



**10 ROKOV  
REFORMY  
ZDRAVOTNÍCTVA**

SEPTEMBER 2014

## OBSAH

<b>1</b>	<b>Legislatívne zmeny.....</b>	<b>4</b>
1.1	Executive summary .....	4
1.2	Na začiatku bola modrá kniha. ....	4
1.3	576 – zákon o zdravotnej starostlivosti.....	8
1.4	577 – zákon o rozsahu .....	8
1.5	578 – zákon o poskytovateľoch .....	9
1.6	579 – zákon o záchranej zdravotnej službe .....	10
1.7	580 – zákon o zdravotnom poistení .....	10
1.8	581 – zákon o zdravotných poisťovniach .....	10
<b>2</b>	<b>Poisťovne a nákup zdravotnej starostlivosti.....</b>	<b>11</b>
2.1	Počty poisťovní, podiely na trhu.....	11
2.2	Príjmy zdravotných poisťovní .....	12
2.2.1	Výber poistného .....	12
2.2.2	Prerozdelenie poistného .....	14
2.3	Výdavky zdravotných poisťovní.....	15
2.3.1	Nákup zdravotnej starostlivosti.....	15
2.3.2	Zmluvné vzťahy: transparentnosť, stabilita, kritériá pre uzatváranie zmlúv .....	17
2.3.3	Platobné mechanizmy a ceny .....	18
2.4	Odporúčenia HPI .....	21
<b>3</b>	<b>Trh zdravotného poistenia – poistenec vs. zdravotná poisťovňa .....</b>	<b>22</b>
3.1	Súťaž zdravotných poisťovní.....	22
3.2	Podania poistencov v zdravotných poisťovniach.....	23
3.3	Odvody na zdravotné poistenie.....	23
3.4	Ročné zúčtovanie zdravotného poistenia .....	23
3.5	Realizácia nároku poistenca – dostupnosť zdravotnej starostlivosti.....	24
3.5.1	Indikátory kvality .....	24
3.5.2	Ochranný limit na lieky .....	25
3.5.3	Čakacie zoznamy a nadlimity .....	25
3.6	Odporúčenia HPI .....	26
<b>4</b>	<b>Pacienti, spotrebiteľia zdravotných služieb a poskytovatelia .....</b>	<b>27</b>
4.1	Úvod .....	27
4.2	Stabilizačné opatrenia .....	28
4.2.1	Regulačné poplatky zanikli, vyberá sa však množstvo iných, nekoordinovaných 28	
4.2.2	Dlhý boli, sú a bez prijatia reformných zmien aj budú .....	30
4.3	Systémové opatrenia .....	31
4.3.1	Za posledných 10 rokov žijeme dlhšie o 2,5 roka .....	31
4.3.2	Posilňovanie práva na kvalitnú zdravotnú starostlivosť samostatnou inštitúciou, ľudia sa sťažujú viac .....	32
4.3.3	Rebríčky kvality.....	33
4.3.4	Pacientske organizácie sú málo aktívne, ak aktívne sú, tak sú úspešné .....	34

4.3.5	Čakacie listiny, ako nástroj konkurenčného boja .....	34
4.3.6	Korupcii sa darilo a aj darí naďalej.....	35
4.3.7	Primárna starostlivosť stratila svoje poslanie a čaro .....	36
4.3.8	Ambulantné zdravotníctvo je aj naďalej postavené na špecialistoch.....	37
4.3.9	Štát aj naďalej ako dominantný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti.....	37
4.3.10	Špecializované ústavy zdravotnej starostlivosti s najlepšimi výsledkami.....	40
4.3.11	Polikliniky prežili a dominujú v nich súkromní hráči.....	40
4.3.12	Počet pracovníkov v zdravotníctve naďalej klesá, starnú a emigrujú.....	41
4.3.13	Platy rastú, zmena kvality je však otázná .....	44
<b>4.4</b>	<b>Sieťové opatrenia.....</b>	<b>45</b>
4.4.1	Lepšie a rýchlejšie služby pozemnej záchranej služby.....	45
4.4.2	Pacienti majú na lekárenskom trhu na výber .....	46
4.4.3	V laboratórnej medicíne dominujú samostatní poskytovatelia laboratórnej diagnostiky .....	47
<b>5</b>	<b>Použitá literatúra .....</b>	<b>49</b>

# 1 LEGISLATÍVNE ZMENY

Tomáš Szalay

## 1.1 EXECUTIVE SUMMARY

Zdravotníctvo je jedným z detailne regulovaných sektorov. Kvalita regulácie má zásadný vplyv na výsledky, ktoré dosahuje. Reformy sa sústreďujú na zmenu regulačných nástrojov a ich nastavení. Desiate výročie slovenskej reformy zdravotníctva je preto predovšetkým výročím úspešného presadenia komplexnej zmeny legislatívy.

Po desiatich rokoch je možné konštatovať, že všetky z vtedajších reformných zákonov platia dodnes. Drvivá väčšina nastavení, inštitúcií a nástrojov zostala dodnes zachovaná. Napriek kritike nebol dodnes sformulovaný alternatívny, možno lepší, zdravotný systém. Nenašla sa nik, kto by takýto systém dokázal uchopiteľne popísať a túto zmenu premietnuť do legislatívneho návrhu.<sup>1</sup>

## 1.2 NA ZAČIATKU BOLA MODRÁ KNIHA.

Reforma zdravotníctva rokov 2002 – 2006 bola najprv podrobne popísaná v tzv. modrej knihe **Stratégia reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana** autorskej dvojice Peter Pažitný a Rudolf Zajac (2001). Popis problémov a riešení umožňoval odbornú diskusiu a slúžil neskôr ako vecný zámer pre legislatívne zmeny.

Kľúčovým faktorom pri presadzovaní náročných zmien (najmä v koalíčnom prostredí) je pokiaľ možno čo najpodrobnejšie ich uviesť **v programovom vyhlásení vlády**. Poslanci tak majú náročnejší manévrovací priestor, ak by si chceli rozmyslieť podporu zmien, keď sú naozaj na programe dňa.

Programové vyhlásenie druhej vlády Mikuláša Dzurindu obsahovalo explicitné reformné zámery v oblasti zdravotníctva, ktoré pripravoval minister zdravotníctva R. Zajac so svojím hlavným poradcom P. Pažitným.

Legislatívne zmeny, ktoré tvorili reformu, vyvrcholili schválením šestice reformných zákonov na jeseň 2004. Rozbeh však nebol úplne bezproblémový. Prvá zo zmien, **novela zákona o verejnej službe**, predložená na jeseň 2002 ministrom sociálnych vecí, mala za cieľ zrušiť tabuľkové odmeňovanie. Hoci zákon získal podporu poslancov, narazil najprv na veto prezidenta a pri druhom hlasovaní stroskotal na momentálnom spore koalíčných partnerov ANO a KDĽ.

K 1. januáru 2003 došlo k **delimitácii zdravotníctva** na miestne a krajské samosprávy v dôsledku zmien prijatých ešte predchádzajúcou vládou. Samosprávy sa len začali oboznamovať so svojimi kompetenciami, keď získali zodpovednosť za zadlžujúce sa zariadenia. Potreba zmeny narastala.

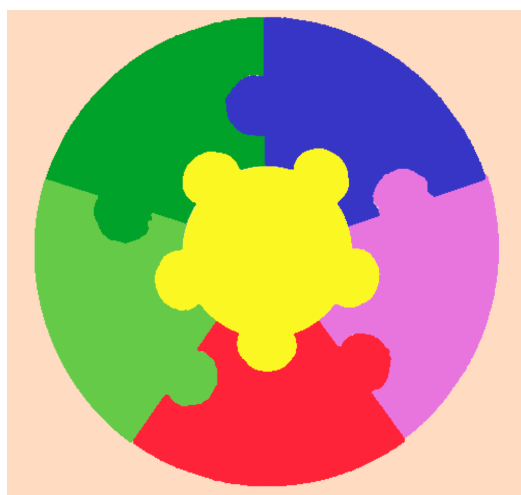
---

<sup>1</sup> *Za 10 rokov sme boli svedkami niekoľkých pokusov. Ani myšlienka najväčšej zmeny, nápad monopolizácie zdravotného poistenia z r. 2012, neobsahovala žiadnu koncepciu systému, ktorý by mal v novom prostredí fungovať a nedostala sa do štádia verejného pripomienkovania. V roku 2007 bola na stole myšlienka vzniku jednej verejnoprávnej poisťovne, ktorá by koexistovala vedľa existujúcich akciových spoločností. Až do pripomienkovania sa dostal návrh na povinné prepoistenie poistencov štátu do štátnej poisťovne. Všetkým týmto parciálnym, z kontextu vytrhnutým „riešeniam“ chýbala jasná, dátami podložená vízia.*

Na jar 2003 sa schválením tzv. „trojnovely“<sup>2</sup> reforma naozaj začala – dosiahla na realitu. Keď po ďalšom vete prezidenta poslanci trojnovelu podporili, od 1. 6. 2003 začali slovenskí pacienti platiť platby za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, zaviedol sa fixný doplatok za lieky a desaťnásobne sa znížili špekulatívne poplatky z omeškania, ktoré zákon dovtedy garantoval v úctyhodnej výške 0,1 % za každý deň.

Práce na reformných zákonoch pokračovali do konca roku 2003. Pôvodný zámer zmeniť len poisťné zákony sa čoskoro ukázal nevyhovujúci. Zmeny si vyžadovali zásadnú rekonštrukciu ostatnej zdravotníckej legislatívy. Vzniklo **puzzle zákonov**, z ktorých každý upravoval odlišnú časť sektora, ale dohromady vytvárali harmonizujúci celok.<sup>3</sup>

### Schéma 1: Šestica reformných zákonov – reformné puzzle



576/2004	zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov
577/2004	zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
578/2004	zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
579/2004	zákon o záchranej zdravotnej službe
580/2004	zákon o zdravotnom poistení
581/2004	zákon o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Samotné zákony (bez príloh, ďalších novelizovaných zákonov a vykonávacích predpisov)<sup>4</sup> mali 64 549 slov. Pripomienkové konanie následne prinieslo 3 288 pripomienok., z toho 1 435 zásadných. Z nich bolo nakoniec plne alebo čiastočne akceptovaných 2 341 (71 %), z toho 1 017 zásadných.

21. apríla 2004 reformné zákony schválila vláda, v máji ich v prvom čítaní prerokoval parlament, ich schvaľovanie však odložil až na jeseň.

<sup>2</sup> Pôvodne išlo o novelizáciu troch zdravotníckych zákonov (č. 277/1994 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, č. 98/1995 Z. z. o Liečebnom poriadku a č. 273/1994 Z. z. o zdravotnom poistení), nakoniec sa však menilo až 5 zákonov.

<sup>3</sup> Vecné rozdelenie zákonov rešpektovali aj naši nasledovníci, hoci občas neboli dôslední. Napríklad odporúčacie lístky sú upravované v zákone o zdravotnej starostlivosti, hoci v skutočnosti upravujú podmienku úhrady špecializovanej ambulantnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia a vecne preto patria do zákona o rozsahu.

<sup>4</sup> a bez novely zákona č. 140/1998 Z. z. o liekoch, ktorej zmeny popisujeme v inej kapitole

*O kvalite pripravenej reformy vypovedá aj príbeh z roku 2004. Opozičná politická strana Slobodné Fórum predstavila v lete svoju vlastnú verziu reformy zdravotníctva, spolu s príslušnými zákonmi.*

*Ukázalo sa, že tieto alternatívne zákony sú plagiáty. Dokonca aj vo vlastnostiach wordových dokumentov zostali zachované mená pôvodných autorov z ministerstva zdravotníctva. Menili sa len niektoré pasáže. Väčšinu zo zákonov teda považovali ich kritici za dostatočne kvalitné na to, aby ich použili vo svojom návrhu.*

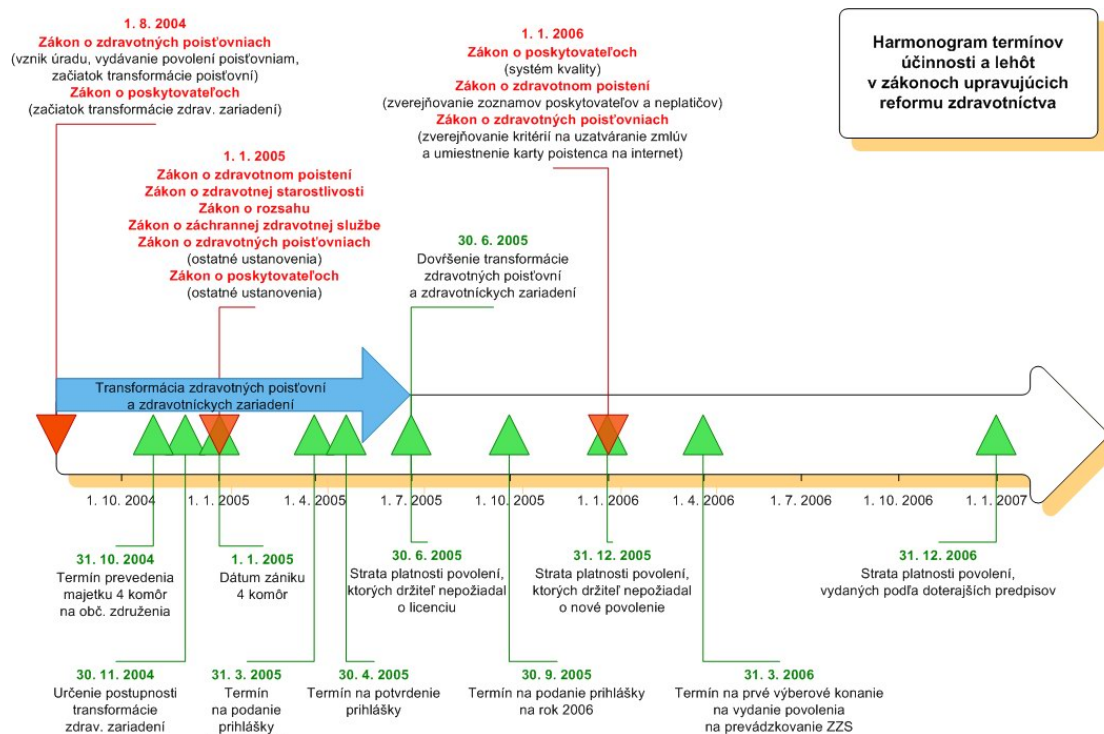
*Jedným z vedľajších efektov tohto kopírovania bolo, že alternatívna reforma obsahovala identické ustanovenia, aké neskôr napadli na Ústavnom súde o. i. aj poslanci Slobodného Fóra.*

22. septembra 2004 ich schválil parlament nadpolovičnou väčšinou všetkých poslancov. Najvyšší počet hlasov (88 zo 150-členného poslaneckého zboru) získal zákon o záchrannej zdravotnej službe.

Všetkých šesť zákonov prezident Ivan Gašparovič vetoval. Pri opätovnom schvaľovaní, 21. októbra 2004, získali rovnako kvalifikovanú väčšinu.

Ako prvý nadobudol účinnosť zákon o zdravotných poisťovniach, ktorým sa k 1. novembru 2004 zriadil Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, ostatné zákony nasledovali 1. januára 2005. Nadväznosť jednotlivých krokov bola kľúčová pre úspešné zvládnutie tranzitívneho obdobia. Účinnosť jednotlivých ustanovení bola preto detailne načasovaná:

## Schéma 2: Harmonogram účinnosti jednotlivých ustanovení reform zdravotníctva 2005



Zdroj: vlastné spracovanie

Na vymenovanie všetkých reformných zmien nie je v tomto súhrne priestor, z tých kľúčových (mimo liekovej politiky) vyberám:

- zavedenie služieb súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou a možnosti ich spolatnenia
- naviazanie platby štátu na počet ekonomicky neaktívnych poistencov a priemernú mzdu
- negatívne vymedzenie pojmu poistenec štátu
- zmena spôsobu prerozdelenia poistného
- liberalizácia siete (nárokovateľnosť povolení a licencie)
- pravidiel pre selektívny kontraktng
- nezávislý dohľad
- reforma záchranej zdravotnej služby
- transformácia zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti
- transformácia nemocníc na akciové spoločnosti
- vytvorenie nástrojov na flexibilné definovanie rozsahu

Za 10 rokov došlo k viacerým úpravám. Šestica zákonov bola novelizovaná spolu 144-krát. Najviac novelizovaným bol zákon č. 578/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, za 10 rokov sa menil až 38-krát. Hoci väčšina noviel zákonov bola technického charakteru, kde sa premietali zmeny v iných predpisoch, až 47 noviel bolo primárne zameraných na vecné úpravy. Prvé novelizácie sa odohrali ešte pred účinnosťou novej legislatívy, zamerané na opravy niektorých technických chýb.

