

OBSAH 

Neexistuje odvodová neutralita

Opúšťa Slovensko referenčný systém úhrad v lekovej politike?

Zisk alebo kladný hospodársky výsledok?

Platobná schopnosť zdravotných poisťovní

Zdravotníctvo sa nedá viesť bez vízie

Prečo lekári nedosiahli uspokojenie svojich platových požiadaviek?

Pripomienky k návrhu optimalizácie siete

Stav eHealth & eInclusion v Slovinsku

Česká reforma zdravotníctva



Foto:
www.rock-on-rock-on.com
Bill Dan z Kalifornie dokazuje, že nachádzanie rovnováhy je skutočné umenie.

Into Balance
newsletter
o zdravotnej politike

Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 17
81102 Bratislava
Slovak Republic

Tel: +421 2 5464 3051
Fax: +421 2 5464 3053
e-mail: newsletter@hpi.sk

Wonderland

Päť ciest ministra zdravotníctva

„Povedali by ste mi, prosím, ktorou cestou by som mala odtiaľto ísť?“ opýtala sa Alica.

„To do značnej miery závisí od toho, kam chceš ísť,“ povedala Mačka.

„Veľmi mi nezáleží na tom, kam,“ povedala Alica.

„Potom vôbec nezáleží na tom, ktorou cestou pôjdeš,“ povedala Mačka.

Lewis Carroll: Alica v krajine zázrakov

Lewis Carroll pri písaní Alice v krajine zázrakov určite netušil nič o smere, akým sa dnes uberá slovenské zdravotníctvo. Paralela s rozprávkou je však nebezpečná – v realite to môže skončiť oveľa horšie. Čo vlastne dnes robí ministerstvo zdravotníctva? Snaží sa kráčať naraz piatimi cestami.

CESTY ZBYTOČNÉ

Chýbajúca vízia sa nedá prehliadnuť. Minister zdravotníctva Ivan Valentovič úplne zbytočne vložil svoju energiu a kredit do veľmi pochybných návrhov ako násilné prepoistenie poisťencov štátu, transformácia štátnych zdravotných poisťovní na verejnoprávne organizácie a zákaz zisku zdravotných poisťovní. Tieto návrhy kritizuje nielen opozícia, ale aj protimonopolný úrad, ministerstvo financií a najnovšie ich zamietla aj legislatívna rada vlády. K tomu je tu ešte silné podozrenie na protiústavnosť niektorých ministrových návrhov. Je veľmi pravdepodobné, že toto úsilie ministra nebude v kľúčových aspektoch úspešné.

CESTY NEPREPOČÍTANÉ

Čo sa týka financovania, presadil nezmyselné zvýšenie platby štátu len na prvé štyri mesiace roka 2007. Buď mal túto platbu znížiť na 4,33 percenta – potom však na 12 mesiacov – alebo zabezpečiť, aby sa 5-percentná platba dodržiavala po celý rok. Nestalo sa ani jedno. Zato však Všeobecná zdravotná poisťovňa pod vplyvom „rýchlej“ hotovosti v prvom kvartáli a pod tlakom na zvýšenie miezd lekárov uzavrela s vybranými poskytovateľmi naozaj štedré zmluvy.

Lenže platba za jedného poistenca štátu poklesne v máji o 173 korún. Pri odhadovanom počte 1,8 milióna „štátnych poisťencov“ tak poklesnú príjmy Všeobecnej zdravotnej poisťovne o viac ako 300 miliónov korún mesačne. Zároveň jej platobná schopnosť (5,18 percenta z poistného po prerozdelení) je už dnes len tesne nad hranicou povoleného minima (3 percentá).

Minister zároveň pripravil rezort o 2,5 miliardy korún ročne tým, že zrušil poplatky za zdravotnú starostlivosť. V rovnakom čase ako Slovensko regulačné poplatky zrušilo, ich Maďarsko a Česko zavádzajú.

Inými slovami: zdravotníctvo čakajú finančne veľmi rozkolísané časy a VŠZP zrejme čakajú veľké problémy.

CESTY POLITICKÉ

Bude veľmi zaujímavé sledovať počínanie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ak VŠZP začne vykazovať problémy s platobnou schopnosťou. Dnes je tento úrad, ktorý dohliada aj na hospodárenie zdravotných poisťovní, obsadený politicky: jeho predsedom je jeden zo zakladateľov strany Smer. Paradoxne, cestičku na ovládnutie úradu si minister Valentovič nevyšliapal sám. Nechal to na poslancov Smeru, ktorí politické ovládnutie úradu navrhli. On sám sa od ich konania dištancoval, hoci otvorené dvere okamžite využil.

CESTY REDUKČNÉ

Podobne sa minister zachoval aj pri rušení lôžok. Najprv bol zverejnený návrh na redukcii postelí, ktorý mali odobriť VÚC. Tie návrh rezolútne odmietli. Namiesto akútnych postelí sa mali nezmyselne rušiť chronické a psychiatrické lôžka. Následne minister prestal hovoriť o zrušení a začal hovoriť o reprofilizácii. Vo finále predstavil návrh na zrušenie 10 nemocníc, aby sa nakoniec od celej redukcie absolútne dištancoval a vyhlásil, že je to úlohou zdravotných poisťovní. Poisťovňiam však na tento krok chýba zmysluplné nariadenia o minimálnej sieti a zoznam indikátorov kvality. Oba dokumenty dodnes ministerstvo neposlalo ani do medzirezortného pripomienkového konania.

CESTY NEDOTKNUTÉ

Okrem spomínaných technických noriem však ministerstvo nepripravilo ani štandardizáciu kódovania a vykazovania výkonov, chýba moderný pohľad na platobné mechanizmy, nepracuje sa na katalógu výkonov a ani na protokoloch diagnostiky a liečby najzávažnejších chorôb.

Jediným svetlým momentom tak zostáva celkom slušný návrh na zmenu prerozdelenia mechanizmu vytvorením tzv. „high risk pool“ a posledný výrok ministra o možnom zúžení solidárneho balíka. Táto cesta však vo vláde populistov vyznieva pre ministra ako rozlúčková.

PETER PAŽITNÝ

článok bol publikovaný v týždenníku .týždeň 18/2007

1. marca oznámila zdravotná poisťovňa Dôvera, že sa dohodla s oboma asociáciami nemocníc na cenách za 1. štvrťrok 2007. Poisťovňa medziročne navýšila úhrady v ústavnej zdravotnej starostlivosti o 20 %.

MONITORING MAREC 2007

1. marca oznámil Banskobystrický samosprávny kraj, že nebude ministerstvu zdravotníctva predkladať žiaden návrh na rušenie lôžok nemocníc.

2. marca vydalo Združenie podnikateľov Slovenska stanovisko, v ktorom vyjadrilo nesúhlas s návrhmi ministra zdravotníctva, ktoré menia systém zdravotného poistenia na Slovensku.

2. marca oznámili predstavitelia Nitrianskeho samosprávneho kraja, že súčasný počet lôžok v zdravotníckych zariadeniach v kraji považujú za optimálny.

5. marca oznámila Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta, že je nútená pre účty zablokované exekútormi obmedziť poskytovanie zdravotnej starostlivosti a v najbližšom období hodlá poskytovať len akútnu zdravotnú starostlivosť.

6. marca vydal minister zdravotníctva Ivan Valentovič príkaz, na základe ktorého majú všetky zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti ministerstva poskytovať zdravotnú starostlivosť v štandardnom režime. Podľa ministra situácia v banskobystrickej fakultnej nemocnici signalizuje, že vedenie nemocnice nedocenilo vážnosť situácie a nevyúčil personálne výmeny vo vedení nemocnice.

7. marca oznámil riaditeľ banskobystrickej fakultnej nemocnice Ján Šulaj, že krízový režim v nemocnici sa skončil. S ministrom zdravotníctva sa mu údajne podarilo nájsť také riešenie, ktoré umožňuje obnoviť prevádzku nemocnice v plnom režime. Odmietol však toto riešenie bližšie konkretizovať.

7. marca vyzvala prezidentka Slovenskej komory sestier

Výnos poisťovní mohol byť vyšší o 19 mld Sk • Neexistuje odvodová neutralita

Zmeny v štruktúre dôchodkov a ich súvislosť s výberom odvodov

Predmetom tejto analýzy je HDP podľa dôchodkovej metódy. Pri tejto metóde nie sú k dispozícii také dlhé a také presné časové rady ako napr. pri výdavkovej metóde výpočtu HDP. Aj tak to však (aj v kombinácii s inými dátami) stačí na pomenovanie základných tendencií a ich vplyvov na výber odvodov pre zdravotný systém.

SUBSTITÚCIA ODMIEN ZAMESTNANCOV ZMIEŠANÝMI DÔCHODKAMI

V posledných rokoch prebieha pokles podielu odmien zamestnancov a nárast podielu zmiešaných dôchodkov aj prevádzkového prebytku na HDP (*Graf 1*). Tento štruktúrny posun je obzvlášť nápadný po roku 2003: podiel odmien zamestnancov klesá a podiel podnikateľských príjmov (zmiešaných dôchodkov a hrubého prevádzkového prebytku) rastie.

Nárast podielu zmiešaných dôchodkov súvisí s nárastom počtu samostatne zárobkovo činných osôb (tento nárast mohol byť v značnej miere tzv. vynútený). Rozmach počtu SZČO je už asi po kulminácii. V minulosti prebehla vlna rozmachu práce na živnosť, expandoval počet podnikateľov bez zamestnancov (*Graf 2*) pri slabom alebo žiadnom raste počtu zamestnancov. Ale rok 2006 už znamená zmenu tendencie! Pribrzdil sa rast počtu podnikateľov - FO a posilnil sa rast zamestnancov. Predpokladáme, že aj v ďalších rokoch už rozdiel v tempe rastu počtu

zamestnancov a SZČO už nebude taký dramatický ako bol napr. v rokoch 2003 - 2005.

VÝZNAMNE NIŽŠIA EFEKTÍVNA ODVODOVÁ VÝŤAŽNOSŤ ZMIEŠANÝCH DÔCHODKOV

Akokoľvek štruktúrna zmena v príjmoch by mohla byť irelevantná, keby boli všetky druhy príjmov rovnako zatažované odvodmi (v našom prípade odvodmi na zdravotné poistenie). Zataženosť odmien zamestnancov a zmiešaných dôchodkov je však výrazne odlišná (*Tabuľka 1*). Efektívna odvodová výťažnosť zmiešaných dôchodkov je veľmi nízka a preto substitúcia odmien zamestnancov zmiešanými dôchodkami znamená spomalenie rastu odvodového výnosu. Pre ilustráciu: *ak by efektívna odvodová výťažnosť zo zmiešaných dôchodkov bola rovnaká ako v prípade odmien zamestnancov, v roku 2006 by bol výnos pre zdravotné poisťovne vyšší o takmer 19 mld Sk.*

Správnym riešením však nie je vymýšľanie bariér pre ďalší rozmach živností (ako sa to snaží predviesť ministerstvo práce v novom Zákonníku práce), ale taký *model odvodov, pre ktorý je úplne jedno, o aký typ príjmu ide a zatažuje všetky rovnako*. Problémom nie je prelievanie jedného typu príjmov smerom k inému typu, problémom je, že *neexistuje odvodová neutralita* (rovnaké zataženie všetkých typov príjmov).

KAROL MORVAY

Tabuľka 1: Porovnanie odvodovej výťažnosti

Druh príjmu fyzickej osoby	A. Objem príjmov v roku 2006 (mil. Sk)	B. Výber odvodov do zdravotného systému z príjmu (mil. Sk)	C=B/A Efektívna zataženosť odvodmi na zdrav. poistenie	Fiktívny odvod pri rovnakej efektívnej sadzbe (mil. Sk)
Odmien zamestnancov	601 883	48 967	8,14 %	48 967
Čistý zmiešaný dôchodok*	284 000 (odhad)	4 485	1,58 %	23 105

*Používame čisté dôchodky z dôvodu, aby sa výpočet nedeformoval odpismi

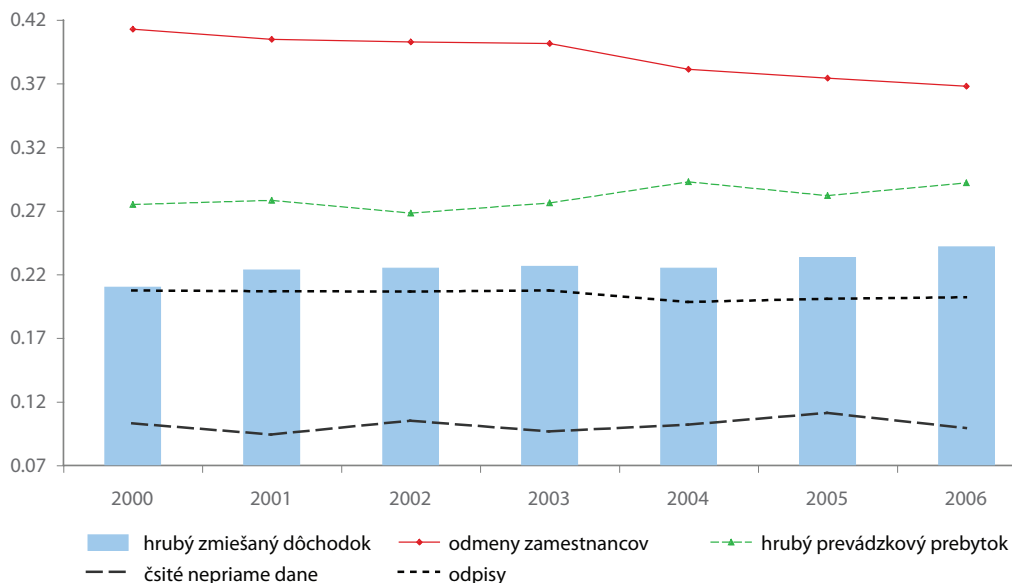
Zdroj: Štatistický úrad SR a vlastné prepočty

Tabuľka 2: Vývoj rôznych druhov príjmov, mil. Sk

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Odmien zamestnancov	388 420	413 020	447 417	486 710	516 628	550 739	601 883
Hrubý prevádzkový prebytok	258 826	283 968	297 954	334 918	396 536	414 946	477 465 (odhad)
Hrubý zmiešaný dôchodok	197 547	227 962	249 873	274 357	304 631	343 310	395 036 (odhad)
Čisté nepriame dane	96 521	95 645	116 240	116 680	137 467	163 108	161 879
HDP	941 314	1 020 595	1 111 484	1 212 665	1 355 262	1 472 103	1 636 263

Zdroj: Štatistický úrad SR a vlastné prepočty (kde je uvedené „odhad“)

Graf 1: Podiel rôznych typov primárnych príjmov na HDP



Zdroj: Vlastné prepočty podľa údajov Štatistického úradu SR a OECD

Rámček 1: Definovanie príjmových kategórií

Odmeny zamestnancov zahrnujú celkové odmeny v peňažnej podobe alebo v naturáliách, ktoré platí zamestnávateľ zamestnancom ako odmenu za vykonanú prácu, ktorú zamestnanec vykonal počas účtovného obdobia. Členia sa na (1) mzdy a platy a (2) sociálne príspevky zamestnávateľov.

