HPI HEALTH POLICY INSTITUTE

# zdravotnáPolitika

» mesačník o zdravotnej politike

ISSN 1338-1172

intoBalance

ročník 5 » **január 2010**

## » obsah

Health Policy Institute má päť rokov

Zhodnotenie vývoja na trhu práce v roku 2009 a výhľad na 2010

Lekárska služba prvej pomoci: riešenie?

Ad: Martin Filko – Jasná Poľana riadenej konkurencie

Ekonomické údaje zdravotných poisťovní za rok 2008

Legislatívny monitoring

USA: reforma zdravotníctva

Koncepce zajištění dostupnosti zdravotní péče v České republice

## » tirage

**Zdravotná politika**
mesačník
o zdravotnej politike

Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republika

tel.: +421 (2) 207 11 959
fax: +421 (2) 207 11 962
e-mail: newsletter@hpi.sk

Vyšlo s podporou

NADÁCIA OTVORENEJ SPOLOČNOSTI
OPEN SOCIETY FOUNDATION

editor: Tomáš Szalay
foto: Eva Sivá, Tomáš Szalay

ISSN 1338-1172

# Health Policy Institute má päť rokov

Health Policy Institute vstupuje do šiesteho roku svojej existencie: 27. januára 2005 sme náš think tank zaregistrovali na ministerstve vnútra. Rozhodne to boli úspešné roky. Presadili sme sa ako odborníci na zdravotnú politiku nielen na Slovensku, ale aj v okolitých krajinách strednej a východnej Európy. Pôsobili sme ako poradcovia Lajosa Molnára, ministra zdravotníctva v Maďarsku, ako poradcovia Tomáša Julínka, ministra zdravotníctva v Českej republike. Naše skúsenosti s reformou ocenili vlády v Bulharsku, Chorvátsku či Poľsku. Náš názor pomáha vytvárať verejnú mienku v zdravotníctve.

V plnení našej misie nám významne pomáha komunikácia. Od januára 2006 vydávame newsletter o zdravotnej politike, ktorý každý mesiac monitoruje dianie v zdravotníctve. Prinášame v ňom analýzy, komentáre a informácie o zdravotnom systéme na Slovensku i v okolitých krajinách. Za štyri roky sa z neho stalo mienkotvorné médium a pozorne ho čítajú i ľudia, ktorí sa s názormi HPI nestotožňujú či považujú inštitút za svojho politického oponenta.

Začínali sme na štyroch stranách, dnes sa rozsah časopisu pohybuje od 20 do 32 strán mesačne. V reakcii na krízu sme na začiatku minulého roka znížili frekvenciu jeho vydávania. K mesačnej periodicite sme sa vrátili v septembri 2009 najmä vďaka láskavej podpore Nadácie otvorenej spoločnosti.

Názov časopisu *IntoBalance* symbolizoval dôležitý aspekt zodpovednej zdravotnej politiky: potrebu rovnováhy medzi rôznymi, často protichodnými cieľmi a záujmami. Podtitul časopisu upozorňoval, že vždy jestvuje alternatívne riešenie. To nás núti ku kritickému rozmýšľaniu a hľadaniu inovatívnych prístupov k prekonávaniu problémov.

intoBalance
» there is always an alternative solution

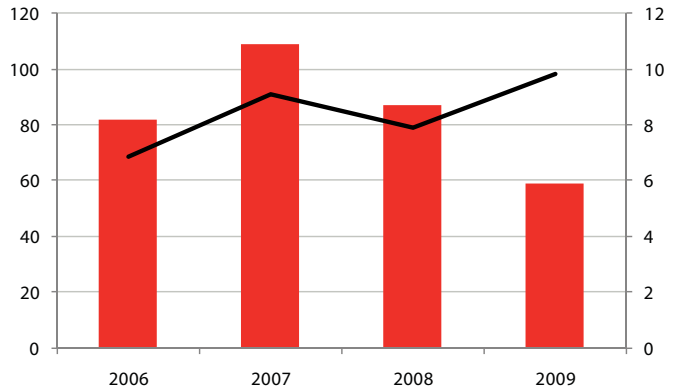
↓

zdravotnáPolitika
» mesačník o zdravotnej politike

Do piateho ročníka vydávania newslettera sme sa rozhodli vstúpiť so zmeneným názvom. Chceme, aby bol každému čitateľovi zrozumiteľný bez ďalšieho vysvetľovania. V slovenskej verzii sa preto časopis bude volať *Zdravotná politika* s podtitulom *Mesačník o zdravotnej politike*. Zároveň sme mu vybavili ISSN, medzinárodné štandardné číslo seriálovej publikácie. Za štyri roky časopis totiž dokázal svoju životaschopnosť a dnes slúži aj ako zdroj citátov v odborných článkoch a publikáciách. Nech sa mu teda darí aj v ďalších rokoch.

**TOMÁŠ SZALAY**

**Tabuľka:** Počet článkov publikovaných v newsletteri (červené stĺpce, ľavá os) a priemerný počet článkov v jednom čísle (čierna čiara, pravá os)




*Zdroj: Health Policy Institute, 2010*

# Zhodnotenie vývoja na trhu práce v roku 2009 a výhľad na 2010

> ***Vývoj na trhu práce s oneskorením, ale zato veľmi citeľne reagoval na priebeh ekonomickej recesie. Podobne, ako sa parametre trhu práce s oneskorením (za vývojom produkcie) zhoršili, tak sa budú pravdepodobne aj zlepšovať s oneskorením. Táto skutočnosť má negatívny vplyv na príjmy fondov sociálneho zabezpečenia, vrátane zdravotných poisťovní.***

## POKLES ZAMESTNANOSTI V SR BUDE PATRIŤ K TÝM DRAMATICKEJŠÍM V RÁMCI EÚ

Vládni predstavitelia sa opakovane snažili presvedčiť verejnosť, že vďaka ich politike je dopad krízy na slovenskú spoločnosť menší ako v iných ekonomikách. Hlavným cieľom protikrízovej politiky vlády pritom bolo udržanie zamestnanosti. A práve na príklade vývoja zamestnanosti možno dokázať nepravdivosť výrokov o lepšom zvládnutí recesie v SR v porovnaní s inými krajinami. Graf 1 zobrazuje medziročné zmeny zamestnanosti po kvartáloch a vyplýva z neho, že:

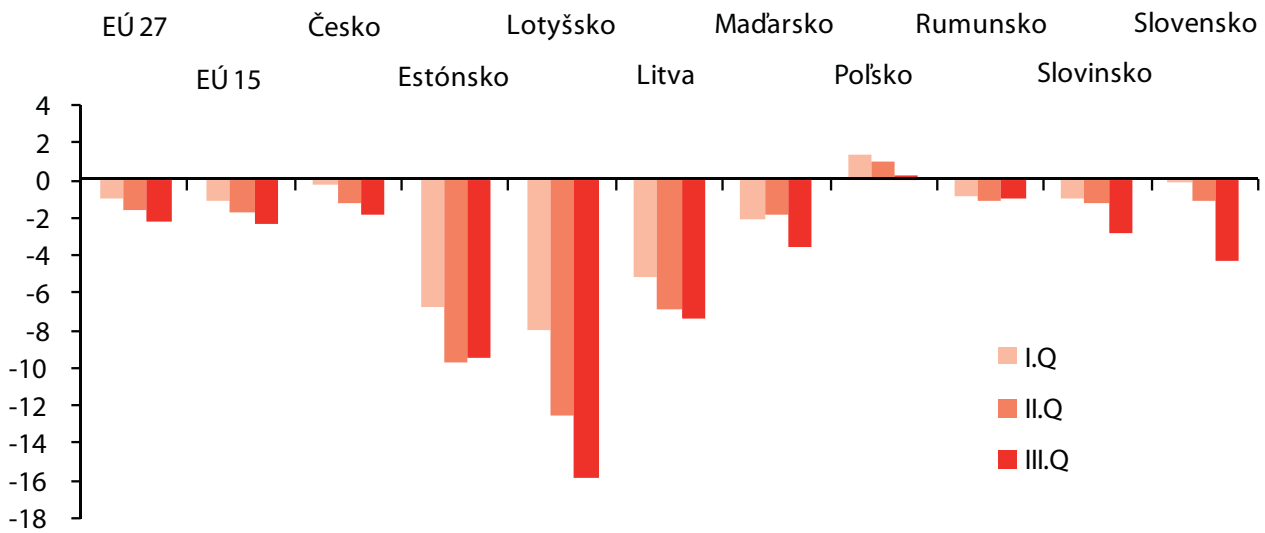
- Vývoj zamestnanosti sa vo väčšine prípadov zo štvrťroka na štvrťrok zhoršoval. To platí tak pre najvyspelejšie európske štáty (bývalá EU 15) ako aj pre väčšinu nových členov- bývalých socialistických ekonomík. V SR je však zhoršenie vývoja zamestnanosti v treťom štvrťroku (v porovnaní s predchádzajúcimi) obzvlášť nápadné.
- Medziročný pokles zamestnanosti v SR v treťom štvrťroku bol výraznejší ako v priemere EU 15 aj EU 27. Menej priaznivé čísla (a to výrazne!) boli zaznamenané v pobaltských ekonomikách. Takže dopad recesie na zamestnanosť v SR bol v porovnaní s väčšinou ekonomík miernejší len v prvom štvrťroku 2009, v treťom štvrťroku bol už pravdou opak. Argumentácia vlády obstojí len pri porovnávaní s Pobaltím.

Vo vývoji štruktúry zamestnanosti považujeme za dôležité, že sa prejavila výhoda vyššieho stupňa vzdelania. Kým v treťom štvrťroku 2009 klesol celkový počet pracujúcich o 106 tis. osôb, tak počet pracujúcich s vysokoškolským vzdelaním v tom istom období stúpol o 14,7 tis. osôb. (k tomuto javu pozri aj *Morvay, K.: Pred ďalšou makroekonomickou stabilizáciou (3)*, Into Balance december 2009).

## MIERA NEZAMESTNANOSTI VÝRAZNE STÚPLA, ALE PAMÄTÁ AJ HORŠIE ČASY

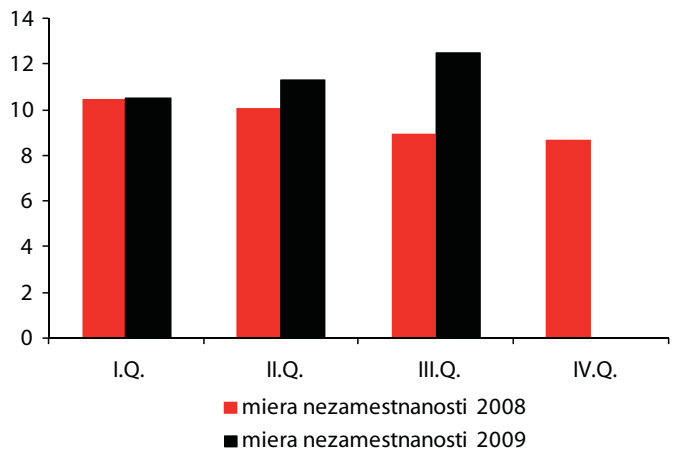
Omeškanie negatívnych javov na trhu práce za nástupom recesie dobre vidno v Grafe 2. Miera nezamestnanosti podľa výberového zisťovania pracovných síl (VZPS) v poslednom kvartáli 2008 ešte klesala v súlade s dlhodobým trendom bez ohľadu na skomplikovanie vývoja produkcie. Ešte ani v prvom štvrťroku 2009 miera nezamestnanosti vôbec nevzrástla (hoci reálny HDP klesol o 5,6 %), len sa narušila tendencia jej poklesu. K prudkému zhoršeniu došlo až v treťom štvrťroku, keď sa miera nezamestnanosti medziročne zvýšila o 3,5 percentuálneho bodu. Hoci sa priemerná miera nezamestnanosti podľa VZPS dostala pravdepodobne veľmi blízko k 12 % (chýba ešte údaj za posledný štvrťrok), zďaleka nedosahuje hodnoty z obdobia 2001 – 2002 (18,5 % až 19,2 % – a to nepôsobila globálna recesia), ktoré predstavujú doteraz zaznamenané maximum.