Niektoré ustanovenia sú obmieňané v politických cykloch:

- nezávislosť ÚDZS
- výška platieb za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou
- transformácia nemocníc na akciové spoločnosti
- pevná a koncová sieť
- platobná schopnosť zdravotných poisťovní
- odporúčacie lístky
- sadzba poistného za poistencov štátu

Po týchto zmenách narástol rozsah zákonov z pôvodných 64 549 na 118 406 slov. Nárast je daný najmä rozšírením a doplnením dovtedajších ustanovení a nástrojov. Z inovácií, ktoré pribudli, vyberám:

- Zverejňovanie zmlúv medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti
- Príprava na zavedenie platobného mechanizmu DRG
- Prerozdelenie poistného zohľadňujúce zdravotný stav poistenca (PCG)
- Limit spoluúčasti za lieky

**Ústavný súd** posudzoval za posledných 10 rokov niekoľko otázok v zdravotníckej legislatíve. Štyri z nich sa týkali priamo reformných zmien. Vo všetkých štyroch prípadoch dal ÚS za pravdu reforme:

- 1) Platby za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou sú v súlade s ústavou (2004)
- 2) Rozsah zdravotnej starostlivosti môže byť definovaný podzákonnými normami (2008)
- 3) Zdravotné poisťovne ako akciové spoločnosti neohrozujú garanciu poskytovania zdravotnej starostlivosti (2008)
- 4) Obmedzenie zisku zdravotných poisťovní nie je v súlade s ústavou (2011)

Ďalšími otázkami, ktoré musel ÚS v tomto období riešiť, sú:

- ochrana nemocníc pred exekúciami (2006)
- zákon (a vyhláška) o interrupciách (2007)
- zoštátnenie neziskových organizácií, ktoré spoluzakladal štát (2012)
- zákon o minimálnych mzdových nárokoch sestier (2013)

### 1.3 576 – ZÁKON O ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Hoci bol zákon novelizovaný až 25-krát, len 5 z týchto noviel bolo zameraných primárne naň. Väčšina týchto zmien je formulačná. Napríklad definícia neodkladnej starostlivosti sa rozšírila aj o vyšetrenie osôb, ktoré sú možným zdrojom rýchlo sa šíriacej nákazy. Alebo Katalóg zdravotných výkonov sa premenoval na Zoznam zdravotných výkonov. Alebo, kvôli čerpaniu eurofondov, pribudla do zákona o zdravotnej starostlivosti floskula:

*„Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti a v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti je služba vo všeobecnom hospodárskom záujme.“*

Pribudli obvody pre všeobecných lekárov, ktoré neobmedzujú slobodnú voľbu lekára. Zaručujú však každému poistencovi, že lekár v mieste jeho bydliska ho nemôže pre preťaženosť odmietnuť prevziať do starostlivosti.

Zmenila sa terminológia špecializovanej ambulantnej starostlivosti – na „špecializovaná“ a „špecializovaná – iná“. Pribudla úprava o posudzovaní práceneschopnosti. Zaviedli sa podrobnejšie podmienky informovaného súhlasu pri umelom prerušení tehotenstva.

Významne sa rozšírila a spresnila právna úprava transplantácií.

### 1.4 577 – ZÁKON O ROZSAHU

Zákon bol novelizovaný 15-krát, najvýznamnejšie v roku 2011, pri schvaľovaní liekovej reformy. Ustanovenia, týkajúce sa kategorizácie liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, boli presunuté do nového zákona č. 363/2011 Z. z. o podmienkach úhrady.

V roku 2005 sa zaviedla k platbám za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou aj možnosť vyberať poplatok za prednostné ošetrenie.

Pôvodne bola výška platieb za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou, zavedené trojnovelou, stanovená priamo v zákone. Zákon o rozsahu rozhodovanie o výške prenechal na vládu a jej nariadenie. V roku 2006 do zákona pribudol strop pre výšku platby, aby sa predišlo prípadnému nesúladu s ústavou. Po voľbách v roku 2006 nová vláda pomerne promptne „zrušit“ poplatky tak, že ich výšku znížila na 0.

V roku 2007 pribudla do hradeného rozsahu sporná, medicínsky ani ekonomicky nepodložená preventívna prehliadka spočívajúca v dychovom teste na prítomnosť helicobacter pylori (v r. 2011 bola zrušená).



V roku 2009 do rozsahu pribudla preventívna kolonoskopia (u starších > 50 r.)

Rozsah preventívnych prehliadok (a očkovaní) sa upravoval naposledy v r. 2013.

## 1.5 578 – ZÁKON O POSKYTOVATEĽOCH

Zákon bol novelizovaný 32-krát a niektoré pasáže sa zmenili medzičasom niekoľkokrát.

Nárokovateľnosť povolení a licencovania sa nezmenila. Zato otázka osobitnej, zvýhodnenej siete poskytovateľov alebo transformácia nemocníc na akciové spoločnosti sa menili s politickými cyklami.

V legislatíve zostala súťaž na poskytovanie záchranej zdravotnej služby, predĺžila sa doba povolenia zo 4 na 6 rokov.

Zámer povinne zavádzať do zdravotníctva systémy kvality bol najprv odložený a nakoniec z legislatívy v r. 2007 odstránený.

V legislatíve sa na v roku 2008 objavila možnosť zriaďovať sú súhlasom ministerstva centrá pre zriedkavé choroby, v roku 2013 však zo zákona vypadla.

Flexibilná sieť, kde o zmluvných partneroch rozhoduje zdravotná poisťovňa na základe kritérií kvality a ceny, si vyžaduje reguláciu minimálnej dostupnosti. Túto zabezpečuje minimálna sieť, ktorá stanovuje poisťovňam minimálne počty zazmluvnených kapacít v jednotlivých regiónoch. Definícia minimálnej siete sa v roku 2007 rozšírila o koncovú a pevnú sieť nemocníc, ktoré získali nárok na uzavretie zmluvy so zdravotnými poisťovňami. Taxatívny zoznam zdravotníckych zariadení sa stal súčasťou vykonávacieho nariadenia vlády. V súčasnosti je taxatívne vymedzená len koncová sieť, ktorú s jedinou výnimkou tvoria výlučne všetky štátne nemocnice.

Zmenami prešla definícia povolání zdravotníckych pracovníkov. Z pôvodných deviatich kategórií je dnes 22 povolání. Významne sa upravovala oblasť vzdelávanie a akreditácií.

Z pôvodného reformného plánu mať 4 komory (lekársku, lekárnickú, zubnolekársku a sesterskú) pri schvaľovaní v parlamente došlo ku kompromisu a bola zriadená piata, „zberná“ komora pre ostatné zdravotnícke povolania.

Táto zberná komora sa rozpadla na 5, neskôr až na 6 nových komôr, a k nim pribudla ešte jedna nová (zdravotníckych záchranárov). Dnes teda máme zo zákona 11 zdravotníckych komôr.

Všeobecní lekári dostali povinnosť uzatvárať zmluvu so zdravotnými poisťovňami (ktoré mali od začiatku recipročnú povinnosť). Dostali tiež povinnosť slúžiť lekársku službu prvej pomoci podľa rozpisu samosprávneho kraja.

Po štrajku lekárov na jeseň v roku 2011 pribudlo do zákona ustanovenie o minimálnej mzde pre nemocničných lekárov bez špecializácie a so špecializáciou.

V rovnakom čase zo zákona po druhý raz vypadlo ustanovenie o transformácii štátnych nemocníc na akciové spoločnosti. Pôvodný termín transformácie, schválený v rámci reformy (31. 12. 2006) po voľbách v roku 2006 poslanci najprv posunuli do konca roku 2007. Po roku celú transformáciu zrušili. Začiatkom roka 2011 sa v zákone transformácia opäť objavuje, s termínom do konca roku 2011. Zastavenie transformácie bolo jednou z požiadaviek štrajku lekárov. Odstupujúca vláda premiérky Ivety Radičovej tomuto tlaku podľahla.

## 1.6 579 – ZÁKON O ZÁCHRANNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBE

Rozsahom najkratší zákon (pôvodne 982 slov, dnes 1 616) bol novelizovaný len 5-krát. Časť problematiky záchranej zdravotnej služby upravuje zákon o poskytovateľoch, financovanie je v zákone o zdravotných poisťovniach a väčšina detailov je ponechaná na podzákonné normy.

Negatívnou zmenou je predĺženie času, dokedy má posádka RZP alebo RLP vyraziť na zásah – z pôvodnej 1 minúty sa v roku 2013 stali 2 minúty.

## 1.7 580 – ZÁKON O ZDRAVOTNOM POISTENÍ

Tento zákon prešiel 29 novelizáciami, zo zmien vyberám:

- zmena negatívnej na pozitívnu definíciu poistenca štátu
- problematika prihlášok do viacerých poisťovní
- späťvzatie prihlášky
- cezhraničná starostlivosť
- zoznam dlžníkov
- výkaz nedoplatkov umožňujúci zdravotnej poisťovni vymáhať dlžné poistné priamo, nie cez ÚDZS
- prerozdelenie – zohľadnenie poistencov štátu a PCG
- sadzba poistného plateného štátom za poistencov štátu
- zvýšenie maximálneho vymeriavacieho základu z 3- na 5-násobok
- rozšírenie vymeriavacieho základu o príjmy z dohôd o vykonaní práce, z dividend
- zmena väzby minimálneho vymeriavacieho základu na minimálnu mzdu, ale na 50 % priemernej mzdy

## 1.8 581 – ZÁKON O ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNIACH

V najviac novelizovanom zdravotníckom zákone (38 noviel) sa menilo najmä:

- právomoc vlády odvolať predsedu ÚDZS aj bez udania dôvodu
- limit na prevádzkové výdavky zdravotných poisťovní
- financovanie operačných stredísk ZZS zdravotnými poisťovňami
- financovanie NZIS zdravotnými poisťovňami
- zákaz využívať externých maklérov pri akvizícii poistencov
- zlúčenie VŠZP a SZP
- zmena platobnej schopnosti
- zákaz zisku / zrušenie zákazu zisku
- povinnosť predkladať rozpočty zdravotných poisťovní vláde na prerokovanie
- presun ročného zúčtovania zdravotného poistenia na zdravotné poisťovne

## 2 POISŤOVNE A NÁKUP ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Angelika Szalayová

### 2.1 POČTY POISŤOVNÍ, PODIELY NA TRHU

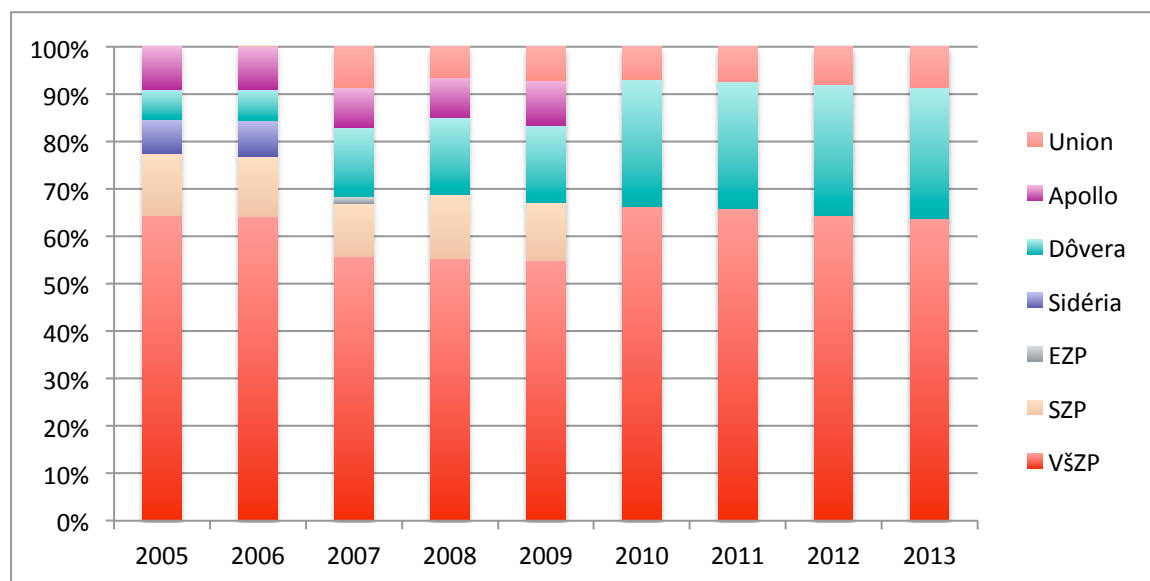
V roku 2005 bolo na trhu 5 zdravotných poisťovní, ktoré sa po prijatí reformy transformovali na akciové spoločnosti. V tomto roku zároveň vznikla Európska zdravotná poisťovňa a v nasledujúcom roku ZP Union. V nasledujúcich 5 rokoch došlo k postupnej koncentrácii trhu. Európska ZP v roku 2008 zanikla a jej kmeň bol prevedený do SZP. V roku 2007 sa ZP Sidéria zlúčila so ZP Dôvera a tá bola v roku 2010 odkúpená ZP Apollo, ale ponechala si meno ZP Dôvera. SZP sa rozhodnutím vlády v roku 2010 zlúčila so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou (Schéma 3).

Schéma 3: Vývoj na trhu zdravotných poisťovní, 2005-2013.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
VŠZP	3 421 786	3 400 632	2 954 641	2 920 629	2 896 224	3 485 650	3 439 399	3 357 176	3 317 453
SZP	691 331	680 957	597 409	715 882	641 526				
EZP	0	7	70 552						
Sidéria	388 031	398 514							
Dôvera	335 783	351 119	777 432	856 681	865 156	1 402 133	1 400 335	1 445 473	1 437 321
Apollo	473 489	472 690	445 345	446 161	498 856				
Union		197	453 624	336 959	370 629	366 455	387 271	409 198	439 967

Zdroj: vlastné spracovanie podľa ÚDZS (2006-2014)

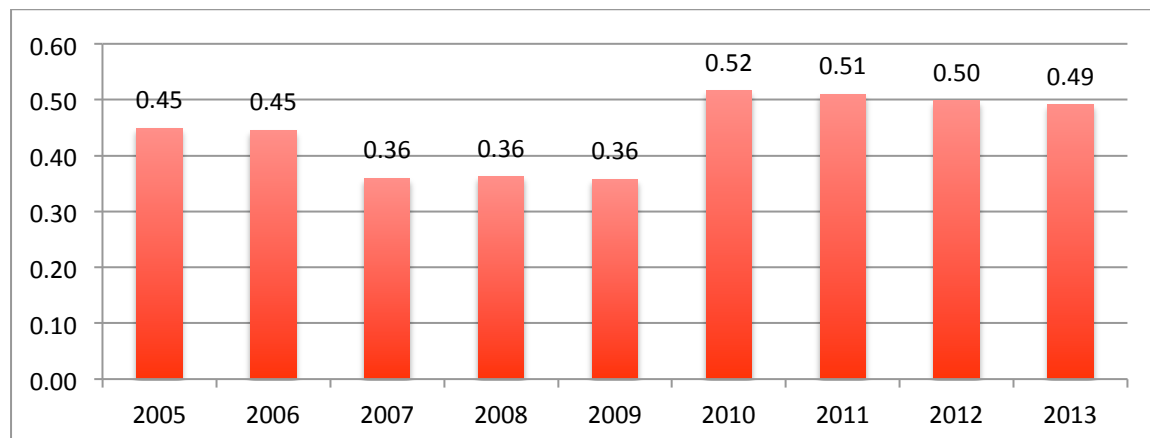
Graf 1: Podiely zdravotných poisťovní na trhu k 31.12., 2005-2013



Zdroj: vlastné spracovanie podľa ÚDZS (2006-2014)

Podiel štátnych poisťovní (VšZP a SZP) bol v roku 2005 na úrovni 77,5% a postupne klesal na súčasných 63,9% (Graf 1). Vzhľadom na vysoký podiel VšZP a postupnú koncentráciu na trhu, Herfindalov index sa držal počas celého obdobia nad hranicou vysoko koncentrovaného trhu (Graf 2).

