

PLURALITA A SÚŤAŽ V ZDRAVOTNÍCTVE

FUNGOVANIE A PRÍNOSY SÚŤAŽE V ZDRAVOTNÍCTVE
V EURÓPE

Henrieta Tulejová, Marek Tomka, Dominika Šebová

OBSAH

OBSAH	1
EXECUTIVE SUMMARY	2
ÚVOD A ZHRNUTIE ARGUMENTOV	3
HOLANSKO	5
ŠVAJČIARSKO	6
DÁNSKO	7
NÓRSKO	9
VELKÁ BRITÁNIA	10
Hlavné zdroje	12

EXECUTIVE SUMMARY

Zdravotné systémy v Európe sa považujú za 1 z najlepších vo svete. Vyplýva to aj z hodnotenia amerického think tanku The Commonwealth Fund v štúdií Mirror, mirror 2021, ktorá porovnávala 11 zdravotných systémov, vrátane USA. Na prvých miestach sa umiestnili zdravotné systémy v Nórsku, Holandsku a Austrálii. Všetky hodnotené zdravotné systémy v Európe predbehli USA aj Kanadu.

Všetky hodnotené európske systémy sú solidárne – garantujú univerzálny prístup k zdravotnej starostlivosti a finančnú ochranu pred nadmernými nákladmi na starostlivosť pre všetkých svojich občanov. Všetky z nich taktiež vynakladajú na zdravotníctvo veľký objem peňazí – v r. 2020 viac ako 4500 USD v PPP (SK vynakladalo 2200 USD v PPP).

Dôležitým spoločným prvkom **lepšie hodnotených systémov je, že využívajú súťaž** medzi zdravotnými poisťovňami a/ alebo poskytovateľmi, aby zabezpečili dostupnú, kvalitnú, efektívnu a na pacienta orientovanú starostlivosť. Vychádzajú pritom z **New Public Management Policy, ktorá považuje súťaž za efektívnejší nástroj na dosiahnutie cieľov štátnej zdravotnej politiky než podrobné byrokratické zásahy**. Tento dokument preto prináša konkrétne príklady využívania súťaže v systémoch zdravotníctva v Európe – povinného zdravotného poistenia (Holandsko, Švajčiarsko) aj národnej zdravotnej služby (Dánsko, Nórsko, Veľká Británia), ktoré ukazujú, že:

- **V Európe existuje viacero systémov povinného zdravotného poistenia s väčším počtom zdravotných poisťovní. Tie, ktoré umožňujú a podporujú súťaž medzi patria dlhodobo medzi najlepšie hodnotené na svete - napríklad v Holandsku a Švajčiarsku.** Poisťovne medzi sebou súťažia produktom a cenou, čo vytvára výrazne väčší priestor pre súťaž ako systémy s jednotnou cenou a rovnakým rozsahom hradenej starostlivosti, ako je to na Slovensku, v Česku či Nemecku. Poisťovne ponúkajú produkty, diferencované napríklad v šírke prístupu k starostlivosti (nižšie poistné výmenou za užší výber poskytovateľov) alebo výške odpočítateľnej položky (nižšie poistné výmenou za vyššiu odpočítateľnú položku). Oba systémy sú vybudované v súlade s princípmi regulovanej súťaže amerického ekonóma Alaina C. Enthovena a obsahujú mechanizmy solidarity, ktoré zabezpečujú ochranu sociálne slabších obyvateľov. Na rozdiel od zdravotného systému v USA takto riadená súťaž nevytvára bariéru vedúcu k nedostupnosti starostlivosti pre chudobných a zlým výsledkom.
- **Prvky súťaže zavádzajú aj mnohé systémy Národnej zdravotnej služby (NHS).** Tieto prvky implementujú na úrovni, kde je to možné v rámci daného systému – do spôsobu nákupu a hradenia poskytnutej starostlivosti až po súťaž poskytovateľov o pacienta a peniaze plátcu. **Súťaž v NHS pomáha zaistiť to, čo sa predtým nedarilo zaistiť centrálnym riadením štátu - dostupnosť, efektívnosť a kvalitu starostlivosti,** napríklad:
 - Skrátenie čakacích dôb po umožnení konkurencie medzi štátnymi a aj súkromnými nemocnicami v Nórsku a Dánsku
 - Skrátenie čakacích dôb na konzultáciu u všeobecného lekára v Nórsku po zavedení možnosti výberu lekára a s tým súvisiacej zmene platobného mechanizmu
 - Zvýšenie kvality riadenia nemocníc a výsledkov starostlivosti, napr. miery prežitia pacientov po infarkte súťažou medzi nemocnicami vo Veľkej Británii
 - Efektívne využitie vzácnych zdrojov – súťaž podporuje tvorbu inovácií v procesoch poskytovania starostlivosti a znižovanie nákladov na zdravotníctvo, pretože aj v bohatých systémoch by peniaze mohli byť využité na iné priority štátu.

