GRANT journal
ISSN 1805-062X, 1805-0638 (online), ETTN 072-11-00002-09-4

EUROPEAN GRANT PROJECTS | RESULTS | RESEARCH & DEVELOPMENT | SCIENCE

Vybrané aspekty systémov zdravotnej starostlivosti

Jozef Glova[1]
Beáta Gavurová[2]

[1] Ekonomická fakulta Technickej univerzity v Košiciach, Němcovej 32, 040 01 Košice, Slovensko; jozef.glova@tuke.sk
[2] Ekonomická fakulta Technickej univerzity v Košiciach, Němcovej 32, 040 01 Košice, Slovensko; beata.gavurova@tuke.sk

Grant: VEGA č. 1/0799/13
Název grantu: Meranie výkonnosti a efektívnosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku
Oborové zaměření: AE - Řízení, správa a administrativa

© GRANT Journal, MAGNANIMITAS Assn.

Abstrakt Trh zdravotnej starostlivosti sa vyznačuje mnohými špecifikami, pričom v ňom platia aj základné ekonomické pravidlá. V jednotlivých krajinách neexistuje šablónovité organizovanie a financovanie systému zdravotníctva. Finančná udržateľnosť zdravotníctva predstavuje aj jeden z hlavných problémov jednotlivých krajín. To evokuje v mnohých krajinách obrovskú výzvu a zároveň ponúka príležitosť v nájdení efektívneho spôsobu poskytovania vysokokvalitnej zdravotnej starostlivosti pri súčasnom zohľadnení disponibilných zdrojov. Príspevok poukazuje na vybrané princípy financovania zdravotnej starostlivosti na Slovensku a v Čechách, s cieľom podchytiť základné postuláty jeho vývoja.

Klíčová slova zdravotná starostlivosť, zdravotné poistenie, verejné zdravotné poistenie, prerozdeľovanie poistného, DRG systém, efektívnosť.

1. ÚVOD

Systémy zdravotníctva sú v jednotlivých krajinách odlišné. Aj keď sú medzi nimi výrazné rozdiely, najmä čo sa týka spôsobov ich financovania, regulácie, manažmentu, ako aj organizácie, ich spoločnou vlastnosťou sú snahy dosahovať primárny cieľ v podobe zlepšovania zdravotného stavu obyvateľov danej krajiny a preto riešia každodennú otázku prioritizácie uspokojovania zdravotníckych potrieb. Trh zdravotnej starostlivosti (ďalej ZS) sa vyznačuje mnohými špecifikami, pričom v ňom platia aj základné ekonomické pravidlá. V jednotlivých krajinách neexistuje šablónovité organizovanie a financovanie systému zdravotníctva. Finančná udržateľnosť zdravotníctva predstavuje aj jeden z hlavných problémov jednotlivých krajín. Deklarujú to aj zistenia z OECD, podľa ktorých bol vo všetkých jej členských krajinách zaznamenaný rýchlejší rast celkových výdajov na ZS v porovnaní s rastom ich ekonomiky. To evokuje v mnohých krajinách obrovskú výzvu a zároveň ponúka príležitosť v nájdení efektívneho spôsobu poskytovania vysokokvalitnej ZS pri súčasnom zohľadnení disponibilných zdrojov.

2. VÝVOJ ZDRAVOTNÉHO POISTENIA V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Prvé poisťovne začali vznikať v roku 1919 po vzniku Československej republiky. Od vzniku republiky do roku 1919 zostávali platné právne predpisy: pre českú časť rakúske a pre slovenskú časť uhorské. Prostredníctvom Zákona č. 268/1919 Zb. o nemocenskom poistení robotníkov, dochádza k zmenám v sociálnom poistení a k jeho zjednocovaniu. Uvádzaný zákon sa zaoberal hlavne nemocenským a úrazovým poistením všetkých osôb, ktoré vykonávali v tom čase na Slovensku okresné nemocenské pokladnice (Kováč, 2003). V roku 1924 bol prijatý zákon č. 221/1924 Zb. o poistení zamestnancov pre prípad nemoci, invalidity a staroby. Poistenec poistený v jednej z nemocenských poisťovní alebo v Ústrednej sociálnej poisťovni mal po celý rok nárok na bezplatnú lekársku starostlivosť, lieky a iné liečebné pomôcky. Poistenec odvádzal do poisťovne približne 5 % svojej priemernej mzdy a v rovnakej čiastke odvádzal za neho aj zamestnávateľ (Kováč, 2003). V roku 1925 bol prijatý zákon o poistení verejných zamestnancov a ako uvádza Bujnák (1932) „pre prípad choroby boli poistení zamestnanci štátu, zemí, okresov a obcí, polícia a učitelia. Poistenec mal nárok na nemocenské ošetrovanie a ústavné zaopatrenie. Poistenie vykonával Liečebný fond verejných zamestnancov v Prahe. Prostriedky potrebné k úhrade poistných dávok sa získavali prostredníctvom poistného, ktoré činilo 2 % zo stálych pôžitkov služobných, dôchodkových alebo zaopatrovacích. Z poistného hradil zamestnávateľ i zamestnanec po 50 %. Ako uvádza Gladkij (2003) v tomto období poisťovne budovali vlastné zdravotnícke zariadenia. Počas 20 rokov existencie nemocenského poistenia sa rozšíril poistný kmeň presahujúci 3 milióny priamych poistencov a tým sa sústava poistenia stala významným politickým i sociálnym faktorom. Uvádzaný stav pretrvával až do roku 1948. V tomto roku bol zavedený Zákon č. 99/1948 Zb. o národnom poistení, ktorý zabezpečil bezplatné poskytovanie preventívnej a liečebnej starostlivosti. Organizačná štruktúra bola tvorená Ústrednou národnou poisťovňou v Prahe a Národnou poisťovňou v Bratislave a v jednotlivých okresoch zabezpečovali činnosť okresné národné poisťovne (Kováč, 2003). Bezplatná štátna poradenská ZS zabezpečovala pre každého občana ochranu zdravia pomocou zákona č. 49/1947 o poradenskej ZS. Dňa 01. 01. 1949 sa začalo zoštátňovanie liečebných a ošetrovacích ústavov. V roku 1951 sa oddelilo nemocenské poistenie od dôchodkového poistenia a taktiež v danom roku dochádza k zrušeniu viacerých doposiaľ účinných a dôležitých zákonov. Týmto krokom sa v zdravotníctve stratili všetky znaky poistného systému a nastupuje model klasického socialistického rozpočtu, to znamená, že hlavným zdrojom financovania zdravotníctva bol štátny rozpočet.

Do roku 1993 na území Slovenskej republiky (ďalej SR) neexistovali zdravotné poisťovne a občania si platili ZS

prostredníctvom daňovej povinnosti. Financovanie zdravotníckych zariadení bolo zabezpečované prostredníctvom 7 Regionálnych zdravotníckych finančných správ, ktoré rozdeľovali finančné zdroje poskytované zo štátneho rozpočtu a vznikli 24. 11. 1990. Dňa 01. 01. 1992 sa Regionálne finančné správy zmenili na pobočky Ústavu pre zavedenie zdravotného poistenia. Agenda Ústavu pre zavedenie zdravotného poistenia sa preniesla na Správu fondu zdravotného poistenia Národnej poisťovne. Až založením Národnej poisťovne 01. 01. 1993 dochádza k znovuvytvoreniu poistného trhu a až v roku 1995 môžeme hovoriť o pluralitnom zdravotno-poistnom trhu. V roku 1993 došlo v rámci transformácie sociálnej sféry k zmene inštitucionálneho usporiadania a vytvoreniu verejnoprávnej inštitúcie - Národnej poisťovne. Zmena vyjadrovala dve nové základné skutočnosti:

- zlúčila výkon zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového zabezpečenia v jednej inštitúcii, tvorenej tromi samostatnými fondmi,
- v nadväznosti na novú daňovú sústavu odčlenila financovanie Národnej poisťovne od štátneho rozpočtu a vytvorila tri samostatné fondy, ktoré sa mali tvoriť z poistného a čiastočne z príspevkov štátu. (VšZP, 2012).

