

» obsah

**Voľby prinášajú zmenu,
aj v zdravotníctve**

Programové tézy

HPI víta programové
tézy v zdravotníctveZdravotnícky program
pre reformnú vláduZhodnotenie plnenia
PVV a činnosti
odchádzajúcej vlády
v oblasti hospodárskej
politikyPorovnanie technickej
efektívnosti
zdravotných systémov
vybraných krajín EurópyČo si o časopise
Zdravotná politika
myslia jeho čitatelia?Deň otvorených dverí
akadémie HMA

» tirage

Zdravotná politika
mesačník
o zdravotnej politikeHealth Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republikatel.: +421 (2) 207 11 959
fax: +421 (2) 207 11 962
e-mail: newsletter@hpi.sk

Vyšlo s podporou

 **NADÁCIA OTVORENEJ SPOLOČNOSTI**
OPEN SOCIETY FOUNDATIONeditor: Tomáš Szalay
foto: Miroslav Hudák,
Eva Sivá, Tomáš Szalay

ISSN 1338-1172

Voľby prinášajú zmenu, aj v zdravotníctve

Parlamentné voľby ukázali, že voliči si aj na Slovensku prajú zmenu. Znamená to i zmenu v doterajšom štýle a obsahu zdravotnej politiky. Zverejnené programové tézy rodiacej sa stredo-pravej koalície znejú solidne: z nemocníc budú akciové spoločnosti, zavedie sa v nich platba za diagnózu (DRG) a má byť definovaný tzv. základný balík zdravotnej starostlivosti, ktorý je hrađený z verejného poistenia. Ostatné môže byť predmetom pripoistenia.

Koaličné ambície však majú aj svoje hranice. Programové tézy sa nezmieňujú o privatizácii nemocníc ani o rozdelení a privatizácii štátnej VŠZP.

Health Policy Institute dlhodobo presadzuje, aby sa úloha štátu sústredila na reguláciu zdravotníctva, nie na výkon zdravotného poistenia či poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Politické nominácie robia zo štátneho vlastníctva najväčšie riziko dlhodobej udržateľnosti akýchkoľvek zmien v systéme. Najmä v prostredí, ktoré je dlhodobo priaznivé ku korupcii.

Rezort zdravotníctva bude viesť podpredseda Kresťanskodemokratického hnutia Ivan Uhliarik. Vie, že ho čaká sisyfovská práca: od septembra minulého roku navštevoval náš vzdelávací program na Health Management Academy a bol konfrontovaný s rozsahom výzvy, ktorú sa po voľbách rozhodol prijať.

Veríme, že s jeho príchodom príde na tento úrad aj lepšia politická kultúra. Rozhodne mu v jeho misii držíme palce.

Júnové vydanie Zdravotnej politiky je posledné pred letnými prázdninami. O tom, či budeme pokračovať v jeho vydávaní od septembra v nezmenenej podobe, sa rozhodne v priebehu nasledujúcich týždňov. Uplynulý rok sme vychádzali najmä vďaka láskavej podpore Nadácie otvorenej spoločnosti – Open Society Fund. V tejto súvislosti sme si urobili prieskum medzi čitateľmi časopisu. Jeho výsledky nás potešili a sú cennou inšpiráciou (str. 16). O grant sme požiadali opäť, na vyrozumenie zatiaľ čakáme.

V mene kolektívu HPI vám želim príjemné a ničím nerušené leto :)

TOMÁŠ SZALAY

Ivan Uhliarik svojou prezentáciou odštartoval Deň otvorených dverí akadémie HMA, ktorý prebehol – podobne ako po minulé roky – v skvelej atmosfére (str. 18).

Programové tézy v zdravotníctve



Po parlamentných voľbách z 12. júna 2010 došlo na Slovensku k zmene politických síl. Väčšinu 79 kresiel v 150-člennej Národnej rade SR získali štyri stredopravé subjekty: SDKÚ-DS (28), SaS (22), KDH (15) a Most – Híd (14). Predstavitelia týchto strán sa 22. júna dohodli na programových tézach novej vlády. Uverejňujeme body týkajúce sa rezortu zdravotníctva. Stanovisko HPI k týmto tézám nájdete na nasledujúcej strane.

- Zrušíme povinnosť vystavovania odporúčacích lístkov k špecialistom.
- Zavedieme elektronickú kartu poistenca na zefektívnenie administratívy a starostlivosti o pacienta v rámci projektu e-health.
- Zavedieme strop pre platby za lieky u lekára alebo pre seniorov a zdravotne postihnutých.
- Zlepšíme podmienky opatrovania ťažko chorých pacientov v domácej starostlivosti.
- Posilníme prevenciu a motiváciu k nej vrátane vytvorenia celoštátnych preventívnych programov: Rodič a dieťa, Starostlivosť o seniorov, Onkologický program, Srdcovocievny program a Program mentálneho zdravia bez nároku na dodatočné rozpočtové zdroje.
- Zabezpečíme šetrenie zdrojov prostredníctvom sústredenia sa na lepšiu diagnostiku pred necielenou terapiou.
- Zavedieme bonus pri platbách na zdravotné poistenie pre dospelých obyvateľov, ktorí nevyčerпали zdravotnú starostlivosť.
- Zanalyzujeme zavedenie výpisov vyčerpanej zdravotnej starostlivosti. Zdravotná poisťovňa by povinne zaslala každému poistencovi, ktorému bola poskytnutá zdravotná starostlivosť, 1x ročne výpis úhrad za vyčerpanú starostlivosť.
- Zdefinujeme zákonný nárok na rozsah zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného poistenia. Tento bude rovnaký pre všetkých a každá zdravotná poisťovňa pôsobiaca na trhu ho bude povinná zabezpečiť.
- Znížime bariéry pre vstup nových subjektov na trh poskytovateľov zdravotného poistenia.
- Vrátime poisťovniam možnosť tvorenia zisku za presne stanovených podmienok, tak, aby sa nezhoršovala pozícia štátu v prebiehajúcich sporoch o ochranu investícií. Poisťovne musia vyvíjať tlak na poskytovateľov zdravotníckych služieb smerom k efektivite a ku kvalite, pričom musia chrániť záujem svojho poistenca – pacienta.
- Umožníme poisťovniam pripoistenie, ktoré bude pokrývať úhrady nad rámec zákonného nároku ako aj nadštandardné služby.
- Zvážime zvýšenie percenta poistného, ktoré nebude predmetom prerozdelenia.
- Rozšírime kompenzáciu rizikovej štruktúry poistencov o kritérium zdravotného stavu jednotlivca so zahrnutím finančne náročných výkonov.
- Vrátime nezávislosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.
- Zavedieme zrozumiteľný systém merania kvality a akreditáciu poskytovateľov vrátane nemocníc.
- Dáme všetkým nemocniciam právnu formu obchodných spoločností a umožníme transformáciu neziskových organizácií na akciové spoločnosti.
- Zrovnoprávnime financovanie nemocníc spolu so zavedením platby za diagnózu (DRG systém).
- Doriešime minimálnu sieť špecializovanej ambulantnej starostlivosti a ústavnú starostlivosť (prehodnotenie siete zdravotnej starostlivosti a reštrukturalizácie siete poskytovateľov).
- Protimonopolný úrad bude musieť oveľa účinnejšie zakročovať proti prípadným kartelovým dohodám poskytovateľov a zároveň aj poisťovní pri rokovaniach o cenách.
- Na prevádzku RZP a RLP budeme vyhlasovať verejné obstarávanie. Rozdelíme výberové konania tak, aby nedochádzalo k súčasnému výberu všetkých poskytovateľov. Udeľovanie licencií na rýchlu zdravotnú pomoc sa musí udiť formou elektronickej aukcie.
- Zavedieme grantový systém do vedy a výskumu v oblasti zdravotníctva.
- Vláda sa bude zaoberať rozsahom povinného očkovania detí.

V Bratislave 22. júna 2010

HPI víta programové tézy v zdravotníctve



Health Policy Institute (HPI) víta dohodu pravicových strán na programových tézach budúcej vlády. V oblasti zdravotníctva sa tieto tézy v mnohom prekrývajú s odporúčaniami HPI pre zdravotnú politiku ako aj s navrhovaným ideálnym „programovým

vyhlásením reformnej vlády.“

Za tri najdôležitejšie body v dohodnutých programových tézach považujeme:

1. DRG: zmena spôsobu financovania nemocníc

Zavedenie platby za diagnózu odstráni diskrimináciu niektorých nemocníc a prispieje k spravodlivejšiemu prerozdeleniu zdrojov. Náročnejšia starostlivosť bude hodnotená lepšie. Za rovnakú starostlivosť budú mať nemocnice porovnateľnú úhradu bez ohľadu na to, či ide o nemocnicu fakultnú alebo okresnú.

2. transformácia nemocníc na akciové spoločnosti

Akciová spoločnosť je právna forma, ktorá vedie manažment k hospodárnemu riadeniu nemocnice. Zastavenie transformácie v roku 2006 považujeme za zásadnú chybu, ktorá stála slovenských daňových poplatníkov viac než 130 miliónov eur. Tie si vyžiadalo oddĺženie štátnych príspevkových organizácií – pritom štátne akciové spoločnosti žiaden dlh netvorili.

3. jednoznačné stanovenie rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia (tzv. základný balík)

Kým nebude zrejmé, ktorá zdravotná starostlivosť je a ktorá nie je predmetom úhrady z verejného zdravotného poistenia, dovtedy nebude možné na Slovensku spustiť individuálne zdravotné poistenie. Nejasnosť vymedzenia solidárneho balíka vedie k nedorozumeniam medzi pacientmi a lekármi a živelnému spoplatňovaniu rôznych výkonov.

Do programových téz sa nedostali niektoré opatrenia, ktoré sú podľa HPI potrebné na dokončenie reformy zdravotníctva:

1. rozdelenie VŠZP na 3-4 menšie časti a ich následná privatizácia v medzinárodnom tendri

Vysoká koncentrácia na poistnom trhu deformuje súťaž poisťovní i poskytovateľov. Privatizáciou by sa štát mohol začať plne venovať regulácii systému. Výnosy z privatizácie by bolo možné použiť na rekonštrukciu alebo výstavbu nemocníc v slovenských regiónoch.

2. „jumbo-clustre“ pri kategorizácii liečiv

Úhrady za lieky sa v kategorizácii stanovujú na základe porovnania s rovnakými účinnými látkami. Jumbo-cluster umožňuje ich porovnávať aj s odlišnými liečivami, ktoré majú podobné účinky. Rozšíri sa tak súťaž medzi výrobcami liekov, ktorá prinesie tlak na zníženie cien.

3. HTA agentúra

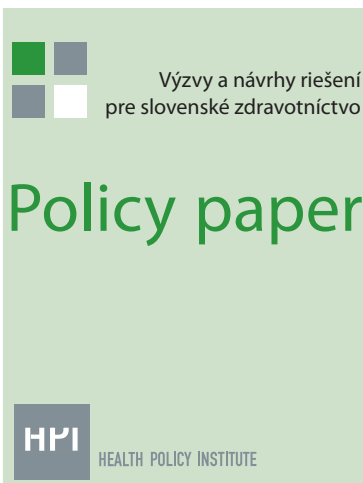
Slovensku dnes chýba mechanizmus na posudzovanie nákladovej efektívnosti nových medicínskych technológií (Health Technology Assessment, HTA) – ako sú napr. nové lieky, prístroje, postupy. Rozhodovanie o tom, čo budeme hradiť z verejných zdrojov, tak nie je vždy podložené objektívnym zhodnotením nákladov a benefitov. HTA agentúra by umožnila prijímať odborné rozhodnutia a minimalizovať politické tlaky.

Napriek týmto výhradám považujeme programové tézy budúcej vlády za progresívne. Slovenské zdravotníctvo má šancu sa za štyri roky významne posunúť vpred a lepšie naplňať svoje poslanie: zlepšovanie zdravotného stavu, spokojnosti a finančnej ochrany obyvateľov.

Health Policy Institute, 24. 6. 2010



„Kto dnes nie je na Facebooku, neexistuje!“ Boom internetových sociálnych sietí nás v Health Policy Institute nemohol nechať ľahostajných. **Vytvorili sme preto na Facebooku profilovú stránku HPI.** Pridajte si ju medzi obľúbené a zostanete s nami v kontakte.



Výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo

Health Policy Institute publikoval v apríli 2010 *policy paper*, ktorého cieľom je predstaviť kľúčové výzvy a návrhy riešení pre slovenské zdravotníctvo. Autori v ňom používajú konceptuálny rámec, ktorý sa na zdravotný systém pozerá z pohľadu cieľov a nástrojov.

Za tri kľúčové ciele považujú **zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva, zvyšovanie spokojnosti spotrebiteľov a finančnú ochranu pred katastrofickými nákladmi.**

Príspevok je tak rozdelený do troch kapitol, pričom každá z nich sa venuje jednému cieľu a hlavným stratégiám na ich dosiahnutie. Vzhľadom na komplexnosť cieľov a rôznorodé záujmy jednotlivých hráčov v zdravotníctve je záver *policy paperu* venovaný potrebe zodpovednej regulácie a ochrane spotrebiteľa.

Celé znenie dokumentu nájdete na www.hpi.sk

Think tanky: Ako by malo vyzerať ideálne programové vyhlásenie reformnej vlády?

Zdravotnícky program pre reformnú vládu

Konzervatívny inštitút M. R. Štefánika v partnerstve s Nadáciou F. A. Hayeka a v spolupráci s ďalšími odborníkmi z mimovládneho a súkromného sektora predstavil pred voľbami ideálne „programové vyhlásenie reformnej vlády“. Dokument obsahuje vzájomne prepojené, systémové a konkrétne kroky na ceste k slobodnejšej a prosperujúcej spoločnosti na Slovensku. Ambíciou autorov je v tomto duchu prinášať nepolitické a čo najviac odborné, razantné a aj technicky a finančne zrealizovateľné (nie však nutne politicky priechodné) koncepčné zmeny a praktické riešenia problémov na Slovensku.

Cieľom dokumentu Programové vyhlásenie reformnej vlády je prezentovanie systémového a uskutočniteľného programového vyhlásenia reformnej vlády, ktorého realizácia by zásadným a maximálne možným spôsobom posunula Slovensko k slobodnej, prosperujúcej a bezpečnej spoločnosti, kde sa dodržiavajú základné morálne pravidlá a zabezpečujú pravidlá pre udržateľné verejné financie. Východiskom dokumentu a aj ďalších výstupov nie je ich politická priechodnosť, ale uskutočniteľnosť v prípade existencie vládnej garnitúry takéto zásadné reformy realizovať.

Celý dokument nájdete na www.reformnavlada.sk. Na tomto mieste prinášame kapitolu Zdravotníctvo, ktorej autormi sú partneri HPI Peter Pažitný, Tomáš Szalay a Angelika Szalayová. Vychádzajú pritom z HPI Policy papera, ktorý bol zverejnený v apríli 2010.

reformnāvvlāda.sk

Spríevodca pre zodpovedných politikov
na ceste k slobodnejšej spoločnosti a štithlejšiemu štátu

HLAVNÉ PROBLÉMY

Výzvou pre Slovensko budú v nasledujúcich rokoch rastúce očakávania obyvateľstva ohľadom dĺžky a kvality života, vrátane kvalitnejšieho zdravia. Stredná dĺžka života obyvateľov Slovenska pri narodení pritom za západnou Európou zaostáva o 5 – 7 rokov. Systém nie je ústretový voči preferenciám spotrebiteľov. V porovnaní zdravotných systémov z pohľadu spotrebiteľov Euro Health Consumer Index 2009 sa slovenské zdravotníctvo umiestnilo na 28. mieste z 33 hodnotených európskych krajín.

V zdravotníctve na Slovensku pretrvávajú nasledovné dlhodobé problémy:

- nízka efektivita (zdravotné služby dávajú konzumentom za vynaložené peniaze príliš malú hodnotu, produkujeme a spotrebúvame služby, ktoré nepotrebujeme a zároveň zbytočne konzumujeme nákladovo neefektívne zdravotné služby),
- nedostupnosť (zdravotné služby sú napriek „bezplatnosti“ čoraz horšie dostupné, nielen však z nedostatku zdrojov, ale aj z nevhodnej štruktúry ponuky a nesprávneho nastavenia kapacít),
- nepružnosť (zdravotný systém nedokáže reagovať na meniace sa potreby ľudí a preferencie spotrebiteľov).

ŽIADUCI STAV

Reformná vláda by mala považovať za žiaduci stav v zdravotníctve také prostredie, v ktorom:

- ľudia budú mať motiváciu zodpovedne pristupovať k svojmu zdravotnému stavu a niesť zodpovednosť za svoje zdravie,

- bude existovať neobmedzovaná konkurencia súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí majú motiváciu starať sa o zdravie ľudí a jeho ďalšie zlepšovanie,
- z verejných zdrojov sa bude financovať adresne garantovaný minimálny rozsah zdravotnej starostlivosti,
- úloha vlády bude vo vymedzení a vynucovaní pravidiel hry.

Reformná vláda si je vedomá, že štát nemá vlastniť alebo prevádzkovať ambulancie, nemocnice či zdravotné poisťovne. Jeho rolou má byť ochrana spotrebiteľa a zodpovedné riadenie systému. Úlohou štátu je presadzovanie takej zdravotnej politiky, ktorou sa dosahuje spoločenské ciele pomocou účinnej regulácie, pri ktorej rešpektuje sa právo na slobodné podnikanie a nedotknuteľnosť súkromného vlastníctva.

REFORMNÉ ZÁMERY

Reformná vláda by počas volebného obdobia mala presadzovať nasledovné zámery riešenia hlavných problémov v slovenskom zdravotníctve:

- 11.1 Zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva a kvality zdravotnej starostlivosti
- 11.2 Zvyšovanie slobody voľby a rozhodovaní spotrebiteľov s cieľom ich vyššej spokojnosti
- 11.3 Finančná udržateľnosť, ochrana a zníženie rozsahu základného balíka financovaného z verejných zdrojov
- 11.4 Znížená a účinnejšia vládna regulácia

REFORMNÝ ZÁMER 11.1

ZLEPŠOVANIE ZDRAVOTNÉHO STAVU OBYVATEĽSTVA A KVALITY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Hlavným cieľom zdravotnej politiky je vytvoriť podmienky na fungovanie takého zdravotného systému, ktorý v dlhodobom horizonte zlepšuje zdravotný stav populácie.

Reformná vláda by zámer mohla dosiahnuť prostredníctvom nasledovných opatrení:

Zvyšovanie kvality zdravotnej starostlivosti

- implementácia klinických odporúčaní a protokolov
- meranie a porovnávanie kvality poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
- zavedenie transparentných spotrebiteľských rebríčkov
- odmeňovanie poskytovateľov podľa kvality
- zabezpečenie nezávislého prešetrenia postupu poskytovateľa

Zvyšovanie alokatívnej efektívnosti

- vytvorenie nezávislej inštitúcie na hodnotenie medicínskych intervencií
- stanovenie prioritných zdravotných služieb v alokácii zdrojov, určenie a dodržiavanie hranice nákladovej efektívnosti
- explicitná definícia základného balíka hradenej zdravotnej starostlivosti formou presného zoznamu zdravotných služieb a spoplatnenie neprioritných diagnóz/služieb

Nastavenie motivácií

- implementácia motivačných schém pre pacientov s cieľom aktívneho ovplyvňovania spotrebiteľského správania (reward based healthcare)
- spoluúčasť podporujúca zodpovednosť pacienta za svoj zdravotný stav vrátane aktívnej spolupráce pacienta
- moderné platobné mechanizmy odmeňujúce kvalitu, výsledky a koordináciu liečby
- zaviesť transparentný systém odmeňovania nemocníc na základe diagnóz
- podpora atmosféry a kultúry zisku v zdravotníctve, ktorý je odmenou jednotlivých subjektov za príspevok k zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľov

REFORMNÝ ZÁMER 11.2

ZVYŠOVANIE SLOBODY VOĽBY A ROZHODOVANÍ SPOTREBITEĽOV S CIEĽOM ICH VYŠŠEJ SPOKOJNOSTI

Popri schopnosti systému zlepšovať zdravotný stav populácie je veľmi dôležité, ako sú ľudia spokojní s nemedicínskymi parametrami systému a s tým, ako systém reaguje na ich očakávania. Reakcia na nemedicínske potreby klientov môže mať negatívny vplyv na efektívnosť, zdravotný zisk a rovnosť. Viaceré opatrenia na dosahovanie spokojnosti však zároveň dosahujú aj ciele v oblasti zlepšovania zdravotného stavu – napríklad zlepšovaním spolupráce pacientov.

Reformná vláda by na dosiahnutie tohto zámeru mala prijať nasledovné opatrenia:

Orientácia na klienta

- určenie maximálnej čakacej doby pre jednotlivé diagnózy
- privatizácia štátnych nemocníc
- koncepcia dlhodobej starostlivosti
- slobodný výber poskytovateľa a zdravotnej poisťovne
- zavedenie inovatívnych platobných mechanizmov, ktoré podporujú klientskú orientáciu poskytovateľov
- posilnenie statusu pacienta ako spotrebiteľa zavedením povinnosti autorizácie účtu poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zavedením legálnej spoluúčasti

Dostupné informácie o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti (a ich kvalite)

- podpora zberu, spracovania a publikácie indikátorov výkonnosti a kvality ako poskytovateľov, tak aj zdravotných poisťovní
- zverejňovanie výšky úhrad zdravotných poisťovní jednotlivým poskytovateľom
- publikácia rebríčkov kvality poskytovateľov
- postupné zavedenie eHealth

Dôstojnosť a rešpekt voči pacientom

- osveta verejnosti i zdravotníkov v oblasti práv (a povinností) pacientov
- explicitná definícia základného balíka hradenej zdravotnej starostlivosti a jeho vymáhateľnosť
- vytvorenie inštitútu zdravotníckeho ombudsmana za podmienky nezvýšenia celkových výdavkov v rezorte zdravotníctva

REFORMNÝ ZÁMER 11.3

FINANČNÁ UDRŽATEĽNOSŤ, OCHRANA A ZNÍŽENIE ROZSAHU ZÁKLADNÉHO BALÍKA FINANCOVANÉHO Z VEREJNÝCH ZDROJOV

Medzi bohatstvom a zdravím je vzťah pozitívnej spätnej väzby. Toto dlhodobé pozorovanie však nie je možné zúžiť na tvrdenie, že vyšší rast výdavkov na zdravotníctvo automaticky zlepší zdravotné parametre krajiny. Slovensko musí z dlhodobého hľadiska budovať udržateľný systém financovania, ktorý adresne rozdeľuje finančné bremeno na obyvateľstvo, je pre jednotlivých aktérov dostatočne predvídateľný a pritom jednoduchý na administráciu.

