

OBSAH

Niektu musí z kola von

Po mimoriadnom ešte mimoriadnejší

Reformná atmosféra stále pod bodom mrazu

SDKÚ-DS: Dokončíme Zajacovu reformu

Systém zdravotnej starostlivosti v Holandsku



Foto:

www.rock-on-rock-on.com
Bill Dan z Kalifornie dokazuje, že nachádzanie rovnováhy je skutočné umenie.

Into Balance
newsletter
o zdravotnej politike

Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republika

Tel: +421 2 5464 3051
Fax: +421 2 5464 3053
E-mail: newsletter@hpi.sk

Niektu musí z kola von

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VšZP) začala meniť v tomto roku svoj prístup k zazmluvňovaniu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V porovnaní s minulým obdobím spravila posun smerom k racionalizácii a k zefektívneniu nákupu zdravotnej starostlivosti. Potešujúce je, že VšZP správne pochopila svoju úlohu, čo potvrdzujú aj slová generálneho riaditeľa VšZP Antona Kováčika. Ten vo svojom stanovisku k stratégii nákupu VšZP uviedol, že: „Hlavným poslaním každej zdravotnej poisťovne je nákup zdravotnej starostlivosti pre poistencov vo všetkých sektoroch zdravotnej starostlivosti. Jedno z rozhodujúcich kritérií, z ktorých musí logicky vychádzať stratégia nákupu zdravotnej starostlivosti každej poisťovne je štruktúra poistného kmeňa.“ Rovnako potešujúce je, že si poisťovňa uvedomuje limity dané objemom disponibilných zdrojov ako aj to, že pri nákupe chce vychádzať z potrieb svojich poistencov, tak aby mali zabezpečenú kvalitnú, dostupnú a efektívnu starostlivosť.



Uplatňovanie systému selektívneho kontraktingu vychádza z potreby znížiť rozsah kontrahovaných kapacít na čom sa dnes zhodujú takmer všetci. Prebytok kapacít je cítiť najmä v ústavnej starostlivosti. Aj preto sa VšZP zamerala v úvodnej fáze najmä na selekciu poskytovateľov ústavnej starostlivosti. Kritériá selektívneho nákupu sa nateraz opierajú predovšetkým o racionalizáciu kontrahovaných kapacít a snažia sa zohľadniť komplexnosť a náročnosť poskytovanej starostlivosti. A aj keď použité kritériá nie sú dostatočné, ide o dôležitý krok vo využívaní nástrojov moderného nákupu zdravotnej starostlivosti.

VšZP rozdelila poskytovateľov do troch skupín – na zdravotnícke zariadenia explicitne vymenované v nariadení vlády o minimálnej sieti, ostatné kontrahované zariadenia a zariadenia s ktorými VšZP neuzavrela zmluvy. Najväčšie zvýšenie cien dosiahli fakultné nemocnice v Bratislave, Košiciach, Banskej Bystrici a Martine (nárast cien nebol zverejnený odhadujeme ho na 25 % – 50 %). Ostaným zariadeniam uvede-

ným v menšej sieti zvýšila VšZP ceny na oddeleniach chirurgie, ortopedie, traumatológie, JIS a ARO a to o 10 %. Objemy kontrahovanej starostlivosti sa v týchto zariadeniach menili len minimálne. S výnimkou šiestich zariadení sa dohodla VšZP aj na zmluvách so zariadeniami, ktoré nie sú uvedené v mennom zozname nariadenia vlády o minimálnej sieti. U týchto zariadení dôjde k zvýšeniu objemu zdravotnej starostlivosti o 7 %. VšZP sa rozhodla nezazmluvniť šesť zdravotníckych zariadení, s tým že starostlivosť poskytovanú v týchto zariadeniach zabezpečí svojim poistencom v iných zmluvných zariadeniach. Počet nezazmluvnených zariadení však nie je definitívny, VšZP plánuje pokračovať v redukcii kontrahovaných kapacít aj v budúcnosti. Aj preto uzatvorila zmluvy s poskytovateľmi ústavnej starostlivosti len do 30. júna 2008. Pred týmto dátumom by malo dôjsť k opätovnému prehodnoteniu objemu a cien, za ktoré bude VšZP zazmluvňovať ústavnú starostlivosť v ďalšom období.

Zmena prístupu k nákupu zdravotnej starostlivosti má veľký význam nielen pre samotnú VšZP ale aj pre celý systém. **Svojím postupom vytvorila VšZP priestor pre selektívny nákup aj ostatným zdravotným poisťovňami, ktoré s redukciami váhali.** Napriek tomu, že k skutočnému selektívnemu kontraktigu čaká zdravotné poisťovne ešte dlhá cesta, je dobré, že sa tento proces naštartoval. Diferencovaný prístup k nákupu zdravotnej starostlivosti sa však nespíe obmedziť len na výber poskytovateľov podľa kritérií odvodených od kapacity a komplexity zdravotnej starostlivosti. **Selektívny kontraktung si vyžaduje kritériá pre objektívne hodnotenie poskytovateľov a výsledkov nimi poskytovanej starostlivosti. Toto hodnotenie musí byť postavené na transparentných indikátoroch kvality a efektivity.** Pre výpočet týchto indikátorov je potrebné zbierať validné vstupné údaje, ktorých zdrojom sú pacienti a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti.

(dokončenie na nasledujúcej strane) ►

V posledný deň roku 2007 odvolal minister zdravotníctva Ivan Valentovič z funkcie riaditeľov fakultných nemocníc v Nitre a Nových Zámkoch Viktora Žáka a Mariána Karvaja a od 1. januára 2008 na ich miesta vymenoval Jozefa Valockého a Imricha Matušku.

MONITORING JANUÁR 2008

15. januára informoval riaditeľ špecializovanej nemocnice respiračných chorôb v Poprade-Kvetnici, že ukončenie zmluvného vzťahu zo strany Všeobecnej zdravotnej poisťovne (VŠZP) môže mať pre túto nemocnicu likvidačný dopad.

15. januára prislúbila VŠZP nemocniciam, že im do dňa uzatvorenia zmluvy na rok 2008 uhradí okrem neodkladnej zdravotnej starostlivosti aj náklady na potrebnú a plánovanú zdravotnú starostlivosť v objeme a cenách, ktoré navrhla v decembri 2007. Práve tento návrh však Asociácia nemocníc Slovenska odmietla a chce s VŠZP ďalej rokovať.

17. januára zaslal holandský akcionár zdravotnej poisťovne Dôvera štátnym orgánom Slovenskej republiky predarbitrážnu výzvu na mimosúdne vyrovnanie škody vo výške 15 miliárd korún. Reagoval tak na účinnosť zákona obmedzujúceho nakladanie so ziskom zdravotných poisťovní.

Niektu musí z kola von (dokončenie z titulnej strany)

Volanie poskytovateľov po preplácaní skutočných nákladov nie je na mieste. Ak totiž existuje zhoda na tom, že v takmer každom zariadení dochádza k neefektívnemu využitiu zdrojov a neefektívnej organizácii procesov, potom nemožno žiadať od zdravotných poisťovní aby preplácali náklady poskytovateľov. Takýto prístup by bol kontraproduktívny a vrátil by celý nákup do bodu nula.

O problémoch, ktorý spôsobuje prehustená sieť poskytovateľov bolo už popísané mnoho. Reálne sa však v danej veci doteraz nič neurobilo. **Fixná kapacita, ktorú viažu najmä malé zdravotnícke zariadenia** (poskytujúce úzku škálu menej náročnej starostlivosti) **odčerpáva obmedzené zdroje iným zariadeniam** (poskytujúci širokú škálu sofistikovanej starostlivosti). Fixnú kapacitu je potrebné zracionalizovať a sieť

poskytovateľov zorganizovať tak, aby bola pacientom zabezpečená zmysluplne dostupná a objektívne kvalitná zdravotná starostlivosť.

