



Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Diplomová práce

Bc. Petra Bezeková

2007

Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu

Jindřichův Hradec

Diplomová práce

Bc. Petra Bezeková

2007



Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Katedra managementu zdravotnických služeb

Reforma zdravotnictva v SR

Vypracovala:

Bc. Petra Bezeková

Vedúci diplomovej práce:

Ing. J. Mlčák, M.B.A.

Jindřichův Hradec, apríl 2007

Prehlásenie

Prehlasujem, že diplomovú prácu na tému

»**Reforma zdravotníctva v SR**«

som vypracovala samostatne.

Použitú literatúru a podkladové materiály
uvádzam v priloženom zozname literatúry.

Jindřichův Hradec, apríl 2007

podpis študenta

Anotácia

Reforma zdravotníctva v SR

Analýza reformy zdravotníctva SR a súčasná situácia zdravotníctva.

Apríl 2007

Pod'akovanie

Touto cestou sa chcem v prvom rade pod'akovať svojim rodičom,
ktorí boli pre mňa počas štúdia veľkou oporou.

Moje pod'akovanie patrí aj Ing. Mlčákovi, M.B.A.
za jeho cenné rady, pochopenie a inšpiráciu.

V neposlednom rade sa chcem touto cestou pod'akovať aj Ing. Pažitnému MSc.
z Health Policy Institute
za jeho ochotu.

Obsah

ÚVOD	1
1 Úvod do problematiky zdravotníctva v SR a definícia základných pojmov	3
1.1 Pacient	3
1.2 Lekár a zdravotná starostlivosť	4
1.2.1 Primárna zdravotná starostlivosť	5
1.2.2 Sekundárna zdravotná starostlivosť	5
1.2.3 Následná zdravotná starostlivosť	5
1.3 Zdravotnícke zariadenie	5
1.4 Poist'ovňa	7
1.5 Zdravie	7
1.6 Zdravotné poistenie	7
1.7 Zdravotný stav	8
1.8 Zdravotná politika	11
1.9 Dlh v zdravotníctve a jeho financovanie	13
1.9.1 Vonkajší dlh	14
1.9.2 Vnútorý dlh	17
1.9.3 Možnosti riešenia stabilizácie dlhu	18
1.9.3.1 Stabilizačné opatrenia	18
1.9.3.2 Systémové opatrenia	19
1.9.3.3 Sieťové opatrenia	19
2 Zdravotníctvo pred reformou	20
3 Reforma zdravotníctva	24
3.1 Reforma vo všeobecnosti	24
4 Realizácia reformy v zdravotníctve	28
4.1 Zákon o zdravotnej starostlivosti	29
4.1.1 Marginálne poplatky	29
4.2 Zákon o zdravotných poisťovniach a dohl'ade nad zdravotnou starostlivosťou	33

4.2.1	<i>Prevedenie zdravotných poisťovní z verejnoprávnych organizácií na akciové spoločnosti</i>	33
4.2.2	<i>Projekt Veriteľ</i>	35
4.3	Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.....	42
4.3.1	<i>Prevedenie nemocníc na akciové spoločnosti</i>	42
4.4	Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej na základe verejného zdravotného poistenia.....	43
4.5	Zákon o zdravotnom poistení.....	45
4.5.1	<i>Liečebný poriadok</i>	47
4.6	Zákon o záchrannej zdravotnej službe.....	49
4.7	Kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti.....	50
5	Stav reformy zdravotníctva po voľbách v septembri roku 2006	55
5.1	Občan – pacient.....	56
5.2	Zdravotnícke zariadenia a jej pracovníci.....	58
5.2.1	<i>Nespokojní zdravotní pracovníci a štrajk</i>	58
5.2.2	<i>Dlh nemocníc a prebytok nemocničných lôžok</i>	59
5.3	Dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.....	61
5.4	Transformácia zdravotných poisťovní a tvorba zisku.....	62
5.5	Lieková politika.....	64
6	Základné porovnanie systému zdravotníctva fungujúceho na Slovensku a v Českej republike	65
	ZÁVER	69
	PRÍLOHA	73
	LITERATÚRA	74

Úvod

„Zdravie je najdôležitejšia kvalita tela“

Aristotelés

Zdravie je pre každého z nás najvzácnejšie, ale jeho hodnotu si človek uvedomí až keď ho stráca. V súčasnej dobe je aktuálnym problémom na celom svete. Odborná verejnosť sa snaží upozorňovať na nutnosť prevencie a ochrany vlastného zdravia.

Rezort zdravotníctva tvorí vrásky takmer každej vláde vo všetkých krajinách. Každý zdravotnícky systém má svoje výhody ale aj úskalia. Ak chceme nájsť najlepší fungujúci systém mali by sme si z každého systému vziať len to pozitívne. Ovšem nezapomínajme na to, že ideálne zdravotníctvo v realite neexistuje, muselo by tomu predchádzať zdravotníctvo začínajúce na nule s „čistým štítom“ a s vhodnými podmienkami a pochopením všetkých subjektov v zdravotníctve.

Ako na Slovensku tak aj v niektorých krajinách Európy sa potýkame s problémom v zdravotníctve, kde sa jednotlivé krajiny snažia o určité reformy v tomto sektore a predovšetkým o odstránenie ilúzie o bezplatnom zdravotníctve, ktorý ešte stále pretrváva z minulého režimu.

Každá vláda bojuje s problémom menom „zdravotníctvo“ vlastným spôsobom a snaží sa nájsť čo najvhodnejšie a najšetrnejšie riešenia. Ovšem existuje tu strach, že bude zavrhnutá zo strany verejnosti, či už odbornej alebo laickej. Táto nepopulárnosť v konečnom dôsledku vedie k stagnácii. Je nutné si uvedomiť, že problém, ktorý v zdravotníctve pretrváva, sa sám nevyrieši a odmietanie akýchkoľvek zmien k ničomu nevedie. Skôr či neskôr by aj tak nastal čas, kedy by už situácia bola neúnosná a prevedené zmeny by mohli byť ešte bolestivejšie než sa javia v súčasnosti.

Už od začiatku sa v slovenskom zdravotníctve zaobchádza z finančnými prostriedkami vo veľkom štýle. Utráca sa viac ako sa dokáže prijať, čo vedie k neustálemu navyšovaniu zadĺženosti. Doposiaľ sa štát tváril tolerantne voči subjektom v zdravotníctve a „cez prsty“ sledoval jeho dianie. Ovšem nastáva situácia, kedy už nie je z čoho čerpať a je nutné opäť získať chýbajúce prostriedky čo predstavuje hlavný kameň úrazu. Všetky zainteresované strany sa doposiaľ stavali k zdravotníctvu ľahostajne. Občania s pocitom bezplatnej zdravotnej starostlivosti čerpajú služby vo väčšom množstve ako je žiadúce a ktoré je systém schopný zaplatiť. Zdravotnícke zariadenia poskytujú svoje služby nad rámec finančných prostriedkov, ktoré majú k dispozícii a zdravotné poisťovne pre zmenu „márnotratne“ utrácajú zverené finančné prostriedky a poväčšine s omeškaním. Návrhom reformy tak nastáva zmena, ktorá však nie je nikomu príjemná a začína žhavá diskusia a kritika sektoru.

Cieľom mojej diplomovej práce je aspoň rámcovo načrtnúť a analyzovať reformu zdravotníctva, ktorá prebieha na Slovensku. Je to téma, ktorá zaujme takmer každého už len z dôvodu, že každý občan Slovenskej republiky je jej účastníkom. K danej téme sa vyjadruje mnoho odborníkov či už v pozitívnom alebo negatívnom zmysle, preto si z daných informácií každý z nás vytvorí vlastný názor na správnosť či nesprávnosť reformy.

Či už odborná alebo laická verejnosť je v tejto problematike rozdelená na dve protipólne strany a o správnosti jednotlivých navrhnutých krokov reformy by sa dalo polemizovať dlhé hodiny. K ich detailnej analýze by bolo potreba určite väčšieho časového priestoru. Mimo iného k zmenám v zdravotníctve dochádza neustále.

Touto prácou sa budem snažiť priblížiť problematiku v zdravotníctve, o ktorej sa v súčasnosti diskutuje neustále či už na Slovensku alebo v Českej republike. Každý z nás vie, že je nevyhnutná zmena, pretože pasivita nikam nevedie a súčasný stav je kritický. Podľa môjho názoru bude najväčším prínosom reformy ak občan nebude sledovať reformu len z pohľadu pacienta, lekár len z pohľadu odborníka a vláda len z politického pohľadu, pretože vzájomným pochopením a toleranciou zájdeme ďalej.

1 Úvod do problematiky zdravotníctva v SR a definícia základných pojmov

„ Dĺky nemoci známe hodnotu zdraví,
dĺky zlu hodnotu dobra, dĺky hladu sýtosť,
dĺky únavě odpočinek. “

Hérakleitos z Efesu

1.1 Pacient

Pod pojmom pacient vo všeobecnosti rozumieme chorého človeka, ktorý sa v danom čase lieči.¹ V inej terminológii sa pod pojmom pacient myslí osoba, ktorá je chorá alebo zranená a je lekársky ošetrovaná alebo toto lekárske ošetrovanie potrebuje. V oblasti práva sa tento pojem používa aj pre ostatných užívateľov zdravotníckych činností.²

§ 40 Ústavy SR: „ Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky, za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“¹

Právo občana

- *na dostupnú a kvalitnú starostlivosť*
- *na slobodnú voľbu lekára a zdravotníckeho zariadenia na základe podmienok stanovených zákonom*
- *na informácie o svojom zdravotnom stave*
- *na vyjadrenie súhlasu či nesúhlasu so spôsobom liečby*
- *na informácie o spôsobe a výške úhrady za svoju liečbu*

Povinnosť občana

- *starat' sa o svoje zdravie*
- *uzatvoriť zákonné poistenie*
- *podrobiť sa vo verejnom záujme zákonným hygienicko – epidemiologickým a preventívnym opatreniam²*

V pozícii poistenca má občan právo na:

¹ Ústava Slovenskej republiky č. 460/ 2002 Zb., august 2004, Bratislava, ISBN 80-89052-20-7

² Dostupné z [www: http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/142974-pacient](http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/142974-pacient) [cit. 10-8-2006]

- *výber zdravotnej starostlivosti*
- *úhradu zdravotnej starostlivosti*
- *informáciu, s ktorými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti má príslušná zdravotná poisťovňa uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti*
- *poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, aj vtedy, ak príslušná zdravotná poisťovňa s ním nemá uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti*
- *vrátenie preplatku na základe ročného zúčtovania poistného*
- *podieľať sa na kontrole poskytnutej zdravotnej starostlivosti*
- *domáhať sa ochrany práv právom chránených záujmov vyplývajúcich z verejného zdravotného poistenia v konaní pred úradom*

Poistenec má povinnosť:

- *uhradiť príslušnej zdravotnej poisťovni zdravotnú starostlivosť*
- *podať prihlášku na verejné zdravotné poistenie do ôsmich dní odo dňa vzniku skutočnosti zakladajúcej vznik verejného zdravotného poistenia*
- *plniť povinnosti v súvislosti s vykonávaním ročného zúčtovania*
- *a ďalšie³*

1.2 Lekár a zdravotná starostlivosť

Lekár je v prvom rade absolventom lekárskej fakulty s titulom MUDr. (Medicinæ universæ doctor). Podľa svojej odbornosti skláda odborné skúšky tzv. atestácie. Teda sa jedná o osobu, ktorá je oprávnená liečiť na základe odborného vzdelania.² Zdravotnú starostlivosť rozlišujeme ako primárnu a sekundárnu zdravotnú starostlivosť.

³ Zákon č. § 22 580/ 2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

1.2.1 Primárna zdravotná starostlivosť

Do primárnej starostlivosti sa radia praktickí lekári pre deti a dospelých, takisto praktickí lekári pre dospelých, gynekológovia, stomatólogovia a ďalší zdravotnícki pracovníci. Primárna zdravotná starostlivosť zahŕňa nasledujúce služby:

- Preventívna a liečebná starostlivosť
- Sprostredkovanie odbornej ambulantnej a ústavnej starostlivosti
- Návštevna služba
- Lekárska služba prvej pomoci
- Rýchla zdravotná pomoc³

1.2.2 Sekundárna zdravotná starostlivosť

Sekundárna zdravotná starostlivosť je preventívna, diagnostická a liečebná starostlivosť. Táto starostlivosť presahuje rámec primárnej starostlivosti. Súčasťou sú aj konziliárne⁴ služby. Poskytovanie sekundárnej starostlivosti sa uskutočňuje ústavne aj ambulantne. Pacientovi sa dostane tejto starostlivosti na základe odporúčania lekára primárnej, sekundárnej alebo následnej zdravotnej starostlivosti.

1.2.3 Následná zdravotná starostlivosť

Nadväzuje na predchádzajúcu primárnu a sekundárnu zdravotnú starostlivosť, v prípade ak je potrebné v záujme dokončenia liečebného procesu alebo na zlepšenie zdravotného stavu. Ďalšími formami zdravotnej starostlivosti sú ošetrovateľská starostlivosť a pôrodná asistencia a kúpeľná starostlivosť.

1.3 Zdravotnícke zariadenie

Zdravotnícke zariadenia slúžia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Vo všeobecnosti rozlišujeme zariadenia štátne a neštátne.

Sústavu zdravotníckych zariadení tvoria:

- Ambulancie, lekárska služba prvej pomoci, ambulancie v zariadeniach sociálnych služieb
- Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti

⁴ konziliárny = poradný

- Záchranná zdravotná služba
- Špecializované zariadenia ambulantnej starostlivosti
- Dialyzačné strediská
- Polikliniky
- Samostatné zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných položiek
- Nemocnice I. typu
- Nemocnice s poliklinikou I. typu
- Nemocnice s poliklinikou II. a III. typu
- Fakultné nemocnice a fakultné nemocnice s poliklinikou
- Vysokošpecializované odborné ústavy
- Liečebne pre dlhodobo chorých
- Zariadenia poskytujúce paliatívnu⁵ starostlivosť
- Geriatrické centrá
- Psychiatrické liečebne, psychiatrické nemocnice, stacionáre a centrá pre liečbu drogovovo závislých
- Odborné liečebné ústavy
- Prírodné liečebné kúpele
- Verejné lekárne
- Zubné techniky
- Dopravná služba

Zriaďovateľom zdravotníckeho zariadenia môže byť súkromná osoba, obec, samosprávny kraj alebo ministerstvo zdravotníctva.⁴ Nemocnice na Slovensku majú rôzne právne formy:

- Akciová spoločnosť
- Nezisková organizácia
- Príspevková organizácia
- Spoločnosť s ručením obmedzeným³⁷

⁵ paliatívna starostlivosť = komplexná starostlivosť o ťažko chorého alebo umierajúceho človeka

1.4 Poist'ovňa

Všeobecne rozlišujeme poisťovne na komerčné a nekomerčné. Medzi nekomerčné poisťovne zaraďujeme zdravotné poisťovne a takisto sociálnu poisťovňu. Komerčné sa zaoberajú poistením osôb, majetku a zodpovednosti za škody. V súčasnej dobe pôsobí na Slovensku 6 zdravotných poisťovní:

- Apollo zdravotná poisťovňa
- Dôvera zdravotná poisťovňa
- Európska zdravotná poisťovňa
- Spoločná zdravotná poisťovňa
- Union zdravotná poisťovňa
- Všeobecná zdravotná poisťovňa⁵

V súčasnosti fungujú na Slovensku dve poisťovne, ktoré sú pod dohľadom štátu a štyri súkromné zdravotné poisťovne. V roku 2007 by tieto poisťovne mali hospodáriť s viac ako 80 miliardami Sk.⁶

1.5 Zdravie

Zdravie môžeme považovať za individuálny statok. Mnohí sa mylne domnievajú, že zdravie je statok verejný, ale tento mýtus môžeme vyvrátiť hneď z dvoch dôvodov a to, že nespĺňa dve základné podmienky verejného statku nevylučiteľnosť a nedeliteľnosť.⁷

1.6 Zdravotné poistenie

Druhy zdravotného poistenia:

- Verejné
- Individuálne

V prípade verejného zdravotného poistenia sa poskytuje poistencom zdravotná starostlivosť podľa podmienok stanovených v zákone o zdravotnom poistení.⁸ Do verejného zdravotného poistenia sa započítavajú preventívne prehliadky, neodkladná zdravotná starostlivosť a výkony. Taktiež lieky a zdravotnícke pomôcky poskytované v rámci ústavnej starostlivosti sú plne hradené z verejného zdravotného poistenia. V prípade ambulatnej starostlivosti je zoznam vybraných plne hradených liekov uvedený v Zozname liečiv a liekov. Aj dietetická či kúpeľná starostlivosť môže byť plne poprípade čiastočne hradená z verejného zdravotného poistenia.⁹

1.7 Zdravotný stav

Zdravotný stav obyvateľstva ovplyvňujú interné a externé faktory.

Medzi interné faktory sa zaraďujú:

- Dedičnosť (predispozícia na určité chyby a ochorenia)
- Pohlavie
- Vek
- Vývin

Externé faktory zahrňujú:

- Fyzikálne (žiarenie, vzduch, teplota, a.i.)
- Chemické (čistota vody, exhaláty, a.i.)
- Biologické (nezávadnosť pitnej vody, zloženie potravín, a.i.)
- Sociálno – spoločenské (životná úroveň, stres, a.i.)¹⁰

Zdravotný stav obyvateľstva daného štátu je možné hodnotiť dvoma metódami:

- Pomocou strednej dĺžky života
- Pomocou mortality

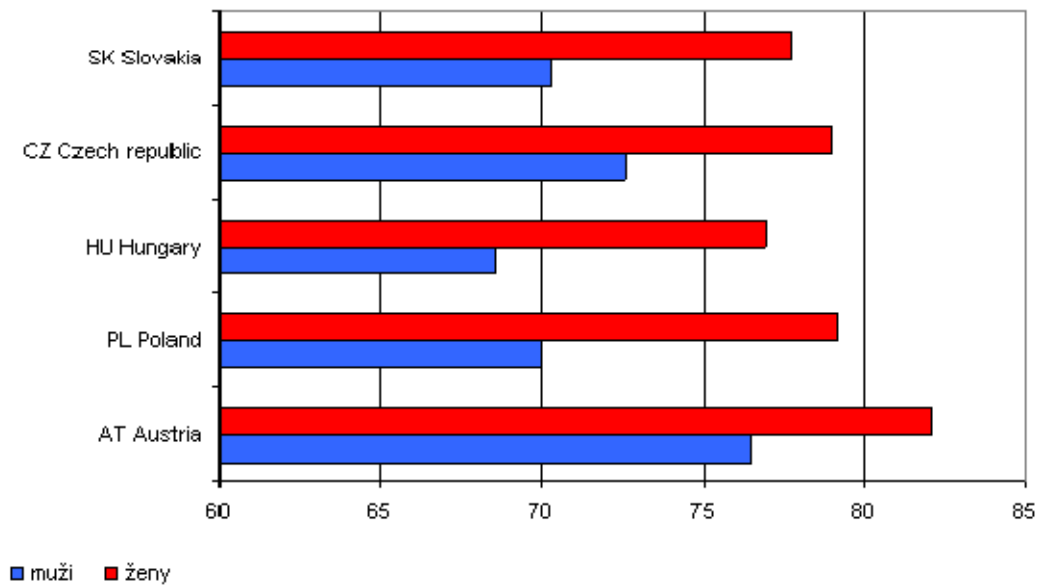
„ **Stredná dĺžka života** vyjadruje očakávanú dĺžku života pri narodení jedinca pri zohľadnení počtu úmrtí vo všetkých vekových skupinách. “⁶ Stredná dĺžka života je v súčasnosti na Slovensku vyššia u žien než u mužov. V roku 2004 bola priemerná dĺžka života na Slovensku u žien 77,8 a u mužov 69,9 rokov.¹¹ Údaje získané za rok 2005 poukazujú, že priemerná dĺžka života sa u oboch pohlaví každým rokom zvyšuje. Podľa štatistík predstavuje priemerná dĺžka života v roku 2005 u mužov 70,1 a u žien 77,9. Nárast bol u mužov až do roku 2005 menej výrazný.³⁸ Najst’ príčiny nízkeho nárastu je veľmi obtiažne, lebo ako povedal Blumm „ Zdravotný systém môže byť zodpovedný za zdravotný stav populácie do tej miery, do akej ovplyvňuje ním kontrolované a manipulované faktory. “⁷ To znamená, že zdravotný systém ovplyvňuje zdravotný stav len z 15 – 20 %. Výšku strednej dĺžky života mužov na Slovensku najviac ovplyvňujú genetika, sociálno – ekonomická situácia a životný štýl.¹¹ V porovnaní s inými štátmi je Slovensko pod priemerom určeným OECD, či už pri porovnaní strednej dĺžky života mužov alebo žien.

⁶ PAŽITNÝ P., ZAJAC R.: Zdravotníctvo,

Dostupné z [www: http://www.reformazdravotnictva.sk/](http://www.reformazdravotnictva.sk/) [cit. 20-9-2006]

⁷ STRÍTECKÝ R.: Kvalita ve zdravotní péči 3. učebný text, Jindřichův Hradec: Inštitút zdravotného managementu ,
Fakulta managementu , VŠE Praha

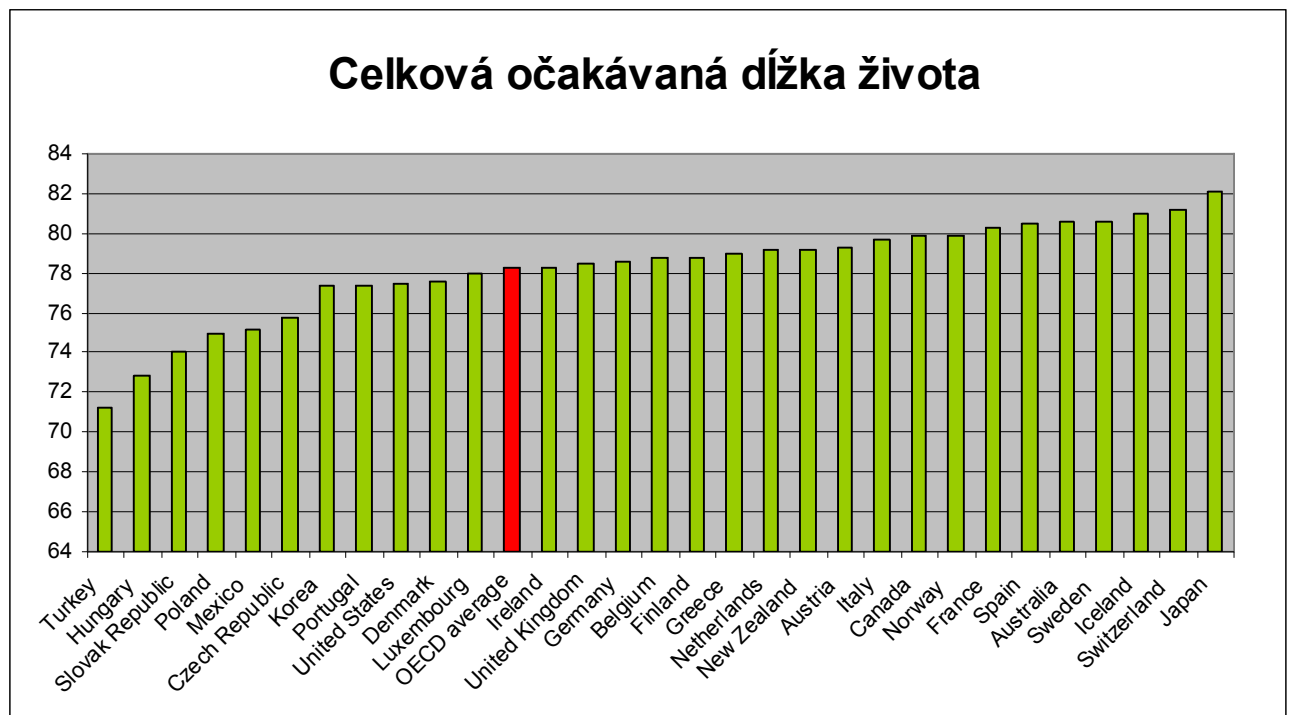
Graf č.1: Medzinárodné porovnanie strednej dĺžky života v roku 2004



Zdroj: http://www.enviroportal.sk/dpsir/dpsir_kapitola.php?id_kap=611&rod=&id_indik=441

V celosvetovom merítku je priemerná dĺžka života obyvateľov Slovenska 74,1, čo je pod priemerom OECD ako ukazuje nasledujúci graf.