ÚVOD A ZHRNUTIE ARGUMENTOV

Počet zdravotných poisťovní naozaj nie je rozhodujúcim faktorom a ak by aj existovala nejaká korelácia medzi týmto údajom a výsledkami zdravotného systému, jednalo by sa zrejme o náhodu.

Viacero ekonómov sa však zhoduje na tom, že dobre nastavená súťaž (nielen) v zdravotníctve, môže byť prínosná. Podľa rešpektovaného amerického profesora Michaela E. Portera: „Na normálnom trhu súťaž motivuje k neustálemu zlepšovaniu v kvalite a nákladoch. Rýchle inovácie vedú k rýchlemu šíreniu nových technológií a lepšiemu spôsobu robenia vecí. Excelentní súťažiaci prosperujú a rastú, zatiaľ čo slabší rivali sú reštrukturalizovaní alebo odchádzajú z trhu. Ceny vážené kvalitou klesajú, hodnota sa zvyšuje a trh rastie, aby uspokojil požiadavky viacerých zákazníkov.“

Zdravotné systémy s viacerými zdravotnými poisťovňami, avšak bez možnosti významne sa odlišovať, ako je to napr. na Slovensku, v Nemecku alebo Českej republike využívajú potenciál súťaže len čiastočne. V takto nastavených systémoch, pri rovnakom rozsahu hradenej starostlivosti, rovnakej cene = sadzbe odvodov zo mzdy a minimálnom priestore na vytváranie odlišných produktov, je miera súťaže obmedzená. Aj tu však existuje určitý priestor pre inováciu a tvorbu hodnoty pre poistencov, napríklad prostredníctvom nadštandardných benefitov nad rámec povinného rozsahu úhrady, úrovne digitálnych služieb či podpory kvality prostredníctvom bonifikácie poskytovateľov na základe vhodne nastavených kritérií.

Je zrejmé, že situácia v zdravotníctve je špecifická a „čistá“ = neregulovaná súťaž by narúšala solidaritu systému verejného zdravotného poistenia a viedla by k horším výsledkom z hľadiska zdravotného stavu obyvateľstva. Príkladom nedobre nastavenej súťaže je zdravotníctvo v USA. To spotrebovalo 18,8% HDP v r. 2020. Vo výsledkoch však významne zaostáva za mnohými európskymi systémami ako sú systémy povinného zdravotného poistenia v Holandsku a Švajčiarsku alebo Národnej zdravotnej služby v Dánsku či Nórsku, všetky s výrazne nižšími výdavkami v % HDP.

Americký ekonóm Alain C. Enthoven preto sformuloval 10 princípov **riadenej súťaže v zdravotníctve. Tento koncept vychádza z toho, že cieľom súťaže je zabezpečiť dostupnú a efektívnu zdravotnú starostlivosť pre každého občana** (nielen pre bohatých):



OBRÁZOK 1: 10 PODMIENOK RIADENEJ SÚŤAŽE V ZDRAVOTNÍCTVE, ZDROJ: ENTHOVEN: THE HISTORY AND PRINCIPLES OF MANAGED COMPETITION, HEALTH AFFAIRES 1993

Typickým príkladom krajiny so zdravotným poistením, ktorá sa snaží implementovať tieto princípy postupne a zavádzať do zdravotníctva prvky súťaže je Holandsko, od reformy v r. 2006. **Zdravotné poisťovne v Holandsku môžu súťažiť v cene** nominálneho poistného, výške spoluúčasti a **rozsahu** siete zmluvných poskytovateľov **poskytovaných poistných produktov**. Holandsko má 1 z najlepšie hodnotených systémov zdravotníctva vo svete – vid' dlhodobé umiestnenie v top 3 v rámci hodnotení European Consumer Powerhouse a 2. miesto v hodnotení The Commonwealth Fund v r. 2021. Na Enthovenových princípoch regulovanej súťaže je vybudovaný aj systém povinného zdravotného poistenia vo Švajčiarsku.