Plán, ktorý predstavila v uplynulých mesiacoch VŠZP, má vylúčiť z kola podstatne väčší počet poskytovateľov ako spomenutých šesť zariadení. Je to nepopulárne, neraz bolestivé, ale ak sa má zdravotný systém na Slovensku zlepšiť, niekto musí z kola von. Z kola von však v závere mesiaca nečakane vypadol najdôležitejší človek v tomto procese – generálny riaditeľ VŠZP Anton Kováčik. **Je to škoda, pretože ako prvý pustil do praktickej redukcie siete poskytovateľov, o ktorej mnohí iní stále len teoretizujú. Treba však veriť, že jeho nasledovníčka Zuzana Zvolenská bude v zápätí práci pokračovať.**

MICHAL GAJZICA

Médiami najcitovanejší experti: rebríček 2007

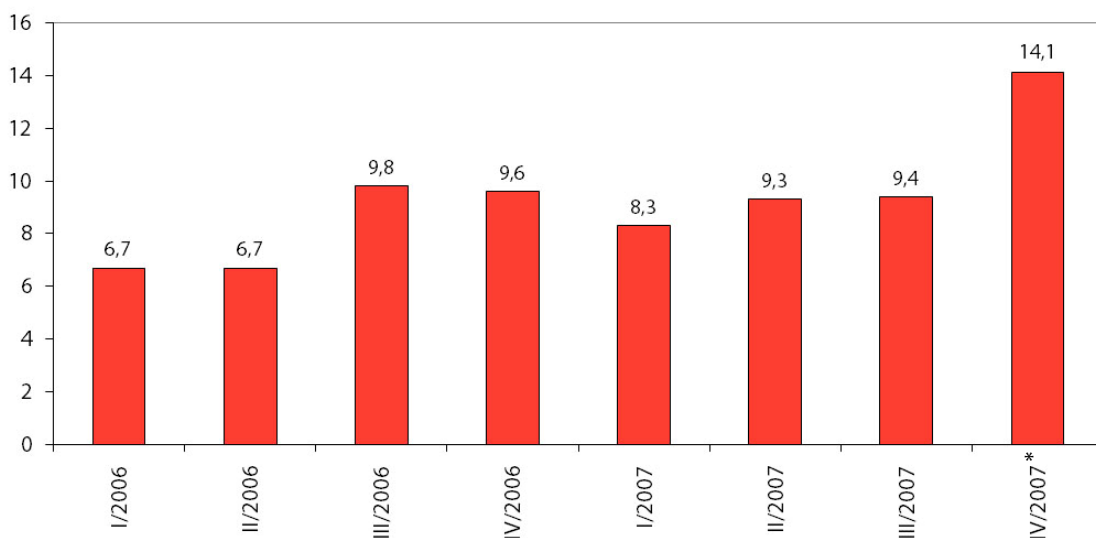
V rámci projektu **Slovak Press Watch** analytik Gabriel Šípoš a stážista Matúš Demko vytvorili **rebríček najčastejšie citovaných odborníkov za rok 2007 v šiestich monitorovaných médiách** (televízie STV, Markíza, TA3, Joj a denníky Pravda a SME). V rebríčku komentátorov domácej politiky boli najviac citovanými G. Mesežnikov (192 citácií), M. Kusý (140) a R. Procházka (126). V rebríčku ekonomických analytikov sa na prvom mieste umiestnil Ľ. Dra-

hovský z agentúry pre prieskum trhu Terno (113 citácií), **na druhom a na štvrtom mieste sa umiestnili dvaja z partnerov Health Policy Institute - Tomáš Szalay (68 citácií) a Peter Pažitný (64)**. Health Policy Institute tak potvrdil, že patrí na Slovensku k špičke mienkotvorných think tankov.

Rebríčky najcitovanejších expertov za rok 2007 nájdete na spw.blog.sme.sk.

-red-

Graf 1: Tempá reálneho medziročného rastu HDP v %



Zdroj: Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2008
Poznámka: * - údaj za IV/2007 je rýchly odhad ŠÚ SR

Po mimoriadnom ešte mimoriadnejší

Štatistický úrad SR (ŠÚ SR) zverejnil svoj tzv. rýchly odhad HDP za štvrtý štvrťrok 2007. Keďže sa rýchle odhady zvyknú len v malej miere odchýľovať od neskorších spresnených čísel, môžeme brať tieto čísla vážne.

Zverejnený výsledok pôsobí priam šokujúco. V porovnaní so 4. štvrťkom 2006 HDP reálne medziročne vzrástol o 14,1 % (v bežných cenách o 11,4 %). Ak sme doterajšie hodnoty reálneho rastu okolo 9 % (od tretieho štvrťroka 2006) označovali za mimoriadne priaznivé, tak tu musíme pripustiť novú dimenziu mimoriadnosti.

PRIAM NEUVERITELNÝ VÝSLEDOK

bol spôsobený súhrou dlhodobějších, ale aj jednorazových vplyvov. Preto sa netreba automaticky spoliehať na pokračovanie takýchto čísel. **Medzi krátkodobé, či dokonca jednorazové vplyvy možno zaradiť:**

- **Mimoriadne zvýšenie objemu daní na produkty**, a to dane z pridanej hodnoty a spotrebnej dane (predzásobenie cigaretami vo výške 8,7 mld. Sk v 4. štvrťroku). Tieto dane sú súčasťou trhovej ceny tovaru a tak sú aj súčasťou HDP vyjadreného v trhových cenách. Zvýšenie spotrebnej dane od začiatku roka 2008 spôsobilo predzásobenie. A to vo väčšej miere ako by sa dalo očakávať podľa doterajších skúseností. Tu však hrozí kompenzačný efekt v prvej polovici roka 2008: po predzásobení na konci roka 2007 zrejme príde znížený dopyt na začiatku roka 2008. ŠÚ SR uviedol, že po odpočítaní vplyvu mimoriadneho zvýšenia objemu daní na produkty HDP reálne vzrástol o 9,7 %. A to je číslo, na ktoré sme si už napriek jeho mimoriadnosti zvykli.
- **Deflačný vplyv.** Upozorňujeme, že rast HDP v štvrtom štvrťroku bol vyšší v stálych cenách ako v bežných cenách. To je neobvyklé. Kým nebudú k dispozícii detailnejšie dáta o štruktúre HDP, nie je možný kvalitnejší komentár k tomuto javu. Znamená to totiž pokles cien v niektorej zložke HDP. Mohlo sa to stať napr. v exporte, kde sa kvôli zhodnoteniu slovenskej meny mohli znížiť ceny prepočítané na koruny (a to aj pri nezmenenej či mierne rastúcej cene v cudzej mene, za ktorú sa táto produkcia predáva). Treba mať na pamäti, že tu nejde o bežný jav, nemusí sa opakovať (hlavne po stanovení konverzného kurzu voči



euru či po prijatí eura). Zatiaľ sa však pohybujeme na úrovni hypotéz, komentár opretý o zverejnené čísla môžeme ponúknuť až po ich sprístupnení.

Medzi dlhodobějšíe pôsobiace (v zmysle nepôsobiace len v danom štvrťroku) **faktory silného rastu môžeme zaradiť:**

- **Rast pridanej hodnoty v priemyselnej výrobe**, najmä vo výrobe strojov, elektrických zariadení a dopravných prostriedkov. Na tom majú rozhodujúci vplyv zahraniční investori a reformná politika z obdobia do roku 2006.
- **Posilnenie zahraničného dopytu** - aj napriek dlhodobému posilňovaniu meny. To svedčí o lepšom zapojení Slovenska do medzinárodných dodávateľských sietí, čo je takisto vo veľkej miere dané prílevom zahraničných investícií.
- **Vytrvalý rast domáceho dopytu.** Ten je výsledkom rastu reálnej mzdy pri rastúcej zamestnanosti (domáci dopyt bol však navýšený aj rastom stavu zásob, čo je krátkodobý jav).

