

EKONOMICKÁ UNIVERZITA V BRATISLAVE
NÁRODOHOSPODÁRSKA FAKULTA

EVIDENČNÉ ČÍSLO: 101005/I/2015/3696527259

KOMPARÁCIA SYSTÉMOV
ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI
V MAĎARSKU A SR

DIPLOMOVÁ PRÁCA

2015

Judit Morvai, Bc.

EKONOMICKÁ UNIVERZITA V BRATISLAVE
NÁRODOHOSPODÁRSKA FAKULTA

KOMPARÁCIA SYSTÉMOV
ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI
V MAĎARSKU A SR

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Študijný program: 6230805 Sociálny rozvoj a sociálna politika

Študijný odbor: 3.3.1 Národné hospodárstvo

Školiace pracovisko: Katedra sociálneho rozvoja a práce

Vedúci záverečnej práce: [Ing. Michaela Nováková, PhD.](#)

Bratislava 2015

Judit Morvai, Bc.

Čestné vyhlásenie

Čestne vyhlasujem, že záverečnú prácu som vypracovala samostatne a že som uviedla všetku použitú literatúru.

Dátum: 8. 8. 2015

.....

podpis študenta

POĎAKOVANIE

Touto cestou vyslovujem poďakovanie svojej školiteľke Ing. Michaele Novákovej, PhD. za pomoc, poskytnuté cenné rady a usmernenie pri vypracovaní mojej diplomovej práce.

ABSTRAKT

MORVAI, Judit: Komparácia systémov zdravotnej starostlivosti v Maďarsku a SR. – Ekonomická univerzita v Bratislave. Národohospodárska fakulta; Katedra sociálneho rozvoja a práce. – Vedúci záverečnej práce: Ing. Michaela Nováková, PhD. – Bratislava: NHF EU, 2015, počet strán 60 s.

Cieľom záverečnej práce bolo porovnať systémy zdravotnej starostlivosti v Maďarsku a SR v záujme ďalšieho rozvoja a zlepšenia zdravotnej starostlivosti. Práca je rozdelená do 4 kapitol. V prvej kapitole sú vymedzené legislatívne riešenia zdravotnej starostlivosti v Európskej únii, cezhraničná zdravotná starostlivosť, hlavné priority programu vlády SR a súčasné tendencie v Maďarsku v oblasti zdravotníctva. V druhej kapitole sú vymedzené ciele a metodiky práce. Tretia kapitola je zameraná na podrobnú analýzu zdravotného systému Slovenskej republiky, financovanie zdravotníctva a verejné zdravotné poistenie. Štvrtá kapitola je zameraná na sústavu a úrovne zdravotníckych služieb v Maďarsku, financovanie zdravotníctva a zdravotné poistenie. Záverom práce konštatujeme, že vývoj zdravotníctva v Slovenskej republike podľa hodnotenia ukazovateľov EÚ vykazuje lepšie výsledky než v Maďarsku a pomaly sa rozvíjajúce zdravotníctvo Slovenskej republiky je schopné zabezpečovať zdravotnú starostlivosť občanov SR na vysokej úrovni. Pritom cezhraničná zdravotná starostlivosť v prípade Maďarska a SR má významnú úlohu pri zabezpečovaní maximálnej dostupnosti kvalitnej zdravotnej starostlivosti občanov týchto dvoch štátov EÚ.

Kľúčové slová: zdravotníctvo, zdravotná starostlivosť, zdravotnícky systém, zdravotné poistenie

ABSTRACT

MORVAJ, Judit: Comparison of health care systems in Slovakia and Hungary. – University of Economics in Bratislava. Faculty of National Economy; Department of Social development and Labour. – Thesis supervisor: Ing. Michaela Nováková, PhD. – Bratislava: NHF EU, 2015, number of pages 60.

Purpose of my thesis was to compare the health care systems in Slovakia and Hungary, on behalf of further development and improvement of health care. My thesis has been divided into 4 chapters. In the first chapter I have specified the legislative solutions of health care in EU, cross – border health care, the principal priorities of the Slovak Government's Program and the current tendencies of Hungarian health care. The second chapter defines the targets and the work method. The third chapter focuses on detailed analysis of Slovak health care system, its funding and the public health insurance. The fourth chapter introduces the scheme and levels of health services in Hungary, health system funding and health insurance. At the conclusion I can state, that the progression of the Slovak health service – based on EU ratios – has better results than Hungary, and the slowly developing health system of Slovakia is able to provide its citizens health care on a high level. Cross – border health care in case of Hungary and Slovakia has a significant role to secure the ultimate approachable good health care for citizens of both countries within the EU.

Key words: health service, health care, health care system, health insurance

Obsah

Obsah	8
Zoznam tabuliek:	9
Zoznam grafov:	9
Úvod.....	10
1 Súčasný stav riešenej problematiky	12
1.1 Tendencie zdravotnej starostlivosti v rámci Európskej únie.....	12
1.1.1 Legislatívne riešenia zdravotnej starostlivosti v rámci Európskej únie	16
1.1.2 Cezhraničná zdravotná starostlivosť v Európskej únii.....	18
1.2 Hlavné priority programu vlády Slovenskej republiky v oblasti zdravotníctva	20
1.3 Súčasná tendencie zdravotnej starostlivosti v Maďarsku	23
1.3.1 Súčasná reforma systému zdravotnej starostlivosti – Plán Semmelweis.....	24
2 Cieľ práce, metodika práce a metódy skúmania	25
3 Zdravotný systém v Slovenskej republike	27
3.1 Členenie zdravotných systémov podľa odborných činností a charakteristika	27
3.1.1 Ambulantná zdravotná starostlivosť.....	27
3.1.1.1 Všeobecná a špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť.....	30
3.1.1.2 Lekárska služba prvej pomoci	31
3.1.1.3 Záchranná zdravotná služba	33
3.1.2 Ústavná (lôžková) zdravotná starostlivosť.....	35
3.2 Financovanie zdravotníctva v Slovenskej republike.....	37
3.3 Vykonávanie verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike.....	39
3.3.1 Počet poistencov podľa ZP	39
3.3.2 Príjmy ZP.....	40
3.3.3 Predpis a výber poistného	41
3.3.4 Výdavky ZP	42
3.3.5 Zabezpečenie a úhrada ZS.....	43
4 Sústava zdravotníckych služieb v Maďarsku	46
4.1 Úrovně prevádzkovania zdravotníckych služieb	49
4.2 Financovanie zdravotníctva v Maďarsku	51
4.3 Zdravotné poistenie v Maďarsku	56
Záver	58
Použitá literatúra	60

Zoznam tabuliek:

Tabuľka č. 1 Prehľad o počte poistencov podľa jednotlivých ZP	39
---	----

Zoznam grafov:

Graf č. 1 Porovnanie počtu ambulancií reálnej a minimálnej siete na úrovni jednotlivých VÚC	32
Graf č. 2 Vyťaženosť ZZS po 24 hodine	34
Graf č. 3 Podiel jednotlivých ZP na celkovom počte poistencov v jednotlivých rokoch.....	39
Graf č. 4 Vývoj daňových príjmov podľa typu platiteľa	40
Graf č. 5 Podiel jednotlivých ZP na predpise poistného v roku 2013	41
Graf č. 6 Podiel jednotlivých ZP na výbere poistného v roku 2013.....	41
Graf č. 7 Vývoj a štruktúra výdavkov ZP na ZS	43
Graf č. 8 Výdavky ZP na ZS v prepočte na 1 poistenca.....	43
Graf č. 9 Podiel jednotlivých foriem ZS na celkových evidenčne uznaných výkonov a ich vývoj.....	44
Graf č. 10 Podiel jednotlivých foriem ZS na nadlimitných výkonoch v roku 2013.....	45
Graf č. 11 Výdavky na zdravotníctvo a očakávaná dĺžka života po narodení v EÚ, 2009.....	52
Graf č. 12 Medziročný vývoj výdavkov na zdravotníctvo	52
Graf č. 13 Priemerná ročná návštevnosť osobného lekára	53
Graf č. 14 Počet akútnych nemocničných lôžok na 1000 obyvateľov.....	53
Graf č. 15 Zdroje financovania zdravotnej starostlivosti v Maďarsku	54

Úvod

Zdravotníctvo je definovaná ako spoločenská sústava profesionálnych odborných inštitúcií, zariadení a orgánov, pracovníkov a im odpovedajúcich činností, slúžiacich špeciálne k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti s primeraným cieľom podporovať, zachovávať a obnovovať zdravie. Sieť verejných zdravotníckych zariadení poskytuje väčšinu zdravotníckych služieb na základe zmluvného vzťahu so zdravotnými poisťovňami.

Zdravotná starostlivosť je súbor činností a opatrení smerujúcich k predĺženiu a udržaniu života fyzických osôb, ku zvýšeniu kvality života a jeho ochrane, k podpore, upevneniu, zlepšeniu, obnoveniu zdravia, zmierneniu utrpenia alebo posúdenia zdravotného stavu fyzickej osoby súvisiaceho s chorobou, vadou alebo stavom a ku zdraviu budúcich generácií.

System zdravotníckej starostlivosti chápeme ako poskytovanie zdravotníckych služieb. Je jednou zo zložiek zdravotníctva a je určovaná zdravotnou politikou štátu. System zdravotnej starostlivosti tvoria všetci jednotlivci a organizácie, všetky hmotné a nehmotné statky a všetky činnosti spoločnosti, ktoré sa podieľajú na zlepšovaní zdravia jej členov, čo je hlavným cieľom zdravotnej starostlivosti.

Cezhraničná spolupráca v rámci EÚ predstavuje aktivity zamerané na posilnenie a podporu susedských vzťahov obyvateľstva, ako aj inštitúcií na oboch stranách spoločnej hranice. Cieľom takejto spolupráce je umožniť obyvateľom zlepšenie ich života tým, že okrem štátnych zámerov na socioekonomický rozvoj územia môžu samostatne rozvíjať aktivity v tomto smere aj s partnermi z príľahlých oblastí susedských štátov pri vzájomnom rešpektovaní vnútorných podmienok (prevažne právnych) a zahraničnopolitickej orientácie štátu. Obzvlášť výrazne sa to prejaví v oblasti zdravotnej starostlivosti v prípade zo Slovenskej republiky a Maďarska so spoločnou hranicou dlhou 650 km.

Táto problematika cezhraničnej spolupráce do značnej miery súvisí s celkovým rozvojom spolupráce a integrácie v Európe. Tento proces je výsledkom objektívne prebiehajúcej globalizácie politického, ekonomického, sociálneho a kultúrneho vývinu vo svete a snahy premietnuť ho do všestranných integračných tendencií a je plne v súlade so zahraničnopolitickou orientáciou Slovenskej republiky od jej vzniku.

V protokole zo 17. zasadnutia Medzivládnej slovensko – maďarskej zmiešanej komisie pre cezhraničnú spoluprácu. Komisia navrhuje príslušným orgánom naďalej spolupracovať v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti v súlade s európskou

legislatívou zameranou na práva pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, v oblasti výmeny informácií a odovzdávaní skúseností v danej oblasti.

Z uvedených dôvodov a z dôvodu, že žijem v oblasti (Štúrovo a okolie) kde dostupnosť nemocničnej, urgentnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti je na nižšej úrovni oproti iným oblastiam republiky, možnosti kvalitnej cezhraničnej zdravotnej starostlivosti sú dôležitou súčasťou každodenného života občanov.

1 Súčasný stav riešenej problematiky

1.1 Tendencie zdravotnej starostlivosti v rámci Európskej únie

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti definuje zdravotnú starostlivosť ako súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovanie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby (ďalej len „osoba“), zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu.¹

„Zdravotný výkon je ucelená činnosť zdravotníckeho pracovníka, ktorá predstavuje základnú jednotku poskytovania zdravotnej starostlivosti.“²

„Neodkladná zdravotná starostlivosť (ďalej len „neodkladná starostlivosť“) je zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú zo základných životných funkcií, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neodkladná starostlivosť je aj zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode. Súčasťou neodkladnej starostlivosti je neodkladná preprava osoby do zdravotníckeho zariadenia, neodkladná preprava medzi zdravotníckymi zariadeniami a neodkladná preprava darcov a príjemcov orgánov, tkanív a buniek určených na transplantáciu; neodkladnú prepravu vykonávajú poskytovatelia záchranej zdravotnej služby.“³

Zdravotnú starostlivosť a s tým súvisiace služby realizuje poskytovateľ a zdravotnícki pracovníci za podmienok ustanovených osobitným predpisom.⁴

„Zdravotná starostlivosť sa poskytuje vo vzťahu k chorobe určenej zdravotníckym pracovníkom.“⁵

„Poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne

1 Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

2 Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

3 Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

4 Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

5 Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy.“⁶

Na poskytovanie zdravotnej starostlivosti sa vyžaduje informovaný súhlas, ak v zákone nie je ustanovené inak.

„Neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti je vedenie zdravotnej dokumentácie.“⁷

Z hľadiska členenia ľudských potrieb zaraďujeme zdravie na štvrté miesto základných potrieb. Zdravie je zaradené medzi najväčšie životné hodnoty, pretože je predpokladom dosiahnutia plnohodnotného života.⁸

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v Európskej únii môžeme posudzovať z viacerých hľadísk, teda aká, komu a kto poskytuje zdravotnú starostlivosť.

Dôležité rozlišovať, či ide o:

- ❖ osobu, ktorá je poistencom verejného zdravotného poistenia v SR a potrebuje zdravotnú starostlivosť náhodne počas jej prechodného pobytu v inom členskom štáte,
- ❖ osobu, ktorá je poistencom verejného zdravotného poistenia v inom členskom štáte, je občanom SR s bydliskom na jej území a potrebuje zdravotnú starostlivosť plánovane alebo náhodne v SR,
- ❖ osobu, ktorá je poistencom verejného zdravotného poistenia v inom členskom štáte a potrebuje zdravotnú starostlivosť náhodne počas jej prechodného pobytu v SR.⁹

V dňoch 10. – 12. septembra 2012 na Malte sa uskutočnilo 62. zasadnutia Regionálneho výboru Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO). „Zasadnutie bolo priestorom na diskusiu najvyšších predstaviteľov rezortov zdravotníctva, za účasti 53 členských krajín európskeho regiónu WHO, o aktuálnych otázkach zdravotníctva na globálnej, regionálnej a národnej úrovni.“¹⁰

„Diskusia na zasadnutí vyústila do prijatia viacerých dokumentov v odborných oblastiach – nový rámec európskej zdravotnej politiky – Zdravie 2020; Európsky akčný

⁶ Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

⁷ Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

⁸ Verejné zdravotníctvo.: Poskytovanie a financovanie zdravotnej starostlivosti vo vybraných krajinách EÚ. [online]. 2007, ročník VII, č. 3. ISSN 1337-1789. Dostupné na internete:

<http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/SK/2010/3/Lezovic.pdf>

⁹ Zoznam zdravotníckych zariadení.: Zdravotná starostlivosť v EÚ. Dostupné na internete:

<http://www.zzz.sk/?clanok=6426>

¹⁰ Nováková, M.: Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach. Bratislava: Vyd. EKONÓM, 2014. s. 42. ISBN 978-80-225-3850-3

plán posilňovania kapacít a služieb v oblasti verejného zdravotníctva, Stratégia a akčný plán v oblasti zdravého starnutia na roky 2012-2020, ktoré odporučili štátom ako aj Svetovej zdravotníckej organizácii konkrétne kroky na posilnenie politík s cieľom podpory zdravia občanov európskeho regiónu.“¹¹

„Zdravie 2020 je nový európsky zdravotný politický rámec. Jeho cieľom je výrazne zlepšiť zdravie obyvateľov, znížiť nerovnosti v oblasti zdravia, posilniť verejné zdravie a podporiť dialóg o zdraví naprieč ostatnými rezortmi.“¹²