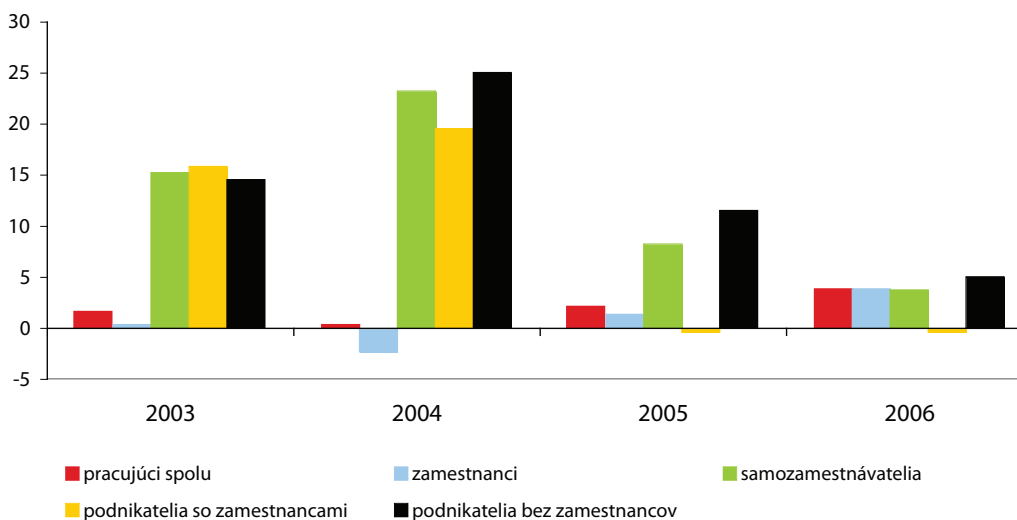
Čisté nepriame dane = dane z produkcie a dovozu mínus subvencie.

Hrubý zmiešaný dôchodok je príjmom SZČO, vzniká jedine v sektore domácností. Zahrňuje okrem zisku aj odmenu za prácu vykonanú vlastníkom (alebo členmi jeho rodiny), ktorá sa nedá oddeliť od jeho ziskov ako podnikateľa. Po odpočítaní odpisov vzniká čistý zmiešaný dôchodok.

Hrubý prevádzkový prebytok (prevádzkový zisk) vzniká v sektore finančných aj nefinančných korporácií, je to prebytok pred zohľadnením úrokov, nájomného a poplatkov za vypožičané aktíva a pod. Po odpočítaní odpisov vzniká čistý prevádzkový prebytok.

Zdroj: Spracované podľa Národných účtov SR za roky 2002, 2003, 2004. Štatistický úrad SR, 2006

Graf 2: Štruktúra rastu počtu pracujúcich (medziročne zmeny v %)



Zdroj: VZPS, ŠÚ SR

a pôrodných asistentiek Mária Lévyová ministra zdravotníctva a poslancov parlamentu, aby prijali osobitný zákon o ich mzdách.

8. marca sa novým riaditeľom Fakultnej nemocnice s poliklinikou v Bratislave stal Richard Raši, ktorý dovtedy pracoval ako námestník riaditeľa pre liečebno-preventívnu starostlivosť pre chirurgické odbory Fakultnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach.

9. marca oznámilo ministerstvo zdravotníctva, že plánuje opätovné zavedenie lekárskeho obvodu, no zároveň sa má zachovať slobodná voľba lekára. Cieľom novely je dosiahnuť, aby lekár nemohol odmietnuť pacienta, ktorý má trvalé bydlisko v jeho rajóne.

11. marca vyhlásil minister zdravotníctva, že na účtoch zdravotných poisťovní je 1 alebo 1,2 mld. Sk, ktoré čakajú až sa dostanú mimo systému vo forme dividend.

13. marca vyzvala samospráva Vysokých Tatier otvoreným listom ministerstvo zdravotníctva, aby prehodnotilo pripravované rozhodnutie o redukcii počtu lôžok v tatranských liečebných ústavoch.

13. marca oznámila zdravotná poisťovňa Apollo, že nepočíta s tým, že svoj minuloročný zisk použije na vyplatenie dividend akcionárom.

20. marca súkromné zdravotné poisťovne odmietli spôsob, akým minister zdravotníctva navrhuje prístup k rušeniu nemocničných lôžok.

20. marca oznámila Podnikateľská aliancia Slovenska, že vníma snahy ministerstva zdravotníctva o prepoistenie poisťencov štátu a zabránenie tvorby a distribúcie zisku akcionárom zdravotných poisťovní ako škodlivé pre poisťencov i pre podnikateľské prostredie na Slovensku.

21. marca sa víťazom výberového konania na post riaditeľa Národného onkologického ústavu stal Tomáš Šálek.

30. marca oznámil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, že k 1. januáru nemali Únia a Európska zdravotná poisťovňa naplnenú verejnú minimálnu sieť. Postih bude známy až po skončení správneho konania voči poisťovňiam.

Krátko o aktuálnych tendenciách

Verejné financie mali lepší výsledok ako sa pôvodne vykazovalo.

Správa o deficite a dlhu prilepšila výsledky uplynulých rokov. SR je povinná vykazovať údaje o dlhu a deficite za sektor verejnej správy pre účely posúdenia plnenia Maastrichtských kritérií v oblasti rozpočtu. V nadväznosti na to SR zostavuje správu, ktorú pravidelne dvakrát ročne zasiela Eurostatu. Z poslednej vyplýva, že podiely deficitov na HDP boli korigované smerom dole za roky 2003, 2004 a 2005. Napr. deficit v roku 2005 bol skorigovaný na -2,83 % HDP, starší údaj hovoril o 3,13 % HDP. Verejné financie už boli konsolidovanejšie ako sa predtým zdalo.



robe, stavebníctve, veľko- a maloobchode. Vo februári 2007 robilo napr. v priemysle o 4,9 % viac osôb oproti februáru 2006, čo je nárast o 27 tis. osôb. Zatiaľ sú však k dispozícii dáta len za niektoré odvetvia.

Miera evidovanej nezamestnanosti klesla pod hranicu 9%. Úrady práce vtesnali mieru evidovanej nezamestnanosti do hodnoty 8,9 % (v rovnakom mesiaci 2006 to bolo 11,4 %). Štatistický úrad

SR vo svojom výberovom zisťovaní pracovných síl zrejme nameria hodnotu asi o 3,5 percentuálneho bodu vyššiu (tá je aj v **Tabuľke 1**).

Rast zamestnanosti v prvých dvoch mesiacoch 2007 bol veľmi priaznivý. Priaznivý nad očakávania - hlavne v priemyselnej vý-

KAROL MORVAY

Tabuľka 1: Základné parametre makroekonomického vývoja

Ukazovateľ	Merná jednotka	2004	2005	2006	2007 predikcia	2008 predikcia
Tempo rastu HDP	%, stále ceny	5,4	6,1	8,3	8,0	6,8
Tempo rastu konečnej spotreby domácností	%, stále ceny	3,8	7,2	6,3	6,2	5,8
Tempo rastu konečnej spotreby verejnej správy	%, stále ceny	2,0	0,5	4,1	4,0	4,0
Tempo rastu tvorby hrubého fixného kapitálu	%, stále ceny	5,0	13,8	7,3	5,5	5,1
Čistý export ako podiel na HDP	% na HDP, bežné ceny	2,7	-4,5	-4,0	-1,0	-1,0
Miera medziročnej inflácie	%	7,5	2,7	4,5*	2,7	2,4
Miera nezamestnanosti podľa výberového zisťovania	%	18,1	16,3	13,6	12,0	11,7
Rast priemernej nominálnej mzdy	%	10,2	9,2	8,0	7,6	7,2
Medziročná zmena reálnej mzdy	%	2,5	6,3	3,3	4,8	4,3
Zmena počtu pracujúcich	%	0,3	2,1	3,5	1,9	0,8

Zdroj: Štatistický úrad SR a predikcia HPI

Míľniky k euru

1. Východiská návrhu rozpočtu hovoria, že makroekonomický vývoj bude priaznivejší ako sa predpokladalo. To by sme ale mohli požadovať, aby boli znížené dane alebo aby boli ciele vo fiškálnej konsolidácii ambicióznejšie. Aktualizácia predikcie vývoja ekonomiky SR v roku 2007 naznačuje, že vývoj viacerých indikátorov ekonomiky môže byť lepší ako sa očakávalo pri zostavovaní rozpočtu pre rok 2007. Vyšší by mal byť rast výkonnosti ekonomiky (nominálne aj reálne hodnoty HDP), rast priemernej reálnej mzdy ako aj nominálnej aj reálnej súkromnej spotreby; výrazne vyšší by mal byť reálny rast exportu tovarov a služieb a reálny príspevok čistého zahraničného dopytu k rastu HDP. Toto dáva šancu pre udržanie prijateľného podielu deficitu verejných financií na HDP a tým splnenie maastrichtského konvergenčného kritéria.

2. Marcová miera inflácie meraná harmonizovaným indexom spotrebiteľských cien dosiahla 2,1% (rovnako ako priemer za tri mesiace). Pretrvanie podobnej hodnoty by zrejme stačilo na splnenie maastrichtského inflačného kritéria k prijatiu eura od januára 2009.

Aprílová kategorizácia v rozpore so Slovenskou i EÚ legislatívou

Opúšťa Slovensko referenčný systém úhrad v liekovej politike?

Lieková politika a fakultné nemocnice – tak sa dajú v stručnosti zhrnúť hlavné problémy slovenského zdravotníctva. Žiaľ, ani jeden nie je v súčasnosti stredobodom záujmu tvorcov zdravotnej politiky. V liekovej politike dokonca prijímajú rozhodnutia, ktoré pripravujú ostatné segmenty zdravotníctva o ďalšie zdroje. Od 1. apríla 2007 platí na Slovensku nová kategorizácia liečiv, v ktorej sa Ministerstvo zdravotníctva SR rozhodlo, že nebude rešpektovať slovenskú ani európsku legislatívu.

AKÚ ÚHRADU DOSTANE NOVÝ QUINAPRIL?

Ministerstvo v aprílovej kategorizácii zásadne mení systém úhrad liekov, ktorý tu existoval viac ako 10 rokov. Bez vysvetlenia, bez odôvodnenia a za cenu porušenia zákona.

Na Slovensku je zákonom č. 577/2004 o rozsahu zadefinovaný **referenčný systém úhrad na úrovni účinných látok**. Znamená to, že lieky s rovnakou účinnou látkou majú rovnakú výšku úhrady zo zdravotného poistenia. Rôzne úhrady pre lieky s rovnakou účinnou látkou zákon umožňuje v taxatívne vymenovaných prípadoch – ak majú lieky: (1) odlišnú cestu podania, (2) liekovú formu a prípadne aj (3) dávkovanie alebo (4) obsah účinnej látky v jednej dávke (§ 12 ods. 4). **V novej kategorizácii sú však s rôznou úhradou zaradené aj lieky s totožnou účinnou látkou, cestou podania, liekovou formou, dávkovaním, obsahom účinnej látky a dokonca aj počtom dávok v jednom balení.** V prípade Quinaprilu dokonca existujú 4 rôzne úhrady liečiva – od 3,0 Sk za DDD až po 4,8 Sk za DDD (t.j. 38 percentný rozdiel medzi najnižšou a najvyššou úhradou, Tabuľka č. 1). Na základe akých kritérií rozhodlo ministerstvo o rôznej výške úhrad rovnakých účinných látok? Ak na slovenský trh príde výrobca ďalšieho quinaprilu, s akou úhradou môže počítať?



Najväčší rozdiel medzi najvyššou a najnižšou úhradou za DDD rovnakej účinnej látky nájdeme pri pamidronáte, kde úhrada kolíše o 288,90 Sk (4 376,70 Sk resp. 4 087,80 Sk). Najväčší percentuálny rozdiel je v prípade aledronátu, kde medzi najvyššou a najnižšou úhradou za DDD delí 40 % (18,90 Sk resp. 11,30 Sk).