AK SA POTVRDIA ČÍSLA

z rýchleho odhadu ŠÚ SR, bude celoročná hodnota tempa reálneho rastu HDP na úrovni 10,3 % (v bežných cenách 11,5 %). Napriek zrýchleniu rastu v závere roka pretrváva náš predpoklad o spomalení rastu HDP v roku 2008, na hodnotu okolo 7 %. Nebudú sa opakovať niektoré faktory rastu z obdobia 2006 - 2007 (štart prevádzky mimoriadne veľkých priemyselných podnikov), aj porovnávacia základňa pre výpočet medziročného rastu bude veľmi vysoká. Aj spomalený rast na úrovni okolo 7 % je však stále príťažlivý.

KAROL MORVAY

17. januára uviedol prezident Združenia zdravotných poisťovní Slovenska Igor Dorčák, že niektoré štátne nemocnice majú prehnané a nepodložené požiadavky na zvýšenie platieb pre tento rok.

18. januára označil predseda vlády Robert Fico predarbitrážnu výzvu akcionára zdravotnej poisťovne Dôvera za nebotyčnú drzosť a obyčajné výpalníctvo. Premiér spochybnil aj výšku uvádzaných škôd.

22. januára sa Slovenská lekárska komora i Asociácia nemocníc Slovenska dohodli na zmluvách s VŠZP.

22. januára informovala hovorkyňa Košického samosprávneho kraja, že riaditeľ Nemocnice sv. Barbory v Rožňave Vladimír Langer sa rozhodol k 1. 3. 2008 odstúpiť z funkcie. Odstúpenie riaditeľa už niekoľko mesiacov žiadali zamestnanci nemocnice. Vyčítali mu najmä nedostatky v riadiacej práci, nerešpektovanie odborovej organizácie a konfrontačné správanie.

29. januára spustilo Detské kardiocentrum Bratislava sídliace na Kramároch petíciu proti plánovanému zlučeniu s Detskou fakultnou nemocnicou s poliklinikou v Bratislave.

31. januára sa vedenie Fakultnej nemocnice s poliklinikou Bratislava dohodlo s odborovými organizáciami o dodatku ku kolektívnej zmluve za rok 2007. Od 1. februára sa tak zvyšujú tarifné platy pre zamestnancov nemocnice o 10 %.

Hodnotenie ekonomických a sociálnych opatrení za 2. polrok 2007

Reformná atmosféra stále pod bodom mrazu

Inštitút pre ekonomické a sociálne reformy INEKO zverejnil výsledky projektu **HESO - Hodnotenie ekonomických a sociálnych opatrení** za druhý polrok 2007. Projekt HESO vytvára platformu, kde sa ekonómovia, analytici, právnici, sociológovia, politológovia, odborní žurnalisti, podnikatelia, zástupcovia stavovských organizácií, akademickej obce a tretieho sektora pravidelne vyjadrujú ku kvalite a dôležitosti vybraných ekonomických a sociálnych opatrení zákonodarnej a výkonnej moci, ako aj k rozhodnutiam verejných inštitúcií v SR.

Podľa názoru hodnotiacej komisie 50 odborníkov bol druhý polrok 2007 z hľadiska reformnej atmosféry, resp. miery prínosu prijatých opatrení k sociálno-ekonomickému rozvoju krajiny znovu neúspešný. Od nástupu súčasnej vlády k moci pozorujeme výrazný pokles akceptácie (miery súhlasu) prijímaných ekonomických a sociálnych opatrení zo strany oslovených odborníkov, čo viedlo k tomu, že **od ostatných parlamentných volieb dosahuje HESO-Rating polroka zatiaľ iba negatívne hodnoty.**

K tomuto ratingu viedlo i hodnotenie zmien v zdravotníctve. **Pozitívne** hodnotili analytici dve opatrenia:

- zúženie okruhu osôb povinných podávať ročné zúčtovanie poisťného a
- zavedenie degresívnej obchodnej prirážky na lieky.

Prekvapujúco **neutrálne** hodnotenie si vyslúžila minimálna sieť nemocníc. Analytici kladne hodnotili zníženie normy na počet lôžok (čo vytvára priestor na ich redukciiu), kritiku zožalo zvýhodnenie štátnych zariadení.

Ďalšie opatrenia však získali výrazne **negatívne** hodnotenie:

- znovuzavedenie odporúčacích lístkov,
- povinná pracovná zdravotná služba,
- zastavenie transformácie nemocníc a
- zákaz zisku pre zdravotné poisťovne.

Celkovo bolo najpozitívnejšie hodnoteným opatrením vstup Slovenska do schengenského priestoru, sprístupnenie katastra nehnuteľností na internete a spustenie elektronických služieb Obchodného registra SR.

Najnegatívnejšími opatreniami boli – okrem spomínaných zdravotníckych zmien – zmeny v II. dôchodkovom pilieri a umožnenie výstavby diaľnic na nevykúpených pozemkoch.

Výber niektorých komentárov odborníkov k uvedeným opatreniam v zdravotníctve nájdete v **Tabulke 1**. Rating nájdete na webovej stránke www.ineko.sk.

-red-

Tabulka 1: Niektoré komentáre hodnotiteľov HESO k opatreniam v zdravotníctve

Opatrenie	Hodnotiteľ	Komentár
Odporúčacie lístky	Eugen Jurzyca, INEKO	Dvadsaťkorunáčky prispôsobovali dopyt ponuke efektívnejšie.
	Richard Ďurana, INESS	Opatrenie zvyšuje časové i finančné náklady pacientov. Hodina v čakárni u lekára stojí pracujúceho 6-krát viac ako zrušený 20 Sk poplatok, ktorý po zavedení významne prispel k redukcii počtu návštev u lekára.
Zastavenie transformácie nemocníc	Peter Pažitný, HPI	Jediná šanca ako zastaviť zadlžovanie nemocníc je ich transformácia na akciové spoločnosti. Akékoľvek iné nástroje sú neúčinné alebo periodicky drahé.
	Juraj Lazový, City Online	MZ SR sa orientuje najmä na parciálne opatrenia zamerané na odstránenie tých prvkov reformy zdravotníctva prijatej predchádzajúcou vládou, ktoré sa javia ako nepopulárne alebo ideologicky neprijateľné. Chýba komplexná vízia. Striedanie výrazne pravicového a ľavicového pohľadu na fungovanie zdravotníctva samotnému rezortu nepomáha.
Zákaz zisku zdravotných poisťovní	Róbert Kičina, PAS	Zisk = motivácia byť efektívny. Zákaz zisku = motivácia ako vytvorený zisk nevykázať, tzn. vznikajú nové transakčné náklady, ktoré nepomôžu nikomu.
	Miroslav Siváček, OPEN	Súkromné zdravotné poisťovne sa začali pekne rozbiehať. Prišlo k prvej diferenciácii služieb, úspore nákladov a tlaku na kvalitu a efektivitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Navyše, podmienky na rok 2008 ponúkané poskytovateľom zdravotnej starostlivosti súkromnými poisťovňami boli lepšie ako u štátnych poisťovní. Z brucha (v tom lepšom prípade) vyťahnuté kritériá na uzatváranie zmlúv s nemocnicami a selektívny prístup, ktorý predviedla Všeobecná zdravotná poisťovňa je len malou ukážkou, ako by vyzeralo financovanie zdravotníctva v prípade jednej zdravotnej poisťovne.

Zdroj: HESO za druhý polrok 2007, INEKO

Program SDKÚ-DS v zdravotníctve:

Dokončíme Zajacovu reformu

20. februára sa za účasti Mikuláša Dzurindu v Bratislave uskutočnila programová konferencia opozičnej SDKÚ-DS. Viliam Novotný, predseda zdravotníckeho výboru parlamentu, predstavil programové globálne ciele SDKÚ-DS v zdravotníctve:

- konkurencieschopné a efektívne zdravotníctvo
- sociálne a solidárne zdravotníctvo
- moderné a kvalitné zdravotníctvo

Na dosiahnutie týchto cieľov obsahuje program čiastkové ciele, ktoré sú zhrnuté v **Tabulke 1**.