**Graf 1:** Medziročná zmena počtu pracujúcich v troch štvrťrokoch 2009 (v %)




*Zdroj: Eurostat*

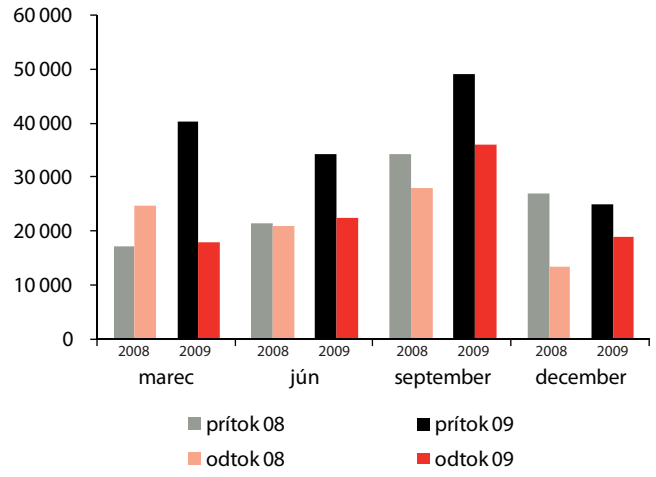
**Graf 2:** Miera nezamestnanosti podľa VZPS v štvrťrokoch 2008 a 2009 (v %)




*Pozn. metodika výberového zisťovania pracovných síl (VZPS)*

*Zdroj: Štatistický úrad SR, databáza Slovstat*

**Graf 4:** Prítok a odtok uchádzačov o zamestnanie vo vybraných obdobiach



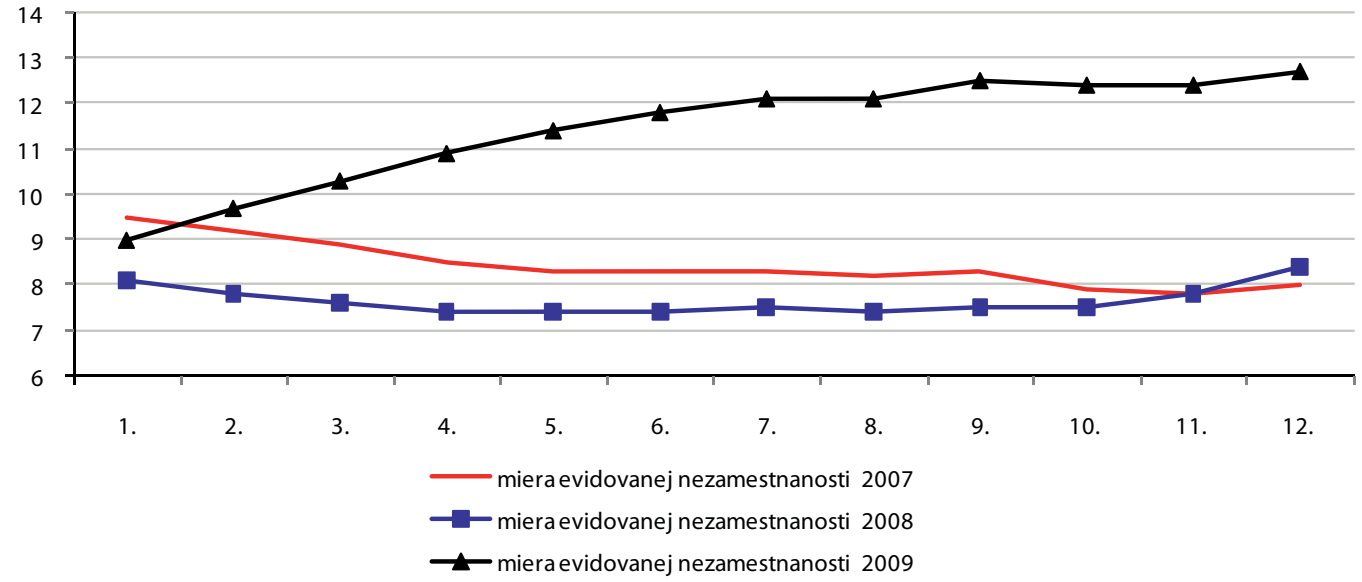

*Zdroj: Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny SR*

Z údajov o evidovanej nezamestnanosti (tie sú k dispozícii až do konca roka) možno vyčítať zastavenie roztvárania sa nožníc medzi mierou nezamestnanosti v rokoch 2009 a 2008. V Grafe 3 je nápadné rozšírenie týchto nožníc z 0,9 percentuálneho bodu v januári až na 5,0 percentuálneho bodu v septembri a následné zastavenie rozširovania, až mierne zužovanie.

## PRIAZNIVÝ SIGNÁL: OŽIVENÉ TOKY V REGISTROCH

Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny na mesačnej báze publikuje dáta o prítoku a odtoku uchádzačov o zamestnanie. Je pravdepodobne dobrým znamením, že po radikálne zníženom odtoku uchádzačov z registra v prvej časti roka 2009 dochádzalo postupne k jeho posilneniu (porovnávame tu hodnoty s rovnakým obdobím predchádzajúceho roka). V Grafe 4 vidno nárast prítoku uchádzačov a podstatné zníženie ich odtoku (v porovnaní s rovnakým obdobím roka 2008) na začiatku roka 2009. Neskôr vidno oživenie odtoku pri stále silnom prítoku (v Grafe 4 údaje za jún, september). Na konci roka (pozri údaj za december) je už nápadné zmiernenie prítoku v porovnaní s rovnakým mesiacom predchádzajúceho roka a zvýšenie odtoku uchádzačov. Toky v registri v decembri 2009 sú už priaznivejšie ako boli v decembri 2008. Väčšia dynamika tokov v registroch síce ešte nepostačovala na zníženie miery nezamestnanosti, každopádne je však priaznivým signálom o oživovaní na trhu práce. Vysoká dynamika oboch kategórií (prítoku aj odtoku) je dôkazom prebiehajúcej reštrukturalizácie ekonomiky (v tomto prípade tzv. tvorivá deštrukcia), počas ktorej veľa aktivít zaniká, ale už vznikajú alebo sa rozširujú iné.

**Graf 3:** Miera evidovanej nezamestnanosti podľa mesiacov rokov 2007 až 2009 (v %)



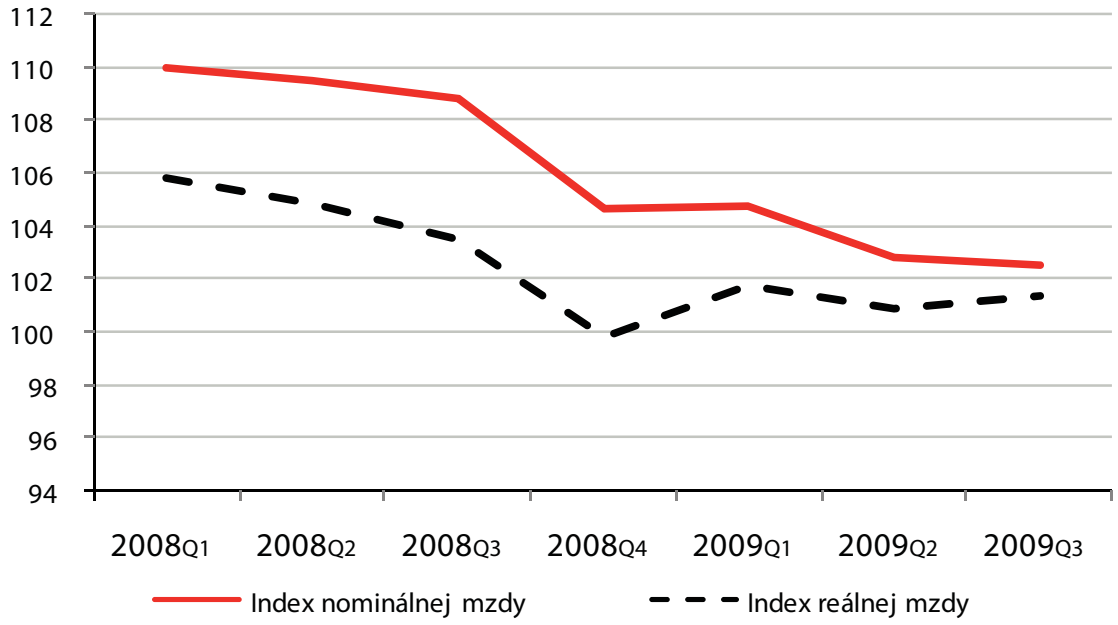

*Zdroj: Štatistický úrad SR*

**Tabuľka 1:** Očakávaný vývoj vybraných parametrov trhu práce

| | 2008 skutočnosť | 2009 odhad | 2010 prognóza |
|---|---|---|---|
| Medziročná zmena zamestnanosti v % (VZPS) | 3,2 | -2,5 | -0,5 až 0 |
| Miera nezamestnanosti podľa VZPS v % | 9,6 | 11,8 | 12,2 až 12,9 |
| Medziročná zmena priemernej nominálnej mzdy v % | 8,1 | 3,1 | 3,2 až 3,6 |
| Medziročná zmena reálnej mzdy v % | 3,3 | 1,4 | 0,8 až 1,4 |

*Zdroj: Štatistický úrad SR (údaje za 2008), Health Policy Institute (odhady a prognózy)*

**Graf 5:** Vývoj priemernej nominálnej a reálnej mzdy (index, rovnaké obdobie predchádzajúceho roka = 100)




*Zdroj: Štatistický úrad SR, databáza Slovstat*

## RAST MIEZD UDRŽIAVANÝ VEREJNÝM SEKTOROM

Napriek rapídnemu poklesu tempa rastu priemernej nominálnej mzdy (a to na zatiaľ bezkonkurenčne najnižšiu hodnotu v histórii SR), zostáva zachovaný rast reálnej mzdy. Dôvodom je historicky najnižšia miera inflácie v SR.

Verejný sektor v roku 2009 pôsobil ako stabilizátor rastu priemernej nominálnej mzdy. Kým vo väčšine odvetví priemerná nominálna mzda v medziročnom období stagnovala, v odvetviach s dominanciou verejného sektora rástla (napr. v treťom štvrťroku o 4,2 % vo verejnej správe a obrane, o 6,8 % vo vzdelávaní a o 5,6 % v zdravotníctve a sociálnej pomoci). Takúto pozíciu „ťahúňa rastu miezd" si verejný sektor v blízkom období už nebude môcť dovoliť.

## VÝHĽAD NA ROK 2010: PRECHOD CEZ DNO

Predpokladáme, že kým ukazovatele produkcie dosiahli svoje dno (viažuce sa k aktuálnej recesii) už v roku 2009, tak ukazovatele trhu práce sa na svojom dne ocitnú až v priebehu prvej polovice roka 2010. Toto dno však nebude situované výrazne hlbšie ako bol stav v druhej polovici roka 2009.

Hoci sú už známe informácie o obnovení medziročného rastu priemyselnej produkcie v novembri 2009 (čo je asi signálom o zlepšení vývoja produkcie všeobecne), nepredpokladáme v roku 2010 dosiahnutie kritickej hodnoty rastu produkcie nutnej k tomu, aby sa zvýšila zamestnanosť. Skôr predpokladáme striedanie zlých a dobrých správ o prepúšťaní a prijímaní. Zamestnávatelia zrejme budú mať v podnikoch rezervu vo využívaní pracovnej sily, ktorá sa vytvorila v priebehu recesie. Čiastočne využívanú pracovnú silu budú môcť pri miernom oživení produkcie lepšie využiť a nevznikne hneď potreba prijímania nových pracovníkov. Až po vyčerpaní tejto rezervy možno počítať s citeľnejším nárastom zamestnanosti aj zvýšením dynamiky miezd.

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

Zaoberá sa hospodárskou politikou, makroekonómiou a ekonomickou teóriou.

» kontakt morvay@hpi.sk | www.hpi.sk

# Lekárska služba prvej pomoci: riešenie?

Na problémy spojené s úpravou lekárskej služby prvej pomoci (LSPP) sme opakovane upozorňovali v newsletteri (IntoBalance 6/2007 a 1/2009). Povinné služby lekárov pre tretie subjekty na základe rozpisu samosprávneho kraja, neraz nevýhodne odmeňované, viedli pred rokom časť lekárov na východnom Slovensku k petícii za riešenie tejto situácie.

Parlamentný výbor pre zdravotníctvo si následne vyžiadal od ministra zdravotníctva analýzu stavu LSPP. Na jej základe poslanec J. Valocký (Smer-SD) navrhol zrušiť LSPP po 24:00 hod, čím síce vyšiel v ústrety nespokojným lekárom, ale vzbudil zároveň nevôľu verejnosti ako aj koaličných partnerov. Svoj návrh v druhom čítaní v parlamente stiahol a identifikované problémy LSPP zostali naďalej nedotknuté. Minister zdravotníctva R. Raši cez médiá odkázal predsedovi zdravotníckeho výboru V. Novotnému (SDKÚ-DS), že na ťahu s návrhom riešenia je teraz on.

V januári 2010 V. Novotný so straníckym kolegom P. Markovičom predložili do parlamentu novelu zákona o poskytovateľoch, ktorou chcú zachovať dostupnosť LSPP a zároveň dosiahnuť aj spokojnosť slúžiacich lekárov.

V zákone navrhujú upravujú tri veci:

1. zrušiť povinnosť lekárov slúžiť LSPP
2. zrušiť kompetenciu samosprávnych krajov vydávať rozpisy týchto služieb
3. deregulovať výšku úhrady za zdravotnú starostlivosť poskytovanú v rámci LSPP

Ako uvádzajú predkladatelia v dôvodovej správe, tieto zmeny majú umožniť rozvíjať dobrovoľný kontraktačný systém poskytovania zdravotnej starostlivosti. Za zabezpečenie geograficky i časovo dostupnej zdravotnej starostlivosti nesie zodpovednosť zdravotná poisťovňa. Poskytovatelia získajú možnosť v rámci negociácií o kontrakte so zdravotnou poisťovňou vyrokovať také podmienky, ktoré považujú za uspokojujúce. V opačnom prípade majú právo dobrovoľne kontrakt odmietnuť. Na ochranu poistencov má vláda k dispozícii nástroj v podobe regulácie verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorá je pre zdravotné poisťovne záväzná.

Návrh si zatiaľ získal podporu zástupcov lekárskych združení a pozitívne sa k nemu vyjadrila aj ZP Dôvera. Je ale pravdepodobné, že návrh na riešenie LSPP sa nedostane za prvé čítanie v parlamente, keďže jeho predkladateľmi sú opoziční poslanci. Uprednostňovanie politického pred vecným videním sveta pritom zdravotníctvu rozhodne nepomáha. Absencia odbornej diskusie patrí k najhorším dôsledkom končiaceho sa volebného obdobia.

V každom prípade však tento návrh ukazuje konkrétnu cestu, akou by sa po voľbách mali vydať tvorcovia zdravotnej politiky. Neriešenie problému LSPP sa im inak môže vypomstiť.

**TOMÁŠ SZALAY**

*Disclaimer: autor je odborným poradcom tímu SDKÚ-DS* ***Dôstojný život****, ktorý vedie Iveta Radičová*

---

# Ad: Martin Filko – Jasná Poľana riadenej konkurencie (IntoBalance 6/2009)

S radosťou som si prečítal Martinovu odborne a argumentačne veľmi dobre vystavanú reakciu na môj článok o prostredí pre konkurenciu. Žiada sa mi však reagovať na jedno Martinove tvrdenie, v ktorom hodnotí vývoj môjho názoru na zlúčenie štátnych poisťovní a poukazuje na to, ako je možné, že súhlasím so zlúčením VšZP a SZP, pričom zároveň navrhujem rozdelenie VšZP na 4 časti.