Graf č.2: Celková očakávaná dĺžka života

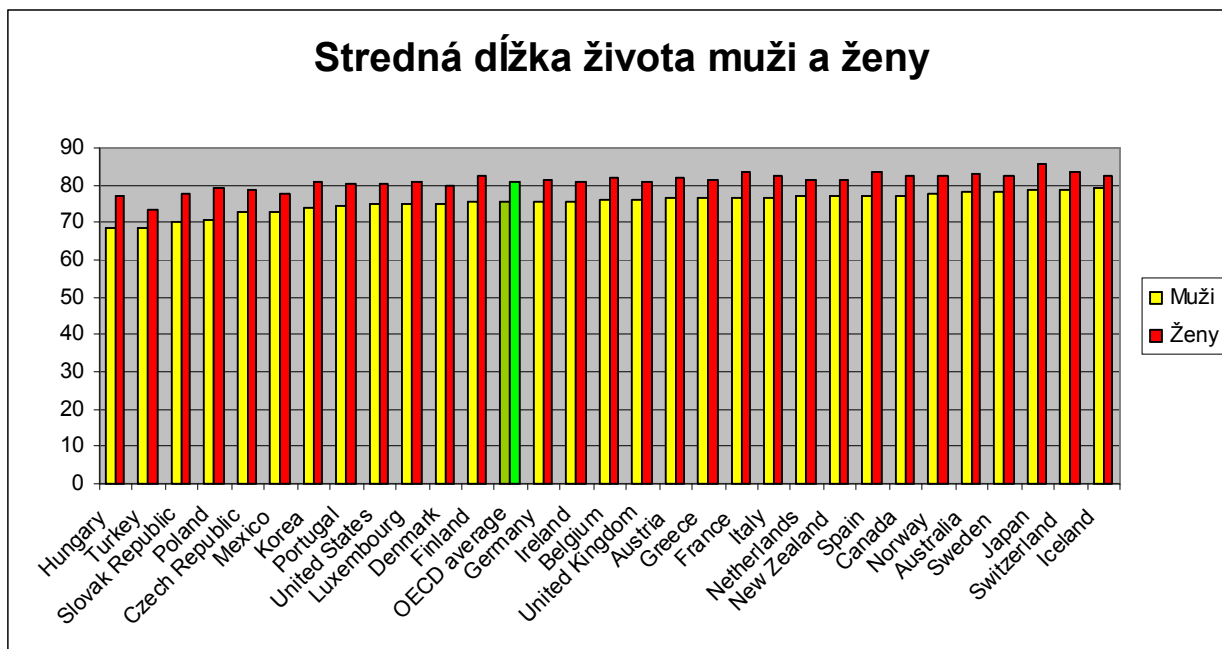


Zdroj: <http://www.stats.oecd.org/WBOS/default.aspx?DatasetCode=CSP2007>

Podľa štatistík z roku 2004 sa celkovo najvyššieho veku dožívajú obyvatelia Japonska. Najnižšiu strednú hodnotu života dosiahli obyvatelia Turecka. Ak by sme porovnávali krajiny v súvislosti so

strednou dĺžkou života podľa pohlaví, tak najvyššieho veku sa u mužov dožívajú na Islande. Japonsko je zase krajina, kde je stredná dĺžka života ženského pohlavia bezkonkurenčne najvyššia. Porovnanie oboch pohlaví nám ukazuje nasledujúci graf. Štatistické údaje pochádzajú z roku 2004.³⁹

Graf č.3: Stredná dĺžka života OECD



Zdroj: <http://www.stats.oecd.org/WBOS/default.aspx?DatasetCode=CSP2007>

Mortalita resp. úmrtnosť vyjadruje počet zomrelých v populácii. Podľa epidemiologickej terminológie predstavuje pomer:

$$\text{incidencia úmrtí} / \text{celkový počet populačného vzorku}$$

V základnom pojme vyjadruje incidencia počet osôb, ktorí pôvodne neboli chorí a u ktorých sa behom určitého obdobia ochorenie objavilo.¹² Prvenstvo v súvislosti s príčinami úmrtí na Slovensku zaujali choroby obehovej sústavy. Druhú priečku u žien obsadzujú cievne choroby mozgu a u mužov zhubné nádory tráviacich ústrojov.¹¹

1.8 Zdravotná politika

Zdravotná politika je súbor aktivít, ktoré sa odohrávajú vo vonkajšom tržnom prostredí. Hlavným cieľom týchto aktivít je zlepšený zdravotný stav populácie.⁸

Účinnosť zdravotného systému je vo všeobecnosti kombináciou alokatívnej a technickej efektívnosti využívania disponibilných zdrojov. Ak prevláda v zdravotníckom systéme neefektívnosť, i napriek zvyšovaniu objemu zdrojov, kvalita služieb a zdravotný stav obyvateľstva v konečnom dôsledku stagnuje alebo dokonca klesá. Podľa komparatívnej štúdie, ktorá porovnáva krajiny OECD, je efektívnosť nášho zdravotníctva na úrovni 61, 2 %. Úrovne 100 % dosahujú len niektoré krajiny ako napríklad Holandsko, Luxembursko, Japonsko či Mexiko. Základným pilierom pritom nie je výška alokovaných zdrojov, ale efektívnosť ich využitia. Ako príklad môžeme uviesť Mexiko, kde sú zdroje na občana nízke, ale efektívnosť ich využitia je vysoká. V SR hodnota 61, 2 % v preklade znamená, že z každej koruny sa v systéme stratí 39 halierov a neslúžia na zlepšenie zdravia populácie. Za hlavné príčiny sa môže považovať vysoká prezamestnanosť a vysoké fixné náklady systému. Podľa štatistík WHO navštívi lekára Európan priemerne sedemkrát ročne. Na Slovensku je situácia kritická. Slovenský občan navštívi lekára priemerne za rok až šesťnásťkrát. A to sa stalo aj dôvodom stabilizačných opatrení predovšetkým snahou o zastavenie rastu dlhu a obmedzenia nadbytočnej spotreby, ktorá na Slovensku vládne. Nadbytočná spotreba sa prejavuje najmä vo vysokej konzumácii služieb a liekov. Ročne sa priemerne vyhodí niekoľko desiatok ton liekov. Jedná sa iba o lieky, ktoré boli vrátené do lekární, pritom boli na predpis a následne zaplatené, ale neboli nikdy použité.

Jedným zo základných cieľov zdravotnej politiky je aj dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Tá má tri dimenzie. Za prvú sa považuje **fyzická dostupnosť**. Pod týmto pojmom sa rozumie geografické rozmiestnenie jednotlivých typov poskytovateľov na území. Druhú dimenziu tvorí **efektívna dostupnosť**. Do tejto skupiny zahrňujeme polohu, náklady, čas potrebný na cestovanie, čakacie lehoty, chovanie poskytovateľov zdravotníckych služieb a takisto aj otváracie doby. Tretiu kategóriu tvorí **finančná dostupnosť**. Na mysli sa má finančná náročnosť zdravotnej starostlivosti v bode jej poskytnutia občanovi – teda marginálne náklady občana na zdravotnú starostlivosť.

⁸ STRÍTECKÝ R.: Zdravotná politika a zdravotnícke systémy vo svete. učebný text, Jindřichův Hradec: Inštitút zdravotného managementu, Fakulta managementu, VŠE Praha, 2004

Medzi inovatívne prvky v rámci zdravotnej politiky sa radia predovšetkým:

1. flexibilná sieť poskytovateľov, ktorá sa dokáže prispôbiť potrebám občanov
2. inteligentná schéma spoluúčasti pacienta tak, aby viedla k zníženiu dopytu, ale zároveň neohrozila efektívnosť a prístup k zdravotnej starostlivosti
3. flexibilný rozsah zdravotnej starostlivosti tak, aby umožnil vláde realizovať vhodnú zdravotnú politiku.⁷

1.9 Dlh v zdravotníctve a jeho financovanie

V zdravotníctve rozlišujeme vnútorný a vonkajší dlh. Primárnym cieľom je predovšetkým stabilizácia dlhu. Podľa teórie platí, že systém je v rovnováhe vtedy, ak platí rovnosť:

$$\text{Ponuka} = \text{Finančné zdroje} = \text{Dopyt}$$

V zdravotníctve však reálne platí: $\text{Ponuka} > \text{Finančné zdroje} < \text{Dopyt}$ ⁹

Nastoliť rovnováhu v systéme, kde výdavky trvalo prevyšujú príjmy, je teoreticky možné štyrmi spôsobmi:

- Rastom dlhu voči súkromnému sektoru
- Predĺžovaním čakacích dôb na niektoré výkony – tzv. waitinglisty
- Obmedzovaním dostupnosti kvalitnej zdravotnej starostlivosti
- Korupciou⁷

Z dôvodu presahovania výdavkov nad príjmami sa ministerstvo zdravotníctva snaží zmeniť spôsob financovania. V minulosti sa používalo financovanie s „otvoreným koncom“, avšak od 1. januára 1999 sa tento spôsob nahradil financovaním s „uzatvoreným koncom“. Je pravda, že reforma so sebou prináša určité zníženie dlhu avšak nie jeho elimináciu. Podľa autorov publikácie „Zdravotníctvo“ chápeme pod pojmom financovanie s „uzatvoreným koncom“ vopred definované množstvo financií, ktoré je možné uvoľniť. Naopak u financovania s „otvoreným koncom“ nie je možné vopred určiť koľko sa v konečnom dôsledku v systéme spotrebuje.

U lekárov primárnej ambulatnej starostlivosti sa od 1. januára 1999 zavádza systém financovania formou výkonu a kapitácie. Každý lekár dostáva od poisťovne za každého pacienta respektíve zmluvu pravidelne paušálnu platbu, bez ohľadu na to či je alebo nie je pacient chorý. To má vlastne za následok, že lekár nie je tlačенý k zvyšovaniu efektivity a nie je skoro žiadna motivácia k zlepšovaniu zdravotnej starostlivosti. U lekárov špecializovanej ambulantnej starostlivosti je spočiatku zavedený bodový systém odmeňovania, ovšem jedná sa o financovanie s „otvoreným koncom“, neskôr je však stanovený maximálny limit predplatených bodov, čo vedie k zmene na financovanie s „uzatvoreným koncom“. Od 1. mája 1999 je zavedený pre nemocnice progresívny rozpočet, čo malo za následok tvorbu nekrytého dlhu. Ministerstvo zdravotníctva spolu

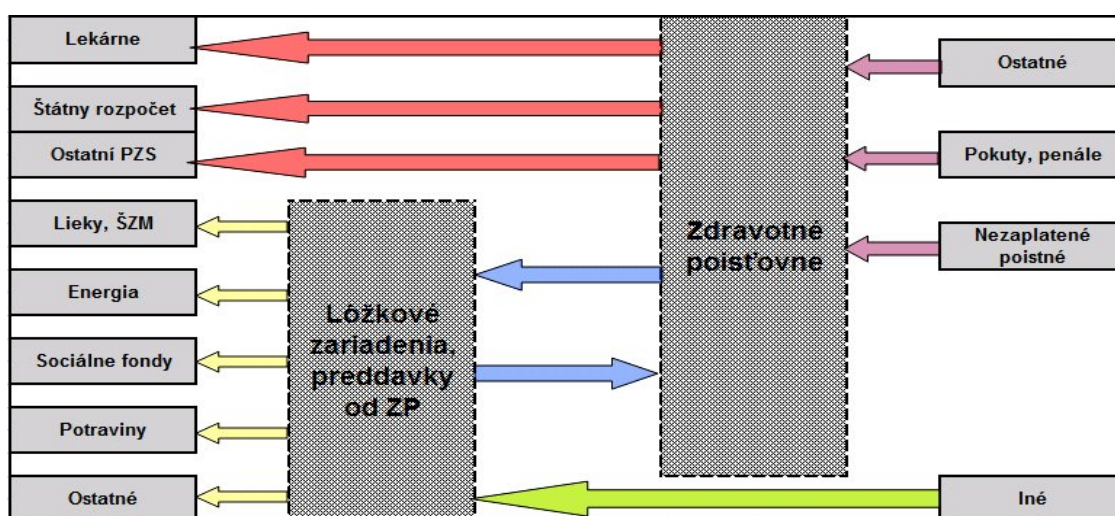
⁹ Stratégia reformy zdravotníctva, dostupné z [www: http://www.reformazdravotnictva.sk/](http://www.reformazdravotnictva.sk/), [cit. 15-3-2006]

s Ministerstvom financií určujú nemocniciam výšku mesačného rozpočtu, ktorá je ovšem nižšia než skutočné náklady. Tento proces spôsobuje, že rozdiel medzi skutočne vykonanými výkonmi a finančnými prostriedkami, ktoré zdravotnícke zariadenia zinkasujú, predstavujú rádo 20 -30 % rozdiel. K nepriaznivej situácii prispievajú aj zdravotné poisťovne, ktoré zdravotníckym zariadeniam uznávajú pohľadávky len do výšky rozdielu medzi skutočným progresívnym rozpočtom a rozpočtom ministerstvom stanoveným. Rozdiel, ktorý týmto vzniká zdravotníckym zariadeniam nie je nikde evidovaný, takže ani nemôže byť neskôr právne vymáhaný. Ovšem záväzky, ktoré majú zdravotnícke zariadenia voči dodávateľom vymáhateľné sú. A takto dochádza k primárnej neschopnosti zdravotníckych zariadení. Od 1.júna 2000 je zavedený systém financovania výkonov na základe zmluvnej dohody medzi zdravotníckym zariadením a zdravotnou poisťovňou. Poisťovne sa snažia minimalizovať objem výkonov, ktoré by financovali, čo spôsobuje situáciu, že v auguste 2000 asi 70 % zdravotných nemocníc nemá s poisťovňami zmluvy a poskytovanie zdravotnej starostlivosti je ohrozené.¹³

1.9.1 Vonkajší dlh

Pod vonkajším dlhom sa rozumie objem záväzkov zdravotných poisťovní a lôžkových zdravotných zariadení. V prípade zdravotných poisťovní sa jedná o uhrádzateľov, zatiaľčo v prípade zdravotníckych zariadení je možné chápať tieto inštitúcie ako poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Dlh sa preto posudzuje oddelene ako záväzky na jednej strane a pohľadávky na druhej strane.

Obrázok č.1 : Základná štruktúra záväzkov a pohľadávok v zdravotníctve



Zdroj: PAŽITNÝ P., ZAJAC R.: Zdravotníctvo - Súhrnná správa o stave spoločnosti

V prvom rade veľký objem záväzkov zdravotných poisťovní je voči štátnemu rozpočtu. V prípade zdravotníckych zariadení je najväčší dlh poisťovní voči lôžkovým zdravotným zariadeniam a voči lekárňam. Je dôležité povedať, že dlh voči lekárňam trvá priemerne 4 až 5 mesiacov, zatiaľčo voči lôžkovým zariadeniam aj vyše roka. Na strane pohľadávok predstavujú najväčšiu položku dlhy, ktoré poisťovniam vznikajú z nezaplateného poistného. Ďalšou veľkou položkou pohľadávok sú pokuty a penále. Odporúča sa na tieto pohľadávky vytvárať opravné položky. U vymáhania pokút a penále sa dostávame k určitým problémom, pretože väčšinou daní neplatiči nemajú finančné prostriedky ani na zaplatenie samotného poistného. Takisto je často nezaplatené poistné a penále voči subjektom, ktorí sú v konkurze alebo už zanikli. Objem týchto pohľadávok má vlastne v realite nulovú hodnotu.

Pomernú časť záväzkov lôžkových zariadení predstavujú finančné prostriedky na odvody do fondov sociálneho zabezpečenia. Tento dlh sa začal vytvárať od roku 1995, keď mali rozpočtové a príspevkové organizácie odvádzať za zamestnancov 38 % odvodov do poistných fondov. Takmer 31,5 % dlhov zdravotných zariadení pripadá na lieky a špeciálny zdravotnícky materiál. Ďalšou slabinou, ktorá vedie k vytváraniu dlhu je nakupovanie technického zariadenia na splátky, kde v podstate neexistuje žiadna kontrola týchto kapitálových výdavkov. Celý tento systém nakupovania funguje obrátene.

Príklad

Ministerstvo zdravotníctva poskytne v prvom roku určitej nemocnici povolenie na nákup zdravotníckej techniky. V tomto roku Ministerstvo uhradí jednu tretinu hodnoty techniky. V druhom a treťom roku poskytne nemocnici ďalšiu tretinu, ale nie na druhú a tretiu splátku už kúpenej zdravotníckej techniky, ale na obstaranie nového technického vybavenia. Takýmto spôsobom potom dochádza k vytváraniu a prehĺbovaniu dlhov nemocníc.

V roku 1993 nastala hospodárska recesia, čo malo za následok vznik finančnej nerovnováhy a vznik dlhu. Základným kľúčom nerovnováhy v danej dobe bolo nedostatočné odvádzanie poistného zo strany štátu. Tomu vyplývala zo zákona určitá skupina poistencov, za ktorú mal štát uhrádzať poistné. V roku 1993 teda nastala situácia, keď štát za týchto poistencov neodvádzal vôbec. V roku 1994 bolo zo strany štátu odvedených len 33,6 Sk na osobu miesto 336 Sk. V roku 1995 to boli odvody o niečo vyššie. Za osobu bola odvádzaná čiastka 181 Sk miesto 336 Sk. Takže v podstate sa stal štát jedným z hlavných činiteľov, ktoré spôsobili neúnosný dlh v zdravotníctve. Následné finančné prostriedky, ktoré plynuli do poisťovní, boli určené na splatenie starých dlhov, čo v konečnom dôsledku spôsobilo vznik nových dlhov. Takisto vlastne dochádza k neefektívnemu vynaloženiu finančných prostriedkov, čo opäť spôsobuje menší objem prostriedkov určených na zdravotnú starostlivosť. Tento jav v odbornej terminológii sa označuje ako „**čierna diera**“.

K dlhu taktiež prispeli netransparentné finančné vzťahy a zlyhanie kontrolného systému. V zdravotných poisťovniach bolo nevhodne zvolené účtovníctvo. Do roku 1997 účtovali zdravotné poisťovne podľa účtovných osnov, ktoré určili politické strany. Až od roku 1997 sa účtovalo podľa metodických pokynov opatrenia 101 Ministerstva financií. Účtovníctva jednotlivých zdravotných poisťovní podliehali následne len kontrole Ministerstva zdravotníctva a Ministerstva financií. Táto kontrola bola neefektívna, viedlo to k netransparentným hospodárskym výsledkom zdravotných poisťovní. Výsledky hospodárenia neboli verejne dostupné a nebola žiadna kontrola inými inštitúciami. Týmto vierohodnosť účtovníckych osnov bola na bode mrazu. Veľkú medzeru v oblasti zdravotných poisťovní predstavoval aj neexistujúci audit. Hoci od aktívneho obyvateľstva prijímali poisťovne cca vyše 40 miliárd korún, neexistoval v tejto oblasti žiaden audit. Pritom podľa § 38 Obchodného zákonníka a § 20 zákona o účtovníctve by sa mala podrobiť auditu každá obchodná spoločnosť, ktorej obrat presahuje 20 – 30 miliónov korún.

Hlavnou úlohou auditu by malo byť predovšetkým:

- Posudzovanie systému účtovania zdravotných poisťovní
- Získavanie podkladov o finančnom stave, stave záväzkov a pohľadávok poisťovní. Tento zber podkladov by mal viesť k optimalizácii riešenia dlhu
- Posudzovanie vhodnosti a efektívnosti inštitúcií na vyberanie verejných zdrojov
- Posudzovanie účinnosti vynakladania verejných prostriedkov mimo systém

Najväčším problémom dlhu je samotný dlh. Z dôvodu neplatenia sankcií a poplatkov, vznikom kurzových rozdielov a úrokov z omeškania, sa dlh stále zväčšuje. Už sa nejedná len o pôvodný dlh, ale vlastne takto si samotné subjekty i štát vytvára ďalší dlh, ktorý nemá šancu uhradiť. Z ekonomického hľadiska dochádza k tvorbe špirály, kde dlh produkuje ďalší dlh. Po vstupe do Európskej únie sa vytvoril ďalší dlh a to vo výške skoro 10 miliárd korún. Do tohto dlhu voči Európskej únii sa zaraďujú dlhy zdravotných poisťovní voči lekárňam, dlh lôžkových zdravotných zariadení na liekoch a špeciálnom zdravotníckom materiále a dlh lôžkových zdravotníckych zariadení voči ostatným dodávateľom.

Dá sa povedať, že hlavnou podstatou celej reformy zdravotníctva je predovšetkým odstránenie dlhu, k čomu vlastne smerujú jednotlivé kroky reformy. V odbornej literatúre existuje viacero mechanizmov, ktoré môžu teoreticky viesť k znižovaniu respektíve k odstráneniu dlhu. Za prvú cestu je možné považovať takzvanú latinsko – americkú cestu. Tá spočíva v znehodnotení dlhov hyperinfláciou. Za ďalšiu možnosť sa môže považovať decentralizácia dlhov do regiónov, tá však je stále iba teoretická hlavne z politických dôvodov. Ako tretia cesta sa javí postupná

reštrukturalizácia dlhov. A poslednou možnosťou je existencia oddlžovania, ktoré prezentovalo Ministerstvo zdravotníctva, ktoré avšak malo nejaké nedostatky. Hlavne nebol vykonaný podrobný audit, aby sa zistilo kde sa dlh najviac vytvára a kde treba začať ak chce štát začať s oddlžovaním, a takisto súčasný systém nie je stabilizovaný a neustále sa vytvára dlh, čo v konečnom dôsledku znižuje budúcu efektívnosť projektu oddlženia.

1.9.2 Vnútorň dlh

Do vnútorného dlhu sa zahrňuje morálne, časové a technické opotrebenie majetku a vybavenia zariadení v zdravotníckom sektore. Na základe prieskumu Ministerstva zdravotníctva bolo zistené, že vyše 40 % zdravotníckeho zariadenia je starších ako 8 rokov. Pre lôžkové zariadenia bol zriadený fond reprodukcie. Výška fondu sa stanovuje z reálnych odpisových sadzieb, s tým, že poskytovatelia by mali plniť tento fond reálnymi finančnými prostriedkami.¹³

Určite nejedného z nás by zaujímalo, čo vlastne bolo príčinou dlhu ako takého. Ako uvádza bývalý minister zdravotníctva Rudolf Zajac s jeho poradcom Petrom Pažitným publikácii „Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov“, je možné tieto príčiny rozdeliť na dve skupiny. Do jednej skupiny zaraďujeme externé a do druhej interné príčiny. Za primárnu príčinu sa určite považuje hospodárska recesia v roku 1993. Externým faktorom bolo aj je nepravideľné a hlavne nedostatočné odvádzanie poisťného zo strany štátu. A príčinou je aj článok 40 Ústavy SR, ktorý vo svojom znení zaručuje občanom bezplatnú zdravotnú starostlivosť. Medzi interné príčiny sa zaraďujú netransparentné finančné vzťahy a následné zlyhania kontrolného systému. Takisto príčinou kumulácie dlhu je už spomínaný samotný dlh. Dlh spôsobuje aj nedostatočne reštrukturalizovaná strana ponuky. Hlavne u lôžkových zariadení dochádza k tvorbe nadmerných vysokých fixných nákladov. Spomínaní autori do interných príčin zahrnuli aj uplatňovanie výdavkového princípu pred nákladovým princípom a nulové hraničné náklady. Kritizovaná je aj organizačná štruktúra subjektov v zdravotníctve, takisto aj systém odmeňovania a platobných mechanizmov. A ako poslednou primárnou príčinou sa javí štát, ktorý znášal všetky rizika aj za poisťovne aj za lôžkové zdravotnícke zariadenia.⁷

1.9.3 Možnosti riešenia stabilizácie dlhu

Ako je už známe, v systéme zdravotníctva dochádza k nerovnováhe ako na strane ponuky, tak i na strane dopytu a obidve strany nie sú v rovnováhe s finančnými zdrojmi. Existuje viacero možností ako môže ministerstvo na danú nerovnováhu reagovať. Na strane ponuky je možné riešiť situáciu zvyšovaním efektívnosti systému. Na strane finančných zdrojov sa ako riešenie javí mobilizácia zdrojov zvyšovaním spoluúčasti pacienta. Snaha zvýšiť očakávania pacientov je východiskom pre stranu dopytu. Na dosiahnutie týchto cieľov zostavilo Ministerstvo zdravotníctva nasledujúce opatrenia. Tieto opatrenia môžeme rozdeliť na:

- Stabilizačné
- Sieťové
- Systémové

Obrázok č.2: Reformné opatrenia



Zdroj: PAŽITNÝ P., ZAJAC R.: Stratégia reformy zdravotníctva

1.9.3.1 Stabilizačné opatrenia

Pod stabilizačné opatrenia, ktoré by mali zastaviť rast dlhu, spadá viacero bodov. Primárnym krokom je predovšetkým nová definícia pojmov „zdravotná starostlivosť a služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou“. Ďalším bodom spadajúcim pod stabilizačné opatrenia predstavuje zavedenie poplatkov za návštevu primárnej a špecializovanej ambulantnej starostlivosti. Takisto k týmto opatreniam sú priradené aj poplatky za služby, ktoré súvisia so zdravotnou

starostlivosťou, ale samy o sebe ňou nie sú. K týmto poplatkom sa rátajú napríklad platby za dopravnú zdravotnú službu alebo za stravu a lôžko. Opatrenia musia prebehnúť aj v liekovej politike. Zavedenie poplatkov nemalo priaznivý efekt u občanov, ale postupom času si začínali na daný systém zvykať. Ako vyplýva z rôznych výskumov dané poplatky mali svoj efekt. Zrušením poplatkov novou vládou, kedy nariadenie nadobudlo platnosť od 1.septembra 2006, sa nadlomila dôvera v reformu, o ktorú sa predchádzajúca vláda snažila. Okrem iného bola reforma uznávaná aj zo strany Európskej únie za správny krok.

1.9.3.2 Systémové opatrenia

Za systémové opatrenia sa považujú novela zákona o liečebnom poriadku, nový zákon o poisťovniach a Úrade pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a nový zákon o zdravotnom poistení.