Užitočnosť súťaže a plurality na strane poskytovateľov sa však preukázala aj vo viacerých dobre fungujúcich systémoch Národnej zdravotnej služby (NHS). Zaujímavé je, že žiaden so systémov nepristúpil k zásadnej zmene v zmysle zrušenia systému Národnej zdravotnej služby. Ale skôr implementoval prvky súťaže na tú úroveň, kde je to možné – do spôsobu nákupu a hradenia poskytnutej starostlivosti a do súťaže poskytovateľov o pacienta a peniaze plátcu. Systémy NHS tak využívajú súťaž medzi súkromnými všeobecnými lekármi a verejnými aj súkromnými nemocnicami (tie obvykle poskytujú ako lôžkovú, tak aj väčšinu špecializovanej ambulantnej starostlivosti). Jej cieľom je zvyšovanie kvality, efektívnosti a mnoho krát aj zlepšenie dostupnosti a skrátenie neúmerných čakacích listín. Reformy zavádzajúce súťaž medzi poskytovateľmi majú obvykle nasledovné prvky:

1. Pacient má slobodnú možnosť výberu poskytovateľa bez ohľadu na región bydliska a odporúčenie indikujúceho lekára
2. Štát zaisťuje zber, vyhodnocovanie a zverejňovanie informácií o kvalite poskytovanej starostlivosti
3. Súčasťou zmeny býva obvykle aj úprava platobného mechanizmu tak, aby peniaze nasledovali pacienta, motivovali poskytovateľov k poskytnutiu starostlivosti a neboli rozdeľované podľa historických rozpočtov, počtu postelí alebo

zdravotníckeho personálu. U všeobecných lekárov to môže byť zvýšením podielu platby za službu na úkor kapitácie, v nemocniciach zavedenie systému DRG.

V ďalšej časti dokumentu sú uvedené konkrétne príklady prvkov súťaže vo vybraných krajinách, európskych systémoch zdravotníctva s dobrými výsledkami zdravotného stavu obyvateľstva.

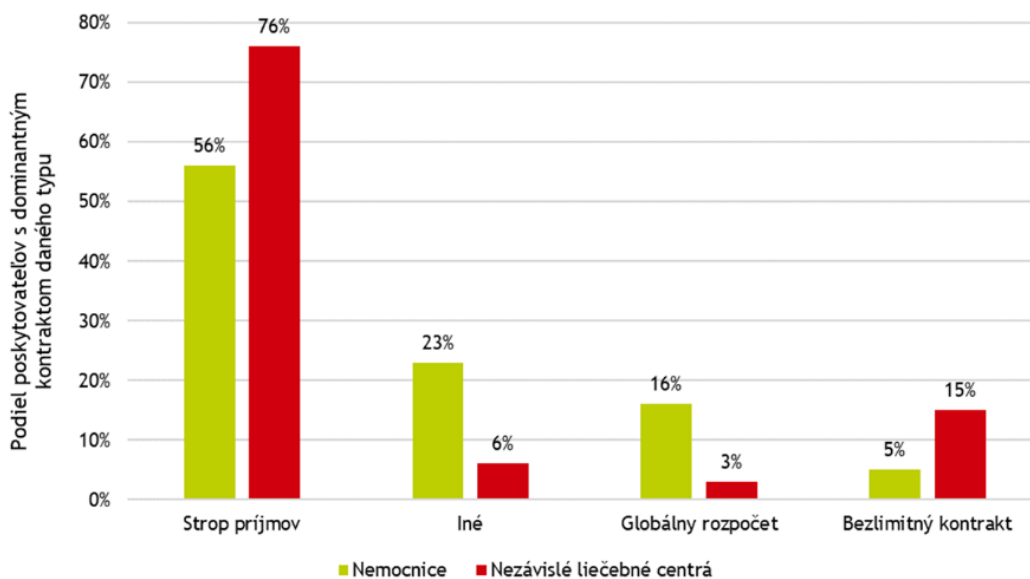
HOLANDSKO

Holandskom je príkladom krajiny, ktorá sa rozhodla využívať konkurenciu a prvky riadenej súťaže pre zaistenie dlhodobo dostupnej, kvalitnej, efektívnej a včasnej zdravotnej starostlivosti.

Podľa dokumentu Jeurissen et al. (2021): The market reform in Dutch Health care bola reforma realizovaná na pozadí v tom čase populárnych konceptov **New Public Management politiky**. Jej zástancovia argumentovali, že štát sa má pretransformovať z „byrokratického štátu“ na „riadiaci štát“, ktorý nastavuje a kontroluje podmienky pre fungovanie regulovanej súťaže v zdravotníctve. Tá nebola považovaná za cieľ sám o sebe, ale za efektívnejší nástroj na dosiahnutie cieľov štátnej zdravotnej politiky než podrobné byrokratické zásahy.

