

Zdravotnícke systémy sveta v kontexte zvyšovania reálnych finančných zdrojov

Helena KUVÍKOVÁ*

Worldwide Health Care Systems in Context of Real Financial Resources Increasing

Abstract

The contribution is focused at the research of the existing health care systems in the world and their comparison. The aim and content of the contribution is to analyse the way of financing of health care from the macroeconomic point of view, which is especially oriented at the specification of the public and private sources of financing and their comparison in the international context. In the work are researched and compared models of health care systems in the selected countries of the world. At this time there exist four basic health care systems in the world: the system of the obligatory social insurance, the system of the national health care service, market system and socialist system. Each of these systems is characteristic by its different way of financing, organization and ownership of health care facilities. We are analyzing stated systems, comparing them generally as well as particularly in the selected countries.

Key words: health care, health care services, health care system, financing of health care system

JEL Classification: I10, I12, I18, H51

1. Zdravotníctvo ako súčasť ekonomickej teórie

Podľa neoklasickej ekonomickej teórie existuje päť základných podmienok, ktoré sú predpokladom fungovania mechanizmu dokonalej konkurencie.¹ Pri analýze trhu zdravotníckych služieb možno konštatovať, že žiadna z týchto piatich

* doc. Ing. Helena KUVÍKOVÁ, PhD., Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta, Katedra verejnej ekonomiky, Tajovského 10, 974 01 Banská Bystrica; e-mail: helen.kuvikova@umb.sk

¹ Existencia množstva firiem, ktoré sú od seba nezávislé a každá chce maximalizovať zisk, tovar, ktorý je predmetom kúpy a predaja je homogénny, spotrebiteľ je dokonale informovaný, spotrebiteľ je suverénny a racionálny, spotrebiteľ platí za statky priamo a v plnej hodnote ich nákladov.

podmienok, ktoré sú nevyhnutné pre dokonalé fungovanie konkurencie a trhu, nie je splnená.

Trh zdravotníckych služieb nedisponuje množstvom od seba nezávislých poskytovateľov zdravotníckych služieb a vstup na tento trh je relatívne obmedzený. Vzhľadom na to, že v konkurenčnej ekonomike nie je možné jednoznačne konštatovať, či je výhodnejšia súkromná, alebo štátna produkcia v zdravotníctve, všeobecne sa zdravotnícke služby poskytujú pluralitne. Faktom ale zostáva, že vo vyspelých ekonomikách rozhodujúci objem zdravotníckych služieb poskytujú zdravotnícke zariadenia, ktoré sú súčasťou verejnej ekonomiky a neprodukurujú, resp. nemaximalizujú zisk.

Zdravotnícke služby nemajú homogénny charakter. Každý zdravotnícky výkon sa považuje za jedinečný, to znamená, že aj ďalšia podmienka existencie mechanizmu dokonalej konkurencie je porušená.

Pri produkcii zdravotníckych služieb nie je splnený ani predpoklad suverenity spotrebiteľa, pretože pacient vo väčšine prípadov prenáša zodpovednosť za rozhodovanie na zdravotníckych pracovníkov. Priame platby za poskytnuté zdravotnícke služby tiež nie sú pravidlom. Aj v komerčne orientovaných zdravotníckych systémoch je podiel priamych platieb nižší ako 30 %. Príjemca zdravotnej starostlivosti je vo väčšine prípadov zastúpený treťou stranou, ktorou je zdravotná poisťovňa.

Keďže nie sú dodržané predpoklady fungovania mechanizmu dokonalej konkurencie, trh zdravotníckych služieb zlyháva. To vyvoláva potrebu špecifických prístupov k riešeniu otázok komplexného fungovania zdravotníctva.

Zdravotníctvo ako ucelený špecifický systém vznikalo, podobne ako ostatné spoločenské systémy, v priebehu historického vývoja. Až do konca druhej svetovej vojny v západnej a strednej Európe neexistoval ucelený zdravotnícky makrosystém a nikto sa nepokúsil definovať základné vlastnosti a strategické ciele v zdravotníctve.

V povojnovom období v ekonomicky vyspelých krajinách vznikli štyri základné inštitucionálne modely zdravotníckych systémov. Jadro každého z nich na úrovni štátu tvorí agregát týchto faktorov:

- zdravotná politika štátu,
- dostupnosť základnej zdravotnej starostlivosti,
- spôsob financovania zdravotnej starostlivosti,
- vzťahy medzi účastníkmi procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti (občan, poskytovateľ, riadiace inštitúcie, financovatelia),
- podiel účasti štátu na vlastníctve, riadení a financovaní zdravotníckych zariadení.

Vymenované faktory sa stávajú hlavnými kritériami, ktoré sú metodickým základom pre typológiu zdravotníckych systémov.

V súčasnosti sa v literatúre možno stretnúť s typológiou existujúcich modelov zdravotníctva na základe rôznych hľadísk, napríklad podľa organizácie, stupňa intervencií štátu, spôsobov financovania. Všetky majú spoločné to, že vychádzajú z teoretických modelov sociálneho poistenia. Z hľadiska teórie rozlišujeme dva základné modely sociálneho poistenia. Ani jeden z týchto modelov už vo svojej čistej podobe neexistuje, ale oba sa stali základom pre vznik novodobých zdravotníckych systémov vo svete. Ide o *Bismarckov* a *Beveridgeov* model.

Moderné systémy zdravotníctva vo všeobecnosti možno klasifikovať podľa rôznych kritérií. V tomto príspevku sa budeme venovať rozdeleniu systémov zdravotníctva podľa spôsobov ich financovania.