**Graf 2: Herfindalov index na trhu zdravotných poisťovní, 2005-2013.**



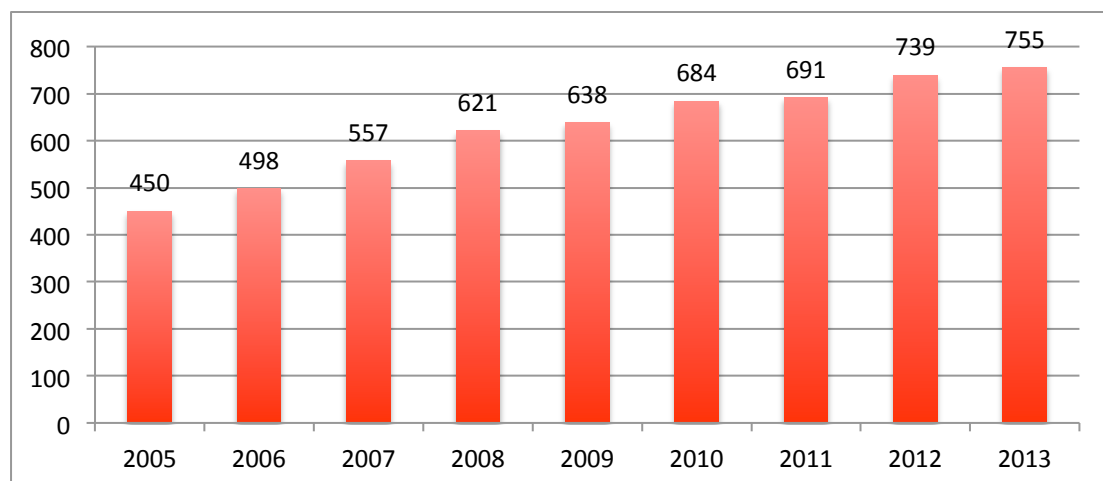
Zdroj: vlastné spracovanie podľa ÚDZS (2006-2014)

## 2.2 PRÍJMY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

### 2.2.1 VÝBER POISTNÉHO

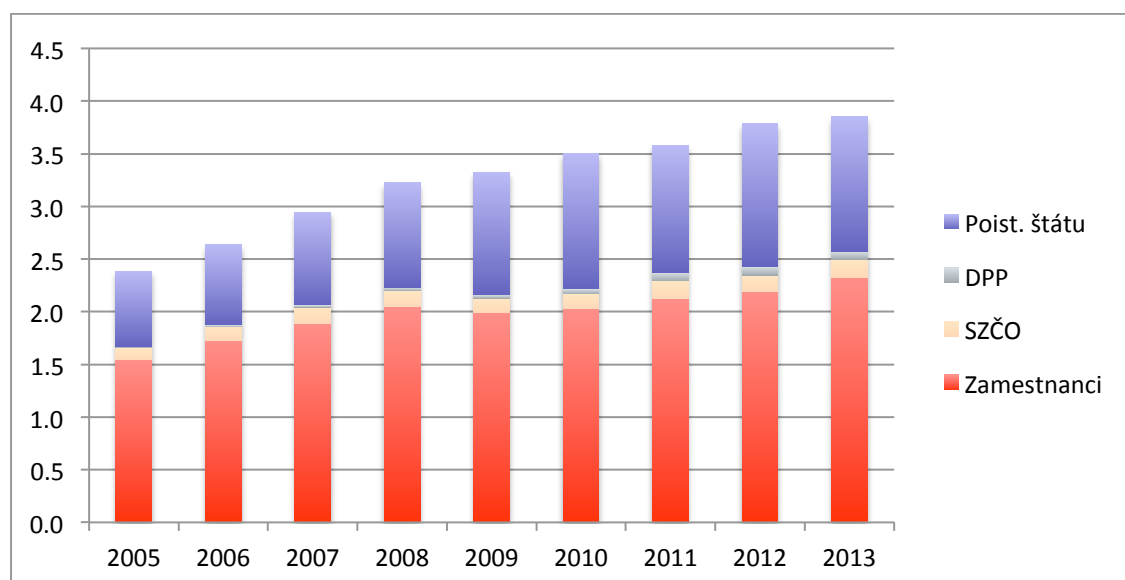
Príjmy zdravotných poisťovní stúpili z 2,4 mld. Eur v roku 2005 na 3,9 mld. Eur v roku 2013. To zodpovedá nárastu o 64,0% za celé obdobie, resp. priemernému medzročnému rastu o 8,0%. Dynamika rastu bola v prvej polovici obdobia vyššia (viac ako 10%-ný medzročný rast), po roku 2009 sa spomalila na priemerne 4,0%. Poisťovne tak mali v roku 2005 priemerne na poistenca 450 Eur a v roku 2013 už 755 Eur (Graf 3). Od roku 2005 podiel príjmov za ekonomicky aktívnych poistencov (zamestnanci, SZČO a dobrovoľní platitelia poistného) mierne klesol z 70,1% na 66,8% v roku 2013 (Graf 4).

**Graf 3: Príjmy zdravotných poisťovní na poistenca v Eur, 2005-13**



Zdroj: ÚDZS (2006-2014)

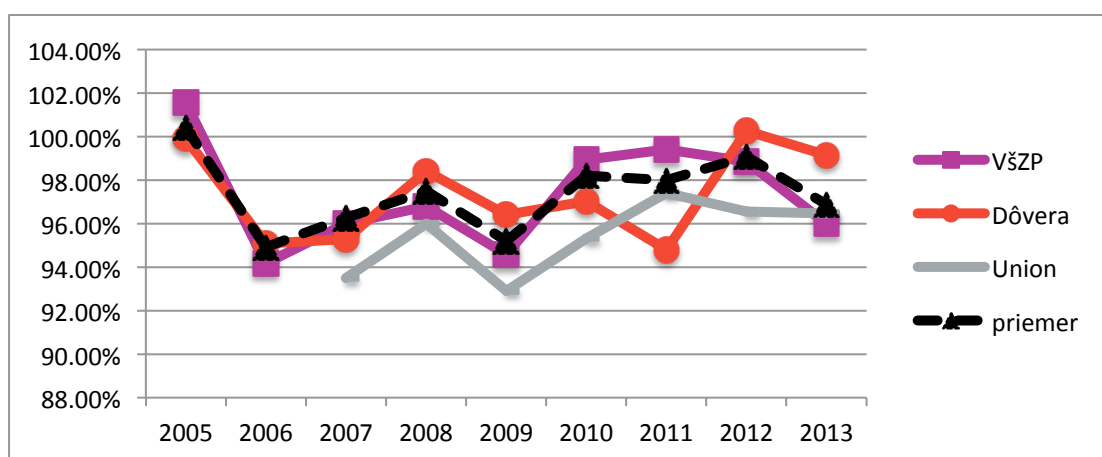
**Graf 4: Vybraté poisťné podľa typu poistencov v mld. Eur, 2005-13.**



Zdroj: vlastné spracovanie podľa ÚDZS (2006-2014)

Priemerná úspešnosť po prvom extrémne vysokom roku v 2005 klesla tesne pod 95% a následne mala stúpajúcu tendenciu až do roku 2012, kedy klesla tesne pod 97% (Graf 5).

**Graf 5: Úspešnosť výberu poistného, 2005-13**



Pozn. pre prehľadnosť nie sú uvedené zaniknuté poisťovne; priemer je uvádzaný za všetky poisťovne pôsobiace v danom roku na trhu.

Zdroj: vlastné spracovanie podľa ÚDZS (2006-2014)

### 2.2.2 PREROZDELENIE POISTNÉHO

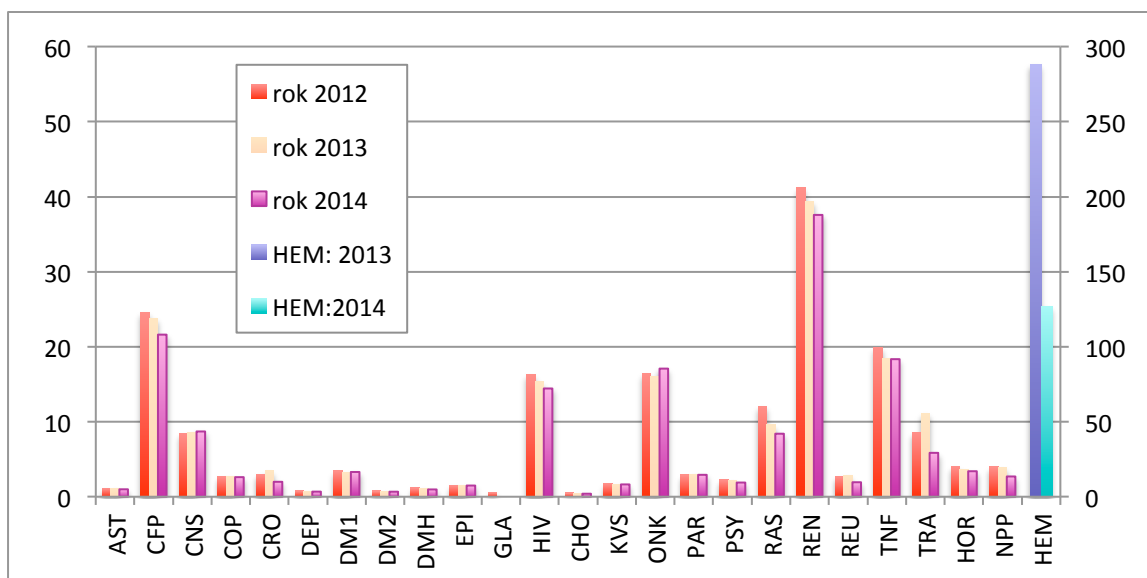
Poistené, ktoré jednotlivé zdravotné poisťovne vyberú, je následne prerozdelené medzi zdravotné poisťovne tak, aby zodpovedalo rizikovému profilu ich kmeňov. Toto prerozdelenie je vykonávané na základe zákonom stanovených kritérií. Kým v roku 2005 sa pri hodnotení rizika kmeňov zohľadňovali len vek a pohlavie, v roku 2009 bolo do prerozdelenia pridané kritérium ekonomickej aktivity a v polovici roku 2012 aj prítomnosť chronických chorôb na základe farmaceutických nákladových skupín (Tabuľka 1). Zavedením farmaceuticko-nákladových skupín sa prediktívna schopnosť prerozdeľovacieho mechanizmu zvýšila z 3,18% na 19,58%. Zavedenie týchto prediktorov zdravotného stavu znamenalo nielen významné zvýšenie spravodlivosti systému, ale aj zaviedlo motivácie pre poisťovne snažiť sa získať aj chronicky chorých poistencov a prichádzať s inovatívnymi programami pre nich. Skutočná realizácia

**Tabuľka 1: Vývoj prerozdelenia na Slovensku**

Obdobie	Popis	Miera prerozdelenia
1994	vznik viacerých poisťovní	
1995-1999	vyšší index rizika pre starších (60+)	60 – 80 %
1999-2002	indexy rizika pre vekové skupiny	85 – 100 %
2002-2008	indexy rizika pre skupiny podľa veku a pohlavia	85 – 85,5 %
2009-2012	indexy rizika pre skupiny podľa veku, pohlavia a ekonomickej aktivity	95%
2012-	indexy rizika pre skupiny podľa veku, pohlavia a ekonomickej aktivity a indexy rizika farmaceuticko-nákladové skupiny	95%

Zdroj: vlastné spracovanie podľa legislatívy

**Graf 6: Indexy rizika farmaceuticko-nákladových skupín v rokoch 2012-14**



Vysvetlivky: AST – astma bronchiálne, CFP – cystická fibróza pľúc, CNS – ochorenia centrálneho nervového systému, COP – chronická obštrukčná choroba pľúc, CRO – Crohnova choroba, DEP – depresia, DM1 – diabetes závislý od inzulínu, DM2 – diabetes nezávislý od inzulínu, EPI – epilepsia, GLA – glaukóm, HIV – infekcia HIV a AIDS, CHO – dyslipidémia, KVS – ochorenia kardiovaskulárneho systému, ONK – onkologické ochorenia, PAR – Parkinsonova choroba, PSY – psychiatrické ochorenia, RAS – liečba rastovým hormónom, REN – zlyhanie obličiek, REU – reumatické choroby liečené inak ako TNF, TNF – liečba inhibítormi TNF, TRA – transplantácie, HOR – hormonálna onkoliečba, NPP – neuropatická bolesť, HEM - hemofília

Pozn: index vyjadruje pomer dodatočných nákladov na pacientov v príslušnej skupine k priemerným nákladom na poistencov; indexy rizika pre hemofiliu sú zobrazené na pravej osi

Zdroj: vlastné spracovanie podľa legislatívy

## 2.3 VÝDAVKY ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ

### 2.3.1 NÁKUP ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Celkové výdavky zdravotných poisťovní narástli z 2,5 mld. Eur v roku 2005 na 4,0 mld. Eur v roku 2013, čo zodpovedá rastu zo 466 Eur na poistenca na 774 Eur na poistenca v tomto období.

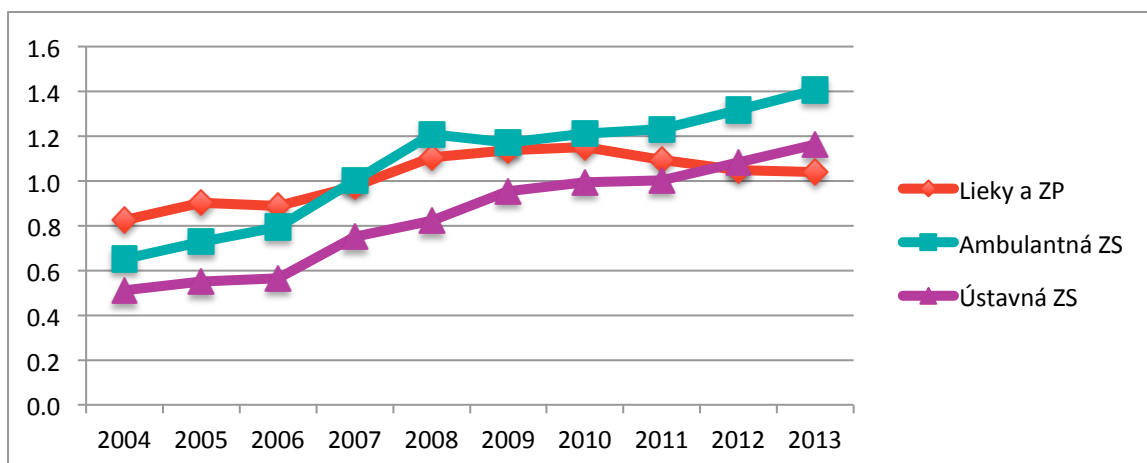
Rast nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky, ktorý bol vysoký najmä v období pred rokom 2004, sa po roku 2005 spomalil (priemerný medziročný rast 6,6%) a po roku 2010 začali tieto náklady klesať, priemerne o 3,2% ročne.

Výdavky na ambulantnú starostlivosť rástli medzi rokmi 2004 až 2008 priemerným tempom až 21,3% ročne. Následne sa toto tempo spomalilo na menej ako 1% ročne do roku 2011, kedy začali stúpať rýchlosťou 6,8%.

Výdavky na ústavnú starostlivosť rástli rovnomernejšie počas celého obdobia, aj keď najdramatickejší rast bol medzi rokmi 2006 a 2007, kedy narástli medziročne až o 33,0%.

Celkovo tak výdavky na lieky a zdravotnícke pomôcky za 10 rokov narástli o 26,1% (priemerne 2,9% ročne), na ambulantnú starostlivosť o 115,5% (priemerne 12,8% ročne) a najviac na nemocničnú starostlivosť, kde narástli o 127,3% (priemerne 14,1% ročne) (Graf 7).

