

Obsah

SZP – najziskovejšia poisťovňa v prvom polroku 2007

MMF: v slovenskom systéme sú ešte rezervy

Platobná schopnosť zdravotných poisťovní

Dlh nemocníc voči Sociálnej poisťovni stúpol na 1,25 mld Sk

Massachusetts zavádza univerzálne poistenie

Ľavo-pravé zmeny v zdravotnom poistení v Nemecku

Patrí zisk do zdravotníctva?



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

Najziskovejšia poisťovňa v prvom polroku 2007: Spoločná zdravotná poisťovňa

Zdravotné poisťovne dosiahli v prvom polroku 2007 kumulatívny zisk 948 mil. Sk. Až 92,3 % kladného hospodárskeho výsledku vytvorili štátne zdravotné poisťovne, podiel súkromných zdravotných poisťovní predstavoval zvyšných 7,7 %. Nižšiu ziskovosť súkromných zdravotných poisťovní ovplyvnilo viacero faktorov. Kladný hospodársky výsledok dosiahli v sledovanom období len ZP Dôvera (191 mil. Sk) a ZP Apollo (118 mil. Sk). Stratové bolo naopak hospodárenie ZP Union (-176 mil. Sk) a Európskej zdravotnej poisťovne (-60 mil. Sk), ktoré pôsobia na trhu zdravotného poistenia veľmi krátko a odpisujú vysoké akvizíčné náklady spojené so vstupom na trh. V porovnaní s predchádzajúcim rokom stúpili výdavky na zdravotnú starostlivosť ZP Dôvera o 18,0 % a ZP Apollo o 15,4 %.



Najväčšia zdravotná poisťovňa – Všeobecná zdravotná poisťovňa (VŠZP) dosiahla za prvých 6 mesiacov tohto roku len symbolický zisk na úrovni 22 mil. Sk a to najmä v dôsledku 18 % rastu nákladov. Naopak druhá štátna poisťovňa – Spoločná zdravotná poisťovňa (SZP) dosiahla v rovnakom období suverénne najvyšší zisk na úrovni 853 mil. Sk. Taký vysoký hospodársky výsledok nedosiahla v novodobej histórii zdravotného poistenia (po transformácii zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti) žiadna iná zdravotná poisťovňa. **Úspešné hospodárenie SZP v kontexte nízkeho zisku VŠZP je vážnym dôvodom na zamyslenie, či by nestálo za to opätovne, dôsledne a detailne zanalyzovať nateraz zavrhnuté zlúčenie týchto štátnych poisťovní.**

MICHAL GAJDZICA

Tabuľka: Hospodárenie zdravotných poisťovní v prvom polroku 2007

Ukazovateľ	VŠZP	SZP	Apollo	Dôvera	Union	EZP	Spolu
Príjmy (v mil. Sk)	26 280	6 689	4 177	6 159	2 416	378	46 099
Výdavky (v mil. Sk)	26 048	4 978	4 065	5 635	1 714	284	42 724
Výnosy (v mil. Sk)	32 132	7 900	4 207	6 754	2 648	419	54 060
Náklady (v mil. Sk)	32 110	7 047	4 090	6 563	2 825	478	53 112
Hospodársky výsledok (v mil. Sk)	22	853	118	191	-176	-60	948
Priemerný počet poistencov	2 967 286	599 591	447 046	769 161	455 657	71 829	5 310 570
Príjmy na 1 poistenca	8 857	11 156	9 344	8 007	5 323	5 267	8 684
Výdavky na 1 poistenca	8 778	8 302	9 093	7 326	3 776	3 947	8 048
Výnosy na 1 poistenca	10 829	13 176	9 411	8 781	5 811	5 828	10 180
Náklady na 1 poistenca	10 821	11 753	9 149	8 533	6 200	6 656	10 001
Zisk na 1 poistenca	7	1 423	263	248	-386	-828	179

Zdroj: SITA a zdravotné poisťovne

6. septembra oznámil minister zdravotníctva po stretnutí so zástupcami Asociácie dodávateľov liekov, že ministerstvo plánuje od januára budúceho roku zaviesť regresívnu maržu na lieky. V prvom roku si od toho sľubuje úsporu vo výške približne 300 až 400 miliónov korún.

MONITORING SEPTEMBER 2007

10. septembra navrhla Národná banka Slovenska, aby povinnosť vykonávať ročné zúčtovanie zdravotného poistenia mali priamo zdravotné poisťovne, nie platitelia poistného.

11. septembra informoval Igor Dorčák, predseda Združenia zdravotných poisťovní, že pod petíciu za pluralitné a rovnoprávne zdravotníctvo sa ku dňu ukončenia petície (7. septembra) podpísalo viac ako 159 tis. občanov.

13. septembra posunuli poslanci národnej rady do druhého čítania vládny návrh novely zákona o zdravotných poisťovniach.

13. septembra zverejnila Spoločná zdravotná poisťovňa výsledky hospodárenia za prvý polrok 2007. Poisťovňa dosiahla ku koncu júna 2007 zisk vo výške 853 miliónov korún.

13. septembra informoval podpredseda strany ĽS-HZDS Milan Urbáni, že hnutie bude presadzovať transformáciu nemocníc na zamestnanecké akciové spoločnosti.

MMF: Existuje priestor pre zvyšovanie finálnych cieľov bez zvyšovania objemu zdrojov

Štúdia: Verhoeven, M., Gunnarsson, V., Lugaresi, S.: The Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform, WP/07/226, IMF, September 2007

Odkaz: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp07226.pdf>

Podľa štúdie Medzinárodného menového fondu (autori Verhoeven, Gunnarsson a Lugaresi), ktorá hodnotí zdravotný systém na Slovensku z pohľadu efektívnosti a reforiem, stále existuje priestor pre zvyšovanie finálnych cieľov bez zvyšovania objemu zdrojov. Nízka efektívnosť sa objavuje pri transformácii disponibilných vstupov na finálne ciele (**Schéma 1**).

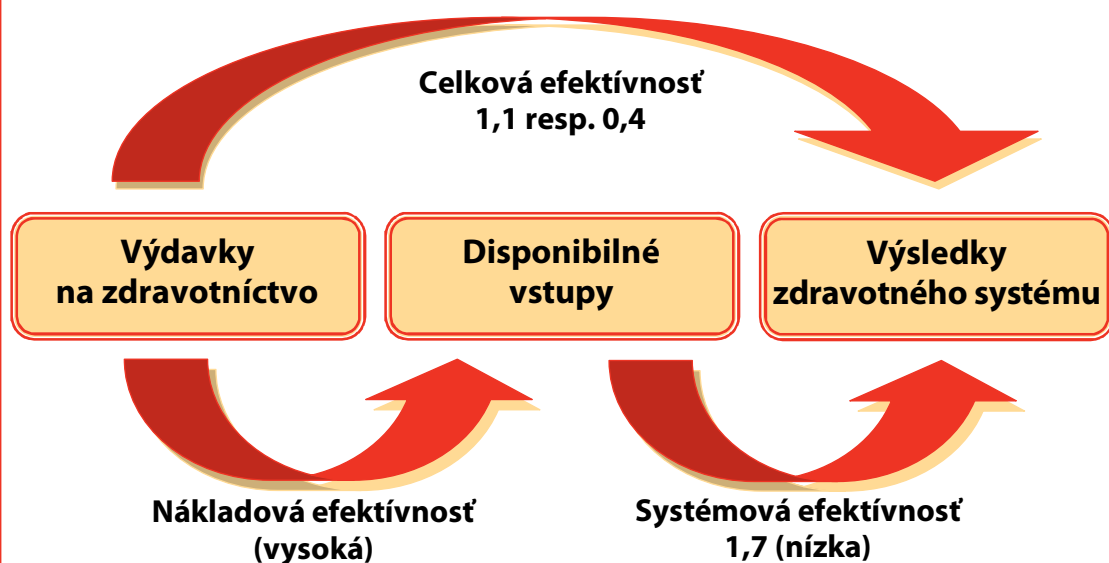
Znamená to, že disponibilné vstupy (ľudská práca, odpisy, počet postelí, počet lekárov, ...) síce produkujeme nákladovo efektívne, avšak systémová efektívnosť, ktorá vyjadruje transformáciu týchto vstupov je nízka. Dôvodom je podľa štúdie zastaralý štandard v nemocniciach, či nedostatočná vzdelanosť našich lekárov.