V roku 1994 štát začal odvádzať zdravotné poistenie za zákonom vymedzené okruhy ľudí. Štát určil v roku 1994 výšku odvodu zdravotného poistenia na 33,60 SKK, t.j. 13,7 % z 10 % minimálnej mzdy (MM). Celý vývoj výšky zdravotných odvodov odvádzaných štátom je prezentovaný v Tab. 1. Daný odvod za jedného „poistenca štátu“ bol kriticky nízky, z toho dôvodu sa už ďalší rok zvýšil vymeriavací základ na 54 % z min. mzdy a odvod štátu v absolútnom vyjadrení dosiahol sumu 181,30 SKK. V tomto období už môžeme pozorovať dlh generujúce nastavenie financovania zdravotníckeho sektora. Daný vymeriavací základ (MM) sa využíval do konca roku 1997. V roku 1998 bol vymeriavací základ určený na 2700 SKK, ktorý sa tri roky nezmenil, pričom sa menilo iba percento z vymeriavacieho základu. Od roku 2002 sa vzorec na výpočet odvodu zmenil z 13,7 % z vymeriavacieho základu na 14 % z vymeriavacieho základu. V prvom roku bol určený na sumu 2400 SKK a vrástol do roku 2004 na sumu 3464, spolu s danými procesmi rástol aj odvod štátu z 336 SKK až na 485 SKK. Od roku 2005 sa dostáva do účinnosti nový zákon č. 581/2004 o zdravotnom poistení, ktorý definuje odvod zdravotného poistenia za zákonom určený okruh ľudí ako 4 % z priemernej mesačnej mzdy z predchádzajúcich dvoch rokov. Výška percenta sa prispôsobovala aktuálnej situácii v slovenskom zdravotníctve. Uvedená percentuálna hodnota sa pohybovala od r. 2005 do r. 2012 v rozpätí od 4,00 % do 4,90 % z vymeriavacieho základu. Najvyššia suma odvodu za zdravotné poistenie bola dosiahnutá v roku 2010 a to vo výške 34,6 € na jedného poistenca štátu. Roky 2011 a 2012 majú klesajúcu tendenciu zdravotného poistenia, čo súvisí aj s nestabilitou situácie v zdravotníctve SR (napr. štrajk lekárov a petícia zdravotných sestier a pôrodných asistentiek).

Tabuľka 1. Výška zdrav. odvodov odvádzaných štátom v €

1993	štát neodvádzal - položka nie je v rozpočte	0,00
1994	13,7% z 10% MM odvedené MZ SR	33,57
1995	13,7% z 54% MM z kapitoly MZ SR	181,25
1996	13,7% z 80% z MM v r. 1995	268,52
1997	13,7% z 80% z MM v r. 1996	295,92
1998	13,7% zo 73% VZ 2700 SKK	270,03
1999	13,7% zo 76,5% VZ 2700 SKK	282,97
2000	13,7% zo 76,5% VZ 2700 SKK	282,97
2001	14% z VZ 2400 SKK	336,00
2002	14% z VZ 2750 SKK	385,00
2003	14% z VZ 2890 SKK	404,60
2004	14% z VZ 3464 SKK	484,96
2005	4% z PMM spred dvoch rokov	574,60
2006	4% z PMM spred dvoch rokov	633,00
2007	4,33% z PMM spred dvoch rokov	747,96
2008	4,5% z PMM spred dvoch rokov	844,25
2009	4,9% z PMM spred dvoch rokov	987,15
2010	4,78% z PMM spred dvoch rokov	1041,18
2011	4,32% z PMM spred dvoch rokov	968,85
2012	4% z PMM spred dvoch rokov	926,68

Zdroj: vlastné spracovanie

Poznámka: MM – minimálna mzda, VZ – vymeriavací základ, PMM – priemerná mesačná mzda

2.1 Systém prerozdeľovania poistného

Súčasný systém zdravotného poistenia v SR sa formuje od roku 1991 a je založený podobne ako v iných európskych krajinách na princípoch solidarity, plurality, rovnosti, neziskovosti, hospodárnosti, autonómnosti, verejnoprávnosti a kontrolnej úlohe štátu. Významným medzníkom v procese transformácie sociálno-poisťovacích vzťahov v oblasti zdravotného poistenia bolo zrušenie Zákona č. 7/1993 Z.z a nadobudnutie účinnosti Zákona č. 273/1994 Z.z. o zdravotnom poistení a Zákona č. 274/1994 Z.z. o Sociálnej poisťovni. Oddelenie systému zdravotného poistenia a sociálneho poistenia je podmienené diametrálne odlišnými princípmi, na ktorých sú oba tieto systémy budované. V oblasti poskytovania ZS a jej financovania ide o bezvýhradné uplatňovanie zásady absolútnej solidarity. V oblasti poskytovania nemocenského poistenia a dôchodkového zabezpečenia je uplatňovaný princíp sociálnej solidarity. Diferenciácia systému zdravotného poistenia a systému sociálneho poistenia je zjavná aj z ekonomického hľadiska. Zatiaľ čo v oblasti sociálneho poistenia (nemocenského a dôchodkového poistenia) je pri poskytovaní peňažných dávok priama väzba na dosahovaný príjem, v oblasti zdravotného poistenia pri poskytovaní vecných dávok (služieb) takáto väzba neexistuje.

2.2 Princíp prerozdeľovania poistného

Špecifickosť podmienok, na ktorých je zdravotné poistenie založené vyžaduje zavedenie prerozdeľovania poistného a spočíva v uplatňovaní princípu solidarity. Úlohou prerozdeľovania poistného preto zabezpečenie dodržania základného princípu zdravotného poistenia, t.j. princípu solidarity medzi zdravými a chorými občanmi, medzi starými a mladými, medzi bohatšími a chudobnejšími atď. (Kleskeň, 1998). Princíp solidarity sa uplatňuje dvojstupňovo. Prvý stupeň sa využíva vo vnútri zdravotnej poisťovne a spočíva v tom, že poistné sa použije na úhradu poskytnutej ZS podľa potreby poistenca bez ohľadu na zaplatenú výšku poistného.

Druhý stupeň predstavuje prerozdeľovanie poistného medzi jednotlivými poisťovňami. Prerozdeľovanie zdravotného poistenia na druhom stupni v medzinárodnom ponímaní sleduje dva základné ciele:

– vyrovnávanie výberu poistného medzi poisťovňami,
– vyrovnávanie finančných rizík za skupiny poistencov.

Mechanizmus prerozdeľovania v SR je nastavený tak, že sleduje okrem oboch uvedených cieľov aj redukciu platieb štátu za poistencov štátu.

2.3 Prerozdeľovací mechanizmus v roku 1997

V období od 01. 01. 1995 do 01. 07. 1999 sa využíval systém prerozdeľovania poistného, ktorý rozdeľoval poistencov na ekonomicky aktívnych a neaktívnych s vekovou hranicou do a nad 60 rokov.

