Doktorandské štúdium a dizertačná práca*. Bratislava : Ekonóm, 2006.

GOULLI, R.: *Zdravotníctví a veřejná ekonomie: Základní pojmy, kritéria a nástroje pro tvorbu a fungování efektivního systému zdravotnictví*. In: Objektívizace výdaju z veřejných rozpočtu. Sborník referatu. Brno: Masarykova univerzita, 1997

GROSSE – TEBBE, S. and FIGUERAS, J.: *Snapshots of Health Systems. The state of affairs in 16 countries in summer 2004*. World Health Organization 2004, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, In: <http://www.who.dk/document/e87303.pdf>

HÁVA, P.: *Alokační efektivita lékové politiky v ČR*. In: Efektivnost veřejného sektoru. Sborník prací Asociace veřejné ekonomie. Brno: Masarykova univerzita, 1997

- HÄUSSLER, B.: *Selekcia rizika a kompenzácia rizikovej štruktúry v zdravotnom poistení*. In: Into Balance 7/2008, http://www.hpi.sk/images/newsletter/intobalance_7-2008.pdf
- HSIAO WILLIAM, C. – HELLER Peter S.: *What Macroeconomists Should Know about Health Care Policy*. International Monetary Fund. IMF Multimedia Services Division. Washington, DC, 2007. In: <http://www.hsph.harvard.edu/phcf/publications/HsiaoHeller2007.pdf>
- HSIAO WILLIAM, C.: *Why Is A Systemic View Of Health Financing Necessary? HEALTH AFFAIRS ~ Volume 26, Number 4, July/August 2007, s. 950 – 961*. In: <http://www.hsph.harvard.edu/phcf/publications/Hsiao.2007.systemic.view.of.hlth.fin.pdf>
- HEALY, J. – McKEE, M.: *Hospitals in a changing Europe*. World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 2002. In: www.euro.who.int
- HEALY, J. – FALKINGHAM, J. – McKEE, M.: *Health care in central Asia*. World Health Organization, European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, 2002. In: www.euro.who.int
- HNILICOVÁ, S.: *Massachusetts zavádza novú formu univerzálneho poistenia v USA*. In: Into Balance 10/2007, s. 5. In: http://www.hpi.sk/images/newsletter/intobalance_10-2007.pdf
- HORVÁTHOVÁ, Ž.: *Analýza distribučných dopadov súčasného spôsobu financovania zdravotnej starostlivosti v Českej republike – téza k dizertačnej práci*. Brno : MU ESF, 2002
- HRMOVÁ, D.: *Nákladová efektívnosť – môže pomôcť zachraňovať životy?* Lekarske listy Zdravotnicke noviny, 17.2.2005
- JEFFREY L. JACKSON : *Německý systém zdravotníctví. Poučení pro reformu ve Spojených státech*. In: J. Amer. med. Ass. (čes. a slov. vyd.), roč. 5, č. 5 /1997, s. 383 – 387.
- KOŠŤÁLOVÁ, A.: *Optimálna a skutočná finančná štruktúra podnikateľských subjektov v tranzitívnych ekonomikách na príklade neštátnych zdravotníckych zariadení prvého kontaktu pre dospelých*. In: Alternatívne prístupy a faktory financovania verejného sektora. Medzinárodná vedecká konferencia, Bratislava – 29. novembra 2001
- KOVÁČ, E.: *Zdravotné poistenie*. Bratislava: Ekonóm, 2002
- KOVÁČ, E.: *Zdravotné poistenie – zdravotnopolitické a ekonomické súvislosti*. Bratislava: Motýľ, 2003.
- KUVÍKOVÁ, H.: *Efektívnosť v zdravotníctve. Možnosti, spôsoby, obmedzenia*. In: Efektívnosť verejného sektora. Sborník prací Asociace veřejné ekonomie. Brno: Masarykova univerzita, 1997
- KUVÍKOVÁ, H.: *Nástroje objektivizácie výdavkov do zdravotníctva*. In: Objektivizace výdaju z veřejných rozpočtu. Sborník referatu. Brno: Masarykova univerzita, 1997
- KUVÍKOVÁ, H. – MURGAŠ, M. – NEMEC, J.: *Ekonomía zdravotníctva*. Banská Bystrica: Phoenix, 1995
- KUVÍKOVÁ, H.: *Zdravotnícke systémy sveta v kontexte zvyšovania reálnych finančných zdrojov*. In: Ekonomický časopis 52/2004 č. 8, s. 957 – 971.

LISÝ, J., a i.: *Ekonomía : Všeobecná ekonomická teória*. Bratislava : Iura Edition, 2002

MAJTÁNOVÁ, A.: *Možnosti optimalizácie financovania zdravotných poisťovní v podmienkach Slovenskej republiky*. In: Alternatívne prístupy a faktory financovania verejného sektora. Medzinárodná vedecká konferencia, Bratislava – 29. novembra 2001

MALÝ, I.: *Ochota platiť za zdravotnícké služby – výsledky empirického výskumu brnenských domácností*. In: Alternatívne prístupy a faktory financovania verejného sektora. Medzinárodná vedecká konferencia, Bratislava – 29. novembra 2001

MALÝ, I.: *Optimalizace výdaju ve zdravotnictví*. In: Efektivnost veřejného sektoru. Sborník prací Asociace veřejné ekonomie. Brno: Masarykova univerzita, 1997

MALÝ, I.: *K problémům využití přímých plateb při financování zdravotnických služeb*. In: Problematika financovania verejného sektora z aspektu jeho príjmov a výdavkov. Medzinárodná vedecká konferencia, Bratislava – 30. novembra 2000

MEDVEĎ, J. – NEMEC, J. : *Mikroekonomické východiská verejných financií*. Bratislava : SPRINT, 2004

MEDVEĎ, J. – NEMEC, J. – ORVISKÁ, M. – ZIMKOVÁ, E. : *Verejné financie*. Bratislava : SPRINT, 2005

MIHALIK, J.: *Medzinárodná komparácia sociálno-ekonomického rozvoja a konvergencia SR s EÚ. Znovuoživenie ekonomiky v recesii*. Bratislava : IRIS, 2003

MORVAY, K. – PAŽITNÝ, P. – PETROVIČ, M. – SZALAY, T. – SZALAYOVÁ, A. : *Zdravie je luxus. Vieme ako ho financovať? Stratégia financovania zdravotníctva do roku 2025*. Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute, 2008.

MOSSIALOS, E. – THOMSON, S.: *Voluntary health insurance in the European Union*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, Belgium, 2004.
In: www.euro.who.int

MURGAŠ, M.: *Teoreticko–metodologické problémy efektívnosti v zdravotníctve*. In: Efektivnost veřejného sektoru. Sborník prací Asociace veřejné ekonomie. Brno: Masarykova univerzita, 1997

MURGAŠ, M.: *Alternatívy financovania zdravotníctva v SR*. In: Alternatívne prístupy a faktory financovania verejného sektora. Medzinárodná vedecká konferencia, Bratislava – 29. novembra 2001

NEMEC, J.: *Objektívizácia financovania poskytovateľov zdravotníckych služieb*. In: Objektívizace výdaju z veřejných rozpočtu. Sborník referatu. Brno: Masarykova univerzita, 1997

NEMEC, J.: *Manažment transformácie slovenského zdravotníctva: jedna z príčin zlyhávania reformy?*
In: Acta oeconomica Pragensia, ročník VIII, č. 2 / 2000

NEUBAUEROVÁ, E.: *Teórie vo verejných financiách. Vybrané učebné texty*. Bratislava : Ekonom, 2003

PACÁKOVÁ, V. a kol.: *Štatistika pre ekonómov*. Bratislava : Ekonomía, 2003

PAŽITNÝ, P. – MAĎAROVÁ H.: *Dopadová štúdia reformy zdravotníctva*
In: www.mesa10.sk alebo v r. 2004 aj www.health.gov.sk

PAŽITNÝ, P. – SZALAYOVÁ, A. – MAĎAROVÁ, H. – PETROVIČ, M. – LENÁRTOVÁ, L. – FRISOVÁ, S. – SZALAY, T.: *Dobrý poistenec je nad zlato. Vieme vo vyvážiť?* Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku – Health Policy Institute, 2008.

PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Stratégia reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana*. Bratislava : M.E.S.A 10, 2001. In: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/zdravotnictvo.pdf>

PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov*. Bratislava : Združenie Pre reformu zdravotníctva, 2004. In: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/BielaKnih.pdf>

PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Reforma zdravotníctva – reforma pre občana*. Bratislava : M.E.S.A 10, 2001. In: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/Reforma-new.pdf>

PAŽITNÝ, P. – SZALAY, T. – SZALAYOVÁ, A. – MAĎAROVÁ, H.: *Zdravotníctvo (Health Policy Institute)* : In: www.hpi.sk

PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Zdravotníctvo. Samostatná kapitola v štúdií „Deetatizácia verejných služieb“ v rámci projektu LGI*, Bratislava 2000. In: <http://www.reformazdravotnictva.sk/publikacie.php> alebo aj www.mesa.10.sk

PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Zdravotníctvo*. In: *Slovensko 2000. Súhrnná správa o stave spoločnosti*. Bratislava : Inštitút pre verejné otázky. In: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/GR2000zdr.pdf>

PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Zdravotníctvo*. In: *Slovensko 2001. Súhrnná správa o stave spoločnosti*. Bratislava : Inštitút pre verejné otázky. In: http://www.ivo.sk/buxus/generate_page.php?page_id=2391 alebo v r. 2003 aj www.health.gov.sk

PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R.: *Zdravotníctvo*. In: *Slovensko 2002. Súhrnná správa o stave spoločnosti*. Bratislava : Inštitút pre verejné otázky. In: http://www.ivo.sk/buxus/generate_page.php?page_id=2541 alebo v r. 2003 aj www.health.gov.sk

PECHOVÁ, M.: *Financovanie zdravia vo svete*. In: *Profit*, 37 – 38 / 2005, s. 55 – 59. (In www.iprofit.sk 19.9.2005)

PEKOVÁ, J.: *Veřejné finance, úvod do problematiky*. Praha : ASPI, a.s., 2008.

REKTOŘÍK, J. a kol.: *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha : Ekopress, 2002

SAMUELSON, P. A. – NORDHAUS, W. D.: *Ekonomía*. Bratislava : Elita, 2000

STANEK, V. a kol.: *Ekonomika zdravotníctva*. Bratislava : Vydavateľstvo Ekonóm, 2005

STANEK, V. a kol.: *Sociálna politika*. Bratislava : Sprint, 2002

STANEK, V. a kol.: *Sociálna politika*. Bratislava : Sprint, 2006

STANEK, V.: *Hlavné črty reforiem zdravotníctva v Európe*. In: *Ekonomické rozhľady* 3 / 2003 (Economic review. Volume XXXII. ISSN 0323-262X)

STANEK, V.: *Reforma zdravotného poistenia, ako ďalej?* In: *Účtovníctvo, audítorstvo, daňovníctvo*, ročník XII, 2004, s. 310 – 312.

ŠIMEK, J. – ŠPALEK, V. – KŘÍŽOVÁ, E. – JANEČKOVÁ, H.: *Etické aspekty transformací zdravotnických systému v rozvinutých státech světa*. Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum

- ŠKROVÁNKOVÁ, L. – BILÍKOVÁ, M.: *Penzijné a nemocenské poistenie*. Bratislava : Ekonóm, 2002
- ŠTENCL J. – ŠAGÁT T. – LABAŠ P. – KRIŠTÚFEK P. – KOVÁČ G.: *SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO – súčasný stav, problémy a návrhy riešení*. Bratislava, apríl 2007
- STIGLITZ, J. E.: *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha : Grada Publishing, 1997.
- STRECKOVÁ, I. – MALÝ, I. – ŠELESOVSKÝ, J. – HLAVÁČEK, A. – REKTOŘÍK, J.: *Veřejná ekonomie pro školu i praxi*. Praha : Computer Press, 1998.
- VLKOLINSKÝ, R.: *Financovanie zdravotníckych služieb a dostupnosť týchto služieb v tranzitívnych ekonomikách*. In: Alternatívne prístupy a faktory financovania verejného sektora. Medzinárodná vedecká konferencia, Bratislava – 29. novembra 2001.
- WAGSTAFF, A. et al: *The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries*. In: Journal of Health Economics 18, 1999.
- ZACHAR, D. – ROHÁČ, D. – VAŠÁK, J. : *Hodnotenie ekonomických a sociálnych opatrení, apríl 2000 – december 2001*. INEKO – Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy.
In: <http://www.ineko.sk/clanky/publikacie> In: AdobeReader - [publikacie_heso_2000_2001[1].pdf]
- ZACHAR, D. (ed.): *Hodnotenie ekonomických a sociálnych opatrení, 2002*.
INEKO – Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy.
In: <http://www.ineko.sk/clanky/publikacie> In: AdobeReader - [publikacie_heso_2002[1].pdf]
- ZACHAR, D. (ed.): *Reformy na Slovensku 2003 – 2004. Hodnotenie ekonomických a sociálnych opatrení*. INEKO – Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy.
In: <http://www.ineko.sk/clanky/publikacie> In: AdobeReader - [publikacie_heso_2003_2004[1].pdf]
- ZACHAR, D. (ed.): *Reformy na Slovensku 2004 – 2005. Hodnotenie ekonomických a sociálnych opatrení*. INEKO – Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy.
In: <http://www.ineko.sk/clanky/publikacie> In: AdobeReader - [publikacie_heso_2004_2005[1].pdf]
- ZACHAR, D. (ed.): *Reformy na Slovensku 2005. Hodnotenie ekonomických a sociálnych opatrení*. INEKO – Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy.
In: <http://www.ineko.sk/clanky/publikacie> In: AdobeReader - [Reformy na Slovensku 2005[1].pdf]

články:

Globalizácia s ľudskou tvárou. In: *SME* 16. 10. 2002. Prevzaté a krátené z: Gazeta Wyborcza

BARANCOVÁ, H.: *Stručná charakteristika aktuálnej a pripravovanej sociálnej legislatívy v SR* (Súkromná štúdia – 2003)

HRMOVÁ, D.: *Nákladová efektívnosť – môže pomôcť zachraňovať životy?* In: Zdravotnícke noviny 17.2.2005 – príloha Lekárske listy

Američania a Brit sú ďalšími držiteľmi Nobelovej ceny za ekonómiu.
In: *Hospodárske noviny* 9.10.2003, s. 4

Zákony Slovenskej republiky a následné novely uvedených zákonov:

Ústava Slovenskej republiky

Zákon č. **576 / 2004** Z. Z. o **zdravotnej starostlivosti**, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov; ostatné novely k zákonu

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; ostatné novely k zákonu

Zákon č. **578 / 2004** Z. Z. o **poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti**, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov; ostatné novely k zákonu

Zákon č. **579 / 2004** Z. Z. o **záchrannej zdravotnej službe** a o zmene a doplnení niektorých zákonov; ostatné novely k zákonu

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; ostatné novely k zákonu

Zákon č. **581 / 2004** Z. z. o **zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou** a o zmene a doplnení niektorých zákonov; ostatné novely k zákonu

Internetové stránky, z ktorých boli čerpané niektoré zdroje informácií:

www.oecd.org

<http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx>

(OECD Health Data 2008 - Selected Data data extracted on 03 Apr 2009 15:43 UTC (GMT) from OECD.Stat)

www.euro.who.int

<http://www.who.int/nha/country/svk.pdf>

www.euractiv.sk

www.finance.gov.sk

www.government.sk

www.health.gov.sk

www.hpi.sk

www.ineko.sk

www.novezdravotnictvo.sk

www.nrsr.sk

www.reformazdravotnictva.sk

www.uvz.sk

www.uzis.sk

www.who.dk

www.who.sk

www.zbierka.sk

www.i-health.sk

<http://www.i-health.sk/sk/zdravotnictvo/financovanie-zdravotnictva/>

www.zzp-sr.sk

<http://www.health-sf.sk/>

<http://opz.health-sf.sk/operacny-program-zdravotnictvo/co-je-opz>

Aktuálny vývoj o reforme zdravotníctva v Nemecku od roku 2006

<http://de.wikipedia.org/wiki/Gesundheitsreform>

http://www.focus.de/politik/deutschland/gesundheitspolitik/chronologie_aid_116837.html

http://www.focus.de/politik/deutschland/gesundheitspolitik/lexikon_aid_116866.html

<http://hermes.zeit.de/pdf/archiv/2008/30/Gesundheit.pdf>

Vládne dokumenty

Programové vyhlásenie vlády v oblasti zdravotníctva. In: www.health.gov.sk

Štátny záverečný účet – rok 2003, 2004, 2005. In: www.finance.gov.sk

Správa o aktuálnom vývoji v slovenskom zdravotníctve a o realizovaných a pripravovaných opatreniach vlády Slovenskej republiky v rezorte zdravotníctva.