Predpokladá sa, že vláda by na dosiahnutie tohto zámeru mala prijať nasledovné opatrenia:

Finančná udržateľnosť a ochrana

- zvýšenie platby štátu na 5% a jej postupné zvyšovanie o 0,25% percentuálneho bodu za podmienky neohrozenia znižovania deficitu verejných financií a vyrovnaného hospodárenia s verejnými financiami v poslednom roku volebného obdobia

- mierne zníženie odvodového zaťaženia, dosiahnuté znížením sadzby verejného zdravotného poistného zo súčasných 14 % na 10 % a presunom odvodovej povinnosti na zamestnanca z tzv. „brutto-brutto“ mzdy
- spustenie individuálneho zdravotného poistenia. Predpokladom jeho úspešného zavedenia je presná definícia nároku z verejného zdravotného poistenia. Predstavuje vyšší stupeň akumulácie a riadenia rizika ako priame platby, a tým poskytuje vyššiu mieru finančnej ochrany ako samotné priame platby
- mierne zníženie rozsahu garantovanej zdravotnej starostlivosti, dosiahnuté adresným financovaním klientov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (administratívne úkony, strava, ubytovanie, doprava, ...)
- umožniť zdravotnej poisťovni určiť všetkým poistencom tzv. nominálne poistné. Môže tak urobiť dobrovoľne pri zavádzaní nových produktov, alebo povinne, ak sa ocitá vo finančných ťažkostiach
- limit pre spoluúčasť vo výške 240 eur ročne, určený na zníženie katastrofických nákladov z priamych platieb

Kompenzácia štruktúry rizika

- zabudovanie konceptu high-risk pool na kompenzáciu vysokých (a väčšinou) jednorazových nákladov zdravotnej poisťovne na zdravotnú starostlivosť, ktoré vyplývajú buď z liečby následkov vážnej nehody alebo zriedkavej choroby
- doplnenie súčasných demografických parametrov prerozdelenia o parametre zdravotného stavu. Tieto parametre znamenajú zvýšenie predikčnej schopnosti modelu, čo sa premietne do spravodlivejšej súťaže medzi zdravotnými poisťovňami. Zníži sa tlak na selekciu rizika a zdravotná poisťovňa bude odmeňovaná za efektívny nákup zdravotnej starostlivosti

Zvýšenie efektívnosti zdrojov v zdravotníctve

- kontrola a zdržanlivosť vo výdavkoch na lieky
- reštrukturalizácia lôžkového fondu spojená s redukciami počtu akútnych postelí
- presun zdravotnej starostlivosti z lôžkovej starostlivosti na ambulanciu starostlivosť a jednoduchú chirurgiu
- naštartovanie transformácie nemocníc na akciové spoločnosti a ich následná privatizácia
- podpora zavedenia štandardnej corporate governance a vyžadovanie profesionálnych manažérov v nemocniciach
- podporovanie konkurencie a nákladovej efektívnosti
- zavedenie DRG v odmeňovaní nemocníc
- zrušenie pevnej minimálnej siete a jej liberalizácia
- striktnější a transparentnejšia definícia zákonného nároku, hradeného z verejného zdravotného poistenia, vrátane časovej dostupnosti
- odstránenie zákazu zisku zdravotných poisťovní
- vytvorenie koncepcie základných odborov zdravotnej

starostlivosti, v ktorej sa zdefinuje úloha a hierarchia jednotlivých poskytovateľov v manažmente pacienta

- posilnenie kompetencií všeobecných lekárov pri rozhodovaní o indukovaných nákladoch a manažmente pacienta
- podpora používania moderných, nákladovo efektívnych protokolov a guidelines pri manažmente pacienta

REFORMNÝ ZÁMER 11.4

ZNÍŽENÁ A ÚČINNEJŠIA VLÁDNA REGULÁCIA

Okrem dilemy, vznikajúcej medzi koncentrovanými nákladmi pre dobre organizované skupiny a roztrúsenými benefitmi pre neorganizované skupiny, je podstatnou črtou zdravotníctva informačná asymetria. Zdravotníctvo je komplikovaný trh, na ktorom sa vplyvom privatizácie a fungovania trhových mechanizmov podstatne mení úloha štátu. Dnes už nie je kľúčovým očakávaním to, aby štát vlastnil alebo prevádzkoval ambulancie, nemocnice či zdravotné poisťovne. Jeho jedinou rolou má byť ochrana spotrebiteľa a zodpovedné riadenie systému zdravotníctva.

Reformná vláda by na dosiahnutie tohto zámeru mala prijať nasledovné opatrenia:

Zodpovedné riadenie

- privatizácia štátnych nemocníc a VŠZP. Cieľom privatizácie je ponúknuť poskytovanie zdravotných služieb a výkon verejného zdravotného poistenia súkromným subjektom. V záujme zlepšenia možnosti voľby pre spotrebiteľa a podpory konkurenčného prostredia je dôležité, aby privatizácii VŠZP predchádzalo jej rozdelenie na minimálne 4 časti
- štát by mal zotrvať vo funkcii zodpovedného regulátora prostredia, pričom regulácia má byť nástroj zodpovedného vedenia, stability, predvídateľnosti a dodržiavania pravidiel hry a nie zneužívaná ako prostriedok na získavanie konkurenčných výhod pre privilegované trhové subjekty
- ochrana spotrebiteľa si vyžaduje rolu štátu prostredníctvom tvorby a vymáhania štandardov kvality a zákonného nároku
- nezávislosť regulačných inštitúcií, predovšetkým posilnenie nezávislosti Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
- kompletná rekonštrukcia Národného centra zdravotníckych informácií (NCZI) a systému zberu, vyhodnocovania a sprístupňovania údajov o zdravotnom systéme za podmienky nezvýšenia výdavkov v rezorte zdravotníctva



Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976)
MUDr. Angelika Szalayová (1974)
MUDr. Tomáš Szalay (1971)
sú zakladajúci partneri a senior analytici Health Policy Institute.

» kontakt

hpi@hpi.sk | www.hpi.sk

Zhodnotenie plnenia PVV a činnosti odchádzajúcej vlády v oblasti hospodárskej politiky

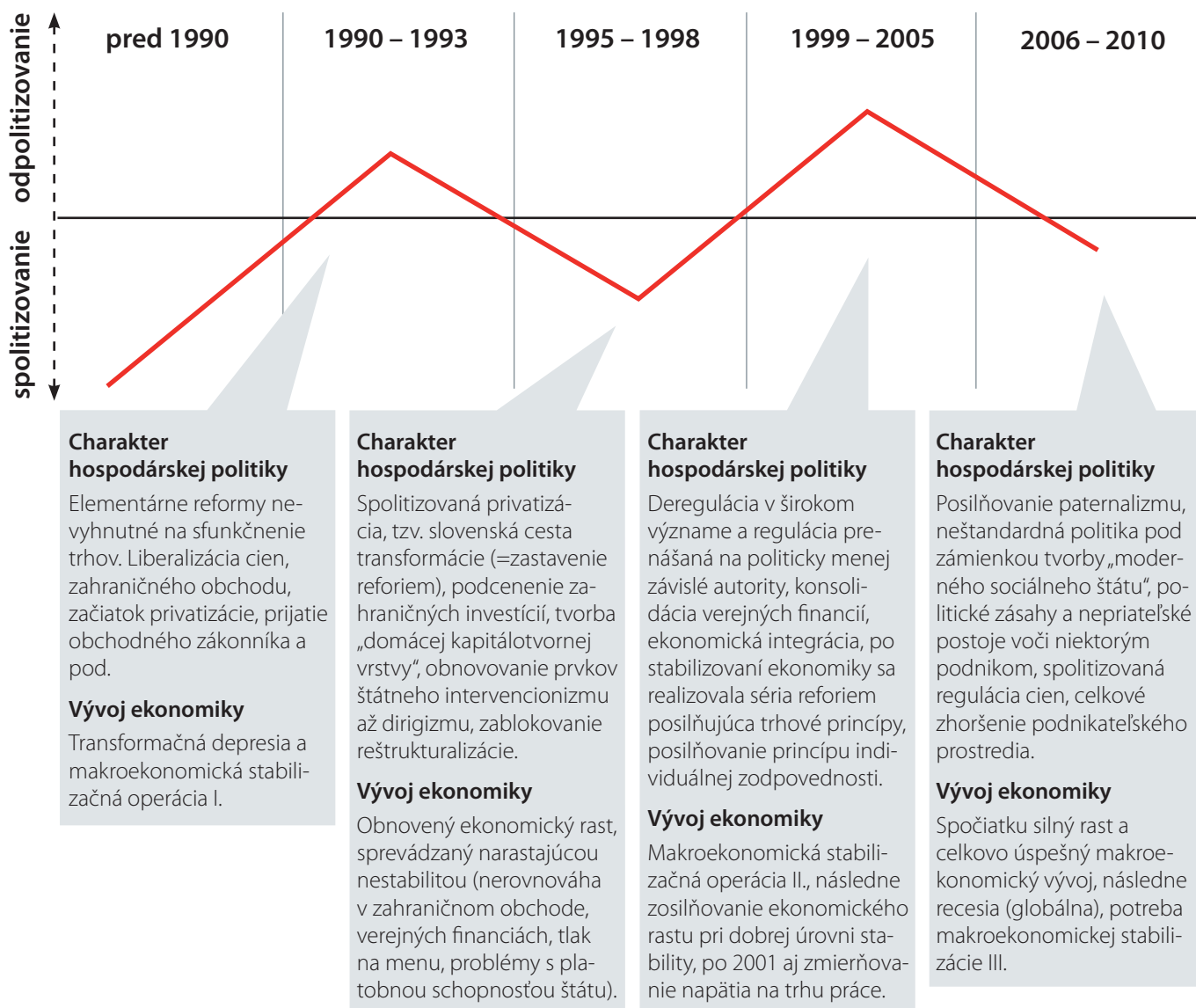
V histórii slovenskej ekonomiky (po 1990) sa vystriedalo niekoľko kvalitatívne výrazne odlišných období. Obdobia poznačené reformnými ambíciami sa striedali s obdobiami znovuožívania viery vo všemocnosť štátu a vlády. Každé obdobie však bolo jedinečné. V období 2006 – 2010 sme boli svedkami zvláštneho pokusu o etatistické úsilie v podmienkach prevažujúceho privátneho vlastníctva. Nebudeme sa tu detailne venovať makroekonomickým číslam, reč je tu hlavne o princípoch, na ktorých bola postavená hospodárska politika. Už tradičnou chybou v Programových vyhláseniach vlád (PVV) sú kvantá priorit. Preto sa tu venujeme iba esencii z nich.

CYKLY SPOLITIZOVANIA A ODPOLITIZOVANIA

Za jeden z rozhodujúcich faktorov zmien charakteru hospodárskej politiky môžeme označiť mieru, akou má ekonomika slúžiť politickým záujmom. Zjednodušene to ďalej nazývame spolitizovanosťou ekonomiky. Pravda, tá sa ťažko

exaktne meria, aj ďalší text či **Schéma 1** sú preto poznačené subjektivismom autora. V **Schéme 1** je načrtnutá akási krivka spolitizovanosti ekonomiky (nejde o žiadny štandardný ekonomický ukazovateľ, iba názornú pomôcku). Po etape nutnej reformy úplne spolitizovanej socialistickej ekonomiky (1990 – 1993) pozvoľna a s nepresnou hranicou prichádza etapa falošnej viery v úspešnejší, sociálne menej zaťažujúci a originálny model „slovenskej cesty transformácie“ v druhej polovici 90. rokov. Patová situácia, ku ktorej tento model dospel, si vyžiadala ďalšiu reformnú etapu (1999 – 2005). Jej náročnosť a sprievodný pocit neistoty až ohrozenia u časti obyvateľstva znovu napomohol naštartovaniu etapy s výraznejšou politickou ingerenciou v ekonomike. Krivka spolitizovanosti v období 2006 – 2010 zámerne neklesá na úroveň z etapy 1995 – 1998 (a tá neklesá na úroveň pred roka 1990). Dôvodom sú zmenené podmienky, ktoré tvoria akýsi mantinel pre možnosti politických zásahov. Ich demontáž je veľmi ťažko predstaviteľná.

Schéma 1: Krivka miery spolitizovanosti ekonomiky



Tabuľka 1: Paralely a rozdielnosti v podobných etapách: 1995 – 1998 a 2006 – 2010

Paralely období 1995 – 1998 a 2006 – 2010	Rozdielnosti medzi obdobiami 1995 – 1998 a 2006 – 2010
<ul style="list-style-type: none"> • Politické zasahovanie do ekonomiky. Ekonomika má slúžiť politickým záujmom. • Prehnaná viera v možnosti regulácie ekonomiky a z toho vyplývajúce neadekvátne očakávania voličov. • Výrazný sociálny tón v rétorike vlády. „Sociálnymi“ argumentmi sa falošne obhajujú deformácie ekonomického prostredia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rozvinutý súkromný sektor a vyššia miera autonómnosti ekonomiky (ekonomika menej závislá od politickej moci). • Nie je už možné masívne zneužívať proces privatizácie. • Viazanosť pravidlami EÚ. Ukončenie podstatných častí transformačného procesu (zo socialistickej na trhový ekonomiku). Absencia tvorby „slovenskej cesty transformácie“.

K týmto zmeneným podmienkam patrí príslušnosť k EÚ či OECD (a z toho vyplývajúce spoločné pravidlá), dominancia súkromného sektora, vysoká miera otvorenosti ekonomiky, malý vplyv vládnej politiky na distribúciu úverov a pod. Na prvý pohľad by sa zdalo, že sa ekonomika za posledné 4 roky priblížila k modelu, ktorý tu bol v druhej polovici 90. rokov. K tomu modelu sa však pre spomínané mantinely nevie priblížiť výraznejšie. Preto je východisková pozícia pre nastupujúcu vládu podobná, ale predsa iná ako po voľbách v roku 1998.