Pri rozhodovaní o financovaní zdravotníctva treba brať do úvahy existujúci stav makroprostredia. Na množstvo finančných zdrojov, ktoré sa dostanú do zdravotníctva, vplýva výraznou mierou ekonomický potenciál krajiny, vyjadrený makroekonomickou veličinou HDP. Väčšiu vypovedaciu schopnosť o poskytnutých zdrojoch pre zdravotníctvo má ukazovateľ vyjadrený percentom finančných prostriedkov z HDP a objem finančných prostriedkov v zdravotníctve pripadajúci na jedného obyvateľa. Aké percento z HDP ide do zdravotníctva, to je väčšinou politickým rozhodnutím a závisí od toho, akú prioritu hrá zdravotníctvo v hospodárskej a sociálnej politike štátu.

Existujú štyri základné zdroje financovania zdravotníckych služieb: *dane, príspevky na sociálne a zdravotné poistenie, dobrovoľné príspevky na súkromné zdravotné poistenie, iné peňažné platby.*

2. Deskripcia a komparácia zdravotníckych systémov

V žiadnej krajine sveta nemožno nájsť zdravotnícky systém, ktorý by bol financovaný výlučne z jedného zdroja. Podobne neexistujú dve krajiny s úplne zhodnými spôsobmi financovania zdravotníctva. Väčšina štátov sa spolieha na kombináciu uvedených štyroch zdrojov. Napriek tomu môžeme charakterizovať niekoľko základných typov zdravotníckych systémov v závislosti od toho, aký priestor v nich hrajú štátne intervencie, a podľa prevládajúceho právne uznaného spôsobu financovania zdravotníctva. Ide o tieto systémy:

- systém povinného sociálneho poistenia (vychádzajúci z Bismarckovho modelu),
- systém národnej zdravotnej služby (vychádzajúci z Beveridgeového modelu),
- socialistický systém,
- trhovú systém.

Z historických modelov sociálneho poistenia sa vyvinul systém povinného sociálneho poistenia a systém národnej zdravotnej služby. Sú to vo svete najrozšírenejšie systémy zdravotníctva.

V tabuľke 1 uvádzame základnú charakteristiku a komparáciu týchto dvoch systémov.

Tabuľka 1

Základné charakteristiky a komparácia najrozšírenejších typov zdravotníckych systémov

Národná zdravotná služba <i>Beveridgeov model</i>	Sociálne poistenie <i>Bismarckov model</i>
• všeobecná dostupnosť zdravotníckych služieb • zabezpečenie zdravotnej starostlivosti všetkým na základe potreby • prevaha odmeňovania poskytovateľov kapitálnym spôsobom • financovanie prostredníctvom daní • rozsiahle intervencie vlády • správa sa uskutočňuje prostredníctvom poskytovateľov a platiteľov	• dostupnosť zdravotníckych služieb na základe nároku • zabezpečenie zdravotnej starostlivosti na začiatku obmedzené len na zamestnancov • prevaha odmeňovania poskytovateľov metódou <i>fee-for-service</i> • financovanie prostredníctvom poisťovacích príspevkov • intervencie vlády • správa sa uskutočňuje prostredníctvom nezávislých inštitúcií

Prameň: Vlastné spracovanie.

V súčasnosti neexistuje ani jeden z týchto systémov v čistej podobe. Systém založený na daňovom princípe obsahuje prvky sociálneho poistenia, a naopak, v systéme s poisťným základom možno nájsť znaky Beveridgeovho modelu. V oboch systémoch sa vyskytujú inštitúcie ponúkajúce súkromné zdravotné poistenie.

Trhový zdravotnícky systém je v rámci vyspelých trhových ekonomík typický len pre USA. Fungovanie socialistického systému zdravotníctva je po spoločenských a politických zmenách v strednej a vo východnej Európe limitované len na niekoľko ázijských krajín a Kubu.

Všetky existujúce zdravotnícke systémy sa výrazne líšia v spôsobe a zdrojoch financovania zdravotníckych služieb, v pomere verejného a súkromného financovania, alebo v zastúpení ziskových a neziskových poisťovacích inštitúcií. Každý systém financovania zdravotnej starostlivosti má osobitný proces tvorby, prerozdelenia, alokovania a následného použitia finančných prostriedkov určených pre tento rezort.

Systém povinného sociálneho poistenia

Tento zdravotnícky systém sa uplatňuje v Nemecku, Belgicku, vo Francúzsku a v Luxembursku. Je založený na povinnom zdravotnom poistení, t. j. financovaní prostredníctvom zákonných príspevkov do fondu zdravotného poistenia. Systém založený na povinnom sociálnom a zdravotnom poistení obyvateľstva má pôvod v nemeckom zákonodarstve z roku 1883. Lekári sú platení na základe vykázaných výkonov, počtu registrovaných pacientov alebo paušálu. Nemocnice sú väčšinou verejné, ale i súkromné, založené na neziskovom princípe. Štát sa zúčastňuje na legislatívnom a finančnom regulovaní zdravotníctva. Financovanie

býva často skupinové, teda existujú inštitúcie a poisťné fondy, ktoré zhromažďujú finančné prostriedky od obyvateľstva prostredníctvom rôznych druhov poistenia. Vlády ekonomicky málo vyspelých krajín okrem financovania intervenujú aj do oblasti zabezpečovania zdravotnej starostlivosti vidieckemu obyvateľstvu, a to prostredníctvom vytvárania sietí zdravotníckych centier, rozsiahlymi školeniami a využívaním pomocného zdravotníckeho personálu zabezpečujú hygienu, očkovanie, alokáciu zdravotníckych pracovníkov do vidieckych oblastí. Vo všeobecnosti to znamená snahu rozšíriť pokrytie obyvateľstva zdravotníckymi službami.

