

Reforma zdravotníctva v Čechách a na Slovensku a jej dopad na pacienta

Katarína Kucharská

Fakulta sociálných vied

Universita Karlova

Praha

3. ročník sociologie

Práce bude obhajovaná v 6. semestru studia.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Praze Dne 22.května 2006

Handwritten signature in cursive script, reading "Katarína Kučerová".

vlastnoruční podpis

Poďakovanie

Touto cestou by som chcela poďakovať konzultantovi mojej bakalárskej práce MUDr. Petrovi Hávovi, CSc. za pomoc, rady a trpezlivosť poskytnuté pri vypracovaní tejto práce

Obsah:

Abstrakt	5
1. Úvod – vymedzenie problému	6
2. Ciele, otázky	8
2.1. Otázky	8
3. Teoretické východisk á	9
3.1. Zdravotný systém	9
3.2. Zdravotná politika	9
3.3. Financovanie	11
3.4. Etické hodnoty	13
3.5. Zdravotná politika v Európe a potreba reformy ZS	14
4. Metodológia	16
5. Analýza – SR	17
5.1. Problémy zdravotného systému	17
5.2. Programové vyhlásenie vlády a koncepcie	18
5.3. Reformné kroky a ich výsledok	19
6. Analýza – ČR	23
6.1. Problémy zdravotného systému	23
6.2. Programové vyhlásenia vlád a koncepcie	24
6.3. Uskutočnené kroky zmien a ich výsledok	25
7. Záver	27
8. Použitá literatúra	28
9. Prílohy	30
Príloha č.1	
Príloha č.2	
Príloha č.3	
Príloha č.4	
Príloha č.5	
Príloha č.6	
Príloha č.7	
Príloha č.8	

Abstrakt

Práca je analýzou vybraných udalostí verejnej politiky v Českej a Slovenskej Republike v rozmedzí rokov 2002-2006. Udalosti sa týkajú zmien v zdravotníckom systéme, uskutočnených v rámci reforiem zdravotníctva v oboch krajinách. Hlavnými kritériami porovnávania boli: existujúce problémy týkajúce sa zdravotníctva, programové vyhlásenia vlád SR a ČR, formulované ciele pri uskutočňovaní reforiem, navrhnuté koncepcie, právne normy v oboch krajinách, zmeny vo financovaní zdravotných systémov a výsledky prevedených zmien týkajúce sa priamo pacienta. Autor sa pokúša zistiť, či sa zvýšila finančná spoluúčasť pacienta na úhradách za poskytnutie zdravotnej starostlivosti a či vybrané zmeny mali vplyv na dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Spokojnosť občanov s prevedenými zmenami bola zisťovaná použitím sekundárnej analýzy dotazníkových šetrení.

1. Úvod

Zdravotníctvo, jeho problémy a ich náhodilé a nesystematické riešenie sú „evergreenom“ českej politiky. (Doc. Ing. Jiří Schwarz, CSc., dekan Fakulty národohospodárskej VŠE, Zdravotnictví a právo 2002)

Dedičstvom zmien politického systému v deväťdesiatych rokoch sa v Českej republike začali následne prejavovať zmeny vo všetkých oblastiach verejného života. Jednou z oblastí, ktorej bola venovaná zvýšená pozornosť bolo aj zdravotníctvo.

Napriek tomu sa situácia v zdravotníctve v Čechách a na Slovensku v posledných rokoch nevyvíjala priaznivo. Starostlivosť o pacienta bola postupne zatlačená do úzadia a vopred sa predrali ekonomické vzťahy a snaha o čo najväčšiu liberalizáciu pravidiel a vzťahov v zdravotnej politike oboch štátov. Starnutie populácie, tempo rastu nákladov na zdravotnú starostlivosť (ďalej iba ZS), nárast cien liekov, nedodržiavanie záväzkov poisťovňami a problémy s decentralizáciou poskytovateľov ZS spôsobili neudržateľnú finančnú situáciu zdravotníctva v oboch krajinách [HIT SR 2000: 16]. Boli preto navrhnuté nové koncepcie poskytovania ZS, ktoré vytvorili základ pre reformy zdravotníctva. Práca sleduje kroky vlády SR a ČR pri realizácii týchto reforiem od roku 2002 a ich dopad na pacienta.

Zdravotníctvo ako také je jednou z najproblematickejších oblastí verejného života. Svedčí o tom oi. aj fakt, že od roku 1989 sa v kresle ministra zdravotníctva vystriedal najväčší počet ministrov. Žiadnemu z nich sa zatiaľ nepodarilo nájsť cestu, ktorá by do zdravotníctva zaviedla fungujúci systém zaisťujúci dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť za dodržania podmienok efektívneho financovania a rovnako efektívneho využívania všetkých zdrojov.

Návrh na uskutočnenie reformy zdravotníctva na Slovensku bol predložený a následne aj realizovaný v roku 2002 nastupujúcim ministrom zdravotníctva MUDr. Rudolfom Zajacom. V Českej Republike sa od tejto doby vystriedalo 5 ministrov (Marie Součková, Jozef Kubínyi,

Milada Emmerová, Zdeněk Škromach - v zastúpení) a momentálne je ministrom zdravotníctva MUDr. David Rath a tak realizácia zmien v zdravotnej politike prebieha pomalšie.

Problémom reformy a zmien v zdravotnej politike je okrem iného negatívny dopad na pacienta v prvých krokoch realizácie, prelomenie psychologickkej bariéry bezplatného zdravotníctva a obavy pacientov z dostupnosti ZS pre každého občana rovnako.

2. Ciele, otázky

Cieľom práce je porovnanie stavu zdravotníctva v Čechách a na Slovensku od roku 2002 po súčasnosť, analýza priebehu reforiem v oboch štátoch a ich dopad na pacienta. Porovnanie sa týka

- programových vyhlásení vlád SR a ČR,
- formulovaných cieľov pri uskutočňovaní reforiem,
- existujúcich problémov v oboch systémoch,
- spôsobu financovania zdravotného systému
- a výsledkov prevedených zmien týkajúcich sa priamo pacienta – hlavne finančné zaťaženie (priame platby a spoluplatby), dostupnosť a zmena kvality ZS.

2.1. Otázky → dôsledky realizovaných zmien pre pacientov:

1. Zvýšila sa finančná spoluúčasť pacientov v zdravotníctve po spustení reforiem?
2. Zmenila sa dostupnosť ZS ?
3. Znížila/zvýšila sa kvalita ZS?
4. Hlavné rozdiely medzi ČR a SR?
5. Súhlasia/nesú hlasia pacienti s vybranými krokmi reformy zdravotníctva?

3. Teoretické východiská

V stati teoretické východiská sa snažím uviesť vysvetlenie základných pojmov používaných v práci, ako sú zdravotný systém, zdravotná politika, spôsoby financovania apod.

3.1. Zdravotný systém

Jednou z prvých otázok je vymedzenie zdravotného systému. Ako uvádza Murray, zdravotný systém zahŕňa zdroje, aktérov a inštitúcie spojené s financovaním, reguláciou a plánovaním zdravotného systému [Murray 2000]. Ich priamym zámerom musí byť zlepšovanie zdravia a náplňou činnosti akékoľvek aktivity, ktorých zámerom je zdokonaľiť alebo udržiavať zdravie.

V súčasnosti existujú 4 základné modely zdravotníckych systémov:

1. zmiešaný systém s prevahou liberalistických prvkov (USA)
2. systém založený na povinnom zdravotnom poistení (prevážna časť západoeurópskych krajín, SR, ČR)
3. národná zdravotná služba (Spojené Kráľovstvo)
4. socialistický model (Kuba) [Gladkij 2003: 28]

3.2. Zdravotná politika

Ďalším z dôležitých pojmov je zdravotná politika, ktorá sa ako vedný odbor a cieľavedomá praktická činnosť zrodila v podstate až po druhej svetovej vojne. So zaistením adekvátnej ZS sa musia vyrovnávať nielen jednotlivé štáty, ale problémy zdravia a zdravotníctva prerastajú národný rámec a množstvo z nich je potrebné riešiť v medzinárodnom merítku. Koordinátorom hlavných činností v tejto oblasti sa stala predovšetkým Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) ako jedna zo špecializovaných organizácií OSN.

Tá v roku 1979 definovala národnú zdravotnú politiku ako výraz:

- cieľov k zlepšeniu zdravotnej situácie

- stanovenia priorít medzi týmito cieľmi
- určenia hlavných smerov k ich dosiahnutiu.

Hlavnými nástrojmi pri realizácii zdravotnej politiky sú:

- systém zákonov, noriem a štandardov
- finančné prostriedky a spôsoby ich alokácie
- inštitúcie
- informácie
- vyjednávanie medzi účastníkmi procesu ZS

Murray uvádza tri základné ciele, ktoré by mali tvoriť základ pri tvorbe zdravotnej politiky. Sú to všeobecné zdravie, zodpovednosť voči zákonitým očakávaniam populácie a spravodlivosť v prerozdelení financií požadovaných pre fungovanie zdravotného systému [Murray 2000]. Hlavnou zložkou cieľu zdravie je neustále zlepšovanie zdravotného stavu obyvateľstva. Zodpovednosť voči zákonitým očakávaniam občanov ukladá za prvé zreteľ na osobu, kam patrí dôstojnosť pri poskytovaní ZS, individuálna autonómia pri robení rozhodnutí o vlastnom zdraví a dôvera a za druhé orientáciu na klienta. Tam spadá okamžitá pozornosť potrebám zdravia (obavy z čakania na diagnózu alebo liečbu; fyzická, sociálna a finančná dostupnosť), ďalej podmienky pre základné pohodlie (čistota čakární, slušné jedlo a pohodlie v nemocnici apod.), dostupnosť siete sociálnej podpory pre jedincov, ktorým je poskytovaná zdravotná starostlivosť a možnosť výberu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Čo sa týka spravodlivosti prerozdelenia financií, musia zdravotnícke systémy čeliť dvom základným výzvam: prvou je, že domácnosti by nemali schudobnieť alebo platiť nadmernú časť z ich rozpočtu za obdržanie ZS a druhou, že chudobné domácnosti by mali zdravotnému systému platiť menej ako bohaté. Platba spravodlivej dávky je založená na príjme domácnosti. Domnievam sa, že uspokojenie očakávaní a spravodlivosť platby za ZS sú pre pacienta najviditeľnejšími bodmi tvorby zdravotnej politiky.