Materiál na rokovanie Národnej rady Slovenskej republiky. Číslo:ÚV-9969/2007.

In: <http://intranet/main.aspx?sid=schodze/cpt> (parlamentná tlač č. 339 – 6.6.2007)

Uznesenie vlády Slovenskej republiky č. 740 z 20. augusta 2003 k úverovej zmluve pre Úver na podporu modernizácie sektoru zdravotníctva a Úverovej zmluve pre Projekt technickej pomoci modernizácie sektoru zdravotníctva. Číslo: 7395/2003.

In:[http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/6F822F7BFC553A0CC1256D8A0040AE23/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/6F822F7BFC553A0CC1256D8A0040AE23/$FILE/Zdroj.html)

Uznesenie vlády Slovenskej republiky č. 281 z 31. marca 2004 k definitívnemu návrhu Projektu modernizácie sektoru zdravotníctva. Číslo 7806/2004.

In:[http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/30D5E68FFA2232D9C1256E690041FE65/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/30D5E68FFA2232D9C1256E690041FE65/$FILE/Zdroj.html)

Informácia o výsledkoch vládnych auditov a následnej finančnej kontroly čerpania úveru Svetovej banky v prospech rezortu zdravotníctva v rokoch 2003 – 2006.

Materiál na rokovanie vlády SR. Číslo: MF/015726/2008-1431. Bratislava 26.septembra 2008

In:<http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/B95F1A3054D290A6C12574D400468E38?OpenDocument>

Informácia o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva k 30.6.2007. Materiál na rokovanie vlády SR.

Číslo: 23231 – 1/2007 – OVV. Bratislava 27. septembra 2007

In:[http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/A08C3B5E89855786C1257367002D1F42/\\$FILE/Zdroj.html](http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/A08C3B5E89855786C1257367002D1F42/$FILE/Zdroj.html)

Správa o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k 31.12.2007. Materiál na rokovanie vlády SR.

Číslo: 10754 – 1/2008 – OVVHR. Bratislava 14. apríla 2008

In:<http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/FEE7535ABB876098C125742C003E72F0?OpenDocument>

Správa o vývoji dlhov v rezorte zdravotníctva k 31.12.2008. Materiál na rokovanie vlády SR.

Číslo: 16182 – 1/2009 – OVVHR. Bratislava 20. apríla 2009

In:<http://www.rokovanie.sk/appl/material.nsf/0/750AC0939D55957EC125759F002BEC05?OpenDocument>

Koncepcia systému riešenia vonkajšej a vnútornej zadlženosti zdravotníckych zariadení v strednodobom horizonte. Materiál na medzirezortné pripomienkové konanie.

Číslo: 24230-1/2008-SF. Bratislava 22. októbra 2008

In: [https://it.justice.gov.sk/\(S\(qsavx445l3wtmxygvyyrq0ej\)\)/Material/MaterialHome.aspx?instEID=1&matEID=608&AspxAutoDetectCookieSupport=1](https://it.justice.gov.sk/(S(qsavx445l3wtmxygvyyrq0ej))/Material/MaterialHome.aspx?instEID=1&matEID=608&AspxAutoDetectCookieSupport=1)

Koncepcia systému riešenia vonkajšej a vnútornej zadlženosti zdravotníckych zariadení v strednodobom horizonte. Materiál na rokovanie vlády, 11. decembra 2009. Číslo: 24230-1 /2008 – SF

In:<http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/C4779F144242CA9AC125751D0049A617?OpenDocument>

Operačný program Zdravotníctvo, Ministerstvo zdravotníctva SR, Bratislava, október 2007.
In: <http://opz.health-sf.sk/operacny-program-zdravotnictvo/co-je-opz>

Spravodajca Operačného programu Zdravotníctvo, ročník 1, číslo 1/2008, vydalo MZ SR, Sekcia európskych programov a dokumentov.

Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2005. In: www.udzs.sk

Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2006. In: www.udzs.sk

Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007. In: www.udzs.sk

Rôzne iné zdroje

Havajská deklarácia schválená Valným zhromaždením Svetovej psychiatrickej federácie vo Viedni 10. júla 1983

Helsinská deklarácia prijatá na 29. všeobecnom zhromaždení Svetového združenia lekárov v Tokiu v r. 1975 – Odporúčania pre lekárov, ktorí uskutočňujú na ľuďoch biomedicínne vyšetrenia

Charta práv pacienta v Slovenskej republike prijatá vládou Slovenskej republiky 11. apríla 2001

Návrh skupiny poslancov na Ústavný súd na začatie konania o súlade ustanovení § 15 ods. 6 a § 86d zákona č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach s príslušnými ustanoveniami Ústavy a medzinárodných zmlúv, ktorými je viazaná Slovenská republika, podaný na Ústavný súd 15.10.2008

Štatistická ročenka SR 2005, Štatistický úrad SR 2005 : Bratislava : VEDA, vydavateľstvo SAV, 2005.

Zdravotníctvo – zdravotnícka doktrína. In: <http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/anoprogz.pdf>

Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2006 – 2010, Združenie zdravotných poisťovní Slovenskej republiky, Bratislava, 2006. In: <http://www.zzp-sr.sk>

Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2007 – 2010, Združenie zdravotných poisťovní Slovenskej republiky, Bratislava, 2007. In: <http://www.zzp-sr.sk>

Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2008 – 2011, Health Policy Institute, Bratislava, 2008.
In: http://www.hpi.sk/index.php?option=com_content&task=view&id=599&Itemid=32

Zoznam príloh:

- Príloha č. 1 **Mechanizmus financovania zdravotných systémov v západoeurópskych krajinách a USA, rok 2000 a neskôr**
- Príloha č. 2 **Organizácia vzťahov medzi hlavnými účastníkmi systému zdravotníctva na Slovensku, rok 2006**
- Príloha č. 3 **Operačný program Zdravotníctvo**
- Príloha č. 4 **Cenník služieb a zdravotníckych výkonov platný od 1.1.2009. Všeobecná nemocnica s poliklinikou Levoča, a.s.**
- Príloha č. 5 **Základné makroekonomické ukazovatele financovania zdravotníctva vo vybraných krajinách za rok 2003 podľa štatistiky Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO)**
- Príloha č. 6 **Organizácia vzťahov medzi účastníkmi systému zdravotníctva v Nemecku, rok 2005**
- Príloha č. 7 **Zodpovednosť a právomoci hlavných účastníkov v systéme zdravotníctva v Nemecku**
- Príloha č. 8 **Prehľad reforiem v nemeckom zdravotníctve za obdobie 1997 – 2006**
- Príloha č. 9 **Dávky zdravotnej starostlivosti a poistné benefity v nemeckom zdravotníctve**

Mechanizmus financovania zdravotných systémov v západoeurópskych krajinách a USA – rok 2000 a neskôr

Krajina	Typ financovania zdravotného systému	cieľová skupina / rozsah	Pokrytie obyvateľstva	Financovanie	Príspevok zamestnávateľa	Príspevok zamestnanca
Rakúsko	Povinné (verejné) zdravotné poistenie	všetci zamestnaní, SZČO a nezamestnaní, dôchodcovia a ich rodinní príslušníci	99%	Podľa sociálnej situácie a zamestnania sú obyvatelia poistení v jednom z uvedených fondov: 1. provinčné poisťovne 2. firemné fondy 3. fondov pre zvláštne kategórie	3,40% - 3,95%	3,40% - 3,95%
	Dodatkové (súkromné) zdravotné poistenie (pripoistenie)		38%			
Belgicko	Povinné (verejné) zdravotné poistenie	všetci zamestnaní, SZČO a nezamestnaní, dôchodcovia a ich rodinní príslušníci	99%	poisťovne	13,07%	24,87%
	Doplňkové dobrovoľné zdravotné poistenie Súkromné poistenie					
Dánsko	Systém verejného zdravotného poistenia	celé obyvateľstvo	99%	Financované všeobecnými a miestnymi daňami. Náklady sa rozdeľujú medzi 5% poskytovanými vládou a 95% poskytovaných krajinami, mestami a obcami	0,00%	0,00%
	Doplňkové poistenie		30%			
Fínsko	Verejná služba	celé obyvateľstvo	99%	Zdravotníctvo je financované zo štátnych a miestnych daní (29% - 66%) vrátane určitej miery doplatkov od pacientov	1,50% - 1,95%	1,60% - 2,85%
	Nemocenské poistenie	celé obyvateľstvo	99%	Krytie nemocenskými fondami Úradu štátneho sociálneho poistenia (National Social Insurance Institution) ktorý je financovaný dávkami od zamestnávateľov a zamestnancov		
	Súkromné poistenie		2%	Súkromné poistenie predstavuje len 2% financovania zdravotníctva		

Krajina	Typ financovania zdravotného systému	cieľová skupina / rozsah	Pokrytie obyvateľstva	Financovanie	Príspevok zamestnávateľa	Príspevok zamestnanca
Francúzsko	Povinné (verejné) zdravotné poistenie	všetci zamestnaní, SZČO a nezamestnaní, dôchodcovia a ich rodinní príslušníci	98%	Zdravotné poistenie je dostupné prostredníctvom rôznych systémov podľa povolania. Existujú všeobecné systémy pre: 1. zamestnaných v úradnej sfére a ich rodiny 2. poľnohospodárov a ich rodiny 3. nezávislé profesie (odborníci)	0,75%	12,80%
	Doplnkové poistenie			Pokrytie systémom štátneho zdravotného poistenia môže byť doplnené: 1. neziskovými poisťovňami alebo 2. súkromnými poisťovňami		
Nemecko	Povinné zdravotné poistenie	všetci zamestnaní (až do určitej hranice príjmu), SZČO a nezamestnaní, dôchodcovia a ich rodinní príslušníci	75%	nemocenské fondy	6,75%	6,75%
	Súkromné zdravotné poistenie	Nadpriemerne zarábajúci, ktorých príjem presahuje určený limit príjmu	25%	nemocenské a poisťovenské fondy		
Grécko	Národná zdravotná služba	Manuálni (námedzní) robotníci a duševní zamestnanci zamestnaní v súkromnom sektore a v neštátnom verejnom sektore	41%	fondy: fond IKA financovaný príspevkami fond OGA financovaný rezervnými daňami	príspevky 2,55%	príspevky 5,1%
		Vidiecke obyvateľstvo	35%	vládne príspevky (dotácie)		
		SZČO a zamestnávateľia v malých podnikoch	11%	fond TEBE financovaný príspevkami	2,55%	5,1%
		Zdravotná služba pre štátnych zamestnancov	9%	financovaná z rozpočtových zdrojov		

Krajina	Typ financovania zdravotného systému	cieľová skupina / rozsah	Pokrytie obyvateľstva	Financovanie	Príspevok zamestnávateľa	Príspevok zamestnanca
Veľká Británia	Národná zdravotná služba	všeobecné pokrytie	99%	všeobecné zdanenie Systém príspevkov štátneho poistenia (National Insurance Contribution scheme)	0,00%	0,00%
	Súkromné poistenie		10%			
Írsko	Národná zdravotná služba	Kategória I (ľudia, ktorých príjem je pod určitým prahom)	36%	Dane		
	Dobrovoľné zdravotné poistenie	Kategória II (zvyšok obyvateľstva)	64% 35%	Výbor (Rada) dobrovoľného zdravotného poistenia	5, 75%	
Švédsko	Národná zdravotná služba	celé obyvateľstvo	99%	financovanie z daní štátu, kantónov a samospráv (posledné dve predstavujú 70% verejných výdavkov)	3,95%	7,93%
Taliansko	Národná zdravotná služba	celé obyvateľstvo	99%	Zozbierané príspevky a dane sú rozdelené do regiónov podľa predpisov. Zdravotné celky sú financované regiónmi na báze dotácií.	1,00%	12,1% - 14,35%
	Súkromné poistenie		16%			
Luxembursko	Povinné zdravotné poistenie	všetci zamestnaní, SZČO a nezamestnaní, dôchodcovia a ich rodinní príslušníci	99%	9 nemocenských fondov pre rôzne kategórie povolání	5,50%	5, 50%
	Dobrovoľné zdravotné poistenie		80%			

Krajina	Typ financovania zdravotného systému	cieľová skupina / rozsah	Pokrytie obyvateľstva	Financovanie	Príspevok zamestnávateľa	Príspevok zamestnanca
Portugalsko	Národná zdravotná služba	celé obyvateľstvo	99%	Všeobecné pokrytie okrem zamestnancov štátnej služby a ich rodinných príslušníkov. Financované daňami.	2,50%	
	Súkromné poistenie		10%	Zamestanci v štátnej službe a ich rodinní príslušníci (13,6% obyvateľstva). Financované vládnymi príspevkami a doplatkami. Platenie poisťných dávok podľa veku, pohlavia, príjmu		
Španielsko	Povinné zdravotné poistenie	celé obyvateľstvo	97%	financovanie sociálnymi príspevkami (odvodmi) a daňami	4,70%	23,60%
	Súkromné poistenie					
Holandsko	Povinný štátny poisťný systém pre chronické zdravotné riziká a pre závažné zdravotné výdavky	celé obyvateľstvo	99%	Štátny poisťný systém	9,60%	
	Povinné zdravotné poistenie	Ľudia s celoročným príjmom nižším než je ročne stanovená špecifická hranica	60%	30 neziskových nemocenských fondov	2,20%	6,55%
	Zákonné zdravotné poistenie	Miestni a regionálni zamestanci štátnej služby	5%			
	Súkromné zdravotné poistenie	Ľudia s príjmom nad určitú hranicu	35%			

Krajina	Typ financovania zdravotného systému	cieľová skupina / rozsah	Pokrytie obyvateľstva	Financovanie	Príspevok zamestnávateľa	Príspevok zamestnanca
Japonsko	Povinné poistenie	Zamestanci súkromných spoločností. Zamestnanci verejných služieb. SZČO, poľnohospodári, nezamestnaní atď.	99%	Na zdravotné poistenie dozerá vláda. Združenia vzájomnej pomoci. Štátne zdravotné poistenie.	3,66%-4,25%	4,25% - 4,74%
	Doplnkové poistenie		60%			
USA	Dobrovoľné zdravotné poistenie	Hlavne stredná vrstva a vyššie vrstvy	0,85	Systémy súkromného poistenia financované poistnými dávkami zamestnávateľov a zamestancov (priemerný podiel 80:20), ale približne 40% všetkých zamestnávateľov platí za svojich zamestnancov plné poistné		
	Medicare	Ľudia starší než 65 rokov, ľudia s handicapom, ľudia v poslednom štádiu ochorenia obličiek, takže ľudia zo strednej vrstvy		Medicare je federálny program zdravotného poistenia, financovaný daňami (75%) a príspevkami (25%) platenými do sociálneho poistenia	7,65%	
	Medigap	Medigap je dodatočné zdravotné poistenie v rámci Medicare, ktoré poskytujú súkromné poisťovne				
	Medicaid	Ľudia s nízkym príjmom	0,11	Medicaid je jednotný program federálnej vlády a jednotlivých štátov		
		Ľudia bez poistenia (pacienti "šedej zóny")	0,15			