Systém národnej zdravotnej služby

Systém národnej zdravotnej služby sa postupne vyvinul zo systému zdravotníctva založeného na sociálnom poistení. Vznikol vo Veľkej Británii v roku 1948 na základe Beveridgeovej správy z roku 1942. V súčasnosti sa tento systém uplatňuje prevažne vo vyspelých krajinách, napríklad vo Veľkej Británii, v Dánsku a Taliansku. Zdravotná starostlivosť je zabezpečená pre všetkých občanov, bez ohľadu na ich platobnú schopnosť. Je financovaný najmä z daní, zo štátneho rozpočtu. Nemocnice sú súčasťou národnej zdravotnej služby. Existujú aj súkromné zdravotnícke zariadenia a vo verejných nemocniciach sú súkromné postele. Ordinácie praktických a odborných lekárov, stomatológov, lekárne a zariadenia ošetrovateľskej starostlivosti sú tiež súkromné. Lekári v nemocniciach sú honorovaní na základe platu, ostatní lekári paušálom za zaregistrovaného občana, alebo za poskytnutý výkon. Významný vplyv na riadenie zdravotníctva má štát. Viac než 90 % výdavkov na zdravotníctvo sa hradí z verejných prostriedkov. V krajinách, kde sa uplatňuje takýto zdravotnícky systém, má každý občan právo na kompletnú zdravotnú starostlivosť. Úplnú implementáciu tejto vízie môže komplikovať obmedzené množstvo finančných zdrojov, ale vychádza sa z predpokladu, že všetky dostupné finančné zdroje sú prístupné každému občanovi v rovnakej miere. V krajinách na nižšom stupni ekonomického rozvoja sa tento systém vyskytuje zriedkavo.

Trhový zdravotnícky systém

Trhový zdravotnícky systém predstavuje zmiešaný systém s prevahou liberalistických prvkov a je založený na uplatnení trhu s dobrovoľným súkromným zdravotným poistením. Tento systém môže byť doplnený inštitútmi zdravotnej starostlivosti pre vybrané marginálne a ohrozené skupiny populácie, ktoré sú financované z daní. Trhový zdravotnícky systém je typický pre USA. Súkromný sektor v zdravotníctve je veľmi silný a vládne intervencie minimálne. Pri sledovaní ekonomických ukazovateľov v tomto zdravotníckom systéme možno zistiť, že vysoké percento výdavkov na zdravotníctvo, väčšinou viac ako polovica, pochádza zo súkromných zdrojov. Súkromná lekárska prax je silná a väčší podiel

nemocničných postelí je dotovaný súkromnými inštitúciami. Vládné zdravotnícke programy sú v tomto systéme slabé a pokrývajú len zlomok potrieb populácie. Plánovanie zdravotnej politiky teoreticky existuje, ale v praxi je neefektívne. Uplatňovanie regulačných opatrení v oblasti liekovej politiky, ľudských a finančných zdrojov je nízke. Prístupnosť k zdravotnej starostlivosti je neistá, najmä pre niektoré skupiny obyvateľstva (chudobní, nezamestnaní a pod.) a je založená na individuálnej zodpovednosti. Zdravotnícke služby sa chápu ako druh tovaru, ktorý podlieha zákonom trhovej ekonomiky. Pacient vystupuje ako spotrebiteľ, lekár ako podnikateľ. Existujú tu aj neziskové a charitatívne zdravotnícke zariadenia, výnimočne aj štátne nemocnice, ktoré poskytujú základnú zdravotnú starostlivosť nepoisteným a nemajetným občanom.

Socialistický zdravotnícky systém

Krajiny so socialistickým zdravotníckym systémom sú charakteristické štátnymi intervenciami. Tieto systémy sú vysokocentralizované a výlučným vlastníkom zdravotníckych zariadení a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je štát. Financovanie zdravotníctva sa uskutočňuje z prostriedkov štátneho rozpočtu. Takýto systém bol vytvorený s cieľom úplnej eliminovať súkromné poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Centrálne sa plánuje financovanie zdravotníckych služieb, zabezpečenie zdravotníctva ľudskými i materiálnymi zdrojmi, lieková politika a vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. Vládné zásahy do trhu zdravotníctva sú v tomto systéme najviac preukázateľné. Zdravotníctvo sa pokladá za neproduktívne odvetvie s nízkou ekonomickou prioritou [6, s. 95 – 96].

V tabuľke 2 je uvedené rozdelenie niektorých štátov sveta v závislosti od stupňa ekonomického rozvoja a existujúceho zdravotníckeho systému.

Tabuľka 2

Rozdelenie krajín podľa ekonomickej úrovne a uplatňovaného zdravotníckeho systému

Ekonomická úroveň krajín	Zdravotnícky systém			
	<i>trhový</i>	<i>sociálne poistenie</i>	<i>národná zdravotná služba</i>	<i>socialistický</i>
<i>Vyspelé trhové ekonomiky</i>	USA	Nemecko Kanada Japonsko	Veľká Británia Nový Zéland Dánsko	x
<i>Rozvojové a tranzitívne ekonomiky</i>	Thajsko Filipíny JAR	Brazília Egypt Česká republika	Nicaragua	Kuba Čína ČSSR
<i>Najmenej rozvinuté ekonomiky</i>	Ghana Bangladéš Nepál	India Barma	Srí Lanka Tanzánia	Vietnam Severná Kórea
<i>Ekonomiky bohaté na zdroje</i>	x	Lýbia Gabon	Kuvajt Saudská Arábia	x

Prameň: Pozri Roemer [6] a vlastné spracovanie.

Rôzni odborníci sa zhodujú v tom, že vo svete neexistuje ideálny zdravotnícky systém, ktorý by vyhovoval všetkým kritériám optimálnosti. Pri posudzovaní výhod a nevýhod jednotlivých zdravotníckych systémov uvádzame ich vlastnosti, ktoré vyplývajú z podstaty a charakteru jednotlivých zdravotníckych systémov (tab. 3). Treba zdôrazniť, že každý základný typ zdravotníckeho systému má v skutočnosti mnoho modifikácií. Ak vezmeme do úvahy napríklad systém povinného sociálneho poistenia, jeho formy realizované v jednotlivých krajinách (napr. v Nemecku, Holandsku, vo Francúzsku) sa od seba líšia. Podobne systém národnej zdravotnej služby má inú reálnu podobu vo Veľkej Británii v porovnaní s Talianskom. Jeho iná modifikácia sa realizuje aj v severských krajinách Európy a na Novom Zélande. Model tzv. socialistického systému sa realizoval v krajinách bývalého socialistického bloku tiež v rôznych modifikáciách.

