

## ÚVOD

Organizácia zdravotného systému, jeho výkonnosť, kompetencie jeho aktérov či používané regulácie, sú intenzívnym predmetom vedeckého výskumu. A to z dôvodu, že stále neexistuje akademická (a už vôbec nie politická) zhoda na tom, akým spôsobom zdravotný systém organizovať.

Od konca 19. storočia prešla organizácia zdravotných systémov v Európe významnými zmenami, pričom štyri modely organizácie zdravotníctva z dnešného pohľadu hodnotíme ako historické míľniky. Stali sa modelovými vzormi pre iné krajiny. Či už je to vznik Bismarckovho modelu zdravotného poistenia v Nemecku, alebo Semaškov model v Rusku, či implementácia modelu Sira Beveridga vo Veľkej Británii a v konečnom dôsledku model Alaina Enthovena plne implementovaný v Holandsku.

Napriek tomu, že tieto 4 modely fungujú ako vzory, mnohé krajiny si ich postupom času adaptovali na vlastné podmienky a premietli do nich svoje vlastné kultúrne a spoločenské hodnoty. Táto tradičná typológia bola považovaná za obmedzujúcu už koncom 90. rokov minulého storočia (Malý, 1998). Napriek mnohým spoločným črtám, ktoré sa prierezovo v zdravotných systémoch vyskytujú, sa jednotlivé systémy vyznačujú rôznou mierou spoliehania sa na verejno-súkromný mix financovania (dane, zdravotné poistenia, dobrovoľné poistenia, súkromné zdroje, ...); majú rôzne platobné mechanizmy (kapitácia, výkonové platby, ukončená hospitalizácia, DRG, globálne rozpočty, ...); majú odlišnú mieru organizácie jednotlivých úrovní poskytovania zdravotných služieb a štátneho, neziskového či súkromného vlastníctva poisťovní a poskytovateľov; majú rozdielnu mieru regulačných mechanizmov a inak pristupujú k rizikovým faktorom a zodpovednosti jednotlivca.

Kým ešte v 80. rokoch minulého storočia bolo dostačujúce na identifikáciu zdravotného systému rozpoznávať Bismarcka (Nemecko a prevažne stred tzv. Západnej Európy), Beveridga (Veľká Británia a prevažne sever a juh Európy) a Semaška (prevažne bývalý východný blok), tak dnes už táto klasi-

# 1

## ZÁKLADNÉ MODELY ZDRAVOTNÝCH SYSTÉMOV

Cieľom tejto kapitoly je:

- Predstaviť štyri modely organizácie zdravotného systému, ktoré môžeme vzhľadom k ich dopadu a relevantnosti považovať za historické míľniky. Budú zoradené chronologicky tak, ako boli zavedené. Najprv Bismarckov model, následne model Semaško, potom Beveridge a nakoniec model Alaina Enthovena implementovaný v Holandsku,
- Stručne popísať historický vývoj zdravotného systému na Slovensku od začiatku 20. storočia až po rok 2004, kedy bol implementovaný nový model organizácie zdravotného systému.

### 1.1 Základné modely organizácie zdravotného systému

#### 1.1.1 Bismarckov systém zdravotného (sociálneho) poistenia

Prvou krajinou sveta, ktorá implementovala národný systém sociálneho poistenia, bolo Nemecko. Stalo sa tak v roku 1883, keď nemecký parlament schválil zákon, ktorý zaviedol systém povinného zdravotného poistenia pre vybrané skupiny zamestnancov. Tento systém bol postavený na princípe solidarity a princípe „*pay-as-you-go*“. (Busse et al., 2004)

Princíp solidarity znamená, že peňažné a nepeňažné benefity boli financované z proporcionálnych platieb z povinného a dobrovoľného poistenia členov a ich zamestnávateľov. Princíp „*pay-as-you-go*“, vo voľnom preklade princípu priebežných platieb, znamená, že všetky finančné prostriedky, ktoré sa vyzbierali od platiteľov, slúžili na pokrytie okamžitých potrieb členov.