Existencia viacerých zdravotných poisťovní podobne ako na Slovensku, v Nemecku alebo Českej republika nebola považovaná za dostačujúcu. Naopak, v takto nastavených systémoch, pri rovnakom rozsahu hradenej starostlivosti, rovnakej cene = sadzbe odvodov zo mzdy a min. priestore na vytváranie odlišných produktov, je miera súťaže obmedzená. Na rozdiel od toho, Holanďania postupne implementujú 10 princípov riadenej súťaže v zdravotnom poistení i poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa Alaina C. Enthovena. Umožňujú zdravotným poisťovniam:

- Vytvárať produkty pre poistencov, ktoré sa líšia cenou = výškou nominálneho poistného, výškou dobrovoľnej spoluúčasti, rozsahom siete zmluvných poskytovateľov (široká zmluvná sieť vs. redšia sieť preferovaných poskytovateľov), spôsobom plnenia – vecné vs. hotovostné dávky.
- Slobodne a selektívne kontrahovať poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti, vrátane možnosti rôznych balíčkových kontraktov so sieťami poskytovateľov zameranými na vybrané chronické ochorenia ako je diabetes, vysoký tlak alebo cholesterol
- Slobodne vyjednávať a dohadovať si kontrakty s nemocnicami, ktoré poskytujú lôžkovú aj špecializovanú ambulantnú starostlivosť – vid' variabilitu nemocničných kontraktov na obrázku 2.



OBRÁZOK 2: VYUŽÍVANÉ TYPY KONTRAKTOV A ICH ZASTÚPENIE V NEMOCNICIACH. ZDROJ MONITOR MEDISCH SPECIALISTISCHE ZORG 2022

ŠVAJČIARSKO

Ďalšou krajinou využívajúcou regulovanú súťaž v povinnom zdravotnom poistení je Švajčiarsko. Rovnako ako Holandsko patrí Švajčiarsko ku krajinám s jedným z najlepších zdravotných systémov na svete - v poslednom hodnotení Euro Health Consumer Index v roku 2018 obsadilo 1. miesto.

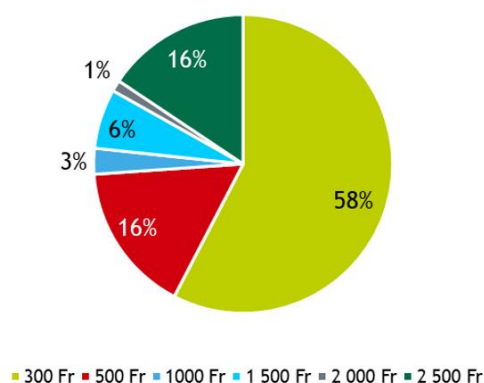
Zdravotné poisťovne majú možnosť súťažiť medzi sebou **produktom - typom poisťky a cenou**. Typ poisťky je definovaný dvoma hlavnými parametrami - **model starostlivosti** a výška **odpočítateľnej položky**.

- **Model starostlivosti:** Okrem štandardného modelu s prístupom k starostlivosti u všetkých poskytovateľov má poistenec na výber alternatívne modely, ktoré umožňujú platiť nižšie poistné výmenou za zúženie výberu poskytovateľa. V alternatívnych modeloch je vždy povinný gatekeeping s cieľom riadiť náklady na zdravotnú starostlivosť. V prípade zdravotných problémov musí pacient vždy kontaktovať najprv všeobecného lekára alebo špecializované call-centrum.
- **Výška odpočítateľnej položky:** Odpočítateľná položka sú prvé náklady na zdravotnú starostlivosť, ktoré musí poistenec sám zaplatiť, až potom začne za neho hradiť zdravotného poisťovne (podobne ako spoluúčasť= „nárazníkové“ v povinnom poistení áut). Poisťovne ponúkajú poisťky s odpočítateľnými položkami rôznej výšky. Čím vyššia je odpočítateľná položka, tým nižšie poistné poistenec platí. Je tu teda možnosť zvoliť si na rok vyššie riziko prvých nákladov (vysoká odpočítateľná položka) výmenou za nižší priebežný náklad vo forme poistného.