Autori štúdie nám s cieľom zvýšenie efektívnosti odporúčajú prijať nasledovné opatrenia:

- Zdržanlivosť vo výdavkoch na lieky
- Znížiť odkázanosť na nemocnice
 - Redukovať postele
 - Zaviesť tvrdé rozpočtové obmedzenia na nemocnice
 - Naštartovať privatizáciu nemocníc
- Opätovné zavedenie poplatkov u lekára a v nemocniciach
- Podporovanie konkurencie a nákladovej efektívnosti
 - Podpora nákladovej efektívnosti u lekárov
 - Definovanie striktniejšieho základného balíka
 - Zvýšenie sily Protimonopolného úradu a posilnenie nezávislosti UDZS
 - Strániť sa zavádzania nových obmedzení na tvorbu zisku súkromných zdravotných poisťovní

PETER PAŽITNÝ

Schéma 1: Efektívnosť slovenského zdravotníctva



1,0 = krajina je efektívna ako priemer OECD, ak je číslo vyššie, efektívnosť klesá

Zdroj: Verhoeven, Gunnarsson a Lugaresi: The Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform
Poznámka: celková efektívnosť pri transformácii verejných zdrojov na výstupy dosiahla 1,1. Pri započítaní súkromných zdrojov sa zvýšila na 0,4.

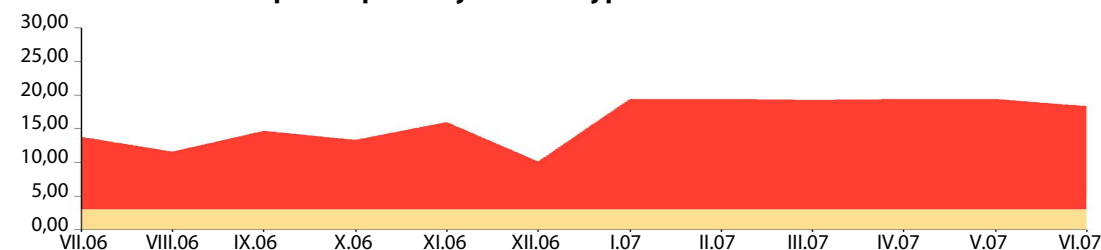
Platobná schopnosť zdravotných poisťovní

Kritérium minimálnej miery platobnej schopnosti plnilo v prvom polroku 2007 všetkých šesť zdravotných poisťovní. Miera platobnej schopnosti sa však nevyvíjala u všetkých zdravotných poisťovní rovnako. Dve nové zdravotné poisťovne ZP Union a Európska zdravotná poisťovňa dosahovali najvyššiu mieru platobnej schopnosti. Údaje za tieto poisťovne sú však vzhľadom k tomu, že na trhu zdravotného poistenia pôsobia len 6 mesiacov, s ostatnými poisťovňami neporovnateľné. V porovnaní s predchádzajúcim obdobím vzrástla miera platobnej schopnosti Spoločnej zdravotnej poisťovne a. s. (SZP), ktorá

v prvom polroku 2007 oscilovala medzi 18,32 % – 19,39 %. V tom istom období naopak klesla platobná schopnosť ZP Dôvera a. s., pričom v júni 2007 dosahovala 24,82 %. Stabilne sa vyvíjala platobná schopnosť zdravotnej poisťovne Apollo, ktorá od januára do júna 2007 kulminovala v pásme 21,28 % – 22,47 %. Najnižšiu mieru platobnej schopnosti v uvedenom období dosahovala Všeobecná zdravotná poisťovňa a. s., pričom jej priemerná hodnota za prvý polrok 2007 predstavovala 4,81 %.

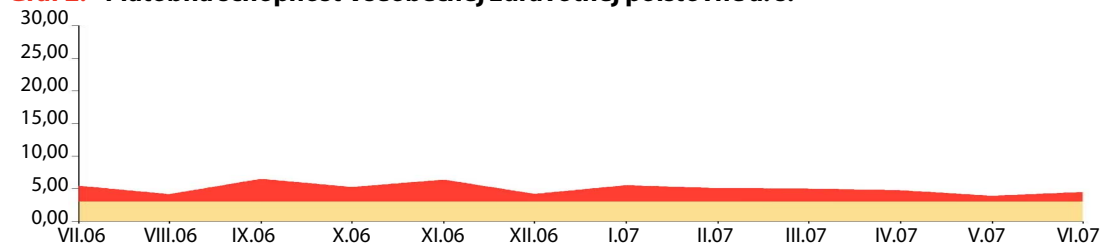
MICHAL GAJDZICA

Graf 1: Platobná schopnosť Spoločnej zdravotnej poisťovne a. s.



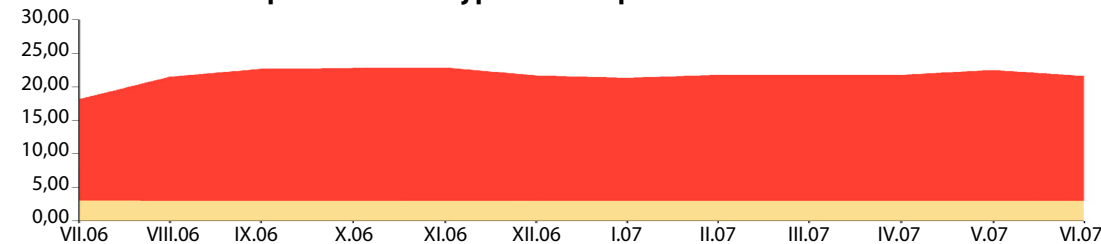
Zdroj: Spoločná zdravotná poisťovňa a. s.

Graf 2: Platobná schopnosť Všeobecnej zdravotnej poisťovne a. s.



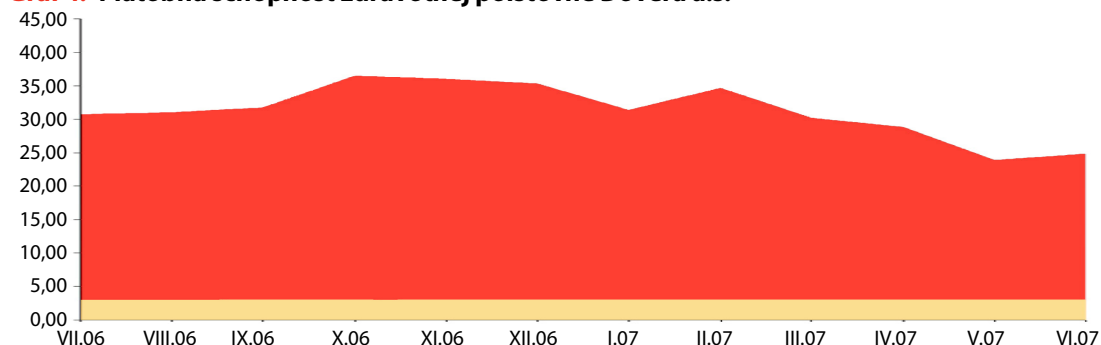
Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Graf 3: Platobná schopnosť zdravotnej poisťovne Apollo a. s.



Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Graf 4: Platobná schopnosť zdravotnej poisťovne Dôvera a.s.



Zdroj: ZP Dôvera a. s.

14. septembra vypísalo ministerstvo financií verejnú súťaž na vytvorenie centrálného informačného systému pre program transplantácie orgánov, tkanív a buniek na Slovensku. Rozhodovať bude cena, ktorá sa odhaduje na približne 350 tisíc eur bez DPH.

17. septembra upustilo ministerstvo zdravotníctva od návrhu na zrušenia výhrady svedomia pre lekárov.

17. septembra sa Hospodárska a sociálna rada na svojom zasadnutí nezhodla ani na jednom z predložených návrhov noviel zdravotníckych legislatívnych noriem.