1.9.3.3 Sieťové opatrenia

Sieťové opatrenia obsahujú hlavne definíciu jednotlivých subjektov. Je nutné vymedziť pojmy a právne postavenia zdravotníckych poskytovateľov. Musia sa určiť funkcie komôr. Za opatrenie sa považuje aj presunutie kompetencií na managementy jednotlivých nemocníc. A jedným zo sieťových opatrení je aj zavedenie diferencovaných miezd.¹⁴

2 Zdravotníctvo pred reformou

„Niet ničoho, čo by si ľudia tak veľmi cenili a tak málo chránili ako zdravie“

La Bruyère

Zdravotnícky rezort sa skoro na celom svete považuje za jeden z najproblémovjších. Na Slovensku každá politická strana v predvolebnej kampani poukazuje na nutnosť zmien v zdravotníctve. Avšak do roku 2002 to ostávalo vo väčšej miere pri slovách a sľuboch. Predvolebné programy boli zamerané vo väčšine na všeobecné a dosť teoretické zmeny v zdravotníctve. Jedným z hlavných dôvodov prečo k zmenám nedošlo, bola nepopulárnosť politických strán, ku ktorej by došlo v prípade reforiem v zdravotníctve. Snaha o reformu zdravotníctva siaha až do devädesiatich rokov, kde rôzne politické strany zamierovali svoju pozornosť v prvom rade na zníženie úlohy a vplyvu štátu, pričom táto snaha pretrváva až dodnes. Prvé pokusy o zmenu v zdravotníctve ovplyvňovali predstavy o vybudovaní demokratickej spoločnosti s trhovo orientovaným hospodárstvom. To dospelo k tomu, že sa vytvoril systém zdravotných poisťovní, došlo k privatizácii primárnej starostlivosti a k zavedeniu slobodnej voľby poskytovateľa.³²

Zdravotníctvo v Slovenskej republike je riadené centrálné a to ministerstvom zdravotníctva. Štát občanom garantuje podľa zákona bezplatnú zdravotnú starostlivosť. Ekonomicky aktívne obyvateľstvo prispieva do zdravotných poisťovní vo forme odvodov. Táto časť obyvateľstva je zároveň nositeľom finančného bremena. V rámci solidárnosti tak „prispieva“ ekonomicky neaktívnemu obyvateľstvu. V sektore zdravotníctva neexistujú trhové vzťahy. Dochádza ku korupcii a to v rôznych formách a v rôznych vzťahoch.

Ministerstvo zdravotníctva je ústredný orgán štátnej správy, ktorého úlohou je riadiť nemocnice a polikliniky. Zo štátneho rozpočtu obdrží zdroje na kapitálové platby. Nemocnice a polikliniky vlastne spravujú štátny majetok. Za svoju činnosť sú platené z poisťovní a takisto v prípade nákladných liečebných metód môžu obdržať od ministerstva príspevkov, preto sú niektoré zariadenia označované za príspevkové.

Kompetencie Ministerstva zdravotníctva:

- stratégia a management zdravotníctva
- riadenie štátnych zdravotníckych zariadení
- štátny dozor
- rozhodovanie o finančných zdrojoch ministerstva zdravotníctva
- tvorba cien pre odmeňovanie primárnej ambulantnej starostlivosti, špecializovanej ambulantnej starostlivosti a lôžkových zdravotníckych zariadení
- tvorba siete zdravotníckych zariadení
- tvorba cien a regulácia liekov
- tvorba tarifných miezd

Ďalším problémom slovenského zdravotníctva je „tzv. socializmus“.

Prvky „socializmu“:

- Nevhodne zvolená štruktúra lôžkových zdravotníckych zariadení
- Nemotivačné odmeňovanie

V prípade štruktúry je problémom rozmiestnenie akútnych a chronických lôžok alebo zlé územné rozmiestnenie nemocníc s akútnymi lôžkami a to predovšetkým v Bratislave a Košiciach. Taktiež v slovenskom zdravotníctve je prebytok zdravotníckeho personálu vrátane lekárov. V prípade druhého prvku „nemotivačné odmeňovanie“ spočíva problém hlavne v plošnom rozdeľovaní finančných prostriedkov, ktoré sú často prideľované nejasne a podľa subjektívnych pravidiel. Zamestnanci nemocníc sú platení podľa tabuliek, pričom sa prihliada na vek a vzdelanie, ale nie na vykonanú prácu. To taktiež bolo dôvodom rôznych stávk, kde zdravotnícky personál vyjadroval svoju nespokojnosť ohľadom platového ohodnotenia.

Pred reformou bol zdravotnícky systém riadený socialistickým typom. Tento typ je založený na extenzívnej sieti nemocníc s dôrazom na fyzickú dostupnosť. Ďalším znakom režimu je zameriavanie sa na liečbu chorých než na udržiavanie populácie v dobrom zdravotnom stave. Hospodárenie zdravotníctva je od roku 1995 v schodku a z dlhodobého hľadiska neudržateľné.

Príklad

V prípade lôžkových zariadení je u nás prebytok akútnych postelí a nedostatok chronických postelí v porovnaní s merítkom platiacim pre Európsku úniu. Zatiaľčo v EU pripadá na 1000 obyvateľov 5,5 akútnych lôžok u nás to predstavuje 7,6. V prípade chronických lôžok pripadá v EU na 1000 obyvateľov 1 lôžko a na Slovensku pre 1000 obyvateľov je k dispozícii 0,8 lôžka.

Zdravotný stav obyvateľstva Slovenska v súčasnosti nie je priaznivý. Priemerný slovenský občan prežije v plnom zdraví¹⁰ 62, 4 roka. Zdravotný systém dokáže ovplyvniť asi 17 – 25 % zdravotného stavu obyvateľstva. Podstatná závislosť zdravotného stavu stojí na:

- genetických preddispozíciách
- životnom štýle
- demografickom vývoji
- sociálno – ekonomickej situácii
- životnom prostredí
- telesnom pohybe
- stravovacích návykoch

Na Slovensku sa najviac vyskytujú kardiovaskulárne a onkologické ochorenia, ktoré zdravotný systém nedokáže zvládnuť. Za hlavný problém zlyhávania systému sa považuje jeho zameranie. V minulosti sa systém zameriaval predovšetkým na liečenie chorých, zatiaľčo v súčasnosti je snahou preorientovať systém na prevenciu a udržiavanie dobrého stavu populácie. Taktiež ľudia uprednostňujú skôr liečbu pred prevenciou, pretože sa domnievajú, že zdravotníctvo je bezplatné a majú naňho podľa zákona právo. Zdravotnícky systém je založený na základe povinného zdravotného poistenia. Občanom poskytuje zdravotné služby „ bezplatne „ bez akejkoľvek finančnej protihodnoty a pri minimálnej finančnej spoluúčasti pacienta. Práve to je dôvod prečo je zodpovednosť pacienta za svoje zdravie nízka. Následne vznikajú v zdravotníckom systéme privysoké náklady, ktoré štát nedokáže pokryť. Účinnosť systému spočíva predovšetkým v alokatívnej a technickej efektívnosti využívania disponibilných zdrojov.

Situácia slovenského zdravotníctva bola spôsobená hlavne kumuláciou demografických trendov a systémovými deformáciami na všetkých úrovniach. Zmena nenastala z dôvodu chýbajúceho know – how v oblasti zvýšenia efektívnosti systému a svoj podiel na tom mali aj politické kroky, ktoré sa nikto neodvážil podniknúť z dôvodu ich nepopulárnosti. Pritom rozhodujúcu úlohu v zdravotnej politike majú vláda a parlament. Zatiaľčo parlament môže meniť zákony súvisiace so zdravotným poistením a štátnym rozpočtom, spoločne s vládou cez Liečebný poriadok môžu stanovovať rozsah tzv. bezplatnej zdravotnej starostlivosti.

Za historický a podstatný krok ministerstva zdravotníctva sa považuje zavedenie režimu „krízového stavu“ a „transformačnej rady“. Ich úlohou bolo pripraviť komplexný program transformácie zdravotníctva. Vyhlásenie režimu krízového stavu nespôsobilo zastavenie nárastu dlhu nemocníc ale len stabilizáciu zdravotných poisťovní.

¹⁰ Stredná dĺžka života pri narodení očistená o odhad času stráveného v stave nie plného života. Očakávaný počet rokov, ktoré môže novorodenec prežiť v plnom zdraví za súčasnej morbidity a mortality.

Teoreticky je zdravotnícky systém v rovnováhe ak platí:

$$\text{PONUKA} = \text{FINANČNÉ ZDROJE} = \text{DOPYT}$$

Reálne však pre zdravotnícky systém platí:

$$\text{PONUKA} > \text{FINANČNÉ ZDROJE} < \text{DOPYT}$$

Slovensko od roku 1994 realizuje kombinovaný systém financovania zdravotníctva. Viac ako 60 % zdrojov je tvorených z odvodov a menej ako 30 % z daní.

Najväčším slabým miestom systému je spôsob implementácie platobných mechanizmov. Dôvodom zlyhania predchádzajúcich platobných mechanizmov bola predovšetkým rýchlosť zmien a tiež mäkké rozpočtové pravidlá. Za mäkké rozpočtové pravidlá môžeme považovať napríklad odsun platnosti konkurzov a exekúcií, oddlžovanie alebo prísun mimoriadnych zdrojov z privatizácie.

3 Reforma zdravotníctva

„ O chybách treba hovoriť! Nie preto aby sa hľadal vinník, nie preto aby sa vinník trestal... Každá chyba je zdrojom poznatkov a poučení – čím viac sa o chybách hovorí, tým viac je poučených.“

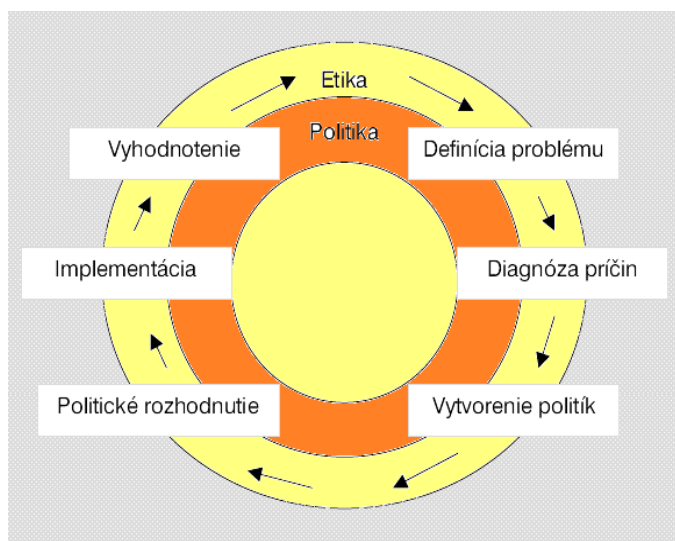
Sergej Uglov

3.1 Reforma vo všeobecnosti

Všeobecný reformný cyklus zdravotníctva pozostáva zo šiestich fáz:

1. definovanie problému
2. určenie jeho príčin
3. vytvorenie alternatív riešenia
4. vykonanie rozhodnutia
5. implementácia
6. spätná väzba – vyhodnotenie dôsledkov

Obrázok č.3: Reformný cyklus



Zdroj: PAŽITNÝ P., ZAJAC R.: Stratégia reformy zdravotníctva

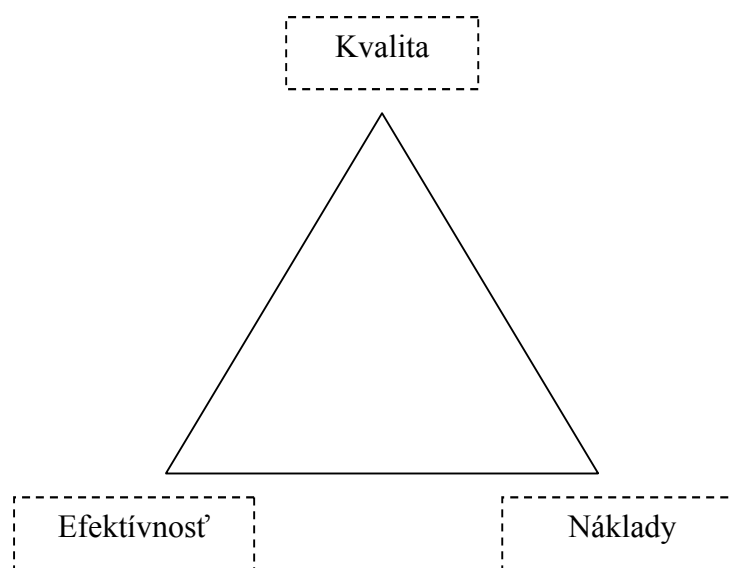
V reformnom cykle vyžadujú prvé tri časti expertné zameranie zatiaľčo zvyšné tri sú závislé na politickom rozhodovaní. Problémom môže byť napríklad, že sa neurčia kompetencie. Častokrát expertný tím podľahne tlakom zo strany politikov prípadne sa prenesie zodpovednosť na expertov a preto následne ku skutočnej reforme ani nedôjde. Taktiež sa môže stať, že sa vynechá určitá časť reformného cyklu. Najčastejším prípadom je vynechanie prvých dvoch častí reformného cyklu a to v prípade, ak reformátori uprednostňujú jeden určitý spôsob riešenia.

Podstatným krokom je v prvom rade jasne stanovený zákonný nárok. To znamená, že sa definuje štandard, čo má občan dostať bezplatne, ale takisto sa stanoví koľko takýto štandard môže najviac stáť. Cieľom je zabezpečiť pre občana primeranú finančnú ochranu.

Zdravotná politika sa zameriava na tri hlavné ciele:

1. zlepšovanie zdravotného stavu populácie
2. zlepšovanie zdravotného systému tak, aby zodpovedal potrebám obyvateľstva
3. zabezpečenie finančnej ochrany jednotlivcov

Obrázok č.4: Magický trojuholník



Zdroj: LEŠETICKÝ O.: Ekonomika a financování zdravotní péče

Všeobecne sa zdravotníctvo snaží dosiahnuť všetky tri časti magického trojuholníka. Tie predstavujú spolu s dostupnosťou a finančným bremenom podporné ciele, ktoré majú významný vplyv pre dosahovanie cieľov hlavných. V prípade zlepšovania zdravotného stavu populácie ide predovšetkým o to, poskytovať služby za primerané náklady. V rámci tohto bodu je snahou zvyšovanie kvality zdravotného stavu a znižovanie zdravotných rozdielov medzi jednotlivými vekovými skupinami. Podľa môjho názoru je tento cieľ zložitý, pretože kvalita je ťažko merateľná a závisí od toho z akého uhla pohľadu ju chceme zistiť.

Pohľad na kvalitu:

- štrukturálny
- procesný
- výsledkový
- designový – pohľad pacienta

Druhý bod zahrňuje hlavne snahu zvyšovať spokojnosť pacienta so zdravotnými službami. Nosnou myšlienkou tretieho bodu je záruka akejkoľvek finančnej ochrany, aby občan v prípade vyhľadania zdravotnej starostlivosti neplatil príliš vysoké sumy.⁴⁰

Za hlavné faktory reforiem sa považujú:

1. rastúce očakávania
2. rastúce náklady
3. limitovaná schopnosť platiť
4. skepticizmus tradičných myšlienok a názorov

Subjekty v zdravotníctve:

- pacient
- poisťovňa
- zdravotnícke zariadenia

Zdravotná reforma, ku ktorej dochádza vo väčšom rozsahu v roku 2004, výrazne ovplyvňuje všetky subjekty zúčastnené v zdravotníckom systéme. Zdravotné poisťovne a poskytovatelia prichádzajú touto reformou o značne výhodný spôsob financovania, ktorý doposiaľ prebiehal v zdravotníckom systéme. Farmaceutické firmy a dodávatelia zdravotníckych pomôcok touto radikálnou zmenou prichádzajú o výrazné zisky, no najviac to pociťujú pacienti, avšak nie tak výrazne po finančnej stránke. Skôr by sa dalo povedať, že sa stratili ilúzie o predstave bezplatného zdravotníctva, ktoré vládli od čias socializmu.¹⁵

V reforme sú zahrnuté aj inovatívne nástroje zdravotnej politiky, ktoré v sebe zahrňajú princíp solidarity. Ministerstvo zdravotníctva vypracovalo SWOT analýzu slovenského zdravotníctva, ktorá poukazuje na chyby a nedostatky, ktoré sú v zdravotníctve a zároveň cez príležitosti dáva možnosť na odstránenie týchto nedostatkov.

Obrázok č.5: SWOT analýza rezortu zdravotníctva

SILNÉ STRÁNKY	PRÍLEŽITOSTI
Sieť poskytovateľov, ktorá pokrýva požiadavky minimálnej siete	Podmienky pre vytvorenie efektívnej a flexibilnej siete poskytovateľov
Legislatívne prostredie motivujúce k zvyčovaniu efektívnosti systému	Zvýšenie individuálnej zodpovednosti občana za svoj zdravotný stav
Štandardy zabezpečujúce integračné procesy v zdravotníctve	Zvyšovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti
Sieť úradov verejného zdravotníctva, distribučná sieť podpory zdravia	Podpora rozvoja informatizácie v zdravotníctve, štandardizácia systému
Silnejšie postavenie podpory zdravia a prevencie	Lepší prístup k informáciám
	E – health stratégia na európskej úrovni
SLABÉ STRÁNKY	Ochrana práv pacientov
Nadmerne rozsiahla sieť poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti	Možnosť vstupu súkromného kapitálu do zdravotníctva
Podkapitalizovanosť systému	Zlepšenie zdravotného stavu obyvateľov
Zastaralé alebo nevyhovujúce prístrojové vybavenie	OHROZENIA
Vysoké fixné náklady spôsobené zlým technickým stavom zdravotníckej infraštruktúry, energetickej náročnosti apod.	Zvýšená fluktuácia v dôsledku celkového nedostatku pracovníkov v sektore zdravotníctva na trhu EU
Nízka miera využívania informačných a komunikačných technológií, ktoré poskytuje zdravotníctvo a medicína	Pomalá reakcia systému vzdelávania na potreby trhu
Nedostatok a nízka kvalita dát pre rozhodovanie subjektov v zdravotníckom sektore	Nízky záujem o niektoré zdravotnícke povolania z dôvodu ich negatívneho vnímania
Nekompatibilnosť existujúcich zdravotníckych informačných systémov na regionálnej a národnej úrovni	Pomalá implementácia novej legislatívy do praxe
Prezamestnanosť zdravotníckeho personálu v niektorých odbornostiach	Zvyšovanie nákladov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti stárnutím populácie, rozšírením prenosných a chorických chorôb, vývojom nových finančne náročných technológií, rastúce očakávania obyvateľov atď.
Nedostatok manažérskych kapacít vo vedení zdravotníckych zariadení	Pretrvávajúca preferencia kuratívnej* zložky zdravotného systému pred podporou zdravia a prevenciou
Riadenie ľudských zdrojov	Pasivita občanov k vlastnému zdraviu
Nepriaznivý zdravotný stav obyvateľstva v dôsledku demografického vývoja, zmeny štruktúry ochorení apod.	
Nedostatok finančných zdrojov na aktívnu politiku podpory zdravia	
Nízka miera realizácie inovatívnych programov podpory zdravia	*(liečebný, liečivý)

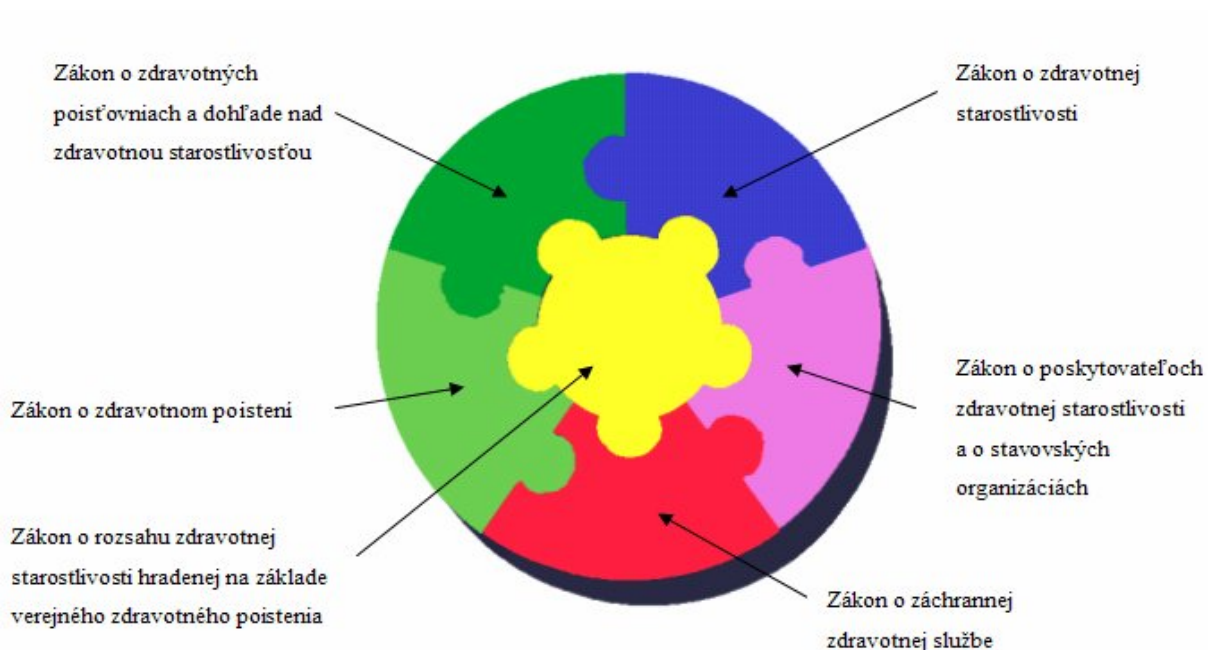
Zdroj: VALENTOVIČ I.: Operačný program zdravotníctvo 2007 – 2013 (2. vezia)

4 Realizácia reformy v zdravotníctve

Reforma zdravotníctva začala prebiehať na Slovensku od októbra 2002. Jej tvorcami sa stali minister zdravotníctva MUDr. Rudolf Zajac a jeho poradca Ing. Peter Pažitný. Po voľbách v septembri roku 2007 sa stáva ministrom zdravotníctva MUDr. Ivan Valentovič. Podľa môjho názoru je už veľkým prvotným pozitívom reformy, že dochádza ku skĺbeniu medicínskeho pohľadu zo strany ministra ako lekára a ekonomického pohľadu zo strany Ing. Pažitného. Vo všeobecnosti by čisto rýdže medicínske vedenie v zdravotnom rezorte viedlo k poskytovaniu maximálnej zdravotnej starostlivosti bez ohľadu na náklady. Zase v prípade rýdzo ekonomického vedenia by riadenie smerovalo k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti za minimálne náklady, čo by mohlo devastovať jej efektívnosť. Z tohto dôvodu si myslím, že sa môže reforma uberať správnym smerom, pretože zahŕňa a spája názory dvoch protipólnych strán.

V prvotných krokoch pozostávala reforma z noviel šiestich zákonov, neskôr sa pripojila novela zákona o liekoch, takže v konečnej fáze pozostávala reforma zdravotníctva zo siedmich navzájom prepojených zákonov. Základnú schému reformy zdravotníctva nám ukazuje nasledujúci obrázok.

Obrázok č. 6: Reformné puzzle



Zdroj: ZAJAC R.: Reformné puzzle

4.1 Zákon o zdravotnej starostlivosti

576/ 2004 Z.z.

Prvotným krokom celej reformy je zavedenie takzvaných stabilizačných opatrení. Kľúčovú rolu hraje predovšetkým zavedenie poplatkov spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. K schváleniu poplatkov dochádza 6. marca 2003, ovšem po predložení vtedajšiemu prezidentovi Rudolfovi Schusterovi, je návrh zamietnutý a vrátený opäť do parlamentu. K rozhodnutiu o schválení tohto kroku dochádza až 17. mája 2004, kedy Ústavný súd SR vydáva rozhodnutie o ústavnej legitímnosti daných poplatkov.

4.1.1 Marginálne poplatky

Marginálne poplatky sú jedným z najdôležitejších krokov reformy zdravotníctva predovšetkým z pohľadu straty ilúzie o bezplatnom zdravotníctve. V zákone 98/ 1995 Z.z. sú uvedené skupiny pacientov, ktorí sú oslobodení od uhrádzania marginálnych poplatkov.

Za základné dôvody zavedenia poplatkov môžeme považovať:

- Snaha o zníženie nadbytočného dopytu po zdravotnej starostlivosti, ktorá je spojená hlavne so znížením počtu návštev u lekára a takisto zníženie spotreby liekov
- Snaha obmedziť korupciu v zdravotníckom systéme
- Snaha o zvýšenie spoluzodpovednosti pacienta za svoj zdravotný stav

Tabuľka č.1: Zavedenie poplatkov

Marginálne poplatky			
	Výška poplatku v Sk	Predmet platby	Príjemca
Primárna ambulatná starostlivosť	20	Za návštevu	Lekár
Špecializovaná ambulatná starostlivosť	20	Za návštevu	Špecialista
Nemocnica (ubytovanie + strava)	50	Za jeden deň	Nemocnica
Doprava	2	Za km	Doprava
Recept	20	Za recept	25 % lekárnik
			75 % zdravotná poisťovňa

Zdroj: PAŽITNÝ P., A kol.: Zdravotníctvo

Citlivým bodom pri stanovení poplatku je práve výška poplatku. Musí sa brať v úvahu, aby platená čiastka bola v takej výške, aby to pacienta neodradilo od návštevy lekára, pretože v takomto prípade by bol efekt týchto poplatkov opačný. Pacient by mohol prísť k lekárovi neskôr a ešte v horšom stave, čo by viedlo akurát k vyšším nákladom na liečbu.