Ministerstvo nezdôvodnilo, prečo v niektorých prípadoch ruší referenčný systém. Z výslednej kategorizácie a predchádzajúcich vyjadrení ministerstva možno usudzovať, že faktorov, ktoré prispeli k zavedeniu viacerých úhrad pre rovnakú účinnú látku, je niekoľko:

- **administratívne znižovanie cien o 6,6% sa týkalo len niektorých liekov**, a bolo z nejasných dôvodov spojené aj s rôznym znižovaním úhrad,

- zníženie ceny lieku zrýchlenou procedúrou, prípadne aj klasickou cestou, bolo sprevádzané **znížením úhrady len pre lieky, ktoré cenu znížili, ale nie pre tie, ktoré ju neznižili**

Takýmto spôsobom pribudlo 168 „nových“ riadkov – teda výnimiek z pravidla o referenčnom systéme stanovovania úhrad. **Zdravotné poisťovne tak zaplatia za tieto lieky o 202,4 milióna Sk ročne viac**, ako keby ich uhradili podľa referenčného systému (dopad modelovaný na spotrebách roku 2006), a to len na priamych nákladoch. **Najväčší finančný dopad však bude mať toto rozhodnutie pre ďalšie obdobie. Ak budú tí, ktorí znížia cenu, potrestaní nižšou úhradou ako konkurencia, nielen že nebudú mať dôvod v budúcnosti cenu znižovať, ale naopak sú motivovaní, aby to nerobili.**

Kategorizačný zoznam liekov (opatrenie MZ SR č. OPL0107-9711/2007-OL z 20. marca 2007) je nielen v rozpore so zákonom č. 577/2004 Z.z. o rozsahu. Netransparentný postup pri určovaní rôznej výšky úhrady pre rovnakú účinnú látku je i v rozpore s európskou legislatívou. Smernica Rady č. 89/105/EHS o transparentnosti opatrení na určovanie cien humánnych liekov a ich zaraďovanie do pôsobnosti národných systémov zdravotného poistenia **ukladá členským štátom pri určovaní úhrady z verejného zdravotného poistenia používať objektívne a overiteľné kritéria.**

ZO ZÁKONA BEZPLATNE – ALE S DOPLATKOM

„Rozsah tejto starostlivosti musí definovať zákon a v tomto rozsahu musí byť zdravotná starostlivosť financovaná zo zdravotného poistenia... Vláda bude presadzovať zásadu, aby na každé závažnejšie ochorenie bol aspoň jeden liek plne hrazený zo zdravotného poistenia a zasadí sa o výrazné zníženie doplatkov obyvateľstva na lieky a zdravotnícke pomôcky. Vláda uplatní transparentný systém pre liekovú politiku založený na platných direktívach EÚ.“
Programové vyhlásenie vlády SR

Zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu stanovuje v prílohe č. 4 zoznam 115 skupín liečiv, v každej z ktorých musí byť aspoň jeden liek plne hrazený zo zdravotného poistenia (§ 4 ods. 2 zákona). Z týchto 115 skupín sú na slovenskom trhu dostupné lieky zo 110 skupín. Z nich však len v 98 skupinách (85,2 %) jestvuje liek bez doplatku. **Až v 12 skupinách nie je nijaký liek plne hrazený zdravotnou poisťovňou – v rozpore so zákonom i programovým vyhlásením vlády (Tabuľka 3).**

Nerešpektovanie zákona zo strany ministerstva zdravotníctva pritom nemá prijateľné vysvetlenie – finančná úspora je v porovnaní s celkovými nákladmi na lieky zanedbateľná.

Vyhovenie litere zákona by totiž zdravotné poisťovne stálo len 6,6 mil. Sk ročne (podľa spotrieb v roku 2006).

ZÁVER

Lieková politika musí mať jasné, stabilné a všetkým hráčom vopred známe pravidlá hry. Predvídateľnosť prostredia umožňuje rozumné plánovanie a prispieva k štandardizácii sektora. Ak sa nerešpektujú zákony a dohodnuté pravidlá a o desiatkach miliónov korún sa rozhoduje na základe neznámych kritérií, dodávateľov to núti pristúpiť na iné formy presadzovania svojich obchodných záujmov než je férová súťaž na trhu.

Do systému úhrad zo zdravotného poistenia by mali vstupovať len lieky s preukázanou účinnosťou, ktoré sú nákladovo efektívne. Pri kategorizácii je tak potrebné vyžadovať EBM štúdie a farmakoekonomické analýzy. Spolu s dôslednejším posudzovaním cien, s ktorými žiadatelia o zaradenie lieku prichádzajú na slovenský trh (aspoň v rozsahu porovnania cien v referenčných krajinách) sa dá stlmiť dnešné tempo rastu výdavkov na lieky. Administratívne zníženie cien i znížená DPH sa totiž veľmi rýchlo vyčerpajú – a čo potom?

ANGELIKA SZALAYOVÁ

Tabuľka 1: Rôzne úhrady v kategorizácii pre lieky s obsahom quinaprilu

ATC / kód	Názov účinnej látky/lieku	Doplnok názvu	DDD/CRP	Cena	Úhrada ZP	SÚ	Dopl. pac.	Úhrada za DDD
C09AA06	Quinapril	p.o.	15 mg					3,0
41526	QUINPRES 20 mg	tbl flm 30x20 mg (blis.)	GNS GB	109,10	109,10	I	0,00	
41524	QUINPRES 10 mg	tbl flm 30x10 mg (blis.)	GNS GB	85,70	60,00	S	25,70	
C09AA06	Quinapril	p.o.	15 mg					4,4
42768	QUINAPRIL-TEVA 10 mg	tbl flm 30x10 mg	APP GB	85,00	85,00	I	0,00	
42776	QUINAPRIL-TEVA 20 mg	tbl flm 30x20 mg	APP GB	170,10	170,10	I	0,00	
C09AA06	Quinapril	p.o.	15 mg					4,5
94960	ACCUPRO 20 mg	tbl 30x20 mg	PFI GB	297,70	180,00	S	117,70	
94959	ACCUPRO 10 mg	tbl 30x10 mg	PFI GB	153,10	90,00	S	63,10	
94967	ACCUPRO 10 mg	tbl 100x10 mg	PFI GB	603,50	300,00	S	303,50	
94964	ACCUPRO 20 mg	tbl 50x20 mg	PFI GB	603,50	300,00	S	303,50	
94963	ACCUPRO 10 mg	tbl 50x10 mg	PFI GB	301,80	150,00	S	151,80	
C09AA06	Quinapril	p.o.	15mg					4,8
99610	Quinapril Winthrop 20 mg (blis.)	tbl flm 30x20 mg	WNT F	218,20	192,00	S	26,20	
99650	Quinapril Winthrop 10 mg	tbl flm 30x10 mg (blis.)	WNT F	110,90	96,00	S	14,90	

Zdroj: Health Policy Institute podľa opatrenia MZ SR č. OPL0107-9711/2007-OL z 20. marca 2007, 2007

Tabuľka 2: Riadky kategorizácie s viacerými úhradami za DDD s najvyššími dopadmi na verejné zdroje

ATC skupina	Názov účinnej látky	Doplnok názvu	Dopad za rok v mil. Sk
M05BA04	Kyselina alendronová	p.o. nad 10 mg	27,6
C10AA01	Simvastatín	p.o. do 20 mg	10,3
C09AA06	Quinapril	p.o.	9,2
H05BA01	Kalcitonín lososí syntetický	nasal 200 UT	6,9
A10BA02	Metformín	p.o.	6,5
J01FA10	Azitromycín	p.o. 500 mg pevné LF	6,5
R03AC13	Formoterol	inhal. plv.	6,1
C02AC05	Moxonidin	p.o.	4,7
A02BC01	Omeprazol	p.o. nad 10 mg	4,2
C09AA05	Ramipril	p.o. 5 mg	4,1
N03AX09	Lamotrigín	p.o. nad 100 mg	3,8
C08DA01	Verapamil	p.o. SR, ICHS	3,7
C07AB07	Bisoprolol	p.o.	3,7
G04CA03	Terazosin	p.o.	3,7
C10AB05	Fenofibrát	p.o. mikronizované LF 267	3,5
C09AA04	Perindopril	p.o. terc-butylamín	3,5
R06AE07	Cetirizín	p.o.	3,5
N06AB06	Sertralin	p.o.	3,5
C07BB07	Bisoprolol a tiazidy	p.o.	3,4
G04CA02	Tamsulosín	p.o.	3,3

Zdroj: Health Policy Institute podľa opatrenia MZ SR č. OPL0107-9711/2007-OL z 20. marca 2007, 2007

Tabuľka 3: Riadky prílohy č. 4 zákona 577/2004 Z.z., ktoré neobsahujú plne hrađený liek v Zozname liekov

Názov AT skupiny / liek s najnižším doplatkom v skupine	Cesta podania	Doplatok v Sk	Dopad za rok v tis. Sk
A12BA Draslík	p.o.		
nie je zástupca			
B02BA Vitamín K a jeho deriváty	p.o.		
720 KANAVIT	gtt 5 ml 20 mg/ ml	13,8	1 785,3
B02BA Vitamín K a jeho deriváty	parent.		
489 KANAVIT	inj 5x1 ml/10 mg	13,4	35,9
C01DA Organické nitráty	subling.		
231 NITROGLYCERIN SLOVAKOFARMA	tbl 20x0,5 mg	0,1	26,5
C03DB Iné diuretiká šetriace draslík	p.o.		
nie je zástupca			
C08DB Benzotiazepínové deriváty	p.o.		
94321 BLOCCALCIN 90 RETARD	tbl ret 3x10x90 mg	6,0	609,2
D07AB Kortikosteroidy II. triedy, stredne účinné	loc.		
2826 TRIAMCINOLON-Ivax	lot 1x15 g	10,2	426,1
G02CA Tokolytiká zo skupiny sympatomimetík	p.o.		
nie je zástupca			
G03DC Gestagény, deriváty estrénu	p.o.		
1939 NORETHISTERON SLOVAKOFARMA	tbl 30x5 mg	40,3	1 783,8
G04AC Nitrofuránové deriváty	p.o.		
nie je zástupca			
H02AB Glukokortikoidy	p.o.		
105 DEXAMETHAZON LÉČIVA	tbl 20x0,5 mg (skl.f)	3,7	174,3
H03BB Imidazolové deriváty s obsahom síry	p.o.		
66 CARBIMAZOL SLOVAKOFARMA	tbl 100x5 mg	18,2	901,1
N05AN Lítium	p.o.		
2481 LITHIUM CARBONICUM SLOVAKOFARMA	tbl 100x300 mg	6,8	102,0
R03BA Glukokortikoidy	inhal.		
13033 PULMICORT 0,5 MG/ ML	sus neb 20x2 ml	0,1	0,0
R03BC Antialergiká okrem kortikosteroidov	inhal.		
56242 TILADE MINT	aer dos 2x112 dav.	109,9	751,4
R06AX Iné antihistaminiká na systémové použitie	p.o.		
90006 TELFAST 30 mg	tbl flm 30x30 mg	12,7	37,9
V04CF Diagnostiká na tuberkulózu	parent.		
nie je zástupca			
Spolu			6 633,5

Zdroj: Health Policy Institute podľa opatrenia MZ SR č. OPL0107-9711/2007-OL z 20. marca 2007 a zákona č. 577/2004 Z.z., 2007

DRŽME SA FAKTOV

Zisk alebo kladný hospodársky výsledok?

V prebehajúcej diskusii medzi súkromnými zdravotnými poisťovňami a ministerstvom zdravotníctva o použití zisku vo verejnom zdravotnom poistení sa čoraz častejšie namiesto pojmu zisk používa spojenie „kladný hospodársky výsledok“. Na tejto zámene pojmov by nebolo nič zlé, za predpokladu, že by sa oboma termínmi nazývala tá istá veličina. Aktéri uvedenej diskusie však niekedy vidia medzi ziskom a kladným výsledkom hospodárenia určitý rozdiel. Hoci nie je presne zrejmé aký, podľa ekonomickej terminológie, ktorá tieto pojmy zaviedla, žiaden rozdiel neexistuje. Spomenuté termíny sú odvodené od výnosov a nákladov prípadne príjmov a výdavkov. **Rozdiel medzi výnosmi a nákladmi resp. príjmami a výdavkami je definovaný ako hospodársky výsledok. Ak je**

hospodársky výsledok kladný, potom sa dosiahnutý rozdiel nazýva zisk. Identický výklad oboch pojmov vyplýva aj z právnej normy, kde je pojem zisku legislatívne ukotvený – zo zákona o účtovníctve (ktorý sa vzťahuje aj na zdravotné poisťovne). Pod výsledkom hospodárenia sa rozumie ocenený výsledný efekt činnosti účtovnej jednotky dosiahnutý v účtovnom období. Výsledkom hospodárenia môže byť podľa zákona len zisk alebo strata. Hoci ideologicky sa môže spojenie kladný hospodársky výsledok zdať prijateľnejšie ako slovo zisk, z čisto technického hľadiska ide o identické označenie tej istej veci.

MICHAL GAJZICA

Platobná schopnosť zdravotných poisťovní

Cieľom tohto článku je porovnať platobnú schopnosť jednotlivých zdravotných poisťovní. Vykazovanie platobnej schopnosti u zdravotných poisťovní je dôležitým nástrojom sledovania ich finančného zdravia. Pod platobnou schopnosťou sa rozumie schopnosť trvale zabezpečovať vlastnými zdrojmi úhradu záväzkov vyplývajúcich:

- z potvrdených prihlášok na verejné zdravotné poistenie a
- uzatvorených zmlúv.

Zdravotná poisťovňa tak preberá z poistenca na seba riziko variability nákladov v objeme a čase a zároveň sa zaväzuje plniť všetky svoje záväzky z uzatvorených zmlúv s poskytovateľmi. Túto metódu sledovania finančného zdravia môžeme označiť ako systém skorého varovania, lebo pravidelné mesačné hlásenia poisťovní upozorňujú regulátora (Úrad pre dohľad) na prípadné problémy so solventnosťou zdravotnej



poisťovne. Práve tá sa ukázala ako jeden z najväčších problémov minulosti, keď zdravotné poisťovne fungovali ako verejnoprávne zdravotné poisťovne.

Nedostatočné regulačné mechanizmy ako aj absencia efektívneho regulátora v minulosti spôsobili, že zdravotná poisťovňa Perspektíva skrachovala, pričom

neboli dostatočne ochránené oprávnené pohľadávky poskytovateľov. Vláda tak musela záväzky Perspektívy sanovať v objeme 2,6 mld. Sk (**Tabuľka 1**) zo štátneho rozpočtu (**Rámček 1, str. 10**). Ak by už vtedy existovali zdravotné poisťovne ako akciové spoločnosti a sledovanie ich solventnosti, takýmto prípadom krachu sa dalo vyhnúť už v ich zárodku s oveľa nižšími nákladmi pre verejné financie. Pravda, ak by poisťovní ako Perspektíva úrad pre dohľad bol býval vydal povolenie.