Pre ozrejmenie procesu prerozdeľovania poistného využijeme rok 1997 (po 1.8.1997). Zriadený bol osobitný účet na financovanie ZS

na základe prerozdeľovania poistného, ktorý spravoval správca účtu Všeobecná zdravotná poisťovňa (ďalej VšZP). V danom období museli všetky poisťovne nahlasovať VšZP do 25. dňa kalendárneho mesiaca údaje:

– sumu 70 % zo zaplateného poistného od ekonomicky aktívnych,
– počet poistencov, za ktorých platí štát a Národný úrad práce a ich vekovú štruktúru a
– počet všetkých poistencov a ich vekovú štruktúru.

Výsledná suma prerozdeľovania sa vypočíta:

$$CPP_i = VP_i - \frac{VP_{70}+P_{\check{S}}+P_{NÚP}}{CUP} \cdot UPP_i \qquad (1)$$

kde:

i - index príslušnej zdravotnej poisťovne
PPPi - podiel *i-tej* zdravotnej poisťovne na prerozdeľovaných prostriedkoch vyjadrujúci aj finančnú náročnosť *i-tej* poisťovne,
VP70 - suma 70 % z vybraného poistného všetkými poisťovňami,
Pš - výška poistného, ktorú platí štát,
PNÚP - výška poistného, ktorú platí Národný úrad práce (NÚP),
UPPi - počet poistencov *i-tej* poisťovne, za ktorých platí poistné štát a NÚP, pričom každý poistenec vo veku nad 60 rokov sa počíta podľa koeficientu, v r. 1997 bol koeficient 2,
CUP - celkový počet poistencov, za ktorých platí poistné štát a NÚP, pričom každý poistenec vo veku nad 60 rokov sa počíta podľa koeficientu, v r. 1997 bol koeficient 2,
Vpi - suma 70 % z vybraného poistného *i-tou* zdravotnou poisťovňou (vyjadrujúca finančnú silu poisťovne).

Ak v rovnici (1) vyjde, *CPPi* menšie ako 0, znamená to, že správca účtu odvedie príslušnej poisťovni prostriedky vo výške *CPPi* do ôsmeho pracovného dňa po uplynutí mesiaca, a ak je *CPPi* väčšie ako 0, potom príslušná poisťovňa je povinná odviesť finančné prostriedky vo výške *CPPi* na osobitný účet do troch pracovných dní odo dňa, keď jej bola správcom účtu oznámená výsledná suma prerozdeľovania poistného.

Prerozdeľovací mechanizmus od roku 2010

Od 01. januára 2010 sa k doterajšiemu systému prerozdeľovania rizík poistencov založenému na dvoch kritériách: veku a pohlaví, pridal tretí prediktor a to ekonomická aktivita/neaktivita. Počet skupín poistencov sa zvýšil z 34 na 68. Ako uvádza literatúra (HPI, 2010) ekonomická aktivita sa využíva v systéme prerozdelenia poistného aj v štátoch Holandsko, Belgicko a Nemecko. V našom systéme sa medzi ekonomicky aktívnymi a neaktívnymi poistencami nachádzajú výrazné nákladové rozdiely v jednotlivých vekových kohortách a to na úrovni od 0,7 až po 2,8-násobok.
V roku 2012 dochádza aj v SR k implementácii kritéria PCG pre kompenzáciu rizikovej štruktúry poistencov. Projekt pre prípravu a včlenenie kritéria do bežnej praxe zabezpečoval Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej UDZS) v spolupráci so spoločnosťou KLIENT PRO SK.

Finančné dopady nového prerozdelenia poistného

V Európe, ale i vo svete odborníci zastávajú názor, že najlepší systém prerozdeľovania poistného má Holandsko, ktoré práve využíva kritérium PCG vo verzii 2012. Pre simulovanie modelu prerozdelenia poistného pomocou PCG UDZS použil roky 2009 a 2010, ktoré sú účtovne a štatisticky uzatvorené.
Podľa oficiálneho stanoviska ÚDZS bol prijatý model definovaný pomocou týchto parametrov:

1. zoznam PCG skupín (nákladové skupiny podľa predpísaných liekov, pharmacy-based cost group, ďalej len PCG),
2. zoznam ATC skupín (Anatomicko-terapeuticko-chemický klasifikačný systém, ďalej len ATC), ktoré definujú každú PCG skupinu,
3. zoznam liekov, ktoré spadajú do ATC skupín podľa bodu 2 a ktoré boli/sú hradené z verejného zdravotného poistenia v posudzovanom období - definovaný príslušnými kategorizáciami liekov, ktoré vydáva MZ SR,
4. počet štandardných dávok liečiva (ďalej ŠDL), ktoré musí mat' poistenec poskytnuté v sledovanom období 12 mesiacov na to, aby bol klasifikovaný do PCG skupiny,
5. počty ŠDL v jednotlivých liekoch podľa bodu 3 - definované príslušnými kategorizáciami liekov, ktoré vydáva MZ SR a
6. vylučujúce pravidlá, na základe ktorých je poistenec klasifikovaný len do jednej z viacerých PCG skupín, ak spĺňa podmienky pre viacero PCG skupín.

V modeli sa rátalo s 30 % vzorkou poistených zo všetkých poisťovní, ktorí boli vybraní podľa dohodnutých kritérií pre výber dát z rokov 2009 a 2010. Z týchto údajov boli vypočítané indexy rizika a pracovná skupina si dohodla pravidlá na vylúčenie resp. vytvorenie novej PCG alebo ATC skupiny. Pracovná skupina sa nakoniec sa zhodla na týchto kritériách pre vylúčenie PGC/ATC skupiny:

1. koeficient determinácie PCG skupiny - pridanie tejto PCG skupiny k ostatným navrhovaným PCG skupinám nezvyšuje prediktívnu silu modelu (vyjadrenú koeficientom determinácie R2x100 %) minimálne o 0,01 percentuálneho bodu,
2. štatistická významnosť koeficientu PCG skupiny - štatistická významnosť" koeficientu PCG skupiny nie je na hladine významnosti p = 0,01,
3. celkové dodatočné náklady PCG skupiny - podiel dodatočných nákladov PCG skupiny na celkových nákladoch na ZS je menší ako 0,01 %,
4. dodatočné náklady na PCG skupinu - dodatočné náklady na PCG skupinu sú nižšie ako 15 % priemerných populačných nákladov na poistenca,
5. typ liečby - farmakoterapia liekmi hradenými z verejného zdravotného poistenia nie je súčasťou štandardnej liečby chronického stavu definovaného danou PCG skupinou,
6. súlad diagnóz - podiel liekov v ATC skupine, ktoré boli predpísané na diagnózy priradené PCG skupine, je menší ako 30 %, po vyradení týchto ATC skupín sa vyradí aj PCG skupina, ak podiel liekov v PCG skupine, ktoré boli predpísané na diagnózy priradené PCG skupine je menší ako 50 %; toto kritérium sa použije len na tie PCG skupiny, ktoré sú definované diagnózou.

Na základe uvádzaných kritérií, podkladových údajov a modelu sa vypočítali demografické indexy rizika aplikované pre územie SR a bol vyhodnotený dopad na ročnú výšku prerozdelenia (záväzok/pohľadávka) za jednotlivé zdravotné poisťovne za rok 2010 oproti predchádzajúcemu modelu.