19. septembra vláda schválila návrh novely zákona o zdravotnej starostlivosti, ktorá opätovne zavádza lekárske obvody. Vláda schválila aj novelu zákona o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, ktorá ruší povinnosť transformácie nemocníc na akciové spoločnosti. Schválený bol aj návrh novely zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti.

24. septembra informoval Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, že ročné zúčtovanie zdravotného poistenia malo podať 506 tisíc poistencov, túto povinnosť si nesplnilo vyše 80 tisíc z nich.

26. septembra schválila vláda novelu zákona o zdravotnom poistení. Podľa tejto novely by ročné zúčtovanie poistného na budúci rok nemali podávať niektoré skupiny poistencov, ako napríklad študenti alebo starobní dôchodcovia. Novela by podľa návrhu mala platiť od januára budúceho roka.

Vykazovaný dlh zdravotníckych zariadení voči Sociálnej poisťovni stúpol na 1,25 mld. Sk

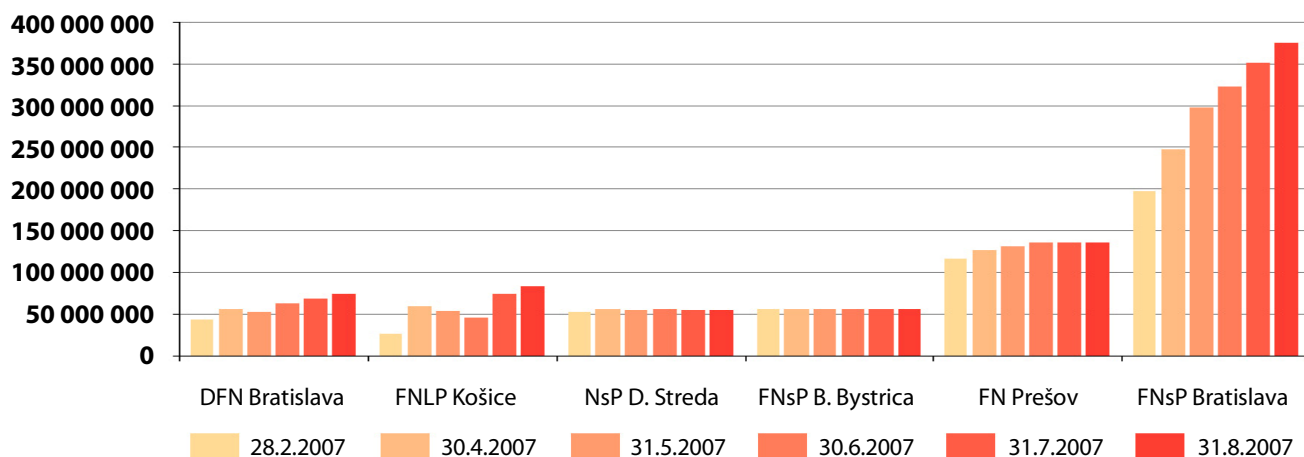
Suma záväzkov zdravotníckych zariadení voči Sociálnej poisťovni predstavovala ku koncu augusta 2007 1,25 mld. Sk (istina 1,19 mld. Sk a predpísané penále 55 mil. Sk). Od 1.1.2006 do 31.8.2007 stúpol dlh štátnych zdravotníckych zariadení z 450 mil. Sk na 814 mil. Sk (65,4 % z celkového záväzku). Zadlženie zariadení v pôsobnosti miest a vyšších územných celkov resp. zariadení, ktoré majú právnu formu neziskových organizácií, v uvedenom období kleslo z 624 mil. Sk na 431 mil. Sk. Najväčším dlžníkom ostáva Fakultná nemocnica v Bratislave so záväzkom voči Sociálnej poisťovni vo výške 374 mil. Sk. Okrem rožňavskej nemocnice

nie je medzi dlžníkmi Sociálnej poisťovne žiadne iné zdravotnícke zariadenie, ktoré má formu akciovej spoločnosti. Dlž zdravotníckych zariadení s právnou formou neziskových organizácií predstavuje 43,4 mil. Sk.

V záväzkoch zdravotníckych zariadení voči Sociálnej poisťovni však nie je zohľadnené tzv. penále nepredpísané právoplatnými rozhodnutiami v sume 1,62 mld. Sk. Po jeho predpísaní by tak celková zadlženosť zdravotníckych zariadení voči Sociálnej poisťovni mohla stúpnuť až na 2,87 mld. Sk.

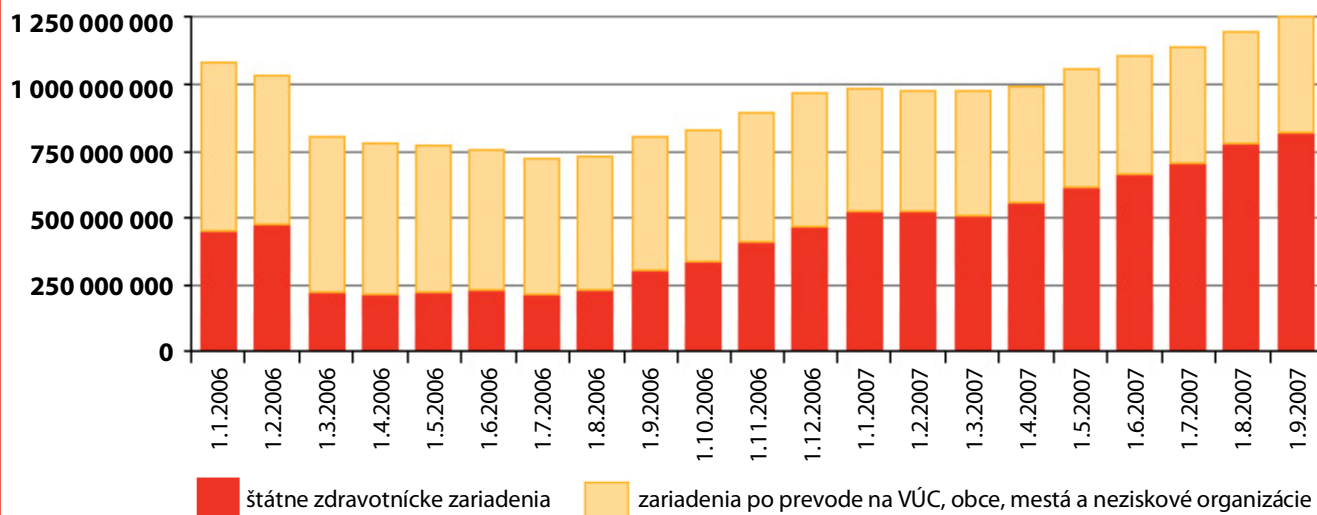
MICHAL GAJDZICA

Graf 1: Vývoj pohľadávok Sociálnej poisťovne voči najzadlženejším zdravotníckym zariadeniam (v Sk)



Zdroj: Sociálna poisťovňa, 2007

Graf 2: Vývoj dlhu zdravotníckych zariadení voči Sociálnej poisťovni (v Sk)



Zdroj: Sociálna poisťovňa, 2007

Massachusetts zavádza novú formu univerzálneho poistenia v USA

Systém zdravotného poistenia v USA je historicky odlišný od systémov v európskych štátoch. Spojené štáty americké sú totiž jednou z 3 krajín OECD, ktoré nemajú univerzálne zdravotné poistenie (Turecko a Mexiko sú ďalšie dve).¹⁾ Poistenie je hlavne založené na tzv. dobrovoľnom poistení. Obyvatelia majú možnosť si zakúpiť zdravotnú poisťku s rôznym stupňom pokrytia, niekedy s čiastočnou podporou zamestnávateľa. Systém poskytuje starostlivosť pre starších občanov, chudobných (najmä deti), pacientov na dialýze, invalidov, ako aj pre vojnových veteránov, a to prostredníctvom federálnych a štátnych programov, ako napr. Medicare, Medicaid či Veterans Administration, financovaných z daní.