Sklamany musel byť ten, kto od predstaveného programu očakával prevratné prvky. SDKÚ-DS nepredstavila nové riešenia, zato sa však viac-menej dôsledne prihlásila k reforme zdravotníctva z predchádzajúceho volebného obdobia. Z diskusie na konferencii sa dá usudzovať, že SDKÚ-DS nie je uzavretá pred novými nápadmi, len ich (zrejme) nie je schopná vygenerovať v rámci svojich straníckych štruktúr. Na druhej strane, keďže do riadnych parlamentných volieb sú ešte viac než dva roky, včasné nastolenie diskusie o (možno) budúcej zdravotnej politike treba vnímať pozitívne.

TOMÁŠ SZALAY

Tabulka 1: Prehľad programových cieľov SDKÚ-DS v zdravotníctve a porovnanie so Zajacovou reformou

programový cieľ SDKÚ-DS	nástroj/téza	riešenie v Zajacovej reforme
obnovenie slobodnej voľby lekára	<ul style="list-style-type: none"> • zrušenie odporúčacích lístkov 	s odporúčacími lístkami sa nikdy nepočítalo
dokončenie transformácie poskytovateľov	<ul style="list-style-type: none"> • transformácia na akciové spoločnosti „resp. neziskové organizácie“ 	§§ 84-91 zákona č. 578/2004 (zrušené súčasťou vládnu koalíciou)
obnovenie charakteru fungovania zdravotných poisťovní	<ul style="list-style-type: none"> • zrušenie zákazu delby zisku akcionárom 	zaviedla súčasná vládna koalícia
	<ul style="list-style-type: none"> • zmena prerozdelenia mechanizmu 	neriešené
	<ul style="list-style-type: none"> • zjednodušenie ročného zúčtovania spoločným výberom daní a odvodov 	neriešené
	<ul style="list-style-type: none"> • vytvorenie podmienok pre individuálne poistenie 	mechanizmus na zúženie rozsahu je popísaný v zákone č. 577/2004
zabezpečenie dostatočného rozsahu „bezplatnej“ starostlivosti	<ul style="list-style-type: none"> • založenie katalogizačných komisií 	§ 3 zákona č. 576/2004
	<ul style="list-style-type: none"> • prechod na DRG 	zoznam prioritných chorôb (zákon č. 577/2004)
spravodlivé ohodnotenie zdravotníckeho výkonu	<ul style="list-style-type: none"> • zmena platobných mechanizmov • zrealenie ceny bodu 	platobné mechanizmy a cenotvorba sú v kompetencii zdravotných poisťovní, nie MZ SR
presadenie zákona o dlhodobej starostlivosti		návrh bol pripravený v r. 2005, ani u SDKÚ-DS nenašiel dostatočnú politickú podporu
zabezpečenie čo najnižšej spoluúčasti pacientov pri liekoch	<ul style="list-style-type: none"> • viac liekov v každej ATC skupine bez doplatku • príspevok štátu na seniora 	systém referenčných úhrad (zákon č. 577/2004) + generická substitúcia (§ 38b zákona č. 140/1998)
udržateľná a účelná lieková politika	<ul style="list-style-type: none"> • efektívne pravidlá kategorizácie • podpora účelnej farmakoterapie • medzročný nárast výdavkov na lieky do 5 % 	zabezpečené cez vymáhania platných pravidiel kategorizácie (zákon č. 577/2004), vid' tiež pôvodná vyhláška č. 723/2004
	<ul style="list-style-type: none"> • elektronická lieková knižka 	v kompetencii zdravotných poisťovní
dostupnosť zdravotnej starostlivosti	<ul style="list-style-type: none"> • nové nariadenie vlády o minimálnej sieti 	minimálnu sieť zaviedol § 5 zákona č. 578/2004, návrh nového nariadenia prešiel MPK v júni 2006
	<ul style="list-style-type: none"> • limitovanie nadmerného a zbytočného čerpania zdravotnej politiky 	poplatky za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou (nariadenie vlády č. 722/2004) možnosť zvýšiť spoluúčať (§ 41 zákona 577/2004)
vytvorenie predpokladov na udržanie lekárov a zdravotných sestier na Slovensku	<ul style="list-style-type: none"> • do roku 2014 má mzda lekára narásť na 3-násobok a mzda sestry na 1,5-násobok priemernej mzdy 	relatívnu vzácnosť zdravotníckych pracovníkov určuje trh
posilnenie primárnej ambulantnej starostlivosti	<ul style="list-style-type: none"> • kombinácia kapitačnej a výkonostnej platby • motivácia limitovania nadspotreby liekov 	v kompetencii zdravotných poisťovní (§ 7 zákona č. 581/2004)
moderné zdravotníctvo	<ul style="list-style-type: none"> • informatizácia • centralizácia zberu informácií • presadzovanie moderných trendov 	
systém kvality	<ul style="list-style-type: none"> • akreditácia pracovísk • systém merania kvality v zdr. zariadeniach 	§ 9 zákona č. 578/2004 (chýba zatiaľ vykonávací vyhláška), nariadenie vlády č. 752/2004
prevencia a verejné zdravotníctvo	<ul style="list-style-type: none"> • podpora preventívnych programov • vytvorenie Úradu verejného zdravotníctva a potravinovej bezpečnosti 	
viac financií	<ul style="list-style-type: none"> • zvyšovanie platby za poistencov štátu až na 7 % z priemernej mzdy v 2014 (a 7 % z HDP) 	umožňuje to konštrukcia zákona č. 580/2004 (§ 12 ods. 1 písm. f), odvodené od ekonomickej výkonnosti a vládnych priorit

Zdroje: Programové východiská SDKÚ-DS v zdravotníctve; Health Policy Institute 2008

System zdravotnej starostlivosti v Holandsku

System zdravotnej starostlivosti v Holandsku prešiel v posledných rokoch výraznými zmenami, ktoré smerovali k zníženiu vplyvu štátu na zdravotníctvo. Úloha štátu sa z nákupcu a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti zmenila na regulátora, ktorý stanovuje základné pravidlá a dohliada na ich dodržiavanie. Najvýznamnejšou zmenou bolo prijatie Zákona o zdravotnom poistení, ktorý vstúpil do platnosti 1. januára 2006 a ktorý zjednotil základné zdravotné poistenie z pôvodného kombinovaného štátneho a súkromného zdravotného poistenia na jednotný čisto súkromný systém.

Zdravotné poistenie v Holandsku existuje v troch úrovniach (**Schéma 1** a **Tabuľka 1**):

- 1. zdravotné poistenie mimoriadnych nákladov** na zdravotnú starostlivosť, ktoré je povinné pre všetkých obyvateľov Holandska, je financované solidárne (odvody ako percento z príjmov) a spoluúčasťou pacienta; pokrýva náklady na dlhodobú zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť; cieľom je ochrana voči katastrofickým finančným dopadom závažných dlhodobých ochorení alebo porúch (najmä ťažké vrodené fyzické alebo psychické postihnutia), ktorých výskyt je relatívne malý, avšak pri ich vzniku takmer nikto nedokáže tieto náklady znášať sám;
- 2. základné zdravotné poistenie** zabezpečované súkromnými zdravotnými poisťovňami, ktoré je povinné pre všetkých obyvateľov Holandska; je financované kombináciou solidárneho príspevku (odvod ako percento príjmu), nominálnym poisťným (fixná suma stanovená poisťovňou rovnaká pre všetkých jej poistencov) a spoluúčasťou pacientov; pokrýva „starostlivosť s výhľadom na uzdravenie“
- 3. doplnkové individuálne zdravotné poistenie** na zdravotnú starostlivosť, ktorá nie je pokrytá základným zdravotným poistením ani poistením mimoriadnych nákladov na zdravotnú starostlivosť; je financované poisťným, ktoré na základe rizikového profilu stanovuje poisťovňa individuálne pre každého poistenca.