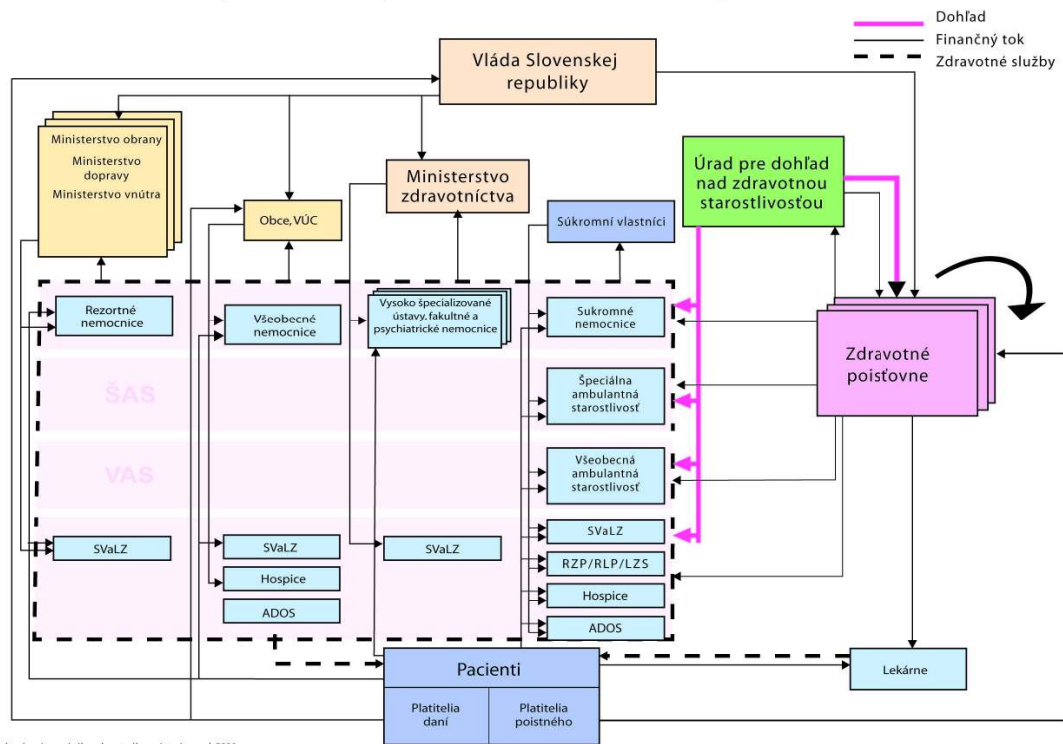
Zdroj prílohy:

Who Europe, Health for all Database 2000, www.who.dk

In: http://www.reformazdravotnictva.sk/pril/RZ_Data.pdf

Príloha č. 2

Organizácia vzťahov medzi hlavnými účastníkmi systému zdravotníctva na Slovensku, rok 2006

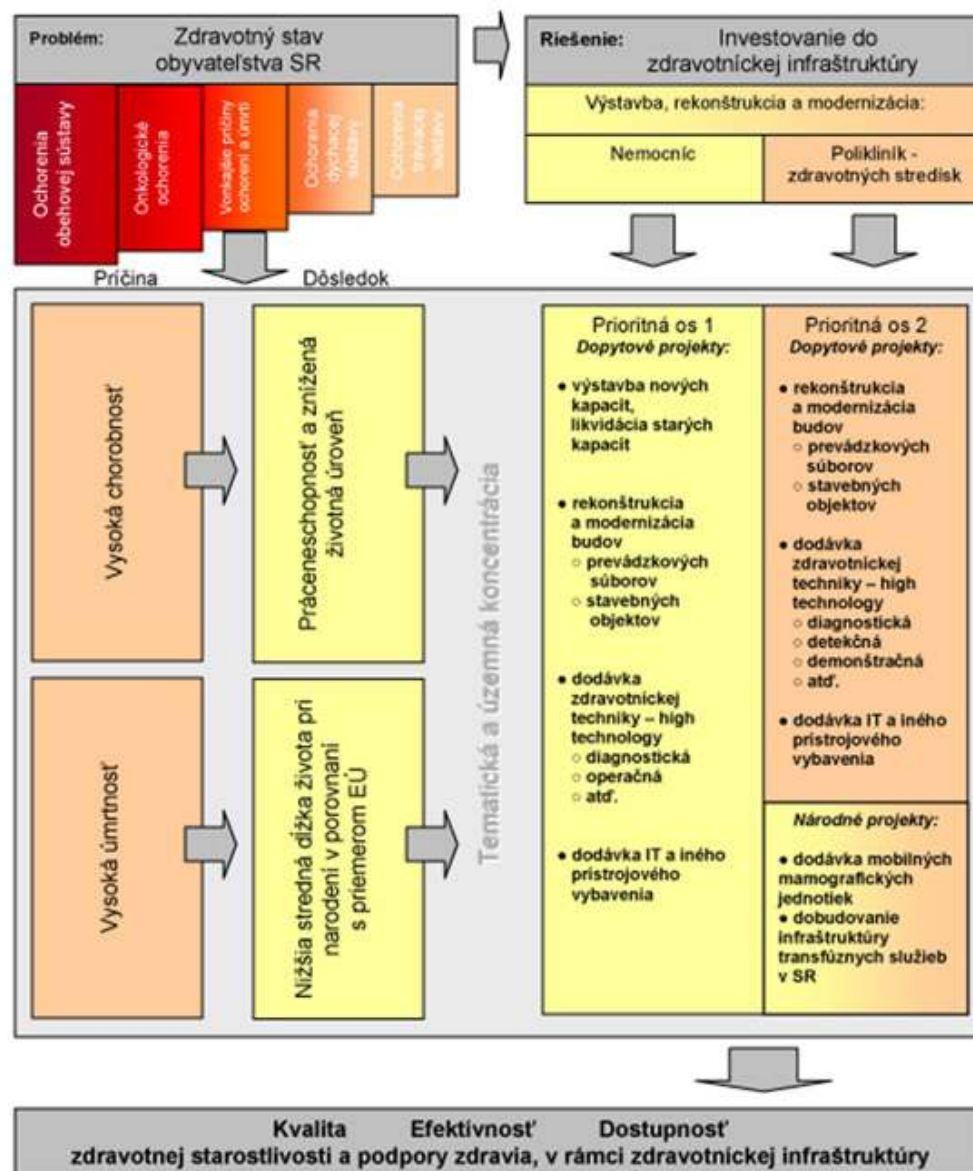


Zdroj: Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2006
 In: http://www.udzs.sk/buauus/docs/vestniky/rocnik_2007/vestnik_03_07.pdf

Operačný program Zdravotníctvo

Ciel: Konvergencia

Zdroj: Európsky fond regionálneho rozvoja



Zdroj: Operačný program zdravotníctvo, s. 86.
 In: <http://opz.health-sf.sk/operacny-program-zdravotnictvo/co-je-opz>

Cenník služieb a zdravotníckych výkonov platný od 1.1.2009

Konverzný kurz: 1 EUR = 30,1260 SKK

I. Platby za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

	Cena za výkon, službu v EUR	Cena za výkon, službu v Sk
Pobyt sprievodcu v ústavnej starostlivosti (okrem stravy) / deň pobytu	3,32 €	100,00 Sk
Návšteva LSPP a ÚPS	1,99 €	60,00 Sk
Doprava - cena za 1 km	0,07 €	2,00 Sk
Poplatok za recept v lekárni	0,17 €	5,00 Sk

II. Služby a zdravotnícke výkony nehradené na základe zdravotného poistenia**A. Zdravotnícke výkony a služby neuhrádzané na základe zdravotného poistenia**

1. Chirurgické výkony		
Otoplastika obojstranná	199,16 €	6 000,00 Sk
Otoplastika jednej ušnice	99,58 €	3 000,00 Sk
Interrupcia	248,95 €	7 500,00 Sk
Cirkumcizia	256,75 €	7 735,00 Sk
Prepichnutie uší - (1 ucho)	3,32 €	100,00 Sk
Odstránenie malého útvaru z oblasti mihalníc s prvotným vyšetrením	21,41 €	645,00 Sk
Odstránenie malého útvaru z oblasti mihalníc	17,26 €	520,00 Sk
Odstránenie väčšieho útvaru z oblasti mihalníc	23,24 €	700,00 Sk
Elektrokauterizácia v oblasti mihalníc	9,13 €	275,00 Sk
Odstránenie malého ložiska na koži	23,24 €	700,00 Sk
Termické odstránenie bradavice	11,12 €	335,00 Sk
Odstránenie malého aterómu	22,57 €	680,00 Sk
Odstránenie väčšieho ložiska na koži - lipóm	27,22 €	820,00 Sk
Odstránenie väčšieho aterómu	23,90 €	720,00 Sk
Extirpácia malých jaziev	23,24 €	700,00 Sk
Extirpácia väčších jaziev	27,22 €	820,00 Sk
Odstránenie deformovaných nechťov na nohe	12,61 €	380,00 Sk
Ošetrovanie clavu	23,24 €	700,00 Sk
Termické odstránenie clavu	12,28 €	370,00 Sk
Skleroterapia venektázií a žíl (pacient zvlášť hradí náklady na aetoxysklerol)	9,46 €	285,00 Sk
Pôrodnica epidurálna analgézia	82,98 €	2 500,00 Sk
Založenie alebo výmena intrauterinného telieska	10,62 €	320,00 Sk
Sterilizácia muža	248,95 €	7 500,00 Sk
Sterilizácia ženy	165,97 €	5 000,00 Sk
2. Vyšetrenia na administratívne účely		
Oftalmologické vyšetrenie na vodičský preukaz	8,30 €	250,00 Sk
Psychologické vyšetrenie vodičov motorových vozidiel	33,19 €	1 000,00 Sk
ORL vyšetrenie na vodičský preukaz	10,62 €	320,00 Sk
Psychologické vyšetrenie za účelom držania alebo nosenia zbrane alebo streliva	33,19 €	1 000,00 Sk
Psychologické vyšetrenie žiadateľov o oprávnenie vykonávať výcvik vodičov motor. vozidiel	33,19 €	1 000,00 Sk
Vyšetrenie jedného orgán.systému alebo kontrolné vyšetrenie, nehradené zo ZP v trvaní nad 15 minút	5,31 €	160,00 Sk
Cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých org.systémov, nehradené zo ZP v trvaní nad 20 minút	6,64 €	200,00 Sk
Komplexné vyšetrenie nehradené zo ZP v trvaní nad 30 minút	9,29 €	280,00 Sk
Výkony na sociálne účely a pre Sociálnu poisťovňu - cena za 1 bod	0,023236 €	0,70 Sk
3. Predpisovanie, písomné oznámenia, posudky - vyhotovené predpísanou formou a na určených tlačivách		
Hlásenia choroby z povolania, poškodenie zdravia pri práci, potvrdenia o návšteve lekára, potvrdenie o potrebe ošetrovania alebo starostlivosti, o potrebe preradenia na inú prácu, o očakávanom dni pôrodu, regresné hlásenia, správy o úraze ai. Ďalšie správy do rozsahu A5	1,00 €	30,00 Sk
Potvrdenia, osvedčenia, správy, posudky na základe písomného vyžiadania MPSVaR, ÚP..	0,80 €	24,00 Sk
Správa o zdravotnom stave poisteného (poškodeného) na požiadanie inej ako zdravotnej poisťovne	4,32 €	130,00 Sk
Vystavenie potvrdenia a hlásenia o dočasnej pracovnej neschopnosti a o potrebe ošetrovania alebo starostlivosti pre sociálnu poisťovňu - cena za 1 bod	0,028547 €	0,86 Sk
4. Vystavenie lekárskeho nálezu alebo výpisu zo zdravotnej dokumentácie		

Vystavenie lekárskeho nálezu, výpis zo zdravotnej dokumentácie	6,97 €	210,00 Sk
5. Nadštandardná izba na lôžkovom oddelení		
Jednoposteľová izba so samostatným soc.zariadením / 1 deň	9,96 €	300,00 Sk
Jednoposteľová izba so spoločným soc.zariadením / 1 deň	4,98 €	150,00 Sk
Jednoposteľová izba so samostatným soc.zariadením, ktoré nie je súčasťou izby / 1 deň	6,64 €	200,00 Sk
6. Poplatok za užívanie nadštandardného vybavenie izby		
Nadštandardné vybavenie na dvojlôžkovej izbe - televízor, chladnička, rýchl.v.kanvica / 1deň	3,32 €	100,00 Sk
7. Zapojenie vlastného televízora, pripojenie na internet		
Zapojenie vlastného televízora na patientskej izbe / 1 deň	0,33 €	10,00 Sk
Pripojenie vlastného počítača k internetu počas hospitalizácie / 1 deň	1,66 €	50,00 Sk
8.,9. Stravné poskytované doprevádzajúcim osobám, výber delenej stravy		
Stravovanie doprevádzajúcich osôb - celodenné / 1 deň	4,11 €	123,82 Sk
Stravovanie doprevádzajúcich osôb - raňajky	0,73 €	22,00 Sk
Stravovanie doprevádzajúcich osôb - obed	2,12 €	64,00 Sk
Stravovanie doprevádzajúcich osôb - večera	1,26 €	38,00 Sk
Výber delenej stravy (doprevádzajúca osoba, pacient) / 1 deň	0,66 €	20,00 Sk
10. Prítomnosť otca pri pôrode		
Prítomnosť otca pri pôrode	16,60 €	500,00 Sk
11. Fotografická snímka z USG vyšetrenia		
Fotografická snímka z USG vyšetrenia	1,66 €	50,00 Sk
Videosekvencia z pôrodnického ultrazvukového vyšetrenia	3,32 €	100,00 Sk
12. Služby poskytované na PAO		
Služby na PAO - úprava dospelého	13,28 €	400,00 Sk
Služby na PAO - úprava dieťaťa	6,64 €	200,00 Sk
Uloženie do chladiaceho boxu / 1 deň	3,32 €	100,00 Sk
13. Športová a kozmetická masáž a sauna		
Masáž jednej časti tela	2,99 €	90,00 Sk
Masáž viacerých častí tela - jedno ošetrenie	3,65 €	110,00 Sk
Sauna / 1 hod	2,49 €	75,00 Sk
14. Vyšetrenie na HTO		
Vyšetrenie krvnej skupiny a Rh faktoru	4,98 €	150,00 Sk
Vyšetrenie krvného obrazu	3,58 €	108,00 Sk
Krvné testy na vyšetrenie hepatitídy typu B (HbsAg)	8,96 €	270,00 Sk
Krvné testy na vyšetrenie hepatitídy typu C	8,46 €	255,00 Sk
Krvné testy na vyšetrenie HIV	6,64 €	200,00 Sk
Krvné testy na vyšetrenie syfilisu	4,48 €	135,00 Sk
15. Psychodiagnostická činnosť		
Základné vyšetrenie mentálnych schopností, stavu pozornosti	15,93 €	480,00 Sk
Základné vyšetrenie štruktúry osobnosti	21,24 €	640,00 Sk
Vyšetrenie aktuálneho psychického stavu, afektivity	10,62 €	320,00 Sk
16. Psychoterapeutická činnosť		
Individuálna psychoterapia zameraná na zmenu postojov a správania	26,56 €	800,00 Sk
Psychologická krízová intervencia zameraná na riešenie akútnych krízových situácií	26,56 €	800,00 Sk
Autogénny tréning a relaxácia - individuálne	7,97 €	240,00 Sk
Autogénny tréning a relaxácia - v skupine	2,32 €	70,00 Sk
17. Audiometrické vyšetrenie		
Audiometrické vyšetrenie	3,32 €	100,00 Sk
18. Prednostné poskytnutie ambulantnej starostlivosti		
Prednostné poskytnutie ambulantnej starostlivosti (v rámci ordinačných hodín)	11,62 €	350,00 Sk
19. Kvalitatívne testy na určenie drog v moči		
Kvalitatívne testy na určenie drog v moči - 1 -parametrový test	4,65 €	140,00 Sk
Kvalitatívne testy na určenie drog v moči - 5 -parametrový test	19,92 €	600,00 Sk
20. Kvantitatívne vyšetrenia pre veterinárne účely		
Celkové bielkoviny	0,53 €	16,00 Sk
Albumín	0,66 €	20,00 Sk
Elektroforéza bielkovín	5,31 €	160,00 Sk
Urea	1,33 €	40,00 Sk