Prvotné problémy týchto poplatkov sa objavujú hneď na začiatku v súvislosti so skupinami výnimiek, ktorých sa poplatky netýkajú. Predovšetkým sa jedná o nezamestnaných, kde diskrimináciu pociťujú lekári hlavne z menej výkonných regiónov, ktorí takto prichádzajú o určitú časť príjmov. Taktiež chýba informovanosť pacientov ohľadom poplatkov. Prvý problém začína Ministerstvo zdravotníctva riešiť v roku 2003. Záverečným krokom je prijatie systémového príspevku na zdravotníctvo pre ľudí v hmotnej núdzi vo výške 50 Sk mesačne na každého člena domácnosti.

V prípade informovanosti pacientov a poplatkov skôr vidím problém, ktorý by sa dalo povedať nie je vyriešený doteraz. Na základe správ Ministerstva zdravotníctva SR sa usporadúvajú kampane, takisto sa distribuujú letáky. Ovšem, keď si to vezmem z pohľadu pacienta, asi tá informovanosť nie je postačujúca, pretože niektorí pacienti doposiaľ nevedia, v ktorom prípade platiť a v akej výške. V súvislosti s platbami v nemocniciach si osobne myslím, že zdravotný nemocničný systém nie je zatiaľ na takej úrovni, akú by pacienti požadovali. Často si pacient myslí, že platbou za deň pobytu v nemocnici má narok na určitý štandard či poskytnuté služby. To však v realite vôbec neplatí. So zavedením poplatkov sa nič podstatné nezmenilo, a myslím si, že prístup lekárov zatiaľ zotrúva na pôvodnej úrovni. Určite je to správny krok do budúcnosti, ale v prípade platenia v nemocniciach nevidím efektivitu poplatku. V oblasti praktických lekárov je tento krok určite úspešný a prináša očakávané výsledky, a teda znižuje sa nadmerný dopyt po zdravotnej starostlivosti a takisto aj nadmerná spotreba liekov.

Výraznejší pokles teda nastáva v spomínanej primárnej sfére a takisto aj u lekárskej služby prvej pomoci. Len minimálna zmena respektíve pokles môžeme vidieť u špecialistov a v nemocniciach, čo však má svoje logické vysvetlenie, pretože tu sa chodí až po odporúčaní lekára prvého kontaktu. Získanými výsledkami sa len za jeden rok fungovania reformy potvrdzuje, že v systéme je nadbytočný dopyt, ktorý v prvom rade zaťažuje lekárov a následne spôsobuje systému dodatočné náklady. Agentúra Focus vykonala u občanov prieskum v súvislosti so zavedením poplatkov. Len u mála občanov dochádza k zmene správania. Väčšina občanov výraznejšie zaťaženie nepociťuje a lekára navštevuje i naďalej rovnako. Asi u necelých 20 % dotázaných sa obmedzuje ich návštevnosť.

Zníženie počtu návštev je aj významným faktorom zníženia spotreby počtu liekov, pretože až 95 % návštev u lekára končí predpísaním lieku. Zvyšuje sa čas lekára na jedného pacienta. Zavedenie poplatkov má za následok substitučný efekt v súvislosti s korupciou. Občania už nechcú

d'alej priplácať vo forme finančných pozorností, keď už za danú službu zaplatia legálnou cestou formou daného poplatku.⁷ Zavedenie poplatkov narušuje rozpočty domácností, keďže predtým domácnosti s takouto položkou nepočítali. Aj z tohto dôvodu sa pre domácnosti stáva zdravie vzácnejším statkom, čo dokazuje aj nasledujúca tabuľka.¹⁵

Tabuľka č.2: Výdavky domácností na zdravie

Výdavky na zdravie ako podiel z celkových výdavkov domácností			
Obdobie	Zdravie v SK ročne	Celkové výdavky domácností v Sk ročne	Výdavky na zdravie ako % z celkových výdavkov domácností
2 000	6 354	519 596	1,2%
2 001	7 865	577 522	1,4%
2 002	8 440	624 532	1,4%
2 003	10 209	667 453	1,5%
2 004	14 931	738 671	2,0%
I.Q. 2005	4 414	191 433	2,3%

Zdroj: PAŽITNÝ P., A kol.: Zdravotníctvo

Nastúpením novej vlády v septembri 2006 dochádza k zrušeniu niektorých poplatkov. Úplne sú zrušené poplatky u lekára v ambulancii a v nemocnici. Poplatky za recept sa znižujú na 5 Sk/recept. Poplatok za dopravu ostáva na rovnakej úrovni a taktiež je rovnaký stav aj u poplatkov za pohotovosť vo výške 60 Sk.³⁵ Určite považujem zrušenie daných poplatkov za krok späť a dochádza tak k zbytočnej dezorientácii pacienta, ktorý si už nie je istý správnosťou vládných krokov. Len pre porovnanie uvádzam v nasledujúcej tabuľke poplatky v iných krajinách. Jedná sa o krajiny z východnej Európy, ktoré sú poznamenané bývalým režimom. Taktiež v Českej republike sa diskutuje o zavedení poplatkov. Ako to teda vidím ja z môjho pohľadu, ak by dané poplatky nepredstavovali pozitívum a určitý prínos pre zdravotníctvo, pochybujem, žeby sa podstatná časť krajín z východnej Európy pokúšala dané poplatky zaviesť. Preto s daným krokom súčasnej vlády nesúhlasim.

4.2 Zákon o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou

581/ 2004 Z.z.

Ďalším dôležitým krokom pre slovenské zdravotníctvo určite predstavuje zmena role štátu, kde za čias socializmu vystupuje štát ako majiteľ, financovateľ či investor. Reformným krokom sa táto úloha štátu presúva do pozície regulátora, čo by v konečnom dôsledku malo byť veľmi efektívnou zmenou. Predovšetkým tento krok má smerovať aj k tomu, aby každý zo zainteresovaných subjektov mal svoju zodpovednosť vrátane pacienta, kde v minulosti zodpovednosť chýbala.

Predpokladám, že vo väčšej miere, by asi každý odborník súhlasil, že zapojenie pacienta a jeho uvedenie si určitej zodpovednosti, je veľmi podstatné a logické. V prvom rade sa sám pacient musí starať o svoj zdravotný stav. Prevencia je v tomto prípade veľmi dôležitá, čo dokazujú aj niektoré epidemiologické štúdie. Ako som už spomínala, zdravotný systém ovplyvňuje zdravotný stav občana respektíve pacienta len zo 17 – 20 %. Zvyšok závisí na pacientovi, na jeho genetických predpokladoch, životnom štýle a návykoch a taktiež na životnom prostredí.

Ďalším subjektom, kde je cieľom posilenie zodpovednosti, sú poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. V rámci tohto problému ide predovšetkým o zvýšenie kvality zdravotnej starostlivosti, taktiež jej včasné poskytovanie a prevzatie finančnej zodpovednosti za efektívne riadenie aktív. Snahou reformy je takisto zvýšenie dôvery pacienta v zdravotnícky systém.

V poradí tretím zúčastneným v tomto reformnom cykle sú zdravotné poisťovne. Každá poisťovňa by mala plniť kritéria solventnosti, a nákupu zdravotnej starostlivosti, ako to bežne funguje na trhu. Pre zdravotné poisťovne to teda v základnom slova zmysle znamená tvrdsie rozpočtové podmienky a existenciu bankrotu v prípade neschopnosti financovania poisťovne.¹⁵

4.2.1 Prevedenie zdravotných poisťovní z verejnoprávnych organizácií na akciové spoločnosti

V prvom rade je nutné si uvedomiť, že zmenou zdravotných poisťovní z verejnoprávnych organizácií na akciové spoločnosti, dochádza len k zmene právnej formy a vlastníci ostávajú ten istý. Všeobecnú zdravotnú poisťovňu a Spoločnú zdravotnú poisťovňu vlastní naďalej štát. Základnou

výhodou prevodu zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti je hlavne jasné určenie parametrov, takisto zodpovednosti a príslušných orgánov. V takejto spoločnosti sú jasne definované vlastnícke vzťahy a je zriadená zo zákona riadna vnútorná kontrola. Takisto sa riadiace pozície obsadzujú na základe profesionálnych kritérií. Účtovníctvo je zákonom stanovené a je nutný externý audit.⁷

Jedným z primárnych výhod premeny formy poisťovní z verejnoprávnych organizácii na akciové spoločnosti sú novelizácie. Zatiaľčo v Obchodnom zákonníku dochádza k novelizáciám každým rokom, v prípade verejnoprávnych organizácii dochádza k reakcii na zmeny s oneskorením. Ďalší dôležitý rozdiel je v rozpočtoch. U verejnoprávnych organizácií vládnu mäkké rozpočtové obmedzenia. V prípade poisťovní doteraz fungoval štát ako podporná inštitúcia, takže ak vznikol v poisťovni deficit, štát ho v konečnom dôsledku pokryl. Dôležitým bodom je aj zodpovednosť. Ak pôsobia zdravotné poisťovne ako verejnoprávne, neexistuje skoro žiadna zodpovednosť. Správna rada sa zodpovedá vlastne sama sebe, pretože neexistuje reálny vlastník. Podľa odborníkov v prípade verejnoprávnych inštitúcií sú preferované záujmy inštitúcií pred záujmami pacientov. Podľa môjho názoru aj po sprísnení a zavedení tvrdších rozpočtových obmedzení sa veľmi neposiluje záujem o pacienta. Ale je nutné podotknúť, že v prípade tvrdých rozpočtových obmedzení by mala byť najviditeľnejšia zmena v nákupnej stratégii. Poisťovne sa musia orientovať na presadzovanie účinných a zároveň nákladovo efektívnych postupov. Malo by postupne dochádzať k zvyšovaniu alokatívnej efektívnosti poisťovní, k rozlišovaniu typov poskytovateľov a aké formy diagnostiky a liečby preferovať. V rámci kontroly poisťovní je zavedené plnenie platobnej schopnosti ako inštitút na sledovanie finančného zdravia poisťovní.¹⁵

Možnosť podnikat' a tvoriť zisk majú mať aj zdravotné poisťovne tak ako mnoho ďalších subjektov. Ak dôjde k zrušeniu tvorby zisku u zdravotných poisťovní, môže to viesť k tomu, že sa zdravotníctvo bude opäť zadlžovať a klesne aj jeho úroveň. Vo všeobecnosti platí, že zisk je súčasťou podnikania a slúži ako odmena. Predstavuje motiváciu ako sa stať lepším, kvalitnejším a hospodárnejším. V zdravotníctve podniká mnoho subjektov za účelom zisku, ako napríklad farmaceutické spoločnosti, súkromní ambulatní lekári, výrobcovia zdravotníckeho materiálu a techniky, taktiež dodávatelia a distribútori liekov alebo niektoré nemocnice. Preto aj poisťovne by mali dostať možnosť ovplyvniť svoju existenciu. Ak nie sú schopné dlhšiu dobu produkovať zisk sú pre tento štát neefektívne. Zisk poisťovne by však nemal určite vznikáť na úkor poistenca a práve pre tento účel by mal slúžiť Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Obmedzovanie poisťovní vytvárať zisk môže viesť k strate motivácie správať sa hospodárne. Môže dôjsť k poklesu skvalitňovania služieb a takisto sa môže vytratiť súťaženie o poistencov.²⁷

4.2.2 Projekt Veriteľ

Jedným z dôvodov reformy zdravotníctva je už spomínané znižovanie respektíve oddlžovanie zdravotných poisťovní. Pre tento účel je zriadený projekt Veriteľ. Jedná sa o štátnu akciovú spoločnosť. Jeho cieľom je sústavné oddlžovanie subjektov v zdravotníctve systémom postupovania pohľadávok. Dňa 13.11.2002 a 2.4.2003 je vládou schválené použitie finančných prostriedkov z Fondu národného majetku vo výške 3,435 mld. Sk, ktoré sa stáva základným imaním spoločnosti Veriteľ. Táto spoločnosť je vlastnená a kontrolovaná výlučne štátom. Dozorná rada spoločnosti je menovaná Ministerstvom zdravotníctva a financií prostredníctvom valného zhromaždenia a pozostáva zo šiestich členov. Predstavenstvo je menované dozornou radou. Pozostáva z troch členov a funguje ako výkonný orgán. Spoločnosť Veriteľ má celkom 12 zamestnancov, ktorí majú za úlohu evidovať a spracovávať oddlžovanie v zdravotníctve po administratívno . technickej stránke.

Očakávané výsledky, ktoré by mal Veriteľ priniesť:

- Znížiť potrebu finančných prostriedkov na oddlženie systému zdravotníctva

- *Vzájomné zápočty pohľadávok*

Príklad

Nemocnica má pohľadávku voči zdravotnej poisťovni za neuhradené lekárske výkony. Naopak poisťovňa má pohľadávku voči nemocnici za neuhradené poistné za svojich zamestnancov.

- *Následovný zápočet*

Príklad

Nemocnice majú záväzok voči vodárňam. Túto pohľadávku odkúpi Veriteľ a tým sa stane veriteľom nemocníc. Tie zase evidujú pohľadávky voči zdravotným poisťovniam. Týmto spôsobom by malo dôjsť k vyčisteniu časti finančných tokov bez vloženia ďalších finančných prostriedkov zo strany štátu

- Zabezpečiť spravodlivejší prístup ku všetkým veriteľom
- Zabezpečiť účelové použitie, transparentnosť použitia prostriedkov a adresnosť, aby nedochádzalo napríklad k uprednostňovaniu niektorých veriteľov pri vyplácaní dlžnej čiastky vrátane penále

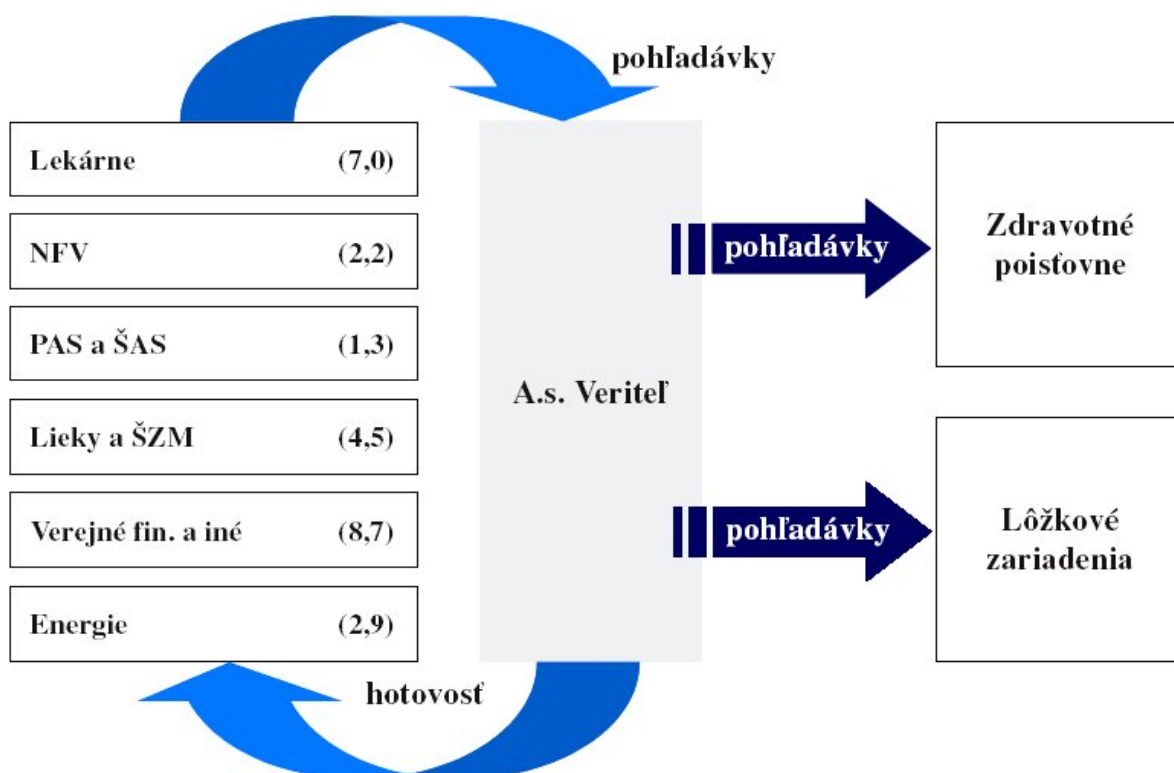
- Po zrealizovaní by v rezorte zdravotníctva nemali existovať pohľadávky voči žiadnemu subjektu verejných financií zo súkromnej sféry
- Zabezpečiť pri odkupovaní pohľadávok určitú právnu formu

Fázy projektu Veriteľ

Cieľom spoločnosti Veriteľ je snaha efektívne oddziť zdravotníctvo postupne v troch fázach:

- 1) Oddlženie zdravotníckych zariadení a škôl
- 2) Oddlženie zdravotníckych zariadení v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva
- 3) Oddlženie zdravotných poisťovní

Obrázok č.7: Postavenie a.s. Veriteľ na začiatku operácie, celkové záväzky v mld. Sk



Zdroj: PAŽITNÝ P., A kol.: Zdravotníctvo

Prvá fáza a druhá fáza oddlžovanie zdravotníckych zariadení

V prvej fáze oddlžuje Veriteľ tie zdravotnícke zariadenia, ktoré prešli z pôsobnosti orgánov štátnej správy na obce a vyššie územné celky, alebo boli transformované na neziskové organizácie. Projekt Veriteľ spracováva podklady od približne 1455 veriteľov. Pohľadávky veriteľov predstavujú čiastku 1 674 511 597,83 Sk. Cieľom jednaní s veriteľmi je dosiahnuť čo najvýhodnejšie podmienky, za ktorých by sa dali pohľadávky odkúpiť. Vyjednáva sa v prvom rade s veriteľskými spoločnosťami z tzv. sieťových odvetví ako Slovenské telekomunikácie, Slovenský plynárenský priemysel, vodárenské spoločnosti apod. Taktiež sa rokujú s organizáciami z verejného sektora, konkrétne so Sociálnou poisťovňou, Národným úradom práce a s daňovými úradmi. Cieľom vyjednávania je hlavne snaha o dosiahnutie čo najvýhodnejších podmienok, za ktorých by boli pohľadávky odkúpené. V roku 2003 predstavujú pohľadávky spomínaných veriteľov čiastku cca 2,5 mld. Sk. Fond národného majetku vyčleňuje pre projekt Veriteľ 3,5 mld. Sk na oddlženie zdravotníckych zariadení. Ku dňu 15.12.2003 uhradza spoločnosť Veriteľ pohľadávky za viac ako 150 mil. Sk. Týmto krokom sa podarí ušetriť viac ako 10 mil. Sk formou istiny a taktiež úsporou na neuhradenom penále. Kritika nastáva hlavne zo strany malých veriteľov, keďže sa uprednostňujú tí veritelia, ktorí sú ochotní upustiť zo svojich pohľadávok čo najviac percent. To si ovšem môžu dovoliť logicky väčšinou len veľké spoločnosti. Zádrhel nastáva aj v tom, že v stanovenom termíne nie sú poskytnuté všetky potrebné podklady na oddlženie zo strany zdravotníckych zariadení.¹⁶

Veriteľ odkupuje pohľadávky od skutočných veriteľov nemocníc a tým sa stáva ich dočasným vlastníkom. V máji roku 2004 je prijatý návrh vysporiadania pohľadávok spoločnosti Veriteľ. Ide o určenie spôsobu vysporiadania pohľadávok spoločnosti Veriteľ voči lôžkovým zdravotníckym zariadeniam. Lôžkové zdravotnícke zariadenia môžu zaplatiť záväzky voči spoločnosti Veriteľ podstúpením pohľadávky voči zdravotným poisťovniam. Táto krok je možné uskutočniť len do výšky pohľadávky. Zostávajúcu časť záväzkov môže Veriteľ odpustiť formou písomnej zmluvy o vysporiadaní záväzkov podľa § 570 Občianskeho zákonníka.⁷

Tretia fáza oddlžovanie zdravotných poisťovní

Spoločnosť Veriteľ navrhuje zdravotným poisťovniam možnosť pôžičky za účelom poskytnutia návratnej pôžičky. Malo by to slúžiť na zabezpečenie likvidity. Meškanie platieb zo strany Všeobecnej zdravotnej poisťovni súvisí predovšetkým s obdobím 1999 a 2000. Poisťovňa je povinná vrátiť za dané roky štátu pôžičky vo výške 1,45 mld. Sk. Spoločnosť Veriteľ sa pokúša splatenie pôžičiek dostatočne zmluvne zabezpečiť, aby ich potom mohol bezproblémovo vymáhať. Zo strany zdravotných poisťovní je však v zápätí tento návrh poskytnutia pôžičky zamietnutý.

Vláda teda situáciu chce vyriešiť tým, že zmení pôvodné uznesenie a rozhodne o použití prostriedkov na odkúpenie pohľadávok verejných lekární voči zdravotným poisťovniam prostredníctvom Veriteľ'a. Na myslí máme všetky lekárne okrem nemocničných. Kritika nastáva hneď zo strany lekární, ktoré sa sťažujú na nedostatok informácií ohľadom mechanizmu oddlžovania. Podľa informácií z Ministerstva zdravotníctva sa plánuje odkúpiť pohľadávky lekární za 100 % nominálnej hodnoty ich istiny bez úrokov z omeškania, zmluvných pokút apod, čo predstavuje asi 1 mld. Sk. Ovšem proti tomuto kroku sa hneď protestujú, pretože na jednu stranu majú odpustiť štátu dlh bez akéhokoľvek úroku, pričom samotné lekárne sú penalizované za oneskorené platby distribučnými firmami. Kritická situácia nastáva v októbri a novembri 2003, keď Všeobecná zdravotná poisťovňa vypláca na východnom Slovensku menej než v ostatných regiónoch, čo vedie k tomu, že viaceré lekárne nemôžu nakupovať lieky, lebo nemajú na to prostriedky a distribučné firmy ich už nechcú ďalej úverovať. Slovenská lekárska komora odporúča lekárňam, aby nakupovali lieky, kým im to finančné prostriedky dovoľia a potom jedine zatvorili z ekonomických dôvodov. Kritická situácia nastáva hlavne na východnom Slovensku a v Trenčianskom kraji.

Slovenská lekárska komora odmieta oddlžovanie cez spoločnosť Veriteľ. Podľa nej by dochádzalo k rozporu viacerých zákonov ako napríklad zákon o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne apod. Poukazuje aj na to, že podľa zákona sa štát podieľa na zabezpečení platobnej schopnosti Všeobecnej zdravotnej poisťovne poskytnutím návratnej finančnej výpomoci, a to do výšky 100 % jeho platobnej neschopnosti. Komora navrhuje oddlžovanie štandardnou formou cez zdravotné poisťovne, ktoré sú priamymi dlžníkmi lekární. Dlh poisťovní voči lekárňam sa odhaduje na 6 – 7 mld. Sk, pričom oneskorenie platieb zo strany poisťovní dosahuje aj osem mesiacov. Veriteľ má na začiatku obdobia vyčlenenú čiastku 1 mld. Sk pre odkúpenie pohľadávok lekární, čo určite nestačí na pokrytie všetkých lekární. Najväčšie obavy majú lekárne z čakania na vysporiadanie, kým spoločnosť Veriteľ neobdrží ďalšie finančné prostriedky z privatizácie. Najväčšie riziko by nastalo u lekární, ktoré ručia celým svojím majetkom. Lekárne by takto nemali garantované splatenie svojich pohľadávok zo zákona, keďže poisťovne podľa zákona spravujú verejné zdroje, kým ich Veriteľ vlastní, a preto sa môžu kedykoľvek stať súkromnými. Obavy vyplývajú hlavne z transformácie spoločnosti Veriteľ zo štátnej akciovej spoločnosti na súkromnú, teda reálna možnosť krachu. Vypláca sa predovšetkým lekárňam, ktoré sú právnickými osobami teda s.r.o. a odstupujú svoje pohľadavky spoločnosti Veriteľ'ov. Lekárne ako fyzické osoby, ktorých je na Slovensku v danom čase drtivá väčšina, si na tento krok netrúfajú. Keďže je minimálny záujem o podstúpenie pohľadávok zo strany lekární, Ministerstvo zdravotníctva sa vracia k myšlienke vyrovnávania pohľadávok lekární cez zdravotné poisťovne. Spoločnosť Veriteľ tak uzatvára v novembri 2003 zmluvu so Všeobecnou zdravotnou

poisťovňou na pôžičku vo výške 500 mil. Sk splatnú do jedného roka a následne ďalšiu pôžičku vo výške 1 mld. Sk. O mesiac neskôr dostáva poisťovňa od spoločnosti Veriteľ pôžičku vo výške 3 mld. Sk. Táto bezúročná pôžička má splatnosť o dva roky.