Z uvádzaných systémov prerozdeľovania poistného od r. 1995 do roku 2012 (Tab. 2) je zrejmý pozitívny vývoj. V roku 2010 vidíme, ako indexy rizika podľa rôznych kritérií dokážu pozmeniť prerozdelenie poistného medzi poisťovne. Napríklad ak by sme vypočítali index rizika na základe troch kritérií (vek, pohlavie a ekonomická aktivita), dospeli by sme k záveru, že VšZP máš zdravší poistný kmeň a musí odviesť súkromným poisťovniam 16,6 mil. €. Ak je prerozdelenie vypočítané cez systém PCG, ktoré má 3 až 4-krát vyššiu vypovedaciu hodnotu ako sú demografické prediktory, zisťujeme, že VšZP má poistný kmeň vo väčšej miere s ľuďmi

náchylnejšími na choroby, prípadne pacientov s chronickými chorobami a preto by mala dostať ako kompenzáciu od súkromných poisťovní až 29,8 mil. €. Práve tieto mechanizmy chránia niektoré poisťovne pred poisťovňami, ktoré si vedome alebo nevedome vyberajú svojich pacientov na základe lepšieho zdravotného stavu. Tento systém je v Holandsku využívaný od roku 2002.

Tabuľka 2. Systém prerozdeľovania poistného

Zmena od	Koeficient poistenca nad 60 rokov	% podliehajúce prerozdeleniu	% nepodliehajúce prerozdeleniu
1.1.1995	3,0	60	40
1.1.1996	3,0	80	20
1.1.1997	2,5	75	25
1.8.1997	2,0	70	30
1.6.1998	2,5	65	35
1.7.1999	Vekové skupiny Index rizika	100	0
1.8. 2002	Kohorty po piatich rokoch Index rizika podľa veku a pohlavia	85	15
1.1.2005	Prerozdeľovacia matica	Základ je 95 % z predpísaného poistného. Miera prerozdelenia je 90% Efektívna miera prerozdelenia pri nulových pohľadávkach na poistnom je 85,5%	Až do výšky 14.5% z predpísaného poistného
1.1.2009	Bez zmeny	95% z celkovej sumy zaplatených preddavkov na poistné	5
1. 1.2010	Index rizika rozšírený o prediktor ekonomická aktivita	bez zmeny	bez zmeny
1.7.2012	Index rizika sa určuje na základe modelu PCG	bez zmeny	bez zmeny

Zdroj: vlastné spracovanie

3. ANALÝZA FINANCOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V ČESKEJ REPUBLIKE

Proces transformácie zdravotníctva v Českej republike (ČR) sa začal realizovať ešte v rámci Československa. Legislatívny rámec tvorili tri základné zákony, ktoré upravovali zavedenie zdravotného poistenia ako hlavného spôsobu financovania ZS. Išlo o Zákon č. 550/1991 Z.z. o všeobecnom zdravotnom poistení, Zákon č. 551/1991 Z.z. o Všeobecnej zdravotnej poisťovni ČR, na ktoré nadväzoval Zákon č. 592/1992 Z.z. o poistnom na všeobecné zdravotné poistenie. Tretí zákon doplnil celý systém financovania verejného zdravotného poistenia a upravil výšku poistného na všeobecnom zdravotnom poistení, penále, spôsob ich úhrady, kontrolu a evidenciu platcov poistného. Tieto legislatívne zmeny podporili vznik mnohých zdravotných poisťovní, ktoré už v roku 1993 dosiahli počet 26. Tento počet nezodpovedal potrebám českého zdravotníctva, na čo poukazoval Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky (UZIS). Túto situáciu riešil Zákon č. 59/1995 Z.z., ktorý stanovoval poisťovniam kritériá pre ich činnosť a kontrolu a vďaka tomu zákonu bolo v roku 2001 deväť zdravotných poisťovní na trhu zdravotných poisťovní. Od 30. marca 2011 pôsobilo v ČR osem zdravotných poisťovní[1].

Vo všeobecnosti môžeme rozdeliť zdravotné poisťovne v ČR na:

- Všeobecnú zdravotnú poisťovňu,
- rezortné, odborové, podnikové a ďalšie poisťovne.

3.1 Verejné zdravotné poistenie v ČR

Verejné zdravotné poistenie v ČR je založené najmä na princípe solidarity, ktorého korene siahajú do vlády kancelára Otta von Bismarcka (Bismarckov systém financovania zdravotníctva).

Verejné zdravotné poistenie je založené na týchto princípoch:

- solidarita,
- slobodná voľba zdravotnej poisťovne,
- slobodná voľba lekára a zdravotníckeho zariadenia,
- vysoký podiel samosprávy,
- dostupnosť poskytovaných služieb pre všetkých poistencov,
- každá zdravotná poisťovňa ponúka doplnkový program nad rámec základnej ZS hradenej zo zákona (fond prevencie).

Verejné zdravotné poistenie v ČR je definované zákonom č. 48/1997 Z.z. o verejnom zdravotnom poistení, ktorý predstavuje najdôležitejší zákon definujúci pojmy ako sú: poistné, práva a povinnosti platcov poistného, práva a povinnosti poistenca, podmienky poskytovania ZS a jej úhrady, reguláciu cien a úhrad liečivých prípravkov a potravín pre špeciálne lekárske účely atď. Dopĺňa ho Zákon č. 372/2011 Z.z. o zdravotníckych službách a podmienkach ich poskytovania.

Štruktúra zdrojov v zdravotníctve

Hlavným zdrojom príjmov zdravotníckeho sektora (Mátl, 2008; Pilný, 2008) je:

– verejné zdravotné poistenie,
– prostriedky zo štátneho rozpočtu,
– zdrojom sú finančné prostriedky od súkromnej sféry (domácnosti, firmy).

Podľa uvedených autorov je výška príjmu do systému zdravotného poistenia závislá na ekonomickom, demografickom a sociálnom vývoji ČR (Mátl, 2008).

Verejné zdravotné poistenie je považované za hlavnú činnosť zdravotných poisťovní. Ako doplnkovú činnosť môžu prevádzkovať i zmluvné poistenie a pripoistenie, napr. pri cestách do zahraničia atď. Finančné prostriedky, ktoré plynú do zdravotníctva zo štátneho rozpočtu možno rozdeliť do dvoch skupín. Na jednej strane štát hradí poistné za skupinu tzv. „štátnych poistencov“ a na strane druhej dáva finančné prostriedky priamo do systému zdravotníctva. Sú to prostriedky Ministerstva zdravotníctva, ktoré poskytuje zdravotníckym zariadeniam vo forme investícií. Ďalším zdrojom financovania zdravotníctva sú rozpočty územných samospráv. V tomto prípade ide o rozpočty krajských úradov. Posledným významným zdrojom sú súkromné príjmy, tieto predstavujú úhrady za liečivá, zdravotné pomôcky a od r. 2008 i poplatky zo Zákona č. 48/1997 Z.z. o verejnom zdravotnom poistení a poplatky za nadštandardnú „ubytovaciu“ službu v nemocniciach. Od apríla 2012 patria k súkromných zdrojom aj príplatky za nadštandardné zdravotnícke výkony. Výška jednotlivých zdrojov je prezentovaná v Tab. 3 za roky 2004 – 2010. Najväčší objem finančných

[1] Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Všeobecná zdravotní pojišťovna, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance, Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra.

prostriedkov do systému zdravotníctva plynie od ZP, ktorých príjmy tvoria najmä poistné hradené poistencami. Objem finančných prostriedkov ZP závisí predovšetkým od výšky mzdy, stanovenej minimálnej mzdy, stanovenej výšky platby za štátneho poistenca a na vývoji nezamestnanosti ČR.