„Zdravie 2020 a súvisiace dokumenty boli vypracované participáciou členských štátov a mnohých zainteresovaných odborníkov. Vychádza z hodnoty „Zdravie pre všetkých“ a je definovaný dvoma strategickými cieľmi a štyrmi prioritnými oblasťami.“¹³

„Strategické ciele 2020:

1. zlepšenie zdravia pre všetkých a zníženie nerovnosti v zdraví
2. zlepšenie vedúcej úlohy v oblasti zdravia a participatívneho riadenia zdravia.“¹⁴

„Prioritné oblasti Zdravia 2020:

1. investovanie do zdravia počas celého životného cyklu, posilnenie zodpovednosti občanov za zdravie,
2. riešenie najväčších zdravotných výziev – prenosné a neprenosné ochorenia,
3. posilňovanie zdravotných systémov, kapacít verejného zdravotníctva a pripravenosti, schopnosti reagovať na núdzové situácie,
4. vytváranie zdravých komunít a podporného prostredia pre zdravie ľudí.“¹⁵

„Modely zdravotnej starostlivosti

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

Rozlišujeme tieto hľadiská:

¹¹ Nováková, M.: Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach. Bratislava: Vyd. EKONÓM, 2014. s. 42. ISBN 978-80-225-3850-3

¹² Nováková, M.: Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach. Bratislava: Vyd. EKONÓM, 2014. s. 43. ISBN 978-80-225-3850-3

¹³ Nováková, M.: Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach. Bratislava: Vyd. EKONÓM, 2014. s. 43. ISBN 978-80-225-3850-3

¹⁴ Nováková, M.: Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach. Bratislava: Vyd. EKONÓM, 2014. s. 43. ISBN 978-80-225-3850-3

¹⁵ Nováková, M.: Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach. Bratislava: Vyd. EKONÓM, 2014. s. 43. ISBN 978-80-225-3850-3

- ❖ hľadisko národohospodárske – podľa tohto hľadisko je zdravotníctvo jedným z odvetví národného hospodárstva produkujúcim zdravotnícku službu a spadajúce do tzv. terciárnej sféry
- ❖ hľadisko organizačno – inštitucionálne – predstavuje sústavu zdravotníckych zariadení a inštitúcií
- ❖ hľadisko funkčné – zdravotnícky systém je subsystémom systému starostlivosti o zdravie.¹⁶

„V podstate až do konca druhej svetovej vojny v západnej ani v strednej Európe neexistoval ucelený zdravotnícky makrosystém a nikto nedefinoval strategické ciele v oblasti zdravia. V jednotlivých krajinách existovali rôzne poisťovacie systémy, existovali aj rôzne sanitárne opatrenia štátu i obcí, tie však neriešili komplexne otázky týkajúce sa starostlivosti o zdravie.“¹⁷ Dôsledky druhej svetovej vojny viedli k tomu, že v jednotlivých krajinách začali vznikať rôzne zdravotnícke makrosystémy, ktoré boli reakciou na novovzniknuté zdravotné potreby.

„Jadro každého zdravotníckeho systému na úrovni štátu v súčasnosti tvorí agregát týchto činiteľov:

- ❖ strategické ciele štátu v oblasti ochrany zdravia a rozvíjania zdravia
- ❖ spôsob zaistenia dostupnosti základnej zdravotníckej starostlivosti pre občanov
- ❖ spôsob financovania zdravotnej starostlivosti
- ❖ riešenie vzťahov medzi rôznymi účastníkmi procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti
- ❖ podiel účasti štátu a jeho orgánov na vlastníctve a riadení zdravotníckych zariadení.“¹⁸

„Toto sú hlavné kritériá, ktoré môžu slúžiť ako metodický základ typológie zdravotníckych systémov. Rôzni odborníci sa zhodujú viac – menej v tom, že zatiaľ neexistuje ideálny zdravotnícky systém, ktorý by vyhovoval všetkým kritériám optimálnosti.“¹⁹

¹⁶ Nováková, M.: Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach. Bratislava: Vyd. EKONÓM, 2014. s. 49. ISBN 978-80-225-3850-3

¹⁷ Nováková, M.: Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach. Bratislava: Vyd. EKONÓM, 2014. s. 49. ISBN 978-80-225-3850-3

¹⁸ Nováková, M.: Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach. Bratislava: Vyd. EKONÓM, 2014. s. 50. ISBN 978-80-225-3850-3

¹⁹ Nováková, M.: Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach. Bratislava: Vyd. EKONÓM, 2014. s. 50. ISBN 978-80-225-3850-3

1.1.1 Legislatívne riešenia zdravotnej starostlivosti v rámci Európskej únie

Poskytnutie zdravotnej starostlivosti mimo územia SR riešia právne akty EÚ, ako aj náhodné legislatívy. Komunitárne právo má prednosť vtedy, ak príslušná náhodná legislatíva nerieši poskytovanie zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte alebo rieši jej poskytovanie v rozpore s komunitárnym právom.

Zo zákona 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 v znení neskorších predpisov) vyplýva, že osoba, ktorá je poistencom verejného zdravotného poistenia v SR, má právo:

- pri náhlom ochorení alebo stave ohrozujúcom život, ku ktorému dôjde v cudzine, na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti do výšky jej úhrady na území SR, ak medzinárodná zmluva neustanovuje inak,
- na úhradu nákladov na zdravotnú starostlivosť poskytnutú v cudzine, ak pre poskytnutie tejto zdravotnej starostlivosti spĺňa kritériá vopred určené a zverejnené zdravotnou poisťovňou na jej úradnej tabuli alebo na inom verejne prístupnom mieste a na jej internetovej stránke.

Pojmy „zdravotná starostlivosť“ a „neodkladná zdravotná starostlivosť“ (ďalej len NZS) sú v náhodných legislatívach členských štátov veľmi dôležité. Môžu mať v každom členskom štáte iný význam najmä pokiaľ ide o rozsah poskytnutej (neodkladnej) zdravotnej starostlivosti alebo rozsah úhrady za ňu.

Rozdiely v legislatívach môžu spôsobiť, že kým v jednom členskom štáte sú súčasťou poskytnutia NZS aj lieky, v inom členskom štáte sa náklady na lieky uhrádzajú sčasti alebo úplne. Koordinačné pravidlá určujú to, že legislatíva ktorého členského štátu sa v konkrétnom prípade uplatňuje, aby sa zamedzilo prekryvaniu dvoch alebo viacerých legislatív. Napríklad ak občan EÚ má bydlisko na území jedného členského štátu, zamestnaný je na území druhého členského štátu a podniká na území tretieho členského štátu. Komunitárne právo sleduje NZS ako komplexnú starostlivosť, ktorá musí byť poskytnutá osobe, ktorá je poistencom verejného zdravotného poistenia, aby nemusela skrátiť čas pobytu v inom členskom štáte z dôvodov potreby lekárskeho ošetrovania a na ktorú majú nárok všetky skupiny osôb, ktoré sa zdržiavajú na území iného členského štátu

prechodne ako napríklad turisti alebo študenti. Obsah tohto pojmu je zhodný so slovenskou legislatívou.²⁰

Financovanie zdravotníctva je zvyčajne vo všetkých krajinách Európskej únie zabezpečované z verejných zdrojov. Systémy zdravotného poistenia, resp. financovania zdravotníckych služieb v európskych krajinách sú rozdielne. Dôležitým faktom je, že všetky členské krajiny EÚ sú povinné uznávať a dodržiavať právne záväzné akty komunitárneho práva uverejnené v oficiálnej zbierke predpisov EÚ. Rozdiely v národných legislatívach však spôsobujú, že podmienky úhrady za poskytnutie zdravotnej starostlivosti sú značne rozdielne a môžu byť pre občana aj finančne neprímerane zaťažujúce. Komplikovanosť a rôznorodosť systémov dokumentuje aj informácia, že napr. pracovníci Európskych inštitúcií v Bruseli a členovia ich rodín majú úplne iný systém zdravotného poistenia ako Belgičania.²¹

²⁰ Zoznam zdravotníckych zariadení.: Zdravotná starostlivosť v EÚ. Dostupné na internete: <http://www.zzz.sk/?clanok=6426>

²¹ Verejné zdravotníctvo.: Poskytovanie a financovanie zdravotnej starostlivosti vo vybraných krajinách EÚ. [online]. 2007, ročník VII, č. 3. ISSN 1337-1789. Dostupné na internete: <http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/SK/2010/3/Lezovic.pdf>

1.1.2 Cezhraničná zdravotná starostlivosť v Európskej únii

Slobodu poskytovania zdravotnej starostlivosti v cele Európskej únii, je nutné zabezpečiť kvalitnými a bezpečnostnými zárukami. V záujme pacientov treba napomáhať opodstatnenú voľbu, aby sa vedeli informovať o podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti a náhrady s tým súvisiacich nákladov v jednotlivých členských štátoch EÚ.

Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti stanovuje vytvorenie všeobecného rámca na dosahovanie týchto cieľov:

- ❖ objasnenie práva pacientov k prístupu cezhraničnej zdravotnej starostlivosti a náhrady s tým súvisiacich nákladov
- ❖ poskytovanie záruk bezpečnosti a kvality úrovne poskytovania zdravotnej starostlivosti s iným členským štátom Európskej Únie
- ❖ podporovať spoluprácu medzi členskými štátmi v oblasti zdravotnej starostlivosti.

Všetky členské štáty EÚ mali povinnosť včleniť ustanovenia Smernice do svojho právneho poriadku do 25. októbra 2013.

Slovenskí a maďarskí pacienti majú právo na to, aby im zdravotná starostlivosť bola poskytnutá v zdravotníckom zariadení v inom členskom štáte EÚ. Úspešné uplatnenie tohto práva však predpokladá zváženie otázok rozsahu zdravotnej starostlivosti, na ktorú má pacient nárok, ako bude táto starostlivosť a samozrejme náklady s ňou súvisiace uhrádzaná, akým spôsobom pacient sprístupní údaje zo zdravotnej dokumentácie vedenej lekárom v Slovenskej republike alebo v Maďarsku lekárovi v zahraničí.

Pacienti majú v rámci cezhraničnej zdravotnej starostlivosti nárok iba na také vyšetrenia, ktoré sú hradené zo zdravotného poistenia v Slovenskej republike alebo v Maďarsku. Niektoré výkony je možné absolvovať v rámci cezhraničnej zdravotnej starostlivosti iba s predchádzajúcim súhlasom zdravotnej poisťovne. O udelenie súhlasu pacient písomne požiada svoju zdravotnú poisťovňu. K žiadosti je potrebné priložiť výpočet predpokladaných nákladov a potvrdenie zdravotníckeho zariadenia z iného členského štátu EÚ, že je ochotné pacientovi predmetnú starostlivosť poskytnúť.

Pokiaľ ide o spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi v inom členskom štáte EÚ, Smernica umožnila členským štátom vybrať si jednu alternatívu:

- ❖ zdravotnú starostlivosť zaplatí v zahraničí priamo pacient a zdravotná poisťovňa mu ju po návrate do vlasti preplatí
- ❖ zdravotnú starostlivosť v zahraničí zaplatí priamo zdravotná poisťovňa čím pacienta úplne odbremení.

Slovenská republika ako aj Maďarsko sa vydali prvou cestou, a teda pacient, ktorý využíva možnosť podstúpiť vyšetrenie alebo zákrok v inom členskom štáte EÚ, musí cenu takéhoto výkonu v zahraničnom zdravotníckom zariadení zaplatiť a následne požiadať zdravotnú poisťovňu v Slovenskej republike alebo v Maďarsku o úhradu zaplatenej ceny výkonu.

Tu treba poznamenať, že Slovenská republika, ako svetlý príklad v rámci EÚ, využíva aj druhú možnosť úhrady nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Zdravotná poisťovňa Dôvera, od roku 2009 pre svojich poistencov zabezpečuje lôžkovú zdravotnú starostlivosť v rámci cezhraničnej zdravotnej starostlivosti u maďarského poskytovateľa zdravotnej starostlivosti na zmluvnom základe. S týmto spôsobom vo významnej miere zlepšuje úroveň dostupnosti lôžkovej starostlivosti v takom regióne (Štúrovo a okolie), kde táto zdravotná starostlivosť vzhľadom na vzdialenosť najbližšej dostupnej nemocnice je značná.

Zdravotná poisťovňa pacientovi uhradí iba priame náklady vynaložené na zdravotnú starostlivosť. Ďalšie náklady, ako sú cestovné, ubytovanie sprevádzajúcich osôb, náklady na tlmočníka, si pacient platí sám.

1.2 Hlavné priority programu vlády Slovenskej republiky v oblasti zdravotníctva

Strategické zámery zdravotníctva sú vymedzené jeho poslaním, ako je uvedené v Programovom vyhlásení vlády SR:

„Poslaním zdravotníctva je významne prispievať k zvyšovaniu kvality života občanov prostredníctvom znižovania úmrtnosti, chorobnosti, trvalých a dočasných následkov chorôb a úrazov, poskytovaním účelovej, kvalitnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti, pôsobením verejného zdravotníctva, podporou individuálnej a komunitnej starostlivosti o zdravie.“²²

Strategický rámec definuje nasledovné priority v troch oblastiach zdravotníctva:

- ❖ verejné zdravotníctvo
- ❖ integrovaná ambulantná zdravotná starostlivosť
- ❖ ústavná zdravotná starostlivosť

Verejné zdravotníctvo

Základným pilierom starostlivosti o zdravie občanov je verejné zdravotníctvo. Dôležité ukazovatele ako je stredná dĺžka dožitia pri narodení, počet stratených rokov života v dôsledku predčasných úmrtí a následkov chorôb či prevalencia chronických neprenosných ochorení, radia Slovensko do spodnej časti rebríčka krajín EÚ. „Priority v oblasti verejného zdravotníctva sú:

- ❖ vnímať starostlivosť o zdravie populácie ako jednu zo základných úloh výkonu verejnej správy
- ❖ vypracovať návrh funkčného modelu starostlivosti o zdravie populácie z pohľadu výkonu verejnej správy
- ❖ vybudovať systém starostlivosti o zdravie populácie na národnej, regionálnej a lokálnej úrovni, spolu so zapojením všetkých relevantných subjektov verejnej a súkromnej správy, vrátane aktívneho zapojenia obyvateľstva, v zmysle navrhnutého funkčného modelu,
- ❖ realizovať programy verejného zdravia v oblasti nemedicínskej prevencie spoločensky závažných chorôb a zdravotných rizík,

²²

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030. Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>

- ❖ zvyšovať úroveň verejného zdravia u sociálne znevýhodnených komúnít,
- ❖ zvyšovať úroveň pripravenosti na biologické, chemické a radiačné ohrozenia verejného zdravia,
- ❖ zlepšovať úroveň nemedicínskych determinantov zdravia prostredníctvom viacrezortnej spolupráce,
- ❖ posilňovať záujem a zodpovednosť občanov za vlastné zdravie, podporiť ich informovanosťou o zdravotnej starostlivosti, zdravom životnom štýle, ohrozeniach zdravia, prevencii drogových závislostí s využitím moderných komunikačných nástrojov a technológií.²³

Integrovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

Podstata spočíva v práci všeobecných lekárov pre dospelých, všeobecných lekárov pre deti a dorast, gynekológov a zubných lekárov, ktorí poskytujú všeobecnú ambulantnú starostlivosť spolu so sestrami a ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti s prepojením na špecializovanú a následnú zdravotnú starostlivosť by mala byť základom všeobecnej ambulantnej starostlivosti. V dnešnej dobe je však ambulantná zdravotná starostlivosť fragmentová s rozdielnymi motiváciami a nedostatkom koordinácie, čo spôsobuje neefektívne využívanie zdrojov. Fragmentácia má negatívny vplyv na kvalitu, náklady ako aj na výsledky. Eliminácia tejto neefektivity zohráva kľúčovú úlohu pre zlepšenie parametrov kvality a zníženie nákladov. „Dôkazy ukazujú, že toto je možné dosiahnuť vyššou vertikálnou a horizontálnou integráciou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Integrovaný model je organizovaná a spolupracujúca sieť, ktorá spája rôznych poskytovateľov do poskytovania kontinuálnych zdravotných služieb.