## 2

# ORGANIZÁCIA A VÝKONNOSŤ ZDRAVOTNÉHO SYSTÉMU

Cieľom tejto kapitoly je:

- vymedziť základné pojmy – zdravotný systém, jeho organizáciu a výkonnosť,
- predstaviť moderné konceptuálne rámce pre analýzu organizácie a výkonnosti zdravotných systémov.

## 2.1 Zdravotný systém, jeho hranice, organizácia a výkonnosť

V praxi sa používajú rozličné výrazy reflektujúce odlišné chápanie toho, kde ležia hranice zdravotného systému, čo sa ešte dá považovať za súčasť zdravotného systému, a aké zodpovednosti spadajú do kompetencie zdravotného systému. Medzi kľúčové definície zdravotného systému môžeme zaradiť nasledujúce:

- Murray a Frenk (2000) definujú zdravotný systém ako systém, ktorý obsahuje zdroje, hráčov a inštitúcie súvisiace s financovaním, reguláciou a poskytovaním služieb zdravotných aktivít. Zdravotné aktivity sú všetky činnosti, ktorých primárnym zámerom je zlepšiť alebo udržať zdravie.
- Hsiao (2003) vymedzuje zdravotný systém ako súbor vzťahov, v ktorých sú štrukturálne komponenty (prostriedky) a ich interakcie napojené na ciele, ktoré chce systém dosiahnuť.
- Podľa OECD (2006) zdravotný systém zahŕňa všetky činnosti a štruktúry, ktorých primárnym účelom je udržanie a zlepšenie zdravia v najširšom zmysle slova (v súlade s definíciou WHO). Zdravotná starostlivosť je chápaná ako kombinácia fungovania služieb verejného zdravotníctva a osobnej zdravotnej starostlivosti.

Autori zdefinovali štyri priebežné ciele (spravodlivosť, výber, efektivita, účinnosť) a tri konečné ciele (zdravie, ochrana pred finančným rizikom a spokojnosť zákazníkov).

### 2.2.11 Rámec medzinárodného partnerstva v oblasti zdravia

Rámec vznikol pod vedením Svetovej zdravotníckej organizácie a Svetovej banky s cieľom vytvoriť spoločný rámec na hodnotenie výkonu medzinárodných iniciatív a partnerstva pri zachovaní osobitostí jednotlivých krajín. Namiesto vymedzovania pojmov sa tento rámec viac sústreďuje na spôsob mapovania, monitorovania či hodnotenia uskutočňovaných akcií (iniciatív či reforiem), čo zvyšuje jeho význam pre reálne využitie v praxi.

Rámec pozostáva zo série komponentov (od vstupov, cez procesy až po výstupy/ výsledky), ktoré boli rozdelené takto:

- Vstupy a procesy: sem spadajú domáce a tiež medzinárodné vstupy vrátane financovania, lepších postupov plánovania a harmonizácie.
- Výstupy: táto časť sekvencie predstavuje očakávané výstupy intervencií alebo reforiem v oblasti zdravotníctva.
- Výsledky: očakáva sa, že lepšie výstupy povedú k lepším výsledkom.
- Vplyv: v konečnom dôsledku sa očakáva, že lepšie výsledky ďalej povedú k lepšiemu vplyvu (príkladom môže byť zlepšenie zdravia).

Podľa European Observatory (2013) sú iba tri konceptuálne rámce, ktoré explicitne vytvárajú vzťahy medzi organizáciou zdravotného systému a jeho výkonnosťou. Jedná sa o rámec „stavebných blokov“, ktorý používa WHO, rámec „ovládacích gombíkov“, ktoré používa Svetová banka a rámec “HCQI”, ktorý využíva OECD. Ostatné konceptuálne rámce nedokážu mapovať indikátory výkonnosti na jednotlivé prvky systému. Z tohto hľadiska je pri meraní výkonnosti veľmi zložitá, že nemožno priradiť organizáciu systému k jeho výkonnosti. Veľa práce bolo vykonanej na meraní výkonnosti zdravotného systému ako takého. Oveľa menej práce je však vykonanej pri meraní jednotlivých elementov organizácie systému a ich príspevia k celkovej výkonnosti, špeciálne v štandardizovanej forme, na základe ktorej by bolo možné vykonávať medzinárodné porovnanie.