Tabuľka 3

Základné modely zdravotníckych systémov, ich výhody a nevýhody

<i>Typ zdravotníckeho systému</i>	<i>Výhody</i>	<i>Nevýhody</i>
<i>Trhový systém</i>	• veľký výber kvalitných služieb • podporuje rozvoj vedy a techniky • podporuje súťaživosť medzi poskytovateľmi	• nízka dostupnosť kvalitnej starostlivosti pre chudobných • vysoké administratívne náklady • nedostatočná prevencia • nedostatočná nadväznosť služieb • vysoké náklady
<i>Systém povinného sociálneho poistenia</i>	• vysoká dostupnosť pre všetkých • dostatočná ponuka zdravotníckych služieb • dostatočná sieť poskytovateľov • vyhovujúca nadväznosť služieb • podpora primárnej starostlivosti • primerané náklady	• administratívne náklady • spotrebované poisťovníou • dôraz sa kladie na liečbu • problémy poisťovní sa riešia na vrub klientov • administratívna náročnosť
<i>Národná zdravotná služba</i>	• všeobecná dostupnosť služieb • dostatočná ponuka služieb • primeraná prevencia • nadväznosť služieb • nízke náklady • koordinácia záujmov účastníkov služieb	• nedostatok prostriedkov na investície • problémy s financovaním v období ekonomickej recesie • dlhé čakacie doby • nedostatočná motivácia obyvateľstva • podpora nesúťaživej atmosféry
<i>Socialistický systém</i>	• všeobecná dostupnosť služieb • primeraná prevencia • nadväznosť služieb • dostatočná sieť zdravotníckych zariadení	• nízka výkonnosť • chronický nedostatok zdrojov • ekonomické bariéry technického rozvoja • nedostatočná motivácia obyvateľstva • nesúťaživé prostredie • nízke ekonomické ohodnotenie práce zdravotníckych pracovníkov

Napriek tomu, že spôsob organizácie a financovania zdravotníctva sa v jednotlivých krajinách výrazne odlišuje, ich problémy konvergujú, najmä tlak na neustále zvyšovanie výdavkov na zdravotníctvo. Zvyšovanie výdavkov na zdravotníctvo ovplyvňujú vo všetkých známych systémoch tri faktory, ktoré sa stávajú zároveň problémami financovania zdravotníctva. Úspechy vedy a výskumu umožňujú liečiť stále viac chorôb, ale stojí to stále viac finančných prostriedkov. Občania sú informovanejší a chcú čo najlepšie zdravotnícke služby. Populácia starne. Preto pribúdajú tí, ktorí zdravotnícke služby spotrebúvajú, a ubúdajú tí, ktorí na ne prispievajú.

Aby zdravotnícke systémy mohli týmto problémom čeliť, treba nájsť otvorený systém zdravotnej starostlivosti, ktorý by dokázal pružne reagovať na zmeny.

3. Vývoj finančných ukazovateľov vybraných zdravotníckych systémov

Určitú predstavu o výkonnosti a účinnosti jednotlivých typov zdravotníckych systémov získame porovnávaním základných ekonomických ukazovateľov charakterizujúcich úroveň finančných zdrojov vynakladaných na zdravotnícke služby.

Medzinárodné porovnávanie ekonomických ukazovateľov zdravotnej starostlivosti je však veľmi zložitý. Príčinou je rôzna štruktúra, ale najmä obsah národných zdravotníckych štatistík. To spôsobuje, že v rôznych štatistikách sa uvádzajú rozdielne údaje, napríklad tvrdenie, že v Dánsku plynú do zdravotníctva len okolo 7 % HDP (podľa štatistiky WHO), pričom v skutočnosti (podľa štatistiky OECD) v roku 2003 to bolo až 9 %. Od určitej výšky finančných zdrojov v systéme nie je jednoznačná závislosť zlepšovania zdravotných indikátorov. Zvýšenie zdrojov nemusí znamenať zlepšenie zdravotných ukazovateľov. Napríklad USA dávajú do zdravotníctva takmer 14 % HDP a strednú dĺžku života majú o päť rokov kratšiu než Japonci, ktorých výdavky na zdravotníctvo predstavujú len 7,7 % HDP. Podobná situácia je v Španielsku (6,7 % HDP) a v Portugalsku (7,5 % HDP). Portugalci pritom žijú o 3 – 4 roky kratšie. Ovplyvňujú to okrem financií aj ďalšie faktory, a to životný štýl, kvalita, efektívnosť a priority zdravotnej starostlivosti.

V nasledujúcej časti poukážeme na vývoj ekonomických ukazovateľov zdravotníctva v troch krajinách, vybraných ako reprezentantov charakterizovaných zdravotníckych systémov. Finančné ukazovatele budeme sledovať v Dánsku, USA a Nemecku.

Tabuľka 4 dokumentuje vývoj ekonomických ukazovateľov zdravotníctva v Dánsku za obdobie piatich rokov. Vypočítaním priemerných koeficientov rastu jednotlivých ukazovateľov zistíme, že sú väčšie ako 1, z čoho vyplýva, že všetky

sledované ukazovatele dánskeho zdravotníctva medziročne rástli. Najväčší priemerný medziročný nárast možno sledovať pri celkových výdavkoch na zdravotníctvo per capita, a to 4,5 %. Priame platby per capita rástli v sledovanom období priemerne od 3,9 % a percentuálny podiel prostriedkov súkromného poistenia na celkových výdavkoch na zdravotníctvo vzrástol o 3,4 %. Z uvedeného vyplýva, že aj v dánskom zdravotníckom systéme, ktorý je financovaný prevažne z verejných zdrojov, sa v posledných rokoch zvyšuje podiel priamych platieb od obyvateľstva.