Medzi priority sú v tejto oblasti navrhnuté:

- ❖ implementovať koncepciu integrovaného modelu zdravotnej starostlivosti s prioritným zameraním na pozície všeobecného lekára pre dospelých, všeobecného lekára pre deti a dorast, gynekológa a zubného lekára ako lekárov prvého kontaktu a ošetrovateľstvo na základe koncentrácie činností tvorbou nových postupov v oblasti liečby a prevencie, posilnením všeobecnej ambulantnej a ošetrovateľskej starostlivosti,

²³ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030. Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>

- ❖ zabezpečiť dopĺňanie systému zdravotníctva o všeobecných lekárov a špecialistov prostredníctvom rezidentského programu,
- ❖ implementovať medicínske preventívne programy v predchádzaní prenosných a neprenosných ochorení prostredníctvom spolupráce s ostatnými zložkami poskytovania zdravotnej starostlivosti.²⁴

Ústavná zdravotná starostlivosť

Ústavná zdravotná starostlivosť je zabezpečovaná prostredníctvom nemocníc alebo iných zdravotníckych zariadení. Hlavné priority tejto oblasti zahŕňajú:

- ❖ „definovanie typov nemocníc a rozsahu nimi poskytovanej zdravotnej starostlivosti, určenie spádového územia, prehodnotenie existujúcich typov a organizačných štruktúr zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- ❖ prehodnotenie počtu a štruktúry akútnych lôžok a posilnenie lôžok doliečovacích, rehabilitačných, ošetrovateľských a lôžok pre dlhodobo chorých,
- ❖ realizácia programu obnovy zdravotníckej infraštruktúry nemocníc s cieľom efektívneho využívania ľudských zdrojov, budov a zdravotníckej prístrojovej techniky,
- ❖ prijímanie a odovzdávanie informácií medzi nemocnicami a inými zdravotníckymi zariadeniami ústavnej a ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
- ❖ implementácia, prevádzka a kultivácia DRG ako trvalo udržateľného nástroja pre financovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti.²⁵

V rámci týchto priorít sú na roky 2014 – 2016 vytvorené detailné implementačné stratégie, ktoré podrobne popisujú spôsob dosiahnutia stanovených cieľových indikátorov.

²⁴ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030. Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>

²⁵ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030. Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>

1.3 Súčasné tendencie zdravotnej starostlivosti v Maďarsku²⁶

V Maďarsku prešiel systém zdravotníctva po páde komunizmu viacerými reformami. Tieto reformy nemali významný vplyv na efektívne fungovanie zdravotníctva, pretože maďarské zdravotníctvo je v kríze.

V tejto časti analyzujem súčasnú situáciu a poukazujem na stav zdravotného systému Maďarska.

Dnešná podoba maďarského zdravotného systému sa vyvinula pod vplyvom nemeckého modelu sociálneho trhového hospodárstva. Pôvodným plánom maďarskej vlády bolo zavedenie Bismarckovho systému sociálneho poistenia. Faktom je, že ešte stále pretrvávajú transformácie postkomunistického systému, maďarské zdravotníctvo prebralo prvky Beveridgovho modelu štátneho zdravotníctva. Inklinácia k jednému z týchto systémov závisela i od aktuálnej politickej moci, ktorá určovala základnú koncepciu zdravotnej starostlivosti.

V dnešnej dobe smerujú snahy pravicovej vlády Fideszu k posunu k Beveridgovmu modelu s dominantným národným vlastníctvom. Je možné považovať diskontinuitu vo zvolených koncepciách maďarských vlád za jeden zo zásadných dôvodov nestabilnej situácie maďarského zdravotníctva.

Dôkazom toho, že Maďarsko potrebuje reformy zdravotnej starostlivosti sú nasledovné nedostatky a zlé systémové nastavenia:

- ❖ dlh fondu zdravotného poistenia ďalej len „OEP“ – Országos Egészségbiztosítási Pénztár – Fond zdravotného poistenia), ktorý je čím ďalej tým viac financovaný zo štátneho rozpočtu,
- ❖ zadlžené nemocnice, ktorých agregovaný dlh dosiahol v prvom štvrtroku 2010 200 – 260 miliónov eur,
- ❖ mzdy lekárov, ktorí v priemere zarábajú 1 400 eur, z ktorých si kvôli prísnemu daňovému systému berú domov len polovicu,
- ❖ odliv lekárov za väčšími zárobkami do zahraničia,
- ❖ ďakovné odmeny lekárom za poskytnutie „extra“ služieb, ktoré nepodliehajú zdaneniu – v roku 2009 si na týchto odmenách privyrobili maďarskí lekári 118 miliónov eur,
- ❖ nadmerná spotreba liekov.

²⁶ Balík, P.: Analýza systému zdravotnej starostlivosti v Maďarsku. Maďarsko, 2011. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/2011/07/analyza-systemu-zdravotnej-starostlivosti-v-nbsp-madarsku/>

Korene týchto problémov spočívajú v podfinancovanom maďarskom systéme zdravotnej starostlivosti, s ktorým sa budem zaoberať v nasledujúcej časti.

1.3.1 Súčasná reforma systému zdravotnej starostlivosti – Plán Semmelweis

Dňa 1. júna 2011 prijala maďarská vláda návrh pod názvom „Plán Semmelweis“, ktorý na rokovanie predložil súčasný štátny tajomník Ministerstva zdravotníctva Miklós Szócska. Táto reforma obsahovala prvky Beveridgovho modelu štátneho zdravotníctva, v ktorom dominantné postavenie zohrával štát.

Základom „Plánu Semmelweis“ bola existencia jednej štátnej poisťovne, ktorá hradil náklady na zdravotnú starostlivosť občanov. Zmeny, ktoré tento plán priniesol boli nasledovné:

- ❖ vytvorenie 8 geografických oblastí, ktoré budú poskytovať zdravotnú starostlivosť pacientom,
- ❖ zriadenie nového inštitucionálneho systému nemocníc v rámci týchto 8 oblastí,
- ❖ zníženie množstva nemocníc, a to nie ich zrušením ale spájaním a prerozdelením ich funkcií a špecializácií,
- ❖ znárodnenie 12 nemocníc v Budapešti, ktoré patria pod správu hlavného mesta a vytvorenie 3 veľkoplošných jednotiek,
- ❖ určenie spôsobu financovania zdravotnej starostlivosti zvlášť pre každý región podľa potreby, ktorá sa určí na základe zhodnotenia ukazovateľov zdravotnej starostlivosti osobitne pre každý región,
- ❖ zavedenie tzv. hamburgerovej dane, ktorou sa budú dodatočne zdaňovať nezdravé jedlá a zvýšenie spotrebných daní na cigarety a alkoholické nápoje,
- ❖ podpísanie dlhodobých kontraktov s farmaceutickými spoločnosťami, čo umožní podľa Fideszu zníženie nákladov na lieky.²⁷

²⁷ Balík, P.: Analýza systému zdravotnej starostlivosti v Maďarsku. Maďarsko, 2011. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/2011/07/analyza-systemu-zdravotnej-starostlivosti-v-nbsp-madarsku/>

2 Cieľ práce, metodika práce a metódy skúmania

Hlavným cieľom diplomovej práce je priblížiť systémy zdravotnej starostlivosti Slovenskej republiky a Maďarska v záujme toho, aby sme mohli stanoviť možnosti ďalšieho rozvoja a zlepšenia v prospech občanov oboch štátov.

Zdravotná starostlivosť občanov je prioritnou oblasťou každého štátu a v rámci Európskej Únie obzvlášť aktuálnou a nedostatočne rozpracovanou témou. Neobmedzený pohyb osôb v rámci EÚ z rôznych dôvodov (práca, štúdium, dovolenka, právo na kvalitnú zdravotnú starostlivosť), otvára stále nové otázky, na ktoré existujúci systém nie vždy dáva vyhovujúce riešenie.

V prípade Slovenskej republiky a Maďarska tieto problémy sú násobené najdlhšou spoločnou hranicou, preto cezhraničná zdravotná starostlivosť výrazne ovplyvňuje každodenný život občanov oboch štátov, predovšetkým v pohraničných oblastiach.

Preto daný globálny cieľ sme si rozdelili do nasledujúcich cieľov:

Teoretické ciele:

- ❖ objasniť existujúce možnosti zdravotnej starostlivosti v oboch štátoch
- ❖ sumarizovať poznatky o zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a Maďarska prostredníctvom informácií z doterajších prieskumov
- ❖ analyzovať cezhraničnú zdravotnú starostlivosť cez možnosti Smernice EÚ.

Pomocou teoretických poznatkov zistíme, čo všetko vyplýva z platných zákonov zdravotnej starostlivosti.

Pri vypracovaní diplomovej práce sme vychádzali z platných zákonov:

- ❖ Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti
- ❖ Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení
- ❖ Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti
- ❖ Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe
- ❖ Zákon č. 129/2002 Z. z. o integrovanom záchrannom systéme
- ❖ Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030
- ❖ Správa o stave zdravotníctva na Slovensku
- ❖ Koncepcia neodkladnej zdravotnej starostlivosti
- ❖ Analýza systému zdravotnej starostlivosti v Maďarsku.

Definovali sme úroveň zdravotnej starostlivosti Maďarska v oblasti:

- ❖ základnej zdravotnej starostlivosti
- ❖ ambulantnej zdravotnej starostlivosti
- ❖ lôžkovej zdravotnej starostlivosti
- ❖ záchranej zdravotnej starostlivosti.

V práci sme využili logické metódy ktorými sú:

- ❖ komparácia – metóda zisťovania zhodných alebo rozdielných vlastností pozorovaných entít
- ❖ analýza – metóda práce používajúca rozbor a rozkladanie
- ❖ syntéza – spájanie jednotlivých častí a zložiek do celku
- ❖ dedukcia – proces postupných transformácií výrazov
- ❖ indukcia – základná forma spájania myšlienok pri usudzovaní

Empirickú časť našej práce sme orientovali na analyzovanie financovaniu zdravotníctva v Maďarsku. Pomocou ukazovateľov kvality zdravotnej starostlivosti poukazujeme na neefektívne fungovanie maďarského systému.

V závere sme analyzovali zdravotné poistenie v Maďarsku, ktoré financuje zdravotnú starostlivosť, prevádzkuje informačný systém účtovníctva a vykonáva ich kontrolu.

3 Zdravotný systém v Slovenskej republike

3.1 Členenie zdravotných systémov podľa odborných činností a charakteristika

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030 bol schválený vládou Slovenskej republiky dňa 18. decembra 2013. Zavádza priority zlepšenia efektivity zdravotnej starostlivosti a s ním aj zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva.

Poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa charakteru miesta výkonu členíme na:

- ❖ ambulantnú starostlivosť
- ❖ ústavnú (lôžkovú) zdravotnú starostlivosť
- ❖ ostatnú zdravotnú starostlivosť.

3.1.1 *Ambulantná zdravotná starostlivosť*

„Zdravotná starostlivosť sa poskytuje ambulantne alebo ústavnou formou v primárnej, sekundárnej a následnej zdravotnej starostlivosti v štátnych a neštátnych zdravotníckych zariadeniach.“²⁸

Zdravotnícke zariadenie

Zdravotnícke zariadenie je prevádzkový útvar zriadený na poskytovanie zdravotných služieb a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotných služieb. Zdravotnícke zariadenia možno prevádzkovať len na základe povolenia. Povolenia sa vydávajú na zdravotnícke zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ústavnej zdravotnej a lekárenskej starostlivosti.

„Zariadenia ambulantnej zdravotnej služby sú všeobecná ambulancia, špecializovaná ambulancia, ambulancia lekárskej služby prvej pomoci (ďalej len „LSPP“) pre dospelých, ambulancia LSPP pre deti a dorast, špecializovaná zubno – LSPP, ambulancia záchranej zdravotnej služby (ďalej len „ZZS“), ambulancia rýchlej lekárskej pomoci (ďalej len „RLP“), ambulancia rýchlej zdravotnej pomoci (ďalej len „RZP“),

²⁸ Stanek, V. a kolektív: Sociálna politika. Bratislava: Vyd. Sprint dva, 2011. s. 311. ISBN 978-80-89393-28-2

ambulancia RLP s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky, ambulancia vrtuľníkovej záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „VZZS“).

K ambulantným zariadeniam patria aj zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, stacionár, poliklinika, agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“), zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ďalej len „SVALZ“) a mobilný hospic.²⁹

Primárna ambulantná zdravotná starostlivosť by mala byť hlavným cieľom zlepšenia systému zdravotnej starostlivosti. Je základná ambulantná preventívna a liečebná starostlivosť.

Zdravotnícke zariadenia ambulantného typu poskytujú služby pacientom počas ordinačných hodín. „Je vybudovaná sieť primárnej zdravotnej starostlivosti, ktorá je tvorená ambulanciami všeobecných lekárov pre dospelých a všeobecných lekárov pre deti a dorast.“³⁰ Okrem toho na túto sieť nadväzuje ambulantná sieť špecialistov. Súčasťou primárnej zdravotnej starostlivosti je aj závodná preventívna zdravotná starostlivosť.

„Pri určovaní siete ambulancií primárnej zdravotnej starostlivosti sa zohľadňuje:

- ❖ priemerná dĺžka trvania vyšetrenia jedného pacienta lekárom,
- ❖ priemerný počet návštev v ambulancii praktických lekárov za rok,
- ❖ dostupnosť,
- ❖ regionálna distribúcia,
- ❖ chorobnosť.³¹

„Sekundárna zdravotná starostlivosť je preventívna, diagnostická a liečebná starostlivosť, ktorá presahuje rámec primárnej zdravotnej starostlivosti. Poskytuje sa ambulantne a ústavne. Sekundárna zdravotná starostlivosť je dostupná na základe odporúčania lekára primárnej, sekundárnej alebo následnej zdravotnej starostlivosti. Sieť ambulancií sekundárnej zdravotnej starostlivosti tvoria ambulancie základných a nadstavbových medicínskych odborov.“³²

²⁹ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: Správa o stave zdravotníctva na Slovenku. Bratislava, 2011. ISBN 978-80-969507-9-9 Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/Clanok?sprava-o-stave-zdravotnictva-na-slovensku>

³⁰ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: Správa o stave zdravotníctva na Slovenku. Bratislava, 2011. ISBN 978-80-969507-9-9 Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/Clanok?sprava-o-stave-zdravotnictva-na-slovensku>

³¹ Stanek, V. a kolektív: Sociálna politika. Bratislava: Vyd. Sprint dva, 2011. s. 312. ISBN 978-80-89393-28-2

³² Stanek, V. a kolektív: Sociálna politika. Bratislava: Vyd. Sprint dva, 2011. s. 312. ISBN 978-80-89393-28-2

Následná zdravotná starostlivosť sa poskytuje ako ambulatná alebo ústavná starostlivosť na základe odporúčania lekárov primárnej alebo sekundárnej zdravotnej starostlivosti.