Kreatinín	0,80 €	24,00 Sk
Kyselina močová	2,39 €	72,00 Sk
Glukóza	0,53 €	16,00 Sk
Cholesterol	2,39 €	72,00 Sk
Triglyceridy	2,39 €	72,00 Sk
Bilirubín	0,53 €	16,00 Sk
ALP	0,80 €	24,00 Sk
AST	0,80 €	24,00 Sk
ALT	0,80 €	24,00 Sk
GMT	0,80 €	24,00 Sk
Amyláza	2,66 €	80,00 Sk
Ca	0,66 €	20,00 Sk
P	0,80 €	24,00 Sk

B. Ostatné služby

1. Nepravidelná a neindikovaná preprava osôb, poskytnutie vozidiel DZS, ZZS		
Vozidlo DZS / 1 km	0,37 €	11,00 Sk
Vozidlo DZS - stojné / 1 hod	3,85 €	116,00 Sk
Vozidlo ZZS / 1 km	0,83 €	25,00 Sk
Vozidlo ZZS - stojné / 1 hod	3,85 €	116,00 Sk
Vozidlo ZZS so SZP - stojné / 1 hod	9,16 €	276,00 Sk
Vozidlo ZZS so SZP a lekárom - stojné / 1 hod	18,65 €	562,00 Sk
2. Parkovanie		
Parkovanie v areáli pre hospitalizovaných pacientov / deň	1,00 €	30,00 Sk
3. Ubytovanie na chate		
3.1. Zamestnanci		
Ubytovanie s nocľahom / deň / lôžko	1,00 €	30,00 Sk
Denný pobyt bez nocľahu / deň / osoba	0,66 €	20,00 Sk
Prenájom celej chaty bez nocľahu / deň	6,64 €	200,00 Sk
Prenájom celej chaty s nocľahom / noc (30 lôžok)	29,87 €	900,00 Sk
3.2. Cudzí návštevníci		
Ubytovanie s nocľahom / deň / lôžko	3,32 €	100,00 Sk
Denný pobyt bez nocľahu / deň / osoba	1,66 €	50,00 Sk
Prenájom celej chaty bez nocľahu / deň	16,60 €	500,00 Sk
Prenájom celej chaty s nocľahom / noc (30 lôžok)	66,39 €	2 000,00 Sk
4. Ubytovanie na slobodárni pre pacientov		
Ubytovanie pre pacientov, ktorým bol poskytnutý výkon jednodň.chirurgie / deň / lôžko	4,98 €	150,00 Sk
5. Vypožičiavanie digitálneho projektora		
Vypožičiavanie digitálneho projektora / deň	9,96 €	300,00 Sk
6. Ubytovanie pre zamestnancov na slobodárni		
Celá bunka / 1 nájomník / 1 mesiac	56,43 €	1 700,00 Sk
Celá bunka / 2 nájomníci / 1 mesiac	69,71 €	2 100,00 Sk
Malá izba / 1 nájomník / 1 mesiac	29,87 €	900,00 Sk
Veľká izba / 1 nájomník / 1 mesiac	39,83 €	1 200,00 Sk
7. Stravovanie zamestnancov, dôchodcov a cudzích		
Zamestnanec / 1podaný obed	0,73 €	22,00 Sk
Cudzí stravník / 1 podaný obed	2,12 €	64,00 Sk
Dôchodca bez nároku na príspevok zo sociálneho fondu / 1 podaný obed	1,46 €	44,00 Sk
Dôchodca s nárokom na príspevok zo sociálneho fondu / 1 podaný obed	1,23 €	37,00 Sk

III. Výkony zdravotnej starostlivosti pre samoplatcov

Cena za ukončenú hospitalizáciu - podľa lôžkových oddelení:		
Interné	477,99 €	14 400,00 Sk
Neurológia	471,35 €	14 200,00 Sk
Psychiatria	653,92 €	19 700,00 Sk
Pediatrica	414,92 €	12 500,00 Sk
Gynekológia a pôrodnictvo	504,55 €	15 200,00 Sk
Chirurgia	604,13 €	18 200,00 Sk
Urológia	501,23 €	15 100,00 Sk
Anesteziológia a intenzívna medicína	3 651,33 €	110 000,00 Sk
Doliečovacie	477,99 €	14 400,00 Sk
Neonatológia	258,91 €	7 800,00 Sk

Cena za hospitalizáciu na OAIM pre intoxikáciu alkoholom do 48 hod.	663,88 €	20 000,00 Sk
Ambulantná zdravotná starostlivosť špecializovaná / cena za 1 bod	0,016597 €	0,50 Sk
Spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky / cena za 1 bod	0,016597 €	0,50 Sk
Lekárska služba prvej pomoci / cena za 1 bod	0,016597 €	0,50 Sk
Doprava v návštevnjej LSPP / cena za 1 km	0,50 €	15,00 Sk
Doprava do a zo zdravotníckeho zariadenia vozidlom DZS / cena za 1 km	0,50 €	15,00 Sk
Cena za výkon záchranej zdravotnej služby	49,79 €	1 500,00 Sk
Doprava vozidlom záchranej zdravotnej služby / cena za 1 km	0,70 €	21,00 Sk

IV. Pracovná zdravotná služba

a/ Očné vyšetrenia		
Subjektívne stanovenie sférickej refrakcie. Subjektívne stanovenie sférickej refrakcie s určením centrálnej zrakovéj ostrosti pomocou skúšobných skiel alebo foropteru, súčasne vyšetrenie vízu do diaľky a nablízko (všetko zahrnuté v základnom hodnot	1,28 €	38,50 Sk
Motorika očí kvalitatívne. Vyšetrenie heterofórie, pseudostrabizmu a strabizmu, krycí test, pohyblivosť.	2,19 €	66,00 Sk
Vyšetrenie štrbinovou lampou: predného a (alebo) stredného segmentu oka, vyšetrenie predného segmentu fluoresceinom.	1,28 €	38,50 Sk
Oftalmoskopia vyšetrenie očného pozadia oftalmoskopom.	2,19 €	66,00 Sk
Projekčná perimetria oboch očí s označením rôznych prahov dráždivosti. Projekčná perimetria s použitím značiek rôznej veľkosti, intenzity a farby, projekčná perimetria, izopterová perimetria a dynamická perimetria. Prístroje: pologuľový	2,74 €	82,50 Sk
Vyšetrenie farbcitú pomocou farebných tabuliek: Ishihara, Velhagen, Riabkin.	0,55 €	16,50 Sk
Kvantitatívne a kvalitatívne vyšetrenie binokulárneho videnia vrátane hodnotenia SMP, fúzie, šírky fúzie a stereopsie na synoptofóre, v prípade potreby aj výkon pod kódom 1216.	3,83 €	115,50 Sk
Tonometria impresná.	1,00 €	30,25 Sk
Povrchová anestézia hlbokých častí nosa, bubienka a (alebo) bubienkovej dutiny alebo močovej rúry a (alebo) močového mechúra a (alebo) povrchová anestézia rohovky, spojovky a (alebo) povrchová anestézia pokožky. Uvedený výkon môže vykaz	0,55 €	16,50 Sk
b/ Hematologické		
Automatizované počítanie komplexného krvného obrazu: Hb, Er, Htk, indexov Er, Le a trojparametrového diferenciálneho obrazu Le, trombocytov a indexov Tr	1,00 €	30,00 Sk
Povrchový antigén vírusu hepatitídy B (HbsAg)	4,15 €	125,00 Sk
Kvantitatívne alebo kvalitatívne stanovenie protilátok proti hepatitíde B (Anti HBs) imunologickou metódou	9,96 €	300,00 Sk
c a/ Biochemické -hepatálne testy		
AST	0,50 €	15,00 Sk
ALT	0,50 €	15,00 Sk
GMT	0,50 €	15,00 Sk
Celkový bilirubín	0,33 €	10,00 Sk
c b/ Biochemické - moč		
Štandardné mikroskopické vyšetrenie močového sedimentu. Mikroskopické vyšetrenie moču na vybrané patologické súčasti	0,83 €	25,00 Sk
Kompletný dôkaz základných patologických súčastí moču, za každú vzorku od pacienta	0,41 €	12,50 Sk
d/ Neurologické		
Cielené vyšetrenie dvoch alebo viacerých orgánových systémov alebo dispenzárna kontrola (cielená anamnéza resp. anamnéza od poslednej kontroly), popis subjektívnych obtiaží, objektívny nález, vypísanie správy, záver, vypracovanie plánu do nasledujúcej	4,56 €	137,50 Sk
Vyhodnotenie EKG v prípade, že odborný lekár s príslušnou špecializáciou EKG len vyhodnotí. Nejde o automatické prístrojové vyhodnotenie.	2,74 €	82,50 Sk
Elektrokardiografické (EKG) vyšetrenie, štandardné 12-zvodové zosnímanie. Výkon môže vykonávať kardiológ, angiológ, internista.	4,56 €	137,50 Sk
e/ Psychologické		
Ravenov test	5,48 €	165,00 Sk
DRČ	2,74 €	82,50 Sk
Číselný obdĺžnik	2,74 €	82,50 Sk
Bourdon	2,74 €	82,50 Sk
Dopen	3,65 €	110,00 Sk
Anamnestický dotaz.	3,65 €	110,00 Sk
Zullingerov test	12,78 €	385,00 Sk

Ing.Štefan Šiška
riaditeľ VNsP Levoča, a.s.

Príloha č. 5

Základné makroekonomické ukazovatele financovania zdravotníctva vo vybraných krajinách za rok 2003 podľa štatistiky Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO)¹

Úroveň financovania zdravotníckych služieb sleduje prostredníctvom vybraných ukazovateľov aj Svetová zdravotnícka organizácia (WHO).

Ukazovateľ „**Celkové výdavky na zdravotníctvo ako percento HDP**“ (**Total expenditure on health as percentage of gross domestic produkt**) nám objektívne nemôže poukázať na úroveň vyspelosti zdravotníctva, pokiaľ zároveň neporovnávame aj HDP na 1 obyvateľa resp. súčasne nerobíme aj analýzu hospodárskej úrovne danej krajiny. Napríklad na zdravotníctvo vynakladá aj Zimbabwe aj Japonsko 7,9 % HDP, ale v absolútnom vyjadrení ukazovateľom „**Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch \$**“ (**Per capita total expenditure on health at average exchange rate US \$**) vynakladá Zimbabwe na 1 osobu 40 USD a Japonsko 2 662 USD. Spojené kráľovstvo Veľkej Británie a Írska vynakladá 8 % HDP na zdravotníctvo, Slovinsko až 8,8 %; v absolútnom vyjadrení však vo Veľkej Británii to predstavuje 2 428 USD na osobu a v Slovinsku takmer o polovicu menej – iba 1 218 USD na osobu.

Z uvedených dôvodov považujeme za vhodný ukazovateľ úrovne zdravotníckych služieb práve absolútny ukazovateľ *Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu (v priemernom výmennom kurze v USD)*, hoci aj tu môžu existovať výnimky.

Extrémnym prípadom v rámci rôznych porovnaní sa javí USA. Krajina je na 1. mieste vo výške % z HDP, ktoré sa vynakladá na zdravotníctvo (15,2 %) a taktiež je na 1. mieste v celkových výdavkoch na zdravotníctvo na 1 osobu (5 711). Prevažnú väčšinu zdrojov do zdravotníctva však predstavujú súkromné výdavky (55,4 %) na rozdiel od verejných výdavkov, ktoré predstavujú 44,6 %. V ostatných vyspelých krajinách je pomer medzi verejnými a súkromnými zdrojmi opačný – väčšina zdrojov do zdravotníctva plynie z verejných zdrojov a súkromné zdroje iba dopĺňajú celkové financovanie.

¹ Prílohu uvádzame aj z dôvodu porovnania **rozdielnosti údajov medzi štatistikou OECD a WHO**, keďže priamo v jadre práce v kapitole č. 3 a č. 5 sme pracovali so štatistickými údajmi OECD; grafy a tabuľky v kapitolách č. 3 a č. 5 sú zhotovené na základe údajov OECD.

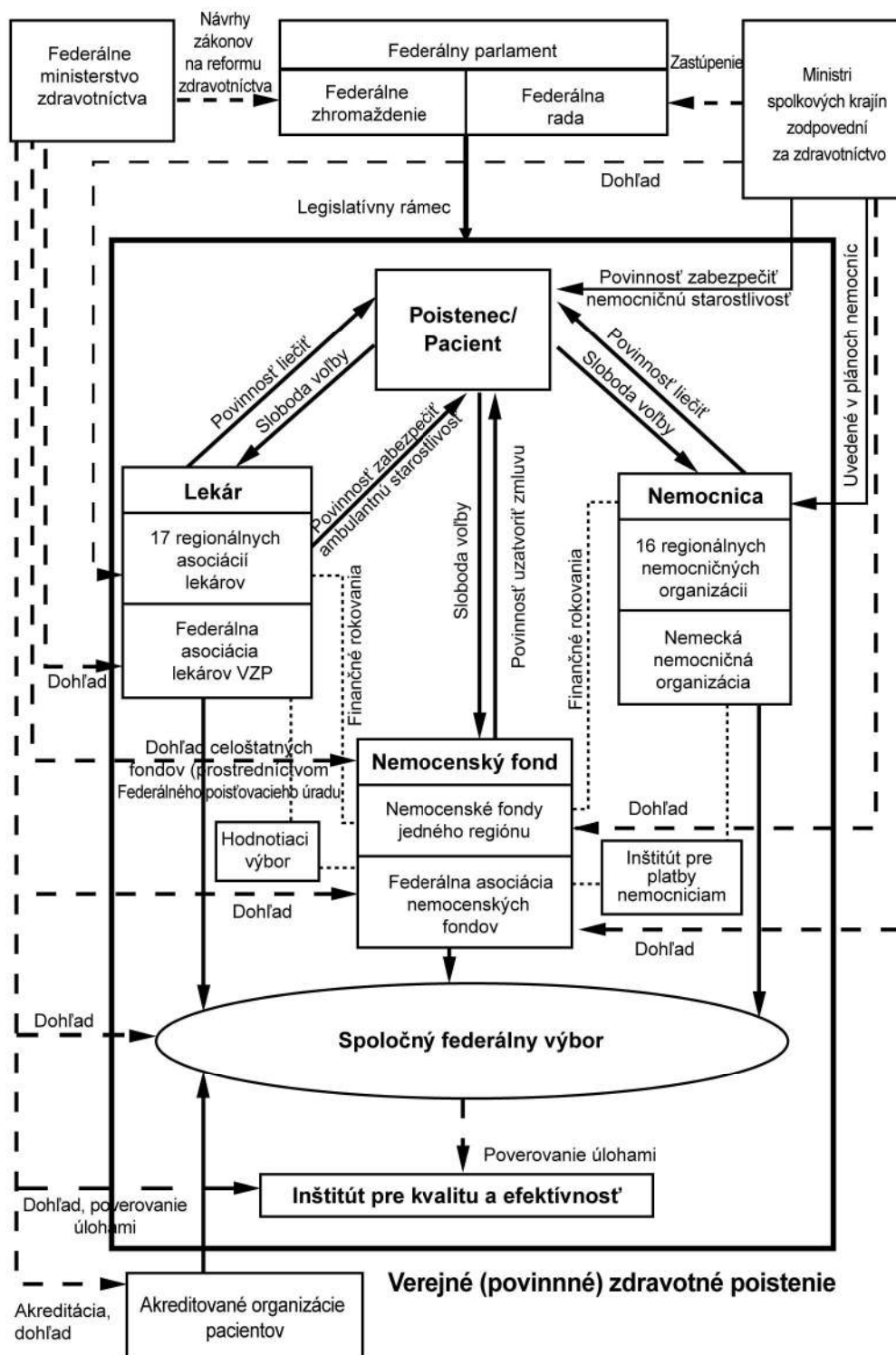
Prílohu taktiež uvádzame aj z dôvodu informácie a porovnania **štatistických údajov** niektorých **rozvojových krajín**, ktoré neboli dostupné na stránke OECD <http://stats.oecd.org/WBOS/index.aspx>, ale WHO ich eviduje na stránke http://www3.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm?countries=all&indicators=nha