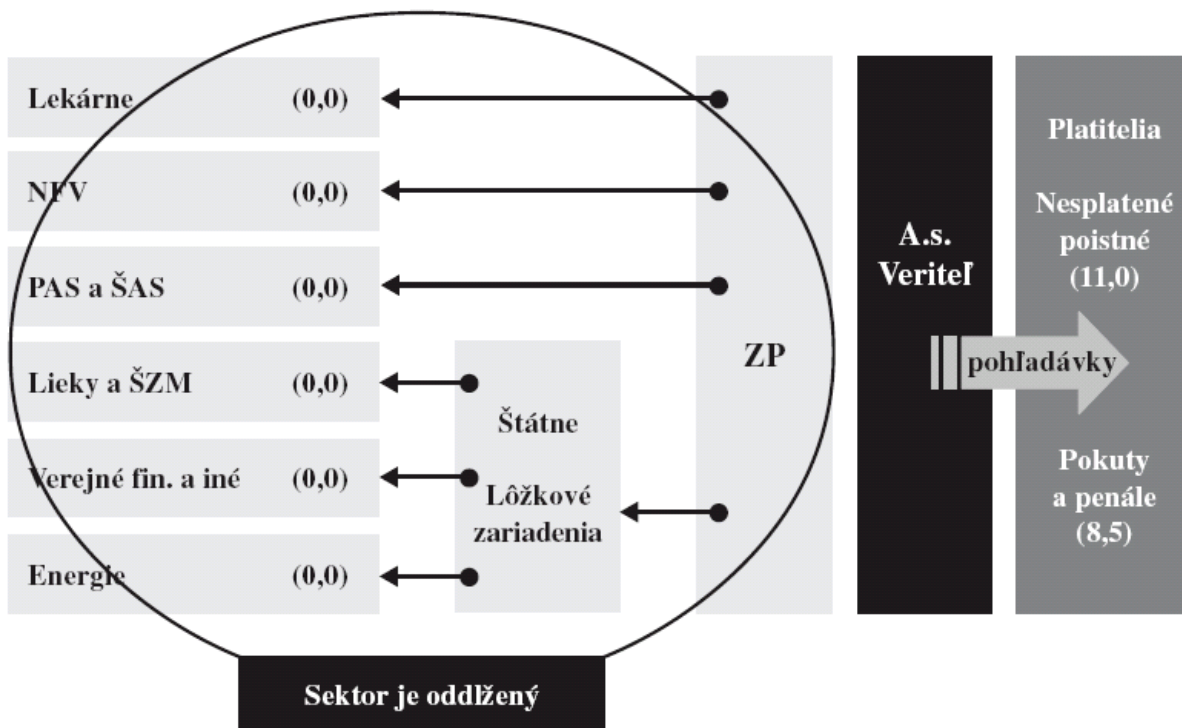
V konečnej fáze preberá Veriteľ pohľadávky zdravotných poisťovní voči neplatičom poisťného. Vláda rozhoduje o spôsobe riešenia pohľadávok voči zdravotným poisťovniam a zdravotníckym zariadeniam. Plánované ukončenie Veriteľa sa očakáva na rok 2005.

Mnohí kritizujú netransparentný postup pri utváraní spoločnosti Veriteľ. Za podstatné negatívum považujú absenciu zástupcov poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotných poisťovní a organizácií pacientov. Kritici označujú tento proces oddlžovania za neprehľadný, hlavne nejasné kritéria ako definovaný predmet, podmienky a subjekty oddlžovania. Takisto sa poukazuje z opozičnej strany na zvýhodňovanie niektorých veriteľov v súvislosti so vzdaním sa úhrady úrokov z omeškania pri podstúpení pohľadávky. Kritici poukazujú aj na chaotickú mediálnu komunikáciu medzi Ministerstvom zdravotníctva a Ministerstvom financií. Na verejnosť sa dostáva pomerne málo informácií v súvislosti s reálnou činnosťou spoločnosti Veriteľ. Pohľadávky vznikajúce zdravotným poisťovniam voči neplatičom poisťného sa posúvajú vo výške nominálnej hodnoty pohľadávky, čím sú poisťovne odbremené od ďalších záväzkov. Odborníci odporúčajú v prípade správneho priebehu procesu, aby fungovala neustála kontrola zo strany verejnosti či už medií alebo mimovládnych organizácií.¹⁶ Podľa môjho názoru sa projekt Veriteľ v počiatočnej fáze ukazuje ako správny. Ovšem dochádza v priebehu jeho realizácie k mnohým nejasnostiam a stretáva sa z odporom mnohých zainteresovaných strán. Neskôr sa javí projekt Veriteľ ako krátkodobá náplasť. Niektoré dlhy sa darí odstrániť, niektoré však rastú naďalej. Taktiež sú v projekte Veriteľ znevýhodňované niektoré subjekty, skôr menšie a naopak výhodu majú tí, ktorí sú pod „rukou štátu“. Musím uznať, že protest mnohých lekární je v tomto smere oprávnený. Nie každý podnikateľský subjekt si môže po dlhom čakaní na úhradu platby za poskytnuté služby dovoliť odpúšťať penále za omeškanie. Je to spôsobené samotným reťazcom, kedy aj na lekárne je tlak zo strany už spomínaných distribučných spoločností, ktorí tak zhovievaví k omeškaným platbám nie sú. Možno sa projekt mal začať až po zosúladení viacerých iných prvkov, ktoré sa reforma pokúša zmeniť, ako napríklad v prípade prevedenia nemocníc na akciové spoločnosti. V prvom rade teda by malo dôjsť k vysporiadaniu právnej formy zdravotníckych zariadení, určeniu vzájomných vzťahov alebo k určeniu zodpovednosti. V súčasnosti s transformáciou by sa mali určiť dlhy jednotlivých nemocníc, a nájdenie schodného riešenia, či už vzájomným vysporiadaním alebo práve pomocou projektu Veriteľ.

Na konci by mal mať Veriteľ na strane pasív len záväzky voči štátnemu rozpočtu a na strane aktív pohľadávky voči neplatičom poisťného. Týmto by mal byť zdravotný systém oddĺžený. Nasledujúci obrázok poukazuje na to, aká má byť situácia po ukončení projektu Veriteľ.

Obrázok č. 8: Postavenie Veriteľ na konci operácie

Postavenie a. s. Veriteľ na konci operácie



Zdroj: PAŽITNÝ P., A kol.: Zdravotníctvo

Na konci operácie vstupuje spoločnosť Veriteľ reálne do likvidácie 1.2.2006 a z Obchodného registra je vymazaná 8.7.2006.¹⁷

K 31.12.2004 predstavuje celková výška finančných prostriedkov poskytnutých na oddĺženie zdravotníctva 20, 1 mld Sk. Podrobnejší prehľad finančných prostriedkov použitých na oddĺženie nám ukazuje nasledujúca tabuľka. Pomocou projektu Veriteľ sa podarilo danými finančnými prostriedkami zlikvidovať záväzky v objeme 33 mld. Sk, čo predstavovalo určitú úsporu pre verejné financie.¹⁶

Tabuľka č.4 : Celkový stav oddĺzenia v mil. Sk

Prostriedky na oddĺzenie zdravotníctva k 31.12.2004	poskytnuté						
	návrtná finančná výpomoc		dotácia		Základné imanie		spolu
			2003	2004	2003	2004	
	7 401,0		9 297,0		3 435,0		20 133,0
<i>použitie</i>	2003	2004	2003	2004	2003	2004	
poskytnutá pôžička pre VŠZP	4 500,0						4 500,0
poskytnutá pôžička pre ZP Sidéria Istota	100,0						100,0
oddĺzenie súkromných lekární	501,0	99,0					600,0
oddĺzenie delimitovaných ZZ voči súkromnému sektoru					239,2	690,0	929,2
oddĺzenie ZZ v pôsobnosti MZ SR voči súkromnému sektoru		1 704,6		1 000,0		1 929,0	4 633,6
oddĺzenie ZZ voči Daňovému úradu				606,5			606,5
oddĺzenie delimitovaných ZZ voči súkromným poisťovniam				2 303,1			2 303,1
Perspektíva - súkromní poskytovatelia				20,0			20,0
Použité prostriedky spolu	5 101,0	1 803,6		3 929,6	239,2	2 619,0	13 692,4
Zostatok prostriedkov k 31.12.2004 (disponibilné zdroje na rok 2005)		496,4		5 367,4		576,8	6 440,6
Spolu							20 133,0

Zdroj: <http://www.rokovania.sk/>

4.3 Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

578/ 2004 Z.z.

4.3.1 Prevedenie nemocníc na akciové spoločnosti

Výhody prevedenia nemocníc na akciové spoločnosti sú takmer rovnaké ako v prípade zdravotných poisťovní. Zmenou právnej formy by malo postupne dôjsť k odstráneniu mäkkých rozpočtových opatrení. Nemocnice by tak mali zodpovedať sami za seba a nespoliehať na pomoc od štátu ako to je doteraz. Štát celú dobu nemocnice sústavne oddlžuje a dochádza tak ku kumulácii dlhu. Medzi nemocnicami týmto krokom vznikne tržné prostredie, kde budú mať rovnaké šance štátne aj neštátne subjekty. Každý jeden subjekt bude mať rovnaké podmienky pre podnikanie. Takisto aj pre nemocnice bude platiť štandardné účtovníctvo, kde je nutná vnútorná kontrola a externý audit. Mali by sa vyriešiť aj vlastnícke vzťahy medzi vlastníkom a managementom. Konečne bude management disponovať zodpovednosťou za svoje rozhodnutia. K zmenám určite dôjde aj v oblasti ľudských zdrojov, kde sa odmeňovanie bude operovať skôr o výkonové parametre a motivačné faktory a nie o tabuľky. Ako v klasickom tržnom prostredí vznikne konkurenčné prostredie, čo má vo všeobecnosti za následok orientáciu na kvalitu služieb. Nemocnice by takto mali začať vnímať pacienta ako zákazníka. Prevodom na akciové spoločnosti sa zvýši orientácia na budovanie systémov kvality a zvyšovania komfortu a bezpečnosti pre pacienta.⁷

Zmena postavenia nemocníc je určite žiadúca, už len z tohto dôvodu, aby sa neustále nespoliehalo na pomoc štátu a tým nedochádzalo k ďalšiemu zbytočnému zaťažovaniu. Kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti je aktuálna téma na celom svete. Preto je nutné, aby sa nemocnice postupne začali zameriavať na otázku zlepšovania kvality a práve, k tomu by do určitej miery mala slúžiť reforma spomínaného zákona. V mnohých nemocniciach funguje systém dlhé roky stále rovnako bez nejakej väčšej zmeny. Ako príklad môžeme uviesť oblasť pôrodnictva, kde sa dlhé roky uznávajú rovnaké zabehnuté praktiky. Pacientky nemajú príliš veľa možností výberu, pričom určite nie jedna z nich by uvítala viacero možností výberu či už napríklad len u výberu nemocničnej izby. Určite prevedením nemocníc na akciové spoločnosti a vytvorením akejkoľvek externej kontroly a zároveň vytvorenie rizika krachu, sú prvky, ktoré k zvyšovaniu motivácie skôr či neskôr povedú. Ovšem určite by mala nastať akási začiatková situácia, aby všetky nemocnice začínali na rovnakom bode a s rovnakými podmienkami a následne sa ukáže, ako efektívne jednotlivé nemocnice dokážu disponovať so získanými finančnými prostriedkami.

4.4 Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej na základe verejného zdravotného poistenia

577/ 2004 Z.z.

Vo všeobecnosti dokáže systém dosahovať stanovených cieľov jedine ak je možné ho finančne udržovať. V prípade zdravotníctva, ktoré je uhrádzané z verejného zdravotného poistenia, môže túto finančnú udržateľnosť narušiť niekoľko faktorov:

- postupná zmena štruktúry ochorení – prechod od akútnych k chronickým ochoreniam
- demografický faktor – stárnutie populácie
- technologický pokrok
- očakávania občanov – napr. zlepšovanie zdravotných služieb
- dostupnosť zdrojov

V súčasnej dobe dochádza k zvyšovaniu nákladov na zdravotnú starostlivosť, čo je spôsobené predovšetkým rastúcimi očakávaniami občanov a rastúcim dopytom. Podobne je to aj v iných krajinách, kde ekonomika nestačí zvyšovať potrebné zdroje na uspokojenie potrieb a očakávaní občanov. V prípade verejného zdravotného poistenia je dôležité stanoviť určitý systém, aby nedochádzalo k čerpaniu bezplatnej zdravotnej starostlivosti v neobmedzenom rozsahu. Takéto obmedzenie sa v odbornej reči nazýva **rationing**. Doposiaľ existuje tichý tzv. implicitný rationing, ktorý predstavuje vážny etický problém a zdroj korupcie. Snahou je teda vytvoriť explicitný rationing, aby sa stanovili jasné pravidlá, ktoré budú platiť pre každého občana, ktorý je účastníkom systému, rovnako. Explicitný rationing musí rešpektovať medicínske, etické a ekonomické kritéria, ale zároveň sa musí snažiť o udržanie a zachovanie kvality zdravotnej starostlivosti.

Návrh zákona zahŕňa stanovenie priorit a to na troch úrovniach:

- mechanizmus stanovenia prioritného zoznamu hradených chorôb
- mechanizmus katalogizácie – ku každej chorobe sa priradí zoznam výkonov, ktoré sa pri danej chorobe budú plne hradíť z verejného zdravotného poistenia
- mechanizmus kategorizácie – určenie, ktoré choroby sú na prioritnom zozname a výšku spoluúčasti pacienta na výkonoch

Tento zákon má stanovovať rozsah základného balíka, a tým nepriamo sledovať zlepšovanie zdravotného stavu poistencov a kvality života. Obidva ukazovatele je možné merať podľa parametra **QALY** (quality – adjusted life years). Tento parameter meria roky života, ktoré sú

štandardizované vzhľadom ku kvalite, teda získané roky života vyvažované koeficientom kvality života.⁷ V jednoduchom jazyku je možné tento pojem vyjadriť ako „ kvalitne a zdravo prežitý rok života pacienta.“³⁶ Za zabezpečenie poskytnutia primeranej zdravotnej starostlivosti zodpovedá zdravotná poisťovňa.

4.5 Zákon o zdravotnom poistení

580/ 2004 Z.z.

Ministerstvo zdravotníctva navrhuje v rámci reformy zdravotníctva aj zmenu zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve. V tomto zákone sú obsiahnuté aj niektoré úpravy súvisiace s verejným a individuálnym zdravotným poistením.

V prípade verejného zdravotného poistenia by mali byť splnené viaceré kritéria súvisiace s rovnosťou financovania:

- Univerzálnosť a solidarita systému zdravotného poistenia
- Financovanie zdravotného poistenia z verejných zdrojov – Ich výber a prerozdelenie je založené na princípe solidarity
- Garancia slobodného výberu zdravotnej poisťovne pre každého pacienta
- Lineárnosť odvodového zaťaženia – regresia od najvyššej hranice (trojnásobok priemernej mesačnej mzdy)
- Platby poisťného zo strany štátu za zraniteľné skupiny a to vo výške 4 % z priemernej mesačnej mzdy

Súčasný stav v rezorte zdravotníctva je výsledkom nevhodne nastaveného legislatívneho prostredia. Táto nerovnosť spôsobuje, že sa zdravotné poisťovne a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti správajú z hľadiska znášania finančného rizika nezodpovedne.

Návrhmi zákonov v rámci reformy sa črtá systém krytia dlhov. Navrhnuté sú teda tri piliere, ktoré majú garantovať každému občanovi bez ohľadu na sociálnu situáciu rovnakú starostlivosť pri rovnakej potrebe.

1. Verejné zdravotné poistenie

Hovorí sa o tzv. solidárnom balíku. Solidárnosť sa prejavuje v tom, že každý poistený občan má nárok na úhradu ceny za poskytnutú zdravotnú starostlivosť bez ohľadu na schopnosť platiť poisťné. Aký veľký je tento nárok stanovuje zákon o rozsahu. Podľa výskumov 1 % občanov čerpá 29 % výdavkov, 10 % dokonca až 74 % všetkých výdavkov. Nelogicky až 50 % občanov čerpá menej než 2 % výdavkov. Úlohou verejného zdravotného poistenia by preto mala byť snaha o kumuláciu zdrojov pre veľmi malú časť obyvateľstva. Snahou by malo byť aj efektívne nakupovať zdravotnú starostlivosť práve pre túto malú špecifickú skupinu.

2. Individuálne zdravotné poistenie

Jedná sa o krytie zdravotnej starostlivosti mimo solidárny balík.

3. Sociálny systém

V tomto pilieri je obsiahnuté krytie finančných rizik sociálne ohrozených skupín a u zraniteľných skupín.

V rámci zdravotného poistenia je dôležitým aspektom pravidlo prerozdelenia poistného na verejné zdravotné poistenie. Zmenou zákona sa má zabezpečiť väčšia angažovanosť a zodpovednosť zdravotných poisťovní pri vymáhaní nedoplatkov za verejné zdravotné poistenie. Na prerozdelenie poistného má dohliadať Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Tento spôsob by mal fungovať na princípe delenia celkovej sumy poistného medzi jednotlivé zdravotné poisťovne a to podľa počtu poistencov a indexu rizika. Týmto vznikne situácia, že každá poisťovňa bude disponovať s rovnakým objemom zdrojov a budú pre ne platiť rovnaké podmienky. Efektívna miera prerozdelenia by mala dosahovať 85,5 %. Prerozdelenie poistného prinesie každému poistencovi určitý objem zdrojov, ktorý bude na základe prerozdelenia pre poistenca pripravený v zdravotnej poisťovni, ktorú si vybral. Tento objem zdrojov bude zodpovedať jeho indexu rizika. Prerozdelenie verejného zdravotného poistenia má nasledujúce pravidlá, ktoré musia byť dodržiavané:

- Základom prerozdelenia je 95 % z povinného poistného
- Prerozdeľuje sa 90 % zo základu prerozdelenia
- Neexistencia osobitného účtu prerozdelenia (úhrada poistného priamo na účet príslušnej zdravotnej poisťovne, v ktorej je poistenec poistený)

Každý poistenec dostáva od zdravotného systému zdravotnú starostlivosť podľa jeho potrieb v rozsahu stanoveným osobitným predpisom nie podľa finančnej schopnosti platiť. Rozlišuje sa horizontálna a vertikálna rovnosť.

- **Horizontálna rovnosť** – rovnosť pri prístupe k ľuďom v podobných situáciách
- **Vertikálna rovnosť** – rovnosť prístupu k ľuďom odlišného postavenia

Cieľom návrhu zákona je podpora uplatnenia oboch princípov, z čoho plynie, že každý občan bude mať možnosť rovnakého prístupu k rovnakej potrebe. Taktiež je cieľom, aby každý občan získal rovnaké uspokojenie potreby bez ohľadu na spoločenské postavenie alebo výšku príjmu.

Návrh zákona taktiež zavádza nový inštitút ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie. Účelom inštitútu by malo byť zabezpečenie poistného zo všetkých príjmov dosiahnutých v celom kalendárnom roku. Cieľom je predovšetkým zrovnoprávnenie zamestnancov a samostatne zárobkovo činných osôb. Návrhom zákona by sa malo vytvoriť konkurenčné prostredie pre všetkých účastníkov zdravotného trhu.⁷

4.5.1 Liečebný poriadok

Liečebný poriadok sa považuje za ďalšiu príčinu krízy slovenského zdravotníctva. Podľa Ústavy je liečebný poriadok rozdelený na služby plne hradené v rámci základného balíka služieb – **basic benefit package BBP** a na čiastočne hradené alebo vôbec nehradené služby.⁷

Zdravotné poistenie

„Zdravotné poistenie je poistením, na základe ktorého je poskytovaná potrebná zdravotná starostlivosť bez nutnosti jej priamej úhrady. Pri tomto poistení sa vychádza z ustanovení 31 Listiny základných práv a slobôd, podľa ktorého majú občania SR na základe zmluvného povinného poistenia – právo na zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré sú ustanovené v Zákone NR SR a v liečebnom poriadku. Preto, aby toto právo občanov sa mohlo realizovať, bolo založené zmluvné povinné zdravotné poistenie, ktoré bude na základe zásady solidarity kryť náklady na poskytnutú zdravotnú starostlivosť všetkým občanom, prípadne i ďalším poisteným.“¹¹

Základný balík služieb má obsahovať vymedzené diagnózy a k nim viazané preventívne, diagnostické a liečebné činnosti. Tieto úkony a procedúry v rámci stanovenej diagnózy majú byť hradené práve zo základného balíka povinného verejného poistenia.

¹¹ Dostupné z [www: http://www.poistovne.sk/typy_poistenia/32.html](http://www.poistovne.sk/typy_poistenia/32.html) [cit.17-12-2006]

Do tohto balíka sa zaraďujú:

- všetky preventívne činnosti (očkovania, povinné preventívne prehliadky, screeningové metódy vedúce k prevencii alebo k včasnej diagnostike závažných ochorení)
- všetky diagnostické metódy vedúce k správnej diagnostike ochorení vedených v kategórii BBP
- všetky liečebné úkony pre určené diagnózy

Do základného balíka BBP sa zaraďuje:

- akútne ochorenia
- onkologické ochorenia
- kardiologické ochorenia
- celá traumatológia
- chronické ochorenia
- cena základnej molekuly lieku v DDD¹²
- cena zákonom predpísanej prevencie
- základné stomatologické ochorenie vrátane najlacnejších protetických náhrad
- preprava

Existuje prioritný zoznam chorôb. Tento zoznam je vlastne pozitívny zoznam chorôb, pri ktorých je spoluúčasť pacienta nulová. Platí len za služby spojené so zdravotnou starostlivosťou, teda 20 Sk alebo 50 Sk. Ostatné diagnózy, ktoré sa na tomto zozname, nenachádzajú, sú hrazené poisťovňou. Pacient však uhradí tú časť, ktorá sa týka samotnej liečby. V súvislosti s určením príčiny ochorenia a diagnostiky úhrádza dané úkony za pacienta poisťovňa. Tento zoznam prioritných chorôb určuje parlament na návrh vlády. Stanovenie priorit má svoj postup. Najprv všetky choroby prejdú procesom kategorizácie. K daným chorobám sa priradí zoznam výkonov, ktoré sú potrebné na liečbu danej choroby. Následne sa vytvorí štandardný diagnostický a terapeutický postup. Ministerstvo zdravotníctva vymenúva kategorizačnú komisiu, ktorá z väčšiny pozostáva z lekárov a tá má za úlohu vytvoriť katalóg chorôb.⁷ "Kategorizačná komisia pre lieky má deväť členov, z toho dvoch navrhuje ministerstvo, dvoch členov navrhujú zdravotné poisťovne a päť členov odborníkov navrhujú odborné spoločnosti."¹³ Kategorizačná komisia určuje, ktoré choroby sú na prioritnom zozname a ktoré nie. Takisto určuje výšku za výkony a diagnózy, ktorú hradí zdravotná poisťovňa a výšku spoluúčasti, ktorú uhradza poisťovňa. V súčasnej dobe

¹² DDD = doporučená denná dávka

¹³ Zákon č. § 38 98/ 1995 Z.z. o Liečebnom poriadku

obsahuje tento zoznam približne 6000 diagnóz, čo predstavuje väčšinu z celkového počtu diagnóz, čo predstavuje asi 9000.

Za základný problém balíka chorôb sa považuje definovanie diagnózy a jej ceny. V prípade lôžkových zdravotníckych zariadení by sa mal stanoviť počet ošetrovaných pacientov za definované obdobie. Rovnaký postup je možné použiť aj v prípade špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Do nepovinného zdravotného poistenia patrí v podstate všetko, čo je nad rámec povinného balíka teda zákona o rozsahu. Na túto skupinu služieb si môžu občania uzatvoriť individuálne poistenia alebo ich môžu platiť v hotovosti.

4.6 Zákon o záchranej zdravotnej službe

579/ 2004 Z.z.