Myslím si, že ak má štát ambíciu podnikať v zdravotnom poistení, nie je nutné, aby prevádzkoval dve zdravotné poisťovne. HPI v roku 2007 viackrát podporilo zámer MZ SR o zlúčenie oboch poisťovní, pričom zlúčenie bolo napokon zrušené samotným ministerstvom. Podobne som sa za zlúčenie oboch štátnych poisťovní postavil aj v januári 2009, keď MZ SR bolo ešte stále proti, pričom z predložených materiálov bola citeľná snaha ministerstva o nezlučovanie a hľadanie argumentácie ako zlúčeniu predísť.

Podobne sme sa ako HPI vyjadril aj v marci 2009, kde sme zlúčenie štátnych poisťovní navrhli ako jedno z protikrízových opatrení v publikácií *„Dopady krízy“*. V júli 2009 som rozhodnutie vlády o zlúčení komentoval ako *„logický krok v čase hospodárskej krízy“*, pričom som upozorňoval, že *„zlúčenie musí posúdiť Protimonopolný úrad aby nedochádzalo v niektorých regiónoch k zneužívaniu dominantného postavenia.“*

Ako som však naznačil v článku desatoro pre konkurenciu, nemyslím si, že by štát mal podnikať na trhu zdravotného poistenia. Som preto zástancom privatizácie VšZP. A ako Martin veľmi správne poznamenal, že som vždy presadzoval *„konkurenčný trh s mnohými poisťovňami“* myslím si, že VšZP by sa nemala privazitovať ako celok, ale mala by byť rozdelená na 4 časti. Opäť, tento môj názor nie je nový, publikovali sme ho už v roku 2008 v knižke *„Dobrý poistenec nad zlato“*, ktorá sa zaoberá konkurenciou na trhu zdravotného poistenia na Slovensku a systémom kompenzácie rizika medzi zdravotnými poisťovňami.

Ďakujem ešte raz veľmi pekne Martinovi za ochotu diskutovať.

**PETER PAŽITNÝ**

# Ekonomické údaje zdravotných poisťovní za rok 2008

Je nezvyklé prinášať v januári 2010 hodnotenie ekonomických ukazovateľov za rok 2008. Kompletné údaje z účtovných závierok za rok 2009 však budú k dispozícií až v lete 2010. Zároveň sme našim čitateľom sľúbili, že aj keď sme v roku 2009 nezverejnili rating zdravotných poisťovní, tak sa zameriame na porovnanie niektorých dostupných ukazovateľov. Zdroje údajov sú priamo z účtovných závierok zdravotných poisťovní za rok 2008 a z ÚDZS. Zdravotné poisťovne budeme hodnotiť v štyroch kritériách:

1. Finančná samostatnosť
2. Úspešnosť výberu
3. Rentabilita predpísaného poistného
4. Platobná schopnosť

## NAJMENEJ FINANČNE SAMOSTATNÁ BOLA VŠZP

Miera finančnej samostatnosti je ukazovateľom zadlženosti a vyjadruje ju pomer vlastného imania k cudzím zdrojom. Zadlženosť poisťovne súvisí s likviditou a solventnosťou poisťovne. Zvyšovanie podielu cudzích zdrojov je nežiaduce a vedie k narušeniu štruktúrnej rovnováhy bilancie, hlavne z dlhodobého pohľadu na splácanie cudzích zdrojov.

Čím je vyššia hodnota ukazovateľa, tým sa poisťovňa vyznačuje vyššou mierou finančnej samostatnosti a má k dispozícii dostatočnú výšku vlastného kapitálu na úhradu cudzích zdrojov. Pri hodnote do 1,5 obvykle hovoríme o nežiaducom jave, keď firma stráca schopnosť samofinancovania, je silne závislá na cudzích zdrojoch. V prípade zdravotných poisťovní sú to záväzky voči poskytovateľom.

Oproti roku 2007 sa finančná samostatnosť zhoršila u VšZP z 0,30 na 0,26 (!). Dôvodom je mohutný nárast cudzích zdrojov z 8,9 na 10,2 mld. Sk pri nezmenenom vlastnom imaní. Tento pokles finančnej samostatnosti viedol k hotovostným problémom VšZP na začiatku roka 2009 a poskytnutím finančnej pomoci vo výške 65 mil. eur (2 mld. Sk) vo forme navýšenia základného imania na jeseň 2009.

Finančná samostatnosť SZP sa medziročne mierne zhoršila, ale jej hodnoty (1,96 v roku 2007 a 1,75 v roku 2008) sa nachádzali v zóne, ktorá nebola pre firmu nebezpečná. Ako sa ukázalo pri zlučovaní VšZP a SZP, tak SZP mala vcelku slušné vlastné imanie v objeme 30 – 40 mil. eur vo forme hotovosti na účte, a jeho zmocnenie sa bolo súčasťou plánu zlúčenia VšZP a SZP.

Na druhej strane sa zlepšila finančná samostatnosť všetkých troch súkromných poisťovní. Finančná samostatnosť Apolla a Dôvery medziročne narástla a ich hodnoty sa nachádzali na bezpečnej úrovni 4,28, resp. 4,42. Pred rokom sa obe poisťovne pohybovali na výrazne nižších úrovniach okolo 1,22 v prípade Apolla a 1,92 v prípade Dôvery. Príčinou rastu finančnej samostatnosti u ZP Apollo je pokles cudzích zdrojov pri rovnakej výške vlastného imania. V prípade ZP Dôvera je situácia zujímavejšia. Finančná samostatnosť narástla napriek výraznému zníženie vlastného imania z 3,0 na 1,0 mld. Sk – avšak ešte rýchlejšie klesali cudzie zdroje – z 1,6 mld. Sk na 0,2 mld. Sk.

U ZP Union sa finančná samostatnosť mierne zvýšila z 2,27 na 2,81. Vlastné imanie Unionu síce kleslo, ale taktiež klesli cudzie zdroje z 0,6 na 0,3 mld. Sk

## ÚSPEŠNOSŤ VÝBERU BOLA NAJVYŠŠIA V SZP

Tento ukazovateľ ukazuje úspešnosť zdravotnej poisťovne vo výbere predpísaného poistného a teda určuje jej schopnosť manažovať platobnú disciplínu platiteľov. Želateľná je jeho čo najvyššia hodnota, aby:

- poisťovňa mala čo najviac disponibilných zdrojov na úhradu zdravotnej starostlivosti,
- poisťovňa neznižovala objem zdrojov pre celý systém – z titulu mesačného prerozdeľovania vedie nízka úspešnosť výberu v jednej poisťovni k zmenšeniu objemu disponibilných finančných zdrojov pre ostatné zdravotné poisťovne,
- z dôvodu vykonávania ročného prerozdelenia z predpisovaného poistného je poisťovňa s nízkou úspešnosťou výberu dodatočne „penalizovaná“, lebo do predmetu prerozdelenia sa započítava predpísané a nie vybrané poistné. Horší výber poistného potom musí poisťovňa kompenzovať z vlastných zdrojov.

Najvyššiu úspešnosť výberu už dva roky po sebe zaznamenala Spoločná zdravotná poisťovňa (98,8 %). Nad 98 % sa ešte dokázali dostať Apollo a Dôvera, pričom obe poisťovne sa oproti roku 2007 v úspešnosti výberu poistného zlepšili. VšZP sa mierne zlepšila z 96,0 % na 96,8 %. Najnižšiu úspešnosť výberu zaznamenala Union zdravotná poisťovňa (96,0 %), hoci oproti roku 2007 sa výrazne zlepšila (89,7 %).

## NAJVYŠŠIU RENTABILITU DOSAHOVALA DÔVERA

*Rentabilita predpísaného poistného* nie je štandardný ukazovateľ. Nahrádzame ním ukazovateľ *rentabilita výnosov*. Dôvodom je skutočnosť, že výnosy zdravotných poisťovní sú vo výkaze ziskov a strát poznačené položkou iných technických výnosov, čo deformuje porovnávaciu bázu a nešpecifikuje výnosy z prerozdelenia. Použitie predpísaného poistného v menovateli teda určite nie je ideálne, poskytuje však plastický obraz o rentabilite jednotlivých zdravotných poisťovní.

Rentabilita v našom prípade vyjadruje pomer čistého zisku a predpísaného poistného, ktorá vyjadruje schopnosť poisťovne dosahovať zisk pri danej úrovni poistného resp. koľko čistého zisku dokáže poisťovňa vyprodukovať na 1 Sk poistného. Ukazovateľ rentability by mal dosahovať čo najvyššie hodnoty, čo je výsledkom dobrej kontroly nákladov a hospodárnosti pri vynakladaní prostriedkov a pri spotrebe kapitálu.

Najvyššiu rentabilitu predpísaného poistného dva roky po sebe vykázala Dôvera (3,5 % resp. 3,2 %), pričom jej čistý zisk v oboch rokoch dosiahol takmer pol miliardy korún. Medziročne poklesol zisk v Apollo aj v SZP – v oboch poisťovniach o viac ako 200 mil. Sk. VšZP skončila s vyrovnaným hospodárením a 0 % rentabilitou. Union dosahuje stratu v dôsledku odpisovania akvizičných nákladov z roku 2006. Celkovo sa znížila miera zisku celého sektora zo 670 na 202 mil. Sk.

**Tabuľka 1:** Miera finančnej samostatnosti zdravotných poisťovní v roku 2007

| | VšZP | SZP | Apollo | Dôvera | Union | Spolu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Vlastné imanie v mil. Sk | 2 702 | 1 199 | 1 552 | 2 995 | 1 304 | 9 752 |
| Cudzie zdroje v mil. Sk | 8 969 | 611 | 1 270 | 1 557 | 574 | 12 981 |
| **Pomer vlastného imania k cudzím zdrojom** | **0,30** | **1,96** | **1,22** | **1,92** | **2,27** | **0,75** |

*Zdroj: Výpočet Health Policy Institute na základe výročných správ zdravotných poisťovní za rok 2007*

**Tabuľka 2:** Miera finančnej samostatnosti zdravotných poisťovní v roku 2008

| | VšZP | SZP | Apollo | Dôvera | Union | Spolu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Vlastné imanie v mil. Sk | 2 655 | 1 142 | 1 585 | 1 037 | 978 | 7 398 |
| Cudzie zdroje v mil. Sk | 10 204 | 654 | 370 | 235 | 348 | 11 811 |
| **Pomer vlastného imania k cudzím zdrojom** | **0,26** | **1,75** | **4,28** | **4,42** | **2,81** | **0,63** |

*Zdroj: Výpočet Health Policy Institute na základe výročných správ zdravotných poisťovní za rok 2008*

**Tabuľka 3:** Úspešnosť výberu zdravotných poisťovní v % za rok 2007

| | VšZP | SZP | Apollo | Dôvera | Union | Spolu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Vybrané poistné v mil. Sk | 46 464 | 13 858 | 8 531 | 12 600 | 5 416 | 86 869 |
| Predpísané poistné v mil. Sk | 48 423 | 14 172 | 8 805 | 13 263 | 6 037 | 90 700 |
| **Úspešnosť výberu** | **96,0 %** | **97,8 %** | **96,9 %** | **95,0 %** | **89,7 %** | **95,8 %** |

*Zdroj: Výročné správy zdravotných poisťovní a Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2007, Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou SR, 2008*

**Tabuľka 4:** Úspešnosť výberu zdravotných poisťovní v % za rok 2008

| | VšZP | SZP | Apollo | Dôvera | Union | Spolu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Vybrané poistné v mil. Sk | 50 686 | 15 997 | 9 193 | 14 905 | 5 188 | 95 968 |
| Predpísané poistné v mil. Sk | 52 354 | 16 184 | 9 350 | 15 154 | 5 402 | 98 443 |
| **Úspešnosť výberu** | **96,8 %** | **98,8 %** | **98,3 %** | **98,4 %** | **96,0 %** | **97,5 %** |

*Poznámka: predpísané poistné vykázané UDZS sa odlišuje od predpísaného poistného vykazovaného samotnými zdravotnými poisťovňami (pozri Tabuľka 6)*

*Zdroj: ÚDZS, 2009*

**Tabuľka 5:** Rentabilita predpísaného poistného v % pre rok 2007

| | VšZP | SZP | Apollo | Dôvera | Union | Spolu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Čistý zisk v mil. Sk | 2 | 206 | 228 | 466 | -232 | 670 |
| Predpísané poistné v mil. Sk | 48 423 | 14 172 | 8 805 | 13 263 | 6 037 | 90 700 |
| **Rentabilita predpísaného poistného v %** | **0,0 %** | **1,5 %** | **2,6 %** | **3,5 %** | **-3,8 %** | **0,7 %** |

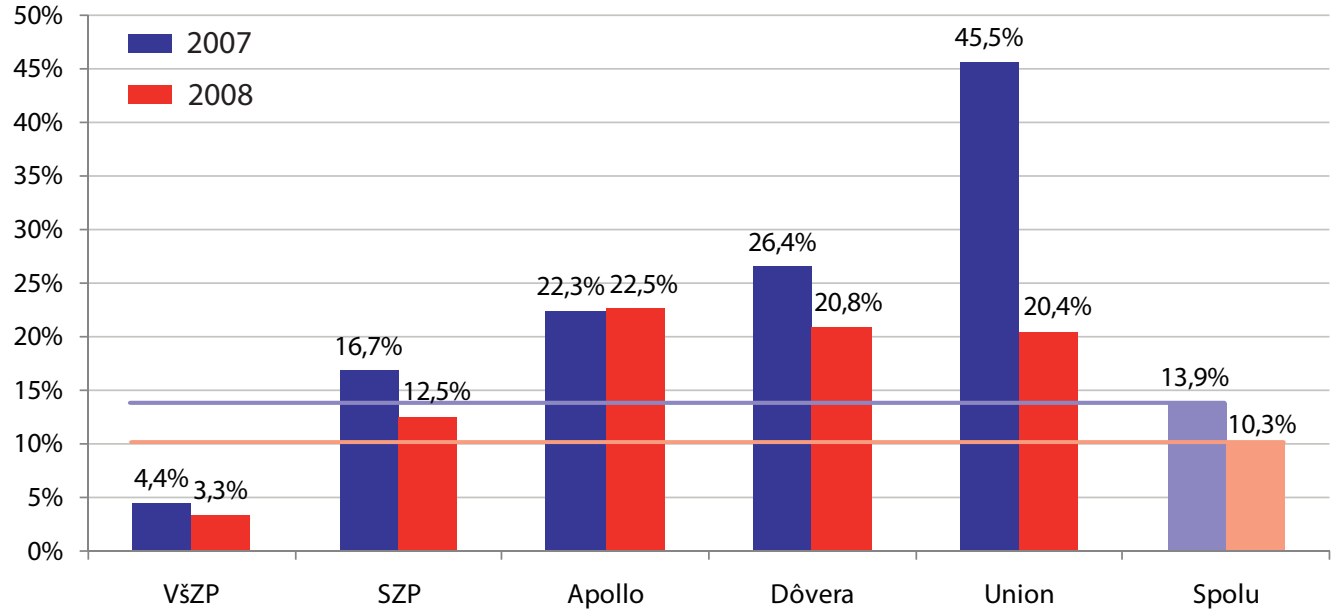
*Zdroj: Výročné správy zdravotných poisťovní za rok 2007*