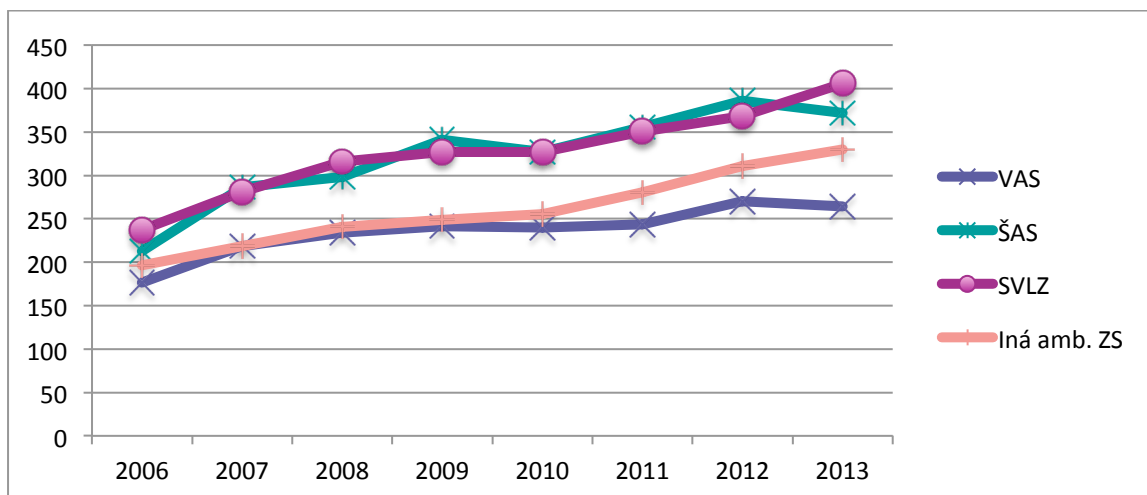
**Graf 7: Vývoj výdavkov na zdravotnú starostlivosť podľa typov, v mld. Eur, 2004-13.**



Zdroj: vlastné spracovanie podľa ÚDZS (2006-2014)

V rámci ambulantnej starostlivosti rástli najrýchlejšie náklady na špecializovanú ZS a SVLZ-y, o niečo pomalší bol rast VAS a ostatných typov ZS (Graf 8).

**Graf 8: Vývoj nákladov na ambulantnú starostlivosť podľa typov, v mil. Eur, 2006-13.**

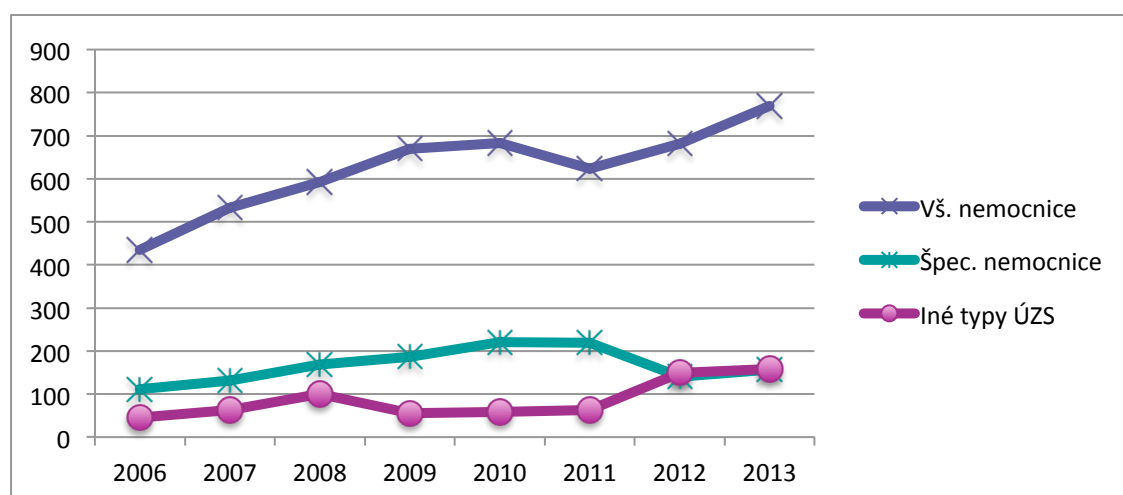


Zdroj: vlastné spracovanie podľa ÚDZS (2006-2014)

Najväčšiu časť nákladov (71% v roku 2013) na ústavnú starostlivosť tvoria náklady na všeobecné nemocnice (zahŕňa aj univerzitné a fakultné nemocnice), náklady na špecializované nemocnice tvorili v roku 2013 len 14%. Rast nákladov na všeobecné nemocnice nebol v celom období rovnomerný. Pokým do roku 2009 je možno pozorovať dvojciferný medziročný rast, po stabilizácii v roku 2010 došlo v roku 2011 k poklesu celkových nákladov (o -8,6%), čo bolo spôsobené znižovaním cien a prísnejšou nákupnou politikou zdravotných poisťovní (viď časť 1.3.4. Platobné mechanizmy a ceny). Po roku 2011 je však opäť možno pozorovať rast nákladov v rovnakom tempe ako v poreformných rokoch (Graf 9)



**Graf 9: Vývoj nákladov na ústavnú starostlivosť podľa typov, v mil. Eur, 2006-13.**



Zdroj: vlastné spracovanie podľa ÚDZS (2006-2014)

**2.3.2 ZMLUVNÉ VZŤAHY: TRANSPARENTNOSŤ, STABILITA, KRITÉRIÁ PRE UZATVÁRANIE ZMLÚV**  
Reforma zdravotníctva v 2005 priniesla aj dereguláciu zmluvných vzťahov a platobných mechanizmov. Zdravotná poisťovňa má zo zákona povinnosť zabezpečiť minimálnu sieť poskytovateľov. Pri splnení týchto podmienok má možnosť selektívne kontrahovať poskytovateľov na základe zverejnených kritérií.

Aj napriek určitým problémom pri kontrahovaní v posledných 10 rokoch, poisťovne aj poskytovatelia si na túto dereguláciu zvykli bez výraznejších problémov. Po úvodných meškaniach a podpisovaní zmlúv aj týždeň po ich účinnosti sa situácia zmenila a v súčasnosti sú zmluvy spravidla podpisované včas. K tomu prispela aj povinnosť zdravotných poisťovní zverejňovať zmluvy na svojich webových stránkach od 1.1.2012, pričom zmluvy sú účinné až po ich zverejnení. Aj keď si všetky poisťovne túto povinnosť plnia v rozsahu zákona, z pohľadu verejnosti to vyzerá, že sa predbiehajú v tom, aby to bolo čím najprehľadnejšie.

Aj keď sa zmluvy uzatvárajú minimálne na rok, spravidla sa predlžujú na dlhšie obdobie a zároveň podliehajú mnohým priebežným zmenám, ktoré sa týkajú najmä výšky cien alebo dohodnutých objemov.

Všetky zdravotné poisťovne používajú ako kritériá pre uzatváranie zmlúv všetky alebo len niektoré z nasledujúcich parametrov:

- dostupnosť zdravotnej starostlivosti,
- personálne zabezpečenie,
- materiálo-technické vybavenie,
- indikátory kvality – buď podľa nariadenia vlády alebo vlastné,
- prevoz materiálu BIO – len VŠZP v posledných rokoch.

Pomer váhy jednotlivých kritérií sa medzi poisťovňami a v čase líšil, ale najmä na začiatku obdobia mala kvalita veľmi nízku váhu a spravidla bolo možné dosiahnuť hranicu pre zazmluvnenie aj bez plnenia kritérií kvality (Tabuľka 2).

**Tabuľka 2: Kritériá pre uzatváranie zmlúv k 1.9.2014.**

Kritérium na uzatváranie zmlúv	VŠZP	ZP Dôvera		ZP Union	
		mimo ústavných	ústavné zariadenia	mimo SVLZ	SVLZ
dostupnosť ZS	20%	25%	-	20%	-
personálne zabezpečenie	20%	25%	25%	30%	30%
materiálno-technické vybavenie	20%	25%	25%	30%	30%
indikátory kvality - nariadenie vlády	20%	-	-	20%	20%
vlastné indikátory kvality	15%*	25%	50%	-	20%
prevoz materiálu BIO	5%	-	-	-	-
minimálna váha všetkých kritérií	90%	75%	75%	80%	80%

\*Vo VŠZP bola vlastným indikátorom kvality cena za poskytovanú ZS

Zdroj: vlastné spracovanie podľa internetových stránok zdravotných poisťovní

Kvalita ako taká však stále má malú úlohu pri kontraktingu a nákupe zdravotnej starostlivosti. Publikované rebríčky kvality, ktoré majú poisťovne povinnosť zverejňovať, používajú len málo citlivé indikátory, nezohľadňujú špecifické zameranie zariadení a náročnosť ošetrovaných pacientov a odlišujú len poskytovateľov na oboch extrémoch (viac ako 97% poskytovateľov dosahuje „štandardnú úroveň“). Pritom vzhľadom na porovnávanie rôznych zariadení v jednej skupine, ako poskytovatelia s nízkou úrovňou končia hospice vzhľadom na nadpriemerne vysokú úmrtnosť, ktorá však vyplýva z ich zamerania (Tabuľka 3).

**Tabuľka 3: Výsledky hodnotenia kvality v roku 2012.**

	nízka úroveň	štandardná úroveň	vysoká úroveň	nehodnotiteľné
VŠZP	2,09%	97,67%	0,24%	-
ZP Dôvera	-	-	-	-
ZP Union	1,91%	97,05%	1,05%	-

Zdroj: ÚDZS (2013)

### 2.3.3 PLATOBNÉ MECHANIZMY A CENY

Deregulácia cien a platobných mechanizmov neznamena žiadnu nárazovú zmenu v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a systéme jej úhrad. Inovácie v platobných mechanizmoch mali skôr menší rozsah, avšak aj pri decentralizovanom systéme sa poisťovne boli schopné dohodnúť aj na spoločnom postupe (napr. iniciácia DRG, pravidlá pre indikáciu laboratórnych výkonov). Vývoj v cenách v tomto období pravdepodobne viac ovplyvnili iné externé vplyvy ako vývoj ekonomiky, postoje vlády zodpovednej politike a konflikt záujmov štátu v zdravotníctve, než len samotná deregulácia.

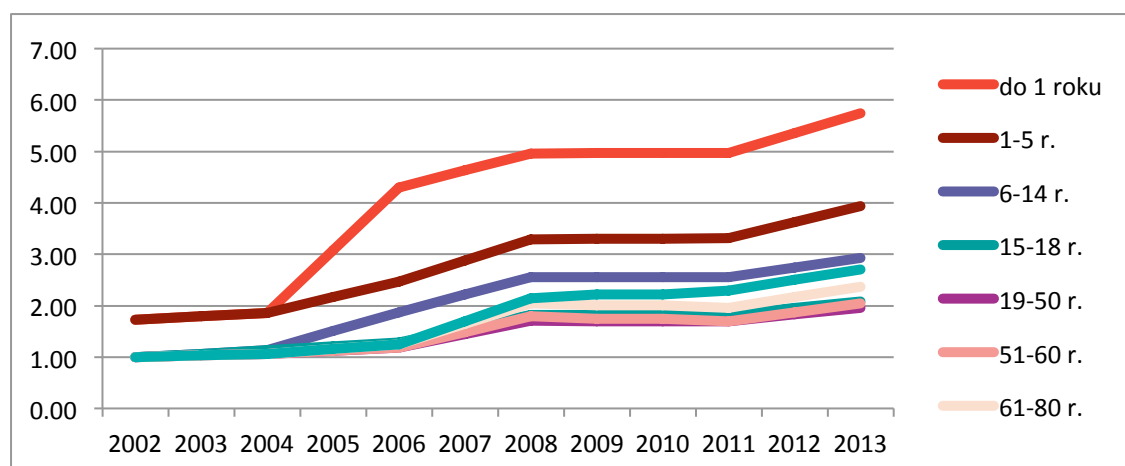
Skúsenosti zo Slovenska ukazujú, že poisťovne a poskytovatelia **menili platobné mechanizmy len pomaly** a za takmer 10 rokov od ich liberalizácie došlo len k miernym úpravám pôvodných mechanizmov.

**Súkromné poisťovne boli konzervatívnejšie pri zvyšovaní cien** a ich úloha bola primárne v **prinášaní inovácií** do platobných mechanizmov, aj keď išlo len o úpravy existujúcich systémov alebo pilotné projekty obmedzené svojím rozsahom. **Na dramatickejšie zmeny platobných mechanizmov** akým je v súčasnosti na Slovensku lokalizácia nemeckého DRG, bola **nevyhnutná dohoda** aj s väčšinou poisťovňou a v tomto prípade aj zastrešenie Úradom pre dohľad.

**Iniciátorom zvyšovania cien** bola na Slovensku paradoxne **VŠZP**, ktorá výrazným tempom navyšovala ceny v rokoch 2007/08 a opäť v 2012/13, pričom ostatné poisťovne ju zvyčajne tlakom trhu nasledovali. Navyšovanie cien sa týkalo najmä pre veľkých štátnych poskytovateľov, často aj za cenu finančných problémov vo VŠZP v roku 2009/10 a to aj v situácii, kedy mali poisťovne nastavené tvrdé rozpočtové obmedzenia po ich transformácii na akciové spoločnosti v roku 2005. Ako následok však nasledovala fáza nevyhnutného znižovania cien.

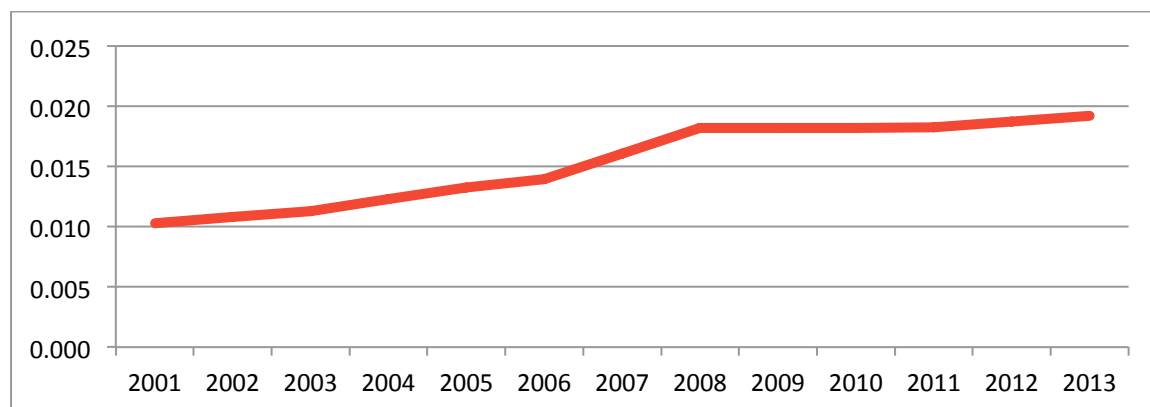
Pri vývoji cien po deregulácii možno pozorovať niekoľko fáz vývoja. **Najskôr to bol prudký nárast cien** v rokoch 2007/08 (až 20% ročný rast pri niektorých typoch ZS), ktorý bol nasledovaný **stabilizáciou cien, prípadne** aj ich nevyhnutným **poklesom** v rokoch 2009 až 2011 a následným **ďalším viac alebo menej prudším rastom** (v závislosti od typu starostlivosti). Jediným typom starostlivosti, kde nerástli ceny, boli spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky, kde pri laboratórnej diagnostike ceny dokonca klesali.