PRÍVLASTKY ČI FLOSKULY: SOCIÁLNA A POZNATKOVÁ

Centrálnymi tézami ekonomickej časti Programového vyhlásenia vlády z roku 2006 aj vládnej rétoriky sú tvorba moderného sociálneho štátu¹⁾ a znalostnej ekonomiky²⁾. Z týchto pojmov sa však stali univerzálne používané „zaklínadlá“.

Masívna tvorba dokumentov, stratégií, programov a akčných plánov týkajúcich sa podpory tzv. znalostnej ekonomiky nebola v súlade s ich presadzovaním. Tento nesúlad bol zjavný už počas pôsobenia predchádzajúcej vládnej koalície (do 2006), následne sa ešte zvýraznil. Prechod k znalostnej ekonomike tak dostáva podobu množstva prístupných materiálov, ale nie reálnych výsledkov v spoločnosti (bližšie napr. Morvay, 2010). Napr. podiel výdavkov na výskum a vývoj na HDP dokonca klesal práve v období vrcholného rozmachu používania pojmu znalostná ekonomika (pritom tento podiel nikdy nemal uspokojivú hodnotu). Dostávame sa tak k prekvapujúcemu zisteniu, že v čase expanzie vládných dokumentov o budovaní znalostnej ekonomiky klesá podiel výdavkov na vedu a výskum, ktoré sú pritom chápané ako podmienka tvorby znalostnej ekonomiky. Navyše znalostná ekonomika sa niekedy vníma akoby to mala byť substitúcia slobodnej trhovej ekonomiky. Pritom princípy a motivácie trhovej ekonomiky fungujú, aj keď ekonomika má byť „znalostná“.

Problémom je aj dokázať približovanie sa k modelu silného sociálneho štátu. Podiel výdavkov na sociálnu ochranu dosiahol hodnotou 9,8 % v roku 2008 svoje doterajšie minimum (zdroj: Eurostat). Tendencia je v dlhodobom horizonte jednoznačne klesajúca a v období 2007 – 2008 už hodnoty podielu výdavkov na sociálnu ochranu patrili k trom najnižším v EÚ 27. Pomer verejných výdavkov na politiku trhu práce k HDP (s hodnotami okolo 0,6 %) sa nachádza asi na

tretinovej úrovni hodnôt za EÚ 27. Z predchádzajúcich riadkov nemá vyplývať nekritické volanie po zvyšovaní týchto hodnôt. Dokazuje to však, že tieto indikátory sa nepribližujú bežnému štandardu v európskom prostredí „sociálnych štátov“. Dokonca sa od neho vzdiaľujú.

Rôzne aspekty tvorby znalostnej ekonomiky ale aj sociálneho štátu majú významnú rolu v Stratégii rozvoja slovenskej spoločnosti, ktorá bola vypracovaná z podnetu vlády. Vláda v PVV avizovala vypracovanie takéhoto dokumentu³⁾ a na prvý pohľad ide o zvládnuté predsavzatie. Pod gesciou Ekonomického ústavu SAV vznikol takýto materiál, ktorý však sotva bude predmetom širokej politickej dohody.

ZVLÁDNUTIE KRÍZY NEBOLO LEPŠIE

Priestor pre presadenie vlastných priorít vlády sa nevyhnutne obmedzil nástupom recesie. Takmer celá hospodárska politika sa tým zmenila na defenzívnu protikrizovú politiku. Pravda, o tom sa v PVV nehovorí, pretože v čase prípravy PVV sa nepredpokladal nástup globálnej recesie. PVV sa tvorilo v období mimoriadne silného ekonomického rastu.⁴⁾ Iba nástupom recesie však nemožno obhajovať neúspechy v plnení PVV.

Predstavitelia vládnej moci frekventovane tvrdili, že slovenská ekonomika sa vďaka zásahom vlády s recesiou vyrovnala úspešnejšie ako iné európske krajiny. Medzinárodné porovnanie prejavov recesie (pozri napr. Morvay, 2010a) však dáva veľmi diferencovaný obraz a nemožno podľa neho zovšeobecniť, že by slovenská ekonomika prekonávala recesiú úspešnejšie.

V priebehu recesie prebieha približovanie sa k modelu intervencionistickej hospodárskej politiky. Príklon k intervencionizmu bol badateľný už pred nástupom recesie, následne sa zvýraznil. Recesia dala akoby dodatočnú legitimitu niektorým kontroverzným krokom a pomohla implementovať nástroje, ktoré by inak mohli naraziť na väčší odpor.

UTRPELA ATRAKTIVITA PROSTREDIA

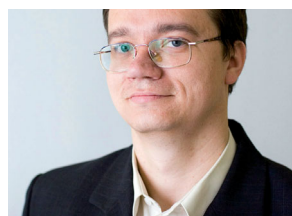
Ideologizácia ekonomiky spojená s intervencionizmom priniesla s odstupom času pokles kvality ekonomického prostredia a straty na konkurencieschopnosti (pozri IMD World Competitiveness Yearbook). Niektoré vládne intervencie zostali skôr v deklaratórnej podobe (napríklad zvláštne zdanenie bankového sektora a pod.). Mnohé iné však reálne

poškodili ekonomické prostredie. K poškodeniu prostredia došlo minimálne cez štyri kanály:

1. Cez zhoršenie vzťahu podnik – verejná správa. Tu ide o problém netransparentného obstarávania, korupcie, klientelizmu.⁵⁾
2. Cez konfliktné vzťahy vlády s časťou podnikov. Od nástupu vlády v roku 2006 sa objavovali nepriateľské až výhražné postoje voči niektorým podnikom (podniky v sieťových odvetviach, banky, podniky privatizované predchádzajúcou vládou). Pritom v PVV sa uvádzalo, že „Vláda zlepši podmienky pre rozvoj všetkých foriem podnikania“ alebo „Garantovať stabilitu a predvídateľnosť podnikateľského prostredia tak, aby realizované zmeny boli výsledkom čo najširších dohôd zainteresovaných strán“.
3. Cez selektívne podporovanie a zvýhodňovanie. Do tejto skupiny patrí umožnenie majetkového vstupu štátu do problémových „strategických“ podnikov či prijímanie ochranárskej pracovnej legislatívy.
4. Cez problematický vývoj vo verejných financiách. Poškodenie finančnej stability nie je len dôsledkom globálnej recesie. PVV hovorilo o efektívnosti, racionalizácii a obozretnej rozpočtovej politike. V skutočnosti si systém verejných financií ani v časoch extrémne vysokého tempa ekonomického rastu nevytvoril rezervy pre prípad recesie. A v čase recesie tvorcovia fiškálnej politiky neprispôbili hospodárenie s verejnými financiami podstatne zhoršeným makroekonomickým podmienkam.

Predpokladaný priaznivý efekt na atraktivitu prostredia sa spájal s prijatím eura.⁶⁾ Okrem toho, že v tomto prípade bol cieľ vlády dosiahnutý, išlo o jeden z mála prejavov kontinuálnych politík (predchádzajúcej a nasledujúcej vlády, spolu s NBS). Vláda tým dokončila dlhodobější proces prijatia spoločnej meny, počas ktorého musela ekonomika dokázať dostatočnú mieru svojej vyspelosti a stability. Pravda, s odstupom času by bolo možné korigovať vnímanie eurozóny ako regiónu ekonomickej stability. V čase snáh o prijatie eura v SR však vláda nemohla predvídať efekty dramatického ekonomického vývoja v zadlžených krajinách eurozóny (hlavne v Grécku).

Počas celého funkčného obdobia vláda R. Fica pred sebou tlačila balvan v podobe nesúlady medzi jej sľubmi v sociálnej oblasti na jednej strane a reálnymi možnosťami a potrebami ekonomiky na strane druhej. Toto protirečenie nevyriešila počas celého obdobia. A iba s veľkými obmedzeniami možno prijať argument vlády, že protirečenie nevyriešila kvôli recesii.



Ing. Karol Morvay, PhD. (1973) je senior analytik Health Policy Institute.

Zaoberá sa hospodárskou politikou, makroekónómiou a ekonomickou teóriou.

» kontakt

morvay@hpi.sk | www.hpi.sk

Vypracované na podnet MEMO98, s malými rozdielmi v texte uverejnené 2.6. na Volebnom infoservise infovolby.sk.

<http://www.infovolby.sk/index.php?base=data/parl/2010/analyzy/odpocet/1275476107.txt>

LITERATÚRA:

IMD World Competitiveness Yearbook 2010. Institute for Management Development, www.imd.ch

Morvay, K. (2010): Celkový ekonomický vývoj. In: Kollár, M.- Mesežnikov, G.- Bútorá, M. (editori): Slovensko 2009. Súhrnná správa o stave spoločnosti a trendoch na rok 2010. Inštitút pre verejné otázky, Bratislava.

Morvay, K. (2010a): Nezvládli sme ju lepšie. Zdravotná politika, marec 2010, Health Policy Institute.

Programové vyhlásenie vlády SR. Dostupné na:

<http://www.vlada.gov.sk/1671/programove-vyhlasenie-vlady-slovenskej-republiky.php>

POZNÁMKY POD ČIAROU

- 1) Jeden z programových cieľov bol „Dôsledne trvať na podpore vedomostne orientovanej ekonomiky a vytvárať spoločenskú klímu, modely a reálne možnosti na ekonomické uplatnenie jednotlivca.“
- 2) Napr. „Verejné financie a daňová oblasť budú projektované a používané ako hlavný hospodársky nástroj na vybudovanie moderného sociálneho štátu s cieľom minimalizovať sociálne vylúčenie a postupne odstraňovať stále rastúce regionálne rozdiely a sociálnu nerovnováhu.“
- 3) V PVV je uvedené: „Vláda SR vytvorí všetky inštitucionálne, personálne a finančné podmienky, aby sa vypracovala ucelená Stratégia rozvoja Slovenskej republiky v strednodobom a dlhodobom horizonte, ktorú predloží na širokú odbornú a verejnú diskusiu a prijme len po dosiahnutí širokej politickej dohody. Tým zabezpečí kontinuitu a stabilitu zásadného strategického smerovania Slovenskej republiky bez ohľadu na program a ideológiu po sebe nastupujúcich vládnych koalícií.“
- 4) V takomto úspešnom období sa do PVV dostali aj bezproblémovo pôsobiace sľuby ako napr. dosahovanie minimálne 5%-ného rastu HDP ročne. Nástup recesie (a teda pokles HDP) ukázal, že takéto sľuby sú precenením vplyvu vlády na ekonomiku. Podobne vyznieva téza z PVV „Parametre hospodárskej politiky štátu nastaviť tak, aby dosahovaný hospodársky rast bol sprevádzaný rastom reálnych miezd.“ Na to vláda nemá dostatočný reálny vplyv. Pri zdravom ekonomickom raste väčšinou rastú reálne mzdy aj bez vládnej ingerencie.
- 5) V PVV sa uvádza: „Vzhľadom na existujúcu korupciu a klientelizmus vo verejnom sektore, ktoré zásadným spôsobom ohrozujú efektívnosť verejných výdavkov a reálnu konvergenciu SR v rámci EÚ, vláda SR pomocou vecne príslušných orgánov verejnej správy bude dôsledne potierať nehospodárne nakladanie s verejnými prostriedkami.“ Zjavne nesplnené zostáva aj predsavzatie: „Vláda SR v spolupráci s orgánmi územnej samosprávy vytvorí podmienky na efektívne a transparentné využívanie fondov EÚ v súlade so všetkými predpismi EÚ a SR, najmä s cieľom vyrovnávania hospodárskych a sociálnych disparít medzi regiónmi SR pri dosiahnutí maximálneho čerpania týchto fondov.“
- 6) Súvisiaci cieľ v PVV znel: „Plniť kritériá pre prechod na menu euro v roku 2009.“

Porovnanie technickej efektívnosti zdravotných systémov vybraných krajín Európy

Kde hľadať zdroje pre zdravotníctvo? Tam, kde sa strácajú. Rezervy sú v efektívnosti ich využívania. Viaceré medzinárodné porovnania (napr. Osterkamp, 2004)¹⁾ stavajú Slovensko medzi krajiny s najmenej efektívnym zdravotným systémom. Na relatívne veľký objem vstupov (zdravotníkov a lôžok) produkujeme príliš malé zlepšenie zdravotných parametrov populácie. Inak povedané: zdroje v zdravotníctve by sa dali využiť lepšie, k väčšiemu prospechu obyvateľov.