„Ambulatná zdravotná starostlivosť sa delí na všeobecnú a špecializovanú starostlivosť. Osobitným prípadom je ZZS a súčasťou je aj jednodňová ZS a LSPP. Po roku 1993 došlo k postupnej privatizácii ambulantnej sféry a v súčasnosti všetci všeobecní lekári pôsobia v súkromnej praxi. Privatizáciou prešla aj väčšina špecializovaných ambulancií. Významný podiel na trhu špecializovanej ambulantnej starostlivosti (ďalej len „ŠAS“) majú nemocnice, ktorých súčasťou sú polikliniky.“³³

„Pacient má slobodnú voľbu poskytovateľa s výnimkou vojakov, policajtov, väzňov a azylantov. Slobodná voľba sa týka poskytovateľov tak v ambulantnej ako i ústavnej starostlivosti. Poskytovateľ môže odmietnuť pacienta, ak by tým prekročil únosné pracovné zaťaženie alebo ak by sa ocitol v konflikte záujmov. Nemôže ho odmietnuť v prípade potreby neodkladnej ZS. Všeobecný lekár nemôže odmietnuť pacienta z dôvodu pracovného vyťaženia, ak ide o pacienta s trvalým pobytom v jeho obvode. Podmienkou úhrady ZS z verejného zdravotného poistenia je zmluvný vzťah poskytovateľa so ZP pacienta.“³⁴

„Pacient uzatvára so všeobecným lekárom písomnú dohodu o poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti (ďalej len „VAS“) najmenej na 6 mesiacov. V prípade výpovedná zmluva musí byť taktiež písomná.“³⁵

V špecializovanej ambulantnej starostlivosti bol od roku 2008 do roku 2011 podmienkou úhrady zo zdravotného poistenia odporúčací lístok od všeobecného lekára, ktorú nepotrebovali pacienti po náhlejšej zmene zdravotného stavu do 24 hodín, psychiatrickí pacienti a pacienti v dispenzárnej starostlivosti špecialistu. Asociácie podľa súkromných lekárov boli poplatky lepším regulátorom spotreby ZS než odporúčacie lístky. Lekári, ako aj špecialisti považujú odporúčacie lístky za zbytočnú záťaž pre pacientov i pre lekárov.³⁶

³³ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: Správa o stave zdravotníctva na Slovensku. Bratislava, 2011. ISBN 978-80-969507-9-9 Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/Clanok?sprava-o-stave-zdravotnictva-na-slovensku>

³⁴ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: Správa o stave zdravotníctva na Slovensku. Bratislava, 2011. ISBN 978-80-969507-9-9 Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/Clanok?sprava-o-stave-zdravotnictva-na-slovensku>

³⁵ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: Správa o stave zdravotníctva na Slovensku. Bratislava, 2011. ISBN 978-80-969507-9-9 Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/Clanok?sprava-o-stave-zdravotnictva-na-slovensku>

³⁶ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: Správa o stave zdravotníctva na Slovensku. Bratislava, 2011. ISBN 978-80-969507-9-9 Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/Clanok?sprava-o-stave-zdravotnictva-na-slovensku>

Podmienkou na prijatie pacienta do ústavnej ZS je odporúčanie ošetrojúceho lekára, ktorým môže byť aj ambulantly lekár.

3.1.1.1 *Všeobecná a špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť*

Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť sa poskytuje geriatrickým pacientom prostredníctvom ambulancie praktického lekára pre dospelých a agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“).

Ošetrovateľské činnosti v ambulancii delíme do týchto skupín:

- ❖ preventívne činnosti – podpora a upevňovanie zdravia jednotlivcov a rodín a v preventívnom zameraní prostredníctvom zdravotno-výchovných a poradenských činností,
- ❖ diagnosticko-terapeutické činnosti – sestra ich realizuje na základe ordinácie lekára samostatne alebo v spolupráci s lekárom,
- ❖ administratívne činnosti – sestra zabezpečuje vedenie zdravotných záznamov triedenie výsledkov vyšetrení, spolupracuje s poisťovňami,
- ❖ návštevna služba geriatrického pacienta v domácnosti – je súčasťou primárnej a sekundárnej ošetrovateľskej starostlivosti.

ADOS v rámci primárnej zdravotnej starostlivosti patria do siete zdravotníckych zariadení, pričom tvoria samostatnú funkčnú jednotku. Ich úlohou je poskytovať komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť jednotlivcom, rodinám, komunite v prirodzenom prostredí vlastného domova, uprostred blízkych od prenatálneho obdobia až do konca života.³⁷

Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť sa poskytuje geriatrickým pacientom v geriatrickej ambulancii alebo v ambulanciách ostatných špecializačných odborov pre dospelých. Zahŕňa aj starostlivosť o inkontinentných, imobilných seniorov i dementných pacientov.

³⁷ Asociácia sestier a pacientov ASAP.: Ambulantná zdravotná starostlivosť. Bratislava, 2013. Dostupné na internete: <http://www.asapoz.eu/clanky/prva-pravna-pomoc/ambulantna-zdravotna-starostlivost.html>

3.1.1.2 Lekárska služba prvej pomoci

Lekárska služba prvej pomoci (ďalej len „LSPP“) je zdravotná starostlivosť, ktorou sa zabezpečuje nepretržitá dostupnosť všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých, pre deti a dorast a špecializovanej zubno-lekárskej ambulantnej starostlivosti. Oprávnenými osobami LSPP sú poskytovatelia poskytujúci všeobecnú ambulantnú starostlivosť a špecializovanú zubno-lekársku ambulantnú starostlivosť v zdravotníckom zariadení poskytovateľa, ktorý je oprávnený na základe vydaného povolenia prevádzkovať ambulanciu LSPP.

Plánovanie služieb LSPP sa vykonáva podľa rozpisu určeného samosprávnym krajom, ktorý obsahuje miesto výkonu, čas vykonávania LSPP a zoznam poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s uvedením dátumu vykonávania LSPP v období, na ktoré sa tento rozpis vzťahuje.

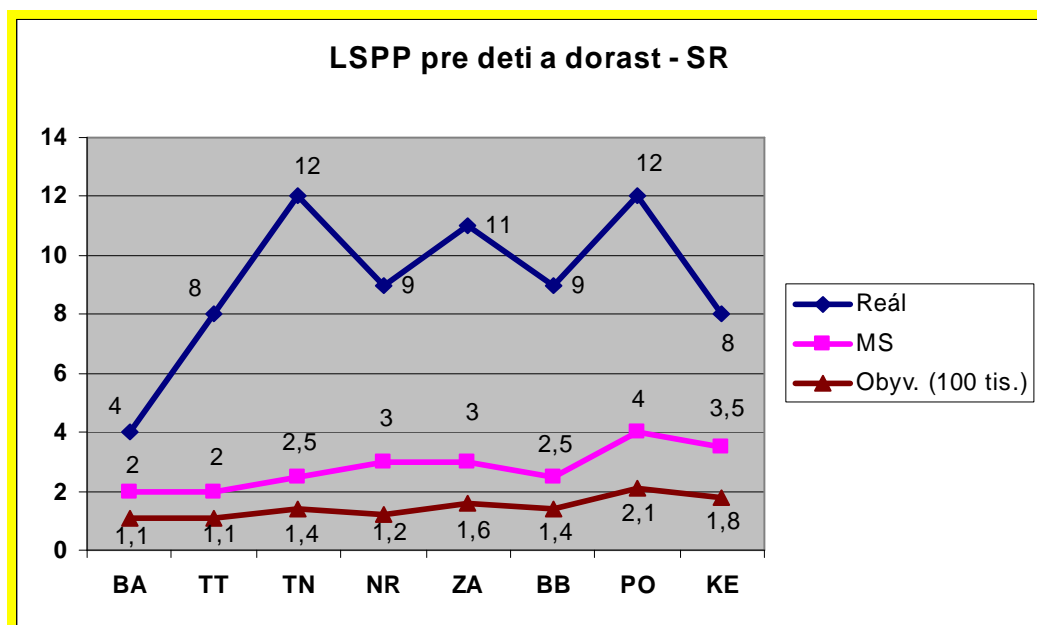
Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov určuje povinnosť pre všeobecných lekárov pre dospelých, deti a dorast a zubných lekárov vykonávať LSPP podľa rozpisu určeného samosprávnym krajom, ak ide o poskytovateľa, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú starostlivosť v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo alebo v špecializačnom odbore pediatria a poskytovateľa, ktorý poskytuje špecializovanú zubno-lekársku ambulantnú starostlivosť a definuje minimálnu sieť LSPP.³⁸

„Nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ustanovuje verejnú minimálnu sieť poskytovateľov LSPP:

- ❖ LSPP pre dospelých – najmenej 1 poskytovateľ zdravotnej starostlivosti na 100 000 obyvateľov,
- ❖ LSPP pre deti a dorast – najmenej 1 poskytovateľ zdravotnej starostlivosti na 50 000 detí,
- ❖ LSPP zubno-lekárska – najmenej 1 poskytovateľ na 400 000 obyvateľov.³⁹

³⁸ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky: Konceptcia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Bratislava, 2011.

³⁹ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky: Konceptcia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Bratislava, 2011.



Graf č. 1 Porovnanie počtu ambulancií reálnej a minimálnej siete na úrovni jednotlivých VÚC

Nariadenie vlády SR č. 226/2005 Z. z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi LSPP v znení neskorších predpisov ustanovuje výšku úhrady a jej zložky.

Podľa zdravotných výkonov počtom bodov podľa Katalógu zdravotných výkonov je možné určiť výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť pre LSPP. Výška úhrady za jeden bod zdravotného výkonu je ustanovená v rámci všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti minimálne 0,019916 € a v rámci špecializovanej zubno-lekárskej ambulantnej zdravotnej starostlivosti je maximálne 0,029875 €. Mesačne na jedného poistenca k výške úhrady sa pripočítava pre ambulanciu LSPP pre dospelých minimálna výška úhrady 0,039434 €, pre deti a dorast minimálna výška úhrady 0,098586 € a pre ambulanciu špecializovanej zubno-LSPP maximálna výška úhrady 0,032862 €.

„Celková suma na ambulanciu LSPP je tak tvorená platbou za uskutočnené výkony, paušálom za počet poistencov v pridelenom obvode a platbou za dopravu lekára za návštevnú LSPP a poplatkom pacienta vo výške 1,99 € za jednu návštevu.“⁴⁰

⁴⁰ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky: Koncepcia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Bratislava, 2011.

3.1.1.3 Záchranná zdravotná služba

„Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov definuje typy ambulancií Záchrannej zdravotnej služby (ďalej len „ZZS“):

- ❖ ambulancie rýchlej lekárskej pomoci,
- ❖ ambulancie rýchlej zdravotnej pomoci,
- ❖ ambulancia rýchlej lekárskej pomoci s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky,
- ❖ ambulancia vrtuľníkovej záchranej zdravotnej služby.⁴¹

„Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov definuje organizáciu ZZS, činnosť a úlohy Operačného strediska ZZS vrátane odbornej prípravy zamestnancov OS ZZS, povinnosti týkajúce sa poskytovateľov ZZS, udeľovanie pokút za porušenie povinností a definuje nehodu s hromadným postihnutím osôb (ďalej len „NHPO“). ZZS sa vykonáva v zásahovom území, ktorým je celé územie Slovenskej republiky.⁴²

Zákon č. 129/2002 Z. z. o integrovanom záchrannom systéme v znení neskorších predpisov definuje pôsobnosť ministerstva zdravotníctva SR na fungovaní Integrovaného záchranného systému (ďalej len „IZS“), ako koordinovanie prípravy traumatologických plánov, ktoré sú povinné vypracúvať zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti, na zabezpečenie úloh súvisiacich s poskytovaním pomoci v tiesni pri udalostiach s vysokým počtom postihnutých v ohrození života alebo s poškodením zdravia a spolupodieľanie sa na vypracúvaní koncepcie organizácie a rozvoja IZS pričom definuje poskytovateľov záchranej zdravotnej služby ako základnú záchrannú zložku IZS.

Financovanie ZZS tvorí paušálna cena za mesiac podľa typu ambulancie:

- ❖ ambulancie rýchlej lekárskej pomoci – 27 882,98 €
- ❖ ambulancie rýchlej zdravotnej pomoci – 16 928,90 €
- ❖ ambulancia rýchlej lekárskej pomoci s vybavením mobilnej intenzívnej jednotky – 30 206,47 €

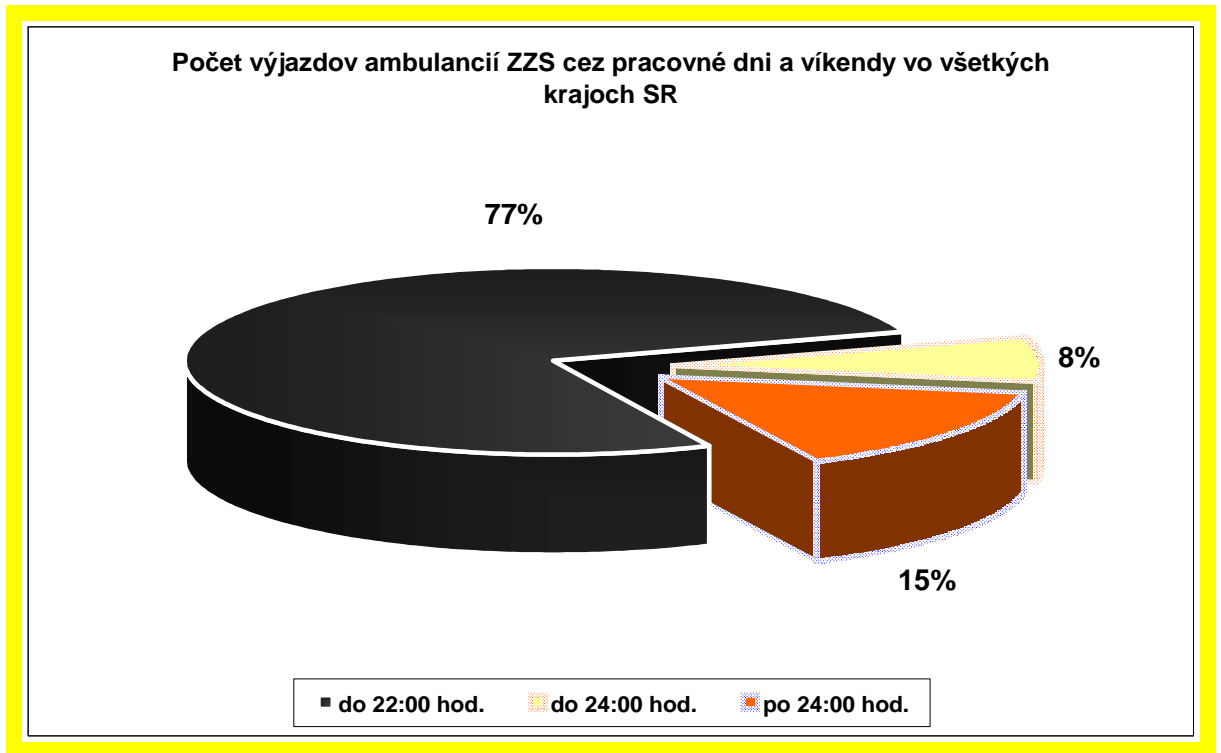
⁴¹ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky: Koncepcia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Bratislava, 2011.

⁴² Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky: Koncepcia neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Bratislava, 2011.

❖ ambulancia vrtuľníkovej záchranej zdravotnej služby – 56 429,66 €

Pripočítateľnou položkou sú:

- ❖ pevná cena dopravy 0,70 € za 1 km alebo 33,19 € za letovú minútu
- ❖ náklady na lieky označené symbolom úhrady „A“.



Graf č. 2 Vyt'aženosť ZZS po 24 hodine

3.1.2 Ústavná (lôžková) zdravotná starostlivosť

„Ústavná zdravotná starostlivosť (ďalej len „ÚZS“) sa poskytuje, ak zdravotný stav osoby vyžaduje nepretržité poskytovanie ZS dlhšie ako 24 hodín.

Nemocnice sa rozlišujú podľa miery špecializovanosti na všeobecné a špecializované. Fakultné nemocnice sú príkladom všeobecnej nemocnice. Súčasťou nemocníc sú ambulancie, v ktorých nemocniční lekári poskytujú ŠAS.“⁴³

Do skupín poskytovateľov ÚZS patria liečebne, hospice, DOS, prírodné liečebné kúpele, kúpeľné liečebne a zariadenia biomedicínskeho výskumu. Ministerstvo zdravotníctva SR vydáva povolenie špecializovaným nemocniciam, zariadeniam biomedicínskeho výskumu a zariadeniam poskytujúcim ÚZS na území viac ako dvoch samosprávnych krajov. Ostatným zariadeniam vydáva povolenie príslušný samosprávny kraj.