**Graf 10: Prehľad vývoja výšky kapitácie v Eur u všeobecných lekárov na Slovensku podľa veku poistenca, dostupné údaje, 2002-2013.**



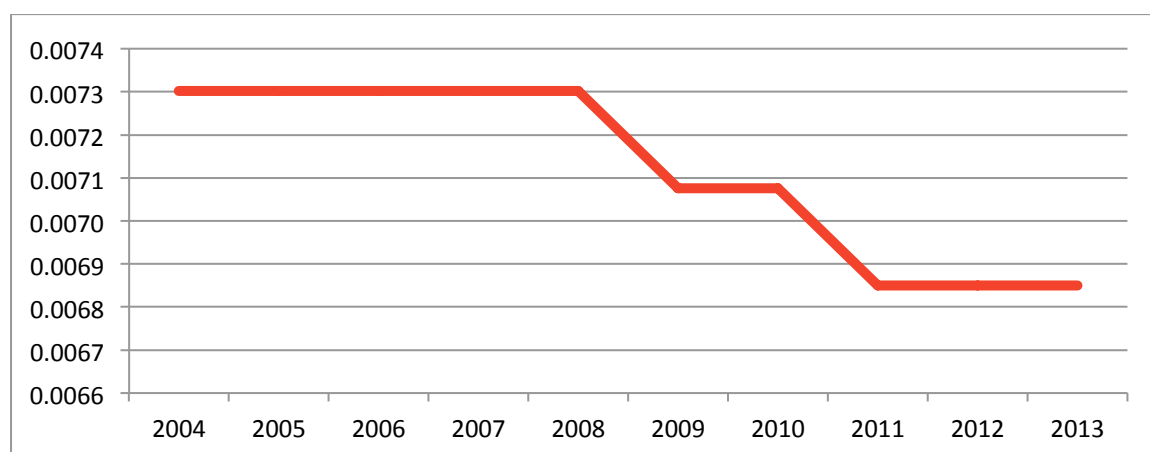
Zdroj: vlastné spracovanie podľa údajov od zdravotných poisťovní

**Graf 11: Prehľad vývoja ceny za bod v Eur v špecializovanej ambulantnej starostlivosti na Slovensku, dostupné údaje, 2001-2013.**



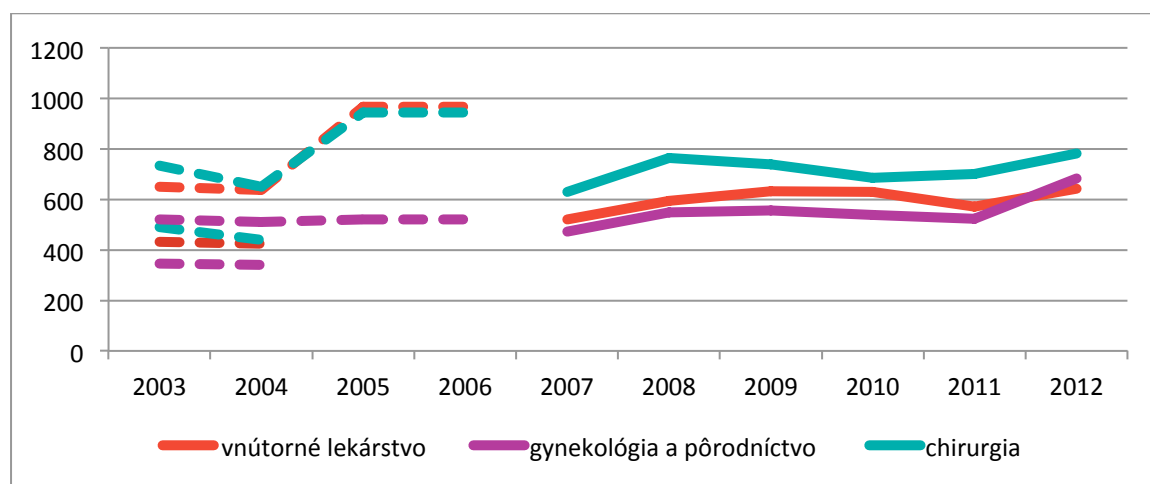
Zdroj: vlastné spracovanie podľa údajov od zdravotných poisťovní

**Graf 12: Prehľad vývoja ceny za bod v Eur výkonov SVLZ na Slovensku, dostupné údaje, 2001-2013.**



Zdroj: vlastné spracovanie podľa údajov od zdravotných poisťovní

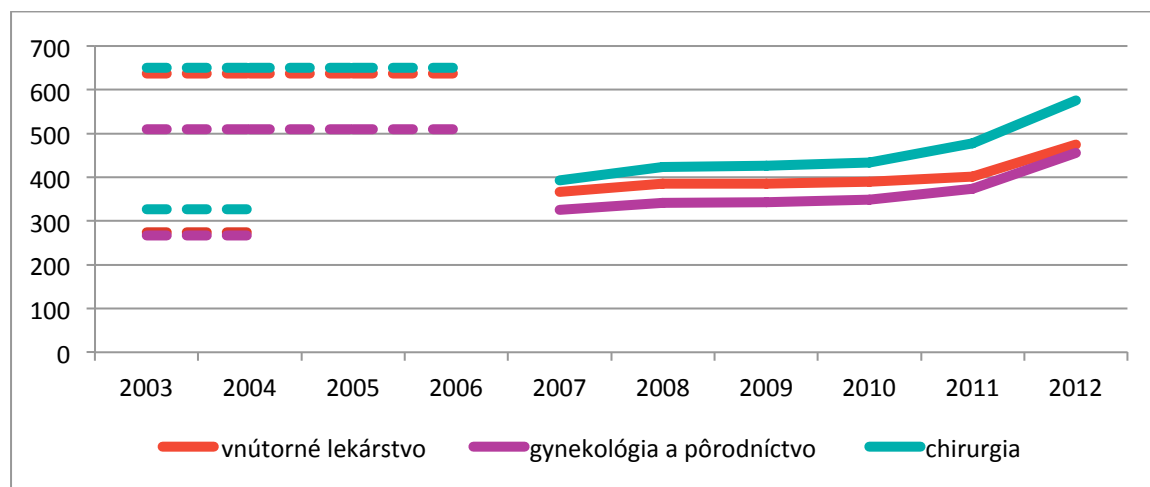
**Graf 13: Prehľad vývoja cien za ukončenú hospitalizáciu v základných odbornostiach v Eur vo fakultných a univerzitných nemocniciach na Slovensku, dostupné údaje, 2003-2012.**



Pozn.: Prerušovanou čiarou sú zobrazené regulované minimálne a maximálne ceny, plnou čiarou priemerné ceny

Zdroj: vlastné spracovanie podľa Cenového opatrenia a ÚDZS (2003-2014)

**Graf 14: Prehľad vývoja cien za ukončenú hospitalizáciu v základných odbornostiach v Eur vo všeobecných nemocniciach na Slovensku, dostupné údaje, 2003-2012.**



*Pozn.: Prerušovanou čiarou sú zobrazené regulované minimálne a maximálne ceny, plnou čiarou priemerné ceny*

*Zdroj: vlastné spracovanie podľa Cenového opatrenia a ÚDZS (2003-2014)*

Významnou zmenou v platobných mechanizmoch bude zavedenie DRG v lôžkovej starostlivosti, ktoré sa implementuje od roku 2011 pod vedením ÚDZS. DRG by malo priniesť transparentnosť a spravodlivosť do financovania lôžkovej starostlivosti. Rizikom súčasného procesu zavádzania je slabá podpora MZ SR v rámci legislatívy, čo znamená, že mnohé parametre zavádzaného DRG nie sú stále známe, ako napr. existencia rovnakej základnej sadzby a prípadne postup jej zavádzania. V tomto nejasnom prostredí poisťovne aj poskytovatelia zatiaľ vyčkávajú a dostatočne sa na túto zmenu nepripravujú, lebo nemajú dostatok informácií. Toto v konečnom dôsledku môže vážne ohroziť samotné zavedenie, pretože napriek rozloženiu prípravy na viacero rokov, nikto nebude pred plánovaným termínom spustenia (1.1.2016) naozaj pripravený.

Aj keď je výhodnejšie, ak metodika a výpočty v rámci DRG sú vykonávané na centrálnej úrovni, zároveň považujeme za dôležité ponechať aj po jeho zavedení možnosť poisťovniam a poskytovateľom dohodnúť sa aj na iných podmienkach úhrady, čím sa zachová schopnosť trhu prinášať do platobných mechanizmov nové inovácie.

## 2.4 ODPORUČENIA HPI

- zníženie koncentrácie na trhu – rozdelenie a predaj VŠZP,
- rozširovanie prerozdelenia o ďalšie parametre,
- definícia časovej dostupnosti,
- rozumné zverejňovanie zmlúv,
- zameranie sa pri kontraktingu na kvalitu, služby, ktoré PZS poskytujú ich poistencom, na podporu integrovanej ZS,
- revízia indikátorov kvality a ich zrozumiteľné zverejňovanie pre poistencov,
- zavedenie DRG, aktualizácia zoznamu výkonov (s bodmi), ale ponechanie možnosti ZP a PZS dohodnúť sa inak.

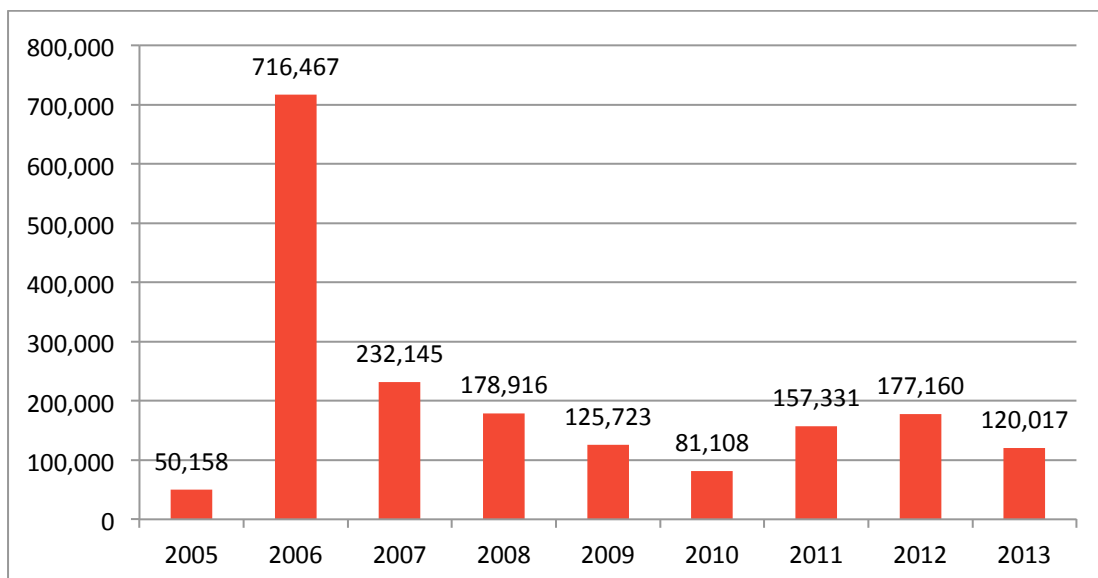
### 3 TRH ZDRAVOTNÉHO POISTENIA – POISTENEC VS. ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

Mária Pourová

Na trhu zdravotného poistenia vzniká vzťah medzi zdravotnou poisťovňou (ZP) a poistencom – spotrebiteľom na základe prihlášky na verejné zdravotné poistenie. Poistenec môže tento vzťah raz ročne vypovedať, tak, že si podá prihlášku do inej ZP (poisťovňa má povinnosť prijať každého poistenca, ktorý o to prejaví záujem).

Poistenci boli v prepoisťovaní sa najaktívnejší v roku 2006. V ďalších rokoch mal počet prestupov klesajúcu tendenciu, v rokoch 2008 – 2013 nepresiahol ich počet hranicu 180 000.

Graf 15: Počet poistencov, ktorí sa v danom roku rozhodli zmeniť ZP, 2005 - 2013



Zdroj: ÚDZS (2006-2014)

#### 3.1 SÚŤAŽ ZDRAVOTNÝCH POISŤOVŇÍ

Poistenci, ktorí chceli po reforme zmeniť svoju ZP tak urobili v rokoch 2006 a 2007. V ďalších rokoch poistencom zjavne chýbal **aktivizačný prvok na zmenu poisťovne**.

Zdravotné poisťovne na trhu zdravotného poistenia nie sú schopné sa efektívne odlíšiť od ostatných ZP a ponúknuť poistencovi iný – pre neho vhodnejší **produkt zdravotného poistenia**. Produkt, ktorý by bol iný než ten, ktorý dostáva u každej ZP, a ktorý je veľmi široko definovaný.

Zmena poisťovne teda neprinesie poistencovi zmenu v službách, ktoré sa mu dostávajú. Rovnako pre neho táto zmena nemá ani **finančný efekt** – odvodové zaťaženie ostane rovnaké.

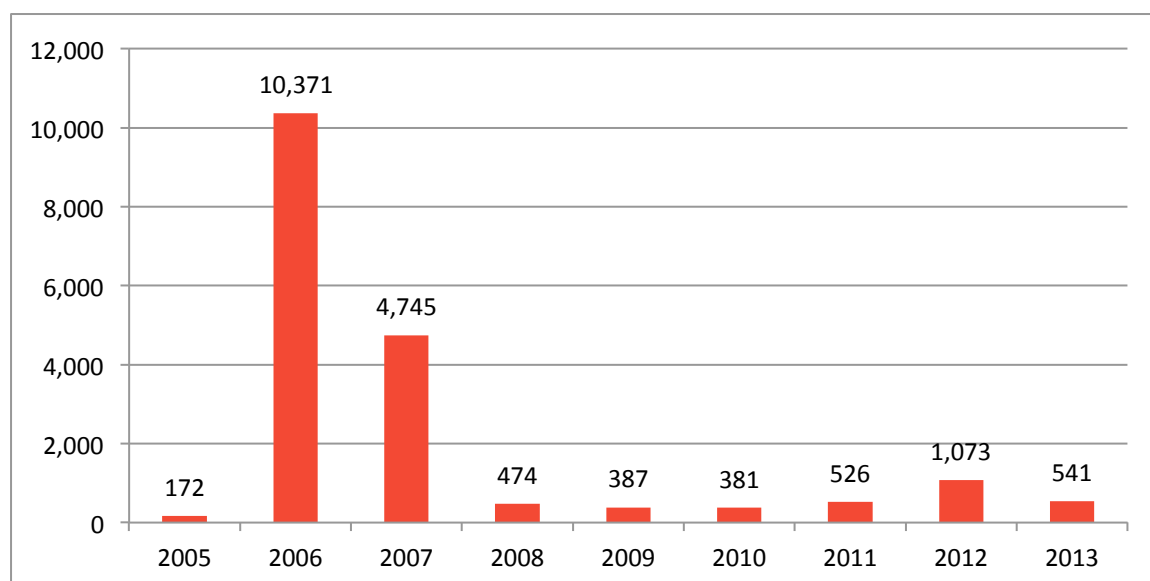
Od roku 2005 sa na trhu neustálil žiaden rebríček systematického hodnotenia zdravotných poisťovní, ktorý by pomáhal poistencom v orientácii. HPI zverejnilo takýto rebríček za roky 2007 a 2008. V roku

2009 sme zverejňovanie rebríčku ukončili z dôvodu pochybností o validite zverejňovaných údajov ako aj z dôvodu neochoty niektorých poisťovní zverejňovať údaje.

### 3.2 PODANIA POISTENCOV V ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNIACH

Sťažnosti v súvislosti s prepoisťovaním tvorili najmä v silno prestupových rokoch hlavný dôvod podaní poistencov, ktoré riešili zdravotné poisťovne. V roku 2006 súviselo s náborm poistencov až 96,1% podaní, v roku 2007 to bolo 89,8% podaní. V roku 2013 tento podiel klesol na 27%. Ďalšie dôvody pre podávanie podnetov do ZP sú nedostatky v evidencii poistného, ročné zúčtovanie zdravotného poistenia alebo vymáhanie poistného.

**Graf 16: Podania poistencov riešené v zdravotných poisťovniach 2005 - 2013**



Zdroj: ÚDZS (2006-2014)

### 3.3 ODVODY NA ZDRAVOTNÉ POISTENIE

Výška odvodov na zdravotné poistenie sa od roku 2005 nemenila. Menili sa minimálny a maximálny vymeriavací základ ako aj rozsah príjmov, z ktorých sa platili odvody. V odvodovej oblasti bolo posledných 10 rokov charakteristických snahou regulátora dosiahnuť vyšší výber poistného – buď rozširovaním odvodovej bázy alebo povinnej populácie.

### 3.4 ROČNÉ ZÚČTOVANIE ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Reformnou novinkou vo vzťahu zdravotnej poisťovne a poistenca bola povinnosť podávať ročné zúčtovanie zdravotného poistenia (RZZP). Cieľom tohto opatrenia bola snaha regulátora, zabezpečiť vyšší odvod poistného, pri rešpektovaní maximálneho vymeriavacieho základu. Poisťovne vďaka RZZP získali dodatočné zdroje. Systém sa stal prehľadnejším aj pre poistenca – vďaka RZZP má istotu, že na zdravotných odvodoch neodvedie viac, ako je maximálny vymeriavací základ.

Po prvýkrát poistenci podávali RZZP v roku 2005 za rok 2004. Za rok 2011 už vykonávali RZZP zdravotné poisťovne za svojich poistencov.

Výsledky ročného zúčtovania zdravotného poistenia sú kolísavé a to najmä kvôli zúčtovaniu so štátom, kde je celková suma závislá od odhadu štátu na začiatku roka ohľadne počtu tzv. poistencov štátu.

**Tabuľka 4: Prehľad výsledkov ročného zúčtovania zdravotného poistenia za roky 2005 - 2012**

v mil €	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Výsledok RZZP (poistenci, zamestnávateľia)	n/a	n/a	30,08	32,85	24,07	25,55	43,14	54,71
Výsledok RZZP (štát)	n/a	n/a	-6,60	5,80	49,01	9,73	90,00	28,30
Celkový výsledok RZZP	49,79	31,38	23,48	38,65	73,08	35,29	133,14	83,01

Zdroj: ÚDZS (2006-2014)

### 3.5 REALIZÁCIA NÁROKU POISTENCA – DOSTUPNOSŤ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Zdravotná poisťovňa by mala byť nápomocná svojim poistencom pri realizácii ich nároku na zdravotnú starostlivosť (ZS), ale napríklad aj nároku na finančnú ochranu pred katastrofickými výdavkami.