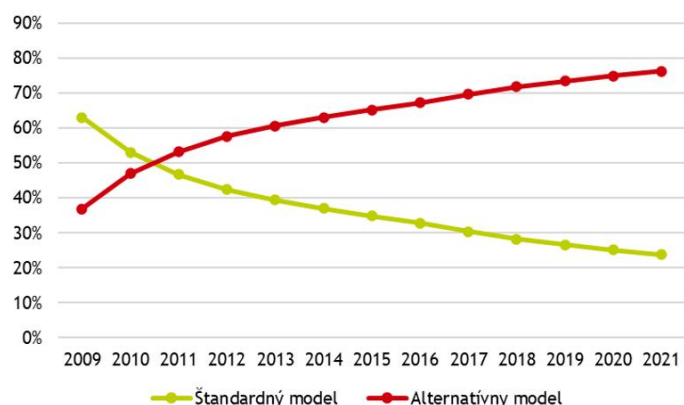
Vo Švajčiarsku na rozdiel od Holandska **tvorí nominálne poistené 100% ceny poistného** (teda nie je kombinované s odvodmi). Poisťku si povinne kupujú všetci obyvatelia, vrátane

dôchodcov a detí (za tie kupujú poistku rodičia). Sociálne slabšie domácnosti majú kúpu poistky dotovanú kantónom. Cenu stanovuje poisťovňa komunitne, teda cena poistky je u danej poisťovne rovnaká **bez ohľadu na to, či je poistenec bohatý alebo chudobný, zdravý alebo chorý. Aby bolo zdravotníctvo solidárne, je cena poistky významne regulovaná.** Okrem modelu starostlivosti a výšky odpočítateľnej položky sa môže cena poistky u konkrétnej poisťovne líšiť len podľa vekovej skupiny poistenca (3 kategórie: 0-19, 19-26, 26 a viac) a kantónu (rôzna ekonomická sila kantónov).

Súťaž je prínosná, čo vidieť na tom, že popularita alternatívnych modelov postupne rastie. Kým v roku v roku **2009 si alternatívny model vybrala cca tretina poistencov, v roku 2021 ich bolo až 75%** (obrázok 4). Poistenci tiež využívajú možnosť voľby odpočítateľnej položky. Vyššiu ako štandardnú výšku odpočítateľnej položky (300 Fr) si zvolilo v r. 2021 (z poistencov so štandardným modelom poistenia, vo veku 19 a viac rokov) 58% poistencov, ostatní si vybrali z rôznych cenových hladín vyšších odpočítateľných položiek. Záujem poistencov o alternatívne modely a variabilita vo voľbe produktu poukazujú na to, že **preferencie poistencov sa medzi sebou líšia a možnosť súťaže a individuálnej voľby produktu je dôležitá.**



OBRÁZOK 3: PODIEL POISTENCOV PODĽA VÝŠKY ODPOČÍTATELNEJ POLOŽKY, POISTENCI SO ŠTANDARDNÝM MODELOM POISTENIA, OD 19 ROKOV, 2021



OBRÁZOK 4: VÝVOJ PODIELU POISTENCOV PODĽA VOĽBY POISTENÉHO MODELU V ČASE

DÁNSKO

V Dánsku funguje systém Národnej zdravotnej služby, do veľkej miery riadený regionálnymi vládami a prierezovo koordinovaný centrálnou vládou. Väčšinu lôžkovej (98%) a špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytujú verejné nemocnice, vlastnené regiónmi. S cieľom skrátiť neúmerne čakacie lehoty a zvýšiť kvalitu starostlivosti zaviedlo Dánsko v roku 2002 súťaž medzi nemocnicami a umožnilo