Tabuľka 3. Štruktúra zdrojov v zdravotníctve podľa zdrojov tvorby príjmov v ČR (v mil. Kč)

Zdroj tvorby príjmu	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Výdavky zo štátneho a miestneho rozpočtu	21 495	21 263	22 828	22 851	21 439	23 007	20 781
Výdavky zo ZP	163 330	170 093	174 200	183 713	197 280	218 630	222 502
Súkromné výdavky na zdravie	24 445	27 418	29 783	35 370	45 801	47 954	47 129
Spolu	209 270	218 774	226 811	241 934	264 520	289 591	290 412

Zdroj: Spracované podľa Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Od roku 2007 došlo k nárastu výberu poistného zdravotnými poisťovňami a to z dôvodu poklesu nezamestnanosti, k nárastu priemernej mzdy, zvýšenie platby štátu za „štátneho poistenca“. Príjem z verejného zdravotného poistenia od roku 2008 stagnuje, zatiaľ čo výdavky na ZS sa stále zvyšujú (Tab. 4). Nárast, ako uvádza UZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky) (2010) spôsobili vysoké náklady špecializovaných centier.

Tabuľka 4 Výdavky na zdravotníctvo podľa druhu ZS (v mil. Kč)

Druh ZS (ICHA-HC)	2000	2005	2007	2008	2009	2010	Index 2010 /2009	Priemerné tempo rastu (v %)
Liečebná ZS	73 964	106 601	125 224	141 241	153 829	153 331	99,7	7,56
Rehabilitačná ZS	5874	7624	7959		11 847	11 527	97,3	6,98
Dlhodobá ZS	5041	7114	9198		10 203	10 414	102,1	7,53
Podporné služby	7126	11 602	12 026		16 896	15 700	92,9	8,22
Lieky a PZT	37 953	60 973	59 942	63 062	66 929	64 615	96,5	5,47
Prevencia	2198	3601	5227		7776	6785	87,3	11,93
Správa	3887	6640	7760	8920	9883	8749	88,5	8,45
Neznáma ZS	771	4299	3672	4341	4201	3400	80,9	16,00
Tvorba kapitálu	7260	7634	7862	6496	7516	7212	96,0	-0,07
Vzdelávanie	165	203	228	182	91	166	182,4	0,03
Veda a výskum	713	869	955	728	1243	923	74,3	2,62
Hygiena	1806	1495	1802	1134	1150	1259	109,5	-3,54
Sociálne služby	77	103	64	57	83	59	71,1	-2,64
Celkom	**146 835**	**218 774**	**241 935**	**264 520**	**291 646**	**284 141**	**97,4**	**6,82**

Zdroj: Spracované podľa Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 až 2010.

3.2 Prerozdeľovanie poistného v ČR

Poistné vybrané jednotlivými zdravotnými poisťovňami podlieha systému prerozdeľovaniu. Účelom prerozdeľovania poistného je vyrovnať rozdiely, ktoré sú medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami, ako na strane solventnosti platcov, tak aj na strane výšky nákladov na úhradu ZS z verejného zdravotného poistenia. Prerozdeľovanie poistného má za úlohu udržať mieru solidarity poistencov s vysokými príjmami s poistencami s nižšími príjmami a ďalej zdravých poistencov s poistencami chorými. Zákon č. 592/92 Z.z. o poistnom na všeobecnom zdravotnom poistení s účinnosťou od 01. januára 1993 zavádza do praxe mechanizmus prerozdeľovania v ČR. Kritériom prerozdeľovania je počet a vek poistencov, za ktorých hradí poistné štát. Cieľom takto nastaveného prerozdeľovanie bolo vyrovnať rozdielny podiel štátnych poistencov v jednotlivých poisťovniach.

Princípy prerozdeľovania platné od 01. januára 1993:
- 50 % výberu poistného podlieha prerozdeľovaniu,
- kritérium – štátni poistenci podľa veku do 60 rokov a nad 60 rokov v pomere 1:2 z prerozdeľovaných prostriedkov.

Princípy pôvodného spôsobu prerozdeľovania platného do konca roku 2004:
- 60 % výberu poistného podlieha prerozdeľovaniu,
- kritérium – štátni poistenci podľa veku do 60 rokov a na 60 rokov v pomere 1:3 z prerozdeľovaných prostriedkov.

Princípy nového spôsobu prerozdeľovania od 01. januára 2005:
- 100 % výberu poistného podlieha prerozdeľovaniu – maximálny stupeň,
- kritérium prerozdeľovania je počet všetkých poistencov a nielen štátnych poistencov podľa:
  - nákladovosti poistencov podľa veku a pohlavia – 36 nákladových indexov,
  - počtu nákladných poistencov v zmysle zákona – „nákladová starostlivosť“ (Fond sdílení rizika)

Zdravotné poisťovne sú hlavnou zložkou vo financovaní zdravotníctva v ČR, sústreďujú finančné prostriedky na zdravotnícke služby. Vzhľadom k tomu, že zdravotné poisťovne pôsobia ako spoločnosti, ktorých cieľom nie je dosahovať zisky, spravidla nemajú dostatok finančných prostriedkov.

Subjekty zdravotníckeho systému a ich financovanie

Základnými subjektmi zdravotníckeho systému ČR sú: zdravotné poisťovne, zdravotnícke zariadenia a platitelia poistného.
Zdravotná starostlivosť má formu:
Ambulantnej starostlivosti: patria tu lekári v súkromnej praxi alebo lekári v ambulanciách v rámci nemocníc, či väčších zdravotníckych zariadení, ktorí poskytujú popri tejto liečbe aj inú, napr. nemocničnú alebo následnú ZS a pod.
Ambulantná starostlivosť je hradená tromi spôsobmi:
- kombinovaná kapitačno-výkonová platba,
- kombinovaná kapitačno-výkonová platba s dorovnaním a
- výkonová úhrada s hodnotou bodu.

Špecializovaná ambulantná starostlivosť - tzv. „odborní lekári“. Financovanie danej skupiny lekárov sa riadi „Zoznamom zdravotných výkonov“, kde sú jednotlivé výkony obodované v korunovom vyjadrení. Hodnota bodu je záležitosťou dohodovacieho procesu medzi zdravotnými poisťovňami a Lekárskou komorou a je účinná iba na štvrťrok. V súčasnosti je úhrada akútnej lôžkovej starostlivosti v štátnych nemocniciach[2] stanovená pomocou systému Diagnoses Related Groups (ďalej DRG) maximálne do výšky 105 % úhrady k referenčnému obdobiu, ktorým je v tomto prípade rok 2010. Ambulantná starostlivosť sa realizuje mimo DRG, pričom maximálna úhrada môže dosiahnuť 98 % daného referenčného obdobia. Dôsledkom reformných procesov sa počet nemocníc za posledných 20 rokov významne nezmenil, významne však poklesol počet lôžok. Lôžkový fond nemocníc ako uvádza UZIS (2011) klesol od roku 1990 takmer o 28 %. Na 1000 obyvateľov pripadalo v roku 1990 8,6 nemocničných lôžok. Súčasný stav predstavuje okolo 5 nemocničných lôžok na 1000 obyvateľov. V ČR v prvom polroku 2011 bolo podľa UZIS registrovaných 189 nemocníc s 61 534 lôžkami. Vymeriavacím základom pre poistné hradené štátom za osobu za ktorú je podľa špeciálneho právneho predpisu platcom poistného štát, je od 01. 01. 2010 (v dôsledku zmeny ustanovení §3 zák. č. 592/1992 Z.z.) čiastka 5355 Kč. Z tohto vymeriavacieho základu platil za tieto osoby štát v roku 2010, 2011 aj v roku 2012 mesačné poistné vo výške 723 Kč. V tab. 5 uvádzame historický vývoj mesačného poistného a vymeriavacieho základu pre „štátnych poistencov“.