ŠTRUKTÚRA TRHU

Väčšina **poskytovateľov zdravotnej starostlivosti** v Holandsku je v súkromnom vlastníctve. Väčšina organizácií, ktorá poskytuje zdravotnú starostlivosť, sú neziskové organizácie, pričom individuálni poskytovatelia zdravotnej starostlivosti zvyčajne pracujú s cieľom tvorby zisku. V Holandsku pracuje v zdravotníctve približne 1 milión

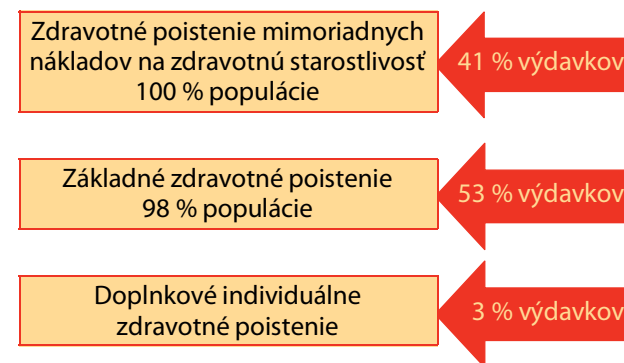
ľudí. Zdravotné poisťovne nemajú povinnosť uzatvoriť zmluvy so všetkými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti – môžu sa rozhodnúť nekontrahovať poskytovateľov s nízkou kvalitou a efektívnosťou.

Na trhu povinného zdravotného poistenia dnes v Holandsku pôsobí približne 30 **zdravotných poisťovní**,

príčom 4 najväčšie zdravotné poisťovne pokrývajú až 80 % trhu. Niektoré pôsobia na celom území Holandska, ostatné len v určitých regiónoch. Zdravotné poistenie poskytujú výhradne súkromné zdravotné poisťovne. Úlohou zdravotných poisťovní je úhrada nákladov za zdravotnú starostlivosť, pričom musia zabezpečiť, aby poistenec mal možnosť dostať zdravotnú starostlivosť, ktorú pokrýva jeho zdravotná poisťka.

Pokým do roku 2004 bola mobilita medzi zdravotnými poisťovňami veľmi nízka – len 2,4 % poistencov zmenilo zdravotnú poisťovňu v roku 2004, v prvom roku po reforme systému zdravotného poistenia (rok 2006) zmenilo zdravotnú poisťovňu 3 milióny ľudí z celkovej počtu cca 15,8 mil. ľudí (18 %).

Schéma 1: System zdravotného poistenia v Holandsku



Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva, sociálnych vecí a športu Holandského kráľovstva, 2006

Tabuľka 1: Charakteristika, rozsah a financovanie podľa typu zdravotného poistenia v Holandsku

Typ poistenia	Charakteristika	Rozsah	Financovanie
zdravotné poistenie mimoriadnych nákladov na zdravotnú starostlivosť	<ul style="list-style-type: none"> poistenec sa nemusí prihlásiť; povinnosť hradiť príspevok a nárok na úhradu mu vzniká automaticky, pokryva „nepoistiteľné riziká“ (dlhodobá chorá), plánuje sa postupný presun hradenej starostlivosti pod sociálnu starostlivosť a základné zdravotné poistenie. 	<ul style="list-style-type: none"> starostlivosť o domácnosť osobná starostlivosť ošetrovanie podporná pomoc aktivačná pomoc liečba ubytovanie 	<ul style="list-style-type: none"> príspevok z príjmu, ktorý priamo odvádza zamestnávateľ alebo inštitúcia poskytujúca príspevky, je stanovené ako percento príjmu podliehajúceho dani z príjmov v dvoch najnižších daňových pásmach; pre rok 2007 bol stanovený na 12,0 %, spoluúčast poistenca.
základné zdravotné poistenie	<ul style="list-style-type: none"> základné zdravotné poistenie, ktoré je povinné pre všetkých obyvateľov Holandska, poskytujú ho súkromné zdravotné poisťovne, poistenec si vyberá zdravotnú poisťovňu, ktorá má povinnosť poistiť každého, pokryva náklady na kuratívnu zdravotnú starostlivosť. 	<ul style="list-style-type: none"> medicínska starostlivosť paramedicínska starostlivosť ako psychoterapia, logopédia a diabetológia, stomatologická starostlivosť (do veku 18 rokov) lieky zdravotné pomôcky prijatie, liečba a ošetrovanie v nemocnici starostlivosť v tehotenstve a materstve doprava sanitkou, taxikom alebo verejnou dopravou 	<ul style="list-style-type: none"> odvody závislé na výške príjmu – sú odvádzané do Fondu zdravotného poistenia, z ktorého sú pridelované zdravotným poisťovňam na kompenzáciu rizikovej štruktúry poistného kmeňa <ul style="list-style-type: none"> zamestnanci – odvody vo výške 6,5 % z príjmu z maximálnym základom 30 000 EUR (t.j. maximálne ročné odvody: približne 2 000 EUR); zamestnávateľia majú povinnosť kompenzovať tento príspevok svojim zamestnancom, samosatne zárobkovo činné osoby a dôchodcovia – odvody vo výške 4,4 % z príjmu, ľudia poberajúci sociálne dávky – pre viac ako 5 miliónov poistencov odvádza príspevky Lokálny príjmový úrad z pridelených sociálnych dávok. nominálne poistné – platené priamo zdravotnej poisťovni, ktorá si sama stanovuje jeho výšku; musí byť rovnaké pre všetkých poistencov s rovnakým poistným plánom <ul style="list-style-type: none"> poistenci vo veku 18 rokov a viac – platia fixné poistné svojej zdravotnej poisťovni; poistenci s nízkym príjmom majú nárok na príspevok na zdravotné poistenie; priemerné nominálne poistné v roku 2007 bolo 1 103 EUR, poistenci do 18 rokov – neplatia nominálne poistné. spoluúčast poistenca
doplnkové zdravotné poistenie	<ul style="list-style-type: none"> nie je povinné, poskytujú ho súkromné poisťovne (nemusia poskytovať aj zdravotné poistenie), nemôže byť naviazané na povinnosť uzavrieť základné zdravotné poistenie sa v rovnakej poisťovni, nespadá pod sféru aktivít inštitúcií dohliada-júcich na zdravotný trh. 	<ul style="list-style-type: none"> zdravotná starostlivosť nepokrytá zdravotným poistením 	<ul style="list-style-type: none"> poistné stanovené zdravotnou poisťovňou, môže byť rôzne pre rôznych poistencov (s rôznymi rizikami)

Zdroj: Health Policy Institute, 2007

ZÁKLADNÉ ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Povinnosť uzavrieť zdravotné poistenie má každý, kto sa považuje za poistenca. Poistenie nevzniká automaticky tým, že človek splní kritériá stanovené zákonom, ale každý človek si musí vybrať poisťovňu a uzavrieť s ňou zmluvu o zdravotnom poistení. Každá zdravotná poisťovňa má zároveň povinnosť poistiť každého, kto ju o to požiada. Zmluva o zdravotnom poistení sa uzatvára na jeden kalendárny rok.