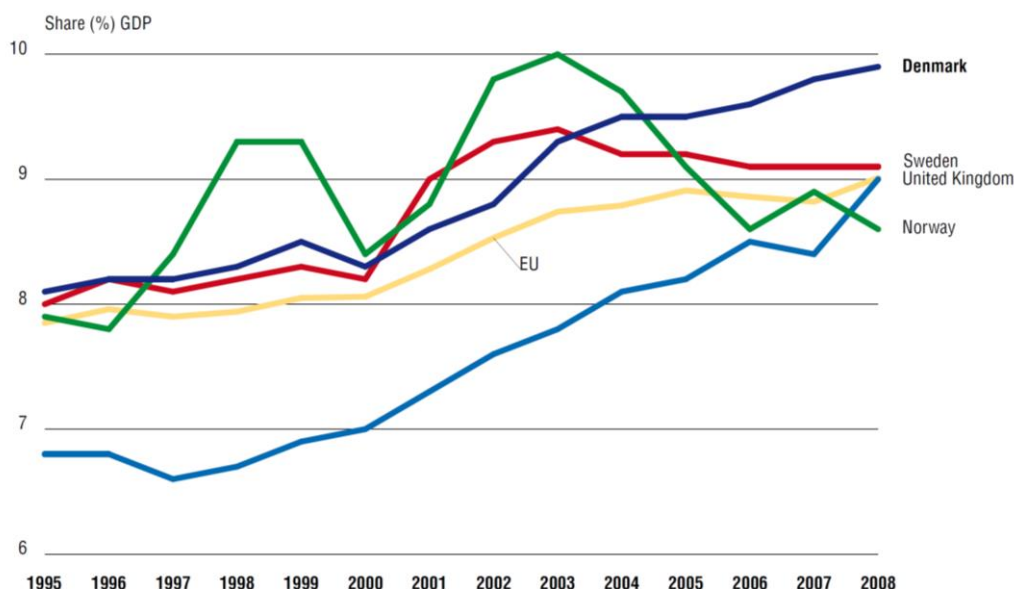
pacientom výber poskytovateľa lôžkovej starostlivosti. Ak čakacia doba na danú liečbu presiahla dva mesiace v systéme verejného zdravotníctva, mohli pacienti vyhľadať a mali hrazenú aj liečbu v súkromnej nemocnici v Dánsku alebo v nemocnici v zahraničí.

Zavedením konkurencie sa naozaj zvýšila kapacita systému a v dôsledku toho sa do roku 2007 maximálna čakacia doba vo väčšine regiónov skrátila o jednu tretinu. Skrátene čakacích lehôt umožnilo vláde ďalej sprísniť podmienky: pacienti následne mohli vyhľadať liečbu mimo verejné nemocnice, ak čakacie lehoty presiahli jeden mesiac.

V Dánsku boli taktiež postupne vybudované rozsiahle registre na meranie kvality lôžkovej starostlivosti. Údaje z týchto registrov boli zverejňované s cieľom poskytnúť pacientom informácie o kvalite liečby užitočné pre výber poskytovateľa.

Dáni spočiatku platili poskytovateľom zo súkromného sektora vyššiu sadzbu, než akú platili nemocniciam z verejného sektora, aby kompenzovali to, že investície do verejných nemocníc boli hrazené samostatne, mimo úhradu za prípad. Zároveň mali súkromní poskytovatelia potrebu investícií na rozšírenie kapacít a vysporiadanie sa s relatívne nestálym dopytom. Vyššie platby však spôsobili vláde politické problémy. NHS nakoniec znížilo úhrady súkromným nemocniciam, čo dáva zmysel, ak boli vstupné investície do rozširovania kapacít už pokryté. Zároveň vytvorila nezávislú inštitúciu (oddelenú od ministerstva zdravotníctva) na reguláciu cien pre všetky nemocnice.

V priebehu tohto obdobia došlo aj k navýšeniu výdavkov na zdravotníctvo z 8,3% HDP v r.2000 na 9,7% v r. 2007, ale vzťah so skracovaním čakacích lehôt nie je jasný. Podľa publikácie Health Systems in Transition, Denmark 2012 došlo v tom období aj k zmenám v rozsahu hradenej starostlivosti, takže údaje o výdavkoch na zdravotníctvo pred a po roku 2013 sú za Dánsko ťažšie porovnateľné.



OBRÁZOK 5: VÝVOJ VÝDAVKOV NA ZDRAVOTNÍCTVO V % HDP VO VYBRANÝCH KRAJINÁCH, ZDROJ: HEALTH SYSTEMS IN TRANSITION DENMARK 2012.

NÓRSKO

V Nórsku funguje systém Národnej zdravotnej služby a patrí medzi bohatšie štáty. Výdavky na zdravotníctvo predstavovali 8,9% HDP v r. 2010 (najbližší údaj o výdavkoch podľa OECD k r. 2001, kedy bola realizovaná reforma). Podľa štúdie Siciliani et al. (2017) umožnilo Nórsko, podobne ako iné krajiny - Dánsko, UK, Holandsko, súťaž medzi verejnými a súkromnými nemocnicami o pacienta a slobodný výber všeobecného lekára s cieľom skrátiť čakacie lehoty a zvýšiť kvalitu starostlivosti.