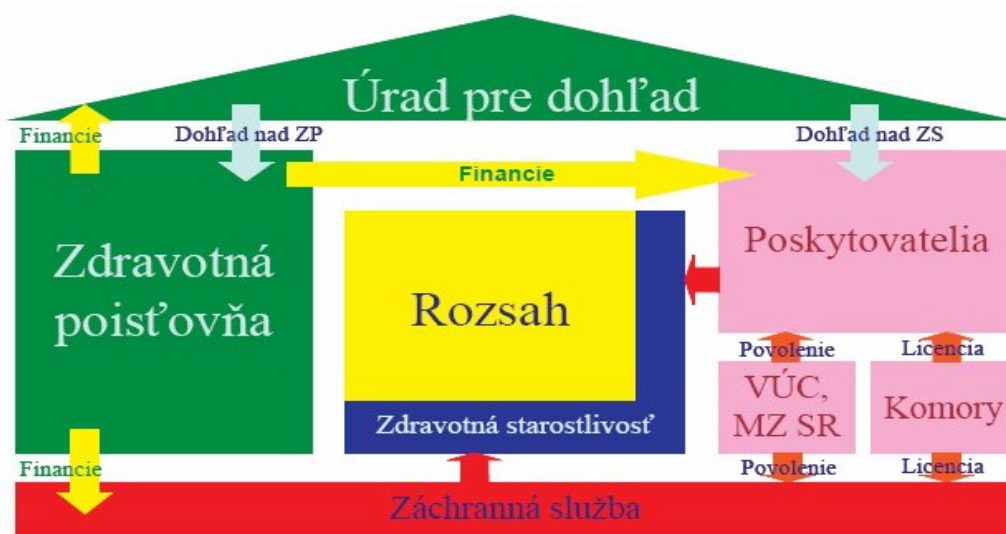
Podľa slov ministra zdravotníctva je cieľom reformy zákona o záchranej zdravotnej službe: „ Zabezpečiť takú organizáciu siete poskytovateľov záchranej zdravotnej služby, aby sa k občanovi dostali do 15 minút.“¹⁴ Záchranná zdravotná služba bola vytvorená už v minulosti na zabezpečenie zdravotnej starostlivosti, ktorá je zameraná na záchranu osôb, ktoré sa ocitli v stave náhleho ohrozenia života alebo zdravia. Rýchla zdravotná služba je vo všeobecnosti funkciou času a kvality poskytnutej služby. Hlavným cieľom je dostať sa k pacientovi v čo najkratšom čase a zároveň mu poskytnúť čo najkvalitnejšiu pomoc. Jedná sa o nepoistiteľné riziko a preto v celom rozsahu spadá do základného balíka BBP. Cieľom reformy tohto zákona je špecifikácia postavenia záchranej zdravotnej služby a takisto aj podmienok financovania, čo by mal v konečnom dôsledku upravovať zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a komorách. Určite pri reforme zákona bude nutné zohľadniť nasledujúce špecifiká:

- Rôznorodé usporiadanie poskytovateľov na celom území
- Rôzna členitosť terénu
- Priorita času – dopravenie pacienta čo najrýchlejšie do najbližšieho zdravotníckeho zariadenia bez ohľadu na regionálnu príslušnosť
- Súčinnosť s inými zložkami (hasiči, polícia, apod.). Snahou je vytvorenie tzv. integrovaného záchranného systému podľa noriem EU, kde by spoločne na jednom telefónnom čísle 112 fungovali v súčinnosti tri základné zložky a to polícia, zachranná služba a požiarna služba.⁷

¹⁴ PAŽITNÝ P., ZAJAC R.: Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov. Bratislava: M.E.S.A. 10 Consulting Group 2004, ISBN 80-969201-2-X, Dostupné z www: <http://www.reformazdravotnictva.sk/> [cit. 10-12-2006]

Pri reforme už spomínaných reformných zákonov dôjde k zmene postavení niektorých zainteresovaných subjektov, popríklad k vzniku nových subjektov ako napríklad Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ako by mali vyzerat' vzájomné vzťahy v systéme zdravotníctva podľa Ministerstva zdravotníctva po realizácii reformných zákonov, môžeme vidieť na nasledujúcom obrázku.⁷

Obrázok č.10: Subjekty v zdravotníctve



Zdroj: PAŽITNÝ P., ZAJAC R.: Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov

4.7 Kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti

Slovo kvalita sa spomína v zdravotníctve čoraz častejšie. Cieľom mnohých krokov reformy je práve dosiahnutie vyššej kvality. Môžeme povedať, že kvalita je akýmsi merítkom úspešnosti samotného subjektu. Je viacero spôsobov ako môžeme merať kvalitu. V zdravotníckych zariadeniach sa často využíva forma dotazovania. Čoraz častejšie nájdeme v zdravotníckych zariadeniach predovšetkým v nemocniciach dotazníky poukazujúce na kvalitu poskytovaných služieb. Ovšem je možné si na prieskum kvality najat' aj externú firmu.

Na Slovensku sa uskutočnilo viacero prieskumov súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou popríklad s reformou zdravotníctva. Ako príklad som zvolila uskutočnený výskum agentúry ACRC. Táto agentúra si pre svoj výskum zvolila pacientov trpiacich na srdcovo – cievne choroby, keďže zaujímajú prvé miesta v rebríčku najčastejších chorôb, na ktoré umierajú občania na Slovensku.

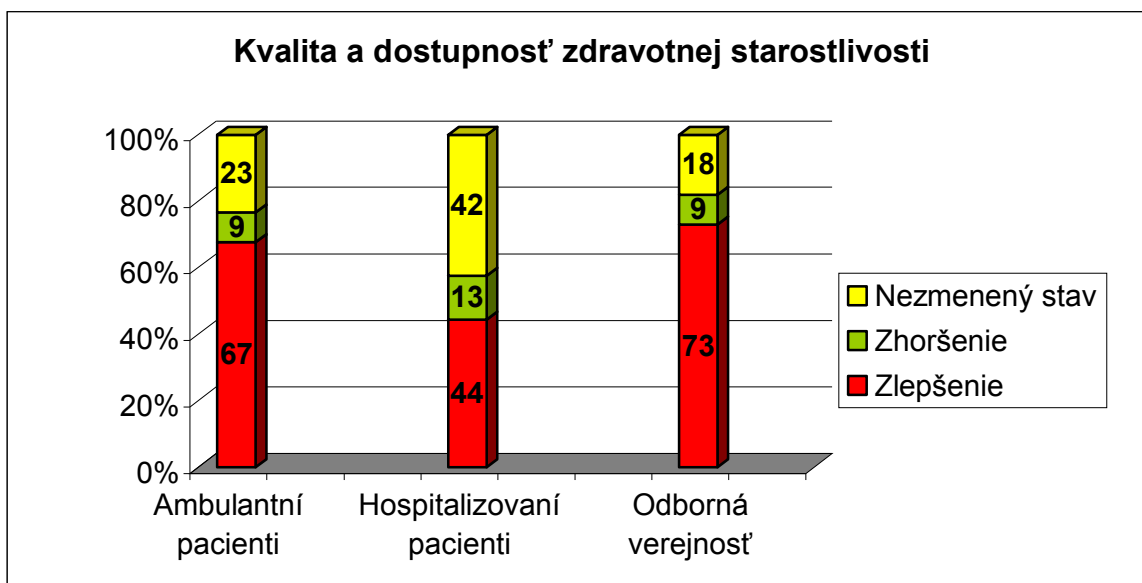
V dňoch 30. mája až 5. júna 2006 vykonala agentúra ACRC výskum týkajúci sa kvality a dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Cieľom prieskumu bolo predovšetkým zmapovanie názorov zainteresovanej verejnosti na kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti v slovenskom zdravotníctve. Jedným z bodov výskumu bolo aj zisťovanie či verejnosť zaznamenala pozitívnu popri prípade negatívnu zmenu v zdravotníctve v priebehu reformy. Oslovení boli ako ambulantní tak aj hospitalizovaní pacienti v rovnakom pomere. Dotázaných bolo 401 pacientov, z toho 200 predstavovali ambulantní pacienti a zvyšok hospitalizovaní. Prieskum sa konal v Bratislave, kde bolo oslovených 50 % respondentov z celkového počtu, takisto aj v Banskej Bystrici, kde bolo dotazovaných 25 % pacientov z celkového počtu a takisto sa prieskum uskutočnil aj v Košiciach. Na spomínaných miestach bol oslovený aj odborný personál v celkovom počte 127 respondentov.

V otázke pocítienia zmien kvality či dostupnosti v zdravotnej starostlivosti až 73 % už spomínanej odbornej verejnosti pripustilo, že za posledné dva roky zaznamenali zlepšenie personálneho, technického a materiálneho vybavenia oddelení, na ktorých pracujú a to či už v menšej alebo väčšej miere. Taktiež aj u ambulantných pacientov, ktorí navštívili ambulancie národných ústavov srdcovo – cievnych chorôb, došlo k zlepšeniu úrovne v porovnaní so situáciou pred dvoch rokov. Za sa vyjadrilo 67 % z celkového počtu ambulantných pacientov. U hospitalizovaných pacientov sa za zlepšenie vyjadrilo len 44 %, zvyšná časť nepocítla žiadnu zmenu v porovnaní s predchádzajúcimi rokmi.

U ambulantných pacientov bol vo väčšine prípadov dodržaný termín objednávky. Ako problematickejšie sa ukázalo vyšetrenie, kde u skoro 40 % pacientov bola čakacia doba dlhšia ako tri týždne. Získané poznatky neboli prevratné a je vidieť v čom má zdravotníctvo hoci v tomto prieskume úzko zamerané, nedostatky. Len 29 % dotázaných pacientov mali pocit, že k nim lekári majú ľudský prístup. Takisto malé percento dosiahli vybavenosť ambulancií a profesný prístup. U hospitalizovaných pacientov až 99 % opýtaných boli spokojní s personálom daného oddelenia, predovšetkým ich záujmom o zdravotný stav pacienta. Podstatná väčšina pacientov bola v podstate s poskytovaním služieb vybraných nemocníc spokojná, niektoré negatívne odozvy boli na nemocničnú stravu.

Lekári a zdravotnícky personál vyslovil za najdôležitejší parameter úspešnosť liečby pacientov. Následovalo vybavenie pracoviska, finančné ohodnotenie nemocnice ako poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, taktiež odborná úroveň pracoviska či včasné poskytovanie starostlivosti. Skoro polovica opýtaných lekárov má pocit, že lekárov na ich oddeleniach je primeraný počet, nedostatok určite vidia u sestier.²⁶

Graf č.4: Kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti



Zdroj: <http://www.health.gov.sk/>

Na záver by som rada poukázala na zmeny niektorých parametrov, kde je možné porovnať ako pôsobí reforma na zdravotný systém. Čerpám primárne zo štatistík Národného centra zdravotníckych informácií. Pre porovnanie som sa rozhodla použiť údaje z roku 1996, kedy zdravotníctvo plne fungovalo na báze „socialistického“ režimu. Ako medzník použijem rok 2001, kedy sa o reforme už začína hovoriť a zisťuje sa, že slovenské zdravotníctvo zúfalo potrebuje pomoc. A akýsi výsledok by nám mal poskytnúť rok 2004 a už nedávno zverejnený rok 2005, kde v daných rokoch prebiehajú zmeny spôsobené jednotlivými reformnými krokmi.

Ako prvý parameter som si vybrala priemernú dĺžku života mužov aj žien, kde dochádza k neustálemu rastu. Je teda možné predpokladať, že rastúca tendencia sa zachová. Je možné konštatovať, že táto rastúca tendencia je spôsobená zvýšenou pozornosťou o vlastné zdravie, čo je ako som už spomínala jedným zo základných cieľov reformy.

Tabuľka č.7: Priemerná dĺžka života

	Rok 1996	Rok 2001	Rok 2004	Rok 2005
Stredná dĺžka života pri narodení				
Muži	68,8	69,5	69,9	70,1
Ženy	76,6	77,6	77,8	77,9

Zdroj: <http://www.nczisk.sk/>

Ako druhý parameter som použila priemerný ošetrovací čas. Cieľom reformy je aj zníženie ošetrovacieho času, nie však na úkor kvality alebo zdravia pacienta. Ako ukazuje nasledujúca tabuľka, za jednotlivé roky dochádza postupne k znižovaniu priemerného ošetrovacieho času.

Tabuľka č. 8: Priemerný ošetrovací čas

	Rok 1996	Rok 2001	Rok 2004	Rok 2005
Priemerný ošetrovací čas	11,29 dní	10 dní	9,1 dní	8,3 dní

Zdroj: <http://www.nczisk.sk/>

Nasledujúca tabuľka slúži na orientačné porovnanie jednotlivých parametrov. Keďže sa zdravotnícky systém reformou neustále formuje, môže sa stať, že u niektorých parametrov dôjde k nárastu z dôvodu zavedených zmien. Ale ako ukazuje tabuľka od roku 2001 dochádza k poklesu počtu zdravotníckych zariadení, taktiež počtu postelí v týchto zariadeniach a v neposlednom rade aj k poklesu počtu nemocníc. V prípade lekárskeho miest je diskutabilné, či pokles v roku 2005 nespôsobili práve nízke mzdy, ktoré sú ďalším problémom, s ktorých sa zdravotníctvo potýka.

Tabuľka č.9: Počet nemocníc, lekárskeho miest, postelí a zdravotníckych zariadení

	Rok 1996	Rok 2001	Rok 2004	Rok 2005
Počet zdravotníckych zariadení	7092	11 619	11 760	10 912
Počet lekárskeho miest	16 333,1	18 773	20 023,95	19 422,52
Počet postelí v zdravotníckych zariadeniach	59 404	54 759	50 058	48 622
Počet nemocníc	94	92	91	83
Postele na 100 000 obyvateľov v ústavnej starostlivosti	751,5	779,1	701,6	689

Zdroj: <http://www.nczisk.sk/>

Z daného základného porovania je možné teoreticky zhodnotiť, že došlo k určitým pozitívnym zmenám počas daného časového úseku.. Ovšem je otázne či dané zmeny spôsobili

samotná reforma alebo je dôvodom vývoj populácie, meniac sa doba a stúpajúce nároky či už pacientov, lekárov alebo iných subjektov v zdravotníctve.³⁶

5 Stav reformy zdravotníctva po voľbách v septembri roku 2006

Novým ministrom sa po voľbách v septembri 2006 stáva MUDr. Ivan Valentovič. Podľa jeho slov čakajú slovenské zdravotníctvo zásadné zmeny.²¹ A aby neostalo len pri slovách a sľuboch tak prvým krokom po jeho nástupe do funkcie je zrušenie poplatkov u lekára. Po voľbách prichádza minister s prvými návrhmi na zmeny, ktoré sa týkajú napríklad prepoistenia pacientov, za ktorých platí štátno štátnych poisťovní, transformácie štátnych poisťovní na verejnoprávne inštitúcie alebo zakázanie zisku v zdravotných poisťovniach.³² Podľa inštitúcie **Health Policy Institute** ďalej len HPI však tieto zmeny neriešia reálne a podstatné problémy v zdravotníctve ako sú napríklad lieková politika, ktorá sa vymyká efektívnej kontrole. Taktiež rastie podiel výdavkov na lieky, nehovoriac o súčasnom stave fakultných nemocníc.¹⁹

Dňa 15.11.2006 je Ministerstvom zdravotníctva vypracovaný operačný program zdravotníctva na roky 2007 – 2013. Globálnym cieľom vypracovaného operačného programu je dosiahnutie efektívnejšieho výkonu, zvyšovanie kvality, efektivity a dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Pri porovnaní s reformnými zákonmi, ktoré navrhovalo Ministerstvo zdravotníctva pod vedením Rudolfa Zajaca, ide takmer o rovnaké základné piliere. V tomto programe vyhlasuje ministerstvo zdravotníctva, že sa bude zameriavať v hlavných bodoch na:

- Reštrukturalizáciu služieb zdravotníctva
- Zvyšovanie informovanosti, bezpečnosti a ochrany pacienta v zdravotníckom systéme
- Podporu verejného zdravia, zvyšovanie osobnej zodpovednosti za zdravie
- Technickú pomoc

Z týchto primárnych bodov je podľa môjho názoru ešte stále nevyvinutý bod súvisiaci s informovanosťou pacienta. Dostatočné sú informácie pre odbornú verejnosť, zatiaľčo na občana ako pacienta sa akosi pozabudlo. Určite by sa mala vypracovať informačná brožúra, ktorá by mala pacienta informovať o zásadných krokoch v reforme zdravotníctva, aby pacient pochopil, prečo dochádza k určitým krokom, aj napriek tomu, že sa v očiach pacientov javia ako keby boli namierené proti nim samotným ako bolo napríklad zavedenie poplatkov. Tretí bod v podstate súvisí so spomínaným druhým bodom, pretože poukazuje na zvyšovanie osobnej zodpovednosti pacienta za svoje zdravie, aby pacient venoval väčšiu pozornosť preventívnym prehliadkam, čo v primárnom pojatí bolo aj určitým cieľom zavedenia poplatkov.

V operačnom pláne zdravotníctva, vypracovanom súčasným Ministerstvom zdravotníctva, sa zdôrazňuje nutnosť modernizácie. V tejto problematike sa podľa môjho predpokladu zhodnú všetci, ale opäť sa naskytuje otázka, kde na modernizáciu vziať ďalšie finančné prostriedky. Podľa rôznych zistení je prístrojové vybavenie väčšiny zdravotníckych zariadení nevyhovujúce, dokonca presahuje stanovenú mieru životnosti. Ako sa v publikácii uvádza až 79 % dentálnych jednotiek je zastaralých, a podobný osud majú aj napríklad 28 % zo 768 EKG, 38 % z 527 defibrilátorov či 43 % z 508 anesteziologických jednotiek. A takto by sa dalo pokračovať v ďalších zdravotníckych pomôckach respektíve jednotkách. V niektorých špecializovaných strediskách dokonca určité vybavenie chýba. Je vidno, že modernizácia v zdravotníctve je veľmi potrebná, ovšem vzniká otázka : „Kde vziať financie na modernizáciu?“³³

5.1 Občan – pacient

Minister Ivan Valentovič vstupuje do svojej funkcie s plným nasadením a okrem zrušenia poplatkov podáva aj návrh na prepoistenie občanov, aby všetci poistenci, za ktorých platí poistenie štát, boli poistení výhradne v štátnej poisťovni. Ovšem asi sa pozabudlo na základné právo pacienta a to právo poistenca na slobodnú voľbu poisťovne. Na otázku či nebudú porušené práva pacienta na slobodnú voľbu lekára, keďže poisťovňa má uzatvorené zmluvy len s istými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti mi odpovedá Ing. Pažitný z HPI: „Právo na slobodnú voľbu nie je touto konštrukciou dotknuté, lebo každý si môže vybrať lekára podľa svojich preferencií. Zmluvný vzťah je dôležitý pre posúdenie, či za daný výkon zaplatí poisťovňa, alebo pacient. Pre tých poistencov, ktorí nechcú platiť a spoliehajú sa len na verejné zdravotné poistenie môže dôjsť k obmedzeniu výberu (to sa však netýka všeobecných lekárov, pretože s nimi musí poisťovňa uzavrieť zmluvu automaticky ak ju má jej poistenec). Stále sa však môžu prepoistiť do takej poisťovne, ktorá má s tým "ich" lekárom podpísanú zmluvu. Riziko vidím pri násilnom prepoistení poistencov štátu zo súkromných poisťovní do Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Ak by Všeobecná zdravotná poisťovňa nemala zmluvy s týmito lekármi, títo poistenci by nemohli mať ani svojho lekára a ani by nemohli zmeniť poisťovňu. Stali by sa jej rukojemníkmi.“¹⁵

Mimo iného štát platí za skoro 3 milióny poistencov, čo predstavujú dôchodcovia, študenti, detí a v neposlednej rade nezamestnaní. Tým pádom môže dôjsť aj k zániku niektorých poisťovní, ktoré prídu o svojich pacientov a väčšina občanov bude práve v poisťovni, kde má 100 % podiel štát.²⁸

¹⁵ Ing. Peter Pažitný, MSc. Health Policy Institute

Podľa analýz Združenia zdravotných poisťovní Slovenskej republiky týmto krokom dochádza návrhmi Ministerstva zdravotníctva k porušovaniu:

- **Ústavy SR**
 - Čl. 1 odsek 1 zákaz retroaktivity , princíp právnej istoty
 - Čl. 12 odsek 1 a 2 princíp rovnosti pred zákonom
 - Čl. 20 právo vlastníť majetok
 - Čl. 35 odsek 1 právo podnikat'
 - Čl. 55 odsek 2 chrániť a podporovať hospodársku súťaž
- **Zmluvy o Európskom spoločenstve**
 - Čl. 86 pravidlá postavenia verejného podniku
 - Čl. 87 odsek 1 nedovolená štátna pomoc
- **Dodatkového protokolu k Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd**
 - Čl. 1 odsek 1 právo pokojne užívať majetok
- **Medzinárodných zmlúv na ochranu a podporu investícií**
 - Vyvlastnenie, nútené obmedzenie vlastníckého práva
- **Programového vyhlásenia vlády**
 - Rovnocenné postavenie poisťovní, ochrana domácich a zahraničných investícií¹⁶

Podľa súčasného ministra zdravotníctva by dôchodcovia, deti a ďalšie skupiny obyvateľov, za ktorých hradí odvody štát, mali byť poistení v štátnom kontrolovanej Všeobecnej zdravotnej poisťovni. Ľudia pracujúci v silových zložkách by zase mali byť poistení v Spoločnej zdravotnej poisťovni. Tým je úplne potláčaná sloboda voľby občana. Ani združenie poisťovní nesúhlasí s týmto návrhom. Povinné poistenie vo Všeobecnej poisťovni by však neplatilo pre ženy na materskej dovolenke alebo pre nezamestnaných, keďže tu hrozí riziko prepoistenia behom roka.⁶

Od 1.9.2006 dochádza k zrušeniu niektorých poplatkov. Zrušené sú platby v ambulancii a v nemocnici. Na čiastku 5,- Sk sa znižujú poplatky v lekárni a vo výdajni zdravotníckych pomôcok. Platby za pohotovosť ostávajú na úrovni 60,- Sk a platba za dopravu činí 2,- Sk na km.³⁵

Slovný súboj medzi politickými stranami v oblasti zdravotníctva, naberá na svojej sile. Svoj názor k danej situácii vyjadruje aj bývalý minister financií Ivan Mikloško, ktorý kritizuje niektoré súčasné kroky Ministerstva zdravotníctva. Podľa neho sa so zvyšujúcim vplyvom štátu ohrozuje situácia pacientov hlavne už spomínaná slobodná voľba lekára, a zmluvy na nákup zdravotnej starostlivosti s jej poskytovateľmi sa budú podpisovať na základe politickej objednávky. Podľa

¹⁶ Dostupné z www: <http://www.zdravotnictvonakrizovatke.sk/?module=webLIVE&id=736> [cit. 5-4-007]

viacerých vyjadrení sa súčasná vláda snaží obmedziť súkromné poisťovne, ktoré vlastne preukazujú vo všeobecnosti efektívnejšie hospodárenie a mali by poskytovať pacientom lepšie služby. Obmedzovaním pôsobenia súkromných poisťovní sa zároveň obmedzuje sloboda občanov vybrať si poisťovňu a tým sa môže výrazne zhoršiť situácia v zdravotníctve.²⁰

5.2 Zdravotnícke zariadenia a jej pracovníci

5.2.1 Nespokojní zdravotní pracovníci a štrajk

Minister po svojom nástupe takisto reaguje na požiadavky zdravotníkov, ktorí sú už dlhšiu dobu nadmieru nespokojní s platovými podmienkami.¹⁸ Tomuto opätovnému požiadavku predchádza štrajk zdravotníkov, ku ktorému dochádza ešte pri úradovaní ministra Rudolfa Zajaca.

Štrajk zdravotníkov za vyššie mzdy začína na Slovensku 6. apríla 2006. V súčasnej dobe lekári požadujú zvýšenie platu o trojnásobok a sestry o 1,5 násobok priemernej mzdy. Zo strany ministerstva im dané navýšenie je sľúbené do roku 2010. Minister taktiež plánuje od júla zvýšiť platy zdravotnému personálu o 9 percent.²¹ Pre rok 2007 má byť na mzdy zdravotného personálu vyčlenených 18 miliárd korún, kde však ešte nie je zahrnuté 9 percentné zvýšenie miezd, ktoré minister plánuje.¹⁸

V apríli 2006 vypracováva **Lekárske odborové združenie** ďalej len LOZ návrh koncepcie racionálneho rozvoja systému zdravotníctva, podľa ktorého by teda zdravotníctvo malo „ viesť správnym smerom“. Stále sa poukazuje na znenie ústavy, že každý občan má právo na bezplatnú starostlivosť, ale zabúda sa na to, že v súčasnej dobe už nič bezplatné nie je a ani nebolo a je nutné si za zdravotnú starostlivosť uhrádzať. LOZ uvádza vo svojom návrhu, že občan si za celý systém zdravotnej starostlivosti platí. Ovšem naskytuje sa mi v tomto prípade otázka koľko percent občanov z celkového počtu obyvateľov skutočne za seba odvádza platby za zdravotné poistenie. Ako už bolo viackrát spomínané na Slovensku je nerovnováha aktívne činných občanov a neaktívne činných. Najväčší problém vidím na východnom Slovensku, kde je podľa štatistík najvyššia nezamestnanosť. V mnohých prípadoch je nezamestnanosť dobrovoľná. Nevidím teda dôvod, prečo by štát mal odvádzať poistenie i za občanov, ktorí sú schopní pracovať, ale dobrovoľne sa práce vzdávajú. Podľa môjho názoru si touto prílišnou solidaritou štát sám vytvára kumulatívne dlhové zaťaženie, keďže nie je schopný za svojich poistencov odvádzať poistenie v plnej výške, čím dochádza ku kumulácii dlhu štátu voči zdravotným poisťovniam. Takto dochádza k reťazovej

reakcii, ktorá už trvá roky. Následne zdravotné poisťovne si vytvárajú dlhy voči nemocniciam a tie zase napríklad voči svojim dodávateľom.