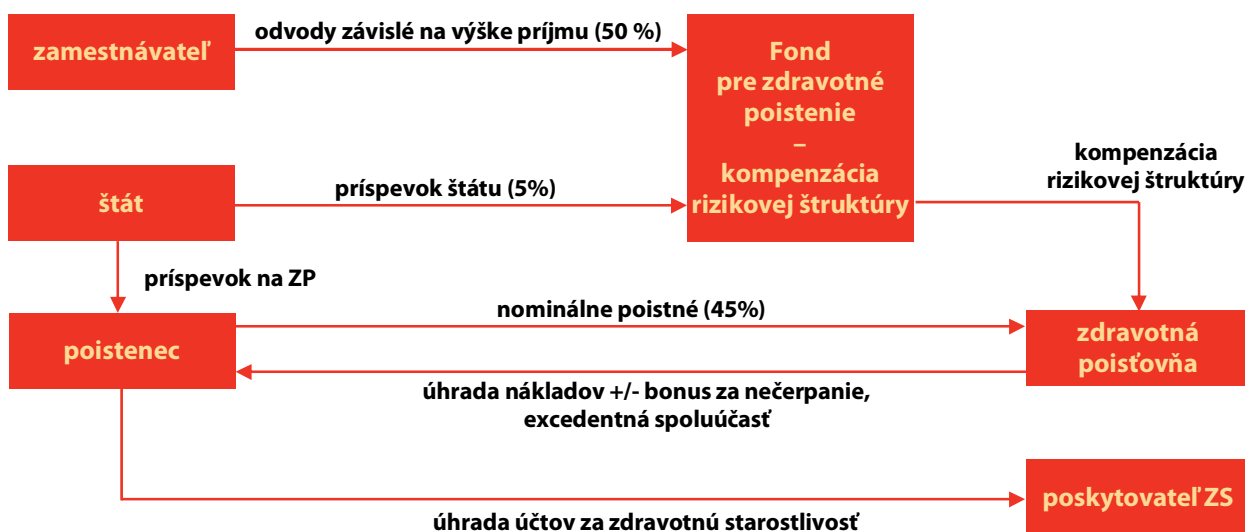
Na uľahčenie výberu zdravotnej poisťovne holandská vláda zriadila internetovú stránku (www.kiesBeter.nl), ktorá poskytuje celkový prehľad všetkých poskytovateľov zdravotného poistenia, informácie o ich poistných plánoch, poistných podmienkach a ponukách (ako typ poskytovaného zdravotného poistenia, poskytované služby, výška nominálneho poistného), ako aj porovnanie modelových zmlúv jednotlivých zdravotných poisťovní.

Každá zdravotná poisťovňa je **povinná akceptovať každého žiadateľa o zdravotné poistenie**, ktoré poskytuje v provincii, v ktorej žiadateľ žije alebo je zamestnaný. Zdravotná poisťovňa musí ponúknuť všetkým poistencom rovnaké pokrytie služieb pri tom istom poistnom pláne a podmienkach. Nemôže ani stanoviť rozdielnu výšku poistného pre klientov, ak im poskytuje rovnaký rozsah služieb, podľa osobných charakteristík ako vek, pohlavie alebo zdravotný stav. Riziková štruktúra kmeňa je kompenzovaná formou prerozdelenia poistných zdrojov.

FINANCOVANIE ZÁKLADNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Financovanie základného zdravotného poistenia je zabezpečené z troch zdrojov (**Schéma 2**):

- nominálne poistné (tvorí 45 % zdrojov, na hlavu cca 1100 EUR ročne, chudobní dostávajú od štátu príspevok na zdravotné poistenie),
- odvody závislé na výške príjmu (tvoria 50 % zdrojov, základná sadzba 6,5 %),
- štátny príspevok (tvorí 5 % zdrojov, štát platí za definovanú skupinu osôb bez vlastného príjmu).

Schéma 2: Financovanie základného zdravotného poistenia v Holandsku

Vysvetlivky: ZP – zdravotné poistenie, ZS – zdravotná starostlivosť

Zdroj: Ministerstvo zdravotníctva, sociálnych vecí a športu Holandského kráľovstva, 2006

Zdroj č. 1: Nominálne poistné

Všetci poistenci vo veku 18 a viac rokov sú povinní platiť nominálne poistné svojej zdravotnej poisťovni, pričom výška poistného nie je závislá na výške príjmu poistenca. Každá zdravotná poisťovňa si stanovuje výšku poistného samostatne. Poistné môže byť rôzne v závislosti od typu poistného plánu, ale musí byť rovnaké pre každého, kto si zvolí určitý poistný plán v danej poisťovni. Jedinou výnimkou je možnosť poskytnutia kolektívnej poistnej zmluvy. Pri takejto schéme môže zdravotná poisťovňa poskytnúť poistencom zľavu a to maximálne do výšky 10 % zo základného poistného stanoveného pre zvolený poistný plán.

Existencia nominálneho poistného poskytuje motív na poskytovanie efektívnej starostlivosti z dvoch dôvodov: zdravotná poisťovňa má možnosť odlišiť sa od svojich konkurentov na základe ceny a ak dokáže fungovať a nakupovať zdravotnú starostlivosť efektívne, môže ponúknuť atraktívnejšie ceny pre poistencov. Navyše výška zaplateného nominálneho poistného zlepšuje predstavu poistenca o výške nákladov za zdravotnú starostlivosť. Cieľom je motivovať poistenca, ktorý čerpá zdravotnú starostlivosť, ku kritickému postoju k jej cene a kvalite.

Zdroj č. 2: Odvody závislé na výške príjmu

Odvody závislé na výške príjmu sú povinné platiť všetci, ktorí majú povinnosť uzavrieť zdravotné poistenie. Tieto odvody pokrývajú 50 % celkových poistných zdrojov. Odvody závislé na výške príjmu sú v súčasnosti stanovené na 6,5 % z príjmu, pričom sa týkajú aj príjmov ako sú sociálne dávky. Poistencom, ktorí majú povinnosť uzavrieť zdravotné poistenie, ale nemajú príjem, stanovuje výšku odvodov Lokálny príjmový úrad.

Zdroj č. 3: Štátny príspevok

Štát financuje z verejných zdrojov nominálne poistné na zdravotné poistenie pre poistencov do 18 rokov.

PREROZDELENIE POISTNÉHO

Zdravotné poisťovne podstupujú finančné riziko pri poskytovaní služieb zdravotného poistenia – sú zodpovedné za vykonávanie zdravotného poistenia za štátom definovaných podmienok. Tieto podmienky stanovujú, že zdravotná starostlivosť má byť pre poistenca fyzicky aj finančne dostupná a v adekvátnej kvalite. **Povinnosť akceptovať každého poistenca a zákaz stanovovať rozdielne poistné v závislosti od rizikového profilu poistenca** obmedzuje voľný trh v oblasti základného zdravotného poistenia.

Prerozdelenie poistného minimalizuje nákladové rozdiely pre zdravotné poisťovne vyplývajúce zo zdravotných profilov poistencov. Neslúži však ku kompenzácii nákladových rozdielov, ktoré vyplývajú z efektivity nákupu zdravotnej starostlivosti, aby bolo pre poisťovňu nevyhnutné usilovať sa o nákup kvalitnej zdravotnej starostlivosti za primeranú cenu, aby si udržali výšku poistného na konkurenčnej úrovni.

Kompenzácia za rizikovú štruktúru kmeňa je vykonávaná na základe prerozdelenia mechanizmu, ktorý vychádza z charakteristík poistencov ako indikátorov pravdepodobných nákladov na zdravotnú starostlivosť. Model vyrovnávania rizika obsahuje parametre, ktoré korigujú rozdiely v zdravotnom stave na základe veku, pohlavia a iných objektívne merateľných charakteristík zdravotného stavu poistenca. **K vyrovnávaniu rizík dochádza v dvoch fázach, ako ex-ante a ex-post kompenzácia.**

BONUS ZA NEČERPANIE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Do roku 2007 existoval v Holandsku bonus za nečerpanie zdravotnej starostlivosti. Každý poistenec vo veku 18 rokov a viac, ktorý nečerpal alebo čerpal len obmedzené množstvo zdravotnej starostlivosti, mal nárok na vrátenie časti nominálneho poisteného v maximálnej výške 255 EUR za rok. Do tejto zdravotnej starostlivosti sa nezarátavala starostlivosť, ktorá je poskytovaná všeobecným lekárom, pôrodnou asistentkou a zdravotná starostlivosť v tehotenstve a materstve.