Tabuľka 1: Odsúhlasené pohľadávky a trovy Perspektíva-DZP v Sk

Podľa kategórií, resp. kódov	Spolu odsúhlasené a trovy
Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti a.s./s.r.o.	150 250 394,30 Sk
Optiky	5 161 858,66 Sk
Výdajne	14 840 303,58 Sk
Lekárne	313 526 172,14 Sk
Iní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti	20 526 172,14 Sk
Dopravná služba	5 276 420,31 Sk
Kúpele	9 044 641,45 Sk
Špecializované detské zariadenia - kúpeľné liečenie	11 544 175,03 Sk
OLÚ	33 587 363,11 Sk
Špecializované zariadenia ústavnej starostlivosti	75 622 936,53 Sk
Nemocnice	1 140 933 845,09 Sk
Polikliniky a zdravotnícke strediská	74 466 813,40 Sk
Odborní lekári	28 424 165,37 Sk
Stomatológovia	57 707 498,91 Sk
Gynekológovia	4 531 685,26 Sk
Praktickí lekári pre deti a dorast	11 647 863,48 Sk
Praktickí lekári pre dospelých	19 216 789,86 Sk
Ostatné – všeobecné záväzky	5 822 382,36 Sk
Ostatné	650 020 504,22 Sk
Spolu	
Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti	1 976 372 386,31 Sk
Ostatní konkurzní veritelia	655 842 886,58 Sk

Zdroj: Správca konkurznej podstaty Perspektíva-DZP, 2004

MINIMÁLNA MIERA SOLVENTNOSTI JE URČENÁ NA 3 %

Minimálna miera platobnej schopnosti musí dosiahnuť 3 % poistného verejného zdravotného poistenia po prerozdelení za predchádzajúcich 12 mesiacov, avšak najmenej 50 miliónov Sk. Pozrime sa na to, ako túto mieru plnia jednotlivé zdravotné poisťovne. Údaje o jednotlivých zdravotných poisťovniach sme získali na základe zákona o slobodnom prístupe k informáciám z Úradu pre dohľad.

UNION A EURÓPSKA ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

V tomto prípade je situácia najjednoduchšia, lebo obe zdravotné poisťovne minulý rok len začínali a Úrad pri nich vykazuje poznámku, že platobná schopnosť bola splnená. Podľa nášho názoru sa tak stalo na základe naplnenia tej časti zákona, ktorá určuje minimálnu

platobnú schopnosť minimálne na 50 mil. Sk. Obe poisťovne mali tak málo poisťencov, že 3 % z poisťného boli v oboch prípadoch nižšie ako 50 mil. Sk a tak sa ich platobná schopnosť nevykázala v %, ale ako zabezpečená – práve čiastkou 50 mil. Sk.

ZDRAVOTNÉ POISŤOVNE DÔVERA A SIDERIA

Zdravotné poisťovne Dôvera a Sideria sa k 1.1.2007 zlúčili. Pred zlúčením obe vykazovali mimoriadne vysokú mieru platobnej schopnosti. Sideria na úrovni 14 % až 15 % a Dôvera dokonca na úrovni 30 % až 35 %. Minimálnu mieru platobnej schopnosti tak Sideria prekročila takmer 5-násobne a Dôvera dokonca viac než desaťnásobne.

ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA APOLLO

Ani zdravotná poisťovňa Apollo nemá žiadne problémy s vykazovaním platobnej schopnosti. Jej solventnosť trvalo rastie a od augusta 2006 sa stabilne pohybuje na úrovni 21 % až 22 %, čo predstavuje približne sedemnásobok minimálnej miery platobnej schopnosti.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

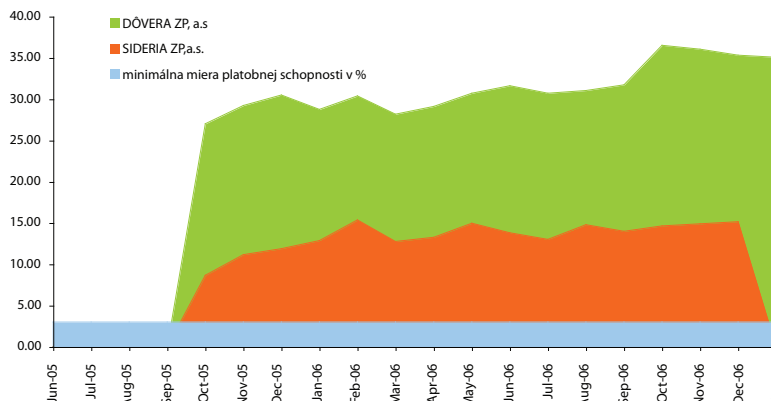
Platobná schopnosť Všeobecnej zdravotnej poisťovne sa dlhodobo znižuje. Kým v roku 2005 sa držala na úrovni vyše 8 %, tak v roku 2006 poklesla na hladinu približne 5 % až 6 %, pričom v decembri 2006 to bolo len 4,19 %. V januári 2007 mierne stúpla na 5,18 %. Všeobecná zdravotná poisťovňa sa tak ocitla v situácii, keď sa pohybuje tesne nad hranicou minimálnej platobnej schopnosti.

SPOLOČNÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

Spoločná zdravotná poisťovňa dnes dosahuje uspokojivé výsledky v platobnej schopnosti na úrovni 11 % až 13 %. Nebolo to však pravidlom. V septembri 2005 dokonca Úrad pre dohľad uložil poisťovní sankciu v podobe vypracovania ozdravného plánu, ktorý mal zabezpečiť schopnosť uhrádzať záväzky v zákonných lehotách. Akcionári Spoločnej zdravotnej poisťovne (ministerstvo dopravy, ministerstvo obrany a ministerstvo vnútra) s cieľom stabilizácie zdravotnej poisťovne museli v januári 2006 navýšiť jej základné imanie o 450 miliónov Sk.

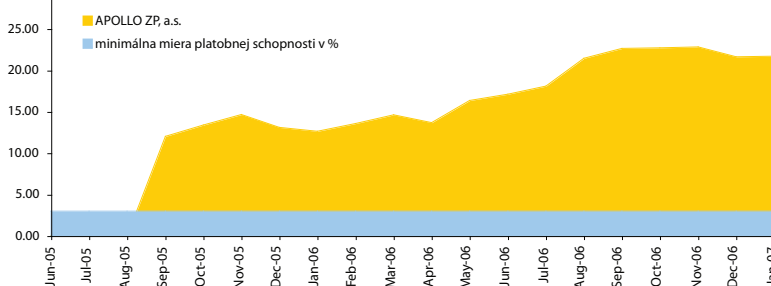
PETER PAŽITNÝ

Graf 1: Platobná schopnosť zdravotných poisťovní Dôvera a Sideria v %



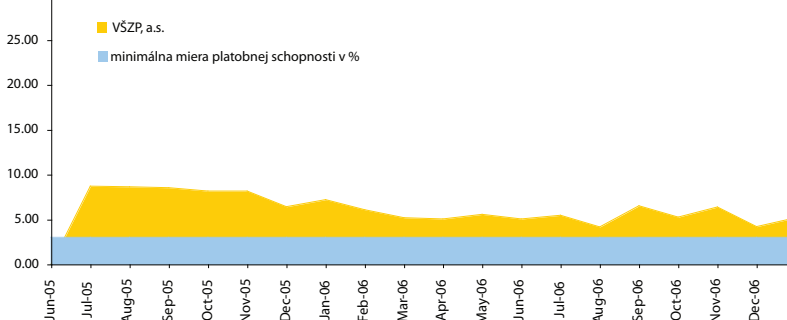
Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2007

Graf 2: Platobná schopnosť zdravotnej poisťovne Apollo v %



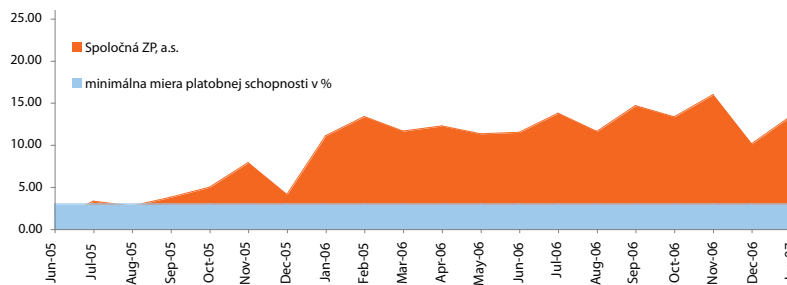
Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2007

Graf 3: Platobná schopnosť Všeobecnej zdravotnej poisťovne v %



Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2007

Graf 4: Platobná schopnosť Spoločnej zdravotnej poisťovne v %



Zdroj: Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, 2007

Rámček 1: Príbeh zdravotnej poisťovne Perspektíva

Dátum	Minister zdravotníctva	Aktivita
Máj 1995	Lubomír Javorský	Vznikol DRUZAP
Máj 1995		Vznikla Perspektíva
Január 1996		Počet poistencov Perspektíva – 37 548 poistencov Počet poistencov Druzap – 80 582 poistencov
Január 1997		Počet poistencov Perspektíva – 188 000 poistencov Počet poistencov Druzap – 232 000 poistencov
1997		Obidve zdravotné poisťovne vykazujú problém s výberom poistného. V Perspektíve sa úspešnosť pohybovala na úrovni 90 - 91 %, v Druzape od 85 do 91 %. Pohľadávky na poistnom Perspektívy narástli na 300 mil. Sk a v Druzape na 130 mil. Sk.
16.12.1997		Ministerstvo vydalo súhlas na zlúčenie zdravotnej poisťovne Perspektíva a zdravotnej poisťovne DRUZAP. Ku dňu zlúčenia mala ZP Perspektíva záväzky po lehote splatnosti viac ako 500 mil. Sk a DRUZAP viac ako 250 mil. Sk. V roku 1997 mali ZP celkový výber poistného vo výške 38,3 mld. Sk. Podiel zlúčenej ZP Perspektíva - DZP ku koncu roka bol približne 10,7% (585 000 poistencov v januári 1998). Odhadujeme, že príjmy Perspektíva-DZP mohli dosiahnuť približne 4,1 mld. Sk. Záväzky po lehote splatnosti (750 mil. Sk) tak predstavovali 18,3% príjmov poisťovne.
1.7.1999	Tibor Šagát	Rozhodnutie ministra, že Perspektíva – DZP ide do likvidácie Poistencov preberá Všeobecná zdravotná poisťovňa
7.10.1999		Začal konať likvidátor poisťovne
Február 2001	Roman Kováč	Návrh na odvolania likvidátora poisťovne
Marec 2001		Vyhlásenie konkurzu na majetok poisťovne Predpokladaný objem nesplatených záväzkov – 2,3 mld. Sk
2004	Rudolf Zajac	Konkurzný správca vyčísluje pohľadávky a trovy voči Perspektíva-DZP. Spolu je to 2,632 mld. Sk
2004		Záväzky ZP Perspektíva v objeme 2,632 mld. Sk začína riešiť a.s. Veriteľ. Z toho 0,656 mld. Sk je voči ostatným konkurzným veriteľom a 1,976 mld. Sk voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti: 0,840 mld. Sk – súkromní veritelia sa riešia odkúpením ich pohľadávok 1,140 mld. Sk – nemocnice sa riešia formou zápočtov
2006		Likvidačný zostatok a.s. Veriteľ sa presúva na MZ SR na uspokojenie potrieb veriteľov ZP Perspektíva, ktorí nesúhlasili s vyrovnaním cez akciovú spoločnosť Veriteľ.

Zdroj: Health Policy Institute na základe monitoringu tlače a vlastných výpočtov, 2007

Zdravotníctvo sa nedá viesť bez vízie

Za desať mesiacov pôsobenia Ivana Valentoviča v kresle ministra zdravotníctva sa uskutočnili tieto zmeny:

- znížili sa poplatky v zdravotníctve,
- došlo k plošnému zníženiu cien liekov,
- vymenili sa riaditelia desiatky nemocníc v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva, v Bratislave a Prešove dokonca dvakrát,
- kozmeticky sa upravilo ročné zúčtovanie zdravotného poistenia,
- bola zavedená druhá sadzba DPH na lieky a niektoré zdravotnícke pomôcky,
- na prvé 4 mesiace roku 2007 sa zvýšila platba štátu za poistencov štátu.

Poslanci iniciatívne stanovili ochranu nemocníc pred exekúciami, ktorej platnosť pozastavil Ústavný súd. Návrhy na prepoistenie poistencov, zákaz zisku, zriadenie verejnoprávných

poisťovní či redukcii počtu lôžok sa po sérii odbornej kritiky ocitli na mŕtvom bode. Minister pripustil, že bude musieť zvoliť inú cestu.



Doterajšie kroky ako aj predložené návrhy svedčia o neexistencii vízie, ktorá by slovenské zdravotníctvo posunula vpred. Centralizačné tendencie a zmäkčovanie pravidiel prostredia nezvyšujú ani kvalitu, ani efektivitu systému, a ani spokojnosť jeho účastníkov.

Úloha ministerstva zdravotníctva by sa mala obmedziť na reguláciu, ktorá zabezpečí solidariťu a univerzalitu zdravotného systému a prispeje k ochrane spotrebiteľa. Dnes sa ministerstvo snaží regulovať oblasti, ktoré reguláciu nevyžadujú (návrh na prepoistenie poistencov štátu alebo zákaz zisku) a naopak, nereguluje tie oblasti, ktoré reguláciu potrebujú (kvalita zdravotnej starostlivosti - ochrana

spotrebiteľov). Aké by mali byť teda najbližšie kroky tvorcov zdravotnej politiky?