Väčšina nemocníc v Nórsku je verejných. Popri nich funguje niekoľko súkromných neziskových aj ziskových nemocníc, ktoré sa špecializujú na vybrané výkony. Od r. 2001 majú pacienti právo vybrať si nemocnicu. Zároveň začali byť poskytované informácie o čakacej dobe na vybrané výkony a od r. 2012 boli zverejňované aj ukazovatele kvality nemocníc. Od r. 2015 bol upravený aj platobný mechanizmus za lôžkovú starostlivosť od rozpočtov smerom k DRG úhrade za pacienta, aby mohli dostávať súkromní poskytovatelia úhradu za liečbu pacientov z verejných zdrojov. **Možnosť výberu nemocnice a ich väčší výber prispeli k výraznému skráteniu čakacích dôb.**

Štúdia uvádza aj **zavedenie možnosti slobodného výberu všeobecného lekára v Nórsku od roku 2001 a možnosť zmeniť ho až dvakrát ročne. Súčasťou zmeny bola aj reforma platobného mechanizmu u všeobecných lekárov s cieľom podporiť súťaž.** Po zmene boli platení 30% kapitáciou a zvyšných 70 % tvorili platby za služby (fee-for-service). **Po reforme sa zvýšil počet konzultácií u všeobecných lekárov, ako aj spokojnosť pacientov. Čakacia doba na konzultácie sa znížila z 8,3 na 7,2 dňa.** V ďalších štúdiách sa zistilo, že všeobecní lekári pôsobiaci na konkurenčnejších trhoch mali vyšší počet odporúčaní pacientov k špecialistom a menej návštev urgentných príjmov.

V štúdií boli uvedené aj ďalšie príklady súťaže medzi nemocnicami a všeobecnými lekármi z iných európskych krajín:

	Francúzsko	Holandsko	Nemecko	Nórsko	Portugalsko
Pacient má možnosť výberu nemocnice	Rozsiahla	Rozsiahla	Rozsiahla	Rozsiahla	Obmedzená
Nemocnice súťažia kvalitou	Áno	Áno	Áno	Áno	Limitovane
cenou	Nie	Áno	Nie	Nie	Nie
Možnosť výberu a súťaž medzi všeobecnými lekármi	Rozsiahla	Obmedzená	Rozsiahla	Rozsiahla	Obmedzená v dôsledku nedostatku lekárov

TABUĽKA 6: PREHĽAD MOŽNOSTÍ VÝBERU NEMOCNICE ALEBO VŠEOBECNÉHO LEKÁRA. ZDROJ: SICILIANI ET AL. (2017)

VELKÁ BRITÁNIA

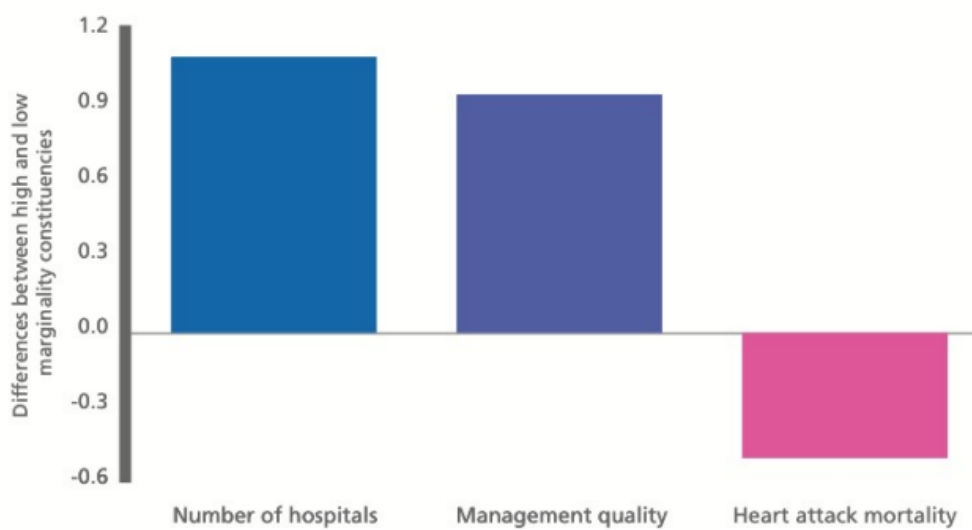
Taktiež v Anglicku funguje systém Národnej zdravotnej služby. Výdavky na zdravotníctvo predstavovali 8% HDP v r. 2010 (najbližší údaj o výdavkoch podľa OECD k r. 2008, kedy bola realizovaná reforma).