Poistenie je v USA dobrovoľné, a preto asi 14,8 % percent obyvateľstva (9,8 % detí do 18 rokov) je z rôznych príčin nepoistených.²⁾ Časť populácie je v situácii, keď sa na jednej strane nekvalifikujú pre programy pre najchudobnejšiu populáciu, ale súčasne nie sú schopní alebo ochotní si platiť vysoké poplatky za poistenie.

Poistenie je pomerne drahé a cena sa z roka na rok zvyšuje. Aj tí, čo majú poisťku, si každoročne priplácajú viac. Z týchto dôvodov sa čoraz častejšie stáva univerzálne zdravotné poistenie politickým programom amerických politikov. Blížiac sa prezidentské voľby v novembri 2008 sú toho príkladom.

REFORMA V MASSACHUSETTS

Pokusov zaviesť univerzálny systém poistenia bolo v histórii USA už niekoľko. Z najnovších a najzaujímavejších uvádzame program v štáte Massachusetts.

V marci 2006 tam bolo okolo 497 900 obyvateľov nepoistených, čo predstavovalo asi 10,3 % percenta obyvateľstva.³⁾ Keďže nemocnice sú povinné poskytnúť urgentnú starostlivosť každému bez ohľadu na poistenie, mnoho nepoistených riešilo situáciu tak, že namiesto návštevy lekára primárnej starostlivosti využívali centrálny príjem nemocníc. Nemocnice museli takto znášať náklady na starostlivosť nepoistených. Na tieto účely bol vytvorený špeciálny fond v sume 600 miliónov dolárov ročne.⁴⁾ Tento fond sa zvyčajne vyčerpá rýchlo v priebehu roka a nestačí pokryť všetky náklady. Preto sa tento problém stal dôležitou politickou témou. Nakoniec exekutíva a parlament štátu Massachusetts dospeli k dohode.

V roku 2006 bol projekt univerzálneho poistenia schválený, účinnosť nadobudol od 1. júla 2007. Podstatou tohto programu je, že **každý občan je povinný byť poistený na základe individuálnej zodpovednosti**, t. j. každý je sám zodpovedný za zakúpenie zdravotného poistenia. Súčasťou plánu je, že **štát ponúkol ako pomoc vládne granty na zabezpečenie poistenia pre socioekonomicky najslabšiu časť populácie**.

Massachusetts, USA



rozloha: 27 336 km²
počet obyvateľov: 6 437 193
hlavné mesto: Boston
(590 tis. obyv., s predmestiami 4,4 mil.)
medián príjmu domácností: 56 592 USD

(Zdroj: wikipedia.org, dáta za rok 2006)



CHARAKTERISTIKA REFORMY

Od 1. júla 2007 je základné zdravotné poistenie v štáte Massachusetts povinné pre všetkých občanov štátu. V júni 2007 bol schválený minimálny štandard – **základný balík**. Zahŕňa preventívnu starostlivosť, primárnu a špecializovanú ambulantnú starostlivosť, akútnu medicínu, nemocničnú starostlivosť, psychiatrickú starostlivosť a lieky.

Program stanovuje najvyššie **deductible** (typ spoluúčasti – prvá čiastka, ktorú poistenec musí zaplatiť z vlastných zdrojov, kým začne jeho poisťovňa platiť). Tu bolo určené ročné maximum 2 000 dolárov pre jednotlivca a 4 000 dolárov pre rodinu; a tiež **limit na celkové doplatky** (*out of pocket expenses*) na 5 000 dolárov ročne pre jednotlivca a 10 000 dolárov pre rodinu. Tieto limity platia len ak poistenec použije služby v sieti určenej jeho poisťovňou. Z dôvodu stimulovania preventívnych prehliadok má každý poistenec umožnené ročne tri preventívne prehliadky (rodina šesť) predtým ako sa uplatní **deductible**.

Poisťka na pokrytie výdavkov na lieky bude platná až v roku 2009. Pri nej bude **deductible** 250 dolárov na jednotlivca a 500 dolárov na rodinu na rok.

Základný balík je platný pre každého občana, ktorý je poistený v ktorejkoľvek poisťovni. **V prípade nepoistenia sa hrozia občanom štátu Massachusetts finančné sankcie.**

PARTICIPUJÚCE ZDRAVOTNÉ PROGRAMY

1. Program Medicaid (MassHealth)

Hoci Medicaid je určený pre populáciu s veľmi nízkym príjmom, nie všetci chudobní sú automaticky pokrytí; musia totiž patriť do niektorej z uvedených kategórií:

Pokrytá populácia

- rodiny s deťmi do 19 rokov s veľmi nízkym príjmom a majetkom
- tehotné ženy a deti do 6 rokov s nízkym príjmom
- deti do 19 rokov
- ľudia s postihnutím alebo nad 64 rokov s veľmi nízkym príjmom
- určité skupiny legálnych prisťahovalcov
- dlhodobo nezamestnaní
- dospelí, pracujúci pre kvalifikujúceho zamestnávateľa
- HIV pozitívni
- dospelí nad 65, ktorí sa starajú o deti pod 19 rokov
- invalidi pracujúci do 40 hodín týždenne
- jedinci, ktorí vyžadujú dlhodobú starostlivosť.

Rozsah pokrytia zdravotnej starostlivosti

- nemocničná starostlivosť vrátane návštevy centrálného príjmu
- ambulantné centrá – pediatria, interná medicína, gynekológia a pôrodnictvo, zdravotnícke informácie, sociálne služby, dietológ, audiologické vyšetrenie, dentálna starostlivosť, EKG, laboratórne vyšetrenia, špecializovaná starostlivosť ako kardiológia, neurológia a pod., psychiatrická starostlivosť vrátane psychologických testov, lieky, rehabilitácia, RTG, logopédia a vyšetrenie zraku, očkovanie.
- preventívna, diagnostická a terapeutická starostlivosť pre deti do 21 rokov.
- plánovanie rodičovstva – lekárske vyšetrenie, onkoster, laboratórne testy, antikoncepcia, a konzultácie.
- zubná starostlivosť – pre deti do 21 rokov zahŕňa starostlivosť potrebnú pre prevenciu a liečbu ochorení zubov. Jedinci nad 21 rokov za špeciálnych podmienok majú pokrytie podobne ako deti do 21 rokov. Pokiaľ však nespĺňajú špeciálne podmienky, tak majú pokryté len akútne prípady, exodontickú starostlivosť, stomatochirurgiu a určité RTG vyšetrenia.
- ošetrovateľská starostlivosť.
- laboratórne a RTG vyšetrenia ordinované lekárom, zahrňujúce mikrobiologické, sérologické, biochemické, hematologické, cytologické, imunologické, histologické vyšetrenie a radioimunoassay.
- starostlivosť počas tehotenstva a do 60 dní po pôrode.

Pokryté sú tiež očné vyšetrenia, lieky, psychológia, psychiatria, logopédia, odvykanie fajčenia, rehabilitácia, zdravotné pomôcky, vyšetrenie sluchu, prevoz do zdravotníckeho zariadenia sanitkou.

2. Program Medicare

Pokrytá populácia

Federálny program pre obyvateľov starších ako 65 rokov, mladší ako 65 len s určitým zdravotným postihnutím a pacienti na dialýze. Občania su povinní sa prihlásiť do programu (nie sú prihlásení automaticky).

Rozsah pokrytia zdravotnej starostlivosti

Zložitý systém- má 4 časti:

Medicare A – Nemocničná starostlivosť

Medicare B – Ambulantná starostlivosť

Medicare C – Medicare Advantage plány – poskytnutie Medicare A a B, príp. D cez súkromné poisťovne

Medicare D – pokrytie liekov

Doplatky: Časť A ani B nepokrývajú všetky výdavky, Existuje *premium*, *deductible*, *coinsurance* a *co-pay*. **Premium** je suma, ktorú pacient platí mesačne za to, že je poistený. **Deductible** je určitá suma, zvyčajne na rok, ktorú musí najprv pacient zaplatiť, aby začala poisťovňa uhrádzať náklady. **Coinsurance** je určité percento z poistnej udalosti, ktorú pacient musí zaplatiť. Pri poistnej udalosti sa teda najskôr uplatní *deductible* a nad túto sumu pacient platí určité percento (*coinsurance*) a poisťovňa zaplatí zvyšok. **Co-pay** je presne určená suma, ktorú pacient zaplatí pri každej zdravotnej udalosti a zvyšok platí poisťovňa.