(Ne)fungovanie vzťahu zdravotná poisťovňa – poistenec cez „nárok“ ilustrujú nasledujúce prvky v systéme:

- × Indikátory kvality poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
- ✓ Ochranný limit na lieky
- × Nadlimity a čakacie zoznamy

#### 3.5.1 INDIKÁTORY KVALITY

Od roku 2005 majú zdravotné poisťovne povinnosť viesť a zverejňovať rebríčky kvality poskytovania ZS. Verejne prístupné informácie o kvalite poskytovateľov sú jednou zo základných služieb, ktoré by mala poisťovňa svojim poistencom poskytovať. Takéto rebríčky pomáhajú poistencovi –spotrebiteľovi zdravotnej starostlivosti v orientácii v systéme a pomáhajú mu pri výbere poskytovateľa ZS.

Zavádzanie rebríčkov kvality na Slovensku od začiatku bol a stále ešte je, veľmi náročný proces brzdený (ne)aktivitou regulátora, problémami pri zbere a vyhodnocovaní dát na všetkých úrovniach ako aj odmietaním doteraz zverejnených rebríčkov samotnými poskytovateľmi.

**Vo výsledku dnes poistenec stále nemá vo svojich rukách jednoduchý a zrozumiteľný nástroj, ktorý by mu pomáhal v orientácii sa medzi poskytovateľmi.**



### 3.5.2 OCHRANNÝ LIMIT NA LIEKY

Od roku 2011 majú zdravotné poisťovne povinnosť vracať niektorým skupinám svojich poistencov doplatky za lieky. Toto regulačné opatrenie **zvyšuje finančnú ochranu obyvateľstva pred katastrofickými výdavkami za lieky**. Chránenými osobami pri tomto opatrení sú dôchodcovia s nízkym príjmom, ťažko zdravotne postihnuté osoby a poberatelia invalidných dôchodkov. Celá administrácia vracania doplatkov je na strane poisťovne, ktorá automaticky po prekročení zákonom stanoveného limitu, raz za kalendárny štvrťrok vracia dotknutým poistencom sumu, o ktorú ich doplatky prekročili daný limit.

**Tabuľka 5: Prehľad o celkových sumách vrátených doplatkov za lieky v jednotlivých štvrťrokoch**

	2Q 2011	3Q 2011	4Q 2011	1Q 2012	2Q 2012	3Q 2012	4Q 2012	1Q 2013	2Q 2013	3Q 2013	4Q 2013
Suma vrátených doplatkov za lieky v €	110 948	90 918	89 121	1 433 928	376 441	312 442	593 533	503 253	462 362	408 315	431 834

Zdroj: Zdravotné poisťovne (2014)

### 3.5.3 ČAKACIE ZOZNAMY A NADLIMITY

Čakacie zoznamy a nadlimity sú dva prepojené faktory, ktoré ovplyvňujú dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Oba tieto faktory pritom vie zdravotná poisťovňa manažovať a ovplyvňovať v prospech svojho poistenca.

Čakacie zoznamy boli súčasťou reformy, na presnejšie pravidlá ohľadne ich vedenia sme čakali až do roku 2010. Aktuálne majú ZP povinnosť viesť čakacie zoznamy pre 6 chorôb. Poistencovi odporúča zaradenie do zoznamu poskytovateľ ZS, zoznamy sú následne vedené poisťovňami. K 31. 12. 2013 bolo na čakacích listinách spolu 8 889 poistencov, z toho 1 082 poistencov čakalo na danú starostlivosť viac ako jeden rok.

Tzv. nadlimitné výkony vznikajú ako rozdiel medzi evidenčne uznanými výkonmi a finančne uznanými výkonmi. V roku 2013 bolo z celkového počtu evidenčne uznaných výkonov 98,84% výkonov aj finančne uznaných.

V momente vyčerpania časovej alebo finančnej kapacity poskytovateľa pri odkladnej zdravotnej starostlivosti má byť poistenec zapísaný na čakaciu listinu. Je ďalej na zdravotnej poisťovni, ako vyrieši takýto neuspokojený nárok. Pokiaľ sa však jedná o typ starostlivosti, pre ktorý sa nevedie čakacia listina, môže neuspokojený nárok viesť k vytvoreniu „nadlimitu“ u poskytovateľa.

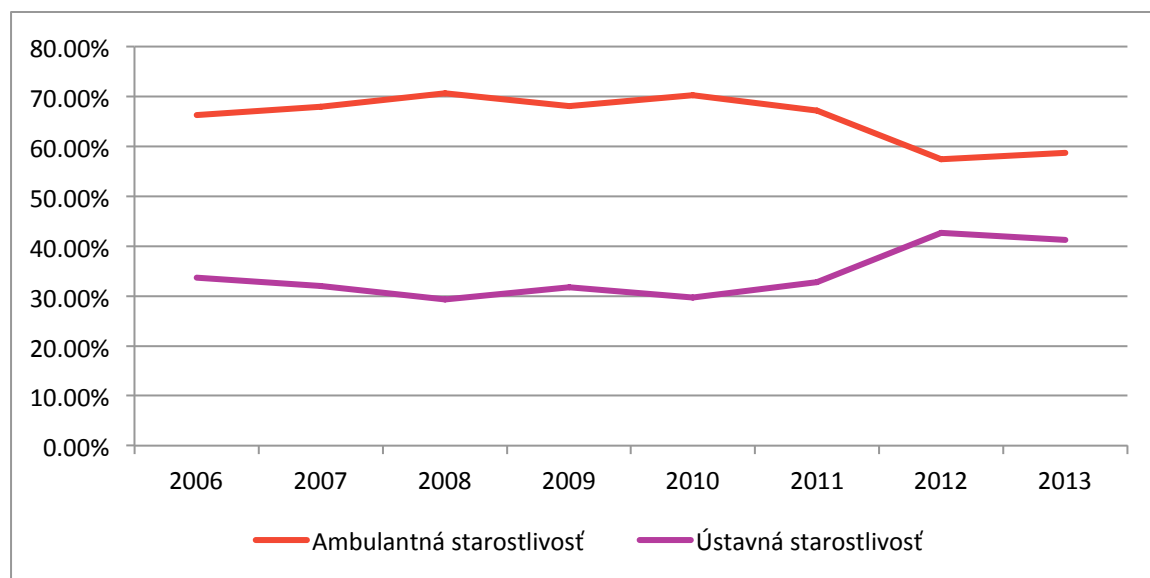
Čakacie listiny a odkladanie poskytnutia zdravotnej starostlivosti nám jednoznačne ukazujú priestor na zlepšenia systému v budúcnosti.

**Tabuľka 6: Prehľad nadlimitných výkonov**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% podiel fin. uzn. na evid. uznaných výkonoch	98,84%	96,81%	97,57%	97,40%	97,09%	97,37%	98,07%	97,97%	98,84%
Nadlimitné výkony v mil. EUR	25,3	77,8	68,9	82,0	96,8	89,3	64,8	70,3	41,8

Zdroj: ÚDZS (2006-2014)

**Graf 17: Tvorba nadlimitov podľa foriem zdravotnej starostlivosti**



Zdroj: ÚDZS (2006-2014)

### 3.6 ODPORUČENIA HPI

- Zavedenie produktu zdravotného poistenia a jeho ceny – nominálneho poistného
- Rozšírenie zoznamu chorôb, pre ktoré má ZP povinnosť viesť čakací zoznam
- Zverejňovanie spotrebiteľsky zrozumiteľných rebríčkov kvality poskytovateľov
- Zverejňovanie spotrebiteľsky zrozumiteľných rebríčkov kvality zdravotných poisťovní

## 4 PACIENTI, SPOTREBITEĽIA ZDRAVOTNÝCH SLUŽIEB A POSKYTOVATEĽIA

*Roman Mužik, Peter Balík, Peter Pažitný*

Čo sa zmenilo za posledných 10 rokov:

1. Regulačné poplatky vznikli a krátko na to z časti aj zanikli, vyberá sa však množstvo iných poplatkov
2. Dlhy v nemocniciach boli, sú a bez prijatia reformných zmien aj budú
3. Žijeme dlhšie o 2,5 roka
4. Posilňovanie práva na kvalitnú zdravotnú starostlivosť samostatnou inštitúciou, ľudia sa sťažujú viac
5. Rebríčky kvality
6. Pacientske organizácie sú málo aktívne, ak aktívne sú, tak sú úspešné
7. Korupcii sa darilo a aj darí naďalej
8. Primárna starostlivosť stratila svoje poslanie a čaro
9. Ambulantné zdravotníctvo je aj naďalej postavené na špecialistoch
10. Štát aj naďalej ako dominantný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti
11. Špecializované ústavy zdravotnej starostlivosti s najlepšimi výsledkami
12. Polikliniky prežili a dominujú v nich súkromní hráči
13. Počet pracovníkov v zdravotníctve naďalej klesá, starnú a emigrujú
14. Platy rastú, zmena kvality je však otázná
15. Lepšie a rýchlejšie služby pozemnej záchranej služby
16. Pacienti majú na lekárenskom trhu na výber z množstva lekární
17. V laboratórnej medicíne už dominujú samostatní poskytovatelia laboratórnej diagnostiky

### 4.1 ÚVOD

Cieľom tejto kapitoly je poskytnúť obraz o vývoji vzťahov medzi pacientmi, spotrebiteľmi zdravotných služieb a poskytovateľmi za posledných 10 rokov. Na túto problematiku nahliadame z pohľadu dvoch rovín (Tabuľka 7).

Prvá rovina sleduje dopad a vývoj opatrení, priamo súvisiacimi so spotrebiteľmi, prijatých v rámci reformy zdravotníctva počas ministra Rudolfa Zajaca. Reforma mala tri roviny, ktoré sú predmetom jednotlivých podkapitol – stabilizačnú, systémovú a sieťovú. Niektoré opatrenia síce neboli implementované, ako napríklad transformácia nemocníc, základný balík služieb, avšak drvivá väčšina prijatých rozhodnutí v rokoch 2002 – 2006 mala systémový dopad na zdravotníctvo na Slovensku.

Druhá rovina sleduje vývoj a zmeny špecifických oblastí v rámci vzťahu poskytovateľa a spotrebiteľa. Tu svoju pozornosť sústreďme na ukazovatele kvality, dostupnosti či efektívnosti jednotlivých trhov a viaceré iné ukazovatele v rámci vzťahu poskytovateľa a spotrebiteľa

Našou ambíciou je v rámci oboch rovín čo najlepšie popísať kam sa tieto vzťahy za posledných 10 rokov posunuli.

**Tabuľka 7: Východiskový rámec kapitoly**

Charakter opatrenia	Opatrenie v rámci reforiem	Ukazovatele v rámci vzťahu poskytovateľa a spotrebiteľa
<b>Stabilizačné</b>	Zavedenie poplatkov	
	Projekt oddĺženia	
<b>Systémové</b>	Tvrde rozpočtové obmedzenia	Zdravotný stav populácie
	Vytvorenie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou	Kvalita zdravotnej starostlivosti
		Participácia na tvorbe zdravotnej politiky
		Čakacie listiny
		Korupcia
		Trh s nemocničnou zdravotnou starostlivosťou
		Trh s poliklinikami
		Štruktúra, dostupnosť, zloženie a kvalita ľudských zdrojov v zdravotníctve
	Mzdy v zdravotníctve	
<b>Sieťové</b>	Záchranky	
	Lekárne	
	Laboratórna medicína	

## 4.2 STABILIZAČNÉ OPATRENIA

### 4.2.1 REGULAČNÉ POPLATKY ZANIKLI, VYBERÁ SA VŠAK MNOŽSTVO INÝCH, NEKOORDINOVANÝCH

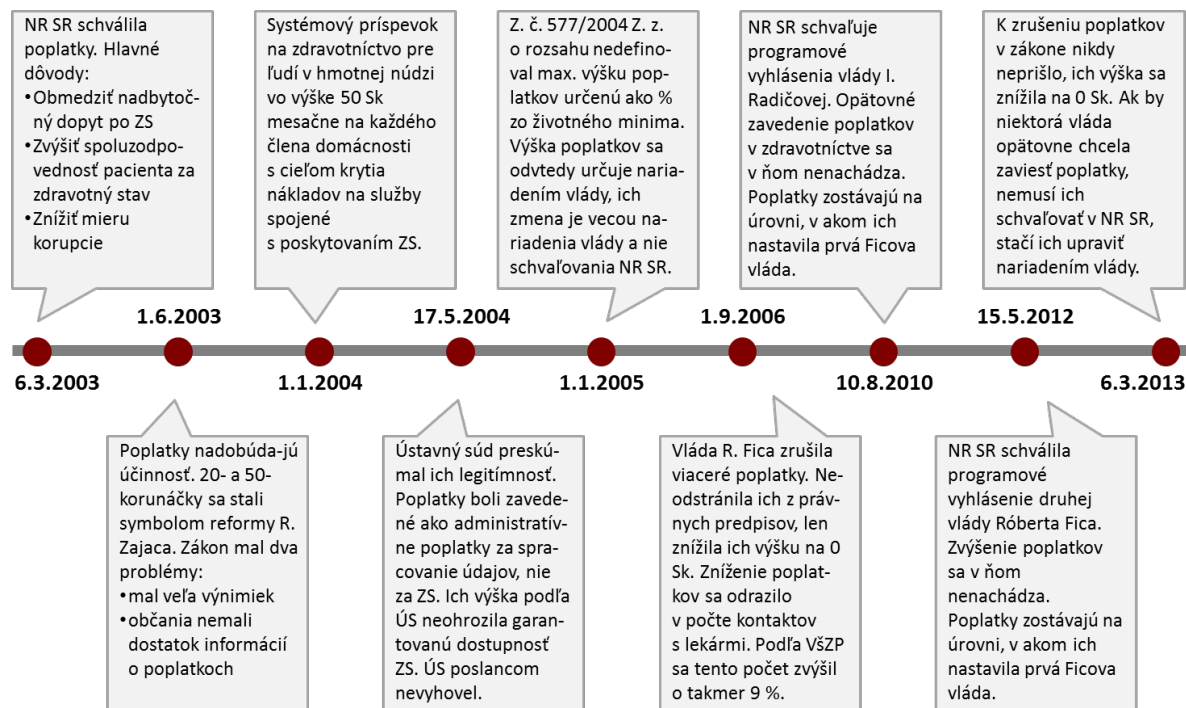
Od júna 2003 boli zavedené poplatky na tie činnosti, ktoré síce s poskytovaním zdravotnej starostlivosti súvisia, ale priamo zdravotnou starostlivosťou nie sú: návšteva lekára v ambulancii (20 Sk), pobyt v nemocnici (50 Sk/deň), v kúpeľoch (50-220 Sk/deň v závislosti od diagnózy), návšteva pohotovosti alebo poskytnutie lekárskej služby prvej pomoci (60 Sk), vydanie lieku na lekársky predpis (20 Sk), zdravotnícka doprava sanitkou (2 Sk/km).

Po zavedení poplatkov klesli návštevy u lekárov primárnej ambulantnej starostlivosti v druhom polroku 2003 o 10 %. Návštevy u lekárskej služby prvej pomoci poklesli o 13 %. Počet návštev pri lekároch špecialistoch a v nemocniciach bol značne menší (v oboch prípadoch mierny pokles o 2 %) (HPI, 2012).

Od septembra 2006 boli zrušené (technicky znížené na 0) paušálne poplatky vo výške 20 Sk za návštevu lekára (ambulantná starostlivosť) a 50 Sk za deň hospitalizácie v nemocnici (ústavná

starostlivosť). Od októbra 2006 bol znížený poplatok za spracovanie receptu z 20 Sk na 5 Sk. Ostatné poplatky zostali zachované (Schéma 4).

#### Schéma 4: Chronológia zavedenia poplatkov na Slovensku



Zdroj: HPI (2012)

V nasledujúcich obdobiach pacienti platili nekoordinovane za rôzne služby. V súčasnosti vybrané poplatky môžeme rozdeliť na:

1. paušálne regulačné poplatky z obdobia Zajacovej reformy (recept, pohotovosť, preprava sanitkou, kúpeľná liečba, pobyt sprievodcu)
2. platby za prednostné vyšetrenie, kde výšku poplatkov schvaľujú samosprávne kraje
3. platby za služby nad rámec a teda nehradené z verejného zdravotného poistenia (administratívne úkony, estetické a kozmetické výkony a iné obdobné výkony alebo iné zdravotné výkony na vyžiadanie pacienta, ktoré prekročili opodstatnenie, frekvenciu alebo počet výkonov hradených z verejného zdravotného poistenia)
4. platby za výkony a služby nadštandardnej starostlivosti
5. iné poplatky, ktoré zaviedli samotní poskytovatelia (za telefónne číslo, za vstup do čakárne, za občerstvenie v čakárni a pod.)