Tabuľka 5. Vývoj mesačného poistného a vymeriavacieho základu od r. 1993 po súčasnosť

Obdobie	Vymeriavací základ	Poistné
1.1.1993 – 31.12.1993	1 694 Kč	229 Kč
1.1.1994 – 31.12.1995	1 430 Kč	194 Kč
1.1.1996 – 30.06.1996	1 625 Kč	220 Kč
1.7.1996 – 31.12.1997	2 000 Kč	270 Kč
1.1.1998 – 30.06.1998	2 120 Kč	287 Kč
1.7.1998 – 30.6. 2001	2 900 Kč	392 Kč
1.7.2001 – 31.12.2002	3 250 Kč	439 Kč
1.1.2003 – 31.12.2003	3 458 Kč	467 Kč
1.1.2004 – 31.12.2004	3 520 Kč	476 Kč
1.1.2005 – 31.12.2005	3 556 Kč	481 Kč
1.1.2006 – 31.1.2006	3 798 Kč	513 Kč
1.2.2006 – 31.3.2006	4 144 Kč	560 Kč
1.4.2006 – 31.12.2006	4 709 Kč	636 Kč
1.1.2007 – 31.12.2007	5 035 Kč	680 Kč
1.1.2008 – 31.12.2009	5 013 Kč	677 Kč
Od 1. 1. 2010	5 355 Kč	**723 Kč**

Zdroj Spracované podľa Všeobecní pojišťovni

3.3 Zvyšovanie efektívnosti financovania v nemocniciach ČR systémom DRG

V rámci zefektívňovania vynakladaných finančných prostriedkov v zdravotníctve bol v ČR implementovaný z Nemecka (Austrálie) systém DRG. DRG systém je klasifikačný systém, ktorý vychádza z čiastkových informácií u jednotlivých zdravotníckych prípadov, teda u diagnóz nemocných. Tieto informácie sú následne zaraďované do obmedzeného počtu skupín systému DRG. Nie všetky diagnózy a zdravotné výkony majú svoju špecifickú skupinu, avšak každá skupina pozostáva z niekoľkých desiatok rôznych diagnóz. DRG systém má 25 hlavných diagnostických skupín, ktoré sú rozdelené do ďalších 941 podskupín. Okrem vyššie spomenutých dvoch základných kritérií pre zaradenie prípade do jednej z DRG skupín sa musia vykazovať ešte nasledujúce údaje:

- základná diagnóza,
- vedľajšia diagnóza,
- výkony,
- dĺžka hospitalizácie,
- základné údaje o pacientovi (vek, pohlavie, atď.).

Tieto údaje poskytuje každé zdravotnícke zariadenie zdravotným poisťovniam, ktoré na ich základe vyhodnocujú zúčtovaciu čiastku. Vďaka systému sa môže lepšie porovnávať kvalita a úroveň ZS, produkcia ZS a jej nákladovosť. Takto vzniknuté výsledky sú základom pre benchmarking, ako aj plánovanie, tvorbu rozpočtu, zvyšovanie efektivity využívania finančných prostriedkov, atď. Výsledky z DRG systému môžu byť využívané na všetkých troch stupňoch riadenia zdravotníctva – manažment nemocníc, zriaďovatelia nemocníc, orgány štátnej správy, inštitúcie s celoštátnou pôsobnosťou, odborné spoločnosti, ale i v rôznych projektoch, informačných databázach Národného referenčného centra určených širokej verejnosti. V ČR sa projekt DRG začal skúšobne realizovať v roku 1997, pričom projektu sa zúčastnilo 19 nemocníc. Z toho boli tri fakultné – zriadené ministerstvom zdravotníctva a 16 nemocníc zriadených okresnými úradmi. Reakcia týchto zariadení bola kladná, preto od 01. 01. 2000 do 31. 12. 2000 bol vyhlásený projekt DRG II, do ktorého sa zapojilo okolo 60 nemocníc (Gladkij, 2003).

4. ANALÝZA ÚDAJOV Z VESTNÍKA ÚDZS (SR)

Z dôvodu zhodnotenia vybraných atribútov hospodárenia zdravotných poisťovní v SR sme sa rozhodli analyzovať vymedzené komponenty z vestníka ÚDZS. Na základe údajov z vestníkov ÚDZS zisťujeme, že objem disponibilných zdrojov sa každým rokom zvyšuje (Tab. 6).

Tabuľka 6. Štruktúra disponibilných zdrojov zdravotníctva

Ukazovateľ	Skutočnosť 2009 (v mil. €)	Skutočnosť 2010 (v mil. €)	Skutočnosť 2011 (v mil. €)	Rozdiel 2011-2010 (v mil. €)	Rozdiel v %
A. Zdroje VZP spolu – zaplatené poistné	3.342,4	3.519,5	3.581,1	- 61,6	1,7
v tom štát[3]	1.162,4	1.341,2	1.281,2	- 60,6	-4,5
B. Ostatné VZ	313,6	180,8	204,8	24,0	13,3
C. VZ spolu (A+B)	3.656,0	3.700,3	3.785,9	85,6	2,3
D. Súkromné zdroje	1.144,7	1.203,3	1.235,4	32,1	2,7
E. Zdroje spolu (C+D)	**4.800,7**	**4.903,6**	**5.021,3**	**117,7**	**2,4**
Podiel reálnych zdrojov financovania na HDP	7,3	7,4	7,3	x	x

Zdroj: Štatistická správa o základných vývojových tendenciách v hospodárstve SR v roku 2010, Návrh rozpočtu verejnej správy na roky 2011 až 2012, Výkaz o príjmoch a výdavkoch zdravotných poisťovní k 31.12.2011.

Uvedené navýšenie je iba vo výške približne 100 mil. Eur, čo predstavuje približne 2 % z pôvodnej hodnoty. Z tohto dôvodu uvedený nárast nie je možné označiť ako významný. Taktiež štruktúra disponibilných zdrojov zdravotníctva, uvádzaných ÚDZS

[2] Ide tu o dobrovoľný vstup štátnych nemocníc (DRG nie je povinný pre všetky nemocnice, vstupujú na báze dobrovoľnosti)

[3] Štát v zákone vymedzených prípadoch (§11 ods. 1 písm. d) zákona č. 580/2004 Z. z. V položke je zahrnutý aj odhad nedoplatku štátu, ktorý bude predmetom ročného zúčtovania v roku 2012.

v štruktúre podľa tab. 6 je približne rovnaká a medziročne nedochádza k výrazným zmenám v hodnotách jednotlivých položiek. Jedinou zmenou, ktorú je nutné spomenúť, je zmena v hodnote ostatných verejných zdrojov medzi rokmi 2009 a 2010. V tomto prípade došlo k navýšeniu sumy A1 (platba štátu) a poklesu sumy B (ostatných verejných zdrojov). Na základe údajov v tab. 7 môžeme konštatovať, že sa objem poistencov v jednotlivých poisťovniach výrazne nemení. Zmena objemu poistencov o 50 tis. ročne nie je významná, vzhľadom na skutočnosť, že VšZP mala v nasledujúcom období takmer 3,5 mil. poistencov. Otázne zostáva, či sa odliv poistencov, resp. príliv do inej zdravotnej poisťovne vyznačoval istými demografickými črtami, čo by mohlo predstavovať významný faktor, avšak na základe uvedených dát nie je možné konštruovať presnejšie závery.