# 3

## NOVÝ MODEL ORGANIZÁCIE ZDRAVOTNÉHO SYSTÉMU NA SLOVENSKU

Cieľom tejto kapitoly je:

- popísať hodnotové rámce nového modelu zdravotníctva,
- vysvetliť kľúčové princípy nového modelu organizácie zdravotného systému,
- vymedziť rozdelenie troch funkcií nového modelu,
- vysvetliť spoločenské ciele nového modelu,
- definovať legislatívne stimuly a regulačné nástroje v kontexte zdravotného systému,
- poukázať na dôležitosť manažérskych nástrojov v novom modeli organizácie zdravotného systému.

### 3.1 Hodnotové rámce a vysvetlenie kľúčových princíпов nového modelu organizácie zdravotníctva

Úspešné zmeny vyžadujú unikátnu kombináciu okna príležitosti a pripravenosti. Pripravenosť v tomto zmysle nehovorí len o pripravenosti zmeniť systém, ale predovšetkým o pripravenosti, ako ho zmeniť. Pojem „neoliberálny obrat“ (Fisher – Gould – Haughton (2007) nebol použitý náhodou, reforma zdravotníctva prijatá v roku 2004 má množstvo neoliberálnych prvkov a je výsledkom hodnotovej zhody autorov nového modelu organizácie zdravotníctva (Pažitný – Zajac, 2001) na kľúčových ekonomických a manažérskych princípoch.

### 3.3 Vymedzenie spoločenských cieľov

Výsledkom viac ako dvojročnej prípravno-expertnej fázy (roky 2000 až 2002) a dvojročnej legislatívno-politickej fázy (roky 2002 až 2004) je unikátny model organizácie zdravotníctva, ktorého podstata je v tom, že sa snaží o dosahovanie spoločenských cieľov prostredníctvom manažérskych nástrojov implementovaných aktérmi, ktorých konanie má byť zodpovedné (pozri tab. 4). Správanie aktérov je ohraničené na jednej strane stimulmi a na druhej strane reguláciami. Najdôležitejším spoločným menovateľom všetkých troch kľúčových aktérov (pacienti, poskytovatelia, zdravotné poisťovne) je prenesenie rizika zo štátu a rozloženie tohto rizika medzi nich. Prioritnou úlohou štátu nemá byť poskytovanie zdravotných služieb občanom, ale garantovať občanom ich práva dané zákonmi, ako aj vymáhateľnosť týchto práv.

**Tabuľka 4: Kľúčové prvky reformy zdravotníctva**

| Pacient   | Poskytovatelia  | Financovanie  |
|---|---|---|
| <p>Každý pacient je autonómny vo svojej voľbe.</p> <p>Každý pacient je zodpovedný za svoj vlastný zdravotný stav.</p> | <p>Každý poskytovateľ je autonómny.</p> <p>Každý poskytovateľ nesie zodpovednosť za kvalitu svojich výstupov.</p> <p>Znáša všetky finančné riziká spojené s jeho hospodárením. Znamená to, že znáša všetky zisky, ale aj zodpovednosť za všetky straty.</p> <p>Poskytovatelia budú fungovať v elastickej sieti, čo bude znamenať voľný vstup do odvetvia (pri financovaní z verejných zdrojov podmienený jedine dostatočnou kvalifikáciou a kontraktom s nákupcom, pri financovaní zo súkromných zdrojov podmienený jedine kvalifikáciou).</p> <p>Bude zabezpečená rovnosť šancí všetkých poskytovateľov.</p> | <p>Solidárnosť bude ponechaná pri financovaní zákonného nároku na definovaný štandard.</p> <p>Dôjde k zúženiu liečebného poriadku.</p> <p>Nákupcovia budú pluralitní.</p> <p>Budú uplatňované rôzne platobné mechanizmy podľa segmentu siete.</p> <p>Každý nákupca je autonómny a znáša riziko svojho hospodárenia.</p> <p>Je zodpovedný za nákup a zabezpečenie zdravotných služieb pre svoj kmeň poistencov.</p> <p>Systém každému poistencovi v rámci BBP garantuje ako každému občanovi s rovnakým indexom rizika, rovnaký objem zdrojov.</p> <p>Vznikne nepovinný pilier financovania zdravotníctva.</p> |

Zdroj: Pažitný – Zajac, 2001.