EXCEDENTNÁ SPOLUÚČASŤ

Bonus za nečerpanie zdravotnej starostlivosti bol od 1. 1. 2008 zrušený a nahradený **povinnou excedentnou spoluúčasťou vo výške 150 EUR za rok**. Excedentná spoluúčasť znamená, že všetky náklady na zdravotnú starostlivosť do stanovenej výšky uhradza poistenec a poisťovňa hradí náklady nad touto hranicou. **Ako protihodnotu poistenec od zdravotnej poisťovne získava zľavu na nominálnom poistnom.**

POISTNÉ PLÁNY

Poistenec má nárok na zdravotnú starostlivosť podľa dvoch základných poistných plánov, resp. ich kombináciou. Zdravotná poisťovňa poskytne plnenie poistencovi buď priamo poskytnutím zdravotnej starostlivosti, ktorú poistenec potrebuje (**naturálne plnenie**) alebo úhradou nákladov, ktoré vznikli poistencovi pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti (**finančné plnenie**) (**Schéma 3**).

Schéma 3: Základné poistné plány

1.
poistný plán s naturálnym plnením
Zdravotná poisťovňa poskytuje potrebnú zdravotnú starostlivosť prostredníctvom svojich vlastných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti alebo prostredníctvom poskytovateľov, s ktorými uzavrela zmluvu.
Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti dostáva úhradu nákladov priamo od poisťovne.
Poistenec si môže vybrať ktoréhokoľvek lekára alebo nemocnicu z vlastných alebo zmluvných poskytovateľov poisťovne. Ak poistenec chce, aby mu bola poskytnutá zdravotná starostlivosť u poskytovateľa, ktorý nemá zmluvu s jeho zdravotnou poisťovňou, zdravotná poisťovňa rozhodne o výške príspevku, ktorý poskytne poistencovi.
Týmto sa zabezpečí, aby zdravotná poisťovňa nebola nútená uhradiť starostlivosť v akejkoľvek cene. Avšak výška príspevku pre poistenca nemôže byť taká nízka, že by mu zabránila v získaní zdravotnej starostlivosti.

2.
poistný plán s finančným plnením
Pri poistnom pláne s finančným plnením dostane poistenec zdravotnú starostlivosť u poskytovateľa, s ktorým nemá poisťovňa žiaden zmluvný vzťah.
Poistenec sám uhradí poskytnutú zdravotnú starostlivosť a poisťovňa mu následne preplatí náklady.
Poistenec si môže zvoliť akéhokoľvek poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Ak zdravotná poisťovňa neposkytuje požadovanú zdravotnú starostlivosť u svojich vlastných alebo zmluvných poskytovateľov, má povinnosť na požiadanie poistenca mu pomôcť nájsť poskytovateľa, ktorý túto starostlivosť dokáže poskytnúť.
Zdravotná poisťovňa nemá právo stanoviť maximálnu úhradu, avšak nemá povinnosť uhradiť poistencovi viac ako je primeraná cena na väčšine trhu v Holandsku.

Zdroj: holandský zákon o zdravotnom poistení, 2006

Schéma 4: Manažment a dohľad nad zdravotným poistením

<p>1 Rada pre zdravotné poistenie (College voor zorgverzekeringen, CVZ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • dohliada nad manažmentom rozsahu hradenej zdravotnej starostlivosti poskytovaním jednoznačnej interpretácie hradeného balíka a vydávaním odporúčaní pre poskytovateľov. Rada referuje ministrom na jeho požiadanie o navrhovanej stratégii ohľadom povahy, obsahu a rozsahu balíka. Rada tiež upozorňuje ministra na požiadanie alebo z vlastnej iniciatívy o aktuálnom vývoji v medicíne, ktorý môže viesť k potrebe zmeniť rozsah balíka. • poskytuje informácie pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a verejnosť o povahe, obsahu a rozsahu balíka hradenej zdravotnej starostlivosti • podporuje harmonizáciu v spôsobe, akým je implementovaný Zákon o zdravotnom poistení a Zákon o mimoriadnych nákladoch na zdravotnú starostlivosť a vo vykonávaní politiky v iných oblastiach verejného zdravotníctva a sociálneho zabezpečenia • manažuje Fond zdravotného poistenia a Fond pre mimoriadne náklady na zdravotnú starostlivosť • poskytuje štátne granty a manažuje výdavky hradenej starostlivosti • vykonáva úlohy ako vyberanie a účtovníctvo finančných operácií za služby poskytnuté poistencom v zahraničí, pre ľudí žijúcich v zahraničí s nárokmi na úhradu zdravotnej starostlivosti podľa medzinárodných dohôd a pre cudzincov v Holandsku s právami podľa medzinárodných dohôd • vykonáva prerozdelenie poistenia • manažuje daň, ktorú platia odporcovia zdravotného poistenia namiesto príspevkov na zdravotné poistenie
<p>2 Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa)</p>	<p>Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou dohliada na dodržiavanie a implementáciu zákona o zdravotnom poistení v celom zdravotníckom sektore.</p>
<p>3 Centrálna banka Holandska (De Nederlandsche Bank, DNB)</p>	<p>Centrálna banka Holandska vydáva licenciu pre výkon poistenia a vykonáva dohľad nad integritou a solvenciou zdravotných poisťovní. Poisťovňa, ktorá je zaregistrovaná v inom členskom štáte EÚ, podlieha dohľadu regulačnej autority vo svojom vlastnom štáte</p>
<p>4 Úrad pre finančný trh (Autoriteit Financiële Markten, AFM)</p>	<p>Úrad pre finančný trh sleduje dodržiavanie základných požiadaviek, ktorý musia dodržiavať účastníci finančného trhu, aby mohli byť považovaní za zodpovedný distribučný kanál pre finančné produkty. Kľúčové otázky sú či zdravotná poisťovňa dostatočne informuje poistencov o ich možnostiach a výškach poistného za rôzne varianty poistných plánov. Úrad má moc monitorovať bezpečnosť transakcií s cieľom zabezpečiť svedomitú investíciu fondov organizácií ako sú zdravotné poisťovne.</p>
<p>5 Holandský protimonopolný úrad (De Nederlandse Mededingingsautoriteit, NMa)</p>	<p>Zákon o konkurencii reguluje všeobecný dohľad nad konkurenciou. Tento dohľad vykonáva Holandský protimonopolný úrad a sa týka zdravotných poisťovní aj poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.</p>
<p>6 Inšpektorát zdravotnej starostlivosti (De Inspectie voor de Gezondheidszorg, IGZ)</p>	<p>Inšpektorát zdravotnej starostlivosti vykonáva dohľad nad kvalitou zdravotnej starostlivosti, nad existujúcimi reguláciami a ako sú vnímaní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Inšpektorát monitoruje kvalitu zdravotnej starostlivosti poskytnutej zdravotníckymi pracovníkmi ako napríklad kontrola kompetentnosti vykonávaných medicínskych procedúr. Zároveň monitoruje napĺňanie kritérií kvality zameraných na efektívne poskytovanie adekvátnej starostlivosti v dostatočnom štandarde, ktoré napĺňajú pacientove potreby.</p>

Zdroj: holandský zákon o zdravotnom poistení, 2006

ROZSAH ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Zdravotné poistenie pokrýva esenciálnu zdravotnú starostlivosť. Starostlivosť sa posudzuje podľa jej preukázateľného účinku, nákladovej efektívnosti a potreby financovania z verejných zdrojov.

Zdravotný systém v Holandsku je organizovaný tak, aby redukoval priamy vplyv štátu na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. V rozsahu definovanom zákonom môžu mať všetci účastníci väčšiu slobodnú voľbu, väčšie východiskové možnosti a väčšiu mieru rozhodovania, ale zároveň aj väčšiu mieru zodpovednosti. Jedným z nástrojov, ktorý bol použitý na dosiahnutie tohto stavu, je „funkčný popis“ zdravotnej starostlivosti pokrytej v základnom balíku hradenej zdravotnej starostlivosti.