štát	Celkové výdavky na zdravotníctvo ako % HDP (Total expenditure on health as percentage of gross domestic produkt)	Verejné výdavky na zdravotníctvo ako% na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health)	Súkromné výdavky na zdravotníctvo ako% na celkových výdavkoch na zdravotníctvo (Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health)	Celkové výdavky na zdravotníctvo na osobu v priemernom výmennom kurze v US dolároch \$ (Per capita total expenditure on health at average exchange rate US \$)
Afganistan	6,5	39,5	60,5	11
Albánsko	6,5	41,7	58,3	118
Angola	2,8	84,2	15,8	26
Argentína	8,9	48,6	51,4	305
Arménsko	6,0	20,2	79,8	55
Australia	9,5	67,5	32,5	2 519
Belgicko	9,4	67,2	32,8	2 796
Bolivia	6,7	64,0	36,0	61
Bosna a Hercegovina	9,5	50,7	49,3	168
Brazília	7,6	45,3	54,7	212
Bulharsko	7,5	54,5	45,5	191
Cyprus	6,4	49,1	50,9	1 038
Česká republika	7,5	90,0	10,0	667
Čína	5,6	36,2	63,8	61
Čile	6,1	48,8	51,2	282
Dánsko	9,0	83,0	17,0	3 534
Egypt	5,8	42,6	57,4	55
Estonsko	5,3	77,1	22,9	366
Etiópia	5,9	58,4	41,6	5
Filipíny	3,2	43,7	56,3	31
Fínsko	7,4	76,5	23,5	2 307
Francúzsko	10,1	76,3	23,7	2 981
Grécko	9,9	51,3	48,7	1 556
Holandsko	9,8	62,4	37,6	3 088
Chorvátsko	7,8	83,6	16,4	494
India	4,8	24,8	75,2	27
Indonézia	3,1	35,9	64,1	30
Irán	6,5	47,3	52,7	131
Irak	2,7	51,8	48,2	23
Írsko	7,3	78,9	21,1	2 860
Island	10,5	83,5	16,5	3 821
Izrael	8,9	68,2	31,8	1 514
Japonsko	7,9	81,0	19,0	2 662
Kambodža	10,9	19,3	80,7	33
Kanada	9,9	69,9	30,1	2 669
Kazachstan	3,5	57,3	42,7	73
Keňa	4,3	38,7	61,3	20
Kolumbia	7,6	84,1	15,9	138
Kongo	2,0	64,2	35,8	19
Kuba	7,3	86,8	13,2	211
Litva	6,6	76,0	24,0	351

Lotyšsko	6,4	51,3	48,7	301
Luxembursko	6,8	90,8	9,2	4 112
Madagaskar	2,7	63,4	36,6	8
Maďarsko	8,4	72,4	27,6	684
Malta	9,3	80,1	19,9	1 104
Mexiko	6,2	46,4	53,6	372
Mongolsko	6,7	63,8	36,2	33
Nemecko	11,1	78,2	21,8	3 204
Nepal	5,3	27,8	72,2	12
Nový Zéland	8,1	78,3	21,7	1 618
Nórsko	10,3	83,7	16,3	4 976
Pakistan	2,4	27,7	72,3	13
Peru	4,4	48,3	51,7	98
Poľsko	6,5	69,9	30,1	354
Portugalsko	9,6	69,7	30,3	1 348
Rakúsko	7,5	67,6	32,4	2 358
Rumunsko	6,1	62,9	37,1	159
Ruská federácia	5,6	59,0	41,0	167
Rwanda	3,7	43,5	56,5	7
Saudská Arábia	4,0	75,9	24,1	366
Singapúr	4,5	36,1	63,9	964
Slovensko	5,9	88,3	11,7	360
Slovinsko	8,8	76,3	23,7	1 218
Spojené arabské emiráty	3,3	74,7	25,3	661
Spojené kráľovstvo Veľkej Británie a Severného Írska	8,0	85,7	14,3	2 428
Sudan	4,3	43,2	56,8	21
Španielsko	7,7	71,3	28,7	1 541
Švajčiarsko	11,5	58,5	41,5	5 035
Švédsko	9,4	85,2	14,8	3 149
Taliano	8,4	75,1	24,9	2 139
Tadžikistan	4,4	20,8	79,2	11
Thajsko	3,3	61,6	38,4	76
Tunis	5,4	45,7	54,3	137
Turecko	7,6	71,6	28,4	257
Ukrajina	5,7	65,9	34,1	60
USA	15,2	44,6	55,4	5 711
Uzbekistan	5,5	43,0	57,0	21
Venezuela	4,5	44,3	55,7	146
Zambia	5,4	51,4	48,6	21
Zimbabwe	7,9	35,9	64,1	40

Zdroj: The World Health Report, 2006 Edition
In: http://www3.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm?countries=all&indicators=nha

Organizácia vzťahov medzi hlavnými účastníkmi systému zdravotníctva v Nemecku, rok 2005



Príloha č. 7

Zodpovednosť a právomoci hlavných účastníkov v systéme zdravotníctva v Nemecku

Základom nemeckého politického systému a následne aj systému sociálnej a zdravotnej starostlivosti je rozdelenie rozhodovacích právomocí medzi 16 spolkových krajín, federálnu vládu a legitímne organizácie občianskej spoločnosti.

Nemecká ústava (známa ako Základné právo) požaduje, aby životné podmienky dosahovali v každej spolkovej krajine rovnaký štandard. Federálne zhromaždenie, Federálny výbor a Federálne ministerstvo zdravotníctva a sociálneho zabezpečenia¹ majú hlavné právomoci v oblasti smerovania sociálneho zabezpečenia a zdravotného poistenia.

Pôsobnosť **Federálneho ministerstva zdravotníctva a sociálneho zabezpečenia** je zameraná najmä na nasledovné oblasti:

- administratíva,
- európska a medzinárodná zdravotná a sociálna politika,
- plánovanie, budúcnosť sociálneho štátu, inovácia a informácie,
- farmaceutické prípravky a ochrana zdravia,
- zdravotná starostlivosť, povinné zdravotné poistenie, zabezpečenie dlhodobej starostlivosti,
- prevencia, boj proti chorobám a biomedicína,
- sociálne poistenie, penzijné poistenie, Sociálny kódex, sociálne kompenzácie,
- problematika handikepovaných osôb, sociálna starostlivosť.

Všetky systémy verejného (zákonného) zdravotného poistenia (VZP) sú regulované Sociálnym kódexom, ktorý tvorí základný kameň legislatívy sociálneho poistenia. **Sociálny kódex** reguluje povinné systémy poistenia aj v nových východných spolkových krajinách rovnakým spôsobom ako v západných spolkových krajinách od 1. januára 1991 s výnimkou určitých osobitných, najmä prechodných opatrení. Nároky, práva a povinnosti poistencov, na ktorých sa vzťahujú systémy povinného poistenia, sú uvedené v Sociálnom kódexe I a v osobitných ďalších knihách Sociálneho kódexu.

¹ S Ministerstvom zdravotníctva a sociálneho zabezpečenia je prepojený Komisar pre narkotiká Federálnej vlády (od roku 1998), Komisar Federálnej vlády pre handikepované osoby (od roku 2002), Komisar Federálnej vlády pre povinné poistenie (od roku 2002) a Komisar Federálnej vlády pre ochranu pacientov (od roku 2004).

Ministerstvu zdravotníctva pomáhajú podriadené orgány pri vykonávaní licencovania alebo dozorných funkcií, vedeckej konzultačnej práci a informačných službách pre populáciu alebo pre vedeckú komunitu:

- Federálny inštitút pre farmaceutiká a medicínske pomôcky (BfArM) vydáva licencie farmaceutikám a vykonáva dozor nad bezpečnosťou farmaceutík a medicínskych pomôcok,
- Federálny inštitút pre séra a vakcíny (Inštitút Paula-Ehrlicha) vydáva licencie pre séra a vakcíny.
- Federálny inštitút pre prenosné a neprenosné choroby (Inštitút Róberta Kocha) má za úlohu sledovať, odhaľovať, vykonávať prevenciu a kontrolovať choroby,
- Federálne centrum pre zdravotnícku výchovu (BZgA) zodpovedá za vývoj a rozširovanie zdravotníckych výchovných materiálov. Organizuje, koordinuje a podporuje kampane zamerané na prevenciu a uskutočňuje sociálny marketingový výskum pre koncepčné a honotiacie účely,
- Nemecký inštitút pre medicínsku dokumentáciu a informácie (DIMDI) má za úlohu poskytovať informácie verejnosti a odborníkom zo všetkých oblastí vedeckého života. V súčasnosti ponúka široké množstvo databáz, ktoré pokrývajú celé spektrum vied o živote a sociálnych vied.

O **povinnom zdravotnom poistení** (pod pôsobnosťou Federálneho ministerstva zdravotníctva od roku 1991) pojednáva kniha **Sociálneho kódexu V**², ktorá bola doplnená a zmenená viacerými reformnými zákonmi³. Federálne ministerstvo zdravotníctva zodpovedá za dohľad nad jeho dodržiavaním zo strany federálnych asociácií lekárov, zdravotných fondov a spoločných výborov.

Dohľad nad nemocenskými fondmi, ktoré vykonávajú svoju činnosť na celoštátnej úrovni patrí do kompetencie **Federálneho poisťovacieho úradu**, ktorý tiež zodpovedá za výpočet mechanizmu kompenzácie rizikovej štruktúry medzi nemocenskými fondmi.

Vlády spolkových krajín zodpovedajú za financovanie a starostlivosť o infraštruktúru nemocníc, čo realizujú prostredníctvom „nemocničných plánov“. Druhou hlavnou zodpovednosťou spolkových krajín sú verejné zdravotnícke služby (s výnimkou určitých federálnych zákonov týkajúcich sa ohrozenia verejnej bezpečnosti). Spolkové krajiny sú tiež zodpovedné za vysokoškolské medicínske, zubárske a farmaceutické vzdelanie a dozor nad regionálnou komorou lekárov, ako aj regionálne združenia lekárov a prevádzkovaním zdravotných fondov v krajine.

V oblasti zdravotnej starostlivosti vláda tradične deleguje kompetencie na partnerské organizácie platcov a poskytovateľov, ktoré vytvárajú **samosprávne združenia a korporácie**. Združenia organizujú a riadia v medziach právneho rámca povinné zdravotné poistenie, financovanie a poskytovanie poistných dávok (benefitov), ktoré vyplýva z povinného verejného zdravotného poistenia. Sú založené na povinnom členstve a internej demokratickej legitimitate. Môžu definovať a zvyšovať členské poplatky a financovať alebo poskytovať služby pre svojich členov na základe uzatvorených zmlúv. V rámci samosprávnych štruktúr federálne zákonodarstvo podporuje konkurenciu na úrovni zdravotných fondov, pričom centralizuje rozhodovacie právomoci smerom k federálnej úrovni, s cieľom zabezpečiť jednotné štandardy.

Nemocenské fondy⁴ sú povinné vyberať príspevky od svojich členov a stanovovať výšku príspevkov, ktorá je potrebná na pokrytie výdavkov. Medzi ich zodpovednosti patrí rokovanie o cenách, kvantite a zabezpečení kvalitatívnych opatrení s poskytovateľmi v mene všetkých členov zdravotných fondov.

² Kapitola 1 **Sociálneho kódexu V** definuje základné princípy VZP. Zostávajúce kapitoly upravujú tieto otázky:

- povinné a dobrovoľné členstvo v zdravotných fondoch (kapitola 2),
- obsah benefitov zdravotných fondov (kapitola 3),
- rozsah rokovanií medzi zdravotnými fondmi a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, predovšetkým s asociáciami lekárov (kapitola 4),
- poradný výbor na hodnotenie rozvoja zdravotnej starostlivosti (kapitola 5),
- organizačná štruktúra zdravotných fondov a ich združení (kapitoly 6 a 7),
- mechanizmus financovania vrátane systému na kompenzáciu rizika medzi fondmi (kapitola 8),
- úlohy a organizáciu revíznych lekárskeho rád (kapitola 9),
- zber, uchovávanie, používanie a ochrana údajov (kapitola 10),
- administratívne pokuty a sankcie (kapitola 11),
- osobitné nariadenie pre východnú časť Nemecka (doplnené prostredníctvom Zmluvy o znovuzjednotení ako kap. 12).

³ V skutočnosti bol Sociálny kódex zmenený približne 100 krát medzi jeho vznikom v decembri 1988 a decembrom 2003.

⁴ Anglický termín „**sickness funds**“ (používaný v citovanej publikácii *Health Care Systems in Transition. Germany*) je v dizertačnej práci prekladaný ako „**nemocenské fondy**“ (teda nie „zdravotné fondy“ ani „zdravotné poisťovne“). Z nemocenských fondov v rámci verejného poistenia v Nemecku sú preplácané nielen zdravotné služby a dávky zdravotnej starostlivosti, ale aj iné peňažné dávky napr. nemocenské dávky, materské. Nemocenské fondy v Nemecku žiadnym spôsobom neposkytujú priamo zdravotnú starostlivosť, výhradne iba financujú poskytovanie zdravotnej starostlivosti. „Sickness funds“ sú analógiou našich zdravotných poisťovní.

Niektoré iné preklady uvádzajú pre nemecký systém aj priamo termín „**zdravotné poisťovne**“.

Blížšie pozri časť 2.1.1 – Terminológia v oblasti zdravotného poistenia

Služby, na ktoré sa vzťahujú takéto zmluvy, sú obvykle dostupné pre všetkých členov fondov, bez predchádzajúceho súhlasu fondu. Súhlas je však potrebný v prípade preventívnej kúpeľnej liečby, rehabilitačných služieb a krátkodobej ošetrovateľskej starostlivosti v domácnosti. V prípade pochybnosti musí nemocenský fond získať posudok odborníka týkajúci sa medicínskej potreby liečby od Posudkovej lekárskej rady (**Medical Review Board**), čo je spoločná inštitúcia zdravotných fondov.