Tabuľka 4

Vývoj ekonomických ukazovateľov zdravotníctva v Dánsku

Ukazovateľ	1997	1998	1999	2000	2001	Priemerné koeficienty rastu
Celkové výdavky (% z HDP)	8.4	8.4	8.5	8.6	9	1.0174
Celkové výdavky (per capita v USD)	2 099	2 238	2 344	2 398	2 503	1.0450
Verejné výdavky (% z HDP)	6.8	6.9	7	6.9	7.1	1.0110
Verejné výdavky (% z celkových výdavkov)	82.3	82	82.2	82.5	82.4	1.0003
Súkromné poistenie (% z celkových výdavkov)	1.4	1.4	1.7	1.6	1.6	1.0340
Priame platby (per capita v USD)	343	370	377	381	400	1.0390

Prameň: OECD Health Data 2003. <www.oecd.org>; vlastné výpočty.

Celkové výdavky na zdravotníctvo, ako percento z HDP, rástli počas sledovaných piatich rokov v priemere o 1,74 %, kým verejné výdavky, ako percentuálny podiel z HDP, len o 1,1 %. Najnižší priemerný medziročný nárast 0,03 % môžeme sledovať pri ukazovateli verejné výdavky ako percento z celkových výdavkov na zdravotníctvo, z čoho vyplýva, že podiel verejných výdavkov na celkových výdavkoch na zdravotníctvo zostal v priebehu rokov 1997 – 2001 pomerne stabilný.

Tabuľka 5

Vývoj ekonomických ukazovateľov zdravotníctva v USA

Ukazovateľ	1997	1998	1999	2000	2001	Priemerné koeficienty rastu
Celkové výdavky (% z HDP)	13	13	13	13.1	13.9	1.0169
Celkové výdavky (per capita v USD)	3 939	4 095	4 287	4 540	4 887	1.0554
Verejné výdavky (% z HDP)	5.9	5.8	5.7	5.8	6.2	1.0125
Verejné výdavky (% z celkových výdavkov)	45.3	44.5	44.2	44.2	44.4	0.9950
Súkromné poistenie (% z celkových výdavkov)	33.5	33.8	34.4	35.1	35.6	1.0153
Priame platby (per capita v USD)	595	635	661	690	722	1.0496

Prameň: OECD Health Data 2003. <www.oecd.org>; vlastné výpočty.

Podobne aj v podmienkach zdravotníctva USA najrýchlejším tempom rastú celkové výdavky na zdravotníctvo per capita v USD, priemerne až o 5,54 % za rok. Z tabuľky 5 možno zistiť, že priemerný koeficient rastu ukazovateľa verejné výdavky, percento z celkových výdavkov na zdravotníctvo, je nižší ako 1, z čoho vyplýva, že podiel verejných výdavkov na celkových výdavkoch na zdravotníctvo sa v USA za sledované obdobie znižuje priemerne o 0,5 %.

V tomto zdravotníckom systéme ostávajú naďalej prioritné súkromné zdroje. Z dostupných údajov možno konštatovať, že podobne ako v Dánsku, aj v USA sú druhým najrýchlejšie rastúcim ukazovateľom priame platby per capita. Priemerný medziročný nárast tu predstavuje 4,96 %. Celkové výdavky na zdravotníctvo ako percento z HDP rástli v priebehu sledovaných piatich rokov o 1,69 % ročne. V ukazovateli verejné zdravotnícke výdavky ako percento z HDP pozorujeme v USA nárast priemerne o 1,25 % ročne, čiže vývoj sa ubera podobným tempom ako v Dánsku. Napokon ukazovateľ súkromné poistenie, ako percento z celkových výdavkov, rástol priemerne o 1,53 % za rok.

Tabuľka 6

Vývoj ekonomických ukazovateľov zdravotníctva v Nemecku

Ukazovateľ	1997	1998	1999	2000	2001	Priemerné koeficienty rastu
Celkové výdavky (% z HDP)	10.6	10.6	10.6	10.6	10.7	1.0023
Celkové výdavky (per capita v USD)	2 465	2 520	2 615	2 780	2 808	1.0331
Verejné výdavky (% z HDP)	8.1	7.9	8	7.9	8	0.9969
Verejné výdavky (% z celkových výdavkov)	75.3	74.8	74.8	75	74.9	0.9987
Súkromné poistenie (% z celkových výdavkov)	12.3	12.3	12.5	12.6	12.6	1.0060
Priame platby (per capita v USD)	267	282	284	293	299	1.0287

Prameň: OECD Health Data 2003. <www.oecd.org>; vlastné výpočty.