**Tabuľka 6:** Rentabilita predpísaného poistného v % pre rok 2008

| | VšZP | SZP | Apollo | Dôvera | Union | Spolu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Čistý zisk v mil. Sk | 1 | 3 | 36 | 489 | -326 | 202 |
| Predpísané poistné v mil. Sk | 51 470 | 16 013 | 9 567 | 15 073 | 5 349 | 97 472 |
| **Rentabilita predpísaného poistného v %** | **0,0 %** | **0,0 %** | **0,4 %** | **3,2 %** | **-6,1 %** | **0,2 %** |

*Zdroj: Výročné správy zdravotných poisťovní za rok 2008*

**Graf 1:** Priemerná platobná schopnosť poisťovní v %




*Zdroj: ÚDZS*

**Tabuľka 7:** Umiestnenie ZP v jednotlivých ukazovateľoch (1 – najlepšie, 5 – najhoršie)

| Ukazovateľ | VšZP | SZP | Apollo | Dôvera | Union |
|---|---|---|---|---|---|
| Finančná samostatnosť | 5 | 4 | 2 | 1 | 3 |
| Úspešnosť výberu | 4 | 1 | 3 | 2 | 5 |
| Rentabilita predpísaného poistného | 4 | 3 | 2 | 1 | 5 |
| Platobná schopnosť | 5 | 4 | 1 | 2 | 3 |
| **Priemer umiestnení** | **4,5** | **3** | **2** | **1,5** | **4** |

*Zdroj: Health Policy Institute*

## NAJNIŽŠIU PLATOBNÚ SCHOPNOSŤ MALA VŠZP

Platobná schopnosť je podiel vlastných zdrojov na poistnom z verejného zdravotného poistenia po prerozdelení za predchádzajúcich 12 mesiacov. Jeho minimálna hodnota bola do 31. 12. 2008 zákonom stanovená na 3 %, najmenej však 50 miliónov Sk. Tento ukazovateľ bol mimoriadne dôležitý, lebo vyjadroval schopnosť poisťovne trvale hradiť z vlastných zdrojov záväzky vyplývajúce z potvrdených prihlášok na verejné zdravotné poistenie a uzatvorených zmlúv. Vyjadroval súčasne povinnosť vlastníka poisťovne ručiť svojimi vlastnými peniazmi za dlhodobú platobnú schopnosť poisťovne. Žiaľ, od 1. 1. 2009 bol systém vykazovania platobnej schopnosti týmto spôsobom zrušený a platobná schopnosť sa vykazuje oveľa menej transparentným spôsobom.

Platobná schopnosť VšZP sa postupne od roku 2007 zhoršuje. Kým v roku 2007 bola na úrovni 4,4 %, tak v roku 2008 už klesla na 3,3 %. To bolo len tesne nad zákonom stanovený limit 3 %. Podobne klesla aj platobná schopnosť SZP zo 16,7 na 12,5 %, ale SZP je výrazne v bezpečnejšom pásme ako VšZP.

Všetky tri súkromné poisťovne – Apollo, Dôvera a Union sa ako v roku 2007, tak aj 2008 pohybovali nad úrovňou 20 %. Pri ZP Apollo a ZP Dôvera sa ich miera platobnej schopnosti takmer nezmenila. Oveľa väčší pohyb – smerom nadol – však zaznamenala ZP Union. Poklesla zo 45,5 % na 20,4 %.

## ZHRNUTIE

Z porovnania finančných ukazovateľov za rok 2008 najlepšie vyšla Dôvera, nasledovaná Apollom. Tretia skončila SZP, štvrtý Union a na poslednom mieste VšZP. Finančne najstabilnejšou poisťovňou za rok 2008 bola teda Dôvera (priemerné umiestnenie 1,5) a finančne najmenej stabilnou bola VšZP (4,5). Dôvera bola v dvoch kategóriách víťazom a v dvoch skončila druhá. Poraziť ju dokázala SZP v úspešnosti výberu poistného a Apollo v platobnej schopnosti. Prekvapujúce je štvrté miesto ZP Union, ktorá mala v roku 2007 veľmi silnú finančú pozíciu, avšak v priebehu roka 2008 sa jej pozícia zhoršila. V dvoch ukazovateľoch skončila tretia a v dvoch ukazovateľoch bolo dokonca posledná.

Ing. Peter Pažitný, MSc. (1976) je riaditeľ, partner a senior analytik Health Policy Institute.
Zaoberá sa zdravotnou politikou, ekonómiou zdravotníctva a makroekonómiou.

» kontakt pazitny@hpi.sk | www.hpi.sk

# Legislatívny monitoring

V newsletteri pravidelne prinášame prehľad zdravotníckych právnych predpisov, ktoré aktuálne boli alebo sú v legislatívnom procese. Predpisy z Tabuľky 1 za posledné štyri mesiace buď prešli medzirezortným pripomienkovým konaním (MPK), boli predložené, prerokované alebo schválené ministerstvom, vládou či parlamentom, vyšli v Zbierke zákonov alebo vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva SR, prípadne nadobudli/nadobudnú účinnosť. Zoradené sú najprv podľa dátumu účinnosti, potom podľa stavu legislatívneho procesu a nakoniec podľa dátumu začiatku legislatívneho procesu.

V osobitnej tabuľke (Tabuľka 2) sú uvedené tie predpisy, ktoré prešli cez MPK, avšak v legislatívnom procese (zatiaľ) nepokračujú. Zvyčajne je dôvodom zastavenia procesu chýbajúca politická vôľa, občas sa však takýto predpis po čase opráši a pokračuje v legislatívnom procese ďalej – príkladom je kontroverzná vyhláška č. 419/2009 Z. z., ktorá bola vydaná rok po skončení MPK alebo podstatne lepšia vyhláška č. 365/2009 Z. z., ktorá na vydanie čakala 17 mesiacov.

**Tabuľka 1:** Prehľad právnych predpisov v legislatívnom procese

| Návrh predpisu | Charakteristika zmeny | Začiatok leg. procesu | Číslo predpisu | Účinnosť |
|---|---|---|---|---|
| Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovujú lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré môže obstarať zdravotná poisťovňa | Zvýšenie počtu liekov a zdravotníckych pomôcok, ktoré môže obstarať zdravotná poisťovňa – namiesto menného zoznamu účinných látok je použité kritérium ceny. | 16.4.2008 | 365/2009 | 1.10.2009 |
| Vyhláška MZ, ktorou sa vyhlasujú ochranné pásma prírodných minerálnych zdrojov a druhy zakázaných činností v ochranných pásmach v Kláštore pod Znievom a v Socovciach | | 21.5.2009 | 367/2009 | 1.10.2009 |
| Novela opatrenia MZ č. 07045/2003-OAP, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva | | 16.7.2009 | č. 07045-29/20009-OL | 1.10.2009 |
| Novela výnosu - hlavy Potravinového kódexu, upravujúcej požiadavky na potraviny na osobitné výživové účely a na výživové doplnky | Odporúčané množstvo denného príjmu vitamínov a minerálnych látok vo výživových doplnkoch, ktoré môžu byť na trh umiestňované do 30. 10. 2012. | 11.9.2009 | 20374/2009-OL | 31.10.2009 |
| Novela vyhlášky MZ č. 723/2004 Z. z., ktorou sa upravujú podrobnosti postupu pri určovaní štandardnej dávky liečiva a maximálnej výšky úhrady zdravotnej poisťovne za štandardnú dávku liečiva | Upravila sa matica maximálnych úhrad podľa terapeutickej a spoločenskej hodnoty referenčnej skupiny, maximálne doplatky sú naviazané na podiel minimálnej mzdy. Chybám vyhlášky sme sa podrobne venovali v IntoBalance 05/2009. | 5.11.2008 | 419/2009 | 1.11.2009 |
| Vyhláška MZ, ktorou sa určujú kritériá zdravotnej spôsobilosti pre uchádzačov o zdravotnícke študijné odbory | Podmienky pre štúdium zdravotníckych študijných odborov na stredných zdravotníckych školách. | 28.5.2009 | 364/2009 | 1.11.2009 |
| Novela zákona č. 140/1998 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach | Poslanecký návrh sa týka zásielkového výdaja liekov a zdravotníckych pomôcok (internetového výdaja liekov a zdravotníckych pomôcok). | 1.6.2009 | 402/2009 | 1.12.2009 |
| Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovujú podrobnosti a podmienky zverejnenia v zozname občianskych združení, neziskových organizácií, nadácií, cirkví a náboženských spoločností poskytujúcich ženám finančnú, materiálnu a psychologickú pomoc v tehotenstve | Úprava, vyplývajúca z ostatnej poslaneckej novely zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, ktorou sa upravili podmienky umelého prerušenia tehotenstva. | 8.9.2009 | 418/2009 | 1.11.2009 |
| Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o informáciách poskytovaných žene a vzor písomných informácií a podrobnosti hlásenia o poskytnutí informácií a určuje sa organizácia zodpovedná za prijímanie a vyhodnocovanie hlásenia a za kontrolu dodržiavania lehoty medzi poskytnutím informácií a vykonaním umelého prerušenia tehotenstva | Úprava, vyplývajúca z ostatnej poslaneckej novely zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, ktorou sa upravili podmienky umelého prerušenia tehotenstva. | 8.9.2009 | 417/2009 | 1.11.2009 |
| Novela vyhlášky MZ č. 771/2004 Z. z. o o forme a náležitostiach pitevného protokolu, o zozname pracovísk, na ktorých sa vykonávajú pitvy, a o požiadavkách na materiálno – technické vybavenie pracovísk, na ktorých sa vykonávajú pitvy | Zoznam patologicko-anatomických pracovísk a pracovísk súdneho lekárstva Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, na ktorých sa vykonávajú pitvy. Aktualizácia materiálno-technického vybavenia pitevných pracovísk. | 31.8.2009 | 489/2009 | 1.12.2009 |
| Výnos MZ, ktorým sa vydáva index rizika nákladov na zdravotnú starostlivosť na rok 2010 | Parametre prerozdelenia poistného pre rok 2010: po prvý raz sa index rizika počíta osobitne pre poistencov štátu a ostatných poistencov, za ktorých poistné neplatí štát. Podľa odhadov získajú súkromné ZP od štátnych o cca 20 mil. eur viac oproti status quo (IntoBalance 05/2009). | 24.7.2009 | 17816/2009-OL | 15.12.2009 |

| Návrh predpisu | Charakteristika zmeny | Začiatok leg. procesu | Číslo predpisu | Účinnosť |
|---|---|---|---|---|
| Novela zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach a zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení | Upravuje zlúčenie VšZP a SZP. Stanovuje sadzbu poistného pre štát na 4,78 % priemernej mzdy. | 18.11.2009, bez MPK | 533/2009 | novela 581/2004 21.12.2009, novela 580/2004 1.1.2010 |
| Novela zákona č. 139/1998 Z. z. o omamných látkach, psychotropných látkach a prípravkoch v znení neskorších predpisov | Odlíšenie spracovania konopy alebo makovej slamy na iné účely ako je získanie omamnej alebo psychotropnej látky. | 8.4.2009 | 468/2009 | 1.1.2010 |
| Vyhláška MZ , ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti | Vykonávací predpis k zákonu o zdravotných poisťovniach na transparentné vedenie poradovníkov. Tie sa majú vytvárať pre implantácie šošoviek, umelých kĺbov a zákrokov v oblasti srdca, ak by na ne mal pacient čakať viac než 3 mesiace. | 9.7.2009 | 412/2009 | 1.1.2010 |
| Novela opatrenia MZ č. 07045/2003-OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva | | 19.10.2009 | 07045-30/2009-OL | 1.1.2010 |
| Opatrenie MZ, ktorým sa vydáva zoznam liečiv a liekov plne alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia | Januárová kategorizácia | 19.10.2009 | OPL0409-21897/2009-OL | 1.1.2010 |
| Opatrenia MZ, ktorým sa vydáva zoznam dietetických potravín plne alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia | Januárová kategorizácia | 19.10.2009 | OPD0409-21899/2009-OL | 1.1.2010 |
| Opatrenia MZ, ktorým sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok plne alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia | Januárová kategorizácia | 21.10.2009 | OPP0409-21898/2009-OL | 1.1.2010 |
| Výnos MZ o podrobnostiach o mesačnom prerozdeľovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a o ročnom prerozdeľovaní poistného na verejné zdravotné poistenie | | 27.10.2009 | 21667/2009-OL | 1.1.2010 |
| Novela vyhlášky MZ č. 239/2006 Z. z. o podrobnostiach o vykazovaní preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie, o ročnom zúčtovaní poistného a povinnostiach pri ročnom zúčtovaní poistného a o vzoroch tlačív ročného zúčtovania poistného na verejné zdravotné poistenie | Aktualizácia tlačív ročného zúčtovania. | 11.12.2009 | 13/2010 | 15.1.2010 |
| Poslanecká novela zákona č. 213/1997 Z. z. o neziskových organizáciách poskytujúcich všeobecne prospešné služby a zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách v zdravotníctve | Úprava zasahuje do činnosti nemocníc-neziskových organizácií, ktorých (spolu)zakladateľom bol štát. Mení sa spôsob menovania správnych rád a obmedzuje sa nakladanie s neprioritným majetkom neziskových organizácií, ktoré podľa novely podlieha súhlasu ministerstva zdravotníctva. | 2.10.2009 | 8/2010 | 1.2.2010 |
| Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovujú ochranné pásma prírodných minerálnych zdrojov v Tornali a druhy zakázaných činností v ochranných pásmach prírodných minerálnych zdrojov v Tornali | | 23.10.2009 | odoslané do Zbierky zákonov | 1.2.2010 |
| Nariadenie vlády SR, ktorým sa ustanovujú podrobnosti o technických požiadavkách a postupoch posudzovania zhody aktívnych implantovateľných zdravotníckych pomôcok | Preberanie smernice Rady č. 2007/47/ES. | 1.8.2008 | 527/2008 | 21.3.2010 |
| Novela nariadenia vlády č. 658/2005 Z.z., ktorým sa ustanovujú požiadavky na kozmetické výrobky | Úprava zoznamu látok, ktorých použitie v kozmetických výrobkoch je obmedzené. | 11.9.2009 | 522/2009 | 15.5.2010, niektoré ustanovenia 1.6.2010 a 1.12.2010 |
| Novela zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch | Novela definuje univerzitnú nemocnicu a odlišuje ju od fakultnej nemocnice. V univerzitnej nemocnici prebieha výučba budúcich lekárov, vo fakultnej nemocnici sa študenti pripravujú na iné zdravotnícke povolania. Úprava sa ďalej dotýka akreditovaného vzdelávania a opätovne dochádza k reorganizácii niektorých komôr. | 20.8.2009 | v I. čítaní v NR SR | |