Ako ďalšie, podľa mňa veľmi dôležité ciele Murray uvádza dostupnosť ZS, zahrnutie a informovanosť verejnosti, inováciu

a udržateľnosť systému. Dostupnosť ZS je pre mňa ako pacienta veľmi dôležitým cieľom, preto sa na ňu neskôr zameriavam v analýze.

S takto definovanými cieľmi zdravotnej politiky je možné podľa ich dodržiavania porovnávať zdravotné systémy v rôznych krajinách. Toto merítko je vzhľadom na rozličné bohatstvo a vyspelosť niektorých krajín veľmi relatívne, situácia v Čechách a na Slovensku je však podľa mňa porovnateľná (pozri prílohu č. 7)

3.3.Financovanie

Historicky najstaršou formou financovania sú priame platby pacientov lekárom za poskytnutú ZS. Moderné zdravotné systémy však nemôžu byť financované iba z priamych platieb pacientov, preto je nutné, aby individuálne náklady boli kryté aj z iných zdrojov. ako sa uvádza v zborníku IZPE, takmer vo všetkých vyspelých krajinách je väčšina zdravotnej starostlivosti financovaná buď vládou z fondov tvorených z rôznych typov daní alebo inštitúciami sociálneho poistenia, ktoré operujú z veľkej časti alebo úplne mimo systém komerčného trhu. Rozlišujeme tieto tri základné typy financovania zdravotníctva:

- daňové financovanie
- sociálne poistenie
- súkromné poistenie [Háva P., IZPE 2003: 38]

Priame platby sa dnes používajú už iba okrajovo, väčšinou ako spôsob určitej zainteresovanosti pacienta a ovplyvnenie jeho postoja k vlastnému zdraviu. Na Slovensku boli zavedené aj s účelom zníženia korupcie.

V Českej aj Slovenskej Republike je dnes Bismarckovský systém financovania založený na verejnom zdravotnom poistení.

V úvode práce som uviedla, že v posledných rokoch sa v zdravotníctve do popredia dostali ekonomické problémy a tržná stránka ZS je stále viac diskutovaná. Gladkij však uvádza, že podľa populačného výskumu robeného v krajinách EU výsledky ukázali, že vo všetkých zúčastnených krajinách verejnosť podporuje princíp

univerzálności zdravotníckych služieb a nie je pripravená odmietnuť záväzok poskytovania ZS všetkým svojim občanom. Aj keď verejnosť v týchto krajinách v dobe výskumu väčšinovo nepodporovala restriktívne zavedenie základného koša (basic healthcare package), dosť veľký podiel respondentov očakával, že v neďalekej budúcnosti budú stanovené nejaké formy obmedzenia plnej solidarity pri poskytovaní zdravotných služieb. Podľa názoru nezanedbateľnej časti respondentov nebudú vlády ani poisťovne schopné hradiť úplne solidárne všetky druhy budúcich foriem stále pokročilejšej liečby a fungovania všetkých nových nákladnejších zdravotníckych technológií [Gladkij 2003: 3]

Na základe vývoja zdravotných systémov v Čechách a na Slovensku v posledných rokoch si myslím, že tento názor je veľmi výstižný. Skutočne sa ukázalo, že vlády ani poisťovne nie sú schopné hradiť všetku poskytovanú zdravotnú starostlivosť a do systému bolo potrebné vniesť ďalšie subjekty.

Domnievam sa, že dôležitým problémom je aj otázka zodpovednosti človeka za svoje zdravie. Preto je nevyhnutná podpora preventívnych programov a vytváranie vhodných podmienok pre udržanie dobrého zdravotného stavu populácie. Murray tvrdí, že dobrý zdravotný systém by mal venovať pozornosť determinantom zdravia a prevencii [Murray 2000]. Determinanty zdravia sú životné prostredie, životný štýl, genetické vlohy a zdravotnícke služby. Myslím, že práve životný štýl a životné prostredie sú determinantami, ktoré sú ovplyvniteľné občanom aj bez zásahu vlády ktorejkoľvek krajiny.

3.4. Etické hodnoty:

Ďalším diskutovaným problémom sú etické hodnoty v zdravotnom systéme, či už ide o rozhodovanie komu zdravotnú starostlivosť poskytnúť a komu nie alebo o dodržiavanie dôstojnosti pri poskytovaní ZS. Bauchamp a Childress uznávajú 4 najvýznamnejšie druhy etických hodnôt v ZS:

1. snaha predovšetkým neuškodiť (non -maleficence)
2. snaha prospieť (beneficence)
3. spravodlivosť pre všetkých (ekvita)
4. sloboda rozhodovania (autonómia) [Gladkij 2003: 6-7]

Zatiaľ čo prvé dve sú uznávané už od doby Hippokrata, ďalšie dve sú podstatne novšie. Vo väčšine demokratických spoločností existuje vzájomné napätie práve medzi tromi závažnými hodnotami systému poskytovania ZS:

- ekvitou
- jedincovou autonómiou a
- ekonomickou efektívnosťou.

Ekvita sa vzťahuje ku kolektívnej starostlivosti o individuálnu spravodlivosť. Ekvita môže byť definovaná veľmi všeobecne ako uznanie toho, čomu ľudia kolektívne veria, že je správne. V súvislosti so zdravím a zdravotníctvom sa pod ekvitou myslí nemechanické poskytovanie ZS v závislosti na zdravotnom stave jedinca, existujúcom stave vedenia a stave etických noriem lekárskej profesie. WHO definuje spravodlivosť v ZS ako: rovnaký prístup k starostlivosti pri rovnakej potrebe pre všetkých (WHO).

Individuálna autonómia je jednou z hlavných hodnôt zdravotníckeho systému a sociálnej sféry vôbec. Je bežne chápaná ako synonymum nezávislosti a slobody, na rozdiel od skôr kolektivistického pohľadu na spoločnosť, ktorý je definovaný pojmom ekvita. Význam autonómie je charakterizovaný mnoho význammi, vrátane sebaurčenia, individuálnej slobody, nezávislosti pri rozhodovaní o vlastnom zdraví, vlastnej regulácie, jednania podľa vlastných zásad alebo žitia podľa vlastných predstáv.

Ekonomická efektivita je snaha maximalizovať sociálnu entitu (zdravie alebo prístup k starostlivosti) tým najekonomickejším spôsobom, ktorý je možný. Každá definícia ekonomickej efektivity

zodpovedá určitému druhu alokácie zdrojov. Je užitočné rozlišovať tri úrovne ekonomickej efektivity: technickú, alokačnú a sociálnu.

3.5. Zdravotná politika v Európe a potreba reformy ZS

Zdravotná politika v Európe je v posledných rokoch charakterizovaná najmä rastúcimi nákladmi na ZS. Ako už bolo spomenuté, za hlavné príčiny sú považované:

- starnutie populácie
- nárast chronických ochorení a invalidity
- zvýšená dostupnosť nových technológií a nových spôsobov liečby
- narastajúce očakávania verejnosti

Gladkij tvrdí, že tieto príčiny vedú ku konfliktu medzi morálnym imperatívom udržania solidarity a zachovaním charakteru ZS ako spoločenského problému na jednej strane a fiškálnym imperatívom riadenia nákladov na strane druhej [Gladkij 2003: 18]. Myslím si, že práve stret týchto príčin je hlavným zdrojom politických debát a východiskom pokusov o reformu ZS.

Na kľúčové prvky reformy ZS môžeme nahliadať dvoma spôsobmi:

1. z hľadiska procesu:

- ide skôr o štrukturálne ako prírastkové, či evolučné zmeny,
- zmena cieľov by mala byť nasledovaná zmenou inštitucionálnou, nielen zmenou bez ďalších následkov
- zmena by mala byť účelová, nielen náhodná,
- malo by ísť o stálu a dlhodobú zmenu, nie iba o jednorázovú,
- politický proces by mal byť riadený zhora dole vládou, regionálnymi a miestnymi zastupiteľmi.

Domnievam sa, že práve náhodnosť uskutočňovaných zmien a ich nestálosť vzhľadom na zmenu častú vlád sú veľkým problémom v ČR (aj keď Slovensko tiež nie je žiadnou príkladnou krajinou).

2. z hľadiska obsahu:

- prijaté opatrenia by mali byť rôznorodé
- zdravotnícke systémy by mali byť determinované charakteristikami špecifickými pre danú krajinu.

4. Metodológia

Text je analýzou vybraných udalostí verejnej politiky v Čechách a na Slovensku v časovom rozpätí posledných 4 rokov, týkajúcich sa zmien v zdravotníctve v oboch krajinách. Hlavnými kritériami porovnávania boli:

1. existujúce problémy týkajúce sa zdravotníctva,
2. programové vyhlásenia vlád SR a ČR,
3. formulované ciele pri uskutočňovaní reforiem, koncepcie,
4. právne normy v oboch krajinách,
5. zmeny vo financovaní zdravotných systémov,
6. výsledky prevedených zmien týkajúce sa priamo pacienta .

Metódou analýzy udalostí verejnej politiky sa podrobne zaoberá Purkrábek. Na základe jeho postupu [Purkrábek 1994], som pri analýze zvolila nasledujúce kroky:

1. výber udalostí → zmeny v zdravotníctve od roku 2002
2. analýza cieľov verejných politík → programové prehlásenia vlád, koncepcie zdravotníctva
3. analýza tvorby politík → právne normy, legislatívny proces
4. skutočná realizácia politík → financovanie, výskyt nových problémov
5. analýza efektivity realizácie verejno-politických programov → výsledky prevedených zmien

Použitá bola tiež sekundárna analýza dotazníkových šetrení.