Za časť C a D môžu, ale nemusia byť doplatky.

3. Program Detská zdravotná istota (Children's Medical Security Plan)

Pokrytá populácia

Deti do 19 rokov, ktoré nie sú poistené a nekvalifikujú sa na poistenie cez MassHealth. Vyžaduje poplatky, ktoré závisia od rodinného príjmu – mesačné poplatky a *co-pay* (fixná suma, ktorú pacient zaplatí pri každej návšteve lekára). Problém - aj keď pacient sa môže kvalifikovať, nemusia byť dostatočné fondy na platby.

Rozsah pokrytia zdravotnej starostlivosti

Preventívne prehliadky, ambulantná starostlivosť, laboratórne vyšetrenia, RTG vyšetrenia, vyšetrenia sluchu, očné vyšetrenia, plánované rodičovstvo, špeciálne konzultácie, zavedenie ušných trubičiek, zdravotnícke pomôcky, ambulantná psychiatrická starostlivosť, liečba drogovej závislosti, lieky do 200 dolárov na rok, zubná starostlivosť do 750 dolárov na rok.

Program nepokrýva: nemocničnú starostlivosť, prevoz sanitkami, akútnu starostlivosť, niektoré zubné zákroky.

4. Špeciálne federálne programy pre špeciálne skupiny ako vojnoví veteráni (Veterans Administration), Indiáni a pod.

5. Program Tricare – vojenská poisťovňa, pokrýva vojakov aj na penzii a v zálohe, rovnako ich manželky a slobodné deti, ako aj vdovy a vdovcov vojakov.

6. Verejnoprospešný program zdravotného poistenia (Commonwealth Care Health Insurance Program) je novým programom. Jeho financovanie je cez súbor vládou platených grantov.

Pokrytá populácia

Občanom štátu Massachusetts nad 19 rokov s nízkym ročným príjmom (do výšky 300 % oficiálnej hranice chudoby) bude umožnené, aby si mohli zakúpiť zdravotné poistenie. Občania s ročným príjmom do 150 % oficiálnej hranice chudoby nemusia platiť žiadny mesačný poplatok, ten však musia platiť tí s príjmom v rozpätí 151-300 % oficiálnej hranice chudoby.

Rozsah pokrytia zdravotnej starostlivosti

Zakladný balík, t. j. zahŕňa preventívnu starostlivosť, primárnu a špecializovanú ambulantnú starostlivosť, akútnu medicínu, nemocničnú starostlivosť, psychiatrickú starostlivosť a lieky.

Pokrytie je realizované prostredníctvom 4 poisťovní typu HMO (Health Maintenance Organization), s ktorými štát Massachusetts podpísal zmluvné dohody.

ĎALŠIE ZMENY V RÁMCI REFORMY SYSTÉMU

1. Reforma systému poisťovní. Ide o umožnenie spoločného postupu jednotlivcov a firiem s malým počtom zamestancov pri vyjednávaní so zdravotnými poisťovňami, čím by sa mala znížiť cena poistenia pre účastníkov.

2. Bol zriadený nový úrad – Verejnoprospešné centrum zdravotných poisťovní (Commonwealth Health Insurance Connector), ktorého úlohou je sprostredkovanie prepojenia občanov s poisťovňami. Tu si môžu zakúpiť poisťky jednotlivci a malí zamestnávateľia z malých firiem pre svojich zamestnancov. Centrum poskytuje rôzne poistné plány, vrátane menej finančne náročných pre 19- až 26-ročných.

3. Zamestnávateľia s 11 a viac zamestnancami sú povinní ponúknuť možnosť zakúpiť si zdravotnú poisťku cez zamestnávateľa alebo zaplatiť až do výšky 295 dolárov ročne štátu za každého zamestnanca. Rovnako sa im ukladá povinnosť poskytnúť zamestnancom tzv. Cafeteria Plan. Ide o možnosť strhnúť časti hrubej mzdy do osobného účtu pre zdravotné výdavky na platby co-pay a pod. (ročný limit je 5 000 dolárov, pričom nevyužitie prostriedkov v danom kalendárnom roku prepadnú štátu).

Tabuľka 1: Pokrytie občanov štátu Massachusetts z verejných zdrojov

Skupina	Hranica príjmu (vzhľadom na oficiálnu hranicu chudoby)
Deti	300 %
Tehotné ženy	200 %
Rodičia	133 %
Invalidi	74 %

PROBLÉMY

Zavedenie univerzálneho zdravotného poistenia je novým prvkom umiestneným do zložitého systému amerického zdravotného poistenia, a preto je jeho realizácia veľmi komplikovaná. Za posledných 14 rokov sa pokúsili zaviesť univerzálne poistenie aspoň tri štáty USA, ale ani jeden z nich zatiaľ neuspel.

Dodržiavanie povinného poistenia má byť kontrolované cez **systém finančných sankcií pre nepoistených**. Každý, kto bude na konci roku 2007 nepoistený a nebude mať výnimku, nedostane osobný odpočet z daňového základu a v ďalších daňových rokoch musí zaplatiť pokutu vo výške polovičnej ceny najnižšieho poistenia. Existuje však obava, že mnohí ľudia si vyberú túto možnosť, pretože je lacnejšia ako platiť poisťku.

Z ekonomického hľadiska je dôležité zahrnúť do poistenia skupinu mladých dospelých, pretože hoci sú ich poisťky lacnejšie, zvyčajne nebývajú chorí, a preto vlastne finančne prispievajú na starších/viac chorých obyvateľov. Pre mladých ľudí – študentov však aj suma okolo 200 dolárov mesačne môže byť finančným problémom, a preto mnohí z nich ostávajú nepoistení.

Už teraz sa vie o skupine obyvateľov tesne nad štátom určenou hranicou pomoci, ktorí budú mať výnimku, pretože nespádajú do pomocného programu, ale súčasne nie sú schopní si uhradiť poisťku.

Ďalším faktorom je každoročne sa zvyšujúca cena zdravotných nákladov a zdravotného poistenia, čo sa môže stať problémom aj pre iné skupiny obyvateľstva.

Posledné výsledky z výskumu Úradu pre sčítanie ľudu Census Bureau hovoria v neprospech reformy. Menej ako jedna štvrtina nepoistených obyvateľov sa poistila.⁵⁾ Predpokladá sa totiž, že aj tento podiel nepoistených je zmenšený o pokles počtu zamestnaneckých poistencov, ktorý každoročne klesá.

SILVIA HNILICOVÁ

- 1) Docteur, Elizabeth (2003-06-23). **Reforming Health Systems in OECD Countries** (PDF). *Presentation, OECD Breakfast Series in Partnership with NABE*, page 20. OECD. Retrieved on 2007-07-11.
- 2) **Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey, 2006** (PDF, 16 pages, 352 KB)
- 3) http://www.businessweek.com/investor/content/apr2006/pi20060404_152510.htm
- 4) <http://www.opinionjournal.com/editorial/feature.html?id=110008213>
- 5) Steffie Woolhandler and David U. Himmelstein, Health reform failure, the Boston Globe, September 17, 2007

Ľavo-pravé zmeny v zdravotnom poistení v Nemecku

V Nemecku, kolíske bismarckovho modelu sociálneho štátu, sa vedľa seba vyvinuli dva poistné systémy – systém zákonného zdravotného poistenia (GKV), v ktorom je poistených 90 % Nemcov, a systém súkromného zdravotného poistenia (PKV), kde je poistená väčšina ostatnej populácie (10 %). Odhadom okolo 400 tisíc obyvateľov nie je zdravotne poistených.