Združenia (korporačné inštitúcie) **poskytovateľov** sú povinné poskytovať všetky zdravotné potreby populácie. Regionálne asociácie lekárov a zubárov majú korporačné monopoly a poslanie zabezpečiť ambulatnú starostlivosť počas svojich ordinačných hodín a mimo ordinačných hodín. Monopol znamená, že nemocnice, komunity, zdravotné fondy a iní nemajú právo ponúkať ambulatnú zdravotnú starostlivosť okrem prípadov, kedy to umožňuje zákonodarstvo alebo spoločné komisie platcov a poskytovateľov. V posledných rokoch prišlo k postupnému rozširovaniu týchto výnimiek. Regionálne asociácie lekárov rokujú o kolektívnych zmluvách s mnohými zdravotnými fondmi a distribuujú finančné zdroje medzi svojich členov podľa jednotných pravidiel.

Ambulantná lekárska starostlivosť je klasickým sektorom, v ktorom majú korporačné inštitúcie najväčšie právomoci. Rozsah služieb, ktorý je možné uhrádzať cez nemocenské fondy a finančné mechanizmy sú tesne regulované, niekedy legislatívou, ale obvykle prostredníctvom rokovaní medzi poskytovateľmi a zdravotnými fondmi. Vzhľadom na absenciu korporačných inštitúcií v nemocničnom sektore, nemocnice vstupujú do zmluvných vzťahov so zdravotnými fondmi jednotlivco.

Príloha č. 8

Prehľad reforiem v nemeckom zdravotníctve za obdobie 1977 – 2006¹

Zdravotnícke reformy v Nemecku sa väčšinou zameriavali na kontrolu a zmiernenie rastu výdavkov, na reorganizáciu vo verejnom (zákonnom) poistení a na zavedenie dlhodobej starostlivosti. Z tohto dôvodu aj hlavným cieľom zdravotnej politiky² od roku 1989 bola najmä kontrola a obmedzenie nákladov (**cost containment**). Obdobie kontroly nákladov začalo **v roku 1977** zavedením **Zákona o kontrole nákladov v zdravotnom poistení**. Zákon mal za cieľ ukončiť obdobie rýchleho rastu výdavkov na zdravotnú starostlivosť, najmä v nemocničnom sektore. Kontrola a stabilizácia výdavkov bola od 80. rokov úspešná v ambulantnej a stomatologickej lekárskej starostlivosti. Úspechy v ostatných sektoroch boli rôzne. Nemocničný sektor sa podarilo finančne stabilizovať až koncom 90. rokov. Výsledky kontroly farmaceutických výdavkov sa prejavili v rokoch 1993 – 2000, keď boli zavedené striktné ceny a opatrenia v oblasti zliav a rabatov. Ostatné zdravotnícke sektory ako dopravné i pohotovostné služby a nákladné medicínske zariadenia sa nepodarilo obmedziť.

Reformy sa menej zameriavali na stranu príjmov verejného poistenia (okrem zákona o modernizácii zákonného zdravotného poistenia, ktorý určil všetky druhy príjmov, z ktorých sa platí príspevkov na zákonné zdravotné poistenie). Problémom je, že miera poistných príspevkov nie je založená na celkovej ekonomike, ale iba na časti, z ktorej sa platí zákonné zdravotné poistenie (t.j. mzdy ľudí podliehajúcich povinnému zákonnému zdravotnému poisteniu). Počas posledných 20 rokov táto príjmová základňa vzrastala pomalšie ako zdravotné výdavky nemocenských fondov, čo zapríčinilo dlhy a následný rast miery príspevkov. Zdravotnícku starostlivosť a jej financovanie ovplyvnili však aj mnohé iné zákony, ktoré neboli pripravované spolkovým ministerstvom zdravotníctva. Príjem verejného (zákonného) zdravotného poistenia bol oveľa viac ovplyvnený ostatnými sociálnymi, ekonomickými a širšími politickými reformami, osobitne išlo o dohody o reunifikácii Nemecka, zavedenie pracovných miest na malý čiastočný úväzok a reformy zákonného poistenia v nezamestnanosti a zákonného dôchodkového poistenia.

Dohody o reunifikácii Nemecka z roku 1990 a následná legislatíva obsahovali schémy zákonného poistenia, ktoré prispievali k dosahovaniu a vyrovnaníu životného štandardu vo východnej časti na úroveň štandardu v západnej časti krajiny. Západno – východný transfer cez zákonné zdravotné poistenie bol dosahovaný viacerými opatreniami (napr. zavedením celoštátnej kompenzácie rizikovej štruktúry). V auguste 2004 bola priemerná miera príspevkov do nemocenských fondov vo východnej časti nižšia ako v západnej časti (14,03 % verus 14,27 %).

¹ Pozri BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, s. 185 – 205. In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

² Kresťanská demokraticko – liberálna vláda (1982 – 1998) prispela k reformám najmä pilotnými projektmi a štrukturálnymi dohodami. „Sociálno-demokratická zelená“ (1998 – 2005) vláda zaviedla viaceré reformy v oblasti integrovanej starostlivosti, v programe manažmentu chorôb, v modernizácii profesionálneho vzdelávania a v oblasti prevencie infekčných chorôb.

Program Svetovej zdravotnej organizácie „Zdravie pre všetkých do roku 2000“ bol publikovaný v čase, keď verejnosť aj politici boli ponorení do problémov spojených s unifikáciou krajiny, preto nemecká diskusia o programe bola pôvodne dosť krátka. Program síce hovoril aj o naliehavých potrebách zdravia pre obyvateľov Nemecka, ale následné ciele a úlohy nevedli k zmene zdravotnej politiky. Jediným viditeľným výsledkom diskusie bolo nariadenie v Zákone o reforme v zdravotnej starostlivosti z roku 1989, že nemocenské fondy by mali zaoberať podporou zdravotných aktivít.

Vzhľadom na zhoršujúcu sa demografickú situáciu medzi ostatné dôležité ciele reforiem v oblasti zdravotníctva bolo nevyhnutné zaradiť aj riešenie problémov a potrieb v oblasti dlhodobej starostlivosti. Jednou z veľkých reforiem bolo zavedenie **povinného poistenia pre dlhodobú starostlivosť** v roku **1995**. Zavedené poistenie malo naplniť potreby spoločnosti, ktorá stále viac starne a odľahčiť privátne, štátne a obecné zdroje. Reformy zaviedli aj povinné opatrenia v oblasti kontinuity starostlivosti o chorých, koordináciu medzi sektormi nemocničnej a ambulantnej starostlivosti a medzi dávkami verejného zdravotného poistenia a rehabilitáciou.

Do zoznamu dávok hradených z verejného zdravotného poistenia boli zavedené niektoré výhody zamerané na **prevenciu**, vzdelávanie pacientov alebo socioterapiu mentálne chorých. Na zmiernenie negatívnych dopadov na rovnosť (**equity**) v prístupe k zdravotnej starostlivosti boli opatrenia na presúvanie nákladov sprevádzané výnimkami pre chronicky chorých, deti a pre chudobných občanov.

Pri napínaní politiky „uprednostnenie racionalizácie pred prídellovým systémom“ bol reformnými opatreniami prístup k poskytovateľom značne obmedzený a niekoľko málo dávok bolo vylúčených. Zubné protézy boli prechodne vylúčené z verejného poistenia v rokoch 1997 – 1998 pre osoby narodené po roku 1978 a opätovne obmedzené v Zákone o modernizácii SHI z roku 2004. Efektívnosť, hospodárnosť a výkonnosť systému mali zvýšiť aj rozpočty a ďalšie opatrenia na kontrolu nákladov, nové metódy platenia nemocníc a lekárov, zavedenie konkurencie medzi fondmi, konkurencie medzi nemocničnými a ambulatnými službami pre výber ambulantnej chirurgie (1993).

Na zníženie nepriaznivých účinkov konkurencie medzi fondmi na rovnosť a kvalitu bolo potrebné opätovné zlepšenie formy kompenzácie rizikovej štruktúry (**risk structure compensation**). Zavedením zvyšujúcich sa nárokov na kvalitu poistenia, uvedených v Knihe sociálneho kódexu z roku 1989 (**Social Code Book**) tvorcovia politiky hľadali eliminovanie nízko štandardnej starostlivosti zavedením klinických smerníc a postupov pre klinickú medicínu (**clinical guidelines**) a posilnením pokračujúceho vzdelávania profesionálov a manažmentu, ktorý bol zameraný na kvalitu v nemocniciach (1993) a na ambulantnú prax lekárov (2000). Povinným sa stalo externé poistenie kvality pre nemocnice (2000, prístupné pre verejnosť od roku 2004).

Analytici zdravotnej starostlivosti žiadali pre fondy formuláciu spoločných kritérií a cieľov, pomocou ktorých by sa dali hodnotiť výkony zdravotnej starostlivosti. V roku 2003 boli formulované a publikované hlavné ciele zdravotnej starostlivosti: prevencia a liečenie diabetesu, zvýšenie kvality života a zníženie mortality spôsobenej rakovinou prsníka, zníženie konzumácie tabaku, výchova detí k zdravému spôsobu životného štýlu (raciálna výživa, cvičenie a stres manažment), zvýšenie autonómie pacientov a kompetencie občanov v oblasti zdravotnej starostlivosti.

Zákon o reforme zdravotnej starostlivosti z roku 1989

Viacero zdravotníckych reforiem bolo budovaných na stratégii kontroly nákladov, ktorá bola zavedená Zákonom o reforme zdravotnej starostlivosti. Zákon vstúpil do platnosti v Západnom Nemecku 1.1.1989. Obnovil legislatívu sociálneho poistenia z roku 1911 a zaviedol nasledujúce prvky:

- výber nemocenského fondu alebo možnosť voľby platby pre manuálnych zamestnancov nad príjmový limit (čo ich dostalo na úroveň administratívnych zamestnancov),
- podpora zdravia a nové preventívne služby,
- nové dávky verejného (zákonného) zdravotného poistenia pre dlhodobú starostlivosť,
- právo pre nemocenské fondy, aby si mohli vybrať a podpísať zmluvu s nemocnicami, ktoré sú mimo siete nemocničného plánu,
- bonusový model „žiadne reklamácie“,
- rozdielna spoluúčasť na platení za zubné protézy, ktorá závisí od pravidelných zubných prehliadok,
- referenčné (základné) ceny pre lieky³ a zdravotnícku pomoc,
- negatívny zoznam pre lieky založené na neúčinnosti a neefektívnosti,
- verejné komisie na regulovanie nákladných a drahých zdravotníckych technológií v ambulantnom aj nemocničnom sektore,⁴
- opatrenia na zaistenie kvality,
- rozšírenie právomoci pre zdravotnícke revízne komisie (výbory) nemocenských fondov zavedením revízií v oblasti nemocničnej liečby.

Zákon o štruktúre zdravotnej starostlivosti z roku 1993

Zákon predstavoval najväčšiu reformu zdravotnej starostlivosti 90. rokov a bol v roku 1992 výsledkom kompromisu medzi vládnuou koalíciou Kresťanských demokratov a Liberálov a medzi opozičnými Sociálnymi demokratmi. Zákon sledoval dve hlavné stratégie:

- opatrenia v oblasti kontroly nákladov,
- zavedenie vyššej konkurencie najmä medzi nemocenskými fondmi a v nemocničnom sektore za účelom zvýšenia efektívnosti.

³ Referenčné ceny liekov predstavujú administratívne stanovené maximálne preplácané ceny za lieky rovnakého terapeutického účinku.

⁴ Uvedený krok predstavoval snahu o racionalizáciu nákladov v oblasti nákladného prístrojového vybavenia. Investičné fondy v nemeckom zdravotníctve sa tvoria zo štátnych i súkromných zdrojov a sú schvaľované v štátnom plánovacom procese. Verejné komisie pre drahé prístroje boli zrušené v rokoch 1997 a 1998, kedy vstúpili do platnosti zákony o reštrukturalizácii verejného zdravotného poistenia (Prvý zákon o reštrukturalizácii verejného zdravotného poistenia vstúpil do platnosti 1.7.1997; Druhý zákon o reštrukturalizácii vstúpil do platnosti 1.1.1998.) Obidva zákony znamenali posuny od striktnej kontroly nákladov.

Niektorí autori pri porovnávaní prístrojového vybavenia nemeckých a amerických nemocníc konštatujú, že nemecké nemocnice majú menej moderného technického vybavenia a nákladné špičkové technológie sústreďujú najmä vo fakultných nemocniciach.

(Pozri: JEFFREY L. JACKSON : *Německý systém zdravotnictví. Poučení pro reformu ve Spojených státech*. In: J. Amer. med. Ass. (čes. a slov. vyd.), roč. 5, č. 5 /1997, s. 384.)

Kľúčovými prvkami zákona boli:

- zavedenie konkurencie medzi nemocenskými fondmi so slobodou výberu pre väčšinu poistenej populácie (od roku 1996),
- zavedenie „schémy kompenzácie rizika“ na redistribúciu príspevkov medzi nemocenskými fondmi (od roku 1994),
- zrušenie princípu plného pokrytia nákladov pre nemocnice,
- zníženie striktného oddelenia ambulantného a nemocničného sektora (umožnenie ambulantnej chirurgie v nemocniciach),⁵
- zavedenie systému predpokladaných platieb a prospektívneho rozpočtu pre nemocnice (**prospective payments system**) (poplatky za prípady a poplatky za procedúry pre vybrané ošetrenia od roku 1996),
- zavedenie fixných rozpočtov alebo výdavkových stropov pre väčšinu sektorov zdravotnej starostlivosti (pôvodne limitované do roku 1995),
- prísnejšia reštrikcia počtu ambulantných lekárov,
- zavedenie náhodných revízií na žiadosti o refundácie ambulantných lekárov,
- zavedenie pozitívneho zoznamu liekov od roku 1996 (toto opatrenie bolo zrušené v roku 1995 ešte pred nadobudnutím platnosti),
- zvýšenie spoluúčasti na platení a zavedenie doplatkov pre lieky s referenčnými cenami, rozlíšené podľa ceny (1993) alebo podľa objemu balenia (od 1994),
- zavedenie „**smart card**“ (pohotovej elektronickej čípacej karty) namiesto papierovej dokumentácie pre poistenú populáciu.

„Tretí krok“ reformy zdravotníctva (1996 – 1997)

V tomto období postupovala vláda cestou menších zákonov, začlenených do iných všeobecných zákonov podporujúcich ekonomický rast. Takzvaný **Zákon o oslobodení od príspevkov zdravotného poistenia** (väčšina z neho vstúpila do platnosti 1.1.1997) obsahoval nasledujúce opatrenia:

- vylúčenie zubnej chirurgie a zubných protéz z balíka výhod pre ľudí narodených po roku 1978 (toto opatrenie bolo zrušené v roku 1998),
- zníženie všetkých sadzieb príspevkov o 0,4 % od 1.1.1997,
- zníženie dávok a benefitov pre rehabilitačnú starostlivosť,
- zvýšenie spoluúčasti na platení za lieky a rehabilitačnú starostlivosť (čiastočne znížená v rokoch 1999 a 2000),
- zníženie dávok na podporu zdravotných aktivít (čiastočne znovu zavedená v roku 2000).

⁵ V nemeckom systéme zdravotníctva sa v minulosti vyvinul historicky problém takmer úplného oddelenia ambulantnej a nemocničnej sféry. Lekárom, pracujúcim v nemocničnej sfére nebolo dovolené poskytovať ambulantnú starostlivosť a ambulantní lekári nemohli prijímať pacientov do nemocničnej starostlivosti. Komunikácia medzi oboma skupinami poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bola nedostatočná. Rozdelenie oboch sfér bol aj príčinou pomalšieho zavádzania chirurgických výkonov v ambulanciách. Čiastočné zmeny nastali od roku 1994 práve týmto reformným zákonom.

(Pozri: JEFFREY L. JACKSON : *Německý systém zdravotnictví. Poučení pro reformu ve Spojených státech*. In: J. Amer. med. Ass. (čes. a slov. vyd.), roč. 5, č. 5 /1997, s. 384.)