Tabuľka 7. Počet poistencov jednotlivých zdravotných poisťovní

ZP	Počet Poisten-cov k 31.12.2010	Počet Poisten-cov k 31.12.2010	Počet Poisten-cov k 31.12. 2011	Rozdiel 2011 -2010	Roz-diel v %
VšZP	2 896 224	3 485 650	3 439 399	- 46 251	- 1,33
SZP	641 526	x	x	x	x
Apollo	498 856	x	x	x	x
Dôvera	865 156	1402 133	1400 335	-1 798	-0,13
Union	370 629	366 455	387 271	20 816	5,68
Spolu	5 272 391	5254 238	5227 005	-27 233	-0,52

Zdroj: Spracované na základe Centrálneho registra poistencov

Taktiež sme zaznamenali znižovanie celkového počtu zamestnancov zdravotných poisťovní (tab. 8). Uvedenú skutočnosť považujeme za priaznivú, pretože je signálom spôsobu zvyšovania efektívnosti práce. Na jeho definitívne potvrdenie by sme potrebovali aj informácie o štruktúre zrušených pracovných pozícií, to znamená, či išlo o výkonné pozície alebo o administratívne pozície slúžiace pre správu a vnútornú potrebu danej zdravotnej poisťovne.

Tabuľka 8. Vývoj počtu zamestnancov zdravotných poisťovní v SR (stav k 31.12)

Ukazovateľ	2009	2010	2011	Rozdiel v %
Priemerný počet poistencov	5 267 795	5 258 417	5 227 005	- 0,60
Priemerný evidenčný počet zamest-nancov ZP	3 463	3 131	2 968	- 5,21
Počet poistencov na zamest-nanca ZP	1 521	1 679	1 761	4,88

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Podobný trend sme zaznamenali aj pri počte poistencov prepočítaných na jedného revízneho pracovníka danej zdravotnej poisťovne (tab. 9). Nakoľko sa nemení počet poistencov, uvedené zmeny museli byť dosiahnuté práve zmenou počtu revíznych pracovníkov.

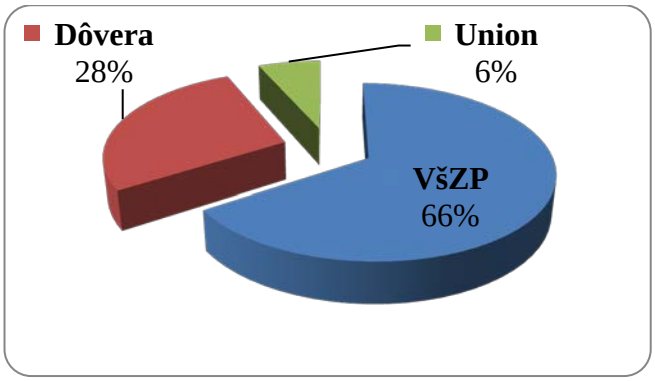
Tabuľka 9. Počet poistencov na 1 revízneho pracovníka

ZP	2010	2011	Rozdiel 2011-2010	Rozdiel v %
VšZP	10 499	16 378	5 879	56
Dôvera	20 927	23 339	2 412	12
Union	8 938	9 446	508	6
Priemer	11 941	16 807	4 866	41

Zdroj: Zdravotné poisťovne

Na druhej strane príjmov môžeme vidieť rozdelenie predpísaného poistného za rok 2011 (graf 1). Zaujímavou je hlavne skutočnosť plateného poistného za jednotlivých poistencov - ekonomicky aktívny poistenec prispieva do systému približne trikrát viac ako poistenci, za ktorých do systému prispieva štát. Pri platbe štátu zaznamenávame síce isté pozitívne zlepšenie, rozdiel 1,59 Eur je medziročne zanedbateľný (tab. 10). Pritom zdravotné poisťovne v roku 2009 preukázali schopnosť výberu poistného na úrovni 95 %. V rokoch 2010 a 2011 sme zaznamenali nárast úspešnosti výberu predpísaného poistného na úroveň 98 %, čo môžeme označiť ako veľmi dobrý výsledok.

Graf 1. Podiel ZP na predpise poistného v roku 2011



Zdroj: Zdravotné poisťovne

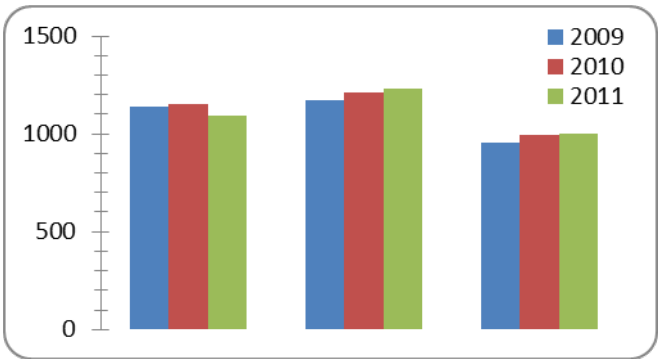
Tabuľka 10. Predpis na 1 poistenca EAP a štátu

Ukazovateľ	2009	2010	2011	Rozdiel 2011-2010	Rozdiel v %
Predpis – ekonomicky aktívni poistenci	1 014,89	1 068,09	1 109,45	41,36	3,87
Predpis (platba) za poistencov štátu	393,12	414,72	416,31	1,59	0,38
Rozdiel (v €)	- 621,77	- 653,37	- 693,14	- 39,77	6,09
Rozdiel (v %)	- 61,26	- 61,17	- 62,48	- 1,30	2,13

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva SR a zdravotné poisťovne

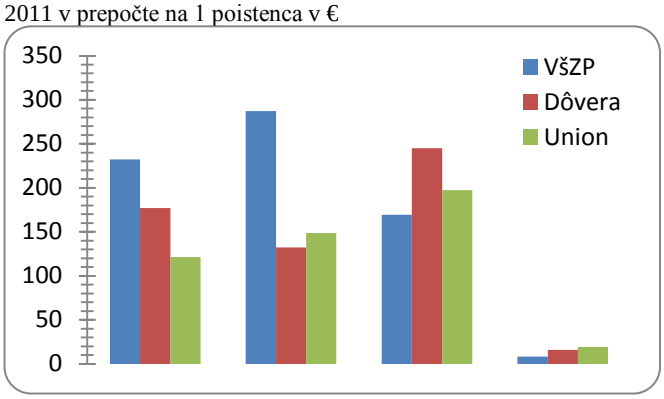
Jednoznačnejšie výsledky môžeme zaznamenať v oblasti výdavkov. Ako vyplýva zo znázornení (graf 2, graf 3) medziročne sa objem výdavkov na jednotlivé druhy ZS od roku 2009 do roku 2011 výrazne nemení. Naproti tomu pri analýze výdavkov jednotlivých zdravotných poisťovní na jedného poistenca vzhľadom na analyzované skutočnosti zisťujeme, že existujú výrazné rozdiely medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami.

Graf 2. Vývoj výdavkov zdravotných poisťovní na ZS v mil. € v rokoch 2009 – 2011.



Zdroj: Zdravotné poisťovne

Graf 3. Výdavky zdravotných poisťovní na ZS v rokoch 2009 až 2011 v prepočte na 1 poistenca v €



Zdroj: Zdravotné poisťovne

Na základe vestníka ÚDZS súkromné zdravotné poisťovne jednoznačne na jedného poistenca „míňajú“ menší objem finančných prostriedkov v lekárenskej a ambulantnej starostlivosti. Oproti tomu VšZP vykazuje najnižšie hodnoty výdavkov na jedného poistenca v ústavnej ZS. V tomto prípade je možné analyzovať aj oligopolný vplyv uvedenej zdravotnej poisťovne na nemocničné zariadenia, a tým aj možnosť vyjednávania výhodnejších ponúk v prospech uvedenej zdravotnej poisťovne. Uvádzané výsledky interpretujeme za predpokladu, že súkromné zdravotné poisťovne sa orientujú viac na ambulantnú ZS. Vplyvom podpory práve tejto zložky dochádza k efektívnemu využívaniu zdrojov. Taktiež to môžeme označiť aj ako prejav istej formy efektívnosti, nakoľko aj celosvetový trend je orientovaný na podporu prevencie a ambulantnej ZS pred ústavnou ZS (pokiaľ to dovoľuje zdravotný stav pacienta). Pretože hospitalizovaný pacient je pre súkromnú zdravotnú poisťovňu nákladnejší, je z ekonomického pohľadu logické, že podporuje ambulantnú starostlivosť. Neopomenuteľný je aj aspekt pacienta – jeho psychická pohoda v domácom prostredí je výrazne vyššia, ako v nemocničnom prostredí.