| Návrh predpisu | Charakteristika zmeny | Začiatok leg. procesu | Číslo predpisu | Účinnosť |
|---|---|---|---|---|
| Novela zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach a zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení | Novela upravuje podrobnosti likvidácie zdravotnej poisťovne a deklaruje zosúladenie právneho stavu s právom EÚ (nariadenie Rady EHS č. 1408/71 o uplatňovaní systémov sociálneho zabezpečenia na zamestnané osoby, samostatne zárobkovo činné osoby a ich rodinných príslušníkov, ktorí sa pohybujú v rámci spoločenstva). Zdravotným poisťovniam nariaďuje uhrádzať na základe uvedených kritérií zdravotnú starostlivosť v cudzine, zasahuje tak do ich doterajších schvaľovacích právomocí (kritériá sú dnes predmetom konkurenčného odlíšenia). Druhostupňovým orgánom pri rozhodovaní o žiadosti na liečbu v cudzine (podľa správneho konania) má byť ÚDZS. | 25.8.2009 | v I. čítaní v NR SR | |
| Novela zákona č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia | Zmeny týkajúce sa pracovnej zdravotnej služby a rekondičných pobytov. Zamestnávateľ s menej ako 50 zamestnancami, nevykonávajúcimi rizikové práce, nemusí mať zmluvu s tímom PZS, ale len s lekárom/verejným zdravotníkom. | 23.10.2009 | v I. čítaní v NR SR | |
| Poslanecká novela zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia | Náklady na meranie hluku a vibrácií v prípade nezistenia prekročenia povolených hodnôt má znášať objednávateľ merania. | 13.1.2010 | v I. čítaní v NR SR | |
| Poslanecká novela zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach | Zjednodušené a urýchlené riešenie sporov medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti má realizovať rozhodcovský súd. | 15.1.2010 | pred I. čítaním v NR SR | |
| Poslanecká novela zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti | Návrh na zrušenie povinných služieb lekárov na LSPP a deregulácia ceny LSPP | 15.1.2010 | pred I. čítaním v NR SR | |
| Návrh zákona o pohrebníctve | Návrh upravuje problematiku pohrebníctva namiesto zákona č. 470/2005 Z. z. Oproti návrhu v pripomienkovom konaní zákon zasahuje len okrajovo do vzťahov medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a pohrebnými službami. Prejednávanie priestupkov a správnych deliktov je zverené regionálnym úradom verejného zdravotníctva (namiesto pôvodne navrhovaného ÚDZS). | 10.9.2009 | schválený vládou 13.1.2010 | |
| Vyhláška o podrobnostiach o účele, obsahu a rámcových programoch rekondičného pobytu | | 23.10.2009 | po MPK | |
| Novela vyhlášky MZ č. 292/2008 Z.z. o podrobnostiach o rozsahu a náplni výkonu pracovnej zdravotnej služby | | 23.10.2009 | po MPK | |
| Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zásielkovom výdaji liekov a zdravotníckych pomôcok | Vyhláška upravuje priestorové požiadavky na zabezpečenie zásielkového výdaja liekov / zdravotníckych pomôcok, spôsob zverejnenia informácie o zásielkovom výdaji, spôsob balenia zásielky a jej prepravy, spôsob reklamácie a spôsob zabezpečenia priestoru na oddelené uchovávanie vrátených liekov / zdravotníckych pomôcok, ktoré boli predmetom zásielkového výdaja. | 10.11.2009 | po MPK | |
| Novela nariadenia vlády č. 120/2009 Z. z., ktorým sa ustanovujú analytické normy, toxikologicko-farmakologické normy, klinické normy a protokoly vzťahujúce sa na dokumentáciu o výsledkoch farmaceutického skúšania, toxikologicko-farmakologického skúšania a klinického skúšania vykonávaného na účely registrácie liekov | Harmonizácia požiadaviek na dokumentáciu o výsledkoch farmaceutického skúšania, toxikologicko-farmakologického skúšania a klinického skúšania vykonávaného na účely registrácie liekov na inovatívnu liečbu so smernicou EP a Rady č. 2001/83/ES. | 1.12.2009 | po MPK | |
| Vyhláška o náležitostiach knihy omamných látok a o evidencii dokladov preukazujúcich príjem a výdaj omamných a psychotropných látok | | 3.12.2009 | po MPK | |
| Novela opatrenia MZ č. 07045/2003-OAP, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva | | 31.12.2009 | v MPK do 22.1.2010 | |
| Opatrenie MZ, ktorým sa vydáva zoznam liečiv a liekov plne alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia | Aprílová kategorizácia | 31.12.2009 | v MPK do 22.1.2010 | |

| Návrh predpisu | Charakteristika zmeny | Začiatok leg. procesu | Číslo predpisu | Účinnosť |
|---|---|---|---|---|
| Opatrenie MZ, ktorým sa vydáva zoznam dietetických potravín plne alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia | Aprílová kategorizácia | 31.12.2009 | v MPK do 22.1.2010 | |
| Opatrenie MZ, ktorým sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok plne alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia | Aprílová kategorizácia | 31.12.2009 | v MPK do 22.1.2010 | |
| Novela nariadenia vlády č. 658/2005 Z. z., ktorým sa ustanovujú požiadavky na kozmetické výrobky | V zmysle smernice Komisie 2009/159/EÚ sa predlžuje dátum použiteľnosti pre 31 dočasne povolených látok na farbenie vlasov o 1 rok. | 19.1.2010 | v MPK do 27.1.2010 | |
| Poslanecká novela zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení | Návrh na zjednodušenie ročného zúčtovania jeho presunom na zdravotné poisťovne. | 13.11.2009 | zastavené v I. čítaní v NR SR 8.12.2009 | |

**Tabuľka 2:** Prehľad návrhov právnych predpisov, ktorých legislatívny proces sa po pripomienkovom konaní zastavil

| Návrh predpisu | Charakteristika zmeny | Začiatok leg. procesu | Číslo predpisu | Účinnosť |
|---|---|---|---|---|
| Novela zákona č. 73/1986 Zb. o umelom prerušení tehotenstva | Riešenie situácie po náleze Ústavného súdu SR zo 4. decembra 2007: zákonná možnosť umelého prerušenie tehotenstva z dôvodov genetického poškodenia do 24. týždňa. | 15.4.2008 | po MPK | |
| Novela zákona č. 437/2004 Z. z. o náhrade za bolesť a o náhrade za sťaženie spoločenského uplatnenia | Vypustenie invalidity ako limitujúceho faktora pri rozhodovaní súdu o 50 % zvýšení bodového ohodnotenia sťaženého spoločenského uplatnenia. | 5.8.2008 | po MPK | |
| Novela zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti | Oprava dôsledkov poslaneckej novely zákona, ktorá upravila režim výkonu umelého prerušenia tehotenstva. U maloletej pacientky sa vyžaduje až do plnoletosti informovaný súhlas jej zákonného zástupcu. Novela vracia úpravu do predchádzajúceho stavu, t.j. súhlas nebude potrebný od 16. roku veku pacientky. | 14.9.2009 | po MPK | |
| Novela nariadenia vlády č. 742/2004 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania | Prispôsobenie skutočnosti: zavedenie možnosti považovať za logopédov aj osoby, ktoré získali vzdelanie v inom študijnom odbore ako je logopédia. Priznanie odbornej spôsobilosti na výkon špecializovaných pracovných činností v príslušných špecializačných odboroch u diplomovaných detských sestier, a diplomovaných operačných sestier a diplomovaných psychiatrických sestier. | 6.10.2008 | po MPK | |
| Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovujú štandardy pre zdravotnícku informatiku | Návrh vyhlášky zohľadňuje vo výbere doporučených štandardov doporučenia Európskej Komisie M403 pre štandardy medicínskej informatiky a je v súlade s požiadavkami harmonizujúceho sa európskeho zdravotníctva a realizovaných eu projektov eHealth ako napríklad projekt epSOS. | 17.2.2009 | po MPK | |
| Vyhláška MZ, ktorou sa ustanovujú záväzné štandardy pre zdravotnícku štatistiku | Právnické osoby v zriaďovateľskej pôsobnosti ministerstva zdravotníctva, poskytovatelia, zdravotné poisťovne, Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, regionálne úrady verejného zdravotníctva, orgán príslušný na vydanie povolenia podľa osobitného predpisu a stavovské organizácie v zdravotníctve sú povinné poskytovať pre zisťovania zdravotníckej štatistiky údaje charakterizujúce zdravotný stav populácie. Tieto údaje sú povinné poskytovať v určených termínoch a na predpísaných tlačivách. | 26.2.2009 | po MPK | |
| Novela vyhlášky MZ č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe a praxe pôrodnej asistencie | Doplňuje definíciu kompetencií sestier a pôrodných asistentiek zastávajúcich funkciu vedúcich zamestnancov, ktorí sú na jednotlivých stupňoch riadenia zodpovední za organizovanie, riadenie a kontrolovanie ošetrovateľskej praxe a praxe pôrodnej asistencie. | 7.5.2009 | po MPK | |

# USA: Reforma zdravotníctva

Spojené štáty majú spomedzi všetkých krajín ďaleko najvyššie výdavky na zdravotníctvo: predstavujú až 16 % HDP. Rast výdavkov je vyšší než rast miezd i inflácia a odhaduje sa, že v roku 2017 bude zdravotníctvo tvoriť až 19,5 % HDP.

Hoci väčšinu tvorí súkromné zdravotné poistenie, 45 % výdavkov na zdravotníctvo je financovaných z verejných zdrojov (ide najmä o výdavky na programy Medicare a Medicaid). Zároveň asi 47 miliónov Američanov nemá zdravotné poistenie.

Tieto výzvy viedli amerických politikov k opakovaným pokusom o zmenu zdravotného systému. Reforma zdravotníctva sa stala stredobodom volebného programu prezidenta Baracka Obamu. Jeho hlavnými heslami bolo rozšírenie pokrytia zdravotným poistením či zákaz selekcie poistencov na základe ich zdravotného stavu.

Príslušnú legislatívu však nevypracovala prezidentova administratíva, ale Obama ju prenechal na kongresmanov. Obe komory Kongresu vypracovali svoj návrh reformy. Vo väčšine bodov sa zhodujú, v niektorých otázkach sa však líšia (Tabuľka). Zhoda panuje napr. v sankcionovaní ľudí, ktorí sa odmietnu poistiť, v potrebe stanovenia minimálneho rozsahu hradených služieb, v odstránení diskriminácie poistencov na základe predchádzajúcich zdravotných problémov či v zavedení burzy poistenia, ktorá umožňuje porovnávať ceny poistiek a rozsah krytia. K najväčším sporným otázkam patrí financovanie a výška deficitu, ktorý spôsobia náklady reformy, tradične rezonujúca otázka interrupcií a ich prípadného hradenia z federálnych zdrojov či *public option*, teda zdravotné poistenie, ktoré by poskytovala federálna vláda a ktoré by konkurovalo súkromným poistným plánom.

Oba návrhy sa musia teraz zjednotiť a komory potom budú hlasovať o výslednom kompromise.

V čase uzávierky časopisu došlo k jednej zásadnej zmene: senátne voľby v štáte Massachussetts zmenili politickú mapu Spojených štátov. Demokrati stratili v Senáte kvalifikovanú väčšinu 60 poslancov, ktorá im umožňovala priechodnosť reformy. V tradične extrémne liberálnom štáte Massachussetts totiž po prvý raz po bezmála polstoročí zvíťazil republikán (Scott Brown), ktorý do Senátu zasadne namiesto nedávno zosnulého demokrata Teda Kennedyho. Táto prehra demokratov môže viesť ku kľúčovej porážke Obamovej vlajkovej lode.

MUDr. Tomáš Szalay (1971) je partner a senior analytik Health Policy Institute. Zaoberá sa zdravotnou politikou, zdravotníckou legislatívou, dostupnosťou a kvalitou zdravotnej starostlivosti.