Do r. 2003 bola v Anglicku úhrada za lôžkovú starostlivosť založená predovšetkým na **fixných úhradách za dohodnutý objem starostlivosti** na ročnej báze, ktorý vychádzal z historických úhrad a neklesal ani keď poskytovateľ neposkytol dohodnutý rozsah starostlivosti. Takto nastavené financovanie neumožňoval NHS presúvať zdroje za pacientom, od neproduktívnych poskytovateľov k produktívnym, čo viedlo k **výrazným čakacím dobám a nízkej motivácii poskytovateľov k efektívnosti**. NHS preto postupne zaviedla platbu formou jednotných DRG taríf, tzv. HRG.

Následne od roku 2008 umožnila, aby si pacienti mohli vybrať poskytovateľa lôžkovej starostlivosti a umožnila súťaž štátnych aj súkromných nemocníc. Zavedenie úhrady formou DRG prinieslo **zníženie dĺžky hospitalizácie a zvýšenie podielu jednodňovej starostlivosti**. Počet výkonov v nemocniciach **vzrástol o 3% - 9%** a nastal aj očakávaný **pokles čakacích dôb** na plánované výkony, hoci na ňom mali pravdepodobne podiel aj iné, súbežne zavedené opatrenia (napr. nastavenie cieľových hodnôt čakacích dôb). **Nebol pritom preukázaný pokles v kvalite** poskytovanej starostlivosti.

Zaujímavý poznatok prináša štúdia Bloom et al (2015) s názvom „How competition can improve management quality and save lives“. Štúdia merala najprv mieru súťaže medzi nemocnicami v závislosti od volebného výsledku v 529 politických obvodov v Anglicku. Zistila, že čím je výsledok volieb tesnejší, tým je menšia pravdepodobnosť zatvorenia nejakej nemocnice v danom obvode. Následne pomocou prepracovaného manažérskeho dotazníka a dvojito zaslepanej metodológie merala vplyv konkurencie na zlepšenie výkonnosti a kvalitu riadenia nemocníc. Dospela k záveru, že „*veľkosť konkurenčného efektu je významná. Odhadujeme, že pridanie konkurenčnej nemocnice zvyšuje kvalitu riadenia o 0,4 štandardnej odchýlky a mieru prežitia po infarkte myokardu o 8,8%.*“

Hoci úmrtnosť klesla vo všetkých nemocniciach, v nemocniciach nachádzajúcich sa na konkurenčnejších trhoch klesala rýchlejšie.



OBRÁZOK 7: ROZDIEL V POČTE NEMOCNÍC, KVALITE ICH RIADENIA A MIERE ÚMRTNOSTI NA INFARKT MEDZI VOLEBNÝMI OBVODMI ANGLICKA, KDE BOLO VÍŤAZSTVO VO VOĽBÁCH JASNÉ VS. TESNÉ VÍŤAZSTVO. ZDROJ BLOOM ET AL (2015)

HLAVNÉ ZDROJE

- **Všeobecne:** Schneider E.C. et al: Mirror, mirror 2021 – Reflecting poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries, The Commonwealth Fund, August 2021
- **Všeobecne:** Enthoven, A.: The History and principles of managed competition, Health Affairs, 12, no.suppl 1 (1993):24-48
- **Dánsko:** When and how provider competition can improve health care delivery, McKinsey Quarterly 2010, <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/when-and-how-provider-competition-can-improve-health-care-delivery>
- **Dánsko:** Olejaz M., et al: Health Systems in Transition, Denmark 2012, European Health Observatory on Health Systems and Policies
- **Nórsko:** Siciliani, L. et al: Policies towards hospital and GP competition in five European countries, Health Policy, Volume 121, Issue 2, February 2017, Pages 103-110
- **Holandsko:** Patrick Jeurissen, Hans Maarse: The market reform in Dutch health care, European Observatory, WHO 2021
- **Holandsko:** Health Systems in Transition, Netherlands, European Observatory, WHO 2016
- **UK:** Nicholas Bloom and John Van Reenen: Healthcare: competition can improve management quality and save lives | LSE Business Review, Autumn 2015
- **UK:** Louise Marshall, Anita Charlesworth and Jeremy Hurst: The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence – Research report, February 2014, Nuffield Trust
- **UK:** <https://www.kingsfund.org.uk/publications/reforming-nhs-within/competition-and-choice>



Advance Healthcare Management Institute, s.r.o.
U Háje 296/22, 147 00 Praha 4

Tel.: +420 702 029 953
office@advanceinstitute.cz
www.advanceinstitute.cz

IČ: 28986024
DIČ: CZ28986024
Banka: Raiffeisenbank
č. ú.: 4780992001/5500
OR: vedená Městským soudem v Praze,
oddíl C, vložka 157951