Do roku 2003 na trhu pôsobili len tri súkromné nemocnice, ostatné zdravotnícke zariadenia boli štátne príspevkové organizácie. Po decentralizácii menších nemocníc sa samosprávy väčšinou rozhodli pre transformáciu týchto zariadení buď na obchodnú spoločnosť alebo na neziskovú organizáciu. Štát sa stal vlastníkom najväčších nemocníc. Riaditelia štátnych nemocníc sú zodpovedaní za riadenie nemocníc a odmeňovaní v závislosti od hospodárskych výsledkov.

37 % obyvateľov má všeobecnú nemocnicu dostupnú v mieste bydliska. Pri priemernej cestovnej rýchlosti motorovým vozidlom je do 45 minút dostupná ÚZS vo všetkých základných medicínskych odboroch. V kombinácii s 15 minútovým dojazdom ZZS to predstavuje dostupnosť neodkladnej ústavnej starostlivosti do 60 minút.

Spoluprácu so zariadeniami dlhodobej starostlivosti komplikuje nedostatočný počet chronických postelí. „Zaradenie domácej ošetrovateľskej starostlivosti ako substitúcie ústavnej starostlivosti do minimálnej siete v roku 2004 umožnilo rozvoj agentúr, ktoré poskytujú ošetrovateľské a rehabilitačné služby.“⁴⁴

⁴³ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: Správa o stave zdravotníctva na Slovenku. Bratislava, 2011. ISBN 978-80-969507-9-9 Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/Clanok?sprava-o-stave-zdravotnictva-na-slovensku>

⁴⁴ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: Správa o stave zdravotníctva na Slovenku. Bratislava, 2011. ISBN 978-80-969507-9-9 Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/Clanok?sprava-o-stave-zdravotnictva-na-slovensku>

„Ústavná zdravotná starostlivosť pre geriatriu sa poskytuje na akútnych lôžkach oddelení nemocníc, geronto – psychiatrických oddelení nemocníc a chronických lôžkach liečební pre starých a dlhodobo chorých v rámci paliatívnej starostlivosti a v hospicioch.“⁴⁵

Geriatrické oddelenia

Sú súčasťou nemocníc s poliklinikou II. a III. typu, ktoré zabezpečujú geriatrickým pacientom akútnu špecializovanú geriatrickú starostlivosť. Dôležitý je multidisciplinárny prístup podmienený polymorbiditou a špecifikami geriatrického organizmu. Pacient je prijatý na toto oddelenie po odporúčaní lekára so špecializáciou v odbore geriatria alebo iných medicínskych odboroch pre dospelých.

Oddelenie pre dlhodobo chorých a liečebňa pre dlhodobo chorých

Pacientom, ktorých stav si nevyžaduje intenzívne vyšetrenie poskytuje liečebno – preventívnu starostlivosť. V tomto prípade pacienti potrebujú liečbu, rehabilitáciu, ošetrovanie a nácvik bežných denných činností.

Paliatívna starostlivosť

Celková aktívna starostlivosť o chorého v čase, keď už chorobu nemožno ovplyvniť príčinou liečbou a prvoradou úlohou sa stáva iba kontrola bolesti, rozličných symptómov a psychických, duchovných a sociálnych problémov. Hlavným cieľom je zabezpečiť najvyššiu možnú kvalitu života chorého.

Hospicová starostlivosť

Začína vtedy, keď už neprichádza do úvahy predĺženie života. Sústreďuje sa na zvládnutie bolesti. Cieľom je zabezpečiť primeraný komfort, psychologickú podporu. Rešpektuje uspokojovanie individuálnych potrieb zomierajúceho a kladie dôraz na integritu ľudskej bytosti s jej vlastným sociálnym prostredím.

Spolupráca medzi ambulatnou a ústavnou starostlivosťou najlepšie funguje v prípade, ak ambulatnú starostlivosť poskytuje nemocničný lekár v ambulatnej časti nemocnice alebo v mimopracovnom čase vo svojej súkromnej ambulancii.

⁴⁵ Asociácia sestier a pacientov ASAP.: Ambulantná zdravotná starostlivosť. Bratislava, 2013. Dostupné na internete: <http://www.asapoz.eu/clanky/prva-pravna-pomoc/ambulantna-zdravotna-starostlivost.html>

3.2 Financovanie zdravotníctva v Slovenskej republike

Zdrojom financovania zdravotných systémov sú dane, zdravotné odvody, doplnkové zdravotné poistenie alebo ich kombinácia.

Financovanie je jedným z kľúčových nástrojov zdravotnej politiky. Vo významnej miere ovplyvňuje jeden z finálnych cieľov zdravotnej politiky – ochranu pred katastrofickými nákladmi. To znamená zabezpečenie jedincov pred situáciou, kedy zlepšenie zdravotného stavu by bolo podmienené následným stavom chudoby. Preto je nutné zabezpečiť v zdravotnom systéme spravodlivosť, ktorou sa sociálne skupiny v prípade zdravotnej núdze nedostanú do finančného rizika.

Financovanie zahŕňa:

- ❖ získavanie zdrojov (schopnosť generovať zdroje),
- ❖ pooling zdrojov (akumulácia a manažment zdrojov),
- ❖ nákup zdravotnej starostlivosti (alokácia zdrojov).

Získavanie zdrojov predstavuje získanie finančných zdrojov od jednotlivcov, ktorí sú povinní prispievať do zdravotného systému v rôznych formách – dane, zdravotné odvody, nominálne poistné. Zatiaľ čo v krajinách Európskej únie získavame zdroje buď z daní alebo zdravotných odvodov, existujú krajiny, ktoré sú odkázané na iné zdroje, napríklad od domácich alebo zahraničných mimovládnych organizácií. Tie do systému odvádzajú najmä v týchto málo rozvinutých krajinách nemalé prostriedky do zdravotníctva. Rozvinuté krajiny dokážu omnoho efektívnejšie získavať také množstvo zdrojov, ktoré krajine skutočne prislúchajú prostredníctvom dobre etablovaného systému a kontrolovateľného výberu priamych daní alebo odvodov.

Pooling zdrojov predstavuje akumuláciu príjmov určených pre oblasť zdravotníctva. Zahŕňa aj manažovanie týchto zdrojov tak, aby sa kolektívne zdravotné riziko zdieľalo medzi platcami v systéme. Vytvorí sa systém poistenia s prerozdelením výdavkov na zdravotnú starostlivosť medzi vysoko – a nízko – rizikovými jednotlivcami a zároveň medzi jednotlivcami s vysokým a nízkym príjmom.

Nákup zdravotnej starostlivosti zahŕňa spôsob úhrady za služby poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (nemocníc, lekárov) a kupujúcimi (pacientmi, zdravotnými poisťovňami) na základe určitej dohody medzi oboma stranami.

Zároveň môžeme konštatovať, že financovanie zdravotníctva, ktoré zahŕňa získanie zdrojov, pooling zdrojov a nákup zdravotnej starostlivosti je teda zložitým trhovým

mechanizmom. Poskytnutá zdravotná starostlivosť spája stranu kupujúcich a predávajúcich. Systém je natoľko zložitý, že pacienti si ani neuvedomujú výšku nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Za platbu zodpovedá zdravotná poisťovňa, ktorá vopred získava zdroje na túto starostlivosť od spotrebiteľov vo forme zdravotných odvodov alebo daní.⁴⁶

Ministerstvo zdravotníctva považuje verejné zdravotné poistenie za najdôležitejší zdroj financovania zdravotnej starostlivosti. Predpokladá, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti bude financované z týchto zdrojov, z dôvodu identifikovanej nízkej efektívnosti slovenského zdravotníctva.

Podľa strategického rámca starostlivosti o zdravie pre roky 2014 -2030, ročná výška zdrojov verejného zdravotného poistenia dosahuje úroveň 3,8 mld. Eur (rok 2012, z toho zdroje zo štátneho rozpočtu za poistencov štátu vo výške 1,36 mld. Eur). V strednodobom horizonte sa očakáva mierny nárast týchto zdrojov. Tieto zdroje sú určené na financovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Štrukturálne a investičné fondy pre programové obdobie 2014 – 2020 sú kľúčovým nástrojom pomoci členským štátom pri priamych a nepriamych investíciách do oblasti zdravia. Do priamych investícií zaraďujeme napríklad podporu udržateľných, inovatívnych a reformných zdravotných systémov, investície do zdravotníckej infraštruktúry za účelom transformatívnych zmien zdravotných systémov, zlepšenie prístupu ku kvalitnej a udržateľnej zdravotnej starostlivosti za účelom znižovania zdravotných nerovností medzi regiónmi s ohľadom na potreby špecifických opatrení pre marginalizované komunity, podporu rozvoja ľudských zdrojov v zdravotníctve, aplikovaný výskum v zdravotníctve, investície do eHealth. Do nepriamych investícií zaraďujeme investície do regenerácie miest, zvyšovania zamestnanosti, podpory vzdelávania, investície v oblasti životného prostredia a dopravy.⁴⁷

⁴⁶ Balík, P.: Financovanie zdravotníctva – spôsoby a mechanizmy financovania. Bratislava, 2013. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/2013/11/financovanie-zdravotnictva-sposoby-a-mechanizmy-financovania/>

⁴⁷ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030. Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>

3.3 Vykonávanie verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike

V Slovenskej republike verejné zdravotné poistenie (ďalej len „VZP“) vykonávajú tri zdravotné poisťovne (ďalej len „ZP“):

- ❖ Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. (ďalej len „VŠZP“)
- ❖ Dôvera zdravotná poisťovňa, a.s.
- ❖ Union zdravotná poisťovňa.

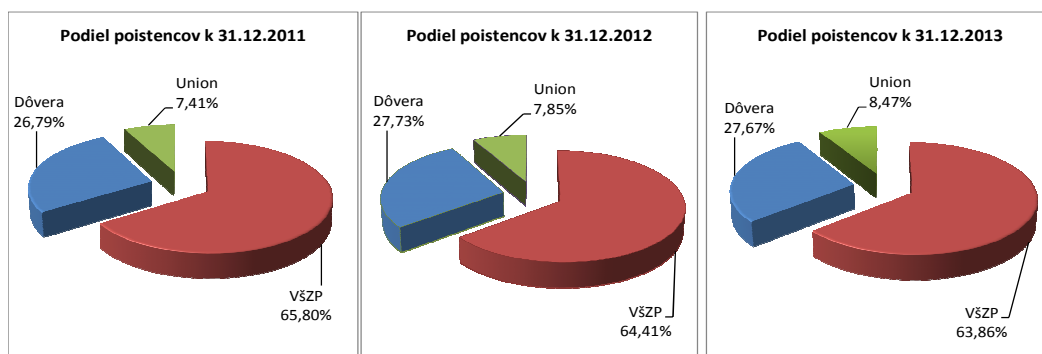
3.3.1 Počet poistencov podľa ZP

Celkový počet poistencov v roku 2013 bol vo výške 5 194 741.

Tabuľka č. 1 Prehľad o počte poistencov podľa jednotlivých ZP

ZP	Počet poistencov k 31.12.2011	Počet poistencov k 31.12.2012	Počet poistencov k 31.12.2013	Rozdiel 2013-2012	Rozdiel v %
VŠZP	3 439 399	3 357 176	3 317 453	-39 723	-1,18
Dôvera	1 400 335	1 445 473	1 437 321	-8 152	-0,56
Union	387 271	409 198	439 967	30 769	7,52
Spolu	5 227 005	5 211 847	5 194 741	-17 106	-0,33

Zdroj: úrad, CRP



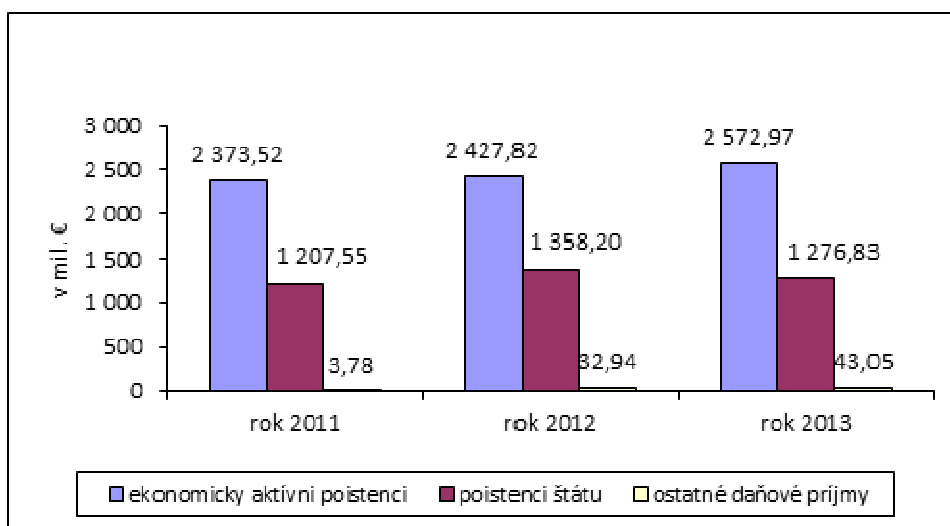
Graf č. 3 Podiel jednotlivých ZP na celkovom počte poistencov v jednotlivých rokoch

Zdroj: úrad, CRP

3.3.2 Príjmy ZP

V roku 2013 príjmy ZP, vrátane príjmových finančných operácií dosiahli objem 4 316,9 mil. €, čo predstavuje nárast v porovnaní s rokom 2012 o 274,1 mil. €. Príjmy ZP celkom za rok 2013 dosiahli objem 3 923,4 mil. €, čo je v porovnaní s rokom 2012 nárast o 73,3 mil. €.