» kontakt szalay@hpi.sk | www.hpi.sk

**Tabuľka:** Odlišnosti medzi návrhmi reformy zdravotníctva schválených v jednotlivých komorách amerického Kongresu

| | návrh Snemovne reprezentantov | návrh Senátu |
|---|---|---|
| **Financovanie** | Dodatočná daň 5,4 % na príjmy nad 500 000 USD u jednotlivcov resp. 1 000 000 USD u rodín | Zvýšenie odvodov na Medicaid z 1,45 % na 2,35 % pri príjmoch nad 200 000 USD u jednotlivcov resp. 250 000 USD u rodín |
| **Potraty** | Poisťovne, ktoré dostávajú federálny príspevok, nesmú hradiť potraty | Je kompetenciou jednotlivých štátov zakázať používanie federálnych zdrojov na úhradu potratov v rámci štátnej burzy poistenia |
| **Public option** | Áno | Nie |
| **Burza poistenia** | Vznikne jedna celonárodná burza poistenia, v rámci ktorej sa budú ponúkať súkromné poistné plány ako i public option. Jednotlivé štáty môžu mať vlastné burzy v rámci federálnych pravidiel. | Každý štát si vytvorí vlastnú burzu poistenia v rámci federálnych pravidiel |
| **Kvalifikácia pre program Medicaid** | 150 % federálnej hladiny chudoby | 133 % federálnej hladiny chudoby |
| **Ilegálni prisťahovalci** | Môžu sa zúčastniť burzy poistenia, nesmú však čerpať federálne príspevky | Nemôžu sa zúčastniť burzy poistenia, ani čerpať federálne príspevky |
| **Odhad nákladov** | 1 050 miliárd USD za 10 rokov | 871 miliárd USD za 10 rokov |
| **Účinnosť** | 2013 | 2014 |

*Zdroj: wikipedia.org*

REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ FORUM CZ

**Naši českí priatelia z občianskeho združenia Reforma zdravotnictví – forum.cz organizujú celodenný seminár venovaný zdravotníctvu v Spojených štátoch, jeho hodnoteniu v medzinárodnom porovnaní, návrhu reformy zdravotníctva ako aj obsahu a forme diskusií o reforme. Seminár sa uskutoční 25. februára 2010 v Paláci Aventin v Prahe. Podrobnosti nájdete na www.zdravotnireforma.cz.**

**Cieľová skupina: vrcholový a stredný manažment zdravotníckeho priemyslu**

# Koncepce zajištění dostupnosti zdravotní péče v České republice

**V júni 2009 sa úspešne skončil druhý ročník vzdelávacieho programu Manažér na Health Academy Managment (HMA, viac informácií viď www.hma.sk). Desať vyučovacích modulov bolo zavŕšených prezentáciou záverečnej práce. V nich mali študenti HMA za úlohu spracovať zdravotnícku tému a využiť pritom poznatky zo vzdelávania. Záverečné práce odprezentovali študenti v rámci Dňa otvorených dverí 18. júna 2009 v penzióne Diana v Piešťanoch. Celkové hodnotenie prác zohľadňuje hodnotenie spolužiakmi, ako aj hodnotenie akadémie. V tomto čísle IntoBalance prinášame ďalšiu z úspešne hodnotených záverečných prác, jej autorom je LENKA NOVOTNÁ, členka reformného tímu českého ministra zdravotníctva Tomáša Julínka.**

## SHRNUTÍ A ZÁVĚRY

Dostupnost zdravotní péče je jedním z důležitých cílů zdravotní politiky. Je nezbytné zajistit občanům ekonomickou dostupnost zdravotní péče, aby si mohli finančně dovolit navštívit lékaře, když jej potřebují. Rovněž je žádoucí zabývat se geografickou dostupností zdravotní péče, aby občané mohli navštívit zdravotnické zařízení na dobře dostupném místě a nemuseli neúměrně dlouho čekat na poskytnutí zdravotní péče. Moderní společnost by neměla zavírat oči ani před možnou diskriminací některých vrstev či kategorií obyvatelstva v přístupu ke zdravotní péči, a měla by dbát na sociální dostupnost zdravotní péče.

Stávající právní řád České republiky zajištění dostupnosti zdravotní péče komplexně neřeší.

Finanční dostupnost zdravotní péče je zajišťována mj. financováním zdravotní péče z pojistného, které následně prochází přerozdělením. Nezbytná zdravotní péče je potom hrazena každému pojištěnci, jehož zdravotní stav si ji vyžaduje, bez ohledu na to, kolik přispívá do zdravotnického systému. Zavedení regulačních poplatků od ledna 2008 trochu paradoxně dále zlepšilo finanční dostupnost zdravotní péče. Placení poplatků v okamžiku spotřeby zdravotní péče odrazuje občany od čerpání péče, kterou nepotřebují; omezuje se tak riziko morálního hazardu a systém veřejného zdravotního pojištění šetří prostředky. Uspořené finance mohou být a jsou věnovány na úhradu moderní špičkové léčby některých onemocnění, jejichž léčení bylo donedávna finančně nedostupné. Regulační poplatky také přinášejí do zdravotnictví další zdroje, které jsou využívány na další zkvalitnění poskytované zdravotní péče. Ve stejné době jako regulační poplatky byl také zaveden limit ročních výdajů pojištěnce na regulační poplatky a některé doplatky na léky. Je tak poskytována doplňková finanční ochrana chronicky nemocným pacientům, jejichž výdaje na zdravotní péči by jinak mohly být neúnosné.

Dostupnost zdravotní péče ze sociálního hlediska je v České republice dlouhodobě neřešena. Zdravotní pojišťovny sice mají povinnost přijmout každého pojištěnce, který se k nim přihlásí, ale výslovný zákaz diskriminace v oblasti veřejného zdravotního pojištění absentuje, stejně jako v oblasti poskytování zdravotní péče samotné. Situaci by významně zlepšilo přijetí tzv. antidiskriminačního zákona, který má být v nejbližší době opětovně projednáván v Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky, a který postihuje diskriminaci ve věcech přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru.[1]

Otázka geografické dostupnosti zdravotní péče je v současné době českým právním řádem zcela opomíjena. Reálně jsou poskytovatelé zdravotní péče na drtivé většině českého území dobře místně dostupní, což je pravděpodobně dáno historickými důvody. Právo pojištěnce na místní dostupnost zdravotní péče nicméně chybí. Formálně zajištěna není ani časová dostupnost zdravotních služeb, zde je však skutečná situace zřejmě o poznání horší než u fyzické místní dostupnosti. Systematické celostátní mapování čekacích lhůt sice zatím nebylo provedeno, na základě dosavadních ukazatelů se však lze domnívat, že reálný stav je velmi neuspokojivý. V čekacích dobách jsou velké rozdíly mezi zdravotnickými zařízeními a na některé elektivní zákroky se čeká velice dlouho. Při současném netransparentním prostředí ve zdravotnictví se rapidně zvyšuje nebezpečí korupce při zapisování pacientů na čekací listiny.

Návrh reformy zdravotnictví, který připravilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky v letech 2007-2008, obsahuje komplexní záruky dostupnosti zdravotní péče. V oblasti finanční dostupnosti dochází ke zpřesnění přerozdělovacího mechanismu, což zmírňuje nebezpečí selekce rizika zdravotními pojišťovnami a napomáhá tak zároveň ke zlepšení sociální dostupnosti zdravotní péče. Systém regulačních poplatků a ochranného limitu se osvědčil a proto je v reformním návrhu obsažen takřka beze změny.

V oblasti sociální dostupnosti reformní návrh zřejmě spoléhá na přijetí antidiskriminačního zákona, neboť tyto otázky ponechává až na drobnosti neřešeny.

Naproti tomu otázka zajištění geografické dostupnosti je v centru zájmu reformního návrhu a je tedy řešena velmi důkladně. Reforma zavádí výslovné právo pojištěnce na místní i časovou dostupnost zdravotních služeb a obě tyto dimenze dopodrobna rozpracovává i z hlediska odpovědnosti za naplnění nároku pojištěnce, kontroly plnění souvisejících povinností zdravotních pojišťoven i poskytovatelů a důsledků nedodržení parametrů dostupnosti.

Politická situace v současné České republice však není pro prosazení návrhu reformy zdravotnictví příznivá. Komplexního řešení otázky dostupnosti zdravotní péče se tedy zřejmě v nejbližší době bohužel nedočkáme.

## DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE JAKO CÍL ZDRAVOTNÍ POLITIKY

Existuje mnoho definic dostupnosti zdravotní péče. Jedno z poměrně komplexních vymezení definuje dostupnost zdravotní péče jako „schopnost zdravotnického systému uspokojovat zdravotní potřeby obyvatelstva cestou zavedených postupů a prostřednictvím existujících zdravotnických služeb, určených k tomuto účelu“.[2] Jiní autoři definují dostupnost jako „počet nebo podíl obyvatelstva, u něhož lze očekávat, že navštíví určité zdravotnické zařízení za existujících překážek přístupu“.[3] Světová zdravotnická organizace naproti tomu vymezuje dostupnost zdravotní péče poměrně stručně a pregnantně jako „možnost dostat zdravotní péči v případě, když ji člověk potřebuje“ – v tomto smyslu je dostupnost chápána i v této práci.

Dostupnost zdravotní péče je v následujícím textu pojímána jako částečný cíl zdravotní politiky, který napomáhá k dosažení jejích hlavních cílů, konkrétně dobrého zdravotního stavu populace a její spokojenosti. Dostupnost zdravotní péče je zajišťována pomocí financování, platebních mechanismů a organizace zdravotnictví, které jsou v tomto kontextu nástroji zdravotní politiky.[4]

Existují však i odlišná východiska. Např. Amartya Sen považuje dostupnost zdravotní péče samu za nejvyšší hodnotu. Úkolem vlády podle něj je zabezpečit dostupnost zdravotních služeb. To, zda jich pacienti potom využijí nebo ne, je jejich právem – z tohoto pohledu je tedy cílem dostupnost, ne zdraví samotné.[5] Tento náhled má jistě své ratio, ale přesto by podle mého názoru měl být kladen větší důraz na dosažení dobrého zdravotního stavu populace, byť prostřednictvím zajištění dobré dostupnosti zdravotní péče.

Dostupnost zdravotní péče lze chápat z několika různých pohledů. Může být pojímána jako možnost člověka zabezpečit si zdravotní péči svým příjmem, tj. že získání zdravotní péče není nad jeho finanční možnosti (finanční dostupnost nebo též ekonomická dostupnost). Jako geografická dostupnost je chápána akceptovatelná vzdálenost místa poskytování zdravotní péče od bydliště pacienta (tj. dosažitelnost lékaře). Protože samo geografické umístění poskytovatele na dostupném místě nezaručuje, že zvládne ošetřit všechny příchozí pacienty, rozlišujeme v rámci geografické dostupnosti i její časovou složku (kapacita poskytovatele, čekací doby). V neposlední řadě je třeba dbát na přístupnost zdravotní péče pro všechny vrstvy a kategorie obyvatelstva (sociální dostupnost).[6]

Někteří autoři rozlišují i další dimenze dostupnosti, jako např. psychosociální dostupnost, která závisí na motivaci pacienta vyhledat lékaře (je ovlivněna důvěrou pacienta k lékaři, zájmem o vlastní zdraví, vnímáním hrozby nemoci nebo ochotou spolupracovat). Odborně medicínskou dostupností se v tomto pojetí míní přístupnost velmi úzce specializovaných služeb, např. dostupnost adekvátní diagnostické i léčebné péče v případě vzácného onemocnění. Lze rozlišit i dostupnost organizační, která si všímá provázanosti a návaznosti různých druhů zdravotní péče (např. organizace přeposílání pacientů do specializovaných center).[7]

Tato práce se věnuje prvním třem zmiňovaným dimenzím dostupnosti zdravotní péče, tedy finanční, sociální a geografické.

## DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE VE STÁVAJÍCÍM PRÁVNÍM ŘÁDU ČESKÉ REPUBLIKY

Samo slovo „dostupnost“ se v platném znění stěžejních právních předpisů téměř neobjevuje; naposledy byla dostupnost podstatněji zmíněna v čl. V zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu: *„Péči o zdraví lidu poskytuje stát všem občanům bezplatně. Plynulost, soustavnost, dostupnost a obsahová jednota této péče je zajišťována účelným organizačním uspořádáním zdravotnických služeb, poskytovaných bezplatně ve stanoveném rozsahu.“* Toto ustanovení bylo zrušeno bez náhrady k 1.1.1992 z důvodu *„neslučitelnosti se společenskými změnami uskutečněnými po listopadu 1989 i s principy nového systému zdravotní péče“*.[8]

Pojem dostupnosti zdravotní péče je okrajově zmíněn ve stávajícím znění zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v ustanovení týkajícím se dohodovacího řízení o rámcových smlouvách mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli: *„Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění (dále jen „veřejný zájem“), a poté je vydá jako vyhlášku.“*[9] Jasné uložení povinnosti zajišťovat dostupnost zdravotní péče a příslušné kontrolní mechanismy nicméně absentují.

Z dalších aktuálně platných zákonů se dostupnosti zdravotní péče relevantně dotýká ještě zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, který stanoví, že *„síť veřejných [neziskových ústavních] zdravotnických zařízení musí být uspořádána tak, aby spádová území veřejných [neziskových ústavních] zdravotnických zařízení v kraji na sebe účelně navazovala a byla zajištěna dostupnost jimi zajišťované zdravotní péče“*.[10] Spádová území jednotlivých veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízení a rozsah jimi poskytované zdravotní péče má podle zákona stanovovat individuálními rozhodnutími Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Zákon stanoví, že se tak děje *„po předchozím projednání s krajem, zdravotními pojišťovnami a příslušnými Komorami“*, nestanoví však žádné konkrétní principy, kterými by se Ministerstvo zdravotnictví mělo při vydávání rozhodnutí řídit.[11] Vzhledem k tomu, že dodnes nebylo podle tohoto zákona zřízeno ani jediné veřejné neziskové ústavní zdravotnické zařízení, je význam těchto ustanovení i celého zákona pouze marginální.