#### 4.2.2 DLHY BOLI, SÚ A BEZ PRIJATIA REFORMNÝCH ZMIEN AJ BUDÚ

Na základe vývoja záväzkov po lehote splatnosti možno posúdiť, že na dlhu sa najviac podieľajú zdravotnícke zariadenia v pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva a taktiež zariadenia delimitované na obce a VÚC. V týchto nemocniciach zároveň dochádza k najväčšiemu rozsahu finančne náročných výkonov zdravotnej starostlivosti, pričom v prípade, že dôjde k poklesu ich dlhov je to spôsobené poskytnutím prostriedkov zo štátneho rozpočtu na oddĺženie. Tento stav v slovenských nemocniciach nie je unikátny, keďže k dosiahnutiu dlhu vo výške 300 miliónov dochádza cyklicky každé 3 – 4 roky. Spravidla sa toto obdobie končí oddĺžením z prostriedkov štátneho rozpočtu (Tabuľka 8). K oddĺženiu nemocníc došlo v rokoch 2004 – 2006 (Veriteľ vo výške 673 mil. eur), v roku 2009 (vo výške 130 mil. eur) a v roku 2011 (vo výške 310 mil. eur). Oddĺženiu by však mali predchádzať konkrétne snahy na zamedzenie rastu dlhu, čo sa však v praxi nedeje.

**Tabuľka 8: Vývoj záväzkov nemocničných zariadení a zdravotných poisťovní po lehote splatnosti na Slovensku (mil. eur)**

	Príspevkové organizácie v pôsobnosti MZ SR (vrátane univerzitných a fakultných nemocníc)	Zariadenia transformované na akciové spoločnosti	Zariadenia delimitované na obce a VÚC a transformované na neziskové organizácie	Zdravotné poisťovne	SPOLU
2002	534	n/a	n/a	266	<b>800</b>
2003	375	n/a	66	249	<b>690</b>
2004	461	n/a	106	73	<b>640</b>
2005	93	n/a	80	40	<b>213</b>
2006	153	n/a	76	3	<b>232</b>
<b>Oddĺženie - 673 miliónov eur</b>					
2007	196	n/a	73	3	<b>272</b>
2008	196	0,1	77	<b>0</b>	<b>273</b>
2009	115	0,04	78	<b>0</b>	<b>193</b>
<b>Oddĺženie - 130 miliónov eur</b>					
2010	209	0,1	76	<b>0</b>	<b>285</b>
2011	69	0,1	81	<b>0</b>	<b>150</b>
<b>Oddĺženie - 310 miliónov eur</b>					
2012	142	0,1	71	<b>0</b>	<b>213</b>
2013	247	0,0	72	<b>0</b>	<b>319</b>

Zdroj: Rokovanie vlády SR (2013), HiT Slovakia (2011)

Dlhy nemocníc sa už dlhodobo neriešia systémovými opatreniami a preto dochádza k cyklickým potrebám oddĺženia, čo negatívne vplýva na vývoj verejných financií. Zákon o postupnom navyšovaní plátov zdravotníckych zamestnancov z roku 2011 tomuto stavu neprispel, pretože osobné náklady predstavujú najväčšiu časť prevádzkových nákladov nemocníc. Okrem toho aj zlý technický stav nemocníc prispieva k nehospodárnej prevádzke nemocníc.

Riešenie tohto stavu sa ponúkalo v histórii Slovenska až dva krát a to formou transformácie nemocníc na akciové spoločnosti. Prvé snahy boli zahájené Rudolfom Zajacom, v ktorých pokračoval Ivan Uhliarik, avšak v ani jednom prípade sa zákon nepodarilo presadiť do úspešného konca. Vplyvom transformácie by sa na nemocničné zariadenia vzťahoval obchodný zákon, na základe čoho možno

vplývať na efektívne hospodárenie nemocníc. V prípade zadlžovania nemocníc by totiž mohlo dôjsť až k ich bankrotu, čo na ne vyvíja tlak k efektívnemu hospodáreniu a lepšiemu účtovníctvu. Manažment by na seba navyše prebral trestnoprávnu zodpovednosť, zatiaľ čo na štátne zariadenia sa tieto obmedzenia nevzťahujú a nepreberajú na seba na klinickú a ani hospodársku zodpovednosť (HPI, 2011).

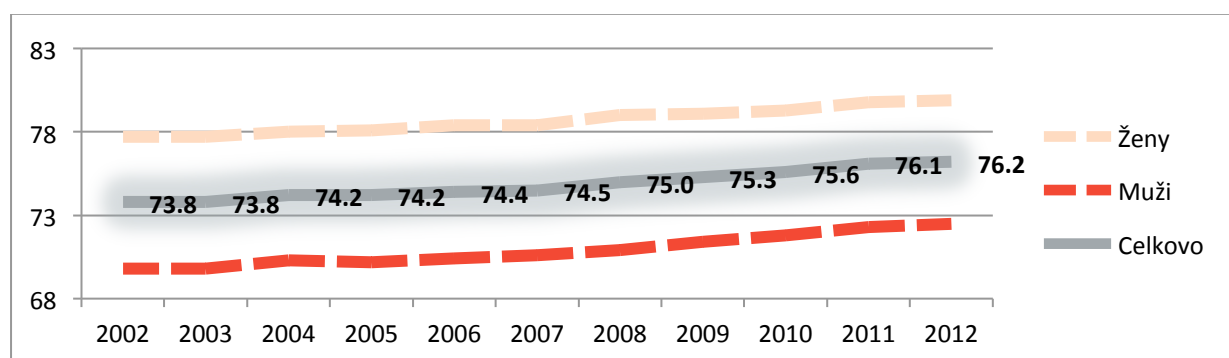
Okrem toho, ďalším systémovým prvkom na zníženie zadlžovania nemocníc je aj implementácia dlho plánovaného DRG (systém platby za diagnózu) pre spravodlivé odmeňovanie nemocníc. Slovensko je totiž jedinou krajinou v rámci Európskej únie, v ktorej tento platobný mechanizmus nefunguje. Zavedenie sa už plánuje niekoľko rokov za sebou, pričom cieľom ÚDZS, ktorý DRG implementuje, je zaviesť systém do platnosti od roku 2016.

### 4.3 SYSTÉMOVÉ OPATRENIA

#### 4.3.1 ZA POSLEDNÝCH 10 ROKOV ŽIJEME DLHŠIE O 2,5 ROKA

Očakávaná dĺžka života pri narodení za posledných desať rokov vzrástla z úrovne 73,8 roka (2002) na úroveň 76,2 roka (2012). Aj po desiatich rokoch žijú ženy (79,9 roka) výrazne dlhšie ako muži (72,5 roka). Dojčenská úmrtnosť klesla zo 7,6 úmrtí na 1000 živo narodených v roku 2002 na úroveň 5,8 v roku 2012 (Graf 18).

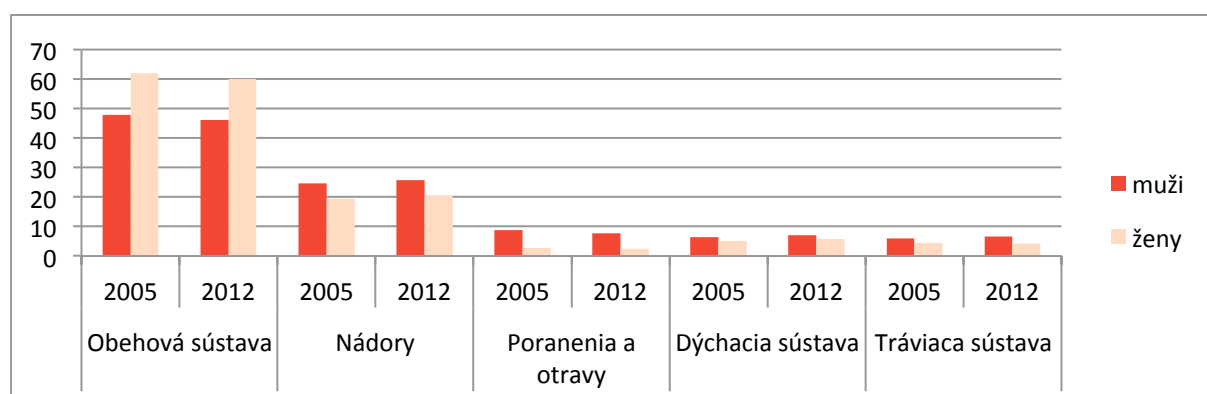
**Graf 18: Očakávaná dĺžka života na Slovensku a vybraných krajin**



Zdroj: OECD (2014)

Hlavnou príčinou smrti zostávajú chronické ochorenia s rastúcou úmrtnosťou na choroby obehovej sústavy u žien. Druhou najčastejšou príčinou úmrtí sú nádory (Graf 19). Nasledujú choroby dýchacej a tráviacej sústavy a s veľkým rozdielom v úmrtnosti mužov a žien sú zastúpené vonkajšie príčiny úmrtnosti – poranenia a otravy (NCZI, 2013b; NZCI, 2005).

**Graf 19: Miera úmrtnosti podľa príčin smrti a pohlaví v roku 2005 a 2012**



Zdroj: vlastné spracovanie podľa (NCZI, 2013b; NZCI, 2005).

#### 4.3.2 POSILŇOVANIE PRÁVA NA KVALITNÚ ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ SAMOSTATNOU INŠTITÚCIOU, ĽUDIA SA SŤAŽUJÚ VIAC

Jedným z kľúčových prínosov reformy RZ bol vznik Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Je úradom, ktorý výrazne posilňuje postavenie pacientov a spotrebiteľov v zdravotnom systéme. Kompetencie úradu v rámci obhajovania spotrebiteľov v zdravotnom systéme sa týkajú (1) obhajoby práv a postavenia pacientov pred poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a (2) dohľadu nad trhom zdravotných poisťovní, aby boli zabezpečené nároky poistencov. Napriek tomu však prevláda paternalistický vzťah medzi lekárom a pacientom.

ÚDZS obhajuje postavenie pacienta preskúmaním postupu poskytnutia zdravotnej starostlivosti na základe podaní pacientov. V roku 2013 úrad riešil 1936 podaní a ukončil 1651 z nich. Záverom bolo, že 227 (14%) podaní bolo opodstatnených, 858 (52%) neopodstatnených a ostatných 566 (34%) nebolo predmetom výkonu dohľadu (ÚDZS, 2014).

Celkový počet opodstatnených podaní stúpol oproti prvému roku fungovania úradu v roku 2005 zo 101 na 227 a teda o 125% (Tabuľka 9). Zdravotná starostlivosť nebola poskytnutá správne až v 12% podaných podnetov, čo je významný výsledok z hľadiska postavenia pacienta v zdravotnom systéme a zabezpečenia jeho práv. V prvom roku fungovania úradu v roku 2005 to bolo 6%. (ÚDZS, 2014).

Zvyšujúci sa počet podaní a predovšetkým zvyšujúci sa počet podaní súvisiacich so správnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti hovorí o záujme spotrebiteľov zdravotnej starostlivosti domáhať sa spravodlivosti a nárokov na kvalitu zdravotnej starostlivosti na úrade.



**Tabuľka 9: Počet podaní na ÚDZS**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Trend
Počet podaní v danom roku	1632	1321	1249	1452	1634	1469	1391	1563	1647	Stabilný
Počet podaní prenesených z	0	202	153	179	212	265	260	224	289	Rastúci
Celkový počet podaní	1632	1523	1402	1631	1846	1734	1651	1787	1936	Rastúci
<i>Počet ukončených podaní</i>	<i>1430</i>	<i>1168</i>	<i>990</i>	<i>1406</i>	<i>1581</i>	<i>1474</i>	<i>1427</i>	<i>1498</i>	<i>1651</i>	<i>Rastúci</i>
<i>Počet podaní v súvislosti so</i>	<i>510</i>	<i>748</i>	<i>678</i>	<i>933</i>	<i>1049</i>	<i>1016</i>	<i>961</i>	<i>1005</i>	<i>1085</i>	<i>Rastúci</i>
<i>Z toho opodstatnené podnety</i>	<i>101</i>	<i>211</i>	<i>146</i>	<i>214</i>	<i>206</i>	<i>245</i>	<i>282</i>	<i>228</i>	<i>227</i>	<i>Rastúci</i>
<i>Z toho neopodstatnené</i>	<i>409</i>	<i>537</i>	<i>532</i>	<i>719</i>	<i>843</i>	<i>771</i>	<i>679</i>	<i>777</i>	<i>858</i>	<i>Rastúci</i>
<i>Podiel opodstatnených</i>	<i>6%</i>	<i>14%</i>	<i>10%</i>	<i>13%</i>	<i>11%</i>	<i>14%</i>	<i>17%</i>	<i>13%</i>	<i>12%</i>	

Zdroj: ÚDZS (2006-2014)

Okrem nárastu oficiálnych podnetov a sťažností na poskytovanie zdravotnej starostlivosti sa za posledných 5 rokov, vzhľadom na možnosti písania blogov či kontaktovania médií, rozšírili aj verejné sťažnosti na zdravotníkov. V sťažnostiach dominovala nechota, neodbornosť, nekvalita či neprofesionalita pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na štrajky lekárov súvisiace prevažne so zvyšovaním platov (hlavne v roku 2011) a intenzívne medializované pochybenia niektorých zdravotníkov, konštatujeme, že verejnosť v poslednom desaťročí nie je spokojná s kvalitou zdravotnej starostlivosti a obzvlášť s etickým prístupom niektorých zdravotníkov.

V roku 2012 bolo vysúdené historicky najvyššie odškodné od nemocnice. Rekordných až 600-tisíc eur má dostať od Fakultnej nemocnice v Nitre rodina Šimona B., ktorý kvôli pochybeniu zostal po rutinej operácii v bdelej kóme.

#### 4.3.3 REBRÍČKY KVALITY

Informácie o kvalite zdravotnej starostlivosti sú kľúčovým predpokladom pre slobodný a informovaný výber poskytovateľa. Reforma zdravotníctva v rokoch 2002 – 2006 preto zaviedla povinnosti zdravotných poisťovní zhotovovať rebríčky všeobecných, špecializovaných a ústavných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na základe súboru indikátorov kvality. Všetky tri poisťovne následne tieto rebríčky zverejňujú na svojich webových stránkach. Žiadala by sa povinnosť zdravotných poisťovní vyhodnocovať a vykazovať hodnotenie poskytovateľov jednotným metodickým prístupom, čo by umožnilo komplexné zhodnotenie kvality poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

Celkové hodnotenie ústavných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na Slovensku s presným percentuálnym vymedzením spokojnosti poskytuje VŠZP, zatiaľ čo ZP Dôvera a ZP Union kategorizujú hodnotenie podľa typov zariadení ústavnej starostlivosti na základe troch stupňov (najlepší priemerný, najhorší). Podľa rebríčka VŠZP spokojnosť pacientov nad 80% poskytujú dlhodobo hlavne špecializovaní ústavní poskytovatelia s výnimkou jednej všeobecnej nemocnice Univerzitná nemocnica s poliklinikou Milosrdní bratia v Bratislave. Prevažná väčšina z nich má právnu formu obchodnej

spoločnosti (a.s., s.r.o.). Tento fakt vzbudzuje potrebu transformácie nemocníc na obchodné spoločnosti, ktorá bola neúspešná na Slovensku kvôli politickej nejednotnosti až dva krát.

Komplexné hodnotenie poskytovateľov existuje na Slovensku pre oblasť gynekológie pôrodnictva. Health Policy Institute uskutočňuje každoročne celoplošné kvalitatívne hodnotenie pôrodníc na Slovensku. Indikátormi kvality v tomto hodnotení sú okrem odborných vstupov pôrodných expertov z praxe aj subjektívne hodnotenia mamičiek.