5. Analýza – SR

V nasledujúcich dvoch kapitolách sa pokúsim rozobrať jednotlivé kroky analýzy vybraných udalostí na Slovensku a v Čechách od roku 2002, ktoré som si zvolila. Prvým krokom bolo vymedzenie hlavných problémov zdravotníctva na počiatku roku 2002, ďalším navrhované ciele zdravotnej politiky v programovom vyhlásení vlády, ďalej koncepcia reformy, opis vybraných reformných krokov, ktoré boli aplikované a nakoniec dôsledky týchto zmien. Je užitočné pozrieť si k týmto kapitolám prílohy č. 6 a 7, v ktorých sú vybrané udalosti zhrnuté v tabuľkách.

5.1. Problémy zdravotného systému

Myslím, že jedným zo základných problémov súčasnosti nielen na Slovensku, ale vo väčšine krajín EU je starnutie populácie. K 31. 12. 2002 mala Slovenská republika podľa údajov ŠÚ SR 5 379 161 obyvateľov, v tom 2 611 306 (48.5 %) mužov a 2 767 855 (51.5 %) žien. Prirôdený úbytok predstavoval 691 osôb, celkový prírastok 210 osôb. Rovnako ako rok predtým, aj v roku 2002 iba v troch krajoch – Žilinskom, Prešovskom a Košickom – prevyšoval počet živonarodených počet zomretých [ÚZIS 2002].

Ďalším problémom sú finančné a organizačné nedostatky, s ktorými súvisí i rýchly rast nákladov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a korupcia. S veľkými očakávaniami na riešenie tohto problému sa spája konsolidácia nemocníc a decetralizácia systému.

Za problematický sa považuje aj vysoký počet nevyužitých lôžok. V polovici roka 2004 bolo na Slovensku spolu 38 518 postelí, pričom ich využitie bolo v priemere na 64% [Slovensko 2005: 490]. Nevyhnutným stabilizačným opatrením na dosiahnutie rovnováhy medzi ponukou a dopytom je podľa reformného tímu zníženie samotného počtu poskytovateľov. Na Slovensku je dnes prebytočných takmer 10 000

postelí (tab.1), čo pri priemernom počte 300 postelí na nemocnicu predpokladá vyše 33 prebytočných nemocníc [Slovensko 2005, 490]. Domnievam sa však, že tento krok bude mať veľmi negatívny dopad na pacienta v podobe vytvorení čakacích dôb.

Tab.č.1: Počet lôžok v slovenských nemocniciach (2005)

	Optimálny stav podľa OECD	Prebytok
Akútne postele	19 388	8607
Chronické postele	4984	898
Psychiatrické postele	4196	445

Zdroj: Health Policy Institute

Pri uskutočňovaní reformných krokov sa ukázala ako problémová aj nedostatočná komunikácia a informovanosť občanov o reforme. No a nakoniec je na Slovensku problémom tiež nedostatočná sieť záchraniek.

5.2. Programové vyhlásenie vlády a koncepcia

Reforma zdravotníctva na Slovensku je podchytená už v programovom vyhlásení vlády SR 2002 (Mikuláša Dzurindu). Okrem iného sa v ňom píše o zastavení rastu dlhu, príprave legislatívnych riešení základných zdravotných zákonov, presunutí ťažiska z lôžkovej starostlivosti na ambulantnú, tvrdých rozpočtových obmedzeniach aj o spoluúčasti pacientov pri úhrade určitých výkonov alebo služieb súvisiacich s poskytovanou ZS (poplatky by mali poslúžiť aj ako antikorupčné opatrenie). (príloha č.4)

Reforma zdravotníctva na Slovensku pozostáva zo siedmych reformných zákonov (príloha č.1) a je založená na siedmych základných princípoch:

1. Rovnaká starostlivosť pre rovnakú potrebu.
2. Občan prispieva do systému podľa schopnosti platiť (nie podľa individuálneho rizika).

3. Univerzálne pokrytie.
4. Ochrana práv pacientov.
5. Vymáhanie pravidiel hry.
6. ZS je technicky služba a eticky poslanie.
7. Zaručenie voľného vstupu licencovaných poskytovateľov na zdravotný trh.

5.3. Reformné kroky a ich výsledok

Reformné zákony nemali priniesť žiadne dodatočné finančné zaťaženie občanov oproti stávajúcej spoluúčasti v zdravotníctve (príloha č.3). Čl.40 Ústavy, ale aj nález Ústavného súdu č.13/1994 totiž ani pred reformou nepredpokladali, že ZS má byť hradená v plnom rozsahu z verejného zdravotného poistenia. Podmienky rozsahu hradenej ZS ďalej upravuje zákon č.98/1995 Z.z. NR SR o liečebnom poriadku, ktorý jasne definuje prípady, v ktorých nie ZS hradená zo zdravotného poistenia, prípadne je hradená len čiastočne. Ide najmä o prípady, ak ZS presahuje rozsah zd. poistenia, ak nie je poskytovaná na liečebný účel, ak je poskytovaná na vyžiadanie pacienta alebo inej fyzickej alebo právnickej osoby alebo ak sú pri nej užívané nadštandardné materiály (napr. v stomatológii). (príloha č.2). Avšak od roku 2003 popri platení povinného zdravotného poistenia, ktoré sa nezmenilo zaplatí pacient na Slovensku za návštevu lekára 20,-Sk, v lekárni ďalších 20,-Sk. Poplatky sú za spracovanie údajov zistených pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti a za štatistické spracovanie receptu alebo poukazu na zdravotnícke pomôcky. Za samotný poukaz na zdravotnícke pomôcky sa platí 20,-Sk, na pohotovosti 60,-Sk a za dopravu do nemocnice 2,-Sk/km. Hospitalizácia stojí 50,-Sk denne do dĺžky pobytu 21 dní. U všetkých poplatkov sú stanovené výnimky pre dlhodobo chorých, telesne postihnutých atď. V júli 2005 boli uvedené v platnosť ďalšie úpravy zákonov, ktorými bola rozšírená skupina oslobodená od poplatkov. Ide o osoby nachádzajúce sa v stave vylučujúcom možnosť vyžiadať si súhlas na poskytovanie ZS, napríklad osoby v bezvedomí.

Ďalej boli oslobodené od poplatkov dojča a matka, ak je dojča prijaté do ústavnej starostlivosti s matkou, ale aj naopak, ak je matka prijatá do ústavnej starostlivosti s dojčatom.

Myslím si, že hlavným dopadom zavedenia marginálnych poplatkov bolo prelomenie akejsi psychologickkej hranice bezplatného zdravotníctva. Výsledky kvantitatívneho výskumu, ktorý v januári 2004 pre MZ SR vykonala agentúra FOCUS (na vzorke 1040 obyvateľov SR vo veku od 18 rokov) totiž ukázal, že zavedenie marginálnych poplatkov nespôsobilo približne 60% opýtaných väčšie ťažkosti (tab.2) [Slovensko 2005: 495].

Tab. č.2 Čo pre Vás znamená zavedenie poplatkov u lekára a v lekárni za recept? (v %)

	u lekára	v lekárni
Nič, nie je to pre mňa vysoká suma	17,7	14,8
Trochu to ide do peňazí,ale nie je to príliš vážne	43,9	41,6
Spôsobuje mi to dosť vážne finančné problémy	21,2	23,8
Spôsobuje mi to veľmi vážne finančné problémy	5,8	7,1
Nevie posúdiť	11,5	12,6

Zdroj:FOCUS, 2004

Ďalšou uskutočnenou zmenou je kategorizácia liečiv. Tá spôsobila, že slovenskí pacienti začali napríklad menej používať lieky, ktoré nie sú „životne dôležité“ a volia iné formy liečby, zatiaľ čo spotreba tzv. „životne dôležitých“ liekov pochopiteľne neklesla. Od prvého decembra 2004, kedy vstúpil v platnosť príslušný zákon, dostáva pacient predpisy na presný počet (kusov) liekov. V lekárni teda magistra nasype do pripravených ampuliek alebo sáčkov príslušný počet liekov, na ktoré má pacient, vzhľadom k povahe liečby nárok. Zatiaľ čo pacient, štát a poisťovňa ušetrí, lekárnici sú právom nespokojní. Každý pacient totiž musí dostať okopírovaný návod na použitie a ten je v každom balení logicky iba jeden. Lekárne takto začínajú produkovať zbytky v podobe nespotrebovaných balení. Podľa môjho názoru je kategorizácia liečiv

dobrým krokom, prináša však so sebou drobné neprijemnosti spôsobujúce nespokojnosť lekárníkov.

Reforma zdravotníctva prináša tiež výrazné zmeny v systéme zdravotného poistenia. Pacient sa stane skutočným klientom svojej zdravotnej poisťovne, ktorá bude mať povinnosť starať sa o to, aby dostal správnu a kvalitnú liečbu. Bude sa môcť rozhodnúť, či sa pripoistí na poskytnutie niektorých nadštandardných služieb. Zdravotné poistenie sa bude rozdeľovať na dve časti – na verejné zdravotné poistenie a individuálne zdravotné poistenie (zákon č.580/2004 Z.z.). Zákon ukladá zdravotným poisťovniam množstvo povinností a podmienok na vykonávanie verejného zdravotného poistenia, na ktorých dodržiavanie dohliada Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Systém platenia zdravotného poistenia sa pritom prijatím reformy nemení. Zmenou, ktorú prináša reforma zdravotníctva, je až každoročné zúčtovanie poistného odvedeného na zdravotné poistenie. Podobne ako sa podáva daňové priznanie, každý občan bude povinný podať do 31. marca ročné zúčtovanie poistného za predchádzajúci kalendárny rok vo svojej zdravotnej poisťovni.

Reformný tím sa domnieva, že „Doterajšia stratégia poskytovateľov pri znižovaní fixných nákladov na Slovensku priniesla určité stabilizačné efekty, avšak už zrejme dosiahla svoj vrchol.“ [Slovensko 2005: 490]. Predpísané limity a minimálny počet lekárov a sestier, ako aj nároky kladené na samotné fungovanie oddelení znemožňujú ďalšie zvyšovanie efektívnosti poskytovateľov. Vzhľadom na to, že veľké bratislavské a košické nemocnice tvoria spolu s Banskou Bystricou dominantnú časť dlhu, spájala sa konsolidácia veľkých nemocničných komplexov s veľkými očakávaniami, ktoré sa však nenaplnili. Efektívnu reštrukturalizáciu bratislavských nemocníc zastavil nesúhlas vplyvných akademických kapacít so zmenami. Okrem týchto opatrení prebieha aj proces decentralizácie, čo malo urýchliť ich rýchlejšiu reštrukturalizáciu.