Stávající právní úprava v České republice neřeší zajištění dostupnosti zdravotní péče ve všech dimenzích tohoto pojmu. Český právní řád obsahuje nástroje do jisté míry zabezpečující finanční i sociální dostupnost zdravotní péče (byť v této souvislosti výslovně nepoužívá pojem dostupnosti), totéž však nelze říci o dostupnosti geografické.

Finanční dostupnost zdravotní péče je v České republice zajištěna několika instituty.

Masivní přerozdělování vybraného pojistného na veřejné zdravotní pojištění částečně (s limity danými jeho nepřesností) zmírňuje nebezpečí selekce rizika zdravotními pojišťovnami. Zákonem definovaní plátci zdravotního pojištění odvádějí každý měsíc zdravotním pojišťovnám pojistné (jedná se spíš o jakousi formu zdravotní daně) – za zaměstnance odvádí pojistné zaměstnavatel, osoby samostatně výdělečně činné odvádějí pojistné samy za sebe. Za nikoli nevýznamnou část populace (cca 60 %) platí pojistné stát; jedná se vesměs o osoby, které jsou státem chráněny i v jiných právních odvětvích, zejména v právu sociálního zabezpečení (nezaopatřené děti, důchodci, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, uchazeči o zaměstnání, osoby v hmotné nouzi, osoby závislé na péči jiné osoby, vojáci v době cvičení, osoby ve vazbě, vězni, invalidé, žadatelé o udělení mezinárodní ochrany apod.). Poslední kategorii plátců tvoří osoby bez zdanitelných příjmů, které platí pojistné samy za sebe. Celkové vybrané pojistné se následně mezi zdravotními pojišťovnami každý měsíc přerozděluje podle rizikovosti jejich pojistného kmene podle věku a pohlaví. Z těchto zdrojů jsou pak kryty náklady na zdravotní péči čerpanou pojištěnci, přičemž prakticky veškerá nezbytná léčba je hrazena plně. Při eventuálním posuzování, zda se konkrétnímu pojištěnci uhradí konkrétní léčba, je hodnocena pouze potřebnost této péče z hlediska jeho zdravotního stavu; není vůbec brán ohled na to, kolik finančních prostředků tento pojištěnec v minulosti odvedl na zdravotním pojištění.

Ač se to může zdát na první pohled paradoxní, významným nástrojem zajišťujícím finanční dostupnost zdravotní péče je relativně nedávno zavedená povinnost pojištěnců uhrazovat regulační poplatky při návštěvě lékaře, lékárny nebo při hospitalizaci. Jedná se sice o další finanční výdaj v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, výše těchto regulačních poplatků je však tak nízká[12], že drtivou většinu pojištěnců nadbytečně finančně nezatěžují; zároveň je však odrazují od čerpání péče, která není nezbytná, a omezují tak riziko morálního hazardu. Regulační poplatky zároveň přinášejí do zdravotnictví tolik potřebné soukromé zdroje – v roce 2008

se vybralo více než 5 mld. Kč, které umožnily poskytovatelům investovat např. do moderní přístrojové techniky. Na snížení spotřeby zbytné péče systém zdravotního pojištění dále ušetřil 5 miliard korun, které byly věnovány na léčbu vzácných a závažných onemocnění moderními metodami, které jsou velmi drahé a donedávna nebyly hrazeny.[13]

Podobnou funkci (odrazování od zbytečné spotřeby) již delší dobu plní i doplatky na léky, které však někdy bývají velmi vysoké a pro některé pojištěnce tak může být omezena dostupnost léčiv. Chronicky nemocní pojištěnci, jejichž výdaje na zdravotní péči by díky regulačním poplatkům a doplatkům na některé léky mohly dosáhnout neúnosné výše, jsou od 1.1.2008 chráněni ročním limitem ve výši 5 000 Kč; některé zvláště ohrožené skupiny osob jsou zároveň od placení některých poplatků osvobozeny, děti a senioři mají navíc od 1. dubna 2009 snížen limit na 2 500 Kč. Zdravotní pojišťovny sledují, kolik jejich pojištěnci zaplatili za poplatky a doplatky, a částky překračující limit pojištěncům automaticky uhrazují.

Sociální dimenze dostupnosti zdravotní péče je zatím řešena pouze částečně. Zdravotní pojišťovna je povinna přijmout a pojistit každého pojištěnce, který se k ní chce přihlásit, pokud má být ze zákona pojištěn.[14] Zákon č. 48/1997 Sb. výslovně stanoví poměrně široký okruh pojištěných osob. Jsou do něj zahrnuty osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky, a cizinci, pokud jsou zaměstnáni u zaměstnavatele, jehož sídlo se nachází na území ČR.[15] Všechny tyto osoby mají nárok na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Ač tak zákon přímo nestanoví, je zřejmé, že nepředpokládá různé chování vůči různým skupinám pojištěnců. Český právní řád však zatím neobsahuje výslovný zákaz diskriminace ve věcech přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru. Tento zákaz je obsažen až ve vládním návrhu antidiskriminačního zákona, který byl v loňském roce vetován prezidentem republiky a v nejbližší době má být opětovně projednán Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR.[16], [17]

Jak již bylo uvedeno výše, geografická dostupnost zdravotní péče je ve stávajícím českém právním řádu prakticky neřešena. Je to pravděpodobně dáno historickými důvody. Před rokem 1989 stát centrálně plánoval a direktivně řídil umisťování nových zdravotnických zařízení a byla tak vybudována poměrně hustá síť poskytovatelů zdravotní péče, která se pak dále ještě zahustila novými soukromými poskytovateli, aniž by došlo k rozsáhlejšímu rušení již existujících zdravotnických zařízení. Geografická dostupnost v místním slova smyslu je tedy v České republice reálně dobrá (s výjimkou některých příhraničních oblastí), i když žádný právní předpis nikomu nestanoví povinnost ji zajišťovat.

Předpokládá se, že horší situace panuje v oblasti časové dostupnosti. Žádné větší šetření čekacích dob však zatím neproběhlo, a tak nejsou dostupná celorepubliková data, která by tuto hypotézu přesvědčivě dokazovala. Je však obecně známo, že čekací doby na některé plánované zdravotní služby (zejména operace velkých kloubů nebo některé diagnostické výkony) se velmi liší mezi zdravotnickými zařízeními navzájem a mohou být i velmi dlouhé. Bohužel však pojištěnci nemají k dispozici potřebné informace o tom, která zdravotnická zařízení mají volnou kapacitu a mohou jim péči poskytnout např. v horizontu měsíců namísto let. Český právní řád zatím nikomu neukládá povinnost zveřejňovat délku čekacích dob; změnu by v tomto směru mohla přinést navrhovaná reforma zdravotnictví.

## DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE V NÁVRHU ČESKÉ REFORMY ZDRAVOTNICTVÍ

Český reformní návrh komplexně řeší všechny tři dimenze dostupnosti zdravotní péče zmíněné výše. Výslovně sice používá pojem dostupnost pouze ve smyslu geografickém (včetně složky časové), avšak věnuje se i její finanční a částečně i sociální stránce.

Zajištění finanční dostupnosti je koncipováno obdobně jako ve stávající právní úpravě, systém regulačních poplatků a limitu je přejímán prakticky beze změny. Do mechanismu přerozdělení se k věku a pohlaví přidává další parametr, kterým je ukazatel zvýšených nákladů zjišťovaný na základě modelu PCG (Pharmacy-based Cost Group), který identifikuje chronicky nemocné (a tedy nákladné) pojištěnce na základě roční preskripce léčivých přípravků. Zvýšené náklady zdravotních pojišťoven, které mají vyšší výskyt chronicky nemocných (nákladných) pojištěnců v kmeni, jsou tedy kompenzovány tím, že na tyto pojištěnce dostanou nově z přerozdělování vyšší pojistné.[18] Uvádí se, že přesnost predikce nákladů se tímto opatřením podstatně zvyšuje.[19] Zvýšením přesnosti přerozdělování se dále snižuje nebezpečí selekce rizika, protože zdravotní pojišťovny ztrácejí motivaci diskriminovat nemocné pojištěnce. Toto opatření tak přispívá i ke zlepšení sociální dostupnosti zdravotní péče.

Kromě PCG se přerozdělovací výpočet doplňuje ještě o parametr zdravotního plánu, ve kterém je pojištěnec účasten. Návrh reformy totiž předpokládá možnost diferenciace pojistných produktů zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny budou moci nabízet různý rozsah krytí zdravotních služeb a tím oslovit různé skupiny pojištěnců. Protože lze předjímat, že např. ve zdravotních plánech s vyšší spoluúčastí se budou koncentrovat zdravější pojištěnci, je vhodné zahrnout do přerozdělování i tento parametr.

V oblasti sociální dostupnosti reformní návrh zákona nečiní příliš velké pokroky, změny jsou spíše drobného rázu. Oproti stávající právní úpravě se rozšiřuje okruh pojištěných osob zejména o cizince, kteří v ČR vykonávají jakoukoli výdělečnou činnost (tedy nejen zaměstnání) a jejich nejbližší rodinné příslušníky (děti, manžel/manželka a v případě uzavřeného registrovaného partnerství též partner/partnerka). Odstraňuje se tak stávající diskriminace mezi cizinci-zaměstnanci a cizinci, kteří jsou osobami samostatně výdělečně činnými. Výčet pojištěnců je dále doplněn o některé další, spíše okrajové skupiny osob (azylanti, žadatelé o mezinárodní ochranu apod.). Ani v případě schválení této reformy se však neobejdeme bez přijetí antidiskriminačního zákona, který jasně stanoví zákaz diskriminace v přístupu ke zdravotní péči z důvodu rasy, náboženství, věku, pohlaví apod.[20]

Jedním z hlavních cílů reformy zdravotnictví v České republice je zakotvení nároku pojištěnce na místní a časovou dostupnost zdravotních služeb, tj. nároku na zajištění geografické dostupnosti.

## KONCEPT MÍSTNÍ DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Místní dostupností navrhovaný zákon rozumí přiměřenou vzdálenost místa poskytování zdravotních služeb od místa bydliště pojištěnce. V zájmu vyšší vypovídací hodnoty se vzdálenost měří dojezdovou dobou, tedy časem potřebným pro přesun pacienta k lékaři. Jedná se o čas potřebný k přesunu automobilem, neboť v případě založení dostupnosti na použití hromadné dopravy by byl výpočet času příliš složitý a často by se měnil (prakticky s každou změnou jízdního řádu), nehledě na to, že místa nepokrytá hromadnou dopravou by zůstala formálně zcela nedostupná. Určení přiměřené vzdálenosti je předmětem nařízení vlády, které stanoví dojezdové časy podle forem zdravotních služeb (ambulantní/lůžkové/pohotovostní) a podle jednotlivých oborů odborné zdravotní péče.

Nároku pojištěnce na zajištění místní dostupnosti odpovídá povinnost zdravotní pojišťovny tuto dostupnost pro své pojištěnce zajistit. Reforma zachovává princip, že zdravotní pojišťovny jsou povinny zajišťovat zdravotní služby pro své pojištěnce především prostřednictvím svých smluvních poskytovatelů. Ve výjimečných případech může zdravotní pojišťovna zajišťovat hrazené zdravotní služby i u nesmluvních poskytovatelů (typicky se jedná o veřejný příslib nově vznikající zdravotní pojišťovny, která si smluvní síť teprve buduje, že uhradí zdravotní služby poskytnuté jejím pojištěncům i těmi poskytovateli, se kterými dosud nemá uzavřenu smlouvu – z definice však jde o časově omezenou záležitost). V tomto kontextu povinnost zajistit místní dostupnost zdravotních služeb znamená, že zdravotní pojišťovna je povinna uzavřít smlouvy s poskytovateli, jejichž rozmístění zabezpečuje místní dostupnost celého spektra hrazených zdravotních služeb pro každého jednotlivého pojištěnce.

Jak bylo již výše zmíněno, reformní návrh předpokládá diferenciaci pojistných produktů zdravotních pojišťoven – zdravotních plánů. Zdravotní plány se mezi sebou mohou lišit mj. rozsahem úhrady, mírou řízení péče, motivačním programem nebo oblastí působnosti. Oblast působnosti je, jak už název napovídá, oblast, ve které zdravotní pojišťovna zdravotní plán provozuje. Povinnost zdravotní pojišťovny zajišťovat místní dostupnost zdravotních služeb je navázána právě na oblast působnosti; mimo její území zdravotní pojišťovna tuto povinnost nemá. Toto pravidlo je nezbytné vzhledem k zachování principu, že zdravotní pojišťovna nesmí odmítnout pojištěnce, který se chce registrovat k jejímu zdravotnímu plánu. V případě, že se k regionálnímu zdravotnímu plánu registruje pojištěnec, jehož bydliště je na druhé straně republiky než oblast působnosti, zdravotní pojišťovna by musela vytvořit novou smluvní síť poskytovatelů jen pro tohoto jediného pojištěnce poblíž místa jeho bydliště. To by bylo velmi nákladné a neefektivní, nehledě na to, že motivace poskytovatelů uzavřít smlouvu kvůli jedinému pojištěnci by byla velmi nízká. Na druhou stranu je tímto pravidlem značně relativizován nárok pojištěnce na zajištění místní dostupnosti zdravotních služeb. Aby tedy k podobným situacím docházelo co nejméně, zdravotní pojišťovna je povinna „přespolního" pojištěnce již při registraci výslovně upozornit, že se de facto vzdává svého nároku na zajištění místní dostupnosti. Navíc zdravotní pojišťovna nesmí provádět aktivní nábor pojištěnců mimo oblast působnosti, aby je neuváděla v omyl.