5.2.2 Dlh nemocníc a prebytok nemocničných lôžok

Minister Valentovič je požiadaný zo strany médií o vyjadrenie k potrebe reforiem v zdravotníctve. Kritizuje hlavne nadbytok lôžok v nemocniciach, kde podľa jeho vyjadrenia boli za vlády Rudolfa Zajaca uskutočnené len tzv. „kozmetické úpravy“.²¹ Ministerstvo zdravotníctva požiadalo o analýzu siete ústavnej starostlivosti. Analýza ukazuje, že na Slovensku je ku koncu decembra roku 2006 až 6193 prebytočných lôžok. Ministerstvo uznáva, že reštrukturalizácia je nutná, na čo ovšem poukazoval už aj bývalý minister zdravotníctva. Podľa vypracovanej analýzy vzniká návrh k postupnému zrušeniu 9 % všetkých akútnych lôžok, 40 % všetkých chronických lôžok a 29 % všetkých psychiatrických lôžok. Redukcia má podľa prieskumov a analýz najviac postihnúť prešovský kraj a v bratislavskom kraji by malo dôjsť naopak k navýšeniu počtu lôžok. Ovšem podľa výskumov HPI sa redukcia lôžok v porovnaní s návrhom ministerstva zdravotníctva líši tak v štruktúre ako aj v geografickom rozložení. Rozdielne návrhy môžeme porovnať v nasledujúcej tabuľke.³¹

Tabuľka č.5: Porovnanie potrieb lôžkových kapacít podľa aktuálnej analýzy ministerstva zdravotníctva a návrhu HPI so skutočnosťou 2005

typ lôžka	počet lôžok				
	skutočnosť 2005	potreba (návrh MZ)	rozdiel	potreba (návrh HPI)	rozdiel
Akútne lôžka	26 580	24 117	- 2 463	19 937	- 6 643
Chronické lôžka	6 089	3 647	- 2 442	5 232	- 857
Psychiatrické lôžka	4 462	3 175	- 1 287	4 196	- 266
Spolu	37 131	30 938	- 6 193	29 365	- 7 766

Zdroj: <http://www.hpi.sk/>

Hospodárenie zdravotníckych zariadení môžu ovplyvňovať či už interné alebo externé faktory. Do interných faktorov by sme mohli zaradiť napríklad kvalifikáciu a motiváciu managementu, akcionárov a zamestnancov, a taktiež právnu formu zdravotníckeho zariadenia. Za externé faktory sa považujú ochrana pred exekúciami, priority v poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo napríklad zrušenie poplatkov za poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

Ak hovoríme o dlhu zdravotníckych zariadení tak ako najmäkší veriteľ sa ukázala Sociálna poisťovňa. Tento dlh tvorí a vždy tvoril významnú časť celkových dlhov zariadení. Tento podiel dlhu výraznejšie klesá práve v roku 2005 prostredníctvom oddlžovania projektom Veriteľ. Najväčšiu položku na strane nákladov predstavujú mzdy a druhú priečku obsadzujú súkromní dodávatelia materiálu, liekov, energie, potravín apod. Takisto často diskutovaným je dlh voči zdravotným poisťovňam, ktorý však výraznejšie klesá po legislatívnom umožnení vzájomného vysporiadania záväzkov a pohľadávok medzi zdravotnými poisťovňami a zdravotníckymi zariadeniami. Najmenší odpor je vo vzťahu Sociálna poisťovňa versus zdravotnícke zariadenia, kde sa v oboch prípadoch vo väčšine jedná o štátne inštitúcie. Dalo by sa povedať, že sa spoliehajú na to, že sa daný dlh postupne politicky urovná. Naše zdravotníctvo už v prípade riešenia dlhu zdravotníckych zariadení prešlo tromi výraznými etapami, ktoré si však v určitých bodoch doslova protirečia. Porovnanie jednotlivých etáp môžeme vidieť v nasledujúcej tabuľke.³¹

Tabuľka č.6: Etapy vývoja v zadlžovaní zdravotníckych zariadení

Parametre externého prostredia	I. etapa ohlasovaného oddlžovania	II. transformačná etapa	III. etapa opätovného zmäkčovania
Spoluúčasť pacientov	✓	✓	✗
Právna forma štátnych zdravotníckych zariadení ako a.s.	✗	príprava na transformáciu a postupné schvaľovanie transformácií vybraných zariadení s termínom ukončenia 31.12.2006	✗ pozastavenie a odloženie transformácie
Oddlžovanie (prostredníctvom Veriteľ a.s.)	očakávalo sa	oddlženie voči Sociálnej poisťovni prebehlo k novembru 2005	?
Zrušenie ochrany pred exekúciami	✗	✓ od 1.1.2006	✗ znovuzavedenie ochrany pred exekúciami od 1.10.2006, s výnimkou súkromných poskytovateľov
Odmeňovanie zamestnancov deregulované na manažment ²⁾	✗	✓	✓ ale politicky vynútené zvyšovanie miezd ešte zo sľubov predchádzajúcej vlády ku koncu roka; sľubovanie ďalšieho zvyšovania už novou vládou
Zdravotné poisťovne ako a.s.	✓ od 1.1.2006	✓	✓
Deregulácia cien a platobných mechanizmov	✓ od 1.1.2006	✓	✓
	⇓	⇓	⇓
Rozpočtové obmedzenie	prevažujú MÄKKE rozpočtové obmedzenia	prevažujú TVRDE rozpočtové obmedzenia	prevažujú MÄKKE rozpočtové obmedzenia
Vývoj dlhu	rast dlhu	prepad v absolútnej výške dlhu po oddlžení z 13,407 mld. Sk na 1,075 mld. Sk, postupné znižovanie miery zadlžovania	rast dlhu
Priemerná mesačná zmena výšky dlhu v sledovanom období*	+ 234 mil. Sk	- 50 mil. Sk	+ 41 mil. Sk

Vysvetlivky: ? ... opatrenie je v danej etape prítomné

✓ ... opatrenie nie je v danej etape prítomné

✗ ... zatiaľ nie je známe

* ... bez zohľadnenia jednorazového oddlženia v decembri 2005

Zdroj: <http://www.hpi.sk/>

V súčasnej dobe dosahuje dlh nemocníc výšky približne 6 miliárd korún. Súčasná vláda chce chrániť štátne nemocnice pred exekúciami zákonom, čo je vlastne presne opačné jednanie o aké sa pokúšalo ministerstvo pod vedením Rudolfa Zajaca. Exekúcie majú viesť k efektívnejšiemu a lepšiemu hospodáraniu nemocníc. Síce do konca roku 2004 sa splatilo asi 20 miliárd korún ale celkový dlh nemocníc nevymizol. Na prevádzku sa v súčasnej dobe vystavuje asi jedna tretina z celkových peňažných prostriedkov, ktoré nemocnice obdržiajú od zdravotných poisťovní, to však bohužiaľ nestačí.²³ Slovenské zdravotníctvo má v roku 2007 hospodáriť so skoro 90 miliardami korún zo zdravotných odvodov a 20 miliárd by malo plynúť z priamych platieb pacientov v hotovosti.²² Ministerstvo ubezpečuje, že k exekúciám nemocníc nedôjde. Podľa ministra by malo pribudnúť 7 miliárd, ktoré by mali odradiť veriteľov od vymáhania.²⁴

Minister má za cieľ znížiť platby pre súkromné zdravotnícke zariadenia. Znižovanie platieb súkromným záchrankám či snaha vytlačiť z trhu súkromné laboratória jev istej miere zarážajúca. Likvidácie sa obávajú aj súkromní lekári. Podľa viacerých odborníkov smerujú tieto kroky späť k socializmu, ktorý trval pred reformou. Nelogický sa zdá krok ministra zdravotníctva v znižovaní platieb pre súkromné zdravotné zariadenia, keď na Slovensku je v súčasnosti väčšina zariadení práve v súkromnom vlastníctve. Ambulancie praktických lekárov či už pre deti a dorast alebo pre dospelých sú všetky privátne. Zo špecializovaných ambulancií je súkromných asi 50 percent z celkového počtu. Taktiež nemocnice sú už vo väčšine pretvorené na neziskové organizácie alebo akciové spoločnosti. V štátnom vlastníctve ostali snáď len fakultné nemocnice. Hospodárenie súkromných zariadení sa javí ako hospodárnejšie, keďže si nemôžu dovoliť ísť do straty.²⁵

5.3 Dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

V januári 2007 nastávajú zmeny v riadiacej funkcii Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, kde podľa politickej strany Smer má úradovať osoba, ktorá má medicínske vzdelanie a zároveň niekoľko ročnú prax na riadiacej úrovni. Taktiež nasleduje prvé odvolanie predsedu z funkcie, kde podľa súčasného premiéra dochádza k odvolaniu z dôvodu nedostatočnej informovanosti a občanov a kvôli nedostatkom pri výkone dohľadu nad zdravotnými poisťovňami. V tom samom mesiaci sa vládnucej strane darí presadiť novelu zákona v prípade prijímania a odvolávania predsedu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Z toho plynie, že vláda teraz môže odvolať predsedu úradu prakticky kedykoľvek. Zdravotníctvo sa tak opäť stáva predmetom politickej popularity a zabúda sa na jej podstatný problém. Naopak podľa HPI, ktorá podporovala prvotné kroky reformy, je odvolanie predsedu veľkou statou. Podľa ich názoru sa

jedná o neopodstatnenú a politicky účelovú novelu zákona. Podľa inštitútu sa tento krok považuje za dôkaz straty nezávislosti úradu a jej faktické podriadenie vláde a ministerstvu zdravotníctva. Podľa jednotlivých krokov sa javí konanie súčasnej vlády za rozporuplné z predchádzajúcimi krokmi reformy.¹⁹

5.4 Transformácia zdravotných poisťovní a tvorba zisku

Súčasný minister zdravotníctva sa pokúša zmeniť ďalší reformný zákon súvisiaci s prevedením zdravotných poisťovní z verejnoprávnych inštitúcií na akciové spoločnosti. Ministerstvo zdravotníctva tak podáva návrh novely zákona o verejnoprávnych zdravotných poisťovniach.²⁸ Podľa správy Ministerstva zdravotníctva ohrozuje transformácia fakultných nemocníc stabilitu a hlavne ohrozuje garantovanie poskytovania zdravotnej starostlivosti nepretržite 24 hodín. Taktiež dochádza ku kritike tejto transformácie, ktorá by mala viesť k tomu, že sa nemocnice budú riadiť podľa Obchodného zákonníka, pretože vzniká domienka, že by dochádzalo aj k ohrozeniu dostupnosti pre občana.³³

Úmyslom súčasnej vlády je teda už spomínaný návrh na zmeny v zdravotnom poistení. Minister predkladá v novembri 2006 návrh na zavedenie takzvaného spoločného účtu a zavedenie povinnosti používať kladný hospodárky výsledok zdravotných poisťovní len na úhradu zdravotnej starostlivosti.

Podľa Petra Pažitného člena HPI je legislatívna úprava spoločného účtu problematická z viacerých dôvodov. Ministerstvo zdravotníctva týmto krokom navrhuje, aby všetky zdravotné poisťovne povinne poukazovali za každého poistencu predpísanú čiastku na spoločný účet. Podľa rôznych prepočtov by sa celková čiastka za všetky poisťovne mala ročne na spoločnom účte vyšplhať na 12, 84 miliárd Sk. Podľa všetkého by právomoc pri rozhodovaní o spôsobe nakládania s financiami na spoločnom účte pripadla na ministerstvo. Keďže by sa ministerstvu naskytla možnosť nakladať z financiami zo spoločného účtu, rysuje sa riziko zvýhodňovania pri odmeňovaní spriaznených poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a taktiež riziko manipulácie nielen s poskytovateľmi ale aj so samotnými pacientami. Ďalší problém, o ktorom sa diskutuje, je prerozdelenie finančného rizika. Ak sa preukáže, že poistenci, ktorí si vyžadujú finančne zvlášť náročnú liečbu, nie sú rozdelení v poisťovniach rovnomerne, je nutné pozmeniť systém a to rozšírením parametrov prerozdelenia poistného. V súčasnej dobe sa rozdiel vyrovnáva medzi poisťovňami na základe veku a pohlavia poistencov. Ako prvá možnosť pre rozšírenie parametrov sa javí prerozdelenie nákladov na finančne zvlášť náročnú liečbu pomocou metódy „high risk pool“.

Príklad

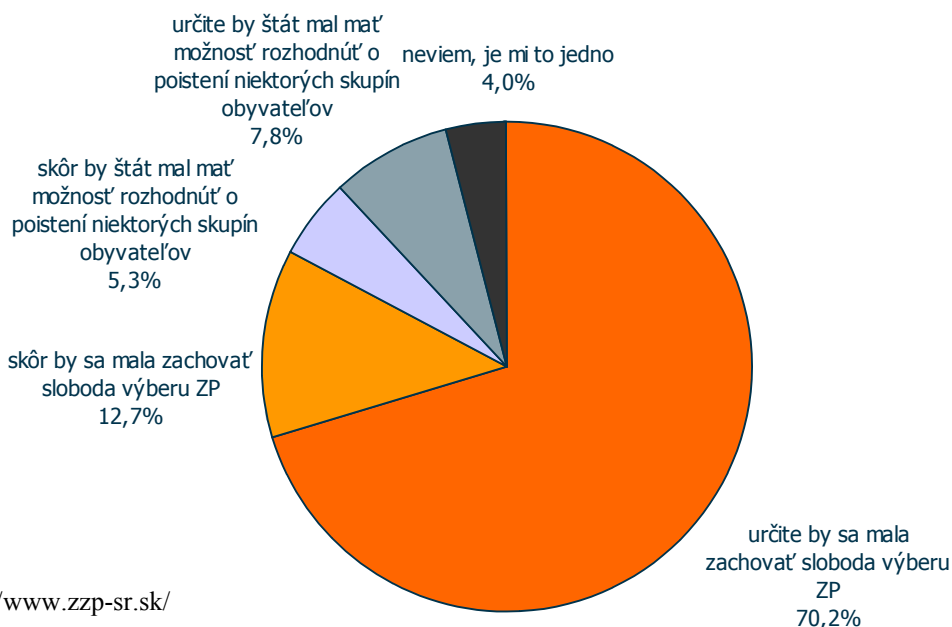
Poistenec má v poisťovni určenú hornú hranicu nákladov na liečbu vo výške 1 milión korún. Ak by skutočné náklady boli napríklad 1,2 milióna korún, čím by sa stanovená horná hranica prekročila, obdržala by zdravotná poisťovňa kompenzáciu z rozdielu medzi skutočnými nákladmi a hranicou napríklad vo výške 75 % z tohto rozdielu.

Ako druhú možnosť vidí inštitút HPI pri prerozdeľovaní nákladov na liečenie vybraných diagnóz mechanizmus, kde ako parameter bude definovaný zdravotný stav. Problémom je hlavne vykazovanie diagnóz zo strany lekárov, preto by určite bolo požadované zvýšenie disciplíny pri vykazovaní.³¹

Úsilím ministra zdravotníctva je aj mimo iné, aby zdravotné poisťovne neodčerpávali peniaze vo forme zisku. Týmto krokom sa už porušuje základný prvok trhu a narúša sa konkurenčné prostredie. Združenie zdravotných poisťovní zverejňuje na svojich stránkach prieskum verejnej mienky na súčasné dianie v zdravotníctve. Reprezentatívny prieskum sa koná 15. – 26. novembra 2006. Respondentom je položených viacero otázok v súvislosti s otázkou súkromného či štátneho sektora v zdravotníctve.

V otázke zoštátnenia zdravotnej poisťovne sa viacerí vyjadrujú pre to, aby sa zachovala slobodná voľba poisťovne, čo ukazuje aj nasledujúci graf.

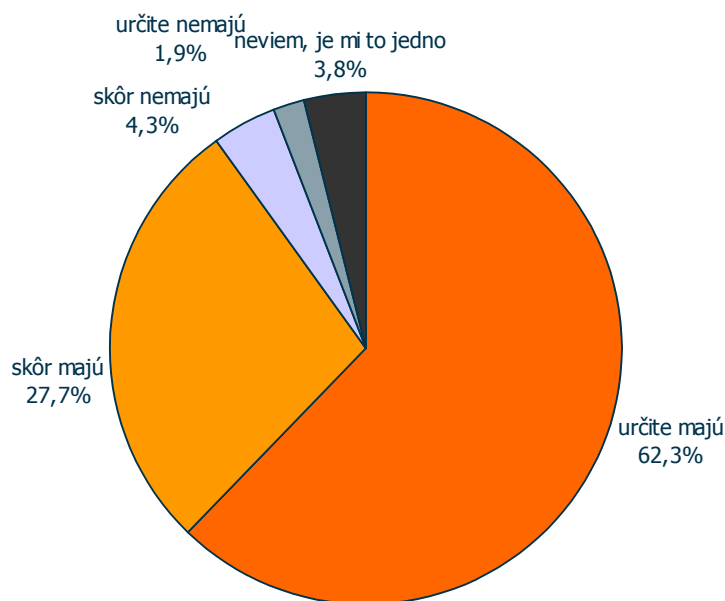
Graf č.5: Zoštátnenie zdravotnej poisťovne



Zdroj: <http://www.zzp-sr.sk/>

V otázke tvorby zisku majú vo väčšine občania názor opačný ako súčasné ministerstvo. Na otázku, v prípade, ak by neštátni a súkromní praktickí lekári, špecialisti, nemocnice a zdravotné poisťovne poskytovali kvalitné a odborné služby svojim pacientom, či majú nárok na primeraný zisk, odpovedajú poväčšine kladne ako ukazuje nasledujúci graf.²⁹

Graf č. 6: Tvorba zisku v zdravotných poisťovniach



Zdroj: <http://www.zzp-sr.sk/>

5.5 Lieková politika

Takisto aj v liekovej politike má dôjsť v blízkej budúcnosti k zmenám. Ministerstvo očakáva 5 – 7 % zníženie ceny liekov, hlavne tej časti ceny, kde výrobcovia napriek výraznému posilneniu koruny nezohľadnili túto zmenu v podobe nižšej ceny liekov. Odhad na finančný prínos z úpravy cien liečiv by mal činiť cca 3 miliardy korún.²¹ Od 1.apríla 2007 dochádza k zmene v doplatkoch za lieky. K zvýšeniu doplatkov za lieky o viac ako 5 Sk dochádza u 383 druhov liekov. Zatiaľčo zníženie doplatku za lieky zasahuje 1193 druhov liekov. Slovenská lekárska komora zverejňuje aj zoznam liekov, ktoré nepodliehajú novej cenovej regulácii. Jedná sa o 932 druhov liekov, u ktorých je po kategorizácii nová predajná cena rovnaká ako pred ňou.³²

6 Základné porovnanie systému zdravotníctva fungujúceho na Slovensku a v Českej republike

Do roku 1993 funguje zdravotníctvo oboch štátov na princípe socializmu pod jednou vládou. Po rozdelení Československa čelia obe krajiny takmer rovnakým problémom v rezorte zdravotníctva. Na Slovensku alarmujúcu situáciu začína vláda riešiť výraznou reformou v roku 2002, čím „prebudila“ zainteresované subjekty a konečne sa o problémoch začína verejne a ostro diskutovať. V Českej republike takisto dochádza k diskusiám o reforme zdravotníctva, ovšem ku konkrétnym vážnejším návrhom v podstate dochádza v roku 2005.

České Ministerstvo zdravotníctva predkladá návrh reformy zdravotníctva, ktorý je rozdelený na dve hlavné časti. Prvá časť predstavuje **reformu inštitúcií** a druhá časť zase **reformu financovania**.

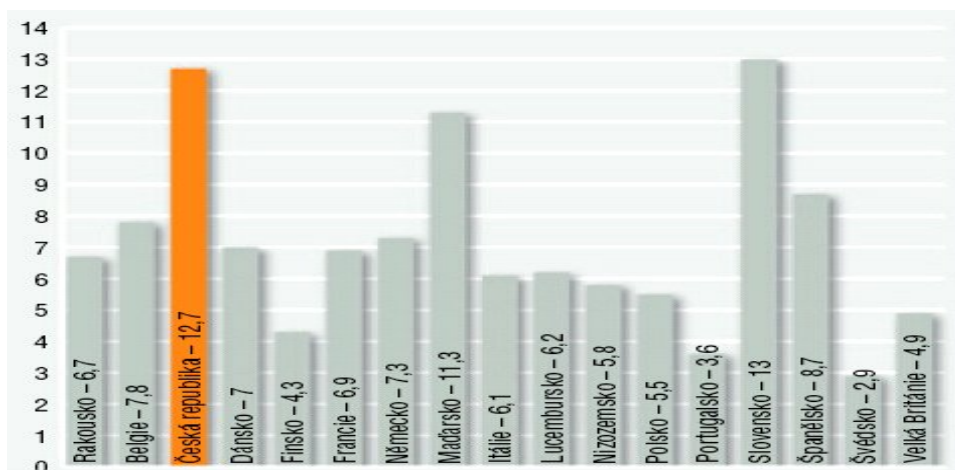
Podobne ako u nás aj český návrh reformy poukazuje na potrebu zvyšovania kvality. Aj tu sa rieši úloha štátu v zdravotníctve, kde snahou je určité obmedzenie jeho role. Návrh českého Ministerstva zdravotníctva dáva zreteľ na vymedzenie jasných pravidiel, zavedenie kontroly nad ich dodržovaním. Podľa súčasného českého ministra MUDr. Julínka by mal byť chod systému prenechaný jeho účastníkom a na ich vzájomnej interakcii. Črtá sa tu rovnaký problém súvisiaci s príchodom nových drahých medicínskych postupov, s rastúcimi očakávaniami občanov a stárnutím populácie, s ktorým sa bude musieť zdravotníctvo postupne vyrovnávať. Situácia v Českej republike je teda obdobná ako na Slovensku. Je nutné zmeniť fungovanie zdravotníckych inštitúcií a vyvolať v zainteresovaných subjektov určitú mieru zodpovednosti.

Reforma či už v Českej alebo Slovenskej republike má za cieľ postupnú transformáciu siete zdravotníckych zariadení a zdravotných poisťovní, hlavne uzatváranie zmlúv medzi oboma stranami na definovaný druh, a objem zdravotnej starostlivosti na základe už spomínanej kvality a ceny podľa situácie a potrieb.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú jedným z bodov reformy, kde sa vytvárajú návrhy na zlepšenie ich fungovania. Zrovnateľne so situáciou na Slovensku sú poskytovatelia doposiaľ platení bez ohľadu na kvalitu a potrebnosť svojich služieb. Navrhuje sa vytvorenie prostredia, v ktorom budú súťažiť nielen poskytovatelia zdravotnej starostlivosti ale aj zdravotné poisťovne v ponuke kvality a ceny svojich služieb. Jedným z cieľov je teda preniesť zodpovednosť štátu na subjekty zdravotníctva, aby štát v konečnom dôsledku pôsobil iba ako regulátor nie záchranca.

V prípade návrhu časti reformy financovania je princíp riešenia problému takmer totožný so slovenským. Už spomínané stárnutie populácie či už rastúce nároky občanov budú mať za následok zvyšovanie objemu financií plynúcich do rezortu zdravotníctva. Avšak ďalšie zvyšovanie záťaže je už z makroekonomického hľadiska pre krajinu neúnosné. Ako riešenie sa navrhuje zvyšovanie podielu súkromných zdrojov a zapájanie občana do systému zdravotníctva a zároveň zvyšovanie jeho spoluúčasti a zodpovednosti. K tejto spoluúčasti majú slúžiť práve poplatky, ktoré na Slovensku už boli zavedené. Ako som už totiž spomínala, na Slovensku je nadpriemerná návštevnosť ambulantných lekárov, čo malo obmedziť práve dané zavedenie poplatkov. Obdobná situácia prevláda aj v Českej republike, preto aj v tomto štáte nastáva snaha o obmedzenie. Postavenie oboch krajín v porovnaní s inými krajinami v počte návštev v ambulantnej sfére zobrazuje nasledujúci graf.

Graf č. 8: Počet návštev pacientov u ambulantných lekárov na obyvateľa



Zdroj: HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T., Reforma zdravotníctví pro Českou republiku v Evropě 21. století

Zdravotnícke systémy v oboch krajinách výrazne ovplyvnil socialistický systém, ktorý v minulosti prevládal a vzbudzoval pocit bezplatného zdravotníctva a tejto idey sa nevieme zbaviť ani doposiaľ. Keďže v minulosti sme boli spoločný štát i napriek dlhej dobe po rozdelení je viacero základných pilierov, ktoré ostali v oboch krajinách takmer nezmenené.

Pre porovnanie som vypracovala orientačnú tabuľku, ktorá poukazuje na to, že v prípade odmeňovania zdravotníckych zariadení funguje v oboch krajinách takmer rovnaký zdravotnícky systém. Postoje občanov sú podľa môjho názoru v oboch krajinách rovnaké a takisto aj fungovanie zdravotných poisťovní.