Funkčný popis znamená, že vláda stanovuje legislatívne požiadavky len na to, čo je nárokovateľné (t. j. obsah a šírka pokrytia) a kedy je to nárokovateľné (medicínske indikácie). Je potom zodpovednosťou zdravotnej poisťovne, aby rozhodla kto a kde zdravotnú starostlivosť poskytne. Poisťovňa je povinná zahrnúť tieto podmienky do zmlúv s poskytovateľmi. Zmluvy musia zároveň stanovovať procedurálne podmienky ako sú požiadavky na získanie povolenia, odporúčania a predpisu.

Funkčný popis poskytuje poisťencom, zdravotným poisťovním aj poskytovateľom rámec, na základe ktorého sa má vybudovať zdravotné poistenie spĺňajúce podmienky stanovené legislatívou. **To zodpovedá požiadavkám poisťencov, zdravotných poisťovní a poskytovateľov, aby sa zredukovalo centrálné rozhodovanie štátu a namiesto toho sa poskytl len podnety na organizovanie systému svojim vlastným spôsobom.**

MANAŽMENT A DOHĽAD NAD ZDRAVOTNÝM POISTENÍM

Dohľad nad zdravotným systémom vykonáva v Holandsku viacero inštitúcií (**Schéma 4**). Kľúčové postavenie medzi nimi má Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (Nederlandse Zorgautoriteit), ktorý vznikol 1. októbra 2006 a vykonáva dohľad nad poskytovateľmi aj nad zdravotnými poisťovňami.

ZÁVER

Cieľom zmien v holandskom zdravotnom systéme v posledných rokoch bolo zveriť verejnosti, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti ako aj zdravotným poisťovním väčšiu zodpovednosť, zvýšiť ich ekonomickú zodpovednosť ako aj zodpovednosť za dôsledky svojho konania v zmysle zdravotnej starostlivosti a poistenia. Úloha štátu by mala byť v zachovaní fyzicky aj ekonomicky dostupnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých najmä s ohľadom na starnutie populácie a zavádzanie nových nákladných technológií v medicíne.

ANGELIKA SZALAYOVÁ

LITERATÚRA:

1. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
2. College voor zorgverzekeringen: CVZ, independent guide on public health care insurance. College voor zorgverzekeringen 2006.
3. College voor zorgverzekeringen: Financieel jaarverslag 2006. College voor zorgverzekeringen 2007.
4. den Exter A., Hermans H., Doslijak M., Busse R.: Health Care Systems in Transition. Netherlands. The European Observatory 2004.
5. Ministry of Health, Welfare and Sport: Health Insurance in the Netherlands. Ministry of Health, Welfare and Sport 2004.
6. Ministry of Health, Welfare and Sport: Health Insurance in the Netherlands. The New Insurance System from 2006. Ministry of Health, Welfare and Sport 2005.
7. Nederlandse Zorgautoriteit: Strategy of the Dutch Healthcare Authority. Wet op de zorgtoeslag. Nederlandse Zorgautoriteit 2006.
8. Westert G. P., Verkleij H. (Ed.): Dutch Health Care Performance Report 2006. National Institute for Public Health and the Environment 2006.
9. Wet op het financieel toezicht
10. Wet marktordening gezondheidszorg
11. Zorgverzekeringswet
12. <http://www.cvz.nl/>
13. <http://www.dnb.nl/>
14. <http://www.kiesbeter.nl/>
15. <http://www.minfin.nl/>
16. <http://www.minvws.nl/>
17. <http://www.nza.nl/>
18. <http://www.zn.nl/>

Rámček 1: Základné údaje o Holandsku

Holandské kráľovstvo (Koninkrijk der Nederlanden) má 41 344 km² a 16,3 milióna obyvateľov. Je 12. najbohatšou krajinou z 30 krajín OECD. Má prosperujúcu a otvorenú ekonomiku, ktorá závisí najmä na zahraničnom obchode. Ekonomika sa vyznačuje stabilným industriálnym prostredím, miernou nezamestnanosťou a infláciou. Ekonomický rast sa významne spomalil v rokoch 2001-2005 ako súčasť globálneho ekonomického vývoja avšak v roku 2006 sa zrychlil takmer na 3 %.

Tabuľka 2: Základné makroekonomické ukazovatele v Holandsku s odhadom na nasledujúce roky, 1990-2008

	1990	1995	2000	2003	2004	2005	2006o	2007o	2008o
HDP v mil. EUR (s.c.)	243 652	305 261	417 960	476 945	489 854	505 646	528 109	554 195	581 306
Rast HDP v %	4,2	3,1	3,9	0,3	2,0	1,5	2,9	2,9	2,7
HDP per capita v tis. EUR (s.c.)	16,5	19,8	26,2	29,4	30,1	30,1	32,3	33,4	34,8
Priemerná miera inflácie v %	2,5	2,0	2,3	2,2	1,4	1,5	1,7	1,8	2,1
Miera nezamestnanosti (priemer v %)	5,9	6,6	2,9	3,7	4,6	4,7	3,9	3,2	3,1
Podiel bežného účtu na HDP v %	2,7	6,1	1,9	5,4	8,9	6,3	7,1	7,7	7,6
Populácia (v tis.)	14 952	15 424	15 926	16 225	16 276	16 311	16 345	16 617	16 704

Zdroj: International Monetary Fund, World Economic Outlook Database, 2007



Konferencia Health Policy Institute o stratégii financovania zdravotníctva do roku 2025

„Alternatívy financovania
zdravotníctva v dlhodobom
horizonte“

Karol Morvay
Ludovít Ódor
Zdenko Krajčír
Lucie Bryndová
Péter Mihályi

„Zodpovednosť politikov
za fiškálnu udržateľnosť
financovania zdravotníctva“

Martin Barto
František Palko
Pavel Hroboň
Gyula Kincses

Zdravie je luxus.

Vieme ako ho financovať?

10. apríl 2008, Bratislava

Registrácie na: www.konferencie.hpi.sk ■ e-mail: frisova@hpi.sk ■ tel.: +421 2 5464 3051



Mediálni partneri konferencie:



.týždeň

Intelligentné preklady s tradíciou

- « **Preklady a lokalizácia**
» prekladáme presne, bez chýb a s nadšením
- « **DTP služby**
» preložený materiál bude vyzeráť tak ako má
- « **Tlač**
» dostanete od nás hotový „výrobok“
- « **Jazykové mutácie a redizajn webstránok**
» Vaše webstránky „oblečíme“ do krásnych šiat
a naučíme ich hovoriť cudzími jazykmi
- « **B2B**
» služby pre prekladateľské agentúry

Cronica, s. r. o. (Ltd.)
Haanova 12, 851 04 Bratislava 5
tel. +421-2-6224-2096, +421-907-442-837
office@cronica.sk, www.cronica.sk



translation and localization services

Mesačný newsletter o zdravotnej politike **Into Balance** v elektronickej podobe (ako *.pdf súbor) si môžete v anglickej i slovenskej mutácii bezplatne objednať na e-mailovej adrese newsletter@hpi.sk, kde radi prijmeme aj Vaše pripomienky, názory a komentáre.

Ročné predplatné (12 čísel) tlačenej verzie newslettera vrátane poštovného stojí v rámci Slovenska 1500 Sk, do zahraničia 2000 Sk. Objednávkový formulár nájdete na www.hpi.sk.

Into Balance 2/2008

Obsah tejto publikácie je chránený autorským právom.

Bez súhlasu Health Policy Institute je jeho použitie možné len za podmienok fair use. Na použitie obsahu publikácie nad rámec fair use potrebujete výslovný súhlas Health Policy Institute (mailový kontakt: hpi@hpi.sk).

© Health Policy Institute, 2008 | Zodpovedný redaktor: Tomáš Szalay, Foto: Eva Konečná