ZHRNUTIE

Porovnávali sme technickú efektívnosť zdravotných systémov 18 európskych OECD krajín, meranú analýzou obalu dát (DEA). Porovnaním vstupov (dáta o počte lekárov, sestier, lôžok) a výstupov (stredná dĺžka života pri narodení, miera prežitia dojčiat) sme zisťovali, či jednotlivé krajiny efektívne využívajú svoje kapacity na to aby dosiahli výstupy, ktoré určujú kvalitu života jej obyvateľov.

Krajiny sme hodnotili v rokoch 2000 a 2006, čo umožnilo identifikovať posun (či už negatívny alebo pozitívny) v efektívnosti vybraných krajín EÚ.

Najvyššiu technickú efektívnosť dosiahlo Švédsko, Fínsko, Spojené kráľovstvo, Írsko, Portugalsko, Španielsko, Francúzsko, Taliansko a Grécko.

Slovensko je v tomto porovnaní medzi najmenej efektívnymi krajinami, spolu s Belgickom a Nemeckom. Na rozdiel od týchto krajín sa však technická efektívnosť slovenského zdravotníctva medzi rokmi 2000 a 2006 zvýšila. Podobne sa zlepšilo i Maďarsko a Poľsko, kým výsledky Českej republiky sa mierne zhoršili.

Dôvody pre slovenské umiestnenie sú najmä vo vysokom počte lôžok a v zlých ukazovateľoch zdravotného stavu, meraných ako výstup.

Porovnávanie zdravotných systémov z pohľadu efektívnosti využívania zdrojov je náročné, pretože používané metodiky nedokážu zahrnúť do modelovania komplexnosť problematiky. Hlavnou prekážkou je nedostupnosť dôveryhodných a porovnateľných dát pre relevantné indikátory. Používané indikátory nezohľadňujú lokálne špecifiká napr. životného štýlu alebo genetické predispozície. To môže byť jedným z vysvetľujúcich faktorov dobrých výsledkov mediteriánskych krajín. Výsledky je preto potrebné interpretovať opatrne.

METODOLÓGIA

Pri posudzovaní technickej efektívnosti vybraných krajín OECD sme použili neparametrickú metódu analýzu obalov dát (Data envelopment Analysis – ďalej len DEA). **DEA pri hodnotení efektívnosti vychádza z tradičného princípu vyjadrujúceho efektívnosť ako pomer výstupov, ktoré jednotka produkuje, k vstupom, ktoré jednotka pri činnosti spotrebováva.**

Výhodou DEA je, že pri analýze efektívnosti uvažuje s viacerými faktormi vplyvajúcimi na efektívnosť celej jednotky, tak

na strane vstupov ako aj na strane výstupov. Tieto faktory pritom môžu byť zadané v rôznych jednotkách, čo je výhoda oproti kvantifikácii efektívnosti prostredníctvom jednoduchých klasických pomerových ukazovateľov. Z uvedených dôvodov ide o veľmi používanú analýzu v sektore zdravotníctva, napr. pri porovnávaní efektívnosti zdravotných systémov²⁾ ako aj nemocníc,³⁾ aj preto, že vstupné faktory nemusia byť vo finančnom vyjadrení.

Dôležitou podmienkou zvyšovania výkonnosti jednotiek je meranie efektívnosti produkčných jednotiek a identifikácia zdrojov neefektívnosti. Pojmom *produkčná jednotka* sa rozumie akákoľvek homogénna jednotka, produkujúca rovnaké alebo podobné výstupy, pri ktorých spotrebuje určité vstupy. Analýza ponúka možnosť okrem rozdelenia jednotiek na efektívne a neefektívne, aj pre neefektívne jednotky identifikovať zdroj neefektívnosti prostredníctvom redukcie resp. navýšenia vstupov alebo výstupov podľa orientácie modelu.

Uvažujme, že máme súbor homogénnych jednotiek

$$U_1, U_2, \dots, U_r$$

pričom každá z nich produkuje r výstupov a pritom spotrebováva m vstupov. Označme

$$X(x_{ij})_{m \times n} = \{x_{ij}, i = 1, 2, \dots, m; j = 1, 2, \dots, n\}$$

maticu vstupov a podobne maticu výstupov ako

$$Y(y_{rj})_{r \times n} = \{y_{rj}, i = 1, 2, \dots, r; j = 1, 2, \dots, n\}$$

S -tý riadok X_s resp. Y_s týchto matíc obsahuje kvantifikované vstupy resp. výstupy produkčnej jednotky U_s . Mieru technickej efektívnosti tejto jednotky môžeme vyjadriť ako podiel váženého súčtu výstupov a váženého súčtu vstupov:

$$\text{efektívnosť} = \frac{\sum_j u_j y_{js}}{\sum_j v_j x_{js}} = \frac{\text{výstup}}{\text{vstup}}$$

Kde

$$v_j, j = 1, 2, \dots, m$$

sú váhy priradené j -tému vstupu,

$$u_i, i = 1, 2, \dots, r$$

sú váhy priradené i -tému výstupu.⁴⁾

Množinu efektívnych prípustných riešení určuje tzv. efektívna hranica, ktorá je tvorená efektívnymi jednotkami. Za efektívnu jednotku je považovaná tá jednotka, ktorá by dosiahla rovnaký výstup pri použití menšieho množstva vstupov resp. ktorá by dosiahla vyššiu produkciu výstupov pri použití rovnakého množstva vstupov.

Základným rozdelením DEA modelov je podľa ich orientácie na vstupy alebo výstupy:⁵⁾

- modely orientované na vstupy (input-oriented models) – v prípade neefektívnej jednotky navrhuje redukciu množstva vstupu pri zachovaní množstva výstupu
- modely orientované na výstupy (output-oriented models) – v prípade neefektívnej jednotky navrhuje zvýšenie množstva výstupu pri zachovaní množstva vstupu
- aditívne resp. odchýlkové modely (additive, slack-based models) – kombinácia oboch predchádzajúcich prístupov. K dosiahnutiu efektívnej hranice dochádza redukciami resp. zvýšením vstupov i výstupov.

Ďalším kritériom klasifikácie je predpoklad charakteru výnosov z rozsahu:

- CCR model – konštantné výnosy z rozsahu
- BCC model – variabilné výnosy z rozsahu

Predpoklad konštantných výnosov z rozsahu môžeme akceptovať len v tom prípade, že všetky produkčné jednotky operujú pri optimálnej veľkosti. Tento predpoklad však v praxi nie je možné naplniť, preto kalkulujeme aj s variabilnými výnosmi z rozsahu.

Technickú efektívnosť je možné rozdeliť na *čistú technickú efektívnosť* a *efektívnosť z rozsahu*. CCR model hodnotí tieto dve zložky ako jednu agregovanú veličinu, zatiaľ čo BCC model oddeľuje tieto dva typy neefektívnosti a umožňuje hodnotiť čistú technickú neefektívnosť. Efektívnosť z rozsahu (scale efficiency) dosahuje produkčná jednotka vtedy, ak v dlhodobom horizonte prispôsobuje svoju veľkosť tomu, aby operovala za podmienok konštantných výnosov z rozsahu. Pokiaľ jednotka dlhodobo funguje za podmienok rastúcich alebo klesajúcich výnosov z rozsahu, je považovaná za neefektívnu, pretože nedokáže prispôbiť svoju veľkosť rozsahu ekonomických aktivít.

BCC model rozkladá neefektívnosť produkčnej jednotky na dve zložky, a to na *čistú technickú neefektívnosť* a *neefektívnosť z rozsahu*. Hodnoty efektívnosti vypočítané na základe BCC modelu potom dosahujú vyššie hodnoty ako pri CCR modeloch, pretože eliminujú tú časť neefektívnosti, ktorá je spôsobená neadekvátnou veľkosťou produkčnej jednotky. Takto môže dôjsť k situácii, keď jedna produkčná jednotka, ktorá bola označená ako neefektívna v rámci CCR modelu, bude pre jej neadekvátnu veľkosť označená ako BCC efektívna.

Miera technickej efektívnosti krajín závisí na celom súbore vstupných krajín. Ak pridáme do vstupného súboru novú krajinu s jej údajmi mení sa efektívna hranica a menia sa aj miery technickej efektívnosti ostatných krajín pôvodného súboru.

Kvalita meraní pomocou DEA závisí hlavne od kvality dát, s ktorými model pracuje, a nie primárne od metódy výpočtu, ktorá bola zvolená.

Pre potreby tejto analýzy budeme používať model, ktorý uvažuje tak s konštantnými ako aj variabilnými výnosmi z rozsahu a je orientovaný na vstupy.

VSTUPNÉ DÁTA

Pri posudzovaní bola využitá databáza OECD Health Data z roku 2009. Napriek jej rozsiahlosti niektoré údaje za vybrané krajiny neboli dostupné, tieto údaje sme doplnili z iných zverejnených databáz. Podrobnosti k jednotlivým údajom odkiaľ sme ich čerpali sú uvedené pod tabuľkami so vstupnými údajmi za jednotlivé roky.

V oboch rokoch sme hodnotili (podobne ako Alfonso a St. Aubyn, 2005¹⁾), tieto vstupné ukazovatele: počet lekárov, počet sestier, počet postelí na 1 000 obyvateľov. Ako výstupy bola hodnotená stredná dĺžka života pri narodení a miera prežitia dojčiat (= počet detí, ktoré sa dožijú 1 roka, pripadajúcich na 1 dieťa, ktoré do tohto veku zomrie, t. j. [1000 – dojčenská úmrtnosť] / dojčenská úmrtnosť).

VÝSLEDKY

Krajiny, ktoré dosiahli maximálne možnú mieru efektívnosti využívania vstupov na dosiahnutie výstupov boli pre oba modely t.j. CCR (konštantné výnosy z rozsahu) a BCC (variabilné výnosy z rozsahu) v roku 2000: Fínsko, Grécko, Portugalsko, Španielsko, Švédsko, Spojené kráľovstvo a Írsko. Pre model BCC v roku 2000 vykazovali maximálnu technickú efektívnosť aj Taliansko, Holandsko a Francúzsko, čo vyplýva z toho, že model rozkladá neefektívnosť produkčnej jednotky na dve zložky a to na čistú technickú neefektívnosť a neefektívnosť z rozsahu a tým dosahuje vyššie hodnoty ako pri CCR modely.

Druhú skupinu tvoria krajiny, ktoré dosiahli technickú efektívnosť z intervalu 90 – 100 %. Do tohto intervalu v roku 2000 v prípade modelu CCR sa dostali tri krajiny (Taliansko, Holandsko, Česká republika). Pri zohľadnení výnosov z rozsahu sa Taliansko a Holandsko dostalo na maximálnu technickú efektívnosť a do druhého intervalu sa posunulo Rakúsko a Poľsko.

Slovenská republika v roku 2000 pre oba modely patrila do štvrtého intervalu (70 – 79,99 %). V roku 2006 sa posunula o jeden interval vyššie (80 - 89,99 %).

Krajiny, ktoré vykazovali 100%-nú technickú mieru efektívnosti pri konštantných výnosoch z rozsahu ju dosiahli aj v roku 2006 s výnimkou Írska, ktoré v prípade modelu konštantných výnosov z rozsahu dosiahlo 91,38%-nú efektívnosť, čím sa dostalo na tretiu pozíciu. Toto zhoršenie stavu Írska je dôsledkom mierneho zvýšenia počtu lekárov a sestier.

Vývoj v efektívnosti jednotlivých krajín vypočítaných pomocou analýzy obalu dát použitím modelov CCR a BCC orientovaných na vstupy názornejšie ukazujú **Grafy 1 a 2**, kde je viditeľný posun medzi zvýšením resp. znížením efektívnosti medzi jednotlivými krajinami. Technická miera efektívnosti bola zobrazovaná vo vzťahu ku strednej dĺžke života pri narodení.

Pre oba modely, ktoré boli analyzované (CCR a BCC) **Slovensko dosiahlo zlepšenie technickej efektívnosti**. V sledovaných dátach Slovensko okrem počtu lekárov, ktorý ostal nezmenený, znížil ostatné vstupy a zároveň zlepšil výstupy, čím došlo k zvýšeniu technickej efektívnosti pri konštantných výnosoch z rozsahu o 12,31% (z 71,82 % na 84,13 %) a pri variabilných výnosoch z rozsahu o 15,13 % (z 74,24 % na 89,37 %).