- Manažérsky je preto, lebo vzniká vo výkonnej funkcii zdravotného systému a predpokladáme, že je súčasťou správania sa daného aktéra na trhu. Vyžaduje nesmierne *know-how*, dáta, komunikáciu a interakciu s ostatnými aktérmi trhu.
- Nástroj je preto, lebo nie je cieľom samým osebe, ale slúži na dosiahnutie spoločenského, resp. súkromného cieľa.

Pod manažérskym nástrojom v zdravotnej poisťovni teda budeme identifikovať pomerne širokú skupinu vecí. Budú sem patriť strategické rozhodnutia, zásadné nové produkty, spôsoby akvizície poistencov, spôsoby kontrahovania poskytovateľov apod. Zároveň identifikácia týchto nástrojov je často možná iba pozorovaním správania, resp. sledovaním činnosti danej zdravotnej poisťovne. Preto je možné, že niektoré nástroje nie sú v tejto práci zachytené.

V súlade s kapitolou 4 môžeme identifikovať tri kľúčové manažérske nástroje v zdravotných poisťovniach: i) celkovú podnikateľskú stratégiu, ii) stratégiu akvizície poistencov a iii) stratégiu nákupu zdravotných služieb.

Práve manažérske nástroje používané v zdravotných poisťovniach sú z hľadiska organizácie a výkonnosti zdravotného systému kľúčové. Na zdravotné poisťovne boli v roku 2004 prenesené zásadné kompetencie. Po prvé, zdravotné poisťovne sú zodpovedné za garantovanie zákonného nároku, a teda sa zodpovedajú svojim klientom – poistencom. Majú zodpovednosť za spoločenský cieľ zlepšovania zdravia, spokojnosti, efektívnosti a rovnosti. Po druhé, sú držiteľmi všetkých finančných tokov a majú tak funkciu výberu zdrojov a *poolingu* zdrojov. Majú sa snažiť o spoločenský cieľ finančnej ochrany. Po tretie, sú zodpovedné za nákup zdravotných služieb s cieľom zabezpečiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Majú kompetenciu organizovať zdravotnú starostlivosť a vyplácať úhrady poskytovateľom, a takto pre nich vytvárajú motivácie na zmenu správania.

Zásadná otázka, ktorú si v tejto súvislosti musíme klásť je, či zdravotné poisťovne v novom modeli organizácie zdravotníctva produkujú také manažérske nástroje, ktoré zlepšujú spoločenské, resp. súkromné ciele. Alebo oboje zároveň.

### 5.4.3 Stratégia „život nad pomery“

Kľúčovým problémom VŠZP v roku 2009 (a následne aj v roku 2010) bola nákupná stratégia, ktorá ignorovala finančnú krízu, pričom štátna poisťovňa žila „nad pomery“ (Pažitný, 2011). Len voči 13 fakultným nemocniciam boli v roku 2009 navýšené platby o 11 mil. eur a v roku 2010 dokonca o ďalších 67 mil. eur.

Navyše, dodatočné zdroje získané zvýšením základného imania nezlepšili finančnú stabilitu VŠZP a boli použité na zvýšenie platieb VŠZP v roku 2010, čo neobstojí v teste trhového investora. Hĺbková kontrola ÚDZS vo VŠZP zistila pretrvávajúcu zlú ekonomickú situáciu poisťovne aj po navýšení základného imania. Tento kontext je kľúčový vzhľadom na test trhového investora, ktorý hovorí, že za investíciu možno považovať len tú finančnú injekciu, ktorá sleduje pozitívny vývoj spoločnosti v budúcnosti a návratnosti investovaných zdrojov.