V GKV sa odvody platia podobne ako u nás, percentom zo mzdy, pričom sa na platbe podieľa zamestnanec i zamestnávateľ. Spolu s rodičmi sú poistené i deti, ktoré však odvody neplatia. Zdravotné poisťovne sú verejnoprávne inštitúcie, ktoré si samy stanovujú sadzbu poistného (pohybuje sa medzi 14 a 16 %) tak, aby vybrate poistné pokrylo náklady na zdravotnú starostlivosť. Až na pár výnimiek sú všetky poisťovne otvorené ktorémukolvek záujemcovi o poistenie a nikoho nesmú odmietnuť.

Osoby s príjmom prevyšujúcim 3 975 eur mesačne, živnostníci a úradníci majú právo nezúčastniť sa systému GKV a môžu sa dať poistiť komerčne. Poistka v PKV býva v takomto prípade často podstatne lacnejšia. Vypočítava sa na základe individuálneho zdravotného rizika. V prípade vysokého rizika má poisťovňa právo odmietnuť niekoho poistiť. Ak sa po uzavretí poistky zmení poistencov zdravotný stav, poisťovňa nesmie meniť výšku jeho poistky o viac, než ju pri náraste nákladov plošne zvyšuje všetkým poistencom. Za deti je potrebné platiť osobitnú poistku, viacerým rodinám sa tak niekedy finančne opláti byť v systéme GKV, hoci by spĺňali kritériá pre PKV.

Lekári majú v rámci GKV limity na objem výkonov, objem predpísaných liekov a vyšetrení. Nemecký bodovník (ktorého predchodcu používame na Slovensku dodnes) je veľmi precízne spracovaný, avšak to hlavné (cenu bodu) lekári nepoznajú skôr, než uplynie príslušný zúčtovací kvartál. Keďže lekári nemajú s GKV poisťovňami individuálne zmluvy, ale hromadne (cez zastrešujúce Združenie zmluvných lekárov), cenu bodu pri limitovanom objeme zdrojov stanovuje počet bodov vykázaných vo všetkých ambulanciách. Čím viac sa naboduje, tým je bod lacnejší (a so spätnou platnosťou). Poistenci PKV sa stretávajú s ďaleko ústretovejšími lekármi (keďže PKV poisťovňa platí 2- až 4-krát vyššie ceny než GKV-poisťovňa).

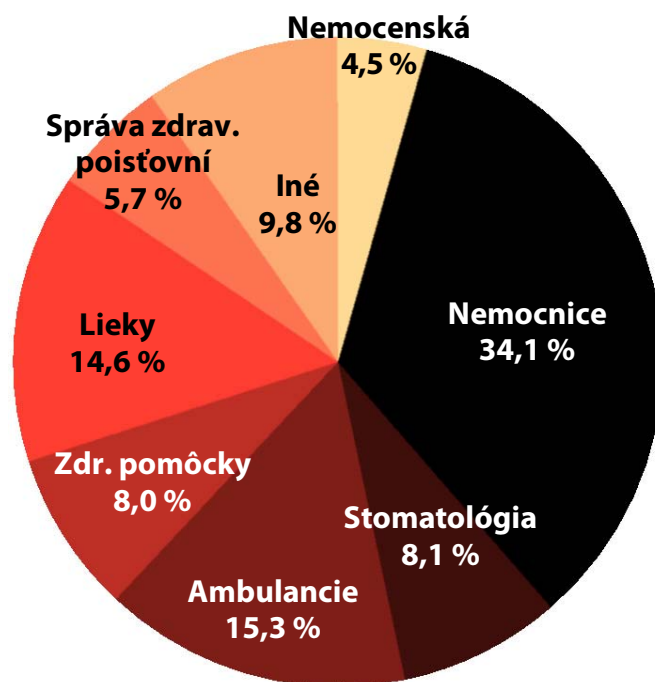
Úhrada lôžkovej starostlivosti z GKV dlhodobo nepokrývala investície, len zdravotnú starostlivosť. Investície do nemocníc boli v kompetencii spolkových krajín. V chudobnejších regiónoch to viedlo k chátraniu nemocníc. Zmeny vo financovaní nemocníc by mal priniesť platobný mechanizmus DRG, ktorý má zohľadňovať i investície. Postupné zavádzanie DRG prebieha tretí rok a zdá sa, že ide o úspešnú implementáciu. Rastie záujem investorov o nemecké nemocnice, kde končí tretina výdavkov GKV.

Výdavky na zdravotníctvo v Nemecku sa v posledných rokoch konštantne držia na úrovni okolo 10,5 % z HDP (z toho približne 1-1,5 bodu tvoria dôsledky zjednotenia Nemecka), čo je možné považovať – aj v porovnaní s ostatnými vyspelými krajinami – za dobrý výsledok. Dá sa však povedať, že sa tak udialo za cenu šetrení na investíciách i mzdách. Atraktivitu nemeckého zdravotníctva odráža výsledok prieskumu lekárskeho zväzu Marburger Bund, združujúceho vyše 100 tisíc nemeckých lekárov: 53 % z nich uvažuje o zmene profesie, 31 % by sa nerozhodlo znovu pre medicínu.

Úspešná kontrola výdavkov na zdravotníctvo je však stále ťažšia, keďže Nemecko čelí demografickým výzvam a rastúcim cenám nových technológií. Reakciou nemeckej vlády je reforma, ktorá začne naplno platiť od roku 2009. Má umožniť udržateľnosť financovania zdravotníctva a týka sa najmä zdravotného poistenia.

Keďže nemeckú vládu tvorí široká ľavo-pravá koalícia medzi kresťanskými demokratmi kancelárky Angely Merkelovej a sociálnymi demokratmi, z dvoch svetonázorovo odlišných vízií o fungovaní zdravotníctva vznikol kompromis, ktorý je viac politickým než odborným riešením.

Graf: Štruktúra výdavkov GKV zdravotných poisťovní



Zdroj: IGES, 2007

Od roku 2009 bude sadzba poistného v systéme GKV stanovovaná spolkovým ministerstvom zdravotníctva. Poistné si už nebudú vyberať jednotlivé zdravotné poisťovne samy, ale bude sa odvádzať do spoločného zdravotníckeho fondu. Doňho začne prispievať i štát, a to príspevkom na poistené deti. V systéme prerozdelenia medzi poisťovňami sa budú zohľadňovať aj diagnózy poistencov (pacienti zaradení do programov riadenej starostlivosti, disease management program).

Ak na úhradu zdravotnej starostlivosti nebudú poisťovni stačiť zdroje, ktoré po prerozdelení získa zo spoločného fondu, bude môcť od svojich svojich poistencov vyžadovať dodatočnú platbu poistného, a to ako paušálnu mesačnú sumu. Táto platba by nemala presahovať 1 percento z príjmu, ktorý je základom pre výpočet poistencových odvodov.

Pre PKV sa navrhuje sprísnenie regulácie. PKV poisťovne budú povinné ponúkať tzv. základnú tarifu. Tá má byť rozsahom porovnateľná so zákonným poistením v GKV, nesmie byť pritom drahšia ako najvyšší poistný odvod v GKV a PKV poisťovňa nesmie nijakého poistenca odmietnuť prijať do tejto tarify. Pre súkromné poisťovne je to očividne nevýhodný produkt a nebudú sa snažiť o jeho atraktivnosť. Vidia za ním snahu o postupné zlúčenie systému PKV a GKV do jedného – GKV. To však zase nie je v záujme ani lekárov, ani masy vplyvných ľudí, ktorí tvoria podstatnú časť klientely PKV: teda podnikateľov a úradníkov.

Monopolizácie zákonného zdravotného poistenia sa obáva i nemecká liberálna opozícia. Skutočný vývoj po účinnosti schválených zmien je však dnes veľmi ťažké odhadovať, keďže neboli dizajnované odborníkmi, ale politikmi. Niektoré časti reformy skončia zrejme v Karlsruhe pred ústavným súdom. Sporná je napríklad daňová dotácia systému GKV platbou štátu za deti: dane platia aj poistenci PKV, avšak tí na svoje deti žiadny príspevok na poistné od štátu nedostanú.

Isté teda je asi len to, že po ďalších voľbách čaká Nemecko ďalšia reforma zdravotníctva. Tie sa v tejto krajine odohrávajú v priemere raz za štyri roky (s minireformou medzitým).