DISKUSIA

Je dôležité pripomenúť, že uvedená analýza obalu dát má niekoľko nedostatkov, z čoho môžu vyplývať niektoré nepresnosti:

1. Variabilita metodiky sledovania hodnotených ukazovateľov v jednotlivých krajinách. Tento nedostatok sa týka hlavne sledovania vstupov.
2. Neúplnosť databázy OECD Health Data, čo viedlo k obmedzeniu počtu posudzovaných krajín a ukazovateľov v analýze a zároveň k dopĺňaniu údajov z iných zdrojov, čo môže opäť vyplývať na nekompatibilitnosť použitých metodík pri zbere údajov.
3. Neaktuálnosť dát, keďže kompletné dáta za vybrané krajiny boli iba za rok 2006.
4. Deterministický prístup a vysoká miera subjektivity

vyplývajúca z individuálneho rozhodnutia, aké vstupy a výstupy sa definujú pri analýze. Analýza obalu dát má veľké rezervy v oblasti štatistického testovania významnosti ukazovateľov, ktoré je v prípade ekonometrickej analýzy využívané a metodicky prepracované. Teória obalu údajov sa však neustále vyvíja a predpokladá sa, že v tomto smere dôjde k prepojeniu ekonometrie a analýzy obalu dát.



Ing. Simona Frisová (1980) je senior analytikom Health Policy Institute. Zaoberá sa ekonómiou zdravotníctva a poistnou matematikou. Vykonáva funkciu programovej riaditeľky HMA.

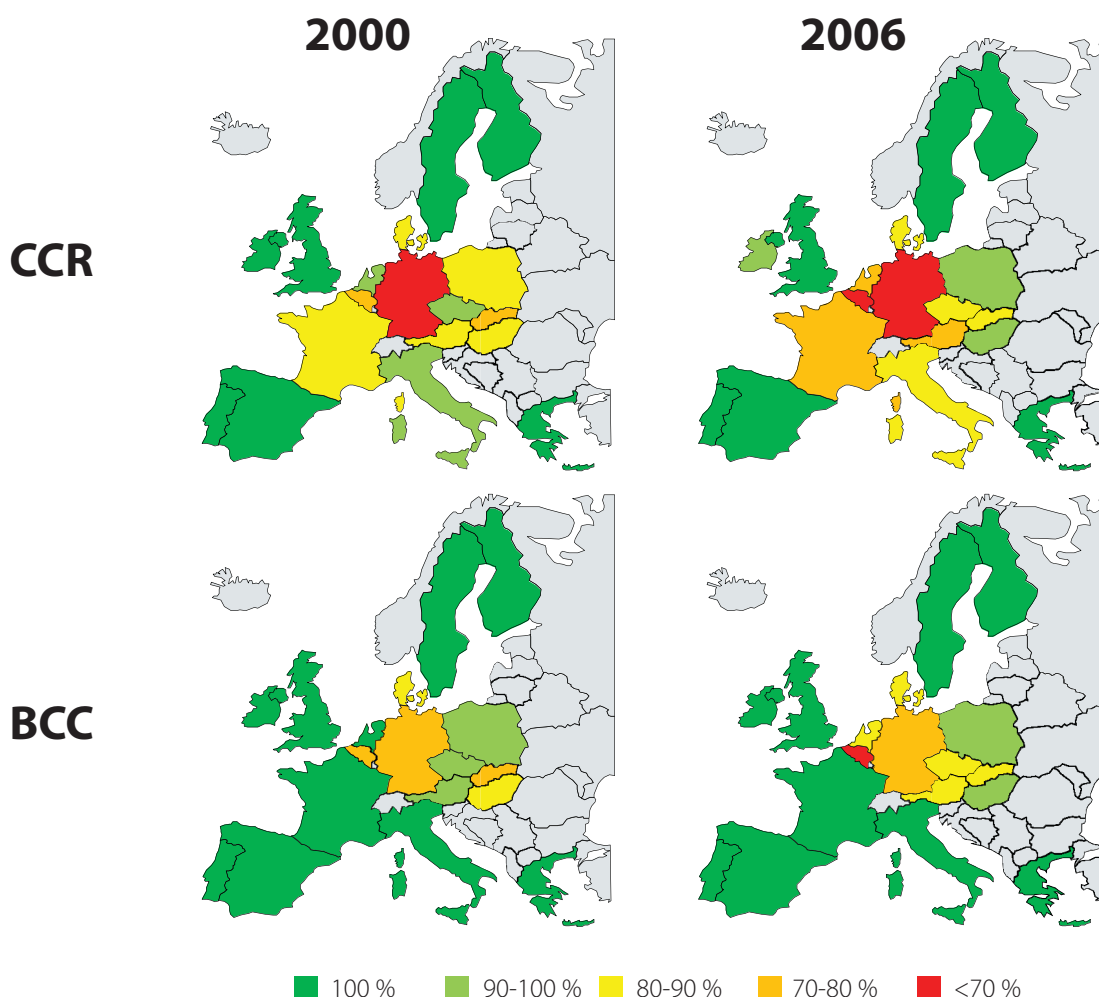
» kontakt

frisova@hpi.sk | www.hpi.sk

POUŽITÁ LITERATÚRA

- 1) Osterkamp R.: Is There a Hold-up of Health-care Reforms in Europe? Munich, ifo Institute. 2004
- 2) Alfonso A., St. Aubyn M.: Non-parametric approaches to education and health efficiency in OECD countries, Journal of Applied Economics. Vol VIII, No. 2 (Nov 2005), 227-246
- 3) Dlouhý, M., Jablonský, J., Novosádová, I.: „Využití analýzy obalu dat pro hodnocení efektivnosti českých nemocnic“, Politická ekonomie, č.1/2007, str. 60 – 71
- 4) William W. Cooper, Lawrence M. Seiford, Joe Zhu: Handbook on Data Envelopment Analysis, 2nd Edition, Kluwer Academic Publisher, 2004, ISBN 1-4020-7797-1
- 5) Jablonský, J. Dlouhý, M.: Modely hodnocení efektivnosti produkčních jednotek, 1. vydanie, Professional Publishing, Praha 2004

Mapa 1: Rozdelenie krajín do intervalov podľa dosiahnutej technickej efektívnosti pre modely CCR a BCC v 2000 a 2006



Zdroj: spracované na základe OECD Health Data 2009

Tabuľka 1: Vstupné údaje za rok 2000

	Počet lekárov	Počet sestier	Počet postelí na 1000 obyvateľov	Stredná dĺžka života pri narodení	Miera prežitia dojčiat
Belgicko	4,0	13,6 ¹	7,8	77,8	207,3
Česká republika	3,4 ²	7,6	7,8	75,1	242,9
Dánsko	4,4	12,4	4,3	76,9	187,7
Fínsko	3,1	7,8	7,5	77,7	262,2
Francúzsko	4,0	6,7	8,1	79,1	221,2
Grécko	4,3 ³	2,7	4,7	78,0	184,2
Holandsko	3,2	9,6 ⁴	5,2	78,0	195,1
Írsko	2,2	14,0	6,3	76,6	160,3
Maďarsko	3,3	5,3	8,1	71,7	107,7
Nemecko	4,5	9,4	9,1	78,2	226,3
Poľsko	3,3 ⁴	5,0	5,2	73,9	122,5
Portugalsko	3,1	3,7	3,9	76,7	180,8
Rakúsko	3,8	7,1	7,9	78,1	207,3
Slovensko ⁵	3,7	7,4	7,8	73,3	115,3
Spojené kráľovstvo	2,0 ³	9,2	4,1	73,9	122,5
Španielsko	4,4	6,5	3,7	79,4	226,3
Švédsko	4,5	9,9	3,4	79,7	293,1
Taliansko	6,0	5,2	4,7	80,0	221,2

Zdroj: spracované na základe OECD Health Data 2009

- Poznámky: 1. Údaje sú za rok 2004, http://www.hope.be/03activities/quality_eu-hospitals/eu_country_profiles/belgium-eu_hospitals-profile.pdf
 2. Údaje sú z UZIS CR
 3. European Union Public Health Information: http://www.euphix.org/object_document/o5155n27129.html
 4. Údaje sú za rok 2004
 5. Údaje sú z NCZI

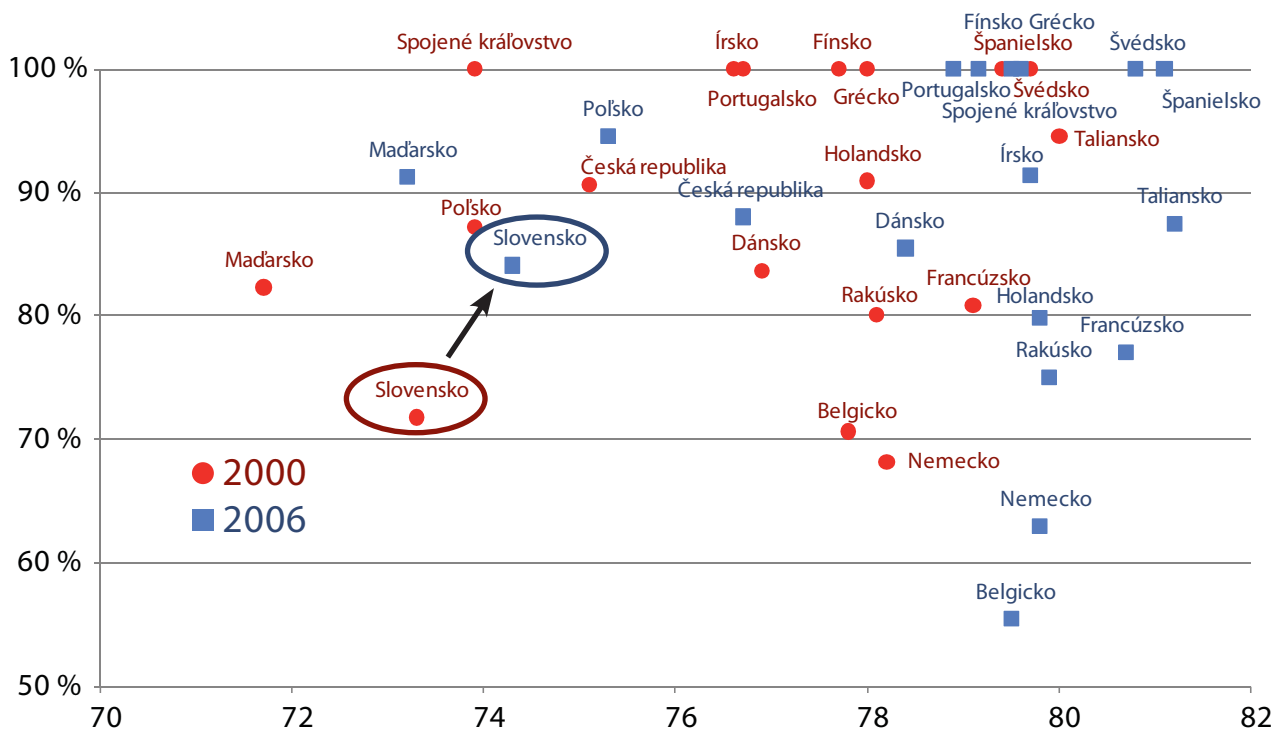
Tabuľka 2: Vstupné údaje za rok 2006

	Počet lekárov	Počet sestier	Počet postelí na 1000 obyvateľov	Stredná dĺžka života pri narodení	Miera prežitia dojčiat
Belgicko	4,7	14,7 ¹	6,7	79,5	215,5
Česká republika	3,6	8,1	7,4	76,7	302,0
Dánsko	5,0	14,3	3,6	78,4	262,2
Fínsko	3,3	10,3	7,0	79,5	356,1
Francúzsko	4,2	7,9	7,2	80,7	262,2
Grécko	5,3 ²	3,2	4,8	79,6	269,3
Holandsko	3,8	8,6	4,5	79,8	226,3
Írsko	2,9	15,5	5,3	79,7	269,3
Maďarsko	3,2	6,1	7,9	73,2	174,4
Nemecko	4,9	9,9	8,3	79,8	262,2
Poľsko	3,4	5,1	6,5	75,3	165,7
Portugalsko	3,4	4,8	3,5	78,9	302,0
Rakúsko	4,4	7,3	7,6	79,9	276,8
Slovensko	3,7	6,0	6,7	74,3	150,5
Spojené kráľovstvo	2,1 ³	10,0	3,6	79,2 ⁴	199,0
Španielsko	4,6	7,3	3,3	81,1	262,2
Švédsko	5,4	10,8	3,0	80,8	356,1
Taliansko	6,5	7,1	4,0	81,2	269,3