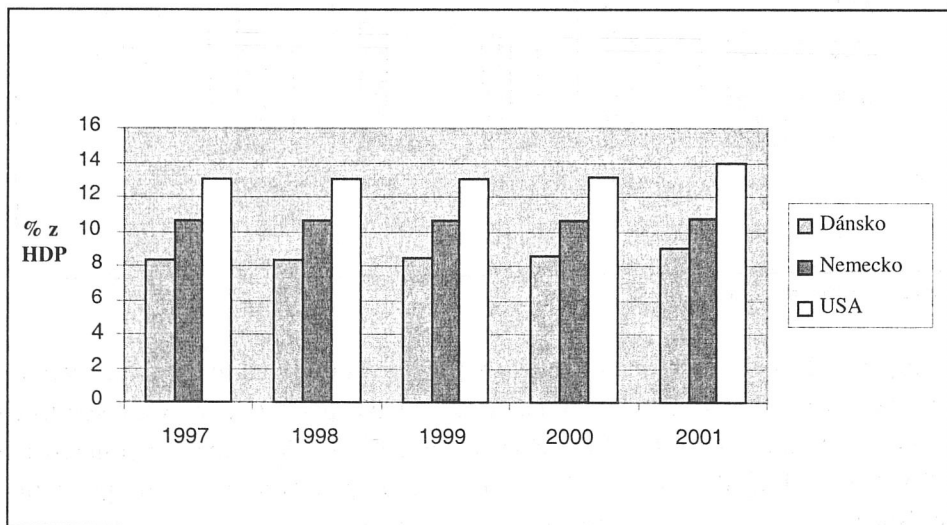
Čo sa týka vývoja ekonomických ukazovateľov v nemeckom zdravotníctve, z tabuľky 6 vidieť, že okrem verejných výdavkov na zdravotníctvo ako percento z celkových výdavkov do tejto oblasti a verejných výdavkov na zdravotníctvo ako percento z HDP – všetky sledované ukazovatele rástli. Aj v Nemecku môžeme sledovať najrýchlejšiu rast ukazovateľa celkových výdavkov na zdravotníctvo per capita, a to priemerne 3,31 % ročne. Druhé v poradí sa najrýchlejšie zvyšovali priame platby pacientov na zdravotnícke služby per capita, a to o 2,87 % za rok. Zaujímavé je, že v Nemecku rástol percentuálny podiel celkových výdavkov na zdravotníctvo z HDP najpomalšie zo sledovaných krajín, priemerne len o 0,23 % v priebehu rokov 1997 – 2001. Možno teda konštatovať, že v Nemecku boli ekonomické ukazovatele zdravotníctva najstabilnejšie, v porovnaní s ostatnými sledovanými krajinami sa výrazne nemenili.

Z predchádzajúcich tabuliek vyplýva, že vo všetkých troch krajinách sú podobné trendy vývoja ekonomických ukazovateľov realizovaných zdravotníckych systémov. Najrýchlejším tempom rastú celkové výdavky na zdravotníctvo per capita, pričom najväčší priemerný medziročný nárast sledujeme v USA. Je to spôsobené tým, že trhovému zdravotníckemu systému uplatňovanému v USA chýbajú regulačné opatrenia a spotrebúvané výdavky sa stávajú nekontrolovateľné. Tento systém sa všeobecne pokladá za veľmi drahý. Výdavky amerického zdravotníctva sú vysoké nielen v absolútnej hodnote (v USD), ale aj relatívne (v percentách HDP) a neustále rastú oveľa rýchlejším tempom, ako rastie ekonomika. Čo sa týka ukazovateľa percentuálny podiel zdravotníckych výdavkov na HDP, aj tu zaznamenávame nárast vo všetkých troch štátoch. Najrýchlejšie, aj keď len o 0,06 % viac ako v USA, rástol tento ukazovateľ v Dánsku. V Nemecku pozorujeme len minimálny nárast. Vysoké tempo rastu možno vidieť aj pri ukazovateli priame platby za zdravotnícke služby per capita. Od 2,87 % v Nemecku, až po takmer 5 % v USA. Relatívne stabilný zostal vo všetkých krajinách ukazovateľ percentuálneho podielu verejných výdavkov na celkových výdavkoch na zdravotníctvo. Podiel výdavkov na súkromné zdravotné poistenie rástol najrýchlejšie v Dánsku, pomalšie v USA a v Nemecku bol jeho vývoj stabilný. Aj v ukazovateli verejné výdavky ako percento z HDP vidíme relatívnu stabilitu, v USA a v Dánsku síce mierne narastal, o menej ako 1,5 %, v Nemecku sa však stále pohybuje okolo 8 %.

V nasledujúcej časti rozoberieme vývoj vybraných ekonomických ukazovateľov zdravotníctva v sledovaných krajinách v období 1997 – 2001.

Graf 1

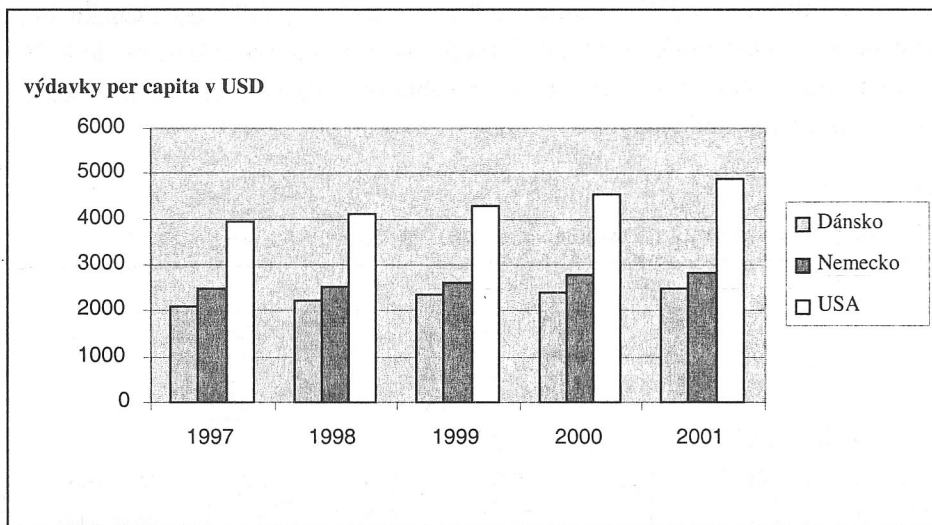
Vývoj celkových výdavkov na zdravotníctvo, % z HDP v sledovaných krajinách