1) **Dokončenie transformácie nemocníc** na akciové spoločnosti. Po jej skončení je potrebná reštrukturalizácia najväčších nemocníc, ktorých aktíva boli desaťročia zanedbávané.

2) **Stanovenie minimálnej siete** zodpovedajúcej zdravotným potrebám obyvateľstva, pričom za výber zmluvných poskytovateľov (selektívny kontraktning) majú niesť zodpovednosť zdravotné poisťovne, nie ministerstvo zdravotníctva. Dnes je na Slovensku minimálne 7 tisíc nadbytočných nemocničných lôžok.

3) **Katalóg zdravotných výkonov** v ústavnej starostlivosti v spojení s ich **vykazovaním** umožní sledovať, porovnávať a vyhodnocovať výkony nemocníc.

4) Štandardizácia terminológie a vykazovania umožní **zlepšenie platobných mechanizmov** najmä v ústavnej starostlivosti – napr. zavedením DRG.

5) **Protokoly pre diagnostiku a liečbu ochorení** pomôžu znížiť vysokú mieru variability v kvalite zdravotnej starostlivosti.

6) Rozšírenie prerozdelenieho mechanizmu o prípady finančne náročnej starostlivosti prispeje k lepšej **kompensácii**

rizík medzi zdravotnými poisťovňami a uľahčí vstup nových poisťovní na trh.

7) **Lieková politika** potrebuje dôslednejší prístup, keďže výdavky na lieky predstavujú viac než tretinu všetkých výdavkov na zdravotníctvo a ich rast je rýchlejší než rast zdrojov. Do kategorizácie liekov by mali byť zahrnuté len lieky s okázanou medicínskou účinnosťou a farmakoeconomickou výhodnosťou.

8) **Informatizácia zdravotníctva – projekt eHealth** – zahŕňa od elektronickej preskripcie až po elektronickú zdravotnú dokumentáciu celú plejádu aplikácií, umožňujúcich sledovanie kvality a efektivity zdravotníctva, znižovanie chýb a podvodov.

9) **Spoplatnenie neprioritných diagnóz.** Vyčlenenie základného balíka hradenej starostlivosti umožní rozvoj individuálneho zdravotného poistenia.

10) **Zjednodušenie ročného zúčtovania** je možné len po zásadnej zmene filozofie poistného zákona: napríklad zjednotením vymeriavacích základov pre dane, sociálne a zdravotné odvody. Pre spravodlivejšie odvodové zaťaženie je tiež potrebné prehodnotiť, ktoré typy príjmov podliehajú odvodej povinnosti.

TOMÁŠ SZALAY

(článok bol publikovaný v *Hospodárskych novinách* 18. 4. 2007)

Prečo lekári nedosiahli uspokojenie svojich platových požiadaviek?

Odpoveď lekárov bude jednoduchá. Vláda nedala, poisťovne nedali, verejnosť nás nepochopila. Odpovede jednoduché, ale problém oveľa zložitejší. Teraz však nemám na mysli krátkodobé požiadavky lekárov na uspokojenie mzdových požiadaviek, ale dlhodobý neúspech pri žiadostiach o ich uspokojenie, pokiaľ nerátam zvýšenie platov lekárov tak o inflačné vyrovnanie a možno niečo málo navyše.

Väčšina cielavedomých ľudí si pri neúspechoch, nech sú hocijakého charakteru kladie otázku v zmysle: „Čo som robil zle, že vec sa nepodarila?“ Naliehavosť otázky sa stupňuje vtedy, ak je neúspech v tej istej oblasti opakovaný, alebo výsledky sú vzhľadom k námahe zanedbateľné tak, ako tomu je práve v otázkach uspokojenia mzdových požiadaviek slovenských lekárov.

Riešenie neúspechu kreatívni ľudia neriešia opakovane rovnakými postupmi, ktoré už evidentne zlyhali, ale hľadajú iné, tvorivejšie riešenia konkrétneho problému.

Myslím si preto, že by naozaj mal nastať čas aby si lekári túto otázku, **prečo dlhodobo nedosahujú svoje ciele** mali vážne položiť a to bez zbytočnej sebaľútosti a obviňovania hocijakej vlády či verejnosti z nepochopenia. **Túto otázku by si mali položiť nie preto, aby sa takpovediac kajali, ale preto, aby uspeli! Tak čo je vlastne príčinou neúspechov?**

Komunita lekárov je relatívne malá, ale disponuje pomerne veľkou mocou ovplyvňovať spoločnosť, avšak len pod

podmienkou istej autority, ktorá vlastne v súčasnosti neexistuje. Preto to, čo lekárom naozaj chýba, je podpora, s ktorou by mohli vytvoriť permanentný tlak na spoločnosť, ktorá by mohla ustúpiť požiadavkám lekárov. **Preto je pre lekárske stavy úlohou č. 1 získať podporu verejnosti.**

Toto je tá najťažšia úloha, akú lekári mohli dostať a bude sa plniť len veľmi ťažko. Vráťam sa k výzvam lekárskej komory okolo roku 1994, keď lekári jej prostredníctvom žiadali zvýšenie platov o 200%. Aj keď si myslím že táto žiadosť lekárskej komore neprislúcha (jej úlohy sú v civilizovanom svete predsa len trochu odlišnejšie od tej slovenskej), rešpektujme túto požiadavku. Zvýšenie platu o dvesto percent. V poriadku. **Problém nebol ani tak v tej výške, ako v neschopnosti lekárov povedať: „Ale samozrejme za to verejnosti ponúkame oveľa lepšie a iné zdravotníctvo ako doteraz a aj predostrieme reálny plán.“**

S požiadavkou mal prísť aj reálny a kritický pohľad na dovtedajšie fungovanie zdravotníctva. Ak nijaká ponuka na konsenzus neprišla, verejnosť pokladala požiadavku za vrchol

arogancie lekárskeho stavu a otočila sa mu chrbtom. Ved' ako možno súhlasiť, keď snád' neexistovalo pacienta či príbuzných, ktorí by nemali nejakú výhradu voči lekárom a ich fungovaniu. **A keďže lekári oprávnenú kritiku ignorovali, rovnako ich (a to doteraz) ignoruje verejnosť.**

Ďalšou vážnou chybou je aj otázka dôveryhodnosti osoby, ktorá záujmy lekárov presadzuje. Síce úlohu už plnia lekárske odbory, čo je ich kompetencia, ale ľudia s komunistickou minulosťou a súdružským myslením môžu presvedčiť len istú a možno aj menšiu časť verejnosti. Okrem iného, akosi tá reprezentácia navráva, takého si zvolili, takí sú, čo síce až taká pravda nemusí byť, ale reprezentant pôsobí naozaj tak, ako keby zastupoval všetkých lekárov.



Myslím si, že lekári sadli na lep karieristom, ktorí populistickými rečami v rámci svojej komunity získavajú funkcie, ale nemajú úplne jasno v tom, ako dosiahnuť svoje ciele.

Preto by malo byť otázkou dňa získanie a zvolenie si zástupcu, ktorý bude vedieť ich stav zastupovať dôstojne, nebude poznačený komunistickou minulosťou, bude solidárny aj s pacientami a dokáže sa ich reálne zastať nielen prázdny rečami, ale v skutočnej realite. Takýto LÍDER musí mať odvahu ísť aj proti svojim neserióznym kolegom, a to dostatočne transparentne. Zahmlievanie a zakrývanie skutočných etických, ľudských a odborných pochybení nie je namieste. Ak áno, nebude dôvera verejnosti.

Preto úlohou č. 2 je otázka autority zástupcu lekárov.

V zadĺženej firme nepýtajte vyšší plat. A to platí aj pre zdravotníctvo. V tejto súvislosti spomeniem len jednu perličku, ktorú mi porozprávala istá pacientka. Dovolím si citovať:

„Bola som hospitalizovaná 9 dní a po ukončení hospitalizácie ma lekár požiadal o zaplatenie čiastky 450,- Sk za celý pobyt v nemocnici. Lekár sa mi pri tom veľmi ospravedlňoval s tým, že on za to nemôže, že to vláda a Zajac (hospitalizácia sa konala ešte za čias ministra Zajaca). Nechájala som ho. Ved' ak chceme kvalitu, potrebujeme viac zdrojov, a týmto smerom by sa malo aj uberať

vysvetľovanie vecí lekárom a nie opačne. Zdá sa, že lekári si nevedomujú, že to ich „adekvátne“ finančné hodnotenie a kvalita poskytovaných služieb je za peniaze a nie zadarmo, len spôsob platieb je v rámci zdravotného poistenia iný.“

Nie je náhoda, že čím väčšia je finančná účasť pacienta na zdravotníckych výkonoch, tým je aj viac zdrojov na mzdy lekárov. Len pre zaujímavosť: v USA je priemerný plat lekára 5,5-krát vyšší ako plat v národnom hospodárstve. Preto by sa lekári mali naozaj zamyslieť nad svojou podporou populisticko-nacionalistických zoskupení, ktoré evidentne nevedia, ako a kde vziať zdroje na vyššie mzdy a aj kvalitnejšie zdravotníctvo. Podpora takýchto politických zoskupení patrí do mentálnej výbavy dlhodobo nezamestnaných či sociálkarov, a nie do

mentálnej výbavy lekára, ktorý si chce získať vážnosť a autoritu v očiach veci znalejšej verejnosti, ktorá je podstatným motorom ekonomiky štátu. **Len tak mimochodom, socializmus môže dať len socialistický plat! Ak taký odmietate, odmietajte socializmus!**

Preto je dôležitou úlohou č. 3 podpora nevyhnutných reforiem a ich pochopenie v kontexte súčasného zdravotníctva.

Aktívny podnikateľ vždy a stále hľadá spôsoby ako poskytnúť svojim zákazníkom čo najširšiu ponuku tovarov a služieb, lebo len tak má šancu udražať sa v onkurencii a následne mať aj z uvedeného dostatočný

profit. Pokiaľ som si všimol, v súčasnosti majú lekári možnosť poskytovať nadštandardné služby za úhradu. Dokonca si môže pacient počas hospitalizácie vybrať aj svojho ošetrojúceho lekára, či zdravotnú sestru. Samozrejme za príslušnú finančnú čiastku.

Pred časom som bol ako sprievodca na jednom takom nemocničnom oddelení, kde by to pacienti iste využili. Ale na tieto služby som nevidel nijaký pútač, telefónne čísla lekárov, ich fotografie so životopisom a profesnou kariérou a pod. Nič, čo by pacientovi napovedalo, že ak si ušetril, nemusí podplácať, ale kúpiť si kvalitnú nadštandardnú službu. Báli sa lekári, že nezarobia na úplatkoch, či to bola ich totálna neschopnosť?

A tak ďalšou, **štvrtou úlohou zdravotníkov bude snaha vytvoriť si na mzdy ďalšie dodatočné zdroje poskytovaním nadštandardných služieb v čo najširšom možnom rozmere.**

Na záver: o ďalších potrebných úlohách zdravotníkov by sa dalo ešte veľa písať. Ale k tomu, aby ich vnútorne akceptovali, je potrebné vlastné poznanie očistené od ideologického pohľadu na svoje povolanie. Čím skôr to lekári pochopia, tým skôr dosiahnu svojich cieľov.

DANIEL JANKECH

článok bol publikovaný na blog.HNOnline.sk

Pripomienky k Správe o stave optimalizácie siete zdravotníckych zariadení

Ministerstvo zdravotníctva zverejnilo na skrátene pripomienkové konanie materiál „Správa o stave optimalizácie siete zdravotníckych zariadení“ (číslo materiálu 13396/2007-SZ). V stanovenej lehote zaslal Health Policy Institute nasledovné pripomienky k tejto správe.

Na úvod dovoľte uviesť, že sa plne stotožňujeme s potrebou zásadnej redukcie prebytočných lôžkových kapacít, ktoré prispievajú k neefektívnemu používaniu vzácných zdrojov v zdravotníctve. Domnievame sa, že takáto racionalizácia prispeje k skvalitneniu zdravotnej starostlivosti, zlepšenému odmeňovaniu ako aj zvýšeniu spokojnosti účastníkov systému. Preto máme záujem, aby sa táto redukcia uskutočnila správne, lebo len tak prinesie slovenskej spoločnosti prospech.

Prijímate preto, prosím, naše pripomienky ako konštruktívny príspevok do diskusie a ako prejav ochoty pomôcť riešiť tento (najmä politicky) neľahký problém.

Definícia problému vychádza z **nesprávneho stanovenia príčin súčasného stavu**. Prebytok lôžkových kapacít ako aj existencia nemocníc s hraničným personálnym a materiálno-technickým vybavením nie je dôsledkom reforiem minulého volebného obdobia, ale stav pretrvávajúci desaťročia. Rozhodnutia o výstavbe nových lôžkových kapacít sa neuskutočňovali na základe seriózných analýz potrieb obyvateľstva a ekonomických možností, ale na základe ideologických dôvodov. Nadbytok lôžok, ako vidno v **Tabuľke 1**, „nevznikol“ za posledné štyri roky, naopak, kontinuálne sa posledné desaťročie znižuje. Výraznou mierou k tomu prispelo i uplynulé volebné obdobie.

Reformné zákony umožnili túto problematiku riešiť systémovo – cez systém regulácie vstupu na trh (povolenie na základe štrukturálnych kritérií kvality), regulácie pôsobenia na ňom (procesné kritériá kvality) a regulácie prístupu k verejným zdrojom (indikátory kvality zohľadňujúce výkon, výsledok). Ministerstvo ako regulátor normou o minimálnej sieti stanovuje hranice dostupnosti zdravotnej starostlivosti, ktoré sú zdravotné poisťovne povinné naplniť. Takýto jasný, transparentný systém je pre riešenie uvedeného problému benefitom a nie je dôvod ho činiť zodpovedným za súčasný stav.