„Na celkovej výške príjmov sa výraznou mierou podieľali daňové príjmy, ktoré tvorili 99,22 % z celkových príjmov. Výška daňových príjmov v ZP predstavovala k 31.12.2013 objem 3 892,8 mil. €. Oproti porovnateľnému obdobiu roka 2012 daňové príjmy vzrástli o 73,9 mil. €. Nárast daňových príjmov oproti roku 2012 bol u zamestnávateľov + 98,6 mil. €, zamestnancov + 39,8 mil. €, SŽO + 12,2 mil. € a ostatných daňových príjmov, ktoré vzrástli o 10,1 mil. €. Pokles bol zaznamenaný v príjmoch za poistencov štátu o 81,4 mil. € a u iných platiteľov o 5,5 mil. €.“⁴⁸



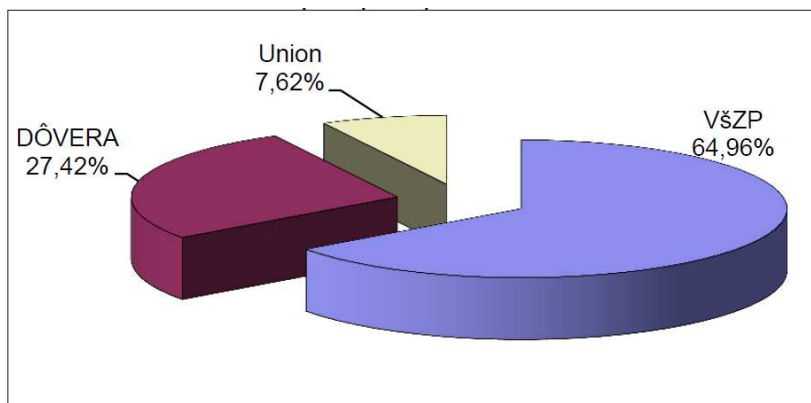
Graf č. 4 Vývoj daňových príjmov podľa typu platiteľa

Zdroj: Zdravotné poisťovne

⁴⁸ Správa o stave vykonanie verejného zdravotného poistenia. Bratislava, 2014. Dostupné na internete: http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs//spravy/Sprava_o_stave_vykonavania_VZP_za_r._2013.pdf

3.3.3 Predpis a výber poistného

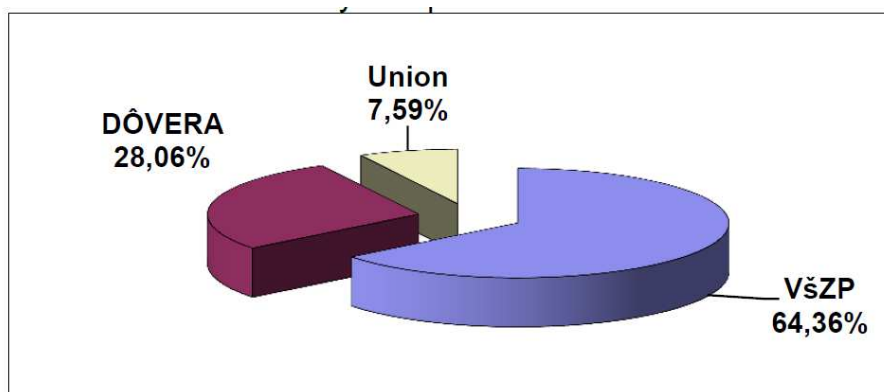
„Predpísané poistné za rok 2013 v ZP dosiahlo výšku 3 925,2 mil. €, čo je o 188,9 mil. € viac, ako v roku 2012. Na uvedenom zvýšení sa podieľali všetky ZP. Predpis poistného VŠZP sa zvýšil o 4,50 %, Dôvera o 5,08 % a Unionu o 9,91 %.“⁴⁹



Graf č. 5 Podiel jednotlivých ZP na predpise poistného v roku 2013

Zdroj: Zdravotné poisťovne

„Výber poistného je skutočne zaplatené poistné, ktoré sa viaže k predpisu poistného bežného roka. K 31.12.2013 dosiahol výber poistného ZP výšku 3 803,3 mil. €, čo predstavuje zvýšenie o 101,2 mil. € oproti roku 2012. Medziročné zvýšenie výberu poistného evidovali vo všetkých troch ZP; vo VŠZP o 1,47 %, v Dôvera o 3,89 % a v Unione o 9,82 %.“⁵⁰



Graf č. 6 Podiel jednotlivých ZP na výbere poistného v roku 2013

Zdroj: Zdravotné poisťovne

⁴⁹ Správa o stave vykonanie verejného zdravotného poistenia. Bratislava, 2014. Dostupné na internete: http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs//spravy/Sprava_o_stave_vykonavania_VZP_za_r._2013.pdf

⁵⁰ Správa o stave vykonanie verejného zdravotného poistenia. Bratislava, 2014. Dostupné na internete: http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs//spravy/Sprava_o_stave_vykonavania_VZP_za_r._2013.pdf

Úspešnosť výberu poistného v roku 2013 dosiahla 96,89 %. V porovnaní s rokom 2012, úspešnosť výberu poistného klesla o 2,19 %. Percentuálne najvyššiu úspešnosť výberu poistného vykázala Dôvera 99,15 %. VŠZP dosiahla úspešnosť 95,99 % a Union 96,48 %.

3.3.4 Výdavky ZP

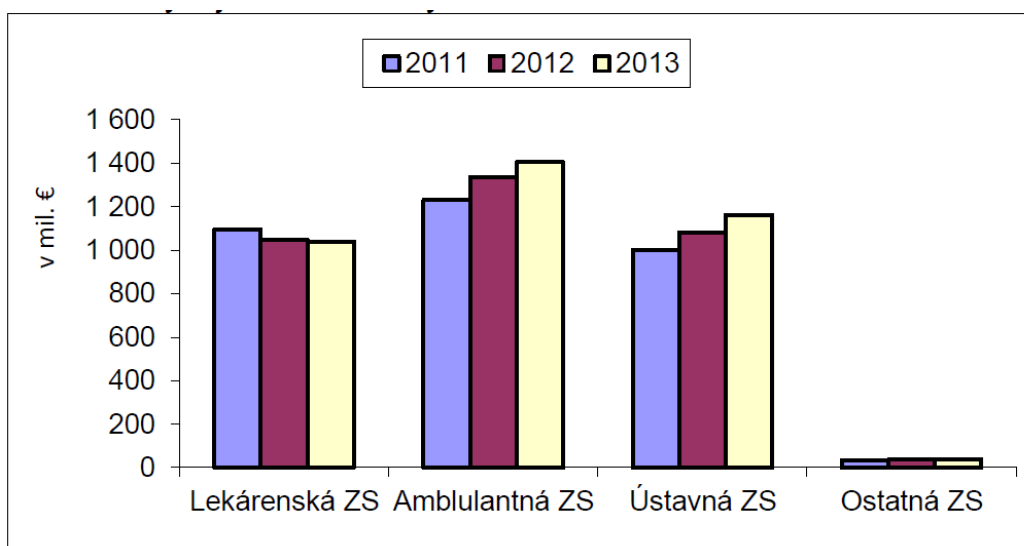
V roku 2013 dosiahli celkové výdavky ZP výšku 4 181,8 mil. €. V porovnaní s rokom 2012 celkové výdavky vzrástli o 325,00 mil. €.

„Najvyšší podiel na celkových výdavkoch predstavovali výdavky na ZS. V roku 2013 tvorili 87,17 % z celkových výdavkov, čo je oproti roku 2012 menej o 3,69 %. Výdavky na správu ZP tvorili 3,31 % z celkových výdavkov. Podiel výdavkov na správu ZP v roku 2013 zaznamenal nárast oproti roku 2012 o 0,02 %. Ostatné výdavky tvorili 9,52 % - ný podiel, ktorý vzrástol oproti roku 2012 o 3,68 %.“⁵¹

Výdavky za poskytnutú ZS v hodnotovom vyjadrení dosiahli objem 3 645,1 mil. €, čo je oproti roku 2012 viac o 140,7 mil. €. Najvyšší nárast výdavkov a ZS v absolútnej hodnote bol vykázaný vo všeobecnej nemocničnej starostlivosti 104,3 mil. €. V rámci ambulantnej ZS iná ambulantná starostlivosť vzrástla o 49,2 mil. €, všeobecná ambulantná starostlivosť o 8,2 mil. €, špecializovaná ambulantná starostlivosť o 5,3 mil. € a stomatologická ZS o 5,4 mil. €.

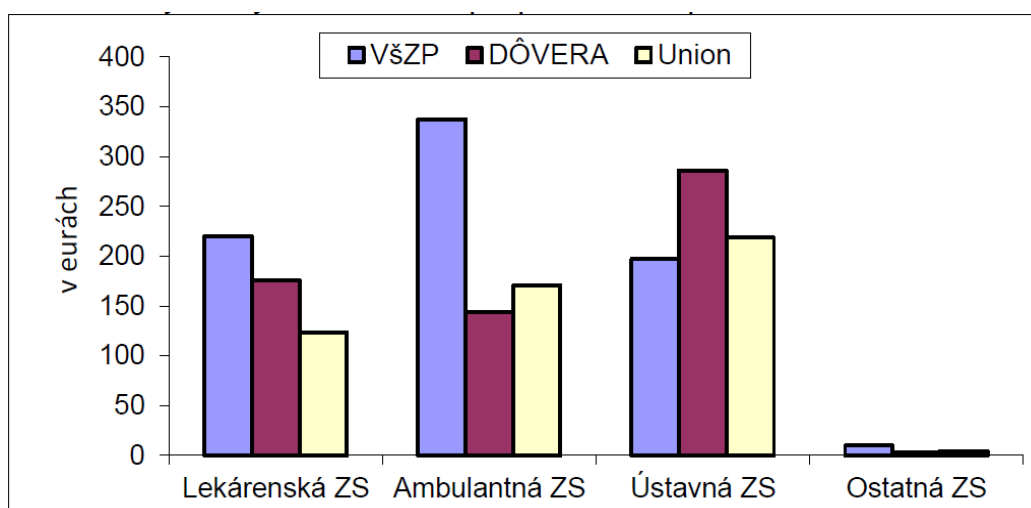
Výdavky ÚZS boli vyššie oproti roku 2012 o 81,00 mil. €. Najvyšší nárast výdavkov bol v segmente všeobecnej nemocničnej starostlivosti 104,3 mil. €.

⁵¹ Správa o stave vykonanie verejného zdravotného poistenia. Bratislava, 2014. Dostupné na internete: http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs//spravy/Sprava_o_stave_vykonavania_VZP_za_r._2013.pdf



Graf č. 7 Vývoj a štruktúra výdavkov ZP na ZS

Zdroj: Zdravotné poisťovne



Graf č. 8 Výdavky ZP na ZS v prepočte na 1 poistenca

Zdroj: Zdravotné poisťovne

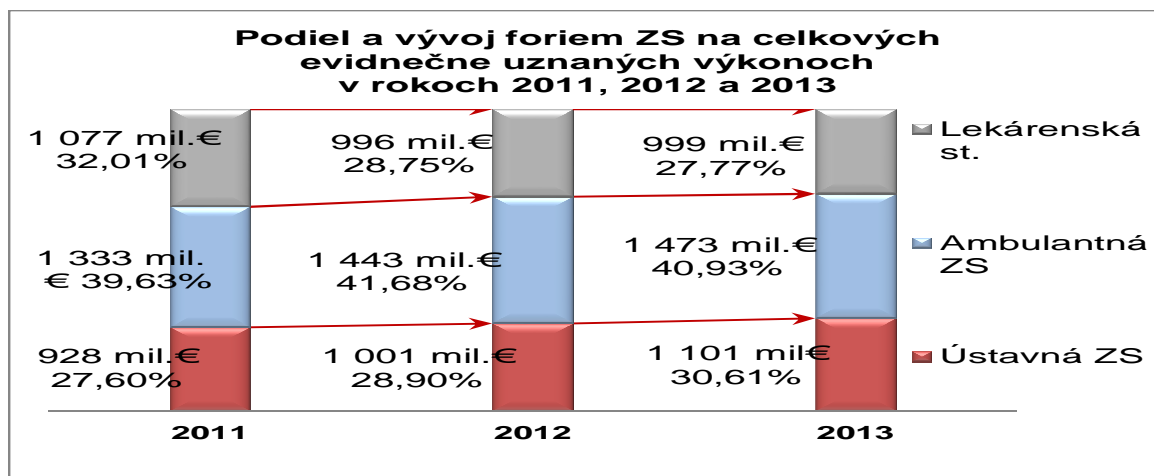
3.3.5 Zabezpečenie a úhrada ZS

V roku 2013 ZP evidenčne (medicínsky) uznali výkony ZS vo výške 3 598,00 mil. €. V porovnaní s rokom 2012 evidenčne uznané výkony vzrástli o 135,1 mil. €. Evidenčne uznané výkony sú výkony, ktoré poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (ďalej len „PZS“) predložili na zúčtovanie ZP, prešli rôznou kontrolou, boli akceptované ZP a sú zaznamenané v informačnom systéme ZP.

„V roku 2013 ZP finančne uznali výkony PZS v hodnote 3 556,2 mil. €. Oproti roku 2012 finančne uznané výkony vzrástli o 163,5 mil. €. Finančne uznané výkony sú výkony, ktoré ZP v súlade s platnou zmluvou akceptovali v príslušnom zúčtovacom období a následne ich uhradila.“⁵²

Rozdiely, ktoré vznikajú medzi evidencie uznaných výkonov a finančne uznaných výkonov sa nazývajú nadlimitné výkony. V roku 2013 ZP vykázali nadlimitné výkony v hodnote 41,8 mil. €, v tom VŠZP 41,7 mil. € a Úion 129 tisíc €.

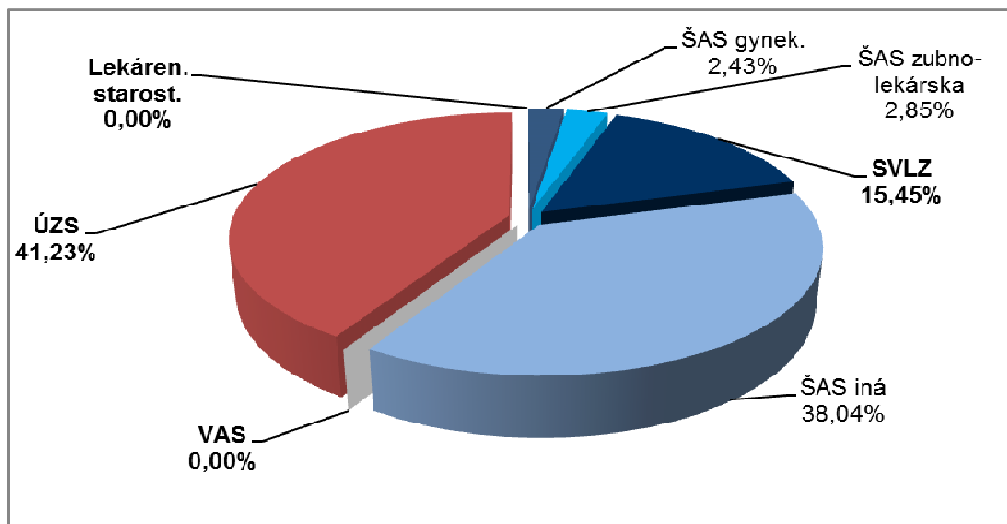
V roku 2013 z celkového objemu evidencie uznaných výkonov najvyšší podiel tvorili výkony ambulantnej ZS 40,93 %. Oproti roku 2012 ambulantná ZS vzrástla o 2,02 %. Druhý najväčší podiel 30,61 % z celkových zdravotných výkonov tvorila ÚZS, ktorá oproti roku 2012 vzrástla o 10,06 %.



Graf č. 9 Podiel jednotlivých foriem ZS na celkových evidencie uznaných výkonov a ich vývoj

Zdroj: Zdravotné poisťovne

⁵² Správa o stave vykonanie verejného zdravotného poistenia. Bratislava, 2014. Dostupné na internete: http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs//spravy/Sprava_o_stave_vykonavania_VZP_za_r._2013.pdf



Graf č. 10 Podiel jednotlivých foriem ZS na nadlimitných výkonoch v roku 2013

Zdroj: Zdravotné poisťovne

4 Sústava zdravotníckych služieb v Maďarsku⁵³

Na začiatok tejto kapitoly poznamenávam, že podľa môjho názoru sústava zdravotnej starostlivosti v Maďarsku je komplikovanejšia než v Slovenskej republike. Jednotlivé úrovne systému nie sú tak vyhranene rozlišované ako u nás, presne definované pomocou platných zákonov a tým samozrejme aj činnosti jednotlivých úrovní sa navzájom prelínajú. Cieľom tejto časti je oboznámenie, že aké zásady rozhodujú o maďarskom systéme zdravotníckych služieb. V rámci zdravotníckych opatrovateľských systémov, základným cieľom ponúkaných služieb musí byť, aby prispeli k zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľstva pri účinnom využití i kontroly nákladov. Tomu vhodne, zdravotnícke služby musia zabezpečovať predovšetkým:

- ❖ aby sa jednotlivci dostali k požadovaným odborným službám s rovnakými šancami, bez ohľadu na pohlavie, jazyk, rasy, farbu pleti, náboženstva, veku, sociálnych okolností, geografického miesta a na miesta obsadenom v spoločensko – hospodárskej hierarchii,
- ❖ ani geografické, časové a ani priame hmotno-finančné dôvody nemôžu ovplyvňovať použitie so zdravotným stavom súvisiacich potrebných zdravotníckych služieb,
- ❖ pre fyzicky a duševne postihnutých treba zabezpečiť v rovnakej miere dostupnosť k systému prostriedkov na obnovu zdravotného stavu,
- ❖ významne sa zaoberá s ohrozenými skupinami, ako napr. s novorodencami, s malými deťmi, s dorastencami, s tehotnými ženami, so seniormi, s osobami s telesnými nedostatkami a osobami drogovu závislými.