Z grafu 1 je zrejmé, že percentuálny podiel zdravotníckych výdavkov z HDP sa v jednotlivých krajinách výrazne odlišujú. Rozdiely úzko súvisia so skutočnosťou, že v každej zo skúmaných krajín funguje iný zdravotnícky systém. Dánsko, uplatňujúce systém národnej zdravotnej služby, vynakladá na zdravotníctvo najnižšie percento zo svojho HDP a najviac sa približuje k priemeru krajín OECD (8,4 %). Je to zapríčinené tým, že do dánskeho zdravotníckeho trhu výrazne a v mnohých oblastiach zasahuje vláda, z čoho vyplýva, že výdavky na zdravotníctvo podliehajú prísnej verejnej kontrole. Percentuálny podiel zdravotníckych výdavkov z HDP v Nemecku je tiež veľmi vysoký v porovnaní s inými krajinami. Z krajín OECD sa vynakladá viac len v USA a vo Švajčiarsku. Najdrahšie zdravotníctvo má USA – do tejto oblasti smeruje až 14 % HDP, čo presahuje priemer OECD o viac ako 5 %. Je to spôsobené tým, že americké zdravotníctvo je financované prevažne zo súkromných zdrojov, ktoré sa vo všeobecnosti kontrolujú menej ako verejné zdroje. V prípade všetkých krajín však možno konštatovať, že podiel zdravotníckych výdavkov na HDP rastie.

Graf 2

Vývoj celkových výdavkov na zdravotníctvo per capita v USD v sledovaných krajinách



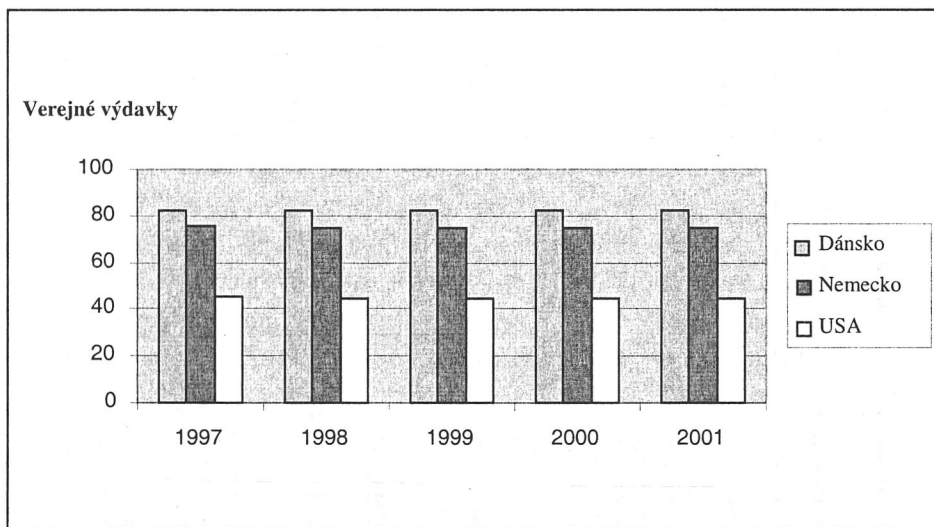
Prameň: Vlastné spracovanie.

Z grafu 2 vyplýva, že podobne ako v prípade podielu zdravotníckych výdavkov na HDP, aj celkové výdavky na zdravotníctvo per capita vo všetkých troch sledovaných krajinách rastú. Najrýchlejšie tempo rastu sledujeme v podmienkach USA, kde však aj absolútna výška ročných zdravotníckych výdavkov per capita predstavuje najvyššiu sumu, a to nielen zo skúmaných krajín, ale aj z celosvetového hľadiska. V USA sa spotrebuje za rok na zdravotnú starostlivosť pre jedného

obyvateľa viac ako dvojnásobná suma finančných prostriedkov v porovnaní s priemerom krajín OECD (2117 USD). Aj v tomto prípade sledujeme najnižšie výdavky na zdravotníctvo per capita v Dánsku, a to z dôvodu už spomínanej vyššej centrálnej kontroly vynakladaných finančných prostriedkov do zdravotníctva. Nemecko patrí tiež medzi štyri krajiny OECD s najvyššími zdravotníckymi výdavkami per capita, tie presahujú priemer krajín OECD o jednu tretinu. Vysoké výdavky v tomto ukazovateli v Nemecku sa dajú čiastočne vysvetliť vysokou úrovňou jeho intenzity, čo sa prejavuje napríklad veľkou frekvenciou finančne náročných výkonov.

Graf 3

Vývoj verejných výdavkov ako % z celkových výdavkov na zdravotníctvo v sledovaných krajinách



Prameň: Vlastné spracovanie.

V grafe 3 možno pozorovať rozdiely vo financovaní jednotlivých typov zdravotníckych systémov. V Dánsku, kde funguje systém národnej zdravotnej služby, tvoria verejné výdavky viac ako 80 %. Priemer krajín OECD predstavuje 72 % a najviac sa k nemu približuje Nemecko, kde v priebehu sledovaných piatich rokov podiel verejných výdavkov na celkových výdavkoch na zdravotníctvo osciloval okolo 75 %. Vo všetkých krajinách OECD, s výnimkou dvoch (USA, Mexiko), sa zdravotníctvo financuje prevažne z verejných zdrojov. V USA je však podiel verejných výdavkov na celkových výdavkoch najnižší zo všetkých krajín OECD, takmer o polovicu nižší ako v Dánsku alebo v iných, najmä škandinávskych krajinách uplatňujúcich systém národnej zdravotnej služby.