Pri vymenovávaní dôsledkov neefektivity navrhujeme zdôrazniť **nedostatok investícií v zdravotníctve**. Za ekonomiku ako celok je miera investovania – teda pomer tvorby hrubého fixného kapitálu (THFK) k HDP – na úrovni okolo 25 %. Vo vyspelejších štátoch OECD by sme namerali tento pomer o niečo nižší, na úrovni 15 – 20 %. Táto hodnota je relatívne stála a zrejme sa neustálila nadarmo: ide o hodnotu, pri ktorej sa v dostatočnej miere obnovuje starší kapitál (obnovovacie

investície) a zároveň sa vytvára nový kapitál (rozvojové investície). Dlhodobjšie zotrvávanie pod touto ustálenou hodnotou (teda niekde pod 15 %) sa považuje už za „prejedanie kapitálu“ alebo „žitie z podstaty“. V odvetví slovenského zdravotníctva však tento pomer niekedy nedosahuje ani 10 %. V období od roku 2000 do prvého polroku 2006 kolísal pomer THFK k HDP v zdravotníctve medzi 7,8 % a 15,2 %, v roku 2005 s hodnotou 9,5 %, ¹ Nedostatok investícií následne spôsobuje morálnu i technologickú zastaralosť slovenských nemocníc, kompromituje kvalitu a odoberá zdravotníkom ich profesionálnu motiváciu.

Správa porovnáva dáta WHO, podľa ktorého má Slovensko výrazný nadbytok akútnych lôžok: aby sme sa priblížili priemeru EÚ-15, bolo by potrebné zredukovať jednu tretinu akútnych lôžok. Tento fakt uvedený v úvode správy však autori analýzy neberú do úvahy pri návrhu riešení, keďže navrhujú namiesto akútnych lôžok redukovať lôžka psychiatrické a chronické. Z avizovanej potreby tretinovej redukcie akútnych lôžok sa stáva len 9-percentná, zato chronických lôžok sa má zrušiť 40 % a psychiatrických 29 %. Argumentácia je tak nekonzistentná – **zo správnych východísk vyvodzuje nesprávne závery**.

Veľmi nejasne a všeobecne je sformulovaná časť, v ktorej je vysvetľované zohľadnenie zahraničných normatívo. Čísla sú totiž rovnaké ako v materiáli, ktorý sa odvolával na inšpiráciu rakúskym štrukturálnym plánom pre zdravotníctvo, ktorý bol však **vytrhnutý z kontextu a bol preložený len čiastočne a navyše nedôsledne**.² Napríklad návrh na redukciiu psychiatrie pod úroveň dnešnej obložnosti či návrh na redukciiu chronických lôžok je **odborne neodôvodniteľný**. Logiku postráda návrh i na rozšírenie lôžok neonatológie o viac než 50 % – a v texte chýba akékoľvek vysvetlenie, prečo sa navrhuje práve takýto normatív a či práve nedostatok neonatologických lôžok je problémom slovenského zdravotníctva. Ich obložnosť (73,5 %) je dokonca nižšia, než želaná/cieľová obložnosť (76,7 %). Je to naozaj efektívne vynakladanie vzácných zdrojov? Príklad kardiochirurgie: na tieto výkony sa tvoria v niektorých poisťovniach (napr. VŠZP) až ročné čakacie lehoty, problémom však nie je nedostatok kapacít. Ani tie dnešné nevieme naplno využiť (priemerná obložnosť je 56 %). Namiesto sústredenia vzácných zdrojov na skracovanie čakacích zoznamov by sa však podľa analýzy mali prostriedky použiť na rozšírenie doterajších kapacít o 50 %. **Návrh tak znamená len zväčšenie počtu nevyužitých lôžok, teda prehĺbenie plytvania a zníženie efektivity systému**.

Pri hľadaní riešenia môžu zahraničné normatívy slúžiť ako inšpirácia, avšak v prvom rade musí sieť zdravotníckych zariadení **zohľadňovať zdravotné potreby obyvateľstva**. Ich meranie nie

Tabuľka 1: Vývoj počtu postelí v nemocniciach od roku 1995 do roku 2005

Rok	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Počet lôžok	40 439	40 338	39 096	38 254	37 964	36 124	35 211	35 043	33 055	31 820	31 042
Medziročná zmena		- 0,25 %	- 3,08 %	- 2,15 %	- 0,76 %	- 4,85 %	- 2,53 %	- 0,48 %	- 5,67 %	- 3,74 %	-2,45 %

Zdroj: NCZI – zdravotnícke ročenky 1995 – 2005

¹ Karol Morvay: V zdravotníctve pretrvávajúca vysoká mzdová a nízka kapitálová náročnosť, *Into Balance 11/2006*, www.hpi.sk

² Tomáš Szalay: Redukcia siete lôžkových zariadení je nevyhnutná, návrh ministerstva je však nepoužiteľný, *Into Balance 1/2007*, www.hpi.sk

je jednoduché, ale ak je cieľom nášho zdravotníctva dosiahnuť „rovnosť v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a dostupnosť zdravotnej starostlivosti“ (Programové vyhlásenie vlády SR), tak jedine metodikou orientovanou na potreby obyvateľstva je možné navrhnuť dobrý solidárny systém.

Metodika neuvádza dôvod, pre ktorý boli normatívy stanovené regionálne rovnomerne. Dáta, ktoré predstavovali vstup do analýzy, totiž obsahujú **presvedčivé dôkazy o nerovnomernosti dopytu po zdravotnej starostlivosti**.² Dopyt po zdravotnej starostlivosti s istou dávkou skreslenia odráža zdravotné potreby obyvateľstva. Rozdiely v dopyte sú pritom v niektorých prípadoch zásadné. Ignorovanie rozdielu v dopyte v ďalších výpočtoch už len kumuluje túto zásadnú metodickú chybu.

Normatív sa nastavoval podľa celoslovenskej priemernej (skutočnej) obložnosti a cieľovej (želanej) obložnosti. Pri priemerovaní údajov o obložnosti sa pritom stratili informácie o regionálnych disparitách. Avšak v obložnosti sú medzi jednotlivými zariadeniami i kraji diametrálne rozdiely. Stomatologická chirurgia v Bratislave má viac než dvojnásobnú obložnosť ako v Prešove. Naopak, oftalmológia v Bratislave má oproti Trnave len polovičnú obložnosť. A podobne sa dá pokračovať s väčšinou špecializácií. Výsledný normatív je tak skreslený, nezodpovedá realite a prejavenejmu dopytu.

Schéma 1

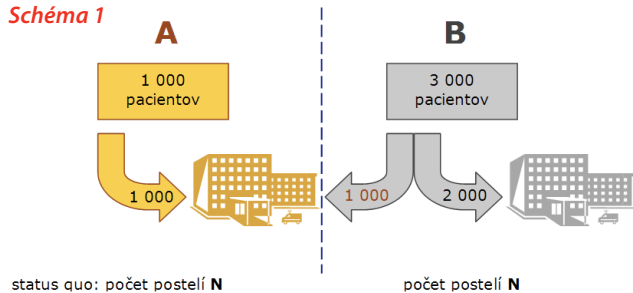


Schéma 2

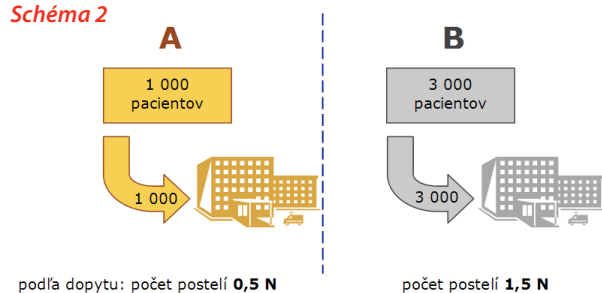
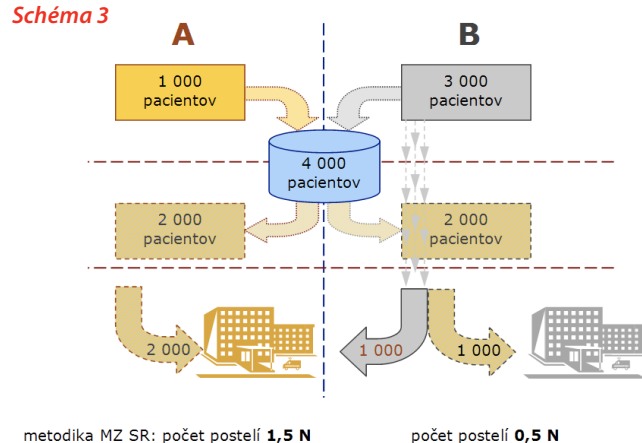


Schéma 3



K tejto zásadnej metodickej chybe sa pridala druhá, a tou je spôsob zohľadnenia migrácie pacientov. Kým ostatné regionálne parametre sa priemerovali na celoslovenskú úroveň, migrácia zostala jediným regionálnym ukazovateľom, ktorý však **stráca akúkoľvek výpovednú hodnotu** po takomto vytrhnutí z kontextu.

Na prvý pohľad je rozumné brať do úvahy kam pacienti cestujú za zdravotnou starostlivosťou, je to akýsi veľmi nepriamy indikátor kvality (keďže zahŕňa množstvo šumov a skreslení). Pri jeho zohľadňovaní je však potrebné brať do úvahy aj ďalšie parametre: chorobnosť v regióne, diagnózu, dostupnosť alternatívnych poskytovateľov, preklad medzi zariadeniami atď., ktoré výsledku pridávajú realnejšiu podobu. Spôsob, akým sa migrácia v analýze zohľadňovala, je **zamieňanie príčiny s následkom**. Pacienti chodia k poskytovateľom, ktorí existujú, nie k tým, ktorí by mali existovať, ale neexistujú. Ak v niektorom regióne jestvuje zdravotná potreba (prejavenej dopyt) a v danom kraji sú len nedostatočné kapacity v príslušnej špecializácii, pacienti pochopiteľne cestujú za zdravotnou starostlivosťou inam. Na základe použitej metodiky sa toto správanie vysvetľuje ako uprednostnenie poskytovateľa v inom kraji a **vedie k redukcii kapacít v mieste vzniku zdravotnej potreby a naopak, k nárastu v inom regióne**. Pozitívnu spätnou väzbou takéto zohľadňovanie migrácie prispieje k ešte väčšej migrácii pacientov. Výsledkom je petrifikácia zhoršenej dostupnosti ústavnej starostlivosti, teda pravý opak zámeru z Programového vyhlásenia vlády SR. Posilní sa budovanie kapacít v iných krajoch namiesto posilnenia kapacít v kraji, odkiaľ pacienti cestujú za zdravotnou starostlivosťou. Dôsledkom je absurdný návrh redukcie, podľa ktorého sa majú v Bratislave lôžka pridávať, hoci minimálne štvrtina z nich je každodenne nevyužitá.

Pre zrozumiteľnosť matematického omylu v použitej metodike dovoľte uviesť nasledovný **príklad**:

Pre zjednodušenie si vezmeme dva rovnako veľké regióny A a B. Oba majú rovnaký počet lôžok, rovnakú obložnosť i priemernú dĺžku hospitalizácie. Kým z regiónu A pochádza 1000 pacientov, z regiónu B pochádza 3000 pacientov. V každom z oboch regiónov odliečia 2000 pacientov. V regióne A teda liečia 1000 pacientov z regiónu A a 1000 migrujúcich pacientov z regiónu B. V regióne B odliečia 2000 pacientov z regiónu B (**Schéma 1**).

Ak by sieť odrážala zdravotné potreby obyvateľstva, v B by malo byť trikrát viac lôžok než v A (keďže je tam trikrát viac pacientov, **Schéma 2**). Ako však tento prípad rieši predložená metodika?

1. predpokladá, že dopyt je rovnomerný, t.j. že v A i B je po 2000 pacientov.
2. keďže z B cestuje za zdravotnou starostlivosťou do A 1000 pacientov, znamená to, že na A pripadá $2000 + 1000 = 3000$ pacientov a má tam byť teda o 50 % lôžok viac oproti rovnovážnemu stavu zodpovedajúcemu 2000 pacientom. Na druhej strane na B pripadá $2000 - 1000 = 1000$ pacientov, a je tam potrebná redukcia o 50 %.
3. na záver tak v A bude trikrát viac lôžok než v B (**Schéma 3**).

Výsledok je presne opačný, než by zodpovedalo zohľadňovaniu dopytu (hoci „zohľadňovanie migrácie“ malo túto ambíciu). Ak by sa po takejto redukcii dopyt nezmenil, za zdravotnou

starostlivosťou bude migrovať dvakrát viac pacientov. **Takéto zohľadnenie migrácie preto podporuje ďalší nárast migrácie.**³

Príklad bol názorným zjednodušením problému. Rozdiely v obložnosti alebo priemernej dĺžke hospitalizácie len prehľujú uvedené skreslenie. Paradoxne na takúto metodiku doplácajú zdravotnícke zariadenia/regióny, ktoré majú lepšie indikátory obložnosti a doby hospitalizácie, ale nachádzajú sa v regióne, odkiaľ pacienti cestujú za zdravotnou starostlivosťou do zariadení/krajov s horšími indikátormi (napr. z dôvodu nedostatočných kapacít alebo vyššej miery chorobnosti). Táto metodická chyba postihuje všetky odbornosti, vypuklými príkladmi sú napr. klinická onkológia, kardiochirurgia, geriatria, popáleninové odd. či fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia. Vo výsledku budú menej efektívne zariadenia posilnené a efektívnejšie zariadenia postihne redukcia. **Takáto metodika je chybná a kontraproduktívna.**

Hoci slovenské zdravotníctvo potrebuje zásadnú redukciu svojich lôžkových kapacít, a priori nie každá redukcia je užitočná. Nesprávne naplánovaná a zle pripravená redukcia môže efektívitu systému ešte zhoršiť a prehľbiť tak súčasné problémy, kto-

ré správa inak dobre popisuje. **Predložený návrh optimalizácie vykazuje také zásadné metodické chyby, ktoré znemožňujú jeho ďalšie použitie. Je potrebné zásadne prepracovať metodiku optimalizácie a zohľadniť v nej reálne proxy pre zdravotné potreby obyvateľstva.**

Pre Ministerstvo zdravotníctva SR v máji 2006 navrhol Health Policy Institute metodiku stanovenia minimálnej siete poskytovateľov. Dáta, ktoré ministerstvo medzičasom získalo k dispozícii umožňujú túto metodiku zlepšiť a doplniť o regionálne rozdiely v chorobnosti, parametre výkonnosti poskytovateľov, o migráciu pacientov v závislosti od diagnóz a pod.