Súčasťou zdravotníckych služieb sú všetky inštitúcie resp. odborníci, ktorí vykonávajú ochranu zdravia, prevenciu chorôb, liečenie, ošetrovanie a rehabilitáciu bez ohľadu na svojho majiteľa a na svoj právny stav. Voči zdravotným poskytovateľom na rôznych úrovniach zdravotnej starostlivosti sú dôležité požiadavky, ktoré preferujú princípy ako prevenciu, posilnenie základnej starostlivosti a progresivitu starostlivosti. Základom prevencie je, že podstatou udržiavania si zdravotného stavu nie je liečenie, ale zabránenie zhoršenia zdravotného stavu.

⁵³ http://doktori.bibl.u-szeged.hu/1160/1/Homicsko_Arpad_Ertekezes.pdf

Štruktúra zdravotníckych služieb zabezpečuje diferencovanú starostlivosť rôznych typov ochorení s rozdielnou závažnosťou, aby všetky charakteristické črty zaopatreného chorého určovali počas progresívnej starostlivosti to, či túto starostlivosť má zabezpečiť:

- ❖ ambulantná starostlivosť,
- ❖ odborná ambulancia,
- ❖ všeobecná alebo špecializovaná lôžková inštitúcia.

Základnú zdravotnú starostlivosť charakterizuje minimálna potreba prostriedkov a odbornej znalosti vykonávateľa. Jeden z cieľov úloh osobného lekára je, aby odbremenil úroveň odbornej starostlivosti zdravotníckeho opatrovateľského systému, t. j. aby na vyššie úrovne sa dostali chorí, ktorých starostlivosť v plnej miere je možné zabezpečiť len tam.

Odborné požiadavky ponúkanej zdravotnej starostlivosti sú sektorovo neutrálne. Osobné a vecné požiadavky na poskytovateľov nemôžu byť rozdielne podľa štruktúry foriem vlastníctva.

Výkonovo financovaný systém účinne môže byť činný, avšak to musí slúžiť zúšľachtovaniu systému, približovaniu jednotlivých technik financovania rôznych starostlivostí, pretvoreniu štruktúry starostlivosti, zmierneniu predimenzovaných kapacít a oblastných nadmerností a musí vytvárať vhodnú zainteresovanosť.

Inštitúcie činné v zdravotníckom systéme sa delia nasledovne:

- ❖ funkčné inštitúcie,
- ❖ odborné inštitúcie,
- ❖ výskumné inštitúcie.

Funkčné inštitúcie sa zaoberajú organizovaním zdravotníckych služieb, vytváraním ich podmienok a zabezpečovaním prevádzky. Tieto sú obvykle byrokratické, administratívne organizácie, ktoré vzhľadom na svoju prevádzku sa nepriamo pripájajú k cieľom zdravotnej starostlivosti. Ich styk s pacientom je nepriamy alebo sa netýka bezprostredne ich zdravotného stavu.

Odborné inštitúcie poskytujú skutočnú zdravotnú starostlivosť pre obyvateľstvo, ktoré súvisia s liečením a s rehabilitáciou. Bezprostredne sa stretávajú s chorými za tým účelom, aby ich zdravotný stav a kvalitu životných podmienok zlepšili.

Výskumné inštitúcie sa zaoberajú medicínskymi a klinickými výskumami. Tieto inštitúcie vykonávajú vedecký výskum a v spojitosti s tým sa stretávajú s chorými. Táto teoretická diferenciácia je potrebná, nakoľko každý typ inštitúcie musí uplatňovať iné vnútro-organizačné zásady k stavom, aby vedela vyhovieť svojej funkcii.

System zdravotnej starostlivosti sa opiera o takú sústavu inštitúcií, ktorá uplatnením princípu delby práce a postupnosti zabezpečuje, aby osoby s rozdielnym stavom na základe všetkých charakteristických znakov rozhodne nárokovali ich zdravotnému stavu odôvodnené zdravotnícke služby. Na všetkých úrovniach systému zdravotnej starostlivosti sa uplatňuje princíp progresivity. Na základe toho treba zabezpečiť, aby sa každý pacient dostal na liečenie včas a správne, dostal vhodnú starostlivosť, kde sú k tomu zabezpečené potrebné odborné požiadavky. Úrovne starostlivosti majú veľký význam. Dnešná sieť inštitúcií potrebuje ďalšiu diferenciaciu. Ambulancie ešte aj dnes liečia mnoho takých pacientov, ktorých by mal ošetriť osobný lekár. Na druhej strane do nemocníc sa dostávajú takí pacienti, ktorí by mohli byť liečení v rámci ambulantnej zdravotnej starostlivosti. V tom istom čase pacienti, ktorí sú odkázaní na vysokú úroveň starostlivosti, nie vždy dostávajú odôvodnene potrebnú starostlivosť. Lekári, ktorí vydávajú výmenné listy často zneužívajú urgentné a životu nebezpečné signály a urgentná starostlivosť zas nedosahuje požadovanú úroveň.

Miesto každého fungujúceho systému inštitúcií určujú v rámci celkovej zdravotnej starostlivosti osobné a vecné podmienky, ktoré majú k dispozícii. Základným princípom prevádzky zdravotnej starostlivosti je poskytovanie urgentnej starostlivosti, podľa ktorého každému prihlásenému pacientovi treba v každom prípade poskytnúť vhodnú starostlivosť podľa jeho zdravotného stavu. Taktiež ako základný funkčný princíp sa javí požiadavka, aby počas poskytovania starostlivosti poskytovateľ s dodržiavaním odborných a etických pravidiel pristupoval k svojej práci a ďalej, aby ambulantný poriadok bol regulovaný.

4.1 Úrovně prevádzkovania zdravotníckych služieb⁵⁴

V Maďarsku zdravotnú starostlivosť poskytujú zdravotnícke inštitúcie na troch úrovniach. Zdravotnícke inštitúcie sú základnými prvkami sústavy, cez ktoré uskutočňuje a vykonáva zdravotnícky opatrovateľský systém svoje úlohy a vytýčené ciele. Tu sa stretnú v skutočnosti navzájom obyvateľstvo a zdravotná starostlivosť, reálne tu sa uskutoční využitie zdravotníckych služieb, na úrovni danej ustanovizne.

Úrovně starostlivosti sú:

- ❖ základná starostlivosť
- ❖ ambulantná starostlivosť
- ❖ lôžková zdravotná starostlivosť (ležiaci pacient)

To všetko doplňuje sústava ostatnej zdravotnej starostlivosti.

Podrobne sú určené tie požiadavky, ktoré musí plniť systém zdravotníckej starostlivosti. Totiž systém zdravotníckej starostlivosti jednak musí zabezpečiť starostlivosť chorých a chorých ako ambulantných pacientov resp. vo svojich domovoch a ako ležiacich pacientov v rámci lôžkovej starostlivosti.

Na druhej strane systém zdravotníckej starostlivosti musí mať k dispozícii potreby, ktoré sú žiadúce pri činnosti verejného zdravotníctva v závislosti od daných hospodárskych kapacít.

Zákonom sú regulované ako súčasť systému zdravotnej starostlivosti: základná starostlivosť, všeobecná a špeciálna ambulantná starostlivosť, všeobecná a špeciálna lôžková zdravotná starostlivosť. Odborný obsah a postihnuteľné úlohy týchto starostlivostí sú určené na všeobecnej úrovni. Z iného pohľadu sa dá hovoriť o základnej a odbornej zdravotnej starostlivosti.

Do inej zdravotnej starostlivosti patrí medzi inými aj – aby bola zabezpečená dostupnosť nepretržitých zdravotníckych služieb od skončenia pracovnej doby do začatia pracovnej doby nasledujúceho dňa – zdravotná starostlivosť v rámci pohotovostnej služby.

Záchranná zdravotná starostlivosť ako súčasť urgentnej starostlivosti je určená tak, že pacienti, ktorí na mieste nájdenia potrebujú nevyhnutnú zdravotnú starostlivosť, dostali potrebnú starostlivosť a aby boli dopravení do vhodného zdravotníckeho zariadenia. Záchranná starostlivosť je štátna úloha a nakoľko tom patrí do oblasti urgentnej starostlivosti, právo jej využitia patrí pre každého.

⁵⁴ http://doktori.bibl.u-szeged.hu/1160/1/Homicsko_Arpád_Ertekezes.pdf

V rámci zdravotnej starostlivosti je zaznamenaná aj zdravotná dopravná služba, kde je hlavným pravidlom, že len v tom prípade môžeme nárokovať, keď dostupnosť zdravotnej starostlivosti sa nedá iným spôsobom zabezpečiť.

Súčasťou zdravotnej starostlivosti je aj opatrovateľská činnosť.

Ako súčasť zdravotnej starostlivosti je určená aj starostlivosť o pacientov chorých – Hospice. Hlavným zmyslom tejto starostlivosti je, že počas zdravotnej starostlivosti pre umierajúcich a ich príbuzných treba zaistiť možnosti prípravy na smrť. V rámci toho zvláštnu pozornosť treba venovať počas zdravotnej starostlivosti umierajúceho pacienta na zvyšovanie úrovne života, na tlmenie bolesti, na zmiernenie utrpenia, ako i na zachovanie jeho dôstojnosti.

Ďalšou súčasťou zdravotnej starostlivosti je aj rehabilitácia, ktorá je vlastne organizovaná pomoc pre osoby s čiastočne alebo trvalo zmenenými schopnosťami pri zapojení sa do spoločnosti. Rehabilitácia je komplexnou činnosťou, ktorá okrem zdravotníckej rehabilitácie obsahuje aj iné organizované formy starostlivosti.

Do systému zdravotnej starostlivosti patrí aj zásobovanie s liekmi, ktorého cieľom je, aby zabezpečilo k zdravotnej starostlivosti potrebné lieky na vhodnej a nákladovo-účinnnej úrovni.

4.2 Financovanie zdravotníctva v Maďarsku⁵⁵

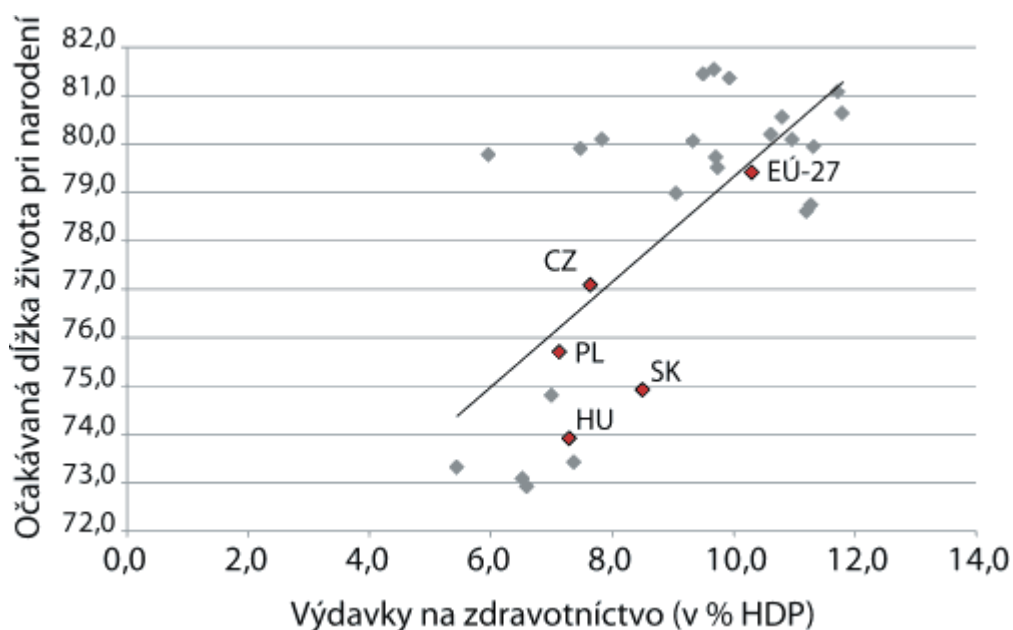
V tejto časti práce by som chcela poukázať na neefektívne fungovanie maďarského zdravotného systému prostredníctvom viacerých základných ukazovateľov kvality zdravotnej starostlivosti:

- ❖ očakávaná dĺžka života po narodení a jej závislosť od výšky vynaložených prostriedkov na zdravotníctvo,
- ❖ medziročný vývoj týchto výdavkov,
- ❖ priemerná ročná návštevnosť osobného lekára,
- ❖ počet akútnych nemocničných lôžok na 1 000 obyvateľov.

Spomenuté ukazovatele by som chcela porovnať s ostatnými krajinami V4, ktoré prešli podobným historickým vývojom ako Maďarsko.

Maďarsko sa označuje za krajinu s najnižšou očakávanou dĺžkou života po narodení. V roku 2009 dosiahla v Maďarsku očakávaná dĺžka života necelých 74 rokov ale horšie výsledky vykázali Bulharsko, Litva a Lotyšsko. Rovnakú časť HDP ako Maďarsko vynakladá na zdravotnú starostlivosť napríklad Česká republika a Poľsko. Očakávaná dĺžka života v týchto krajinách je dlhšia než v Maďarsku. Maďarské zdravotníctvo vynakladá tieto prostriedky menej efektívne než ostatné krajiny.

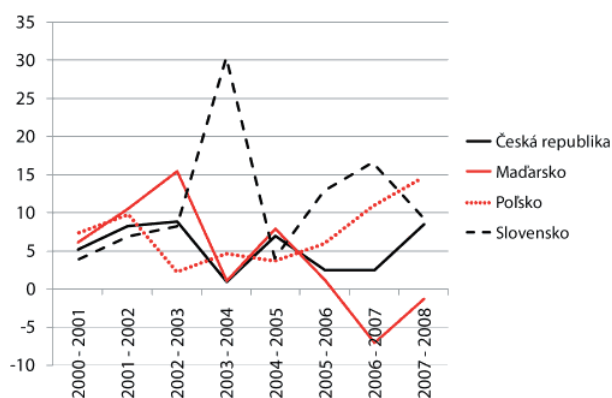
⁵⁵ Balík, P.: Analýza systému zdravotnej starostlivosti v Maďarsku. Maďarsko, 2011. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/2011/07/analyza-systemu-zdravotnej-starostlivosti-v-nbsp-madarsku/>



Graf č. 11 Výdavky na zdravotníctvo a očakávaná dĺžka života po narodení v EÚ, 2009

Zdroj: World Bank, World Development Indicators and Global Development Finance

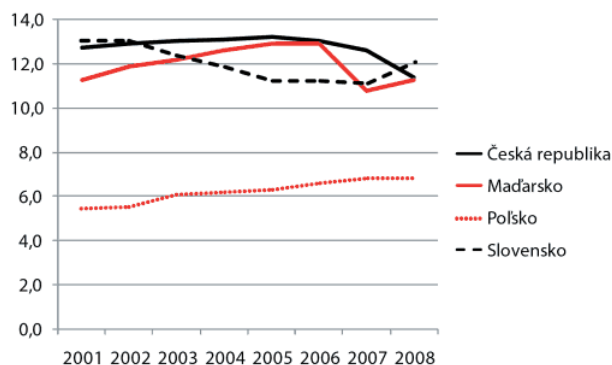
Medziročný vývoj výdavkov Maďarska na zdravotníctvo mal ako jedinej krajine v rámci V4, v predchádzajúcich rokoch klesajúcu tendenciu. V roku 2010 sa tento trend zvrátil a výdavky na zdravotníctvo oproti roku 2009 rástli o takmer 2 %. Pri porovnaní výdavkov na zdravotníctvo na jedného obyvateľa v roku 2008 sa Maďarsko umiestnilo v rámci V4 na treťom mieste za Poľskom, Slovenskej republiky a Českej republiky.