Zdroj: spracované na základe OECD Health Data 2009

- Poznámky: 1. Údaje sú za rok 2005
 2. Global Health Observatory (GHO) database, World Health Organization, <http://apps.who.int/ghodata/>
 3. Údaje sú za rok 2002, Global Health Observatory (GHO) database, World Health Organization, <http://apps.who.int/ghodata/>
 4. <http://www.statistics.gov.uk>

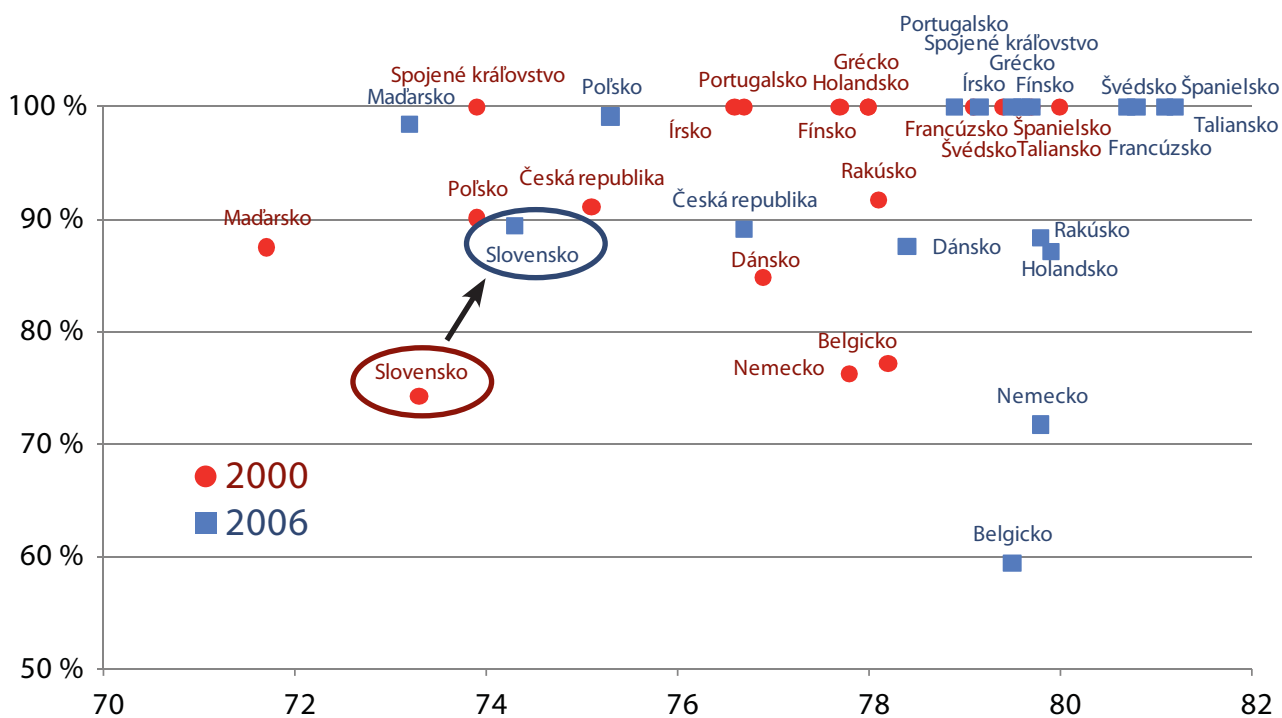
Graf 1: Vývoj efektívnosti krajín vzhľadom na očakávanú dĺžku života pri narodení analyzovaných pomocou modelu CCR orientovaného na vstupy medzi rokmi 2000 a 2006



Zdroj: Health Policy Institute, 2010

Poznámky: Výsledky analýzy DEA boli dosiahnuté pomocou programu EMS Efficiency Measurement System, Version 1.3.

Graf 2: Vývoj efektívnosti krajín vzhľadom na očakávanú dĺžku života pri narodení analyzovaných pomocou modelu BCC orientovaného na vstupy medzi rokmi 2000 a 2006



Zdroj: Health Policy Institute, 2010

Poznámky: Výsledky analýzy DEA boli dosiahnuté pomocou programu EMS Efficiency Measurement System, Version 1.3.

Tabuľka 3: Výsledky analýza DEA, modely CCR a BCC orientovaný na vstupy za roky 2000 a 2006 a poradie krajín podľa ich miery efektívnosti

	2000				2006			
	CCR	Poradie	BCC	Poradie	CCR	Poradie	BCC	Poradie
Belgicko	70,67 %	11	76,27 %	8	55,46 %	13	59,36 %	10
Česká republika	90,63 %	4	91,10 %	3	88,04 %	5	89,12 %	5
Dánsko	83,70 %	6	84,82 %	6	85,52 %	7	87,61 %	7
Fínsko	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1
Francúzsko	80,89 %	8	100,00 %	1	77,07 %	10	100,00 %	1
Grécko	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1
Holandsko	90,95 %	3	100,00 %	1	79,85 %	9	88,37 %	6
Írsko	100,00 %	1	100,00 %	1	91,38 %	3	100,00 %	1
Maďarsko	82,32 %	7	87,51 %	5	91,27 %	4	98,45 %	3
Nemecko	68,17 %	12	77,11 %	7	63,00 %	12	71,70 %	9
Poľsko	87,25 %	5	90,08 %	4	94,61 %	2	99,15 %	2
Portugalsko	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1
Rakúsko	80,10 %	9	91,70 %	2	75,02 %	11	87,07 %	8
Slovensko	71,82 %	10	74,24 %	9	84,13 %	8	89,37 %	4
Spojené kráľovstvo	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1
Španielsko	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1
Švédsko	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1	100,00 %	1
Taliansko	94,56 %	2	100,00 %	1	87,51 %	6	100,00 %	1

Zdroj: Health Policy Institute, 2010

Poznámky: Výsledky analýzy DEA boli dosiahnuté pomocou programu EMS Efficiency Measurement System, Version 1.3.

Tabuľka 4: Rozdelenie krajín do intervalov podľa dosiahnutej technickej efektívnosti pre modely CCR a BCC v 2000 a 2006

	CCR		BCC	
	2000	2006	2000	2006
100 %	Fínsko Grécko Portugalsko Španielsko Švédsko Spojené kráľovstvo Írsko	Fínsko Grécko Portugalsko Španielsko Švédsko Spojené kráľovstvo	Fínsko Grécko Portugalsko Španielsko Švédsko Spojené kráľovstvo Írsko Taliansko Holandsko Francúzsko	Fínsko Grécko Portugalsko Španielsko Švédsko Spojené kráľovstvo Írsko Taliansko Francúzsko
90,0 – 99,9 %	Taliansko Holandsko Česká republika	Poľsko Írsko Maďarsko	Česká republika Rakúsko Poľsko	Poľsko Maďarsko
80,0 – 89,9 %	Poľsko Dánsko Maďarsko Francúzsko Rakúsko	Česká republika Taliansko Dánsko Slovensko	Dánsko Maďarsko	Slovensko Česká republika Holandsko Dánsko Rakúsko
70,0 – 79,9 %	Slovensko Belgicko	Holandsko Francúzsko Rakúsko	Slovensko Belgicko Nemecko	Nemecko
< 69,9 %	Nemecko	Belgicko Nemecko		Belgicko

Zdroj: Health Policy Institute, 2010

Poznámky: Výsledky analýzy DEA boli dosiahnuté pomocou programu EMS Efficiency Measurement System, Version 1.3.

Čo si o časopise *Zdravotná politika* myslia jeho čitatelia?



Časopis *Zdravotná politika* (do konca r. 2009 vychádzal pod názvom *Into Balance*) už piaty rok monitoruje dianie v zdravotníctve na Slovensku a v okolitých krajinách, prináša analýzy a komentáre k zdravotnej politike. Sledovaním korektnosti a integrity politikov a inštitúcií, legislatívneho procesu či transparentnosti financovania časopis prispieva k potrebnej spoločenskej diskusii o smerovaní – predovšetkým slovenského – zdravotníctva.

Od septembra 2009 do júna 2010 nám jeho vydávania umožnila láskavá podpora Nadácie otvorenej spoločnosti – Open Society Fund (OSF). Na zhodnotenie úspešnosti projektu sme využili dotazníkový prieskum medzi čitateľmi.

ZHRNUTIE

Názor čitateľov na mesačník *Zdravotná politika* sme získali od 7. do 11. júna 2010 prostredníctvom webového dotazníka adresovaného (potenciálnym) čitateľom časopisu. Z 249 vyplnených webových dotazníkov 90% respondentov poznalo mesačník HPI. Pri hodnotení kvality newslettera bola najpozitívnejšie hodnotená jeho webová prezentácia pred obsahom a pred grafickou úpravou.

89% respondentov používa mesačník pri svojej práci, 97% ho považuje za prospešný pre spoločnosť a 98% si myslí, že je vhodné pokračovať v jeho vydávaní.

Pripomienky, ktoré respondenti uvádzali v otvorenej otázke ocenili doterajší prínos časopisu k verejnej debate o zdravotnej politike („S obsahom nie vždy plne súhlasím, ale sú to podnetné námety pre moju prácu i rozhľad.“). Uviedli tiež viaceré konkrétne návrhy na nové / pravidelné obsahové rubriky.

Takmer tretinu respondentov predstavovali zástupcovia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

METODIKA

Spätnú väzbu o časopise *Zdravotná politika* sme od čitateľov získali formou anonymného dotazníkového prieskumu. Využili sme bezplatnú verziu dotazníkovej webovej služby *Question Form*.

Dotazník bol umiestnený na webe (dostupný na <http://hpi.questionform.com/public/newsletter>). Propagáciu dotazníka zabezpečila publikácia odkazu na webe hpi.sk, link na profile HPI na Facebooku a massmail na 2371 adres, na ktoré je doručované avízo o novom mesačníku.

Zber dát sa začal 7. júna 2010 o 12:10. Vyhodnocovali sa odpovede doručené do 11. júna 2010 23:59.

Celkovo sme zozbierali 249 vyplnených dotazníkov.

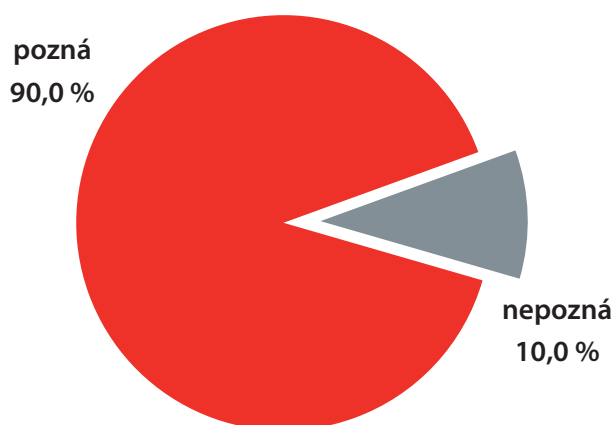
Dotazník obsahoval 5 otázok, vyhodnotenie odpovedí na ne je uvedené v nasledujúcich tabuľkách a grafoch. Respondenti boli upozornení, že dotazník je anonymný a jeho výsledky budú použité v Správe pre OSF.

VÝSLEDKY

1. POZNÁTE ELEKTRONICKÝ MESAČNÍK HPI ZDRAVOTNÁ POLITIKA?

(N=249)

Graf 1: Znalosť Zdravotnej politiky medzi respondentmi



Pri ďalších otázkach boli hodnotené tie dotazníky, v ktorých respondent na prvú otázku odpovedal, že mesačník pozná (N=224).