V prípade záujmu zo strany Ministerstva zdravotníctva SR môžeme spomínanú metodiku detailnejšie predstaviť. Záleží nám na skvalitnení a zefektívnení fungovania slovenského zdravotníctva. Bola by škoda pochovať myšlienku potrebnej redukcie zle pripraveným návrhom.

TOMÁŠ SZALAY

3 Ak by sme si zobrali extrémny prípad, že z regiónu A pochádza 0 pacientov a z regiónu B pochádza 4000 pacientov, z ktorých 2000 migruje za starostlivosťou do A, tak podľa predloženej metodiky by lôžka v B mali byť všetky zrušené (pretože tam podľa nej nie sú nijakí pacienti, 2000 – 2000 = 0) a liečba by sa odohrávala len v A. Takýmto zohľadnením migrácie by za zdravotnou starostlivosťou necestovalo 2000, ale všetkých 4000 pacientov. Toto je i dôvod, pre ktorý autorom návrhu vyšla inak neodôvodniteľná potreba nárastu kapacít v Bratislave.

Stav eHealth & eInclusion v Slovinsku

Schéma 1: Timeline eHealth v Slovinsku

1995	Electronic Health Card System – štart projektu vedený Inštitútom zdravotného poistenia Slovinska
1998	Electronic Health Card System – pilotná prevádzka
2000	1. október 2000 Electronic Health Card System – celoštátne pokrytie
2003	európski ministri zdravotníctva sa zaviazali budovať eHealth víziu (eZdravje)
1. polrok 2005	zhrnutie európskych odporúčaní a smerníc
4. kvartál 2006	v spolupráci s Európskou komisiou zjednotiť prístup k identifikácii pacientov
2007	<ul style="list-style-type: none"> základná infraštruktúra a definovanie základných rámcov pre zriadenie elektronickej zdravotnej dokumentácie (EHR) základný set dát pre EHR
2008	Dostupné služby: ePrescription, eReferral, eDocuments, eForm a Telecare
do 2010	založenie centrálného informačného portálu (EZIP) ktorý umožní štandardizovaný a bezpečný prenos dát medzi všetkými zainteresovanými a interoperabilitu s ostatnými systémami v EÚ

Zdroj: eZdravje 2010, Strategija informatizacije slovenskega zdravstvenega

Od roku 2000 používa 2,1 milióna Slovincov Zdravotné karty poistenca (ZKP) (16KB EEPROM chips), 20 000 klinických profesionálov používa Zdravotné karty lekára (ZKL). Ide o smart karty spĺňajúce odporúčania EÚ. Karty obsahujú údaje: identifikačné číslo, sériové číslo karty, osobné údaje, kód krajiny, kód inštitútu verejného zdravia, špecializácia, typ a prístupové práva.

Existujú dva pilotné programy: PRIMACOM (budovanie siete lekárov primárneho kontaktu) a HSMP (Health System Management Project) pre implementáciu siete pre prenos správ medzi zdravotníckymi pracovníkmi, zdravotnými poisťovňami, ministerstvom zdravotníctva a dodávateľmi pre zdravotný systém. Diagnózy a takisto klinické procedúry sú štandardizované a štruktúrované podľa klasifikácií ICD 10 AM.

EDIFACT, HL7. Aktuálnym štandardom pre prenos správ je XML V slovinských nemocniciach, zdravotníckych centrách, inštitútoch je umiestnených spolu 295 samoobslužných informačných terminálov, ktoré slúžia občanom na vyhľadávanie informácií o lekároch, lekárniciach a službách.

Zdravotnícke dáta, ktoré sa momentálne v Slovinsku zbierajú a digitálne spracovávajú:

- práca a finálne diagnózy posudzované podľa MKCH 10
- hospitalizačné procedúry sú klasifikované podľa ICD10 AM
- použité lieky podľa slovinského kódového systému registrovaných liečiv
- databáza poistených osôb krytých povinným či dobrovoľným zdravotným poistením
- databáza osôb povinných platiť zdravotné poistenie
- databáza poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
- register vybraných všeobecných lekárov
- národné kódy potrebné pre kalkuláciu nákladov zdravotníckych služieb

Mnohí poskytovatelia už používajú elektronické poradovníky. Napríklad dáta pre operácie bedrových kĺbov sú zbierané na národnej úrovni. Všetky nemocnice zbierajú dáta anamnéz a klinických vyšetrení, pripravujú zhrnutie liečby v textovom formáte alebo občas v štruktúrovanom (formátovanom) zázname. Projekt na výmenné a prepúšťacie listy je vedený Prorec Slovenia (Slovinský člen Prorec-u) v spolupráci s tromi významnými softvérovými firmami s cieľom vyvinúť riešenie umožňujúce výmenu elektronických prepúšťacích listov napísaných v zhode s HL7 štandardom

Ďalšie kroky a plány, eZdravje 2005 – 2010

1. **založenie orgánov pre plánovanie, koordináciu, manažment a kontrolu vývoja eHealth aplikácií** a zdravotníckej informatiky. (1) Rada pre informatizáciu zdravotnej starostlivosti (Council for Health Care Informatics) (2) Centrum zdravotníckej informatiky (Centre for Health Care Informatics) (3) Komisia pre štandardizáciu zdravotníckej informatiky (Committee for Health Care Informatics Standards)
2. **modernizácia základnej informačnej infraštruktúry** v zdravotníctve pre bezpečnejší a transparentnejší prenos dát medzi pacientmi, poskytovateľmi a platcami

3. **nastolenie bezpečnosti a technologických štandardov** pre bezpečnú komunikáciu, úpravu a uloženie zdravotníckych dát:
 - zriadenie identifikáciu pomocou verejného kľúča (PKI) pre identifikáciu užívateľov
 - určenie minimálnych štandardov a technologických rámcov, ktoré by mali zaisťiť interoperabilitu a bezpečnú komunikáciu do verejných sietí (Internet)
 - určenie štandardov a technológií pre bezpečný prístup, manažment a uloženie zdravotníckych dát
 - určenie organizačných štandardov pre zabezpečenie informačných systémov
 - procesy certifikácie a verifikácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

4. **príprava operatívneho plánu** pre vývoj aplikácií v čo najkratšom čase a zároveň profesionálne a nákladovo efektívne s prihľadnutím na nasledujúce priority:

- elektronický zdravotný záznam pacienta (EMR)
- ePrescription na liečivá a národnú databázu liekov
- elektronický záznam zdravotníckych zariadení
- ďalší vývoj kartičiek zdravotného poistenia
- národné čakacie zoznamy
- rozšírenie funkcionality eDRG
- navrhnutie a implementácia metód na výmenu dát medzi poskytovateľmi, a aktualizácia/update dát medzi nimi
- navrhnutie a postupné predstavenie národného zdravotného portálu
- zostavenie národnej databázy eHealth projektov
- regulácia legislatívy pre eHealth
- realokácia zdrojov do eHealth
- využívanie európskych fondov
- aktívne sa podieľať na Európskych aktivitách na poli eHealth
- kampaň na zvýšenie povedomia a využitia eHealth a mobilizácia ďalších finančných zdrojov a investícií pre podporu vývoja konkrétnych aktivít
- motivačné schémy a odmeny za špeciálne úspechy na poli eHealth a zdravotníckej informatiky

EVA KONEČNÁ

Rámček 1: Vysvetlenie pojmov s skratiek

eHealth – súbor technologických riešení, produktov a služieb slúžiacich administratívnym či zdravotníckym pracovníkom a inštitúciám v zdravotníctve navzájom komunikovať, rozširovať poznatky, minimalizovať omyly, pristupovať k personalizovateľným súborom dát a personálne a finančne organizovať poskytovanie zdravotnej starostlivosti na báze informačných technológií.

eInclusion – súbor projektov zameraných na zvýšenie dostupnosti technológií a internetu pre obyvateľstvo, zvyčajne zastrešované nadnárodnou IT korporáciou

EHR/EMD (Electronic Health/Medical Record) – Elektronický chorobopis je v prirodzenom jazyku vedená štruktúrovaná zostava záznamov o zdravotnom stave pacienta. Je tvorený sústavou podrobných záznamov súvisiacich so zdravotnými problémami pacienta, ich priebehom a riešením.

ePrescription – elektronická preskripcia je spôsob minimalizácie zamedzenia negatívnych dôsledkov farmakoterapie a vážnych pochybení ohrozujúcich bezpečnosť a život pacientov.

eReferral – online databáza poskytovateľov budovaná za cieľom výmeny informácií o kvalite služieb, dynamicky triedená na základe záznamov a priamych referencií pacientov

eDocuments – pod týmto pojmom v súvislosti s eHealth rozumieme doklady a dokumenty v digitálnej forme, podpísane elektronickým kľúčom

eForm – elektronické (online) formuláre

Telecare – telemedicína, vzdialený prístup k prístroju a vyšetreniu pacienta bez nutnosti fyzickej prítomnosti vyšetrujúceho odborného lekára

Tabuľka 1: Vyzrelosť využitia eHealth v Slovinsku

Typ	Vyzrelosť	Komentár/Informácie
eHealth portály pre verejnosť / pacientov	Je dostupných niekoľko portálov a zlepšujú sa časom, poskytujú základné informácie, služby a fóra	web Ministersva web Inštitútu zdravotného poistenia Inštitút verejného zdravia portál <i>ordinacija.net</i>
online Zdravotné informácie a služby		Napriek problémom s poskytovaním online zdravotníckych služieb dosiahlo Slovinsko úroveň EÚ. Med.over.net: najrozsiahlejší web so zdravotným obsahom v slovinčine venovaný potrebám pacientov POP's doctors: umožňuje kontakt s lekármi rôznych špecializácií cez e-mail
Online informácie o dostupnosti zdravotníckych služieb	slovinský Inštitút zdravotného poistenia poskytuje verejnosti informácie o zdravotníckych služieb dostupných v Slovinsku Ordinacija.net umožňuje užívateľom vyhľadávať informácie pripravené poskytovateľmi, lekármi a zdravotníckymi organizáciami: praktickí lekári, zubári, sestričky, zdravotnícki profesionáli	
online lekárne	Niektoré lekárne si zriadili vlastné stránky a e-mailové adresy, kde poskytujú informácie o liekoch	Predaj liekov online je v Slovinsku stále zakázaný. Predaj liekov bez predpisu je obmedzený na overené lekárne a predávané lieky musia mať platnú licenciu na predaj v Slovinsku. Podľa prieskumov (Zdroj: RIS Survey 2006) sa o nákup liekov online zaujíma 16% obyvateľov Slovinska.
Online interakcia s doktorom	Len malý počet lekárov a špecialistov je dostupných cez e-mail.	

Zdroj: EPIST eHealth Paper April 14, 2006, Survey of eHealth and elclusion in Slovenia

Table 2: Vyzrelosť eSlužieb v Slovinsku

eSlužba	Dostupnosť	Orientácia na užívateľa a kvalita
Verejná správa eGovernment	eGovernment je v Slovinsku pomerne dobre vyvinutý v porovnaní s progresom starších EÚ štátov. Momentálne obsahuje: podávanie daní a notifikácie, portál pre dopyt-ponuky práce, registrácia áut, komunikácia s políciou, verejné knižnice, osobné dokumenty (rodný list, svadobný list), prihlášky na vysoké školy a univerzity, poskytovanie administratívnych informácií v zdravotníctve.	Napriek rastúcemu záujmu o služby eGovernment je stále medzera medzi záujmom a reálnym využitím. Toto môže byť spôsobené aj obmedzeniami v dostupnosti služieb. Už existujúce služby nie sú často využívané naplno, napríklad elektronické formuláre stiahnuté z internetu sa neodovzdávajú úradom naspäť elektronicky.
Zdravie eHealth	Zdravotnícke informácie sú dostupné online, rady všeobecných lekárov via e-mail, online predaj liekov bez predpisu. Všetky eHealth služby sú však limitované a nie je kontrolovaná kvalita ani spoľahlivosť.	Užívateľia požadujú online eHealth služby, ako napríklad prekladanie diagnóz, informácie o užívaní liekov, nákup liekov, online konzultácie a výsledky testov. Tieto požiadavky sú však momentálne nespĺniteľné, keďže stále nie sú doriešené otázky bezpečnosti a dôvernosti prenosu citlivých a osobných dát.
Výučba eLearning	eLearning sa v Slovinsku vyvíja hlavne vo forme dištančného vzdelávania, jazykových kurzov. Dáta k výučbe sa zdieľajú na CD nosičoch, keďže nie je dostatočne rozšírené pokrytie širokopásmového internetu.	Školy v Slovinsku sú prístupné verejnosti a poskytujú možnosť naučiť sa pracovať s počítačom, internetom a používať eSlužby

Zdroj: eUSER project, Slovenia report <http://euser-eu.org>

Reforma zdravotníctva v Českej republike

Začiatkom apríla minister zdravotníctva ČR predstavil reformu zdravotníctva, v ktorej plánuje väčšinu krokov naplniť do roku 2010. Ide o politicky nepopulárne opatrenia, ktoré však vedú k stabilizácii zdravotníctva a tým aj verejných financií.

MAKROEKONOMICKÝ VÝHLAD

Podľa konvergenčného programu Českej republiky bude tempo reálneho rastu HDP ustálené na úrovni okolo 5 %. Na druhej strane saldo verejných financií bude mať klesajúci charakter od 3,5 % z HDP až po 2,9 HDP (*Tabuľka 1*).