Zistili sme, že vývoj počtu poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovniach, ako aj ich celkový počet sa medziročne výrazne nemení. Jednoznačne je potrebné poukázať na fakt, že príspevok štátu za poistencov v pôsobnosti štátu je výrazne menší, ako u poistencov ekonomicky aktívnych. Úspešnosť výberu poistného je na veľmi dobrej úrovni, až 98 % predpísaného poistného zdravotné poisťovne skutočne vyberú.

5. ZÁVER

Ľudské zdravie môžeme považovať za celospoločenskú hodnotu, ktorá by mala byť čiastočne závislá jako na individuálnom, tak aj na celospoločenskom prístupe. Spolu so zdravotnou situáciou daného štátu predstavujú globálnu záležitosť, do značnej miery korešpondujúcu s jeho ekonomickou, mravnou a hodnotovou orientáciou. Celospoločenský prístup je chápaný aj v kontexte filozofického nazerania na postavenie človeka vo vnútri ľudskej komunity, humánneho zmýšľania danej spoločnosti, z pohľadu sociálnych aspektov, politických, ekologických a iných priorít, ako aj z pohľadu celkovej stratifikácie spoločnosti.

V modernom zdravotníctve je potrebné riešiť dve zásadné otázky. Na jednej strane je to problematika lekárskej etiky, to znamená požiadavky poskytovania čo najlepšej zdravotnej starostlivosti každému pacientovi, každému občanovi. Na druhej strane je potrebné riešiť otázku zodpovedajúcej výšky nákladov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Zabezpečenie rovnováhy medzi nimi je dôležitým problémom nielen pre zdravotníctvo všade vo svete. Existuje mnoho názorov na riešenie tohto problému, v každom štáte sa k tomu pristupuje s adekvátnou vážnosťou, vyvíjajú sa modely na efektívnejšie poskytovanie zdravotnej starostlivosti, menia sa princípy, spôsoby a formy vlastníctva zdravotníckych zariadení, ich financovanie, ako aj rozsah ľudskej solidarity. V súvislosti s ekonomickou otázkou je potrebné riešiť konkrétne problémy: kto má tieto náklady uhrádzať, akým spôsobom, do akej miery sa má na nich podieľať samotný pacient, čo by sa malo uhrádzať z verejných zdrojov, čo zo štátnych fondov a pod.

Zdroje

1. EKONOMICKÉ INFORMACE VE ZDRAVOTNICTVÍ. 2010, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
2. GLADKIJ, I. a kol. 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8
3. HEALTH POLICY INSTITUTE (2010): *Pharmacy-based Cost Group (PCG)*. [cit. 2010-12-10]. Dostupné z <http://hpi.sk/hpi/sk/view/2529/pharmacy-based-cost-group-pcg.html>
4. KLESKEŇ, P. 1998. O solidarite a rovnosti v zdravotíctve. In: Nové slovo, 1998
5. KOVÁČ, E. 2009. *Zdravotné poistenie*. Bratislava, 2009. ISBN 978-80-89171-62-0
6. KOVÁČ, E. 2003. *Zdravotné poistenie: Zdravotnopolitické a ekonomické súvislosti*. 1. vyd. Bratislava: Motýľ, 2003. ISBN 80-88978-85-8
7. MÁTL, O. a kol. 2008. *Zpáva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR : projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR*. 1. vyd.. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, máj 2008. 299 s. ISBN 978-80-85047-35-6
8. Návrh rozpočtu verejnej správy na roky 2011 až 2012. [cit. 2013-03-03]. Dostupné na: <http://www.finance.gov.sk>
9. PEKOVÁ, J. – PILNÝ, J. 2005. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. prvé vydanie, Praha : ASPI Publishing, 2005. ISBN: 80-86395-21-9
10. Štatistická správa o základných vývojových tendenciách v hospodárstve SR v roku 2010.
11. ÚRAD PRE DOHĽAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU. [cit. 2013-03-03]. Dostupné na: <http://www.udzs-sk.sk/>
12. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY: *ČR Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010*, Praha: ÚZIS ČR, 2011, ISBN 978-80-7280-969-1
13. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY: Vyměřovací základ. [cit. 2012-11-13]. Dostupné na: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/vymerovaci-zaklad-stat>
14. Výkaz o príjmoch a výdavkoch zdravotných poisťovní k 31.12.2011. [cit. 2013-03-03]. Dostupné na: <http://www.vszp.sk>

15. Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 - 2010. [cit. 2013-03-03]. Dostupné na: <http://www.czso.cz>
16. Zákon č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [cit. 2012-11-10]. Dostupné na: < http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?o=6&T=405>
17. Zákon č. 48/1997o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. [cit. 2012-11-10]. Dostupné na: < http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?r=1997&cz=48>
18. Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti. [cit. 2009-09-10]. Dostupné na: <http://www.zdravie.sk/sz/content/464-20817/zakon-5762004-zz-o-zdravotnej-starostlivosti-sluzbach-suvisiacich-s-poskytovanim.html>
19. Zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej na základe verejného zdravotného poistenia. [cit. 2009-09-10]. Dostupné na: < http://www.zdravie.sk/sz/content/464-23132/zakon-5772004-zz-o-rozsahu-uhradzanej-zdravotnej-starostlivosti.html>
20. Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a o stavovských organizáciach. [cit. 2009-09-10]. Dostupné na: < http://www.zdravie.sk/sz/content/464-23135/zakon-5782004-zz-o-poskytovateloch-zdravotnej-starostlivosti.html>
21. Zákon č. 579/2004 Z.z. o záchrannej zdravotnej službe. [cit. 2009-09-10]. Dostupné na: < http://www.zdravie.sk/sz/content/464-23133/zakon-5792004-zz-o-zachrannej-zdravotnej-sluzbe.html>
22. Zákon č. 580/2004 Z.z., o zdravotnom poistení. [cit. 20-09-03]. Dostupné z < http://www.zdravie.sk/sz/content/464-23136/zakon-5802004-zz-o-zdravotnom-poisteni.html>
23. Zákon č. 581/2004 Z.z., o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou. [cit. 20-09-03]. Dostupné na: < http://www.zdravie.sk/sz/content/464-23134/zakon-5812004-zz-o-zdravotnych-poistovniach.html>
24. Zákon č. 59/1995, kterým se mění a doplňuje zákon České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon České národní rady č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákon České národní rady č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a zákon České národní rady č. 337/1992 Sb., o správě daní a poplatků, ve znění pozdějších předpisů. [cit. 2012-10-13]. Dostupné na: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=59&r=1995>
25. Zákon České národní rady č. 550/1991 o všeobecném zdravotním pojištění. [cit. 2012-10-10]. Dostupné na: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=550&r=1991>
26. Zákon České národní rady č.592/1992 o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. [cit. 2012-10-10]. Dostupné na: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=592&r=1992>
27. Zdravotná poisťovne: Dôvera, Union, Všeobecná zdravotná poisťovňa. [cit. 2013-03-03]. Dostupné na: <http://www union.sk/, http://www.dovera.sk/, http://www.vszp.sk/>