Účinnosť stabilizačných opatrení na Slovensku by nebola príliš silná, ak by neboli podporené projektom Veriteľ, ktorého cieľom bolo sústavné oddlžovanie subjektov v zdravotníctve systémom postupovania pohľadávok. Oddlženie bolo naplánované v troch fázach:

1. oddlženie zdravotníckych zariadení a škôl, delimitovaných od 1.januára 2003 na obce a VÚC podľa zákona č.416/2001 Z.z., do konca roka 2004,
2. oddlženie zdravotníckych zariadení v pôsobnosti MZ SR do konca roka 2004,
3. oddlženie zdravotných poisťovní do konca roka 2004.

Pri likvidácii spoločnosti, plánovanom na prvý kvartál 2006, bude mať Veriteľ, a.s., na strane pasív len záväzky voči štátnemu rozpočtu (na základe prijatej návratnej finančnej výpomoci) a na strane aktív pohľadávky voči neplatičom poistného. Zdravotný systém zostane transparentne oddlžený [Slovensko 2005: 503].

Za jeden z úspechov slovenskej reformy zdravotníctva je považované viac ako zdvojnásobenie počtu záchraniek zo 110 na 259 posádok. Takýto hustý logistický systém vytvára vhodné podmienky pre plánované znižovanie počtu nemocníc.

Reformný tím považuje za úspech aj transformáciu zdravotných poisťovní a poskytovateľov na akciové spoločnosti. V januári 2006 nastúpili rozpočtové obmedzenia – posledné oddlžovanie sa týka štátnych nemocníc za rok 2004 – čiže za dlhy vzniknuté v roku 2005 už budú zodpovedať samy, zanikne ochrana pred exekúciami a prípadne im povinnosť nezávislého finančného auditu. Tento proces je však v počiatočnom štádiu [Slovensko 2005: 515].

Z prieskumu verejnej mienky agentúry IVO (Inštitút pre verejné otázky) z decembra 2005, tj. rok po schválení reformných zákonov vyplýva, že až 74% opýtaných nesúhlasí s reformou zdravotníctva a domnieva sa, že je potrebné zmeniť ju. 19% v zásade súhlasí, ale navrhuje doladenie a iba 2% opýtaných si o reforme myslia, že je dobrá.

6. Analýza – ČR

6.1. Problémy zdravotného systému

V Českej republike podobne ako na Slovensku je jedným z hlavných problémov starnutie populácie, ktoré v oboch krajinách s miernymi výkyvmi prebieha od začiatku 20.st.. V roku 2002 sa počet obyvateľov znížil o 3,2 tis., čo je najnižší celkový úbytok populácie od roku 1994. K 31.12.2002 mala Česká Republika 10 203 269 obyvateľov. Ďalším problémom sú finančné a organizačné nedostatky, s ktorými súvisí i rýchly rast nákladov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a korupcia. S veľkými očakávaniami na riešenie tohto problému sa spája konsolidácia nemocníc a decetralizácia systému [ÚZIS 2002].

Stavy počtu nemocníc a lôžok sú v oboch krajinách podobné (príloha č.7), preto je aj tu problémom vysoký počet nevyužitých nemocničných lôžok, ktorý sa vyrieši znížením počtu poskytovateľov.

Český zdravotný systém má tiež finančné a organizačné nedostatky spojené s rýchlym rastom nákladov na poskytovanie ZS a spomínaným starnutím populácie. Jedným z najzávažnejších problémov týkajúcich sa financií je nedodržiavanie záväzkov VZP a následný vznik deficitu.

6.2. Programové vyhlásenie vlády a koncepcia

Myslím, že najjasnejším rozdielom v politických udalostiach oboch porovnávaných krajín od roku 2002 je zmena vlády v ČR a to hneď dvakrát za posledné volebné obdobie. V roku 2004 vystriedala vládu Vladimíra Špidlu vláda Stanislava Grossa a tú zase v roku 2005 vláda Jiřího Paroubka. Takže zatiaľ čo slovenský minister zdravotníctva MUDr. Rudolf Zajac mohol začať postupne podnikať kroky k uskutočneniu plánovanej reformy, v českej Republike sa vystriedali 3 vlády a 5 ministrov zdravotníctva. Domnievam sa, že táto situácia oddŕaľuje a spomaľuje proces realizácie reformy zdravotného systému. Reforma zdravotníctva v ČR je spomenutá až v programovom vyhlásení

vlády Stanislava Grossa z roku 2004 ako prísľub prípravy a zahájenia realizácie reformy (príloha č.4). Zatiaľ čo zavedenie spoluúčasti pacienta na Slovensku je uvedené už v programovom vyhlásení vlády, česká vláda naopak sľubuje zaistenie celkovej bilančnej rovnováhy verejného zdravotného poistenia bez zvýšenia finančnej spoluúčasti občanov.

Koncepciu reformy zdravotníctva v Českej Republike navrhla MUDr. Milada Emmerová, CSc.. Bola predložená vláde ČR v roku 2005 a rozlišuje Emmerová v nej rozlišuje dve časové hľadiská:

1. Krátkodobé časové hľadisko (do polovice roku 2006)
2. Obdobie 2006-2009, ktoré je diskusným výhľadom o možnosti usporiadania a ďalšieho vývoja českého zdravotníckeho systému [Emmerová: 35].

Medzi krátkodobé ciele potom konkrétne patria:

- Zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva a jeho determinant.
- Naplnenie práv pacientov.
- Efektívne využitie dostupných informácií a poznatkov z oblasti hodnotenia potrieb a analýzy spotreby pre systém verejného zdravotného poistenia, poskytovania zdravotníckych služieb a verejnej správy.
- Optimalizácia siete verejných zdravotníckych služieb.
- Stabilizácia hospodárenia v systéme verejného zdravotného poistenia a nemocničnej starostlivosti.
- Tvorba a pilotné overenie ďalších potrebných nástrojov pre meranie produkcie zdravotníckych služieb vo vzťahu k zvyšovaniu ich efektivity a ich riadeného nákupu zdravotnými poisťovňami.
- Zvýšenie efektivity tvorby zdravotnej politiky a výkonu verejnej správy v zdravotníctve.
- Hodnotenie a riadenie kvality starostlivosti o zdravie.

- Poznatková podpora tvorby a realizácie zdravotnej politiky.
- Rozvoj ľudských zdrojov v zdravotníctve.
- Rozvoj komunikatívneho jednanja aktérov zdravotnej politiky.

6.3. Uskutočnené kroky zmien a ich výsledok

Ako už bolo povedané, za zásadný problém sú považované predovšetkým záväzky VZP po dobe splatnosti voči poskytovateľom služieb. Deficit VZP sa kumulatívne vyvinul koncom roku 2004 do výšky 9 mld. Kč. [Emmerová: 99]. V súvislosti s riešením tohto problému bola na poisťovňu v roku 2005 uvalená nútená správa ministerstvom zdravotníctva ČR. Zmena vedenia, finančná injekcia od Českej konsolidačnej agentúry a predĺženie niektorých lehôt splatnosti spôsobili dočasné zníženie deficitu VZP, ktorý však nezanikol úplne. Finančný systém sa preto nezaobíde bez zásadnej reformy a českí pacienti budú musieť tiež čeliť zvýšeniu finančnej spoluúčasti na poskytovaní ZS.

Takže v Českej Republike sa oproti Slovensku od roku 2002 finančná spoluúčasť pacientov nezvýšila. Z výskumu SOÚ AV ČR „Naše spoločnosť 2006“ vyplýva, že takmer všetky návrhy finančnej spoluúčasti občanov na zdravotníctve sa stretli s viac ako nadpolovičným nesúhlasom (tab.3).

Tab.č.3: Konkrétne návrhy finančnej spoluúčasti (v %)

	Rozhodne souhlasí	Spíše souhlasí	Spíše nesouhlasí	Rozhodne nesouhlasí	Neví, nemá názor
Více připlácet za léky	2,1	15,1	40,8	38,8	3,1
Platit za odvoz sanitkou	4,6	18,1	33,9	37,7	5,7
V nemocnici připlácet za pobyt	9,5	30,4	28,3	26,8	4,9
Platit za návštěvu specialisty	9,5	31,4	28,5	22,0	8,6
Platit poplatek za recept	10,3	34,5	25,7	22,7	6,9

Zdroj: SOÚ AV ČR 2006

Výdaje na zdravotníctvo, počet nemocničných lôžok a nemocníc sú v Čechách a na Slovensku porovnateľné (príloha č.7). Ani jedna z krajín sa zatiaľ nestretla s problémom čakacích dôb. Narozdiel od niektorých vyspelých štátov EU ako sú Anglicko alebo Fínsko, kde čakacie doby dosahujú výšku 200 až 250 dní [OECD:Cesty...:44]. Domnievam sa, že pri plánovanom znížení počtu nemocníc v oboch krajinách tento problém môže nastať a českí i slovenskí pacienti tak stratia jednu z najväčších istôt, ktorou je dostupnosť ZS pre každého občana rovnako.

7. Záver

Na základe analýzy vybraných udalostí verejnej politiky v Čechách a na Slovensku sa domnievam, že reforma zdravotníctva v oboch krajinách je v počiatočnom štádiu.

Na Slovensku bol za posledné volebné obdobie vytvorený legislatívny základ pre uskutočnenie cieľov reformy a boli podniknuté prvé realizačné kroky, ktoré boli opísané už v prehlásení vlády SR v roku 2002, v časti zdravotníctvo. Predpoklad, že zavedenie marginálnych poplatkov zhorší dostupnosť ZS sa nepotvrdil a väčšine občanov táto zmena nespôsobila nijaké veľké ťažkosti. Dostupnosť ZS sa teda zatiaľ neznížila, negatívny dopad na ňu však bude mať plánované zníženie počtu nemocníc, ktoré v konečnom dôsledku môže priniesť opätovný nárast korupcie ako snahy o uprednostnenie niektorých pacientov. Otázkou tiež zostáva, či sa v začatej reforme zdravotníctva bude po predčasných parlamentných voľbách v júni tohto roku pokračovať.