Nasledoval **Prvý zákon o reštrukturalizácii verejného (zákonného) zdravotného poistenia**, ktorý vstúpil do platnosti **1. 7. 1997** a **Druhý zákon o reštrukturalizácii**, ktorý vstúpil do platnosti **1. 1. 1998**. Zákony znamenali posuny od striktnej kontroly nákladov. Nová politika obmedzila príspevky zamestnávateľov na jednej strane, na druhej strane rozšírila trhové mechanizmy a zvýšila podiel súkromných finančných zdrojov v systéme. Opatrenia zahŕňali zrušenie alebo modifikáciu protitrhových nástrojov ako boli rozpočty a kolektívne zmluvy. Spoluúčasť na platení bola prezentovaná ako prostriedok vloženia ďalších zdrojov do systému a nie ako spôsob zníženia dostupnosti.

Obidva zákony o reštrukturalizácii obsahovali nasledovné prvky:

- právo pacientov dohodnúť služby a konečné ceny za zubnú chirurgiu a zubné protézy so stomatológom a od nemocenského fondu získať iba paušálny podiel (od 1998),
- možnosť zaviesť pre nemocenské fondy bonusy „žiadna reklamácia“, odpočítateľné položky a vyššiu spoluúčasť na platení, (zrušené od 1.1.1999),
- možnosť pre poistených vybrať si privátne ošetrovanie a požiadať refundáciu od nemocenského fondu na dohodnutej úrovni, (zrušené od 1.1.1999),
- zrušenie rozpočtov ambulantnej starostlivosti a výdavkového stropu pre lieky (platnosť od r. 1998, zrušené od 1.1.1999),
- zvýšenie možností pre nekolektívne zmluvy medzi nemocenskými fondmi a poskytovateľmi,
- presun zodpovednosti za katalóg budúcich platieb a predpokladaného rozpočtu (**prospective payments**) z Ministerstva zdravotníctva na nemocenské fondy a nemocničné organizácie,
- zrušenie verejných komisií pre drahé zdravotné prístroje,
- zavedenie ročnej platby 10 € pre poistených na obnovu a opravu nemocníc; zamestnávateľ tento príspevok neplatil, (zrušené od 1.1.1999),
- zvýšenie spoluúčasti na platbách za nemocničnú starostlivosť, lieky, zdravotnícku pomoc, ambulantnú dopravu a zubné protézy, ktoré ešte ostali pokryté poistením, (čiastočne zrušené v r. 1998),
- nové dávky poistného za nemocničnú starostlivosť,
- nové požiadavky pre hodnotenie zdravotníckej techniky v ambulantnej starostlivosti.

V skutočnosti tieto zákony porušili niekoľké tradičné pravidlá systému, ako boli:

- jednotná a rovnaká dostupnosť k dávkam a benefitom,
- príspevky rovnomerne rozdelené medzi zamestnancov a zamestnávateľov,
- financovanie závislé iba na príjme a nie na riziku alebo používaní služieb,
- poskytovanie služieb ako dávok podľa druhu a kategórie.

Odstránenie týchto reforiem sa stalo najdôležitejšou časťou programu zdravotnej politiky vtedajších opozičných Sociálnych demokratov. Pri predvídaní takéhoto obrátenia politiky po voľbách, nemocenské fondy porušovali limitáciu príjmov poskytovateľa v prospech kontroly nákladov a odmietali podpísať zmluvy. Niektoré nemocenské fondy využili právo zaviesť bonusy „žiadna reklamácia“, zatiaľ čo odpočítateľné položky alebo vyššia spoluúčasť na platení neboli zavedené.

Zákon o posilnení solidarity v zákonnom zdravotnom poistení (1998)

Po zmene vlády na jeseň 1998 Zákon o posilnení solidarity v zákonnom zdravotnom poistení opätovne inicioval zmeny v oblastiach, ktoré neboli v súlade s tradičným prístupom verejného zdravotného poistenia. Väčšina zmien nadobudla platnosť 1.1.1999. Miery spoluúčasti na platení za lieky a zubné protézy boli znížené. Znovu boli zavedené rozpočty alebo výdavkové stropy pre sektory zdravotnej starostlivosti, v prípade stomatologickej starostlivosti boli zadané prísnejšie ako kedykoľvek predtým. Stomatologická starostlivosť získala osobitnú pozornosť v roku 1998. Hoci poplatky boli pre začiatkové obdobie troch rokov po privatizácii zubnej starostlivosti legálne limitované, veľký počet stomatológov predražoval poplatky už od začiatku. Prekračovanie poplatkov, reštrikcie balíka dávok, benefitov a ponuka novej politiky súkromných poisťovateľov prispeli k rastúcej úrovni verejnej nespokojnosti.

Zákon o reforme verejného zdravotného poistenia z roku 2000

Po krátkodobom zákone o posilnení solidarity vo verejnom zdravotnom poistení, vláda predložila v parlamente v júni 1999 nové návrhy reforiem, ktoré boli schválené v decembri 1999. Reformný zákon o verejnom zdravotnom poistení nadobudol platnosť v januári 2000.

Jeho najdôležitejšími prvkami sú:

- Odstránenie neefektívnych alebo sporných technológií a liekov z katalógu dávok (benefitov) nemocenských fondov. Bolo zavedených množstvo opatrení, vrátane posilnenia hodnotenia zdravotnej techniky prostredníctvom nových jednotiek. Členovia inštitútu **The German Institute for Medical Documentation and Information (DIMDI)** informujú tvorcov rozhodnutí o efektívnosti a nákladovej efektívnosti zdravotných technológií.
- Opatrenia zamerané na katalóg dávok a benefitov boli sprevádzané povinnými smernicami v oblasti kvality ošetrovateľskej starostlivosti.
- Zákon opätovne zaviedol pre lieky „pozitívny zoznam“ refundovateľných liečiv, proti ktorému vystúpil farmaceutický priemysel, najmä menšie spoločnosti s vysokým percentom sporných produktov. Federálne ministerstvo zdravotníctva bolo poverené vydaním pozitívneho zoznamu po odsúhlasení Federálnou radou. Jej prípravou bola poverená deväťčlenná komisia pozostávajúca z expertov v klinickej medicíne a farmakológii.
- Spolupráca všeobecných lekárov, ambulantných špecialistov a nemocníc bola založená na zmluvách medzi nemocenskými fondmi a poskytovateľmi. Narušilo sa striktné rozdelenie medzi ambulantným a nemocničným sektorom⁶ (skupina poskytovateľov môže podpísať zmluvu s fondmi za účelom poskytovania oboch druhov starostlivosti). Zákon povoľuje nemocenským fondom dať bonus svojim členom, ak majú prístup k špecialistom cez ich všeobecných lekárov.

⁶ V minulosti existoval problém takmer úplného oddelenia ambulantnej a nemocničnej sféry.

- Najväčšiu verejnú pozornosť získal finančný rozmer tejto reformy najmä v oblasti rozpočtov a refundácií. Zákon ponechal rozpočty sektorov (nemocničný, ambulantný). Osobitne sa riešili zmluvy poskytovateľov, ktorí poskytovali zdravotnú starostlivosť v obidvoch sektoroch. V oblasti prevádzkových nákladov nemocníc zákon obsahoval mandát na zavedenie nového systému platenia založeného na jednotných poplatkoch za prípady. Rozpočty ambulantnej starostlivosti mali byť rozdelené medzi lekárov prvého kontaktu a špecialistov, ako bolo určené hodnotiacou komisiou (**Valuation Committee**).

Zdravotná politika v rokoch 2000 – 2002

Primárnym cieľom legislatívnych a regulačných opatrení v tomto období bolo vysporiadať sa s rastúcimi deficitmi nemocenských fondov, s nepriaznivým efektom ich konkurencie a s nedostatkom kvality, ktorú pociťovali poistenci. Okrem toho museli byť pripravené zákonné nástroje na zavedenia špecifickej formy financovania nemocníc **DRG (diagnosis-related groups)**. Pri tejto forme financovania sú diagnózy zatriedené do skupín a v rámci každej skupiny sa určuje výška úhrady za výkon (perspektívne na základe pevnej priemernej ceny skupiny v systéme).

Mechanizmus kompenzácie rizikovej štruktúry, ktorý redistribuje financie medzi nemocenskými fondmi bol reformovaný dvoma zákonmi. **Zákon na zrovnoprávnenie právneho stavu v zákonomnom zdravotnom poistení** prijatý v r. 1999, štandardizoval mechanizmus kompenzácie rizikovej štruktúry pre celé Nemecko od roku 2001. To viedlo k zvýšeniu západno-východného transferu finančných zdrojov.

Zákon o reforme schémy kompenzácie rizikovej štruktúry v zákonomnom zdravotnom poistení bol vydaný v roku 2001, ako reakcia na rastúcu kritiku nedostatočného redistribučného mechanizmu. Reformný impulz vychádzal z dvoch správ expertných skupín, ktoré skúmali funkciu schémy kompenzácie rizikovej štruktúry. Schéma dovtedy kompenzovala iba rozdiely vo veku, pohlaví, invalidite a príjmoch. Zákon pridal ďalší prvok na vyrovnávanie rizika – chorobnosť poistencov a to najmä zaradením chronicky chorých poistencov do špeciálneho regulovaného programu manažmentu chorôb. Zákon tiež zaviedol rezervu pre vysokorizikové prípady (od r. 2003).

Nová ministerka zo strany Sociálnych demokratov Ulla Schmidt zaviedla v rokoch 2001 – 2002 tzv. okrúhly stôl pozostávajúci z reprezentantov lekárov, pacientov, nemocenských fondov, nemocníc a priemyslu, ktorý mal byť platformou pre spoločnú prípravu štrukturálnych reforiem.

V tomto období prebiehala snaha riešiť problém výdavkov na lieky. V roku 2001 bol prijatý **Zákon o vyrovnaní (umorení) farmaceutického rozpočtu a Zákon o prispôbení (regulovaní) referenčných cien**. V roku 2002 bol prijatý **Zákon o limitovaní farmaceutických výdavkov**. Zákon zaväzoval lekárnikov vyberať najlacnejšie aktívne substancie v danej triede liečiv, ale úspory z tohto opatrenia boli nižšie, ako sa predpokladalo.

Zákon o poplatkoch za prípady z roku 2002 špecifikoval plán na zavedenie refundačného systému **DRG (diagnosis-related groups)**, ktorý sa mal uskutočniť v troch fázach. V prvej fáze (2003 – 2004) boli nové poplatky za prípady zavedené na základe „neutrálneho rozpočtu“. Táto fáza mala umožniť nemocniciam, aby sa oboznámili s novým systémom a poplatky za prípady nemali byť účinné

ako cenový systém, ale skôr ako jednotka, ktorá mala pomôcť nemocniciam dohodnúť rozpočtové ciele. V druhej fáze (2005 – 2008) rozpočty jednotlivých nemocníc sa mali postupne prispôbovať rozpočtom poplatkov za prípady (**case-fee budgets**). Od roku 2009 mal fungovať refundačný systém DRG ako cenový systém. Toto reforma patrí medzi najdôležitejšie v nemocničnom sektore od zavedenia duálneho financovania v roku 1972.

Zákon o stabilizácii miery príspevkov schválený Spolkovým zhromaždením v roku 2002 sa zamerail najmä na ceny liekov. Zvýšil zľavy a rabaty, ktoré mali lekárnici poskytovať nemocenským fondom na liečivá bez referenčných cien z 5 % na 6 %. Avšak namiesto požadovaného nominálneho zníženia o 1,4 mld. eur sa výdavky zvýšili, najmä kvôli presunu k iným, často nákladnejším substanciám.

Zákon o modernizácii zákonného zdravotného poistenia (2004)

Zákon o modernizácii zákonného zdravotného poistenia bol schválený v roku 2003 s účinnosťou od r. 2004 a ukončil päťročnú polarizáciu dvoch najväčších politických strán – Sociálna demokratickej strany (SPD) a Kresťansko demokratickej strany (CDU) o zdravotnej politike. Reforma bola považovaná za potrebnú najmä kvôli zvyšujúcej miere príspevkov na VZP (priemerne 13,6 % z hrubého príjmu v roku 2001 do 14,4 % v roku 2003) a kvôli pociťovaným nedostatkom v kvalite zdravotnej starostlivosti. Zákon bol výsledkom kompromisu medzi úradujúcou vládou Sociálnych demokratov a Zelených a opozičnými Kresťanskými demokratmi, ktorí mali väčšinu vo federálnej rade. Cieľom bolo zvýšiť efektívnosť a kvalitu zdravotnej starostlivosti a stabilizovať miery príspevkov do VZP z dôvodu, aby zvyšovanie poistných príspevkov neodrádzalo zamestnávateľov investovať do aktivít podporujúcich tvorbu pracovných miest.

Hlavné prvky na dosiahnutie úspor a posun nákladov sú:

- Niektoré dávky a benefity, najmä voľnopredajné lieky (**OTC – over the counter**) boli vylúčené z poistných dávok VZP.
- Spoluúčasť na platbách bola reštrukturalizovaná a vykonali sa revízie výnimiek.
- Spoluufinancovanie bolo znovu zavedené za návštevy lekárov a to 10 € za štvrtrok za prvý kontakt v ambulancii lekára alebo stomatóloga a za každý kontakt s iným lekárom bez odporúčenia počas toho istého štvrtroka.
- Spoluúčasť na nákladoch je 10 %, ale minimálne 5 € a maximálne 10 € za tovar alebo službu, čo je všeobecne vyššie, ako bolo predtým.
- Zo spoluufinancovania sú vylúčené deti do 18 rokov, prenatálna starostlivosť a preventívne služby. Všeobecná výnimka pre chudobných občanov bola zrušená.
- Ročné spoluufinancovanie je limitované pre každého poistenca verejného zdravotného poistenia na 2 % ročného hrubého príjmu domácnosti. Pre chronicky chorých je ročná spoluúčasť limitovaná do 1 %. Môžu sa aplikovať zrážky na manželského partnera a na deti.
- Zákon uložil povinnosť vytvoriť nové zdroje príjmu pre VZP (dotácia a štátne príspevky z federálneho rozpočtu na krytie niekoľkých dávok vzťahujúcich sa k rodinnej politike).

Od roku 2005 sa Zákon o modernizácii snažil vylúčiť zubné protézy z refundačného balíka dávok a benefitov VZP. Výsledkom kompromisu medzi vládou a opozíciou bolo dodatočné poistenie na zubné protézy. Dlhodobá parita vo financovaní 50 na 50 tak bola zmenená na približne 46 pre zamestnávateľov ku 54 pre poistencov. Poistenie na zubné protézy, ako bolo uzákonené v Zákone o modernizácii VZP pre rok 2005 bolo však považované za nespravodlivé a príliš nákladné vzhľadom na administratívne náklady. V októbri 2004 bol prijatý **Zákon o prispôbení financovania zubných protéz**. Od júla 2005 mali zamestnanci platiť „špeciálny príspevok“ vo výške 0,4 % ich hrubého príjmu, čo by malo pokryť výdavky na zubné protézy, zamestnávateľia na tento špeciálny účel nemuseli prispievať.

Okrem opatrení zameraných na kontrolu nákladov Zákon o modernizácii obsahoval aj organizačné reformy na zvýšenie kvality starostlivosti a efektívnej koordinácie pacientov. Na tento účel bol vytvorený **Spoločný federálny výbor (Federal Joint Committee)**.

Ďalším aspektom zákona je posilnenie individuálnych a kolektívnych práv pacientov vytvorením splnomocnenca pre pacientov. Deväť nevolených delegátov z organizácií, ktorí reprezentujú práva chronicky chorých má právo zúčastňovať sa na konzultáciách a podávať návrhy v Spoločnej federálnej komisii.