Plnění povinnosti zajišťovat místní dostupnost zdravotních služeb kontroluje nezávislý Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, jehož zřízení je rovněž součástí reformního návrhu. Zdravotní pojišťovny v pravidelných čtvrtletních intervalech hlásí Úřadu rozmístění smluvních poskytovatelů v jednotlivých zdravotních plánech. Úřad ověří, zda takto rozmístění poskytovatelé splňují podmínku místní dostupnosti pro všechna sídla v oblasti působnosti zdravotního plánu. Pokud tomu tak není, může Úřad uložit zdravotní pojišťovně přípravu plánu opatření k odstranění nedostatků nebo stanovit lhůtu pro zjednání nápravy, popř. uložit zdravotní pojišťovně pokutu či jinou sankci stanovenou zákonem.[21]

Následkem nezajištění místní dostupnosti není ohroženo zdraví pojištěnce (na rozdíl např. od nedodržení časové dostupnosti), je omezen pouze jeho komfort. Z nezabezpečení dostupnosti zdravotních služeb zdravotní pojišťovnou proto neplyne pojištěnci žádný přímý nárok; pojištěnec však může podat podnět Úřadu, aby zakročil proti zdravotní pojišťovně, která tuto svou povinnost neplní.

## KONCEPT ČASOVÉ DOSTUPNOSTI ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Časová dostupnost je v navrhovaném zákoně definována jako nárok pojištěnce na zajištění poskytnutí zdravotních služeb v určité lhůtě. Zdravotní služby samy se přitom podle naléhavosti jejich poskytnutí dělí na neodkladné, akutní a plánované. Již z pojmu „neodkladné zdravotní služby" je zřejmé, že tyto musí být poskytnuty okamžitě a administrativní stanovování lhůty pro jejich poskytnutí ani nepřipadá v úvahu. Akutní zdravotní služby musí být poskytnuty v termínu stanoveném ošetřujícím lékařem, z čehož je odvozena i jejich časová dostupnost (pojištěnec má na poskytnutí zdravotní služby v daném termínu nárok). Oproti neodkladným a akutním zdravotním službám, u plánovaných zdravotních služeb při delších čekacích lhůtách vesměs nedochází k ohrožení života či zdraví pojištěnce; čekací lhůty však samozřejmě ani v tomto případě nesmí být neúměrně dlouhé. Za tím účelem se předpokládá stanovení maximálních čekacích dob na některé elektivní zákroky. Stejně jako v případě místní dostupnosti, i zde tak bude učiněno nařízením vlády.

Povinnost zajišťovat časovou dostupnost má, stejně jako u místní dostupnosti, zdravotní pojišťovna. I zde se uplatňuje princip, že hrazené zdravotní služby jsou poskytovány zejména smluvními poskytovateli. Zdravotní pojišťovna tedy odpovídá za nasmlouvání dostatečné kapacity u jednotlivých poskytovatelů tak, aby její pojištěnci nečekali na poskytnutí zdravotních služeb neúměrně dlouho.

Čekací doba se měří ode dne indikace zdravotní služby, tj. od data příslušného záznamu ve zdravotnické dokumentaci pojištěnce. To samozřejmě klade vysoké nároky na důkladné a pečlivé vedení zdravotnické dokumentace poskytovateli zdravotních služeb, které by však mělo být samozřejmostí.

Kvalitní vedení zdravotnické dokumentace není jedinou povinností poskytovatelů týkající se časové dostupnosti. Poskytovatelé mají jednoznačně nejlepší přehled o poptávce po jednotlivých zákrocích, a proto jsou ideálními nositeli nově zaváděné povinnosti vést formalizované objednací seznamy.

Tzv. transparentní objednací seznamy, jak jsou v reformním návrhu nazývány, nejsou ničím jiným, než seznamem pojištěnců zapsaných na čekací listinu pro konkrétní zákrok. Podobný seznam již dnes vede každý poskytovatel, který poskytuje zdravotní službu, o kterou je větší zájem – je to nutným předpokladem pro plánování a organizaci jeho práce. Vedení těchto seznamů je však dnes nejednotné a mnohdy nedokonalé (často se jedná o obyčejný linkovaný sešit).

Zvláštnost transparentního objednacího seznamu spočívá v tom, že jakákoli změna pořadí (posunutí pojištěnce výše nebo níže v seznamu) musí být transparentně zdokumentována s uvedením důvodu (např. pojištěncův zdravotní stav se zhoršil a operace je nyní akutní, proto pojištěnec přijde na řadu dříve). Jakékoli jiné machinace s pořadím pojištěnců jsou nepřípustné. Omezuje se tak možnost korupce při zapisování do čekacího listu.

Protože vedení takového seznamu s doprovodnou dokumentací je administrativně náročné, nebylo by efektivní stanovit poskytovatelům povinnost vést tyto seznamy na všechny zákroky. Předpokládá se, že Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami každý rok vydá vyhlášku, kterou stanoví seznam zdravotních služeb, na něž se v daném roce vedou transparentní objednací seznamy. Mělo by se jednat o zdravotní služby, u nichž existuje důvodný předpoklad, že jejich časová dostupnost je ohrožena. To může Úřad zjistit např. provedením šetření čekacích dob, případně může vycházet z podnětů pojištěnců či z pravidelného reportingu zdravotních pojišťoven.

Ani na vyhláškou stanovené zdravotní služby není nutné vést transparentní objednací seznam bez dalšího. Pokud je u konkrétního poskytovatele čekací lhůta velmi krátká, není u něj ohrožena časová dostupnost zákroku a není důvod jej s touto dodatečnou administrativou zatěžovat. Pokud však čekací list u poskytovatele přesáhne polovinu maximální čekací doby stanovené pro daný zákrok nařízením vlády, musí poskytovatel začít vést transparentní objednací seznam.

V okamžiku, kdy začíná vést transparentní objednací seznam, je poskytovatel povinen o této skutečnosti vyrozumět všechny zdravotní pojišťovny, se kterými je ve smluvním vztahu, a dále je pak v pravidelných intervalech informovat o délce transparentního objednacího seznamu (tedy o termínu, na který je zapsán poslední pojištěnec). Zdravotní pojišťovny tyto údaje sumarizují a čtvrtletně je hlásí Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Zdravotní pojišťovny jsou rovněž povinny čtvrtletně zveřejňovat průměrné čekací doby na jednotlivé zákroky, na něž jsou jejich smluvními poskytovateli vedeny transparentní objednací seznamy.

V případě nedodržení časové dostupnosti může pojištěnci hrozit újma na zdraví, proto má pojištěnec možnost čerpat zdravotní službu u jiného (i nesmluvního, dokonce i zahraničního) poskytovatele bez předchozího souhlasu zdravotní pojišťovny (obdobné pravidlo se uplatňuje i ve stávající právní úpravě, avšak v mnohem menším rozsahu – pouze u nutné a neodkladné zdravotní péče). Přeje-li si pojištěnec asistenci zdravotní pojišťovny při hledání jiného poskytovatele, může o to zdravotní pojišťovnu požádat; pak je mu zdravotní pojišťovna povinna vyhledat jiného poskytovatele, který pojištěnce ošetří, a poskytnutou zdravotní službu uhradit.[22] Tyto možnosti však nemá pojištěnec, kterému zdravotní služba nebyla poskytnuta včas z důvodu jeho nečinnosti nebo neposkytnutí součinnosti (např. pojištěnec se nedostavil na operaci ve smluveném termínu). Návrh zákona počítá i s možností, že pojištěnec preferuje poskytnutí zdravotní služby konkrétně zvoleným poskytovatelem i přesto, že tento poskytovatel má naplněnu kapacitu dlouho dopředu a pojištěnec bude muset čekat déle, než stanoví nařízení vlády. V takovém případě se pojištěnec může vzdát svého nároku na zajištění časové dostupnosti písemným prohlášením učiněným u své zdravotní pojišťovny. Tímto prohlášením by měl být podmíněn zápis na čekací seznam preferovaného poskytovatele, neboť pojištěnec je zapisován na termín, který odporuje nařízení vlády. Zdravotní pojišťovna tedy potřebuje doklad o tom, že se tak stalo ze svobodné vůle pojištěnce. Pojištěnec nese odpovědnost za to, že pokud později změní názor, nebude již mít možnost uplatňovat své nároky z faktu, že zdravotní pojišťovna mu nezajistila zdravotní službu v limitu maximální čekací doby.

Nemůže-li pojištěnec najít smluvního poskytovatele, který by mu mohl poskytnout potřebný zákrok včas, může se obrátit na svou zdravotní pojišťovnu se stížností. Zdravotní pojišťovna je povinna stížnost řešit ve formalizovaném řízení a vyřešit ji v takovém termínu, který umožní pojištěnci čerpat zdravotní službu v limitu časové dostupnosti. Po ověření faktu, že kapacita všech jejích smluvních poskytovatelů skutečně neumožňuje poskytnout zdravotní službu včas, je povinna zajistit pojištěnci provedení zákroku u jiného (nesmluvního) poskytovatele.

O stížnostech pojištěnců a způsobu jejich vyřízení je zdravotní pojišťovna povinna čtvrtletně informovat Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, který tak dohlíží nad zachováním nároků pojištěnců z veřejného zdravotního pojištění.

## ZÁVĚR

Stávající právní řád České republiky neobsahuje komplexní řešení otázky zajištění dostupnosti zdravotní péče. Reálně je zdravotní péče v České republice dobře dostupná jak z finančního, tak i ze sociálního hlediska, i když v obou aspektech je prostor pro zlepšení záruk dostupnosti. Geografická dostupnost zdravotní péče je v současné době zcela neřešena. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou na drtivé většině českého území dobře místně dostupní, o časové dostupnosti zdravotních služeb však existují důvodné pochybnosti. Dosud nebylo provedeno systematické mapování čekacích dob, lze se však domnívat, že časová dostupnost zdravotní péče je zajištěna nedostatečně.

Ke zlepšení situace by jednoznačně přispělo přijetí reformy zdravotnictví, která byla připravována Ministerstvem zdravotnictví České republiky v letech 2007-2008. Politická situace v současné době však není této reformě nakloněna. Na zavedení komplexních záruk dostupnosti zdravotní péče si tak v České republice budeme muset ještě nějaký čas počkat.

## SEZNAM PRAMENŮ


**Literatura:**

- Szalay, T.: Regulácia: Dostupnosť, Health Management Academy, 15. 1. 2009, Piešťany
- Pažitný, P.: Risk Adjustment, Health Management Academy, 4. 12. 2008, Piešťany
- Pažitný, P.: Ciele a nástroje zdravotnej politiky, Health Management Academy, 2. 10. 2008, Piešťany
- Ivanová, K.: Dostupnost zdravotní péče v Olomouckém kraji, Atestační práce, IPVZ 2003
- http://mighealth.net/cz/index.php/4._Dostupnost_zdravotn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De

**Právní předpisy a legislativní dokumenty:**

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 245/2006, o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních
- Důvodová zpráva k zákonu č. 548/1991 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Vládní návrh zákona o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), sněmovní tisk 253
- Reformní návrh Ministerstva zdravotnictví ČR:
  - http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/903-reformni-zakony-pro-verejnou-diskusi.html
  - návrh zákona o veřejném zdravotním pojištění a důvodová zpráva k němu
  - návrh zákona o zdravotních pojišťovnách, o zřízení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami a o změně některých dalších zákonů a důvodová zpráva k němu

**Ostatní zdroje:**

- Tisková zpráva Ministerstva zdravotnictví ČR z 11. 3. 2009, http://www.mzcr.cz/Pages/777-tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-10-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych.html

Mgr. Lenka Novotná (1981) pracovala ako členka reformného tímu na odbore zdravotného poistenia MZ ČR. V súčasnosti je právničkou Oborovej zdravotnej poisťovne.

» kontakt lenka.satrova@centrum.cz


1) Tato práce byla zpracována ke dni 30 .5. 2009, po tomto datu ovšem došlo k významnému posunu v oblasti legislativy. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky dne 17. 6. 2009 po téměř dvou letech legislativního procesu schválila návrh zákona o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), který byl dne 29. 6. 2009 publikován ve Sbírce zákonů jako zákon č. 198/2009 Sb. Účinnosti nabyl dne 1. 9. 2009.

2) http://mighealth.net/cz/index.php/4._Dostupnost_zdravotn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De

3) Ivanová, K.: Dostupnost zdravotní péče v Olomouckém kraji, Atestační práce, IPVZ 2003

4) Pažitný, P.: Ciele a nástroje zdravotnej politiky, Health Management Academy, 2.10.2008, Piešťany, s. 20

5) Szalay, T.: Regulácia: Dostupnosť, Health Management Academy, 15.1.2009, Piešťany, s. 12

6) Ibid., s. 3

7) Ivanová, K.: Dostupnost zdravotní péče v Olomouckém kraji, Atestační práce, IPVZ 2003

8) Důvodová zpráva ke sněmovnímu tisku ČNR 1991 č. 482, později přijatému jako zákon č. 548/1991 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

9) § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb.

10) § 34 odst. 2 zákona č. 245/2006 Sb.

11) § 33 odst. 1 zákona č. 245/2006 Sb.

12) 30 Kč za návštěvu lékaře, 30 Kč za předepsaný lék, 60 Kč za den hospitalizace a 90 Kč za návštěvu pohotovosti

13) Tisková zpráva Ministerstva zdravotnictví ČR z 11.3.2009, http://www.mzcr.cz/Pages/777-tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-10-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych.html

14) § 11 odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb.

15) § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.

16) Sněmovní tisk 253

17) Po vypracování této práce došlo k legislativnímu posunu a antidiskriminační zákon již je platnou a účinnou součástí českého právního řádu – viz výše poznámka pod čarou č. 1.

18) Důvodová zpráva k návrhu zákona o veřejném zdravotním pojištění, http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/903-reformni-zakony-pro-verejnou-diskusi.html

19) Pažitný, P.: Risk Adjustment, Health Management Academy, 4.12.2008, Piešťany, s. 9

20) Po vypracování této práce došlo k legislativnímu posunu a antidiskriminační zákon již je platnou a účinnou součástí českého právního řádu – viz výše poznámka pod čarou č. 1.

21) § 51 odst. 1 návrhu zákona o zdravotních pojišťovnách, o zřízení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami a o změně některých dalších zákonů, http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/903-reformni-zakony-pro-verejnou-diskusi.html

22) § 85 návrhu zákona o veřejném zdravotním pojištění, http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/903-reformni-zakony-pro-verejnou-diskusi.html