Podľa aktuálnej makroekonomickej predikcie MF ČR (január 2007), sa dá počítať iba s miernym rastom počtu pracujúcich (okolo 0,5 % až 1,2 % ročne). Makroekonomická produktivita práce (HDP na pracujúceho) tak môže rásť o 3,8 % až 4,5 % ročne. Rast nominálnej mzdy pravdepodobne dosiahne priemernú mieru 6,8 %, celkový objem bežných príjmov domácností tak môže priemerne vzrastať o 6,4 %.

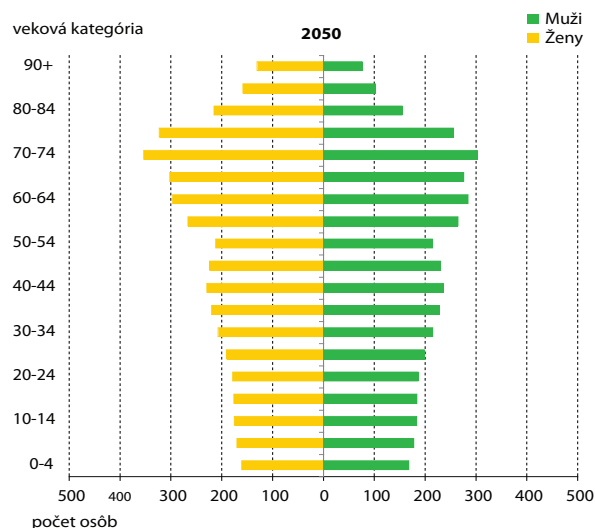
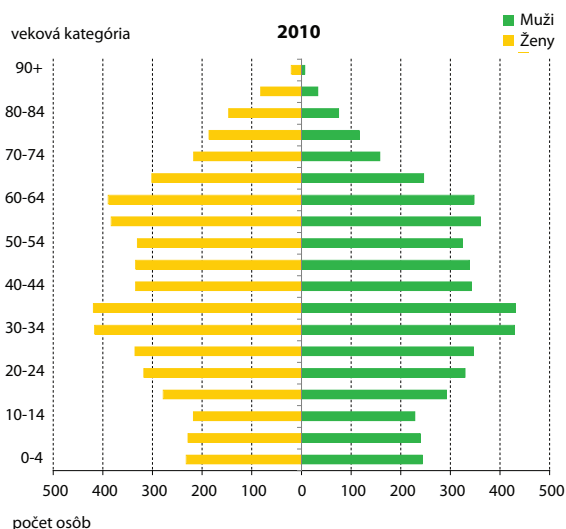
TLAK NA ZVYŠOVANIE ZDRAVOTNÝCH NÁKLADOV

Najviac diskutovaným faktorom vplyvujúcim na zvyšovanie nákladov je nepriaznivý demografický vývoj, ktorý predurčuje zvyšovanie nákladov zdravotno-sociálnych systémov v rozvinutých krajinách vplyvom nepriaznivých zmien demografickej štruktúry obyvateľstva.

Nepriaznivá demografická situácia vychádza z prognóz o starnutí obyvateľstva. Podľa Štatistického úradu ČR bude v roku 2050 index starnutia na úrovni 256,28 oproti 114,3 v roku 2010, čo predstavuje viac ako dvojnásobný nárast. Vyplýva to zo skutočnosti, že dôjde k zníženiu počtu obyvateľov v predproduktívnom veku a na druhej strane sa obyvateľstvo v produktívnom veku posúva nad hranicu 65+, čím dochádza k zvyšovaniu počtu osôb v poproduktívnom veku (*Tabuľka 2*, *Graf 1*).

Demografický vývoj môže byť čiastočne zmiernený migráciou osôb do ČR, avšak z dlhodobého hľadiska ho možno považovať

Graf 1: Strom života v roku 2010 a v roku 2050



Zdroj: Český štatistický úrad, 2004

Tabuľka 1: Vývoj HDP a salda verejných financií v horizonte do 2010

Parameter	2001	2002	2003	2004	2005	2006o	2007p	2008p	2009p	2010p
Reálny rast HDP v %	2,6	1,5	3,2	4,2	6,1	6,0	4,9	4,8	4,8	4,7
Saldo verejných financií v % HDP	-5,7	-6,8	-6,6	-2,9	-3,6	-3,5	-4,0	-3,5	-3,2	-2,9

Zdroj: Historické dáta: WIIW Research Report 335: Special issue on economic prospects for Central, East and Southeast Europe, February 2007. Prognóza ČR: Konvergenčný program ČR, aktualizácia marec 2007; p - prognóza; o - odhad

Tabuľka 2: Prognóza počtu obyvateľov podľa vekových kohort do roku 2050

Veková skupina	2010	2015	2020	2030	2040	2050
0-14	1 388 520	1 396 338	1 354 922	1 184 445	1 084 961	1 033 133
15-64	7 077 909	6 683 749	6 353 848	5 900 228	5 194 023	4 438 338
65+	1 587 044	1 849 104	2 057 264	2 213 462	2 443 814	2 647 763
Index starnutia	114,3	132,43	151,84	186,88	225,24	256,28

Zdroj: Český štatistický úrad, 2007

Schéma 1: Refoma českého zdravotníctva

Cieľ		
Návrat k štandardným vzťahom a komunikácii	Reforma inštitúcií – zvýšenie efektivity dnešného systému	Reforma financovania – zaistenie dlhodobej udržateľnosti solidárneho systému
	Reforma svojprávneho pacienta	Reforma pre ohrozeného poistenca
1. Zlepšenie výkonu štátnej správy 2. Schválená kategorizácia liekov pre rok 2007 3. Zaistenie zdrojov zo štrukturálnych fondov EÚ	1. Posilnenie práv ale aj zodpovedností občanov 2. Opatrenia na strane zdravotných poisťovní 3. Opatrenia na strane poskytovateľov	1. Zmeny v odvodoch na verejné zdravotné poistenie 2. Možnosť zdravotného sporenia 3. Možnosť voľby rozsahu poistenia 4. Zmena financovania zdravotnej sociálnej oblasti
STABILIZAČNÁ FÁZA 2006 - 2007	REFORMA PRE SÚČASNOŠŤ 2007 - 2009	REFORMA PRE BUDÚCNOŠŤ 2010 -

Zdroj: Autori podľa prezentácie Lucie Antošovej, 3rd International Health Summit, Praha, apríl 2007

za faktor predstavujúci riziko ako pre vývoj verejných financií a systém sociálnych a zdravotných služieb.

Na demografické riziká zatiaľ vláda reagovala len parametrickými zmenami systému, ktorých efekt veľmi rýchlo vyprcháva. Do zdravotného systému fungujúceho striktno na priebežnom princípe je preto potrebné zabudovať niektoré stabilizátory smerujúce k vyššej individuálnej zodpovednosti a finančnej spolupráci pacientov.

Náklady na zdravotníctvo budú ťahané smerom nahor priamoúmerne s neustále rastúcimi očakávaniami a nárokmi obyvateľstva. Pacienti sú „rozmaznaní“ z iných trhov ako napríklad bankový sektor, sektor komerčného poisťovníctva, sektor informačných a mobilných technológií a podobne. Zároveň sú aj lepšie informovaní, čo vyplýva z lepšieho prístupu k informáciám a zo zvyšujúcej sa počítačovej a internetovej gramotnosti obyvateľstva, ktorá sa pre mladšiu generáciu stáva samozrejmosťou.

Na náraste nákladov na zdravotníctvo sa budú vysokou mierou podieľať aj náklady na medicínske technológie vedúce ku kvalitnejšej a efektívnejšej prevencii, diagnostike a liečbe.

Vyspelejšie medicínske postupy vedú k zmene v štruktúre ochorení, zdravšiemu obyvateľstvu a zvyšovaniu aktivity ľudí vo vyššom veku ako v minulosti, čím sa vytvára priestor pre posunutie hranice pre ekonomicky aktívne obyvateľstvo, t. j. vekovej hranice poproduktívneho obyvateľstva. Tieto štrukturálne zmeny v rámci vekovej štruktúry obyvateľstva môžu viesť práve k zlepšeniu demografických ukazovateľov.

Všetky uvedené faktory budú naďalej viesť k zvyšovaniu výdavkov na zdravotníctvo, a to aj v súvislosti s predpokladaným pozitívnym výhľadom zvýšenia strednej dĺžky života v roku 2050 na 77,8 rokov veku mužov a 83,3 pre ženy.¹ Nároky systému nebude možné vykryť len zvyšovaním zdrojov v zdravotníctve ako je zaužívané v súčasnom systéme verejné-

ho zdravotného poistenia. Je potrebné vykonať štrukturálne zmeny nielen na príjmovej stránke ale aj na výdavkovej. Vo veľkej miere si systém vyžaduje aj posilnenie úlohy pacienta v systéme.

REFORMA ČESKÉHO ZDRAVOTNÍCTVA

S receptom na riešenie situácie, ktorá v nasledujúcich rokoch ohrozuje stabilitu systému, prišiel tím českého ministra zdravotníctva Tomáša Julínka (ODS), ktorý 12. 4. 2007 predstavil reformné plány na nasledujúce roky.

Plánom pre obdobie rokov 2006 až 2010 je uviesť do života niektoré dôležité opatrenia vedúce k stabilizácii zdravotníctva v ČR. Celý tento proces plánujú v troch krokoch a v dvoch zásadných oblastiach (*Schéma 1*).

Cieľom reformy svojprávneho pacienta je reforma inštitúcií, zvýšenie efektivity dnešného systému a informovanosti občanov. Reformou pre ohrozeného poistenca chce Ministerstvo zdravotníctva ČR doceliť odvrátenie finančného kolapsu resp. zaistenie dlhodobej udržateľnosti solidárneho systému vyplývajúce zo všetkých vplyvov vedúcich k zvyšovaniu nákladov v budúcnosti.

Reforma ministra zdravotníctva ČR pripravila jednoznačné štrukturálne zmeny, ktoré v dlhodobom horizonte môžu viesť, aj napriek negatívnym faktorom vplývajúcim na zvyšovanie nákladov v zdravotníctve, k stabilizácii systému. Ide o krok, ktorý vnímame pozitívne, avšak súčasné rozloženie politických síl v parlamente negarantuje jednoznačnú priechodnosť plánovaných reformných zmien a tým aj splnenie definovaných cieľov v stanovenom čase.



**SIMONA FRISOVÁ
KAROL MORVAY**

¹ Zdroj: Český statistický úřad, Projekce obyvatelstva České republiky. Ide o nízkou variantu, kde je predpokladaná hodnota úhrnnej plodnosti v roku 2050 odhadnutá na 1,38 a jej vývoj je konzervatívny.

Tabuľka 3: Popis druhého a tretieho kroku reformných plánov v ČR

Reforma svojprávneho pacienta	Posilnenie práv ale aj zodpovednosti občanov	Definovanie starostlivosti krytej verejným zdravotným poistením	
		Garantovanie dostupnej zdravotnej starostlivosti definovaním minimálnej siete	
		Zvýšenie kontroly občanov nad systémom zavedením osobných účtov pacientov	
		Zvýšenie informovanosti občanov zverejňovaním výsledkov o kvalite zdravotnej starostlivosti	
		Zvýšenie solidarity medzi chorými a zdravými resp. relatívne zdravými obyvateľmi	<ul style="list-style-type: none"> Zamedzenie plytvania a zneužívania zdravotných služieb zavedením regulačných poplatkov (30 Kč za návštevu praktického lekára a lekára špecialistu; 60 Kč za deň v nemocnici, v kúpeľoch, liečebniach a ozdravovniach; 90 Kč za pohotovosť) Zavedenie ročného limitu na regulačné poplatky a doplatky na lieky pre každého poistenca (5 000 Kč ročne) Zabezpečenie dostupnosti všetkých, drahých a životne dôležitých liekov pre každého
	Opatrenia na strane zdravotných poisťovní	Zavedenie efektívneho nezávislého Úradu pre dohľad nad zdravotnými poisťovňami	<ul style="list-style-type: none"> Dohľad nad finančným zdravím poisťovne Dodržiavanie minimálnej siete
		Zvýšenie zodpovednosti zdravotných poisťovní a zlepšenie ich riadenia	<ul style="list-style-type: none"> Definovanie jasných pravidiel pre verejné zdravotné poisťovne Zavedenie jednotného zákona o zdravotných poisťovniach Transformovanie poisťovní na akciové spoločnosti
		Zadefinovanie efektívnych pravidiel pre vzťahy medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami týkajúcich sa nakupovania zdravotnej starostlivosti	
		Zavedenie nového transparentného a efektívneho mechanizmu úhrady liekov od roku 2008	<ul style="list-style-type: none"> Naplnenie požiadaviek transparentnej smernice Zvýšenie efektivity liekovej politiky
	Opatrenia na strane poskytovateľov	Vytvorenie a zavedenie nového zákona o zdravotných službách	<ul style="list-style-type: none"> Práva a povinnosti pacientov Práva a povinnosti zdravotníckych zariadení
		Zrovnoprávnenie postavenia štátnych a neštátnych zdravotníckych zariadení, zjednodušenie procesu registrácie, ustanovenie slobodného výkonu povolania	
		Vznik univerzitných nemocníc ako centier špičkovej medicíny, vedeckého výskumu a vzdelávania garantujúcich špičkovú zdravotnú starostlivosť	
		Posilnenie úlohy zdravotníckej záchrannej služby v integrovanom zdravotnom systéme	
		Zavedenie povinného vykazovania	
Definovanie nástrojov merania kvality a následná akreditácia zdravotníckych zariadení			
Transformácia nemocníc na akciové spoločnosti			

Mesačný newsletter o zdravotnej politike **Into Balance** v elektronickej podobe (ako *.pdf súbor) si môžete bezplatne objednať na e-mailovej adrese hpi@hpi.sk, kde radi prijmeme aj Vaše pripomienky, názory a komentáre. Newsletter vychádza v slovenskej i anglickej jazykovej mutácii.