**MÁRIA POUROVÁ
TOMÁŠ SZALAY**

Rozhovor s riaditeľom nemeckého inštitútu IGES prof. Bertramom Häuslerom

Limity rozpočtov udržali výdavky na nemecké zdravotníctvo na uzde

- **Podiel výdavkov na zdravotníctvo na HDP v Nemecku – na rozdiel od iných vyspelých krajín – nestúpa, ale stagnuje v rozpätí 10,3 – 10,8 %. Prečo je Nemecko také úspešné pri kontrole výšky zdravotníckych výdavkov?**

V zásade najmä preto, že Nemecko sa začiatkom deväťdesiatych rokov v situácii finančnej núdze po znovuzjednotení Nemecka, rozhodlo rozdeliť výdavky na zdravotníctvo do viacerých samostatných rozpočtov (ambulantný rozpočet, rozpočet na lieky, rozpočet stacionárnej starostlivosti a iné). Všetkým týmto rozpočtom bol určený presný limit, kam až môžu rásť, čo znamená, že tieto rozpočty nie sú prekračované a to bez ohľadu na to, či stúpa počet lekárov, či stúpa počet pobytov v nemocnici alebo či stúpa počet výkonov, výdavky už nenarastajú.

- **Znamená to, že náklady spojené s takýmto priškrtením výdavkov nesú na svojich pleciach v Nemecku zdravotníci?**

Áno, tak sa to dá vyjadriť. Za posledných 15 rokov stúpili platy nemocničných lekárov a sestier len veľmi minimálne a príjmy ambulantných lekárov tiež viacmenej stagnovali. Aj výdavky na lieky boli držané na rovnakej úrovni, aj keď sa v populácii spotrebovalo výrazne viac liekov.

- **Je takáto situácia dlhodobo udržateľná?**

Nemocniční lekári v minulom roku veľmi hlasno protestovali a vydobili si výrazný nárast svojich platov, ktoré tak narástli omnoho viac ako v iných oblastiach služieb v Nemecku. V ambulantnej oblasti bolo lekárom prislúbené, podľa aktuálnej reformy, že od roku 2009 budú pri odmeňovaní opäť honorované aj výkony, ktoré presahujú rozpočtom daný limit.

- **Odkiaľ sa na to v systéme zoberú peniaze?**

Peniaze pôjdu z nových zdrojov. Doteraz prichádzali peniaze len od zamestnancov a zamestnávateľov, ale na základe reformy bude zavedený nový fond. Tento fond bude



okrem prostriedkov od zamestnancov a zamestnávateľov financovaný aj z daňových príjmov. Pokiaľ tieto prostriedky nebudú dostačujúce, budú samotní pacienti, resp. poisťenci platiť dodatočné poistné svojim zdravotným poisťovniam, aby sa tak vyrovnal prípadný deficit. To znamená, že vo fonde bude určitý strop výdavkov, po jeho prekročení prídu na rad peniaze z daní a dodatočné príspevky poisťencov bez podielu zamestnávateľa.

- **Aká je vaša prognóza pre túto situáciu. Budú dodatočné príspevky poisťencov vysoké?**

Pokiaľ bude reforma zavedená v takejto podobe, bude od roku 2009 vládou stanovovaná základná sadzba poistného. My vychádzame z toho, že táto hranica bude posadená dosť nízko, a teda poisťovne budú od poisťencov žiadať dodatočné príspevky, ktorých výška narastie.

- **Ďakujem za rozhovor**

TOMÁŠ SZALAY

IGES – Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH



Renomovaný nemecký súkromný inštitút zaoberajúci sa otázkami zdravotníctva. Pracuje v ňom okolo 60 expertov na celé spektrum súvisiacich oblastí – lekári, ekonómovia, psychológovia, sociológovia, matematici, informatici, farmaceuti a biológovia. Hlavnými okruhmi tém sú: výskum, koncepcia, vyhodnotenie a vedecké podloženie nových modelov organizácie zdravotníctva, ekonómia zdravotníctva, Health Technology Assessment, farmakoeconomika a farmako-epidemiológia, výskum inovácií a posudzovanie účinnosti v medicíne, IT systémy v zdravotníctve, klinický výskum.

Odkaz: www.iges.de

INESS vydal publikáciu „Zdravý zisk“

Patrí zisk do zdravotníctva?

So zmenou vlády v roku 2006 došlo zároveň k zmene v smerovaní zdravotnej politiky na Slovensku. V politickej a odbornej diskusii začali prevažovať argumenty spochybňujúce fungovanie trhových mechanizmov a ich legitimitu v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Podľa nášho názoru takýto vývoj a z neho vyplývajúce legislatívne zmeny neprispievajú k riešeniu akútnych problémov slovenského zdravotníctva a naopak kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti ešte zhoršujú. *Zdravý zisk* prináša komplexný súbor teoretických argumentov a empirických prípadov podporujúcich podnikanie v poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Publikácia je rozdelená na štyri hlavné kapitoly. **V prvej kapitole sme zadefinovali, čo zisk je a ako vzniká.** Napriek tomu, že Marxova teória nadhodnoty bola ekonómami dávno vyvrátená, jej podstata stále prežíva v názoroch politikov či niektorých odborníkov. Na zisk sa hľadí ako na nadhodnotu, ktorá je vyprodukovaná „vykorisťovaním“ inej časti spoločnosti. Takéto intuitívne, no napriek tomu mylné vnímanie, môže mať pôvod v historickom vývoji. Ľudské vnímanie bolo totiž tisíce rokov ovplyvňované spoločnosťou lovcov a zberačov, ktorá predstavovala hru s nulovými súčtom – nikomu nemohlo bohatstvo pribudnúť bez toho, aby ubudlo inému. Moderná ekonomika je však charakteristická neustálou tvorbou nového bohatstva, takže niekomu môže pribudnúť bez toho, aby inému ubudlo, alebo bohatnúť môžu dokonca obaja naraz. Práve podnikateľský zisk je hlavným motorom inovácií a efektívnej alokácie zdrojov do takej výrobnej štruktúry, ktorá vedie k uspokojovaniu tých najakútnejších potrieb obyvateľov. Za pomoci zisku sú preto vzácne zdroje smerované tam, kde vytvárajú najvyššiu hodnotu.

V argumentácii proti dosahovaniu zisku v zdravotníctve dochádza často k zamieňaniu a nepresnému používaniu ekonomických pojmov, čo znevažuje zmysluplnú diskusiu. **Druhá kapitola preto identifikuje základné ekonomické kategórie v zdravotníctve. Zdravie nie je tovarom a nemôže byť preto ani predmetom obchodovania. No zdravotná starostlivosť už z ekonomického hľadiska službou je a podlieha preto všeobecne platným ekonomickým pravidlám vzácnosti.** Pri racionálnom poskytovaní zdravotnej starostlivosti preto nutne musíme

sledovať ekonomické náklady a výnosy. Okrem základných ekonomických pojmov sa v kapitole venujeme krátkej histórii zdravotných systémov.

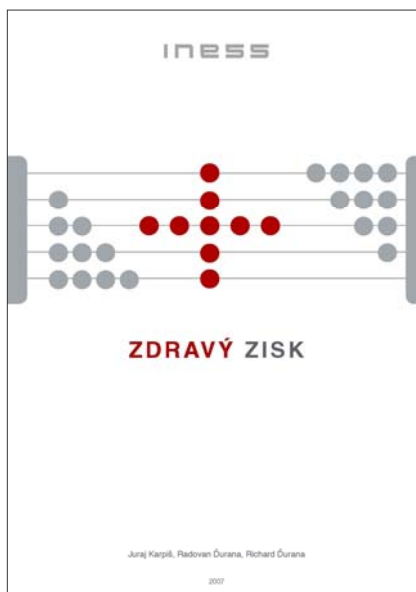
Motto:

Zisk v zdravotníctve nepochádza z utrpenia druhých, ale z odstraňovania tohto utrpenia.