Graf č. 12 Medziročný vývoj výdavkov na zdravotníctvo

Zdroj: OECD, Health Data 2010

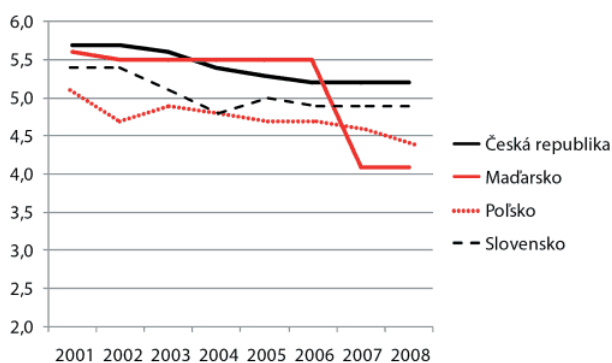
Časté návštevy lekárov sú charakteristickými znakmi obyvateľov krajín V4. Priemerný občan Maďarska navštevuje svojho osobného lekára ročne 11,3 krát, spomedzi krajín OECD, kde sú návštevy častejšie, sú Slováci 12 návštevami a Česi 11,4 návštevami.



Graf č. 13 Priemerná ročná návštevnosť osobného lekára

Zdroj: OECD, Health Data 2010

Ďalším dôležitým ukazovateľom efektívneho fungovania zdravotného systému je počet nemocničných lôžok na 1 000 obyvateľov. V danom ukazovateli sa darilo Maďarsku spomedzi krajín V4 v roku 2008 najlepšie.



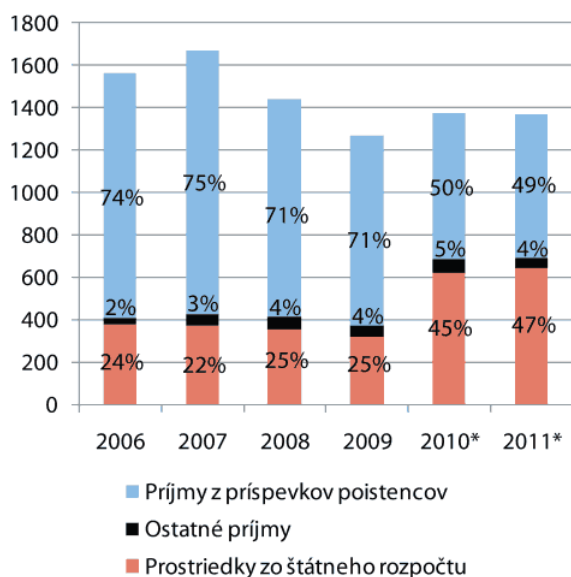
Graf č. 14 Počet akútnych nemocničných lôžok na 1000 obyvateľov

Zdroj: OECD, Health Data 2010

Financovanie zdravotnej starostlivosti prešlo transformáciou z centrálne riadeného systému založeného na financovaní z daní k decentralizovanému systému so sociálnym zabezpečením, s kumulovaním príspevkov poistencov v jedinom štátnom poistnom fonde

OEP. Neskôr sa ukázalo, že tento fond nedisponuje dostatočnými finančnými prostriedkami na pokrývanie zdravotnej starostlivosti.

V súčasnosti pokrýva len 49 % všetkých nákladov maďarského zdravotníctva a ďalších 51 % je financovaných zo štátneho rozpočtu. Výsledkom je zmiešaný daňový a poisťný fond, ktorý je zodpovedný za financovanie. Pôvodne boli zmeny zamerané na vytvorenie systému sociálneho poistenia, pričom tretia strana poisťuje občanov, ktorí odvádzajú príspevky na služby, a kde nemocnice a lekári vystupujú v systéme ako súkromné subjekty. Neskôr sa maďarskí politickí lídri priklonili k modelu štátneho zdravotníctva, ktoré je založené na financovaní štátom z daňových príjmov štátneho rozpočtu, kde sú lekári štátnymi zamestnancami a nemocničné zariadenia vo verejnom vlastníctve. Táto situácia bola spôsobená politickými zmenami, pričom jednotlivé politické strany mali rôzne predstavy o poskytovaní a koncepcii zdravotnej starostlivosti v Maďarsku. Toto smerovalo, podobne ako v ostatných krajinách, až ku krízovej situácii maďarského zdravotníctva, kde za posledných 21 rokov sa na poste ministra zdravotníctva vystriedalo až 14 ministrov, pričom každý z nich presadzoval svoje vlastné strategické zámery.



Graf č. 15 Zdroje financovania zdravotnej starostlivosti v Maďarsku

Zdroj: ESKI, 2011

Ďalšou koncepčnou zmenou je znižovanie akútnych a zvyšovanie počtu chronických nemocničných lôžok. Zriadenie nového systému nemocníc vytvorilo podmienky na poskytovanie základnej zdravotnej starostlivosti v oblastných a vo vysoko špecializovaných nemocniciach. Následkom podfinancovania nemocníc je ich neustále

zadlžovanie. Takisto dôsledkom toho je zastarané vybavenie nemocníc. Ďalší problém predstavuje významný odliv mladých lekárov do zahraničia. Až dve tretiny študentov medicíny plánuje odísť, pričom v poslednej dobe sa odhaduje, že krajinu denne opúšťajú až traja odborní lekári.

4.3 Zdravotné poistenie v Maďarsku

Fond zdravotného poistenia (OEP) z pohľadu svojich hlavných úloh u zmluvných poskytovateľov financuje vykonanú zdravotnú starostlivosť. Prevádzkuje informačný systém účtovníctva a vykonáva ich kontrolu.

V záujme kvalitnej úrovne starostlivosti prevádza postupy obstarávania liekov, zdravotníckych pomôcok a zdravotníckych technológií, ktoré sú financované z verejného zdravotného poistenia. Vede záznamy o tejto činnosti a o ďalších výkonov zdravotného poistenia. Zabezpečuje a vykonáva poskytovanie nemocenských dávok a dávok v materstve a zabezpečuje ich evidenciu, účtovanie a odborný dohľad kontroly týchto úloh.

Fond zdravotného poistenia určuje postupový poriadok uzatvárania zmlúv na zdravotnú starostlivosť, potrebné úradné dokumenty pri vydávaní zdravotného preukazu poistenca.

V rámci svojej hospodárskej činnosti, v súvislosti obsluhy Fondu zdravotného poistenia prijíma úlohy pri plánovania prevádzkového rozpočtu a pri príprave ročnej účtovnej uzávierky.

Ako centrálny úrad štátnej správy vyjadruje svoje názory na plánované zákonné predpisy a predkladá svoje pozmeňovacie návrhy.

Ako riadiaci subjekt odvetvových úloh, zúčastňuje sa na vypracovaní koncepcii v súvislosti so zdravotným poistením. V rámci svojich úradných úloh zabezpečuje postupy pri povolení zdravotníckych činností podľa platných predpisov. Plní svoje medzinárodné a EU záväzky. V rámci toho spolupracuje na príprave, vykonávaní medzinárodných zmlúv ohľadne zdravotnej starostlivosti. Vykonáva koordinačné a operatívne úlohy vyplývajúce z členstva v EU. Je kompetentný na stanovenie a vyplatenie nákladov na liečenia v zahraničí.

V živote Fondu zdravotného poistenia v záujme účinnej a odbornejšie činnosti veľký význam majú tzv. strategické ciele. V súvislosti s činnosťou organizácie, informatikou a komunikáciou vznikli tie stredné a dlhodobé plány, ktoré činnosť Fondu zdravotného poistenia v budúcnosti výrazne by mali určovať.

Podľa nedávno predstavenej koncepcie reformy zdravotnej starostlivosti vláda Fideszu Fond zdravotného poistenia už nedokáže v súčasnosti pokryť ani 50 % - ný podiel celkových výdavkov na zdravotníctvo. Po vylúčení financovania zdravotníctva zo

súkromných zdrojov je preto jedinou možnosťou súčasnej vlády pokryť chýbajúce prostriedky zo štátneho rozpočtu.

Maďarské zdravotníctvo prešlo viacerými reformami, avšak ešte stále nie je konsolidované. V systéme zdravotnej starostlivosti je potrebné zaviesť účinné, transparentné a kontrolované hospodárenie a zlepšiť infraštrukturálne problémy. Najväčším nedostatkom je aj naďalej nedostatok finančných zdrojov na pokrytie deficitu tohto systému. Poistné príspevky nestačia už ani na pokrytie polovice výdavkov na zdravotníctvo, ktoré sú z toho dôvodu výrazne financované i zo štátneho rozpočtu.

Snahy súčasnej vlády však smerujú k zachovaniu silného postavenia štátu v poskytovaní zdravotnej starostlivosti s existenciou jednej štátnej poisťovne. Veľké rozdiely v koncepciách jednotlivých vlád a dokonca aj jednotlivých ministrov, ktorých priemerná dĺžka funkčného obdobia v Maďarsku dosahuje 1,5 roka, sú dôvodom chýbajúcej kontinuity v jednom zvolenom modeli, podľa ktorého by sa dlhodobo konsolidovalo maďarské zdravotníctvo.

Reforma zdravotníctva je z týchto dôvodov prioritnou oblasťou súčasnej vlády. Výsledkom tejto reformy by malo byť práve riešenie závažných nedostatkov vyvolávajúcich málo efektívne fungovanie zdravotnej starostlivosti v Maďarsku ako aj zlepšenie ukazovateľov kvality zdravotnej starostlivosti vrátane očakávanej dĺžky života. Práve tá dosahuje v Maďarsku v rámci OECD jednu z najnižších hodnôt. Plán Semmelweis ktorý predstavila vláda Fideszu síce výrazne zmeny v systéme fungovania nemocníc, otázkou však zostáva, akým spôsobom sa bude financovať deficit maďarské zdravotníctva.

Záver

Z uvedeného porovnania jednoznačne sa dá konštatovať, že vývoj zdravotníctva v Slovenskej republike, podľa hodnotenia ukazovateľov EÚ, vykazuje lepšie výsledky než v Maďarsku.

Reformné zákony zdravotníctva rokov 2002 – 2006 v Slovenskej republike platia dodnes. Napriek kritike nebol dodnes sformulovaný alternatívny, možno lepší zdravotný systém a v podstate tento plynulý, bez veľkých nedostatkov sa pomaly rozvíjajúci zdravotný systém je schopný zabezpečovať zdravotnú starostlivosť občanov Slovenskej republiky na vysokej úrovni. Legislatívne zázemie v Slovenskej republike a pluralitné zdravotné poisťovanie v súlade s predpismi EÚ umožnia občanom široké možnosti kvalitnej, dostupnej zdravotnej starostlivosti v rámci celej EÚ. Svetlým a inšpirujúcim príkladom takejto plodnej cezhraničnej zdravotnej starostlivosti je v EÚ región Ister – Granum (Štúrovo – Ostrihom), kde od roku 2009 medzi maďarským poskytovateľom a slovenskou poisťovňou zmluvne je zabezpečená lôžková zdravotná starostlivosť poistencov Dôvery.

Podobne ako v ostatných krajinách Vyšehradskej štvorky (V4), aj v Maďarsku prešiel systém zdravotníctva po páde komunizmu viacerými reformami. Otázkou je, či mali tieto reformy významný vplyv na efektívne fungovanie zdravotníctva. Pravdepodobne nie, pretože maďarské zdravotníctvo je v kríze. Zo zásadných dôvodov nestabilnej, až krízovej situácie maďarského zdravotníctva sa dá považovať diskontinuitu vo zvolených koncepciách maďarských vlád. Fluktuácia ministrov zodpovedných za vedenie zdravotníctva je v Maďarsku príliš vysoká na to, aby sa krajina dokázala sústrediť na jednotnú koncepciu. Za posledných 21 rokov sa na tomto poste vystriedalo až 14 ministrov, pričom každý presadzoval svoje vlastné stratégie a preferenčné zmeny.

Koncepcia reformy zdravotnej starostlivosti bývalej sociálno – demokratickej vlády a súčasnej vlády Fideszu sa diametrálne líšia. Zatiaľ čo v roku 2010 sa presadzovali v maďarskom zdravotníctve liberálne reformy s myšlienkou pluralitného poistného modelu, po roku 2010 sa kladie dôraz na prioritné postavenie štátu. Podľa nedávno predstavenej koncepcie reformy zdravotnej starostlivosti vlády Fideszu pod názvom „Plán Semmelweis“ sa počas tohto volebného obdobia bude dokonca i znárodňovať.

Na postupnú elimináciu pretrvávajúcich nedostatkov zdravotníctva v Maďarsku ako aj v Slovenskej republike s prioritou na kontinuálnu konsolidáciu finančného krytia

zdravotníckych služieb so zreteľom na úsporu nákladov hradených z verejných zdrojov by som navrhovala nasledovné riešenia:

- ❖ zvýšenie príspevkov do zdravotných poisťovní
- ❖ redukcia rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia
- ❖ uplatňovanie možnosti pripoistenia za nadštandardnú zdravotnú starostlivosť
- ❖ eliminácia nepomeru medzi očakávaniami pacientov, zdravotníkov a výškou alokovaných verejných zdrojov v systéme
- ❖ ponuka diferencovaných balíkov služieb zdravotných poisťovní pacientom.

Použitá literatúra

Knižné zdroje:

NOVÁKOVÁ, M.: *Zdravie a zdravotná starostlivosť v socioekonomických súvislostiach*. Bratislava: Vyd. EKONÓM, 2014. ISBN 978-80-225-3850-3

STANEK, V. a kolektív: *Sociálna politika*. Bratislava: Vyd. Sprint dva, 2011. ISBN 978-80-89393-28-2

Internetové zdroje:

Asociácia sestier a pacientov ASAP.: *Ambulantná zdravotná starostlivosť*. Bratislava, 2013. Dostupné na internete: <http://www.asapoz.eu/clanky/prva-pravna-pomoc/ambulantna-zdravotna-starostlivost.html>

BALÍK, P.: *Analýza systému zdravotnej starostlivosti v Maďarsku*. Maďarsko, 2011. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/2011/07/analyza-systemu-zdravotnej-starostlivosti-v-nbsp-madarsku/>

BALÍK, P.: *Financovanie zdravotníctva – spôsoby a mechanizmy financovania*. Bratislava, 2013. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/2013/11/financovanie-zdravotnictva-sposoby-a-mechanizmy-financovania/>

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: *Správa o stave zdravotníctva na Slovensku*. Bratislava, 2011. ISBN 978-80-969507-9-9 Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/Clanok?sprava-o-stave-zdravotnictva-na-slovensku>

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.: *Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030*. Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/?strategia-v-zdravotnictve>

Správa o stave vykonanie verejného zdravotného poistenia. Bratislava, 2014. Dostupné na internete: http://www.udzs-sk.sk/buxus/docs//spravy/Sprava_o_stave_vykonavania_VZP_za_r._2013.pdf

Verejné zdravotníctvo. *Poskytovanie a financovanie zdravotnej starostlivosti vo vybraných krajinách EÚ*. [online]. 2007, ročník VII, č. 3. ISSN 1337 – 1789. Dostupné na internete: <http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/SK/2010/3/Lezovic.pdf>

Zoznam zdravotníckych zariadení.: *Zdravotná starostlivosť v EÚ*. Dostupné na internete: <http://www.zzz.sk/?clanok=6426>

http://doktori.bibl.u-szeged.hu/1160/1/Homicsko_Arpad_Ertekezes.pdf

Ostatné zdroje:

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky: *Koncepcia neodkladnej zdravotnej starostlivosti*. Bratislava, 2011.

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti

Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Zákon č. 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe

Zákon č. 129/2002 Z. z. o integrovanom záchrannom systéme