Česká Republika je podľa môjho názoru oproti Slovenskej znevýhodnená nestabilitou vlády a postu ministra zdravotníctva. Mnoho plánovaných zmien ako napríklad pokusy o zavedenie zdravotných knižiek sa nepodarilo uskutočniť. Česká vláda sľubuje nezvýšenie finančnej spoluúčasti pacienta na úhrade za poskytovanie ZS, je však nutné podniknúť kroky pre finančnú stabilitu zdravotníckeho systému. Dostupnosť ZS sa v Českej Republike od roku 2002 neznížila, počet nemocničných lôžok je však podobne ako na Slovensku považovaný za prebytočný a tak je dostupnosť zdravotnej starostlivosti ohrozená.

Väčšina pacientov v oboch krajinách nesúhlasí s plánovanými alebo uskutočnenými zmenami.

8. Použitá literatura:

Busse, R.: *Health Care Systems in Transition. Czech Republic 2000*. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2000.

Gladkij I. a kolektiv: *Management ve zdravotnictví*. Computer Press, Brno 2003.

Háva P., Rokosová M.: *Health Care Systems in Transition. Czech Republic*. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2005.

Hlavačka S., Skačková D.: *Health Care Systems in Transition. Slovakia 2000*. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2000.

Hlavačka S., Wágner R., Riesberg A.: *Health Care Systems in Transition. Slovakia*. European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2004.

Murray Ch., Frenk J.: A framework for assessing the performance of a health systems, WHO Bulletin, 2000.

Návrh koncepce zdravotnictví na léta 2005-2009. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2005.

OECD: *Reformy zdravotnických systémů-poučení ze zkušeností*. IZPE, Kostelec nad Černými lesy, 2004.

OECD: *Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům*. Kostelec nad Černými lesy, 2004.

Pažitný P., Maďarová H.: *Dopadová štúdia reformy zdravotníctva*. Ministerstvo zdravotníctva SR, 2004, <http://www.health.gov.sk>

Pažitný P., Szalay T., Szalayová A., Maďarová H.: *Zdravotníctvo* (Samostatná kapitola v publikácii Slovensko 2005 - Súhrnná správa o stave spoločnosti), Inštitút pre verejné otázky, Bratislava 2006.

Potůček M., Radičová I.: *Sociální politika v Čechách a na Slovensku po roce 1989*, Karolinum, Praha 1998

Potůček M., Purkrábek M., Háva P. a kol.: *Analýza událostí veřejné politiky v České Republice, I.díl*. Vesmír, Praha 1994.

Potůček M., Purkrábek M., Háva P. a kol.: *Analýza událostí veřejné politiky v České Republice, II.díl*. Vesmír, Praha 1996.

SOÚ AV ČR: *Postoje obyvatel České Republiky k aktuálním reformám.*
2006, <http://www.cvvm.cas.cz>

Sbírka zákonů České Republiky

Zajac R., Pažitný P.: *Zdravotníctvo* (Samostatná kapitola v publikácii Slovensko 2000 - Súhrnná správa o stave spoločnosti),
<http://www.health.gov.sk>

Zbierka zákonov Slovenskej Republiky

Inštitút pre verejné otázky, SR <http://www.ivo.sk>

Ministerstvo zdravotníctva SR <http://www.health.gov.sk>

Ministerstvo zdravotníctví ČR <http://www.mzcr.cz>

Svaz pacientů ČR <http://www.pacienti.cz>

Sociologický Ústav AV ČR <http://www.cvvm.cas.cz>

Zdravotnícka ročenka 2002, 2004 ÚZIS PRAHA <http://www.uzis.cz>

Zdravotnícka ročenka 2002, 2004 ÚZIS Bratislava <http://www.uzis.sk>

Príloha č. 1

Zoznam právnych predpisov súvisiacich so zdravotníckou reformou

Zákony

- 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- 579/2004 Z. z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, o zmene zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona č. 220/1996 Z. z. o reklame
- 718/2004 Z. z. zákon, ktorým sa dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z.
- 719/2004 Z. z. zákon, ktorým sa dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z.
- 720/2004 Z. z. zákon, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a o zmene a doplnení zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- 2/2005 Z. z. o posudzovaní a kontrole hluku vo vonkajšom prostredí a o zmene zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 272/1994 Z. z. o ochrane zdravia ľudí v znení neskorších predpisov

Nariadenia vlády

- 722/2004 Z. z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- 742/2004 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania
- 743/2004 Z. z. o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činnosti
- 751/2004 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
- 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti
- 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva katalóg zdravotných výkonov
- 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia
- 778/2004 Z. z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci
- 43/2005 Z. z., ktorým sa ustanovujú podrobnosti o strategických hlukových mapách a akčných plánoch ochrany pred hlukom
- 44/2005 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 40/2002 Z. z. o ochrane zdravia pred hlukom a vibráciami
- 65/2005 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády č. 722/2004 Z. z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Vyhlášky

- 723/2004 Z. z., ktorou sa upravujú podrobnosti postupu pri určovaní štandardnej dávky liečiva a maximálnej výšky úhrady zdravotnej poisťovne za štandardnú dávku liečiva
- 741/2004 Z. z., ktorou sa určujú niektoré podrobnosti o záchrannej zdravotnej službe
- 761/2004 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 79/1997 o opatreniach na predchádzanie prenosným ochoreniam v znení vyhlášky MZ SR č. 54/2000

- 762/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré môže zdravotná poisťovňa individuálne obstaráť pre poistenca
- 763/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú záväzné štandardy pre zdravotnícku štatistiku
- 764/2004 Z. z. o náležitostiach žiadosti o vydanie predchádzajúceho súhlasu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
- 765/2004 Z. z. o výške úhrady za úkony Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
- 766/2004 Z. z. o spôsobe preukazovania splnenia podmienok na vydanie povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia
- 767/2004 Z. z. o náležitostiach správy o činnosti zdravotnej poisťovne
- 768/2004 Z. z. o predkladaní údajov z účtovníctva, štatistickej evidencie a ďalších údajov zdravotnou poisťovňou
- 769/2004 Z. z. o podrobnostiach o platení preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a o ročnom zúčtovaní poistného na verejné zdravotné poistenie
- 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení
- 771/2004 Z. z. o forme a náležitostiach pitevného protokolu, o zozname pracovísk, na ktorých sa vykonávajú pitvy a o požiadavkách na materiálo-technické vybavenie pracovísk, na ktorých sa vykonávajú pitvy
- 501/2005 Z. z. o liekovej knižke pacienta.
- 507/2005 Z. z., ktorou sa upravujú podrobnosti o povoľovaní terapeutického použitia hromadne vyrábaných liekov, ktoré nepodliehajú registrácii, a podrobnosti o ich úhrade na základe verejného zdravotného poistenia.

Oznámenie

513/2005 o vydaní výnosu, ktorým sa ustanovuje rozsah údajov z účtu poistenca poskytovaných zdravotnou poisťovňou príslušnej zdravotnej poisťovni na vyžiadanie.

Dátum vystavenia: 02.02.2005

Príloha č.2

Ústava SR, Článok 40

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

Nález Ústavného súdu č. 13/1994

„Uplatnením ústavného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť sú i podmienky, rozsah a spôsob jej poskytovania.“

§2 Zákona 98/1995 Z.z.

f) zdravotná starostlivosť poskytovaná za celú úhradu je zdravotná starostlivosť, ktorá

1. presahuje rámec povinného zdravotného poistenia,
2. nepresahuje rámec povinného zdravotného poistenia, ale poskytuje sa osobe na jej žiadosť,
3. nepresahuje rámec povinného zdravotného poistenia, ale poskytuje sa v záujme inej fyzickej osoby alebo právnickej osoby; taká zdravotná starostlivosť sa môže osobe poskytnúť len s jej predchádzajúcim súhlasom,

§ 34 Zákona 98/1995 Z.z.

(2) Na základe povinného zdravotného poistenia sa neuhrádzajú

- b) vyšetrenia, prehliadky a ďalšie výkony poskytnuté na žiadosť fyzickej osoby alebo právnickej osoby, ktoré nemajú liečebný účel.

Príloha č.3: Odhad výdavkov obyvateľstva pred a po schválení reformy v mld. Sk

Parameter	2002	e2003	f2004	2005 - po schválení reformných zákonov	Návrh na zvýšenie adresnosti
Lieky, zdravotné pomôcky a dietetické potraviny	5,20	6,00	7,00	7,50	- adresná pomoc deťom so závažnými a/ alebo chronickými ochoreniami v podobe špeciálnych preskripčných opatrení
Zdravotné výkony - nadštandardné výkony a materiály, - poskytovanie zdravotnej starostlivosti na vlastnú žiadosť alebo na žiadosť inej fyzickej alebo právnickej osoby, - poskytovanie zdravotnej starostlivosti na iný ako liečebný účel (napr. plastická chirurgia), - za výkony nad rámec stanovený zákonom	1,63	2,00	2,50	3,00	- adresná pomoc deťom so závažnými a/ alebo chronickými ochoreniami v podobe špeciálnych preskripčných opatrení
Poplatky za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti - za návštevu lekára - za lôžkovú starostlivosť - za recept - za dopravu - za LSPP	0,00	1,50	3,00	3,00	- adresný príspevok na zdravotnú starostlivosť osobám a fyzickým osobám, ktoré sa s nimi posudzujú a ktorých príjem nie je vyšší ako 1,2-násobok životného minima, - adresný príspevok na zdravotnú starostlivosť osobám a fyzickým osobám, ktoré sa s nimi posudzujú, v prípade, že ich príjem po uhradení poplatkov za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti klesne pod 1,2-násobok životného minima
Legálna finančná spoluúčasť pacientov	6,83	9,50	12,50	13,50	
Neformálne platby (odhad korupcie medzi pacientmi a poskytovateľmi)	6,50	4,50	3,50	2,50	- zníženie neformálnych výdavkov obyvateľstva
Spolu formálna a neformálna spoluúčasť	13,33	14,00	16,00	16,00	
Spolu zdroje zdravotného systému (vrátane neformálnych platieb)	72,08	75,41	80,21	87,72	
Spoluúčasť pacienta ako % z celkového objemu zdrojov	18,49%	18,57%	19,95%	18,24%	

f - forecast (predpoveď)

e - estimate (odhad)