Integrovaná starostlivosť ponúkaná poskytovateľmi z rôznych sektorov v rámci jednej zmluvy s nemocenským fondom sa stala povinnou a pre fondy atraktívnejšou. Menšie regionálne asociácie lekárov budú reorganizované do väčších jednotiek. Od októbra 2004 bolo podpísaných okolo 170 zmlúv o integrovanej starostlivosti.

Od januára 2004 dosiahli nemocenské fondy značné úspory, čiastočne vďaka zvýšenému spolufinancovaniu, zníženiu poistných dávok a benefitov a zľavám v sektore liekov. Miery príspevkov však neboli znížené tak, ako to očakávala federálna vláda a iba nové nemocenské fondy oznámili zníženie mier v roku 2005. Vláda verejne žiadala nemocenské fondy, aby preniesli časť úspor na zamestnancov a zamestnávateľov. Väčšina nemocenských fondov argumentovala, že potrebujú zaplatiť dlhy a že sa očakáva opätovný nárast výdavkov v budúcnosti v doteraz neznámom rozsahu.

Veľký počet paragrafov zákona predstavoval implementáciu smerníc alebo súdnych právomocí Európskej únie. Podľa Müller-Fauré/van Riet rozhodnutia Európskeho súdneho dvora (C-385/99) z mája 2003, každá poistená osoba môže teraz dostať refundáciu ambulantnej starostlivosti prijatú v ktorejkoľvek krajine EÚ, dokonca aj bez predbežnej autorizácie alebo ak poskytovateľ nemá zmluvu o zdravotnej starostlivosti alebo zdravotnom poistení. Zákon umožnil pre jednotlivé nemocenské fondy, aby si mohli vybrať, s ktorým poskytovateľom uzavrú zmluvu v ostatných EÚ-15 krajinách (t.j. v bývalých krajinách EÚ pred rozšírením – do 30.4.2004) v rámci právneho rámca zákonného zdravotného poistenia v modeli integrovanej starostlivosti.

Zákon o modernizácii zákonného zdravotného poistenia je časťou širšieho balíka základných ekonomických, sociálnych a vzdelávacích reforiem, ktoré sú nazvané „Agenda 2010“. Finančný úspech tohto zákona bol podrobne monitorovaný verejnou mienkou v Nemecku, ale aj ostatnými členskými štátmi EÚ. Európska rada a Komisia kritizovali rast príspevkov sociálneho a zdravotného poistenia ako bariéru naštartovania národnej ekonomiky a redukovania štátneho dlhu pod 3 % HDP, ako bolo prijaté v Maastrichtskej dohode.

Tabuľka č. 47 Chronológia zdravotníckych reforiem v Nemecku v rokoch 1988 – 2004

rok (v ktorom bol zákon prerokovaný)	názov zákona (rok začiatku platnosti zákona)
1988	Zákon o reforme zdravotnej starostlivosti z roku 1989 (Health Care Reform Act of 1989)
1992	Zákon o štruktúre zdravotnej starostlivosti z roku 1993 (Health Care Structure Act of 1993)
1994	Kniha sociálneho kódexu XI (verejné poistenie dlhodobej starostlivosti) (Social Code Book XI (Statutory Long-Term Care Insurance))
1996	Zákon o oslobodení miery príspevkov do zdravotného poistenia (Health Insurance Contribution Rate Exoneration Act)
1997	Prvý a druhý zákon o reštrukturalizácii verejného (zákonného) zdravotného poistenia (First and Second Statutory Health Insurance Restructuring Acts)
1998	Zákon o upevnení solidarity vo verejnom zdravotnom poistení (Act to Strengthen Solidarity in Statutory Health Insurance)
1999	Zákon o reforme verejného (zákonného) zdravotného poistenia z roku 2000 (Statutory Health Insurance Reform Act of 2000)
	Zákon o vyrovnaní povinných rezerv vo VZP z roku 2001 (Act to Equalize Statutory Provisions in Statutory Health Insurance 2001)
2000	Zákon o ochrane pred infekciami (Infection Protection Act)
2001	Kniha sociálneho kódexu IX (rehabilitácia a spoluúčasť invalidov) (Social Code Book IX (Rehabilitation and Participation of Disabled People))
	Zákon o prispôsobení (regulovaní) referenčných cien (Reference Price Adjustment Act)
	Zákon o vyrovnaní (umorení) farmaceutického rozpočtu (Pharmaceutical Budget Redemption Act)
	Zákon o reforme kompenzácií rizikovej štruktúry vo VZP (Act to Reform the Risk Structure Compensation Scheme in Statutory Health Insurance)
	Zákon o novej úprave (vyregulovaní) pri výbere nemocenských fondov (Act to Newly Regulate Choice of Sickness Funds)
2002	Zákon o limitovaní farmaceutických výdavkov (Pharmaceutical Expenditure Limitation Act)
	Zákon o poplatkoch za prípady (Case Fees Act)
	Zákon o stabilizácii miery príspevkov (Contribution Rate Stabilization Act)
2003	Zákon o dodatku k Dvanástej knihe sociálneho kódexu V (Twelfth Social Code Book V Amendment Act)
	Zákon o prvom dodatku k zákonu o poplatkoch za prípady (First Case Fees Amendment Act)
	Zákon o modernizácii zákonného zdravotného poistenia (Statutory Health Insurance Modernization Act)
2004	Zákon o prispôsobení financovania zubných protéz (Act to Adjust the Financing of Dentures)
	Zákon o druhom dodatku k zákonu o poplatkoch za prípady (Second Case Fees Amendment Act)

Zdroj: BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*, s. 190.
In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

Širšími otázkami reformovania poistenia dlhodobej starostlivosti sa v polovici roku 2003 zaoberali dve expertné komisie⁷, obidve navrhovali vybudovať základný akciový kapitál, ktorý by mal zabezpečiť dostatočné financovanie. Ministerstvo zdravotníctva navrhovalo zaviesť extra príspevok od poistených ľudí bez detí, kombinovaný s nárastom nárokovateľných dávok a služieb pre nevládných starých ľudí. V januári 2004 kancelár odmietol tento návrh ako nepopulárny. Podobnú požiadavku predložil aj Spolkový ústavný súd. Navrhoval aby členovia s deťmi platili nižšie príspevky pre poistenie dlhodobej starostlivosti ako členovia bez detí.

Spolkové zhromaždenie požiadalo spolkovú vládu a vlády spolkových krajín, aby preskúmali a posúdili existujúcu schému kompenzácie rizika a navrhli **konceptiu reformy financovania**. Odbornou prípravou a vytvorením **návrhu reformy pre udržateľné financovanie** systému sociálneho poistenia, vrátane zákonného zdravotného poistenia bola poverená kancelárom začiatkom roka 2003 **Rürupová komisia**. Bola zložená z expertov, z reprezentantov zamestnávateľov, z predstaviteľov odborov a ostatných skupín. Komisia vo svojej konečnej správe v roku 2003 vypracovala dva návrhy (resp. dve možnosti) ďalšieho smerovania reformy zdravotníctva v Nemecku.

Prvý návrh – označovaný aj „rovná miera príspevkov zdravotného poistného“ odporúčal nasledovné prvky:

- príspevky na VZP platené bez ohľadu na príjem vo výške rovnej miery zdravotného poistného (okolo 200 eur na mesiac pre dospelých, na deti by sa neplatilo),
- odvodom by podliehali všetky príspevky od zamestnávateľov zamestnancom a dôchodcom bez ohľadu na formu ich stavu zdravotného poistenia (podobne ako zdaňovanie hrubej mzdy),
- sociálna kompenzácia pre nízko príjmové osoby prostredníctvom daňového systému.

Rovné miery príspevkov (per capita) by vyžadovali podstatné sociálne transfery a redistribúciu príjmov z daní.

Druhý návrh – poistenie založené na príspevkoch pre celú populáciu hľadal rozšírenie príspevkovej základne VZP prostredníctvom:

- rozšírenia stanoveného základu o ďalšie typy príjmov (napr. renty a úroky),
- zvýšenia stanoveného limitu príspevkov starobných dôchodkov (**contribution assessment limit**) o asi jednu tretinu na úroveň zákonného poistenia; v súčasnosti okolo 5100 eur hrubej mzdy na mesiac,
- rozšírenia povinného VZP na viac skupín (štátni zamestnanci, SZČO a farmári) odstránením limitu zákonného poistenia.

Uvedené plány a návrhy nakoniec vyústili do jednej z najväčších sociálnych reforiem v Nemecku označovanej často ako **Reforma zdravotníctva 2007**.

⁷ Pozri BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, s. 202 – 205. In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

Príloha č. 9

Dávky zdravotnej starostlivosti¹ a poistné benefity v nemeckom zdravotníctve

Nezávisle od štatútu, životnej úrovne, výšky zaplateného poistného, či trvania poistenia, majú poistenci a od nich závislí nezabezpečení rodinní príslušníci právo na rovnaké poistné dávky², plynúce z verejného zdravotného poistenia³:

- liečba ochorenia (ambulantná a stomatologická zdravotná starostlivosť, lieky, starostlivosť poskytovaná združenými zdravotníckymi profesionálmi, zdravotné pomôcky, nemocničná starostlivosť pre hospitalizovaných pacientov, domáca opatrovateľská starostlivosť, niektoré oblasti rehabilitačnej starostlivosti, socioterapia),
- pohotovostná a záchranná služba, transport pacienta,
- prevencia ochorenia, podpora zdravia na pracovisku,
- skríning ochorenia,
- ostatné poistné plnenia a výhody (napr. informácie pre pacientov a pod.).

Poistné dávky, ktoré boli právne vyňaté z verejného zdravotného poistenia zahŕňajú okuliare, lieky súvisiace so životným štýlom a všetky lieky bez predpisu s niekoľkými výnimkami. Nemocenské fondy v období od roku 1989 do roku 1996 ponúkali rôzne opatrenia na podporu zdravia priamo svojim poistencom. V roku 2000 bola táto dávka opätovne čiastočne zavedená zákonom o reforme verejného zdravotného poistenia.

Okrem uvedených dávok poskytujú nemocenské fondy zamestnaným poistencom **nemocenské** vo výške **70 % poslednej hrubej mzdy** (maximálne 90 % čistej mzdy) od **7. do 78. týždňa** zdokladovanej oficiálnej práceneschopnosti. Zamestnávateľia platia 100 % mzdu počas prvých 6 týždňov práceneschopnosti. Pomer hotovostného poistného k bezhotovostnému podstatne klesol odkedy bolo pred 120 rokmi zavedené štátne zdravotné poistenie. V roku 2004 opäť poklesol podiel hotovostného poistného z dôvodu vyňatia príspevkov na pohreb.

Dohľad nad zdravotným poistením má spolkové ministerstvo zdravotníctva, príslušné ministerstvá jednotlivých spolkových krajín a spolkový úrad zdravotného poistenia. Sociálny zákonník (**Social Code Book**) podrobne reguluje prevenčné služby a skríning, no ďalšie regulácie prenecháva Spoločnému federálnemu výboru (**Federal Joint Committee**). Výbor má značnú právomoc pri určovaní objemu poistných plnení a výhod pre liečebné, diagnostické a terapeutické procedúry.

¹ Pozri BUSSE, R. – RIESBERG, A.: *Health Care Systems in Transition. Germany*. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, s. 67 – 72. In: <http://www.euro.who.int/Document/E85472sum.pdf>

² „**health care benefits**“ resp. „**benefits**“ možno preložiť aj ako „**výhoda, náhrada, dávka, podpora, príspevok, odškodné**“ Slovo „benefits“ sme preložili z citovaného originálu ako dávky a príspevky, ktoré vzniknú pri poistnej udalosti, (ktorým je vznik choroby a inej skutočnosti, súvisiacej s predchádzaním choroby napr. prevencia, informačné služby pre pacientov a pod.). V niektorých publikáciách sa slovo „benefits“ prekladá aj ako „**benefity**“.

Pozri 2.1.1 Terminológia v oblasti zdravotného poistenia

³ Sociálny zákonník V. , kapitola 3.

Škála procedúr, pokrytých poistením je široká, od základných lekárskeho vyšetrení v ambulancii až po domáce návštevy lekára, predpôrodnú starostlivosť, starostlivosť o nevyliciteľne chorých, chirurgické zákroky, laboratórne testy a vyšetrenia s použitím zobrazovacej techniky vrátane zachytávania magnetickej rezonancie.

Do roku 1997 neboli explicitne možné výluky z poistenia. Od roku 1997 sa z okruhu dávok, uhrádzaných zákonným zdravotným poistením vylúčili určité dentálne zákroky ako zlaté či keramické vložky, niektoré liečebné pomôcky, príspevky na pohreb pre poistených po roku 1989 a lieky na tzv. triviálne ochorenia (bežná nádcha, ochorenia spojené s cestovaním a lieky, ktoré sú buď lacné alebo neotestované). Smernica, ktorá v roku 1997 vyňala dentálne korunky a umelé chrupy z poistného plnenia pre ľudí narodených po roku 1978 (aj keď museli zaplatiť plné poistné do nemocenského fondu) bola politicky sporná. Zákon o posilnení solidarity v zákonnom zdravotnom poistení zaviedol opätovne tieto úkony do poistných dávok od roku 1999. Umelé zubné chrupy teda naďalej ostávajú súčasťou poistného katalógu a boli z neho vyňaté len približne na rok.

Ďalšiu časť pokrývajú terapeutické služby združených zdravotných profesionálov, ktorí nie sú lekármi, teda napríklad fyzioterapeuti, rečovní a jazykovi terapeuti a zamestnaneckí terapeuti. Poistení pacienti majú nárok na tieto služby, pokiaľ nie sú výslovne vyňaté ministerstvom zdravotníctva. O nelekársku starostlivosť možno požiadať len vtedy, keď sa dá porucha zistiť, liečiť či zmierniť, alebo keď sa dá vyhnúť zhoršeniu stavu, poškodeniu zdravia, ohrozeniu detí či riziku dlhodobej starostlivosti alebo znížiť ich pravdepodobnosť.

Domáca opatrovateľská starostlivosť je upravená samostatne. V druhom zákone o reštrukturalizácii zákonného zdravotného poistenia schválil spolkový výbor (**Federal Committee**) smernice za účelom vymedzenia povinností a zlepšenia spolupráce medzi nemocenskými fondmi zodpovednými za nalievajú domácu opateru a fondmi dlhodobej starostlivosti. O organizačných a finančných záväzkoch sa naďalej aj v súčasnosti diskutuje, napríklad Spolkový sociálny súd (**Federal Social Court**) rozhodol, že zdravotné pomôcky poistencov zákonného poistenia dlhodobej starostlivosti musí zaplatiť ich príslušný štátny nemocenský fond.

Škálu služieb poskytovaných v nemocničnom sektore tradične určujú dva faktory: nemocničný plán spolkovvej vlády a rokovania medzi nemocenskými fondmi a daným nemocničným zariadením. Zavedenie **DRG – úhrady za diagnózu (diagnoses related groups)** ako hlavnej formy platieb nemocničnej starostlivosti ovplyvňuje od roku 2004 aj rozsah služieb.

Okrem transplantácie neexistujú žiadne formálne predpisy na existenciu zoznamov čakateľov, aj keď inštitúcie využívajú zoznamy na účely plánovania. V niektorých prieskumoch malý počet respondentov uviedol čakaciu dobu najmä na zákroky v špeciálnych zdravotných centrách. Rozpočet vo verejnom zdravotnom poistení podporoval do budúcnosti lepší prístup pre neštátnych poistencov. Platby formou DRG (úhrady za diagnózu) založené na diagnostických skupinách (**diagnoses-related groups**) sa opätovne prehodnocujú so zreteľom na dopad na kvalitu, selekciu rizika a prístup.