Tretia kapitola popisuje nástroje a deklarované ciele zdravotnej politiky. Argumentujeme, že z najčastejšie uvádzaných špecifik tohto odvetvia – ako sú informačná asymetria, externalita, morálny hazard, nerovnomerné rozdelenie nákladov na zdravotnú starostlivosť v spoločnosti či vysoká miera povinnej solidarity – automaticky nevyplýva potreba vysokej regulácie a štátnej produkcie v zdravotníctve. Vysoká miera regulácie so sebou prináša mnohé negatívne

rozhodnutia a regulácie ovplyvňujú smerovanie výskumu, ktorý potom nereflektuje reálne potreby pacientov a neprináša najefektívnejšie liečebné postupy a lieky. Príliš rozsiahle verejné zdravotné poistenie zas neúmerne zvyšuje dopyt zo strany pacientov a zároveň umožňuje lekárom ignorovať nákladovú efektivitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti a poskytovať nepotrebnú alebo predraženú starostlivosť. Tento faktor spolu s prevažujúcimi demografickými trendmi významne prispieva k rastu nákladov na zdravotné systémy vo svete. Zákaz zisku v niektorých častiach odvetvia vplyva na spôsob riadenia subjektov s potenciálnym negatívnym vplyvom na ich efektivitu. Štátne vlastníctvo tieto negatíva zosilňuje a to najmä vďaka chýbajúcej motivácii politicky dosadzovaného vedenia naplňať potreby pacientov. Zásadná regulácia v zdravotníctve a potláčanie podnikania zameraného na zisk sa prejavuje v mnohých špecifikách, ktoré odlišujú zdravotníctvo od efektívne fungujúcich konkurenčných trhov. V zdravotníctve napríklad nedochádza k spájaniu a spoločnému oceňovaniu príbuzných alebo spolu súvisiacich produktov, nedostatočne sa využívajú konzultácie elektronickou alebo telefonickou formou, pôsobí tu množstvo kartelov a monopolov, chýba elektronická archivácia zdravotných záznamov a aktívna práca s elektronickými databázami, ktorá je v súčasnosti prítomná už aj v najmenších firmách v iných odvetviach. Na komunikáciu a informovanie pacienta sa nevyužívajú klasické komunikačné kanály, akým je napríklad reklama.

Negatíva spojené so štátnym vlastníctvom a vysokou mierou regulácie odvetvia sú prítomné aj v slovenskom zdravotníctve, ktorému je venovaná posledná,



štvrtá kapitola. Predražené nákupy, nevýhodné nájomné zmluvy, korupcia sú dobre známe aj v slovenskom zdravotníctve. Verejné zdroje použité v neefektívne fungujúcich štátnych subjektoch sa tak nemusia nutne premeniť na adekvátnu zdravotnú starostlivosť pre pacienta. Čiastočná deregulácia, transformácia zdravotníckych subjektov a väčší dôraz na trhové sily v minulom volebnom období takmer úplne zastavili zadlžovanie v sektore, v súčasnosti sa však tento trend opäť obracia. Ďalšími problematickými miestami sú relatívne vysoké výdavky na lieky, čo súvisí so zlým nastavením motivácií v systéme, či príliš široký rozsah verejného zdravotného poistenia, ktorý vytvára rozpor medzi disponibilnými zdrojmi a dopytom po zdravotnej starostlivosti.

Napriek viacerým špecifikám trhu zdravotnej starostlivosti platia aj tu základné ekonomické pravidlá. **Všadeprítomný princíp vzácnosti zdrojov núti aj v zdravotníctve každodenne riešiť otázku, ktoré potreby budú uspokojené skôr, ktoré neskôr, a ktoré nebudú uspokojené vôbec.** Politické riešenia týchto problémov so

sebou prinášajú arbitrárnosť, korupciu, sledovanie osobných záujmov a straty z neefektivity. Potlačanie trhových síl v zdravotníctve obmedzuje schopnosť zdravotného systému reagovať na neustále sa meniace potreby pacientov. Preto zákaz zisku a obmedzovanie konkurencie za účelom šetrenia verejných zdrojov prináša presný opak – plytvanie. **Ak zo systému odstránime zisk, odstránime aj hlavnú motiváciu subjektov čo najefektívnejšie naplňať želania pacientov, neustále inovovať a zlepšovať svoje služby a v neposlednom rade investovať kapitál potrebný na zvýšenie produktivity v odvetví.**

*Tomáš Julínek,
minister zdravotníctva
Českej republiky*

Publikácia je určená zdravotníckym odborníkom, politikom ale aj širokej zainteresovanej verejnosti. Tvrdenia v publikácii sú podložené relevantnými citáciami a početnými príkladmi z empirických výskumov. Publikáciu je možné zakúpiť priamo v INESS (www.iness.sk) alebo vo vybraných kníhkupectvách.

JURAJ KARPIŠ

INESS - Inštitút ekonomických a spoločenských analýz



Krst knihy *Zdravý zisk* sa uskutočnil 4. októbra 2007 v piešťanskom penzióne Diana. Na obrázku zľava: Juraj Karpiš (INESS), Henrieta Maďarová (MZ ČR, krstná mama publikácie), Ján Gajdoš (ZP Apollo), Jana Červenáková (Health Management Academy) a Eduard Kováč (Združenie zdravotných poisťovní SR).



health management academy

hmd

Spoločnosť Health Management Academy úspešne odštartovala prvý ročník vzdelávania pre lekárov a pre manažérov v zdravotníctve. Cieľom vzdelávania je vyplniť medzeru medzi pripravenosťou účastníkov pôsobiach v systéme slovenského zdravotníctva a praktickými potrebami jeho fungovania. Projekt podporilo Združenie zdravotných poisťovní Slovenskej republiky a spoločnosti GlaxoSmithKline, Pfizer a Anasoft.

Lekárske vzdelávanie sa skladá z troch modulov; každému modulu je venované jedno sobotňajšie predpoludnie raz za mesiac. Prvým modulom (základné ekonomické pojmy, vzťahy, podstata ekonomie zdravotníctva, princíp financovania zdravotníctva a základné fakty o Health Technology Assessment) prešli lekári na „východoslovenskom“ kurze v Košiciach a na „západoslovenskom“ kurze v Senci. Na nasledujúcom stretnutí bude predstavený prehľad platnej legislatívy v zdravotníctve, právneho systému a systému zmluvných vzťahov.

Manažérske vzdelávanie sa začalo prvým zo série desiatich dvojdných modulov stretnutím v Penzióně Diana v Piešťanoch (4. 10. 2007 – 5. 10. 2007). Prvý modul bol venovaný úvodu, metodike, cieľom a nástrojom zdravotnej politiky a ekonomii zdravotníctva.

V prednáške Petra Pažitného sa účastníci zoznámili so základnými ekonomickými princípmi, výkonnosťou zdravotného systému, jeho hybnými silami, spôsobom financovania zdravotníctva, dôležitosťou zisku a základnými funkciami úradu pre dohľad. Angelika Szalayová vysvetlila Health Technology Assessment (hodnotenie medicínskych intervencií) a jeho využitie v praxi.

Prvý večer bolo slávnostné otvorenie školy spojené s uvedením do života knihy Zdravý zisk, ktorú napísali analytici Inštitútu ekonomických a sociálnych analýz (INESS). Hostami večera boli MUDr. Eduard Kováč, MUDr. Ján Gajdoš a priatelia školy. Príjemnú atmosféru dodávala jazzová skupina pod vedením Doda Šošoku.

Témou nasledujúceho modulu (Piešťany, 8. – 9. novembra), je úvod do manažmentu, podnikateľská etika a etika v zdravotníctve.

Veríme, že úspešný štart bude sprevádzať školu po celý tento školský rok. V nasledujúcom roku 2008 otvárame: **v januári** vzdelávanie pre lekárov žilinského kraja a **v apríli** pre lekárov banskobystrického kraja. Podrobnejšie informácie nájdete na webovej stránke www.hma.sk.

SIMONA FRISOVÁ



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 prijímame aj Vaše pripomienky, názory a komentáre.

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

Into Balance 10/2007

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, 2007 | Zodpovedný redaktor: Tomáš Szalay, Foto: Simona Frisová, Tomáš Szalay