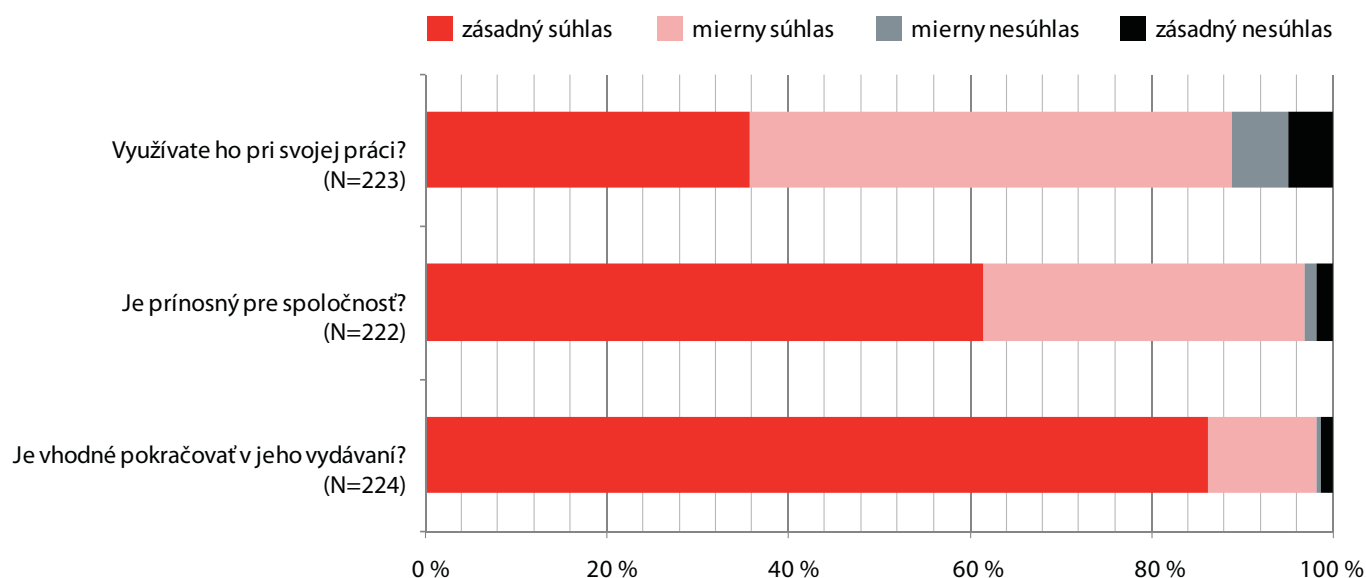
2. AKO HODNOTÍTE JEHO KVALITU?

V druhej otázke hodnotili respondenti samostatne obsah, grafickú úpravu a dostupnosť časopisu na webe. Najlepšie bola hodnotená webová prezentácia časopisu, ktorá získala v priemere 4,61 hviezdčky z 5 možných (1 – najhoršie, 5 – najlepšie). Vyhodnotenia odpovedí sú uvedené v **Tabuľke 1**.

Tabuľka 1: Názor respondentov na kvalitu časopisu *Zdravotná politika* (1 hviezdčka – najhoršie, 5 hviezdčiek – najlepšie)

	neodpovedalo	hviezdčky					Spolu (N)	Priemer
		1	2	3	4	5		
Obsah	1	1	7	32	90	93	224	4,20
Grafická úprava	1	1	4	42	104	72	224	4,09
Dostupnosť na webe	2	1	5	13	42	161	224	4,61

Graf 2: Názor respondentov na prínos časopisu Zdravotná politika



3. AKO HODNOTÍTE PRÍNOS MESAČNÍKA ZDRAVOTNÁ POLITIKA?

Tretia otázka sa zamerala na prínos časopisu: respondenti odpovedali na otázku, či časopis využívajú pri svojej práci, či ho považujú za prínosný pre spoločnosť a či je podľa nich vhodné pokračovať v jeho vydávaní. Výsledky sú v Grafe 2.

Pri sčítaní odpovedí pre súhlas (zásadný súhlas + mierny súhlas) a pre nesúhlas (zásadný nesúhlas + mierny nesúhlas) je pomer súhlasných vs. nesúhlasných odpovedí na jednotlivé otázky uvedený v **Tabuľke 2**.

Tabuľka 2: Názor respondentov na prínos časopisu Zdravotná politika

	súhlas	nesúhlas
Využívate ho pri svojej práci? (N = 223)	88,8 %	11,2 %
Je prínosný pre spoločnosť? (N = 222)	96,8 %	3,2 %
Je vhodné pokračovať v jeho vydávaní? (N = 224)	98,2 %	1,8 %

4. VAŠE KOMENTÁRE, PRIPOMIENKY, NÁVRHY NA ZLEPŠENIE

Na otvorenú otázku, v ktorej boli respondenti vyzvaní napísať komentáre, pripomienky a návrhy na zlepšenia časopisu Zdravotná politika sme získali 54 odpovedí (z toho 4 od respondentov, ktorí na prvú otázku dotazníka odpovedali záporne, t.j. mesačník nepoznajú).

Respondenti oceňujú

- systematické monitorovanie zdravotnej politiky na Slovensku,
- analýzy reformných návrhov v domácej politike,
- prehľad najlepších zahraničných skúseností
- aktuálnosť a relevantnosť časopisu
- nezávislosť
- triezvy pohľad na problémy

Zdravotnú politiku označujú za jediný odborný časopis o zdravotnej politike na Slovensku. V jednej z reakcií bol označený za prospešnú študijnú literatúru pri výučbe zdravotnej politiky na zdravotnej škole. Výhrady voči niektorým názorom autorov nie sú podľa respondentov na prekážku („S obsahom nie vždy plne súhlasím, ale sú to podnetné námety pre moju prácu i rozhľad.“).

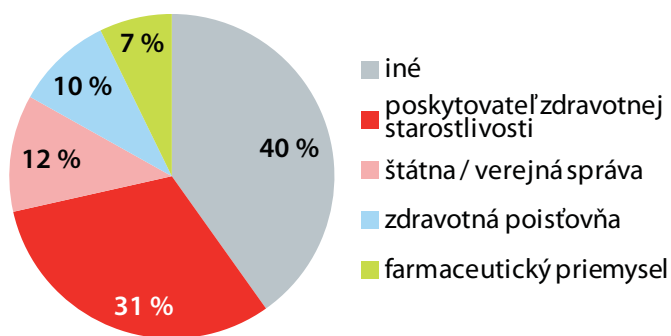
Respondenti kritizujú

- jednostrannosť („Preto som dal iba 3 hviezdičky za obsah, lebo sice je odborný a kvalitne pripravený, ale je neskutočne JEDNOSTRANNÝ. Viem, aké sú vaše (politické) názory, a nevidia mi, sú super, ale nezaškodilo by poskytnúť priestor aj tým, čo majú iný názor. Ved' nech si čitateľ vyberie podľa argumentov (a v nich ste dobrí). Raz ste tam dali Filka a bolo to super, teda pokračovať v tomto duchu.“)
- rozsah (priveľa obsahu, ktorý nestíhajú prečítať)

Respondenti navrhujú

- obsahové pripomienky
- priestor pre názorových oponentov
- rozhovory s opinion-leadrami
- pravidelné zverejňovanie štandardizovaných údajov o systéme v jednotnej forme a štruktúre dát, s komentármi
- pravidelná rubrika prevzatých top textov
- pravidelná rubrika z vývoja zdravotníctva v referenčných krajinách
- porovnanie ekonomickej náročnosti jednotlivých medicínskych oborov
- otvoriť sa viac zdravotnej starostlivosti ako ekonómii
- priestorom venovaný tretiemu sektoru, zdravotne postihnutým...
- analýzy spotreby liekov
- lepší marketing
- rozšírenie autorského okruhu
- pridať diskusiu na webe
- častejšie vychádzanie (napr. krátke týždenné aktuality)
- „zludovenie“ aj pre laickú verejnosť

Graf 3: Rozdelenie respondentov podľa odvetvia (N=249)



5. V KTOREJ OBLASTI PRACUJETE?

Najväčšiu skupinu respondentov (40%) tvoria tí, ktorí si z možností zvolili „iné“. Použitá verzia webového dotazníka neumožňovala, žiaľ, ponúknuť viac ako 5 možností odpovede na jednu otázku, takže nevieme identifikovať médiá, tretí sektor, študentov, nefarmaceutických dodávateľov, finančný sektor a pod.

Takmer tretinu respondentov (31%) tvorili zástupcovia poskytovateľov. 12% pôsobí v štátnej resp. verejnej správe, 10% v zdravotných poisťovniach a 7% farmaceutický priemysel (Graf 3).

TOMÁŠ SZALAY



Deň otvorených dverí akadémie HMA



V piešťanskom penzióne Diana sa 17. júna odohral v poradí už tretí Deň otvorených dverí na **Health Management Academy**. Študenti ročného vzdelávacieho programu Manažér prezentovali svoje záverečné práce pred svojimi spolužiakmi i odbornou verejnosťou. Práce hodnotili tak samotní študenti, ako aj lektori HMA. Ocenenie za najlepšiu prácu si odniesla **Lucia Hlinková**, sympatická právnička zo ZP Dôvera, ktorá spracovala tému *Súťaž medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti*. V súťaži družstiev vyhral tím s rockovým názvom Guns'n'Roses.

Po oficiálnom programe akcia pokračovala výbornou grilovačkou. Vtedy zaznela výzva pre HMA: organizovať pravidelné stretnutia jej absolventov. Môže za to tá uvoľnená atmosféra, inšpiratívne názory, sociálny networking alebo zaujímaví ľudia? Ktovie. Rozhodne túto myšlienku zväzíme – ak by vo vás v tejto súvislosti skrsol nejaký podnetný nápad, napíšte Simone Frisovej na frisova@hma.sk alebo jej rovno zavolajte na 0911 596 050. A sledujte Facebook: **máme už vlastnú FB-stránku!**





„V POZADÍ MÔJHO ÚSPECHU SÚ AJ BRATIA KNUTOVCI“

Som Peter Pažitný, spoluzakladateľ akadémie
Health Management Academy
a bývalý poradca ministrov zdravotníctva
na Slovensku, v Maďarsku a v Českej republike.

**Aj vy môžete využívať medzinárodné know-how a skúsenosti a zmeniť svoj biznis.
Príbeh vášho úspechu je aj naším úspechom. Publicis/Knut, divízia KHCC. Stojíme za vami.**

consulting • marketing • communication > www.publicis.sk

your success

Moje skúsenosti z reforiem zdravotných systémov ma naučili, že pre vybudovanie lepšieho zdravotníctva nestačí len zmeniť zákony, ale je potrebné komunikovať s ľuďmi zo sektora, počúvať ich názory a vymieňať si s nimi skúsenosti.

Za myšlienkou vybudovania Health Management Academy je môj sen o akademickom priestore, kde sú lektori a študenti partnermi v diskusii, argumentácii a hľadaní riešení. Moja vďaka patrí všetkým ľuďom, ktorí so mnou zdieľajú hodnoty zdravotníctva založeného na výsledkoch a oceňujú prínos kvalitného vzdelania.

V osobách Martina a Mareka Knutovcov som našiel ľudí a priateľov, ktorí pochopili, čo chcem dosiahnuť. Od začiatku sa podieľali na formovaní zážitku, ktorý majú študenti z programov Health Management Academy. Aj touto cestou im ďakujem.



Knut Healthcare Communication



PUBLICIS-KNUT

MSc.

in Health Services Management konečne na Slovensku

prečo MSc. u nás



**Naši študenti vytvárajú lepšie
zdravotníctvo**

Ing. Peter Pažitný, MSc.
konateľ
Health Management Academy



**Naším cieľom je inšpirovať
našich študentov**

Ing. Simona Frisová
programová riaditeľka
Health Management Academy



**MSc. program je vlajkovou loďou
manažérskeho vzdelávania na
Semmelweis University**

Dr. Miklós Szócska, PhD.
riaditeľ centra pre vzdelávanie zdravotníckych
manažérov Semmelweis University



**MSc. program poskytuje zručnosti
pre strategické riadenie
i každodenné fungovanie
v zdravotníctve**

Dr. Gusztáv Stübnya, MSc.
generálny riaditeľ pre strategický rozvoj
a manažérske záležitosti Semmelweis University

Od školského roku
2010/2011 spoločnosť
**Health Management
Academy, s.r.o.**
pripravila v spolupráci so
Semmelweis University
vzdelávací program **Master
of Science in Health
Services Management.**

**Prihláste sa
už teraz!**

Simona Frisová
+421 911 596 050, friso@hma.sk

Health Management Academy, s.r.o.
Hviezdoslavovo nám. 14, Bratislava