Tabuľka č. 10: Porovnanie Česká a Slovenská republika – systém odmeňovania

	Česká republika	Slovenská republika
<i>Praktický lekár</i>	kapitačne výkonová platba	kapitačne výkonová platba
<i>Ambulantný špecialista</i>	výkonová platba	výkonová platba
<i>Ambulatná hemodialýza</i>	výkonová platba	výkonová platba
<i>Home care</i>	výkonová platba	výkonová platba
<i>Fyzioterapia</i>	výkonová platba	výkonová platba
<i>Laboratória</i>	paušálna sadzba	paušálna platba
<i>RTG</i>	paušálna sadzba	paušálna platba
<i>stomatológia</i>	bodový systém	bodový systém
<i>Zdravotnícka záchranná služba</i>	výkonová platba	paušálna platba
<i>Lekárska služba prvej pomoci</i>	výkonová platba	výkonová platba
<i>Nemocnice</i>	paušálna sadzba	Paušálna sadzba

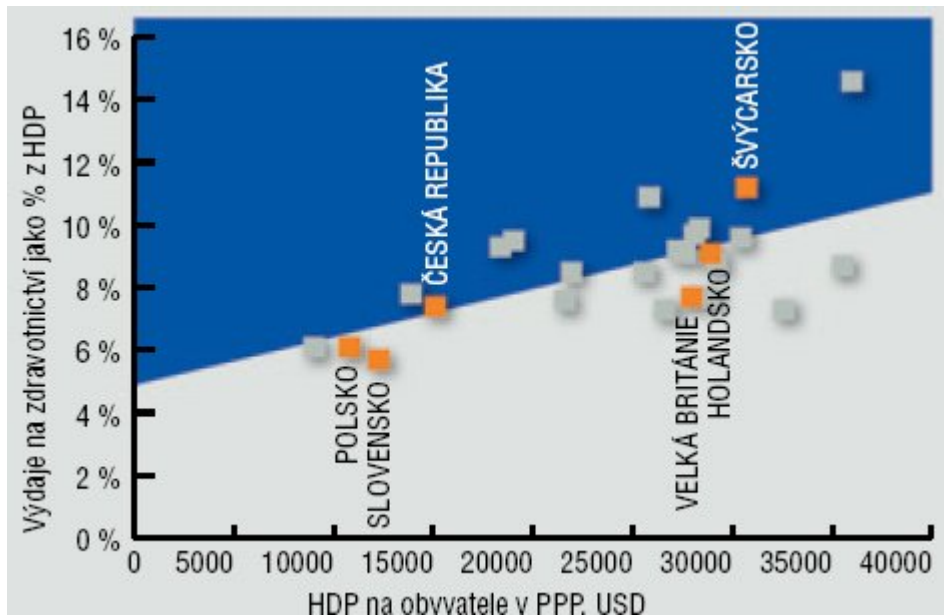
Zdroj: <http://www.vzp.cz/> , <http://www.loz.sk/>

Podľa údajov OECD dáva Česká republika do zdravotníctva primeraný objem finančných zdrojov. Vo všeobecnosti množstvo financií vložených do zdravotníctva závisí v jednotlivých krajinách na:

- usporiadaní systému zdravotnej starostlivosti
- preferenciách obyvateľstva
- výkonnosti ekonomiky

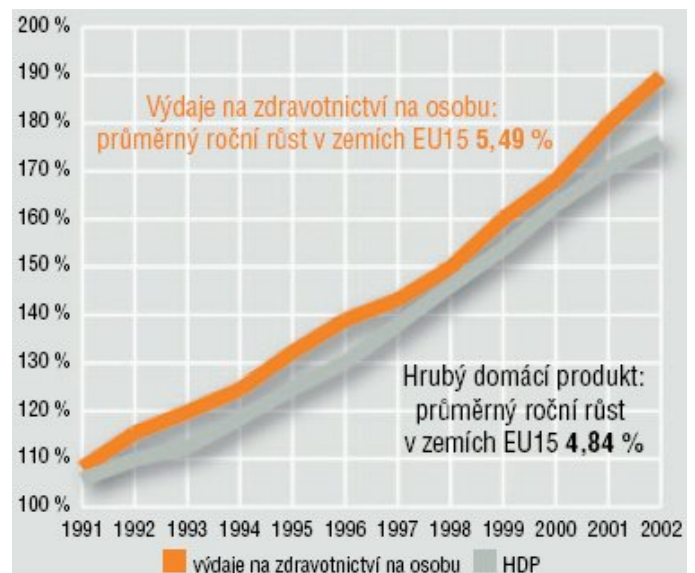
Všeobecne teda platí, že štáty s vyšším hrubým domácim produktom na obyvateľa dávajú do zdravotníctva väčší objem financií. Podľa štatistiky, ktorú ukazuje nasledujúca tabuľka, sú výdaje na zdravotníctvo v ČR v pomere k HDP na priemernej úrovni, zatiaľčo Slovenská republika je pod priemerom. Je potrebné teda zistiť, kde sa finančné prostriedky čerpajú neefektívne.

Graf č.7: Výdaje na zdravotnictví v pomere k HDP



Zdroj: HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T., Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století

V súčasnosti sa čoraz viac presadzuje západný trend prístupu ľudí k vlastnému zdraviu. Zvyšujú sa ich nároky na služby, na už spomínanú ich kvalitu a na pohodlie. Občania ako pacienti sa snažia byť aktívnymi, očakávajú informácie, určitý komfort, zodpovedajúce chovanie personálu, ale hlavne očakávajú určitú slobodu pri rozhodovaní. Tento nový prístup pozmeňuje aj chovanie výrobcov liekov a zdravotníckych pomôcok, ktorí sa už v niektorých prípadoch snažia osloviť priamo koncového spotrebiteľa. rastúce nároky a očakávania občanov vedú súčasne k rastu HDP, čo môžeme vidieť v nasledujúcom grafe, kde je znázornený vývoj výdajov na zdravotníctvo a vývoj HDP za dané obdobie. Z grafu je možné vidieť, že rast výdajov na zdravotníctvo je v priemere vyšší ako rast ekonomík krajín EU.³⁴



Graf č.9: Vývoj výdajov na zdravotníctvo a vývoj HDP

Zdroj: HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T., Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století

Záver

Hlavným cieľom diplomovej práce bolo zhodnotenie reformy zdravotníctva na Slovensku. Zároveň ma zaujímalo ako na dané reformné návrhy zmien reagujú jednotlivé zainteresované strany. Bohužiaľ z dôvodu nedostatočnej a v niektorých miestach nepriehľadnej informovanosti sa reformné kroky od počiatku stretávali s negatívnou odozvou.

V prvej časti práce som sa snažila definovať základné pojmy súvisiace so zdravotníckym systémom. Do tejto časti som zahrnula problematiku dlhu zdravotníctva a jeho základné delenie, keďže primárnym dôvodom reformy je predovšetkým hľadanie správnej cesty na znižovanie dlhu, ktorý zdravotnícky sektor zaťažuje už dlhé roky.

V druhej časti diplomovej práce som sa zamerala na samotnú reformu. V prvom rade som sa snažila priblížiť situáciu v zdravotníctve, ktorá predchádzala reforme a v konečnom dôsledku k nej aj viedla. Samotnú časť týkajúcu sa reformy som rozdelila podľa jednotlivých reformných zákonov, kde som sa pokúsila v základných bodoch charakterizovať kroky, ktoré boli úmyslom reformy. Ako doplnok pre porovnanie som vytvorila tabuľky, ktoré porovnávajú niektoré ukazatele z roku 1996, kedy systém fungoval ešte pod záštitou „socialistického“ režimu, a taktiež ukazatele z roku 2004 a 2005. Tabuľka má slúžiť pre orientačné porovnanie, či realizované zmeny spôsobili v zdravotníctve nejaký posun alebo je situácia stále rovnaká. Keďže počas spracovávania diplomovej práce došlo k zmene vlády k septembru 2006 a tým aj k určitým zmenám v rezorte zdravotníctva, zakomponovala som do svojej práce aj náčrt súčasnej situácie a zmien, ktoré sa za dané obdobie udiali so zreteľom na posledný dátum. V neposlednej rade som stručne porovnala zdravotníctvo v Slovenskej a Českej republike, keďže aj v Českej republike prevládajú v súčasnosti ostré diskusie o reforme zdravotníctva.

Ako možný problém diplomovej práce vidím postrádanie podrobnejšieho spracovania niektorých bodov reformy, ovšem jedná sa o príliš rozsiahlu tému a mojím hlavným cieľom nebolo podrobne analyzovať reformu zdravotníctva, ale poukázať na hlavné kroky, z ktorých reforma pozostávala.

Po prečítaní mnohých článkov týkajúcich sa tejto problematiky, som došla k názoru, že aj napriek tomu, že každá zo zainteresovaných strán, či už zdravotníci, poisťovne, lekárne alebo samotná vláda, poukazujú na občana ako na najdôležitejší prvok v zdravotníckom systéme. V skutočnosti tomu tak bohužiaľ nie je. Každá strana si logicky hájila a aj háji výhradne svoje záujmy a ako zásteru používajú občana, ktorý je v celom systéme podľa môjho názoru značne dezorientovaný a následné zmeny v zdravotníctve po voľbách v septembri 2006 tento chaos občana akurát prehĺbili.

Základnou myšlienkou reformy bola snaha vlády o zníženie extrémneho dlhu v sektore zdravotníctva, hoci v prvotnej podstate je jej samotným tvorcom. Taktiež sa obávam, že k zníženiu dlhu nedospejeme tým, že začneme stavať ďalšie zdravotnícke zariadenia, zvyšovať platy, či znižovať ceny liekov. Návrhy súčasnej vlády k zmene v zdravotníckom sektore sa mojej osobe javia ako populistické, bez jasnej vízie do budúcnosti.

Taktiež vidím problém v otázke solidarity. Ako som spomínala vo svojej práci, na Slovensku financuje zdravotnícky systém jedna tretina z celkového počtu obyvateľov, ktorá je ekonomicky činná. Pravdaže takéto financovanie je neúnosné a hlavne do budúcnosti neudržateľné. Podľa môjho názoru by sa stupeň solidarity mal upraviť na takú úroveň, ktorú je štát schopný financovať. Myslím si, že na Slovensku by si každý pracujúci občan, ktorý odvádza dane, zaslúžil, aby mal možnosť využiť toho za čo si platí, poprípade mať možnosť si priplatiť za určité služby. Ovšem dôchodcovia, deti, študenti, či občania, ktorí nie sú schopní pracovať z určitých dôvodov, sú odkázaní na pomoc zo strany štátu. V tomto prípade je solidarita na správnom mieste a oprávnená. Ale ako je známe, je mnoho poistencov, za ktorých poistenie odvádza štát a pritom by na jeho pomoc nemuseli byť odkázaní. Na mysli mám skupinu občanov, ktorí zneužívajú solidárnosť štátu. Na Slovensku je napríklad mnoho regiónov, kde je nezamestnanosť vysoká a pritom nie je bezpodmienečne spôsobená napríklad nedostatkom pracovných miest. Ale ako sa zdá, náš sociálny systém je ešte solidárnejší než zdravotnícky, a preto je častokrát dôvodom pracovnej nečinnosti práve ľahostajnosť a spoliehanie na zabezpečenie zo strany štátu.

Ako bolo zistené rôznymi analýzami a štúdiami, reformou zdravotníctva si ľudia postupne začínajú uvedomovať hodnotu svojho zdravia. Myslím si, že zavedenie poplatkov bolo jedným z pozitívnych krokov reformy. Horšie to už je s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Tlak, ktorý sa na nich postupne vytváral, spôsobil následný štrajk zdravotníkov. Takisto ako si občan uvedomil hodnotu svojho zdravia tak obdobná situácia nastala aj u zdravotníckeho personálu, ktorý požaduje lepšie ohodnotenie za služby, ktoré poskytuje. Títo občania si určite zaslúžia lepšie ohodnotenie už len pre to, že sa starajú o obyvateľstvo a zabezpečujú zdravie občanov a mnohí z nich celý život zasvätili medicíne. Ovšem môžeme len smutne skonštatovať, že v súčasnej dobe sú v tomto systéme bezmocní, pretože ohodnotenie, ktoré požadujú a aké by si zaslúžili, však v danej dobe nie je systém schopný zaplatiť. Sú len odkázaní na rozhodnutie vlády respektíve vedenia nemocníc ako zamestnávateľa. Avšak aj nemocnice majú „zviazané ruky“, keďže sú v podstatnej miere závislé od platieb zo strany štátu. A tak sa nám vytvára začarovaný kruh, pričom všetci sú poškodení v podstate okrem vlády, ktorá je v základnom slova zmysle jeho tvorcom.

Transformácia nemocníc na akciové spoločnosti je odbornou verejnosťou odmietaná a taktiež je zavrhaný aj návrh na vytváranie zisku. Myslím si, že aj v zdravotníckom sektore by mali mať subjekty nárok na vytváranie zisku a fungovať ako každý iný subjekt na trhu. Ako je všeobecne už dané, tvorbou zisku dochádza k zvyšovaniu kvality, k snahe o udržanie postavenia na

trhu, ale zároveň subjekt podstupuje riziko, ktoré už jednoducho k podnikaniu patrí. Nevidím dôvod, prečo by sa malo udržiavať určité zdravotnícke zariadenie, ktoré dlhodobo nevykazuje pozitívny efekt a teda je neefektívne. Pokiaľ by zrušením daného zdravotníckeho zariadenia nedošlo k ohrozeniu života občanov, je potom zbytočné plytvať finančnými prostriedkami, ktoré sa môžu využiť úplne niekde inde. Zrušenie zavedených marginálnych poplatkov považujem za chybný krok súčasnej vlády. Ako spomínam vo svojej práci je viacero krajín východnej Európy, kde poplatky sú už zavedené alebo má daná krajina v pláne, poplatky zaviesť. Podobne chce urobiť aj Česká republika.

Za nie veľmi vydarený reformný krok sa považuje vytvorenie spoločnosti Veriteľ, ktorá slúžila k oddlžovaniu zdravotníckeho sektoru. Je pravdou, že sa podarilo zlikvidovať záväzky vo výške takmer 33 mld. Sk a k tomuto kroku stačilo 20 mld. Sk. Týmto krokom sa podarilo dočasne dlh znížiť, avšak len na určitú dobu. Aby mal projekt dlhotrvajúcu úspešnosť, je potrebné v prvom rade zmeniť chovanie či už zdravotníckych zariadení, občanov alebo zdravotných poisťovní, aby sa snažili zaobchádzať s finančnými prostriedkami čo najracionálnejšie.

Reforma zdravotníctva je sama o sebe veľmi citlivá téma. A to nielen na Slovensku ale aj v zahraničí, kde sa taktiež potýkajú s problémom dlhu v zdravotníctve.

Každý návrh, ktorý sa prednesie, má svoje plusy ale aj mínusy. Najefektívnejšia cesta by bola spojiť pozitívne stránky návrhov, čo je však dosť obtiažne alebo dokonca nemožné. Dobré by bolo začínať s čistým respektíve s rovnakým štítom, rovnými podmienkami a správne nastavenými merítkami napríklad kontroly. Podľa môjho názoru bola reforma zdravotníctva správnym krokom, už len z toho dôvodu, že sa k nej vôbec niekto odvážil. Ľahké je kritizovať a nemať k tomu vlastný reálny návrh, ťažšie je už konať. Aj z tohto dôvodu uznávam podniknuté kroky, keďže od doby, kedy sa Slovensko osamostatnilo, nedošlo do doby reformy zdravotníctva k žiadnym výrazným zmenám, ktoré by zdravotníctvo posunuli ďalej.

Mnohé predvolebné kampane obsahovali rôzne návrhy na zlepšenie zdravotníctva. Ovšem pri štúdiu na Fakulte managementu za výučby špičkových ľudí s bohatými praktickými skúsenosťami, či už z ekonomickej alebo medicínskej oblasti, som zisťovala, že predvolebné kampane boli len všeobecným konštatovaním zdravotníckeho systému a zbožným prianím politických strán, ako by mal správny zdravotnícky systém v ideálnom svete fungovať. Avšak ku konkrétnym ráznym krokom nedošlo, až danou reformou zdravotníctva. Aj preto považujem kroky súčasnej vlády za výrazný skok späť, späť k niektorým prvkom socializmu. Asi mnoho ľudí očakávalo od daných zmien výrazne alebo väčšie pocítenie, ale je nutné si uvedomiť, ako dlho je už zdravotníctvo v kríze a nie je možné to vyriešiť mávnutím „čarovného prútika“. Takáto zmena vyžaduje trpezlivosť a zosúladenie zainteresovaných strán, čo by sme mohli vo všeobecnosti označiť ako synergický efekt. Je možné, že niektoré kroky sa v budúcnosti prejavia ako nesprávne, ale aspoň sa ponúkne možnosť iných variant odvíjajúcich sa od chýb predchádzajúcich. A myslím

si, že aj keby sa neskôr preukázali niektoré činy reformy za chybné, aspoň sa niekto konečne odvážil urobiť určitú zmenu a snažil sa pohnúť systém vpred. Takto by sme mohli bez akýchkoľvek zásahov nečinne čakať a dúfať, že sa systém ozdraví sám.

Dalo by sa povedať, že súčasné zdravotníctvo je už dlhé roky „ choré“ a čaká na správne „ lieky“ a určenie „ správnej a účinnej diagnózy“. Ovšem k uzdraveniu vedie dlhá cesta plná odriekania a trpezlivosti, čo na konci privedie zdravotníctvo k lepšiemu. Preto musia byť či už samotní občania, zdravotnícky personál, zdravotné poisťovne a iné subjekty zdravotníctva trpezlivé. Výsledok nie je možné očakávať v priebehu krátkej doby, keď k samotnému devastovaniu zdravotníctva dochádzalo tak dlhé obdobie.

Prílohy

Zoznam grafov

Graf č.1: Medzinárodné porovnanie strednej dĺžky života v roku 2004	9
Graf č.2: Celková očakávaná dĺžka života	9
Graf č.3: Stredná dĺžka života OECD	10
Graf č.4: Kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti	52
Graf č.5: Zoštatnenie zdravotnej poisťovne	63
Graf č.6: Tvorba zisku v zdravotných poisťovniach	64
Graf č.7: Výdaje na zdravotníctvo v pomere k HDP	68
Graf č.8: Počet návštev pacientov u ambulantných lekárov na obyvateľa	66
Graf č.9: Vývoj výdajov na zdravotníctvo a vývoj HDP	68

Zoznam tabuliek

Tabuľka č.1: Zavedenie poplatkov	29
Tabuľka č.2: Výdavky domácností na zdravie	31
Tabuľka č.3: Poplatky v zdravotníctve v jednotlivých krajinách	32
Tabuľka č.4: Celkový stav oddĺženia v mil. Sk	41
Tabuľka č.7: Priemerná dĺžka života	52
Tabuľka č.9: Počet nemocníc, lekárskeho miest, postelí a zdravotníckych zariadení	53
Tabuľka č.5: Porovnanie potrieb lôžkových kapacít podľa aktuálnej analýzy ministerstva zdravotníctva a návrhu HPI so skutočnosťou 2005	59
Tabuľka č.6: Etapy vývoja v zadlžovaní zdravotníckych zariadení	60

Zoznam obrázkov

Obrázok č.1: Základná štruktúra záväzkov a pohľadávok v zdravotníctve	14
Obrázok č.2: Reformné opatrenia	18
Obrázok č.3: Reformný cyklus	24
Obrázok č.4: Magický trojuholník	25
Obrázok č.5: SWOT analýza rezortu zdravotníctva	27
Obrázok č.6: Reformné puzzle	28
Obrázok č.7: Postavenie a.s. Veriteľ na začiatku operácie, celkové záväzky v mld. Sk	36
Obrázok č. 8: Postavenie Veriteľ na konci operácie	40
Obrázok č.10: Subjekty v zdravotníctve	50

Literatúra

1. PETRÁČKOVÁ, V., et al.: Slovník cudzích slov. Bratislava: MEDIA TRADE, spol s.r.o. 1997, str. 991, ISBN 80-08-02673-1
2. Dostupné z www: <http://encyklopedie.seznam.cz/> , [cit. 10-8-2006]
3. Dostupné z www: <http://www.ineko.sk/reformy2003/zdravotnictvo.htm> [cit. 7-2-2007]
4. Dostupné z www: http://www.sls-sis.sk/pages/legislativa-277_03.html [cit. 20-2-2007]
5. Dostupné z www: http://www.greenpages.sk/catg_medins_sk.html [cit. 20-2-2007]
6. Denník Pravda: Štát chce mať svojich poistencov vo VšZP, zverejnené 26-1-2007
Dostupné z www: <http://www.tvojepeniaze.sk/> [cit. 21-2-2007]
7. PAŽITNÝ P., ZAJAC R.: Ozdravené zdravotníctvo v službách občanov. Bratislava: M.E.S.A. 10 Consulting Group 2004, ISBN 80-969201-2-X,
Dostupné z www: <http://www.reformazdravotnictva.sk/> [cit. 10-11-2006]
8. Zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2005 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
9. Zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
10. Dostupné z www: <http://referaty.atlas.sk/prakticke-pomocky/soc/16828/nase-zdravie>
[cit. 25-3-2007]
11. PAŽITNÝ P., ZAJAC R.: Zdravotníctvo,
Dostupné z www: <http://www.reformazdravotnictva.sk/> [cit. 20-9-2006]
12. STRÍTECKÝ R.: Klinická epidemiologie pro manažery II. učebný text, Jindřichův Hradec: Inštitút zdravotního managementu , Fakulta managementu , VŠE Praha
13. PAŽITNÝ P., ZAJAC R.: Zdravotníctvo - Súhrnná správa o stave spoločnosti,
Dostupné z www: <http://www.reformazdravotnictva.sk/> [cit. 11-3-2006]
14. PAŽITNÝ P., ZAJAC R.: Stratégia reformy zdravotníctva,
Dostupné z www: <http://www.reformazdravotnictva.sk/> [cit. 24-3-2006]
15. PAŽITNÝ P., A kol.: Zdravotníctvo,
Dostupné z www: <http://www.reformazdravotnictva.sk/> [cit. 15-6-2006]
16. Dostupné z www: http://www.ineko.sk/reformy2003/menu_zdravotnictvo_opatrenia/
[cit. 25-1-2007]

17. Doplnok k informácii o vyhodnotení mechanizmu oddľžovania zdravotníctva a finančnej analýze nákladov na jeho zabezpečenie o mesiac jún 2004,
Dostupné z www: <http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/> [cit. 25-3-2007]
18. LOVASOVÁ K., : Valentovič: Platy zvýšime o deväť percent, zverejnené 31-1-2007
Dostupné z www: <http://spravy.pravda.sk/> [cit. 3-2-2007]
19. Denník Pravda: Fico: Výmena Gajdoša bola správna, zverejnené 24-1-2007
Dostupné z www: <http://www.tvojepeniaze.sk/> [cit. 21-2-2007]
20. Denník Pravda: Mikloš napadol Ficovu koncepciu zdravotníctva, zverejnené 25-1-2007
Dostupné z www: <http://www.tvojepeniaze.sk/> [cit. 22-2-2007]
21. Denník Pravda: Valentovič: Zdravotníctvo čakajú veľké zmeny, zverejnené 4-2-2007
Dostupné z www: <http://spravy.pravda.sk/> [cit. 23-2-2007]
22. Denník Pravda: Lekár má zarábať oveľa viac, tvrdia odbory, zverejnené 5-2-2007
Dostupné z www: <http://www.tvojepeniaze.sk/> [cit. 25-2-2007]
23. Denník Pravda: Valentovič: Nemocniciam exekúcie nehrozia, zverejnené 11-12-2006
Dostupné z www: <http://spravy.pravda.sk/> [cit. 25-2-2007]
24. Denník Pravda: Štát pridá zdravotníctvu na štyri mesiace, zverejnené 6-12-2006
Dostupné z www: <http://www.tvojepeniaze.sk/> [cit. 6-1-2007]
25. LOVASOVÁ K.,: Valentovič chce v zdravotníctve presadiť štát, zverejnené 27-11-2006
Dostupné z www: <http://spravy.pravda.sk/> [cit. 15-12-2006]
26. Kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti,
Dostupné z www: <http://www.health.gov.sk/> [cit. 30-3-2007]
27. Dostupné z www: <http://www.zdravotnictvonakrizovatke.sk/?module=webLIVE&id=734>
[cit. 5-4-2007]
28. Dostupné z www: <http://www.zdravotnictvonakrizovatke.sk/?module=webLIVE&id=736>
[cit. 5-4-2007]
29. Dostupné z www: <http://www.zzp-sr.sk/> [cit. 5-4-2007]
30. Dostupné z www: <http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=161> [cit. 1-4-2007]
31. Into balance 12/2006, Dostupné z www: <http://www.hpi.sk> [cit. 1-4-2007]
32. Zmeny v doplatkoch za lieky, Zoznam liekov nepodliehajúcich cenovej regulácií od 1.4.2007
Dostupné z www: <http://www.slek.sk> [cit. 20-4-2007]
33. Ministerstvo zdravotníctva: Operačný program zdravotníctvo 2007 – 2013 (2.verzia).
Bratislava 2006, dostupné z www: <http://www.health.gov.sk/> [19-2-2007]
34. HROBOŇ P., MACHÁČEK T., JULÍNEK T., Reforma zdravotníctví pro Českou republiku v Europě 21. století,

- Dostupné z www: <http://www.reformazdravotnictvi.cz/> [cit. 20-4-2007]
35. Dostupné z www: <http://www.zzz.sk/?page=poplatky> [cit. 21-5-2006]
36. Dostupné z www: <http://www.nczisk.sk/> [cit. 19-4-2007]
37. Nemocnice podľa právnej formy, dostupné z www: <http://www.hpi.sk/> [cit. 7-4-2007]
38. Národné centrum zdravotníckych informácií: Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2005. Bratislava 2006, ISBN 978-80-89292-01-1
39. Dostupné z www: <http://www.oecd.org/> [cit. 10-4-2007]
40. STRÍTECKÝ R.: Kvalita ve zdravotní péči 3. učebný text, Jindřichův Hradec: Inštitút zdravotního managementu , Fakulta managementu , VŠE Praha