<p>Programové vyhlásenie vlády SR 2002</p>	<p>Programové vyhlásenie vlády ČR 2002</p>	<p>Programové vyhlásenie vlády ČR 2004</p>	<p>Programové vyhlásenie vlády ČR 2005</p>
<p>1. vytvorenie stabilných podmienok pre činnosti v zdravotníctve</p> <p>2. zastavenie rastu dlhu</p> <p>3. zabezpečenie podmienok pre čo najlepší zd. stav obyvateľstva</p> <p>4. zvyšovanie akčioschopnosti systému poskytovania zd. starostlivosti</p> <p>5. zvýšenie efektívnosti vo využívaní financií, hlavne v oblasti povinného zd. poistenia</p> <p>6. zvýšenie efektívnej dostupnosti a flexibility zd. starostlivosti.</p> <p>7. uvoľnenie ambulantnej siete zd. zariadení a presunutie ťažiska z lôžkovej starostlivosti na ambulantnú zd. starostlivosť, domácu ošetrovateľskú starostlivosť a 1.-dňovú chirurgiu.</p> <p>8. efektívnejšie využívanie zdrojov</p> <p>9. posilnenie prevencie, hlavne preventívne programy na včasné odhaľovanie kardiovaskulárnych a onkologických ochorení.</p> <p>10. opatrenia na znížovanie miery korupcie pri poskytovaní zd. služieb. Spoluúčasť občana pri úhrade určitých výkonov alebo služieb súvisiacich s poskytovanou zd. starostlivosťou ako antikorupčné opatrenie.</p> <p>11. príprava legislatívnych riešení základných zd. zákonov.</p> <p>12. príprava nového právneho predpisu o zd. poistení, ktorý zavedie dva typy zd. poistenia - povinné a doplnkové</p> <p>13. presadzovanie rovnosti príležitostí a povinnosti zd. poisťovní</p> <p>14. zabezpečenie pre zdravotníctvo minimálne takých zdrojov zo štátneho rozpočtu, NÚP a Sociálnej poisťovne ako v roku 2002 v stálych cenách roku 2002.</p> <p>15. tvrdé rozpočtové obmedzenie, aby od roku 2004 nedochádzalo k tvorbe nového dlhu.</p> <p>16. definovanie podmienok pre poskytovanie sociálnej medicíny zahrňujúce náklady na ošetrovanie a opatrovanie občanov a adresné dávky a príspevky na úhradu zd. starostlivosti</p> <p>17. zriadenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.</p> <p>18. kontrola solventnosti zd. poisťovní prostredníctvom Úradu pre finančný trh a zavedenie povinnosti pre všetky zd.zariadenia s obratom prevyšujúcim ustanovenú sumu podriaďiť sa nezávislému finančnému auditu vedúcemu k zvýšeniu transparentnosti finančných tokov v zdravotníctve.</p>	<p>1. presadzovanie modernej demokratickej zdravotnej politiky</p> <p>2. ochrana a podpora verejného zdravia, zdôraznenie prevencie.</p> <p>3. implementácia programu Zdraví 21 do praxe</p> <p>4. návrhy zmien právnych predpisov nutných pre plné uplatnenie „Úmluvy na ochranu ľudských práv“</p> <p>5. vytvorenie podmienok pre dôstojné zaobchádzanie s pacientom</p> <p>6. dôraz na dostupnosť a zodpovedajúcu zdav. starostlivosť pre občanov so zdav. postihnutím.</p> <p>7. reštrukturalizácia súčasných lôžkových kapacít pre potreby stárnucej populácie</p> <p>8. návrhy právnych predpisov, v ktorých budú definované podmienky činnosti zd. zariadení a ich verejnoprávne funkcie</p> <p>9. účelná organizácia zdav. služieb s posilnením úlohy krajov a obcí na základe subsidiarity.</p> <p>10. v investičnej výstavbe - zdokonalenie programového financovania v oblasti siete vysoko špecializovanej starostlivosti</p> <p>11. v oblasti liečiv a zdav. prostriedkov budú implementované štandardy akosti harmonizované s EÚ.</p> <p>12. stabilizácia cien liekov a o zjednotenie výšky úhrad tak, aby sa zmenili 1-krát ročne.</p> <p>13. rovný prístup k obzvlášť nákladnej zdav. starostlivosti bude zaistený vytvorením samostatného fondu pre rozvoj modernej medicíny</p> <p>14. celková bilančná rovnováha verejného zdav. poistenia s tým, že sa nezvyší spoluúčasť občanov</p> <p>15. podpora opatrení zaisťujúcich plné prerozdelenie vybraného poistného na zdav. poistenie</p>	<p>1. presadzovanie modernej zdravotnej politiky</p> <p>2. podpora realizácie programu „Zdraví pro všechny v 21. století“</p> <p>3. príprava a zahájenie realizácie reformy zdravotníctva</p> <p>4. návrh zákona o zdav. starostlivosti, zariadení a zákona o zdav. starostlivosti, zariadení a zákona o financovaní zdravotníctva</p> <p>5. zaisťovanie celkovej bilančnej rovnováhy verejného zdav. poistenia bez zvýšenia spoluúčasti občanov</p> <p>6. dostupnosť kvalitných účinných a bezpečných liekov pre všetky krajiny</p> <p>7. stabilizácia cien liekov a vyšší úhrad za ne</p>	<p>1. presadzovanie modernej zdravotnej politiky v súlade s právom EÚ</p> <p>2. prejednanie zákona o zdav. zariadeniach a zákon o zd. starostlivosti</p> <p>3. podpora preventívnych programov</p> <p>4. pokračovanie v realizácii tvorby siete zd.zariadení v spolupráci s predstaviteľmi krajov</p> <p>5. riešenie problematiky organizácie zd. Starostlivosti na území hl.m.Prahy v súvislosti s poskytovaním zd. Starostlivosti pre občanov Stredočeského kraja</p> <p>6. zabezpečenie dôstojnej komplexnej starostlivosti pre starších spoluobčanov.</p> <p>7. nebude sa zvyšovať finančná spoluúčasť pacientov</p> <p>8. prijatie niekoľko-etapovej koncepcie zdravotníctva doplnenej konkrétnymi krátkodobými stabilizačnými opatreniami s predpokladaným kladným ekonomickým dopadom do systému verejného zd. poistenia</p> <p>9. návrh zákona o liečivách</p> <p>10. dokončenie kategorizácie liečiv a obnovy činnosti</p> <p>11. lepšia informovanosť občanov cestou zd. knížiek, nemocničného ombudsmana apod.</p> <p>12. pravidelné tlačové konferencie na úrovni MZ ČR pre zaistenie informovanosti občanov</p> <p>13. systematické uplatňovanie prostriedkov k zlepšovaniu duševného zdravia podľa záverov Helsinskej deklarácie podpísanej v januári 2005.</p>

Príloha č.5: Porovnávacía analýza vybraných udalostí zdravotnej politiky v ČR v rokoch 2002-2006

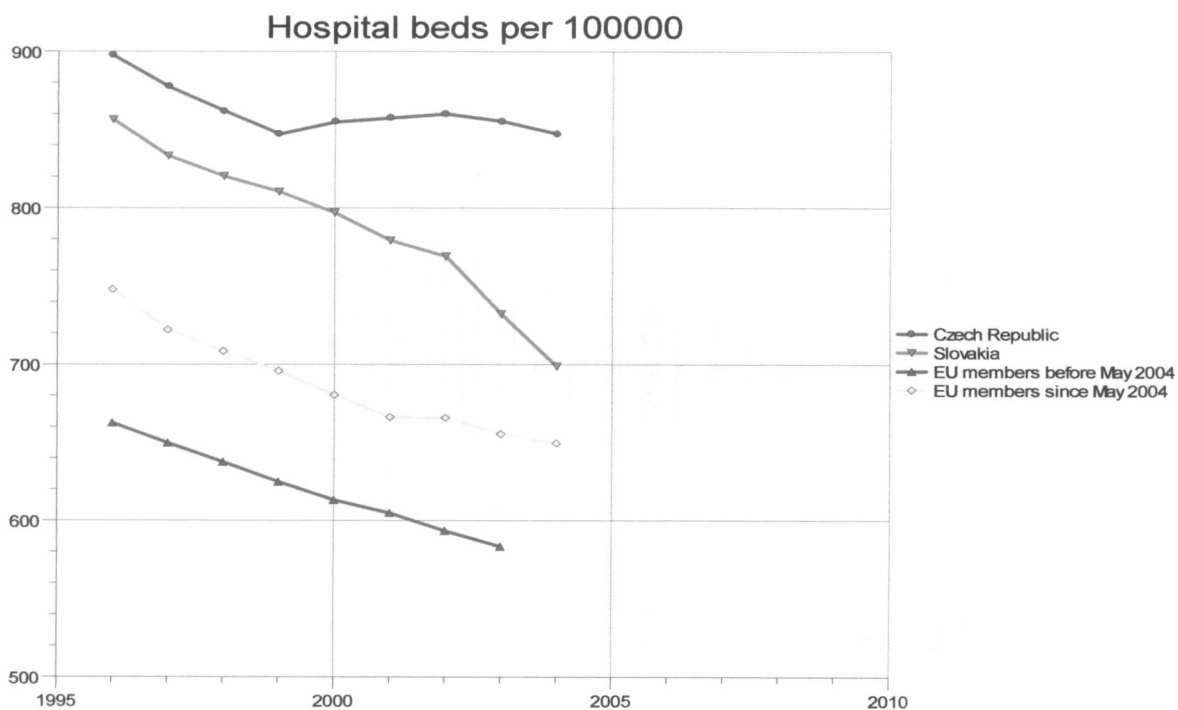
ROK	Existujúce problémy	Programové vyhlásenie vlády	Koncepcie	Pr.normy	Financovanie	Výsledky prevedených zmien
2002	-finančná nestabilitosť a neefektívnosť zdravotného systému -starnutie populácie -rýchly rast nákladov na poskytovanie zd. starostlivosti.	Programové vyhlásenie vlády ČR 2002 – zdravotníctvo (Vladimír Špidla)	-programové vyhlásenie vlády, časť zdravotníctvo -Zdraví pro všechny v 21.století	-vyhláška č.251/2002 Sb. -vyhláška č.532/2002 Sb. -zákon č. 290/2002 Sb.		
2003		-	-Strednodobá koncepcie sociálneho a ekon. rozvoje -Rada vlády pro udržitelny rozvoj, zdrav.politika	-	-vznik krajov ako VUSC -krajský úrad spoluzaistuje tvorbu siete zdrav.zariadení	
2004		Programové vyhlásenie vlády ČR 2002 – zdravotníctvo (Stanislav Gross)	-Základní teze reformy zdravotnictví ČR, MZ ČR -Modrá šance – ODS -progr.vyhl. vlády ČR -Lidsky důstojné a efektivně fungující zdravotnictví	-	-bývalé okresné nemocnice sú financované z rozpočtov krajov	-ohrozenie kvality a dostupnosti ZS
2005	-nedodržiavanie záväzkov VZP voči poskytovateľom zdravotnej starostlivosti	Programové vyhlásenie vlády SR 2002 – zdravotníctvo (Jiří Paroubek)	-Návrh koncepcie zdravotnictví na léta 2005-2009, MZ ČR	-vyhláška č.550/2005 Sb. -vyhláška č.493/2005 Sb. -vyhláška č.50/2005 Sb.	-VZP-uvalenie nútenej správy na poisťovníu -snaha o zavedenie zdravotných knižiek	-zavedenie zdravotných knižiek sa nepodarilo.
2006		- (parlamentné voľby 2.-3.júna)	-	-		-umelé zníženie deficitu VZP