Konzervatívnejšia nákupná politika, väčší dôraz na kontrolnú činnosť, odstránenie cenových asymetrií cenovej politiky, zvýšenie efektívnosti prevádzky samotnej poisťovne, racionálnejšia politika zazmluvňovania poskytovateľov zdravotnej starostlivosti patria k tým alternatívnym opatreniam, ktoré mohla VŠZP v tom čase vykonať a ktoré nevykonala.

### 5.4.4 Politika nákupu „vysokých cien VŠZP“

Stratégia života nad pomery mala negatívne účinky na ostatných hráčov na trhu. Kým VŠZP z pozície dominantného hráča je *market-maker*, tak Union z pozície malej trhovej pozície je *market-taker*. A toto využili fakultné nemocnice v roku 2013, kedy hromadne vypovedali zdravotnej poisťovni Union zmluvy. Zároveň od Unionu požadovali navýšenie cien na úroveň VŠZP + 1 euro. Union sa tak ocitol v situácii, že nemohol efektívne presadzovať svoju nákupnú politiku, ale musel sa podriaďiť organizovanej sile veľkých fakultných (štátnych) nemocníc. Ak by totiž zmluvy nepodpísal, hrozilo by mu odňatie licencie vzhľadom na neplnenie minimálnej siete (v ktorej boli všetky fakultné nemocnice).

Je dôležité upozorniť, že Union sa v tejto situácii ocitol aj vďaka tomu, že štát je v niekoľkonásobnom konflikte záujmov. Po prvé, ako normotvorca je zároveň vlastníkom VŠZP (64 % na trhu). Po druhé, ako normotvorca je zároveň vlastníkom najväčších štátnych nemocníc (cca 30 % podiel na trhu). Po tretie, ako normotvorca nominuje a odvoláva predsedu ÚDZS.



#### 6.4.4 Akademická literatúra

Pri hľadaní akademickej spätnej väzby bol použitý nasledujúci algoritmus:

- Keďže pre slová „*business strategy health insurance companies in Slovakia*“, resp. pojmy spojené so *strategy*, resp. „*corporate governance*“, resp. „*managerial tools*“ generuje vyhľadávanie na google irelevantné linky (reklamy, nesúvisiace pojmy atď.), bolo treba hľadať pomocou širšie definovaných kľúčových slov,
- Kľúčové slová „*slovakia*“, „*health system*“, „*performance*“ – vyhľadávanie bolo uskutočnené vyhľadávačom google a použitím google scholar – tieto kľúčové slová vygenerovali cca 60 000 odkazov. Z nich bolo fyzicky pozretých a skontrolovaných prvých 1 300 odkazov. Prehľadávanie bolo ukončené v momente, keď sa tri strany po sebe neobjavil žiadny relevantný článok (ani zdvojený).
- Do záverečného hodnotenia boli vybrané akademické štúdie, ktoré hodnotia vývoj po roku 2004 vrátane, používajú dáta po roku 2004, je v nich hodnotené Slovensko.
- Vyradené boli štúdie, ktoré používajú dáta zo Slovenska v nejakom modeli, avšak nezvereňujú výsledky za jednotlivé krajiny a štúdie, ktoré boli zamerané na *public health*.
- Výsledné štúdie boli následne rozdelené do dvoch kategórií. V prvej kategórii sú štúdie, ktoré popisujú organizáciu slovenského zdravotného systému v oblasti financovania a regulácie. Do druhej kategórie boli zaradené štúdie, ktoré analyzujú výkonnosť zdravotného systému v nasledujúcich oblastiach: zdravotný stav, finančná ochrana, spokojnosť a efektívnosť.

#### Oblasť financovania, prerozdelenia a platobných mechanizmov

V oblasti financovania môžeme publikácie venované Slovensku rozdeliť na dve vlny. Prvá vlna publikácií vznikla hneď po implementácii nového systému organizácie zdravotníctva v roku 2005. Druhá vlna publikácií prišla po finančnej kríze.

Prvá vlna publikácií (Colombo – Tapay, 2004a a Colombo – Tapay, 2004b) bola priamo spojená s práve implementovanou reformou zdravotníctva. Na tieto dve práce nadväzuje aj Thomson – Mosialos (2009), pričom vysvetľuje, že na Slovensku síce existujú súkromné zdravotné fondy (*health funds*),