Tabuľka 7

Komparácia spôsobov financovania zdravotníctva v sledovaných krajinách

Krajina	Spôsob financovania zdravotníctva	Pokrytie populácie	Pokrytie populácie (v %)	Financovanie	Príspevok zamestnanca (v %)	Príspevok zamestnávateľa (v %)
Dánsko	verejné zdravotné zabezpečenie	celá populácia	99	prostredníctvom všeobecných štátnych a miestnych daní v pomere 5 : 95	0.00	0.00
	doplňkové zdravotné poistenie		30			
Nemecko	povinné zdravotné poistenie	všetci zamestnaní (s platom do stanovenej výšky), samostatne zárobkovo činné osoby, nezamestnaní, dôchodcovia a ich rodinní príslušníci	75	cez zdravotné poisťovacie fondy	6.75	6.75
	dobrovoľné zdravotné poistenie	tí, ktorých plat je vyšší ako stanovený limit	23	cez zdravotné poisťovacie fondy a súkromné poisťovne	závisí od individuálnych podmienok jednotlivých poisťovní	–
	štátny rozpočet	štátni zamestnanci	2	vládne príspevky	–	–
USA	dobrovoľné zdravotné poistenie	najmä stredná a vyššia vrstva	85	cez súkromné zdravotné poisťovacie fondy, z príspevkov zamestnávateľov a zamestnancov (80 : 20), resp. len zamestnávateľov (40 %)	7.65	
	Medicare	ľudia vo veku 65 rokov a viac, hendikepovaní		75 % z daní a 25 % z príspevkov na sociálne zabezpečenie		
	Medicaid	ľudia s veľmi nízkym príjmom/ľudia bez poistenia	11 15	z daní	–	

Prameň: www.oecd.org a vlastné spracovanie.

Záver

Komparácia vybraných ukazovateľov financovania zdravotníctva v sledovaných krajinách odhalila rozdiely v spôsobe financovania jednotlivých zdravotníckych systémov. Zistili sme, že existuje priama závislosť medzi podielom súkromných zdrojov na celkových výdavkoch na zdravotníctvo a percentuálnym podielom z HDP vyčleneným na zdravotnú starostlivosť. Čím je podiel súkromných výdavkov na celkových zdravotníckych výdavkoch vyšší, tým je celý systém drahší. USA, ktorého zdravotníctvo je financované prevažne zo súkromných zdrojov, vynakladá na zdravotníctvo najvyššie percento z HDP, takmer 14 %, a to nielen spomedzi nami sledovaných krajín, ale aj spomedzi štátov celého sveta. Naopak, dánsky zdravotnícky systém, financovaný prevažne z verejných zdrojov, spotrebúva na zdravotníctvo najmenej finančných prostriedkov zo skupiny sledovaných krajín, a to 9 % z HDP. Je to spôsobené tým, že verejné zdroje vo všeobecnosti podliehajú vyššej kontrole ako súkromné zdroje a verejnou kontrolou sa prísne sleduje jednak účel, na čo sa finančné prostriedky používajú, jednak efektívnosť ich spotreby.

Sledovaním vývoja ekonomických ukazovateľov vo vybraných krajinách za obdobie piatich rokov sme ďalej zistili, že pomer verejných a súkromných zdrojov na celkových zdravotníckych výdavkoch zostal v sledovanom období stabilný. Celkové výdavky na zdravotníctvo však vo všetkých troch krajinách rástli, a to absolútne (per capita), aj relatívne (% z HDP). Tento globálny trend je spôsobený najmä vývojom v oblasti medicínskej vedy, demografickými zmenami v populácii, rastúcou informovanosťou pacienta, objavením sa nových ochorení, šírením epidémií a podobne.

V priebehu posledných dvadsiatich rokov minulého storočia došlo vo všetkých krajinách reprezentujúcich zdravotnícke systémy k významným reformám v zdravotníctve. Všetky uskutočnené reformy majú spoločné ciele:

- zvýšiť dostupnosť základnej zdravotnej starostlivosti,
- zvýšiť výkonnosť zdravotníckeho systému,
- posilniť individuálnu zodpovednosť za zdravie,
- znížiť tempo rastu výdavkov na zdravotníctvo,
- zvýšiť kvalitu zdravotnej starostlivosti.

V každom z posudzovaných zdravotníckych systémov hrá štát a jeho orgány významnú úlohu pri realizácii zdravotníckych reforiem. Výrazne sa prejavuje zvyšovanie regulačnej úlohy štátnych orgánov. Ako základné nástroje regulácie v zdravotníctve sa používa implementácia modelov riadenej zdravotnej starostlivosti a zavádzajú sa rôzne limity. Reguluje sa zavádzanie nových technológií, liekov, spôsob a výška úhrad poskytovateľom, zvyšovanie podielu občanov na úhradách, zavádzanie štandardných diagnostických a liečebných postupov. Tieto opatrenia sa často nezaobídu bez konfliktov medzi jednotlivými účastníkmi zdravotnej starostlivosti.

Literatúra

- [1] KOLEKTÍV autorov: Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press 2003. ISBN 80-7226-996-8.
- [2] KOVÁČ, E.: Zdravotné poistenie, zdravotnopolitické a ekonomické súvislosti. Bratislava: MOTÝL 2003. ISBN 80-88978-85-88.
- [3] KUVÍKOVÁ, H. Ekonomické aspekty viacdrojového zabezpečenia zdravotníckych služieb. Banská Bystrica: Ekonomická fakulta UMB 1998. ISBN 80-8055-120-0.
- [4] KUVÍKOVÁ, H. – MURGAŠ, M. – NEMEC, J.: Manažment zdravotníctva. Banská Bystrica: Trian s. r. o. 1998. ISBN 80-967730-2-X.
- [5] RADÍČOVÁ, I. – WOLEKOVÁ, H. – NEMEC, J.: Zdravie, práca, dôchodok. Bratislava: S.P.A.C.E. 1999. ISBN 80-967403-9-3.
- [6] ROEMER, M. I.: National Health Systems of the World. Volume I. The Countries. New York/Oxford: Oxford University Press 1991. ISBN 0-19-505320-6.
- [7] <http://www.oecd.org>
- [8] <http://www.who.dk>