Príloha č.6: Porovnávacía analýza vybraných udalostí zdravotnej politiky v SR v rokoch 2002-2006

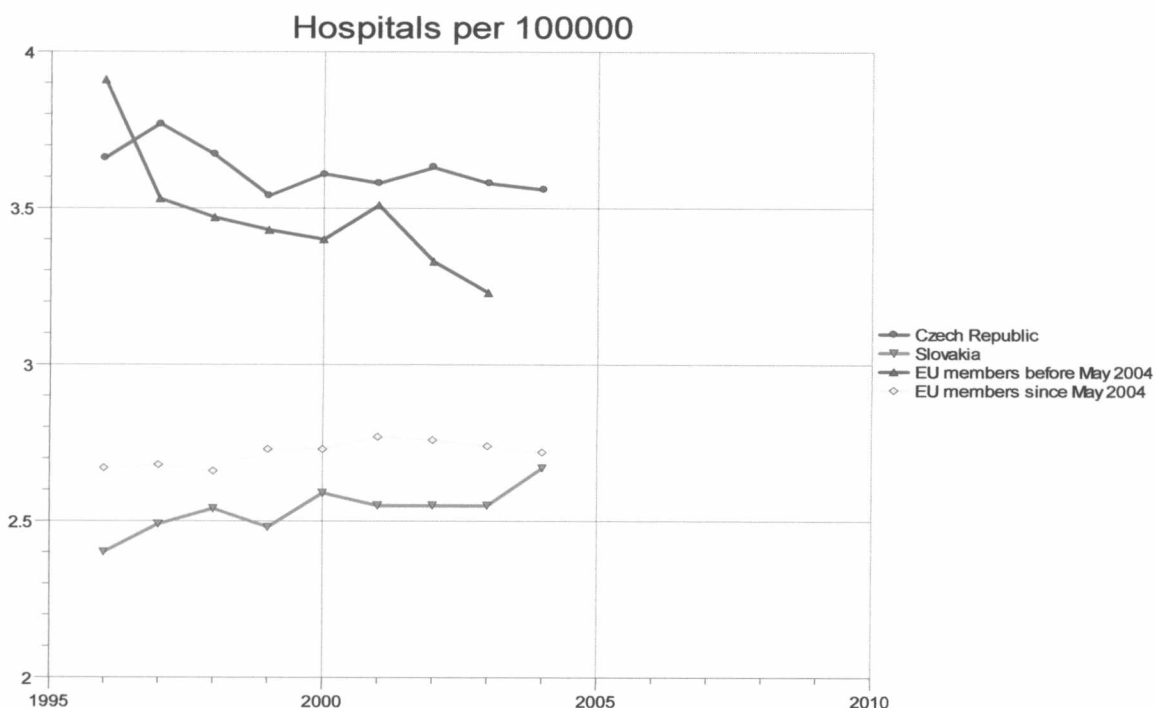
ROK	Existujúce problémy	Programové vyhlásenie vlády	Koncepcie	Pr.normy	Financovanie	Výsledky prevedených zmien
2002	-finančná nestabilita zdravotného systému -starnutie populácie -neefektívny systém -korupcia	Programové vyhlásenie vlády SR 2002 – zdravotníctvo (Mikuláš Dzurinda)	-Zdravotná politika (Pažitný, Zajac)			-pokles nového dlhu poisťovní
2003	-nedostatočná komunikácia a informovanosť občanov o reforme zdravotníctva -nedostatočná záchranná sieť	-	-Stratégia reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana (Pažitný, Zajac) -Konceptia poskytovania zdrav. starostlivosti v SR		-zavedenie marginálnych poplatkov -zriadenie akciovej spoločnosti Veriteľ -prechod poskytovateľov na akciové spoločnosti -decentralizácia poskytovateľov	-pokles návštev ambulancií praktických aj špeciálnych lekárov -zniženie rastu deficitu zd.systému
2004	-vysoký počet nevyužitých nemocničných lôžok	-	-	-vyhl.č.501/2004 Z.z. -vyhl.č.723/2004 Z.z. -vyhl.č.762/2004 Z.z. -vyhl.č.769/2004 Z.z. -zákon č.581/2004 Z.z. -zákon č.720/2004 Z.z.	-kategorizácia liečiv -zriadenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou -zdvojnásobenie počtu záchraniek,kt.majú ako jediný poskytovateľ garantovanú pevnú cenu na pokrytie fixných nákladov -likvidácia a.s.Veriteľ	-dostupnosť zdravotných služieb sa nezhoršila (FOCUS, 2004)
2005		-	-	-vyhl.č.501/2005 Z.z. -vyhl.č.507/2005 Z.z. -nar.vl.č.65/2005 Z.z.		-
2006		(predčasné parlamentné voľby-17.júna)	-		-tvrdé rozpočtové obmedzenia -zanikne ochrana pred exekúciou	-oddližený zdrav. systém

Príloha č.7 - GRAFY

Graf č.1: Počet lôžok v ČR, SR a EU na 100 000 obyvateľov

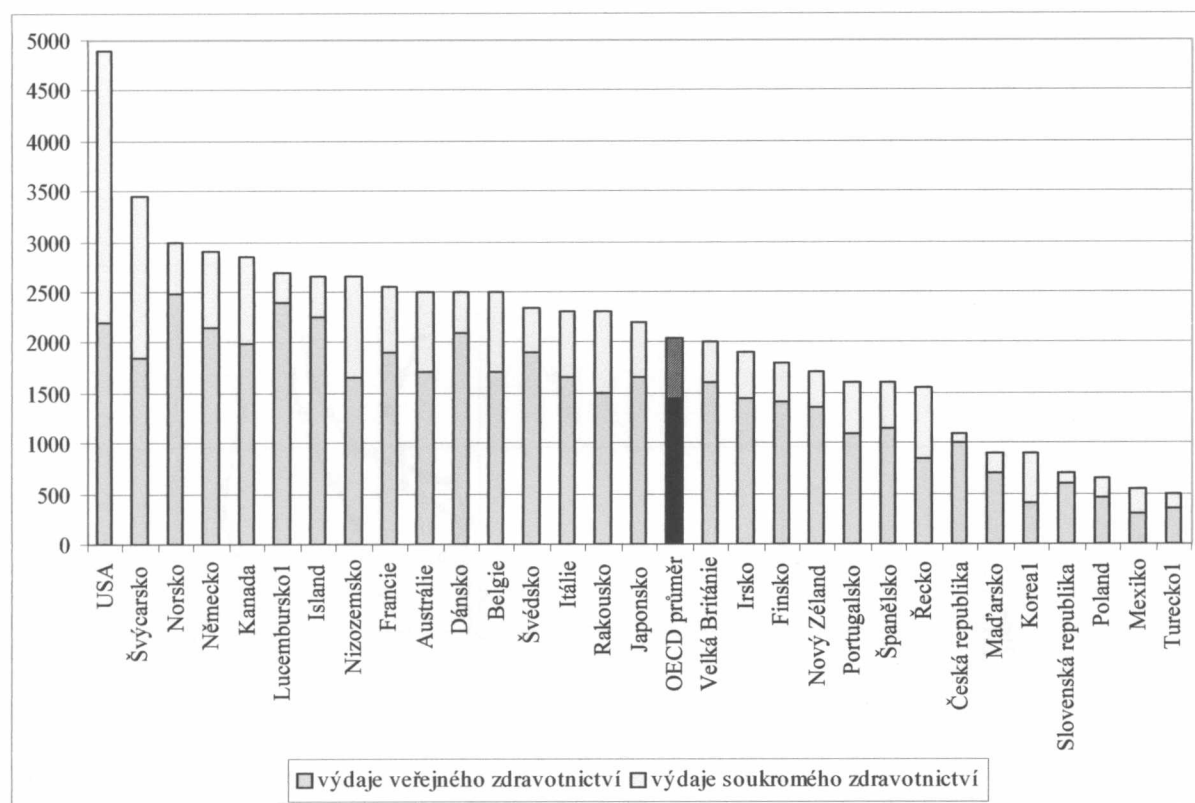


Graf č.2: Počet nemocníc v ČR, SR a EU na 100 000 obyvateľov



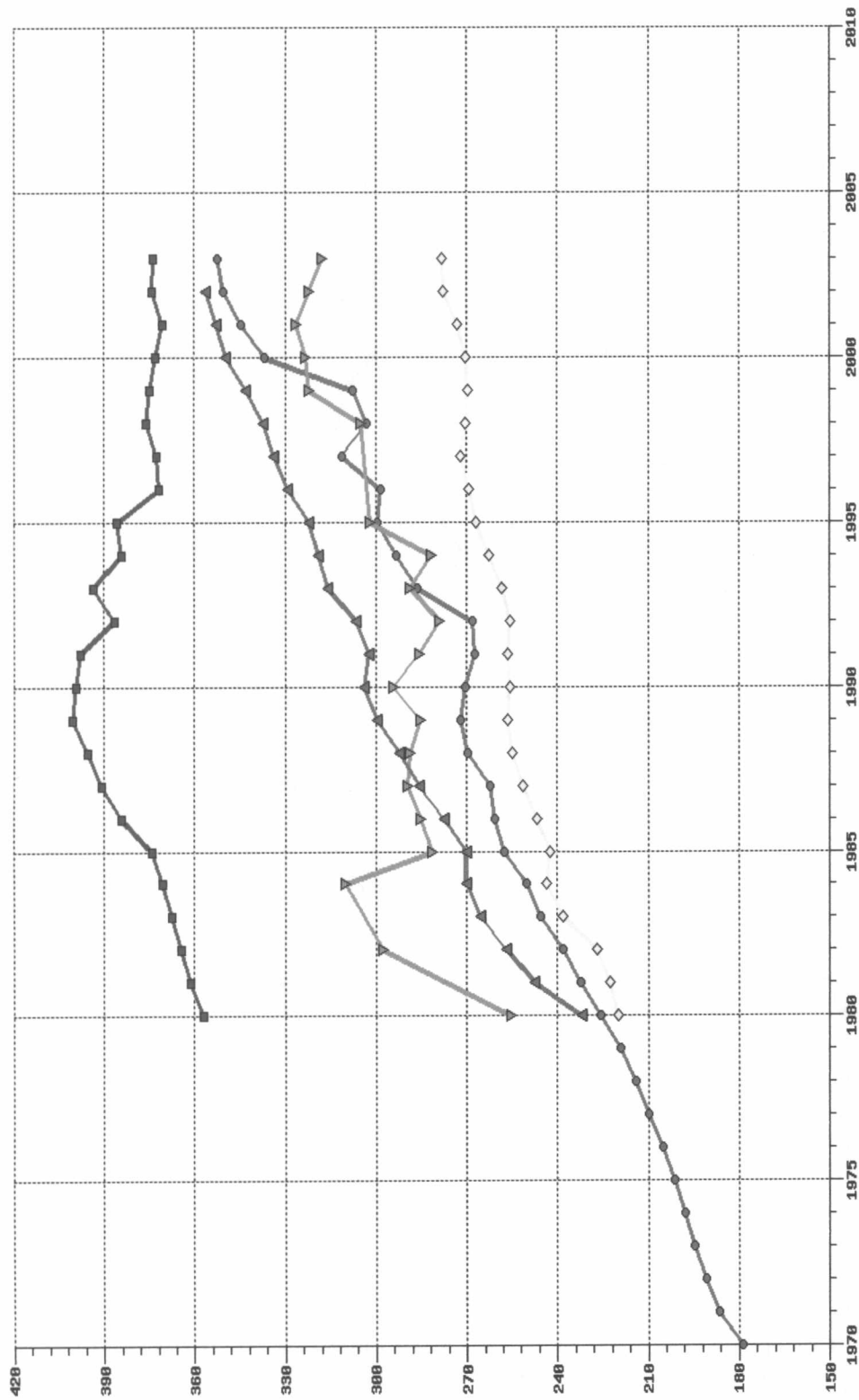
Zdroj: WHO Health Data

Graf č.3: Výdaje na zdravotnictví na obyvatelů v USD (2001)



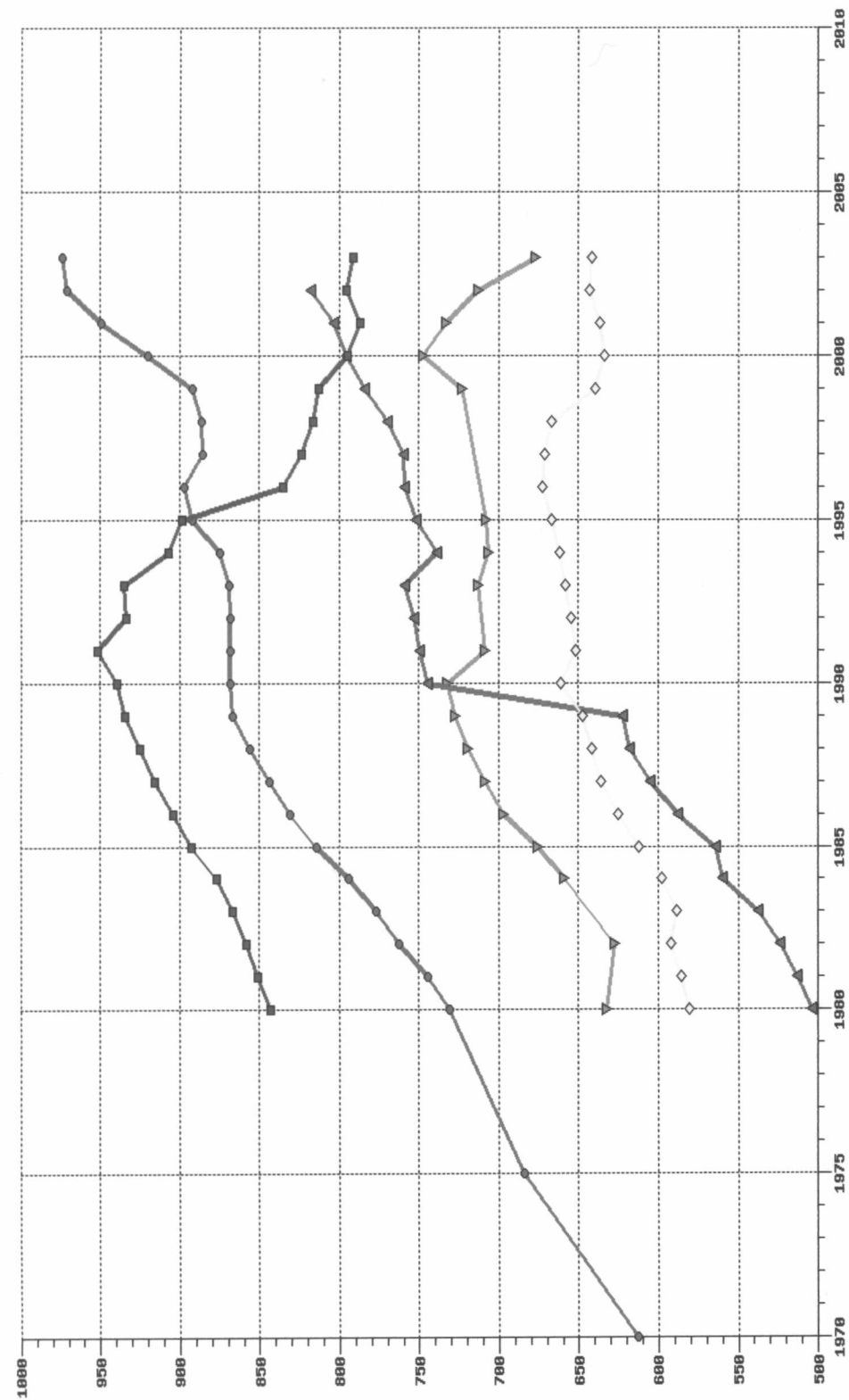
Zdroj: OECD Health Data

Graf č. 4: Počet lékařů na 100 000 obyvatelův



Zdroj: WHO European Health for All Database 2005

Graf č.5: Počet zdravotných sestier na 100 000 obyvateľov



Zdroj : WHO European Health for All Database 2005

Projekt bakalárskej práce

I. Predpokladaný názov práce:

Reforma zdravotníctva v Českej a Slovenskej republike.

II. Námet práce:

Prebiehajúca reforma zdravotníctva na Slovensku spôsobuje problémy pacientom, lekárom aj politikom. Zmeny prebiehajúce v systéme zdravotníctva u nás sú na tak krátku dobu, zdá sa, príliš rozsiahle a nekončiace... Minister zdravotníctva SR, Rudolf Zajac, stráca na obľube, zoznam služieb financovaných pacientom sa pomaly rozširuje, o zozname liekov nehovoríac.

V Českej republike sa reforma zdravotníctva rozbieha pomaly, dokonca som našla vyjadrenia, že „Česko je pozadu, ale dobíhá.“ Jednoznačne, ak česká vláda zamýšľala nejakú vysvetľovaciu kampaň nastávajúcej reformy, mala by to urobiť zrozumiteľnejšie ako slovenský minister zdravotníctva R. Zajac.

Cieľom tejto práce je porovnanie stavu zdravotníctva a jeho reformy v Českej a Slovenskej republike, analýza problémov na oboch stranách a prípadný návrh ich riešenia.

III. Predbežná štruktúra práce:

1. u vedenie do problematiky stavu českého a slovenského zdravotníctva; ich porovnanie; príčiny rozdielneho stavu
2. a nalýza prebiehajúcej reformy zdravotníctva v SR a nastávajúcich (poprípade prebiehajúcich) zmien v ČR
3. u pozornenie na chyby, ktorých sa pri reforme dopustila vláda SR a ktorých by sa Česká republika mala vyvarovať
4. p rípadné návrhy vysvetľovacej kampane pre českú stranu
5. n a záver priblíženie momentálnej situácie v zdravotníctve na oboch stranách v dobe odovzdania práce.

- metoda zpracovania: analýza situácie na oboch stranách, ich porovnanie.

IV. Zoznam literatúry:

Zbierka zákonov Slovenskej republiky

Sbírka zákonů České republiky

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

<http://www.mzcr.cz>

V. Konzultant:

MUDr. Petr Háva, CSc.

.....
podpis