#### 4.3.4 PACIENTSKE ORGANIZÁCIE SÚ MÁLO AKTÍVNE, AK AKTÍVNE SÚ, TAK SÚ ÚSPEŠNÉ

Pacientske organizácie sú vo vyspelých západoeurópskych zdravotných systémoch rešpektovanými partnermi pri tvorbe zdravotnej politiky. Na Slovensku je tento prístup zatiaľ len vo vývoji. Pacientske organizácie, ktorých úlohou má byť zastupovanie záujmov pacientov pred rozhodovacími zdravotnými orgánmi sú na Slovensku značne pasívne. V sledovanom období 2010 – 2012 sa podľa prieskumu Health Policy Institute zúčastnilo aktívneho pripomienkovania zdravotných zákonov len 14 slovenských patientskych organizácií z celkového počtu 300. Pripomienkovali iba 7 zo 110 legislatívnych aktov (6%), ktoré sa ich priamo týkali a teda viaceré z nich pripomienkovali ten istý návrh zákona. 63% z týchto pripomienok bolo však zásadných a 77% z nich bolo akceptovaných, čo naznačuje vysokú úspešnosť patientskych organizácie v prípade, že vykážu činnosť pri pripomienkovaní legislatívnych návrhov (Balík, Starečková, 2012).

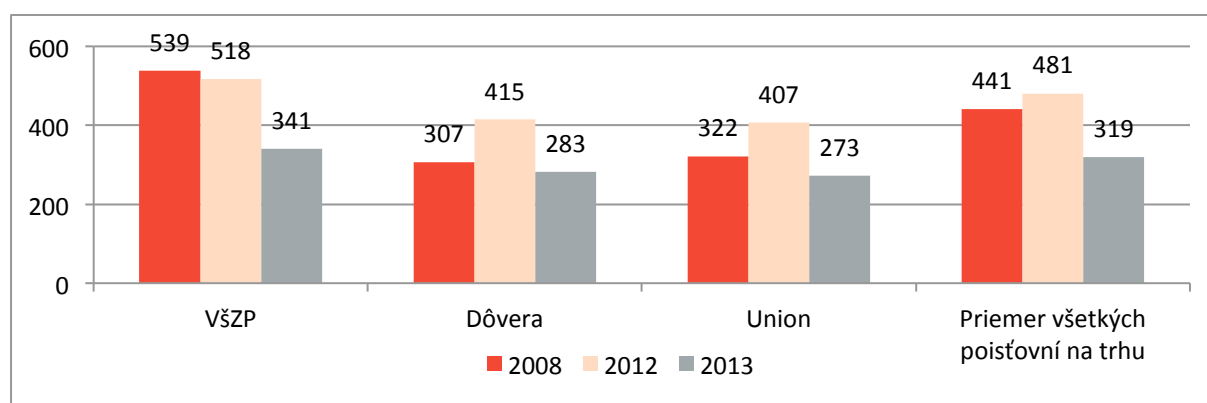
#### 4.3.5 ČAKACIE LISTINY, AKO NÁSTROJ KONKURENČNÉHO BOJA

Na Slovensku sa čakacie listiny ukotvili zákone č. 581/2004 Z. z., v rámci reforiem ministra Rudolfa Zajaca. Ich bližšiu podobu, špecifikáciu a podrobnosti ustanovila až Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 412/2009 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o zozname poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti a jej novela, vyhláška MZ SR č. 151/2011 Z. z, ktorá platí aj v súčasnosti. Časová dostupnosť zdravotnej je zákonom upravená len rámcovo, uvádzajúc, že vo všeobecnosti by čakacie zoznamy nemali byť dlhšie ako 12 mesiacov.

Väčšinu pacientov na čakacích listinách tvoria pacienti s koxartrózou a gonartrózou čakajúci na totálnu endoprotézu (TEP) a pacienti so šedým zákalom. Do roku 2012 dĺžka čakania na zákonom stanovené zákroky v priemere rástla, čo bolo dôsledkom zvýšeného očakávania pacientov, starnutia populácie, dostupnosťou technológií a inými (Graf 20). Po roku 2012 sa dĺžka čakanie na totálne endoprotézy skrátila, pre operáciu katarakty ostala nezmenená.

Pod skrátenie medzi rokom 2012 a 2013 sa podpísali viaceré zmeny – po výraznej medializácii problematiky po zverejnení čakacích dôb pre jednotlivé poisťovne a zariadenia sa konkurenčný boj poisťovní prejavil hlavne formou investičných projektov VŠZP či informatizáciou a elektronizáciou vybraných služieb ZP Dôverou. Na úrovni poskytovateľov sa prejavil rôznymi organizačnými zmenami.

**Graf 20: Porovnanie čakacích dôb pre TEP bedrového kĺbu podľa poisťovne v dňoch**



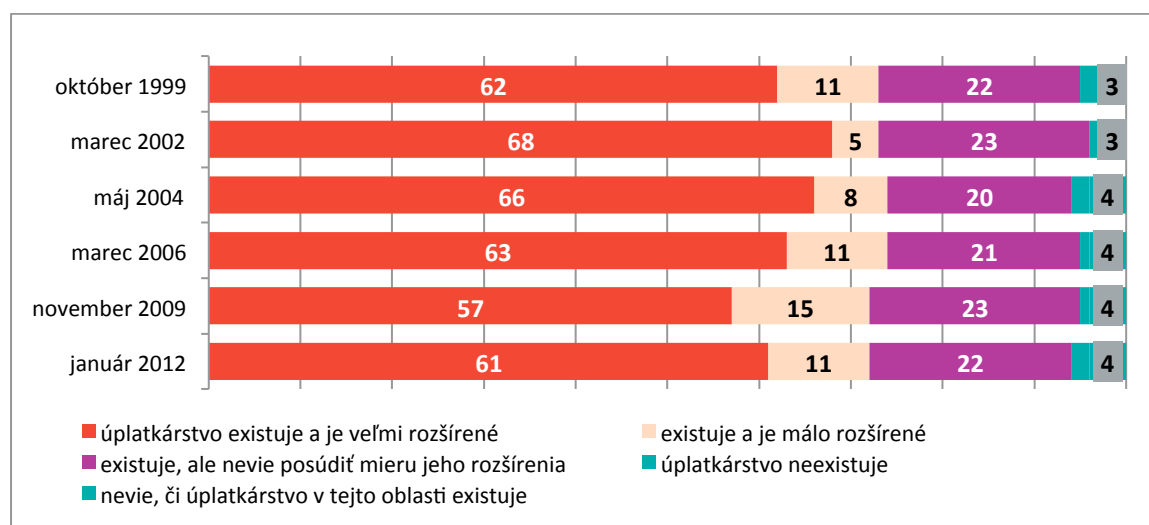
Zdroj: Mužik, Szalayová (2013a)

Na TEP kolenného a bedrového kĺbu v posledných rokoch najdlhšie čakali poistenci VŠZP a najkratšie poistenci zdravotnej poisťovne Union. Pri operácii katarakty je rozdiel medzi poisťovňami zanedbateľný. Signifikantné rozdiely medzi dĺžkou čakania na zákroky sú aj medzi poskytovateľmi. V rokoch 2012 a 2013 sa dĺžka na TEP medzi poskytovateľmi pohybovala na od 3 týždňov po 4,5 roka (Mužik, Szalayová, 2013a).

#### 4.3.6 KORUPCII SA DARILO A AJ DARÍ NAĎALEJ

V rokoch 2010 a 2013 dalo 25-28% slovenských domácností, ktoré za posledný rok potrebovali využiť služby v zdravotníctve úplatok (TIS, 2010; TI, 2013). V roku 2002 si až 68 % opýtaných myslelo, že v zdravotníctve úplatkárstvo existuje a je veľmi rozšírené. Po desiatich rokoch mierneho poklesu, sú výsledky prieskumu za rok 2012 porovnateľné s úrovňou za rok 2002, čo nasvedčuje tomu, že vnímanie úplatkárstva sa za posledné obdobie najprv zlepšovalo, aby sa znova zhoršilo (Graf 21).

**Graf 21: Miera vnímania úplatkárstva v zdravotníctve od roku 1999 do roku 2012**



Zdroj: Focus: PERCEPCIA KORUPCIE NA SLOVENSKU: Prieskum verejnej mienky pre Transparency International Slovensko, Bratislava (Január 2012)

Podľa prieskumu HPI dalo až 71,4 % respondentov neformálnu platbu v akejkoľvek forme, pričom až 18,5 % (približne každý piaty respondent) sa stretlo s vyžiadanou korupciou. Ak si lekár neformálnu platbu vyžiadal, viac ako polovicu tvorila o finančná hotovosť najčastejšie vo výške od 101 do 333 € (Mužik, Szalayová, 2013b).

V oblasti boja proti korupcii bola prvýkrát v histórii legislatívne ošetrená ochrana a motivácia ohlasovateľov korupcie v roku 2014 v návrhu *zákona o niektorých opatreniach súvisiacich s oznamovaním protispoločenskej činnosti*, ktorú v auguste 2014 schválila vláda. Zákon upravuje ochranu zamestnancov pred prípadnými postihmi za oznámenie kriminality alebo inej protispoločenskej činnosti a povinnosti zamestnávateľov pri prijímaní a vybavovaní takýchto podaní.

Pokusom o zníženie korupcie v zdravotníctve bolo desať protikorupčných opatrení vyplývajúce z Memoranda o úprave pomerov v zdravotníctve od Lekárskeho odborového združenia (LOZ). Medzi opatreniami však chýbalo viacero podstatných návrhov, viaceré návrhy neboli dotiahnuté do konca alebo požadovali už existujúce opatrenia. Druhým pokusom bola odznaková kampaň „Ďakujem, úplatky neberiem!“ od LOZ a „Úplatky neberiem“ od neurochirurga Milana Mrázika, v rámci ktorej si lekári, ktorí odmietajú úplatky mali pripnúť odznak, ktorý mal demonštrovať ich negatívny postoj k úplatkárstvu v zdravotníctve. Do týchto kampaní sa však zapojilo menej ako 1000 lekárov. Obe pokusy zníženiu korupcie v zdravotníctve citeľne nepomohli.

#### 4.3.7 PRIMÁRNA STAROSTLIVOSŤ STRATILA SVOJE POSLANIE A ČARO

Dlhoročný sťažený vstup na trh a minimálne kompetencie všeobecných lekárov viedli k poklesu atraktivity tohto povolania a dnes sme svedkami starnutia všeobecných lekárov. Podľa zákona o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou sú od roku 2005 zdravotné poisťovne sú povinné uzatvoriť zmluvy s každým všeobecným lekárom, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť aspoň jednému ich poistencovi. To sa však na raste všeobecných lekárov výrazne neprejavilo, nakoľko ich kompetencie sa výrazne nezmenili.

Počas posledných 10 rokov sa počet všeobecných lekárov v podstate nezmenil (Tabuľka 10). Zásadne však zostarli. Podľa údajov Slovenskej lekárskej komory je polovica všeobecných lekárov, ktorí vykonávajú prax v dôchodkovom veku (Beňová, 2013). Ako pre médiá uviedol prezident Asociácie súkromných lekárov Ladislav Pásztor, Slovensko potrebuje počas najbližších troch až štyroch rokov, z dôvodu vysokého veku, vymeniť 700 všeobecných lekárov, čo predstavuje tretinu z ich počtu (SITA, 2013).

**Tabuľka 10: Prehľad vybraných druhov zdravotníckych zariadení všeobecnej starostlivosti**

	2005	2012	Rozdiel	v %
Počet PZS prevádzkujúcich zdravotnícke zariadenie	2813	2 822	9	0,3%
Počet zdravotníckych zariadení	2 892	2 989	97	3,4%
Počet pracovných miest samostatných odborných zdravotníckych pracovníkov	2 885	2 878	-7	-0,2%

Zdroj: NCZI (2006); NCZI (2013), Pozn. PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

#### 4.3.8 AMBULANTNÉ ZDRAVOTNÍCTVO JE AJ NAĎALEJ POSTAVENÉ NA ŠPECIALISTOCH

Od roku 2005 sa počet špecialistov zvýšil o takmer 14 % (Tabuľka 11). Podľa riaditeľa VŠZP Marcela Foraia, je minimálna sieť ambulantných špecialistov naplnená na 205 percent (Zdravotnícke noviny, 2013). Dôvodom zvýšenie počtu špecialistov je otvorenie trhu v dôsledku Zajacovej reformy. Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti rozšíril okruh subjektov, ktoré si po splnení zákonných podmienok mohli nárokovať vydanie povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia. Zámerom bolo zaručenie voľného vstupu licencovaných poskytovateľov na zdravotnícky trh, a tým aj zvýšenie konkurencie. Vzhľadom na selektívny kontraktng, to však zmluvu s poisťovňami negarantuje.

Napriek celkovému počtu špecialistov nad rámec minimálnej siete, ktorý garantuje predovšetkým geografickú dostupnosť, je efektívna dostupnosť v niektorých mestách pre niektoré špecializácie, ako napríklad kardiológia, imunológia, diabetológia, reumatológia endokrinológia a pod. značne znížená. Na vyšetrenie tam pacienti čakajú aj niekoľko mesiacov. Dôvodom často nie je fyzická nedostupnosť lekárov, ale finančné či kapacitné limity alebo znížený počet ordinačných hodín z dôvodu súbehu praxí.

**Tabuľka 11: Prehľad vybraných druhov zdravotníckych zariadení špecializovanej starostlivosti**

	2005	2012	Rozdiel	v %
Počet PZS prevádzkujúcich zdravotnícke zariadenie	5 104	5 792	688	13,5%
Počet zdravotníckych zariadení	5 420	6 265	845	15,6%
Počet pracovných miest samostatných odborných zdravotníckych pracovníkov	5 378	6 492	1114	20,7%

Zdroj: NCZI (2006); NCZI (2013), Pozn. PZS – poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

#### 4.3.9 ŠTÁT AJ NAĎALEJ AKO DOMINANTNÝ POSKYTOVATEĽ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Celkový počet zdravotníckych zariadení za posledné desaťročie veľmi nezmenil (Tabuľka 12). Nemocnice sa ani nestavali, ani nerušili. Výrazné zmeny nastali na úrovni vlastníctva a regulácie siete poskytovateľov, mierne zmeny nastali v efektívnosti využívania nemocničných zdrojov.

**Tabuľka 12: Prehľad siete zdravotnej starostlivosti k 31. 12. 2012**

Počet	poskytovateľov <sup>1</sup>		postelí	
	2004	2012	2004	2012
Rok				
Ústavná zdravotná starostlivosť (vrátane ambulantných častí)	170	170	50 058	43 029

Zdroj: UZIŠ (2005); NCZI (2013)

1) Pod poskytovateľom zdravotnej starostlivosti sa v spracovaní rozumie právny subjekt (resp. jeho časť), právoplatne zriadený za účelom zabezpečovania zdravotnej starostlivosti vymedzenej druhom, odbornosťou, spádovou oblasťou atď.

Vlastníctvo sa najvýraznejšie zmenilo v rámci decentralizácie, v roku 2003, keď vlastníctvo väčšiny štátnych zdravotníckych zariadení prešlo na úroveň samosprávnych krajov a obcí (Tabuľka 13). Iba

veľký typ nemocníc (tzv. nemocnice III. typu), fakultné nemocnice a vysoko špecializované zariadenia zostali pod správou ministerstva zdravotníctva (Tabuľka 14). V poslednom desaťročí zaznamenali významný vstup súkromných hráčov do nemocníc. Najvýznamnejšou sieťou slovenských nemocníc je Svet zdravia (Banská Štiavnica, Humenné, Michalovce, Partizánske, Rimavská Sobota, Rožňava, Spišská Nová Ves, Svidník, Trebišov, Vranov nad Topľou, Žiar nad Hronom, pracoviská Medzilaborce a Stropkov), ktorú vlastní finančná skupina Penta. Ďalšími významnými hráčmi na trhu súkromných nemocníc sú Agel (Komárno, Zvolen, Levoča, Krompachy), Unipharma (Bánovce nad Bebravou, Handlová, Košice-Šaca), Medirex (Malacky) a ďalšie.

Napriek vstupu súkromného sektora do ústavnej zdravotnej starostlivosti, štát v roku 2013 vlastnil 32 % podiel nemocníc – je vlastníkom najväčších poskytovateľov nemocničnej zdravotnej starostlivosti, vrátane univerzitných nemocníc, špecializovaných nemocníc (kardioustavy a onkoustavy) ako aj takmer všetkých psychiatrických nemocníc a sanatórií. Z pohľadu vlastníctva je 36 % zariadení v súkromnom vlastníctve, 14 % má zmiešanú vlasťníctvo, 9 % je vo vlastníctve kraja a 3 % v rukách miest. Podľa počtu postelí je však v rukách štátu až 53 % (Pažitný a kol. 2014).

Typická všeobecná nemocnica na Slovensku má viac než 40 rokov, je podkapitalizovaná, v strate a tiež v zlom technickom stave. (Pažitný a kol., 2014). Najvyššie dlhy vykazujú univerzitné a fakultné nemocnice, pričom z akciových spoločností je v strate len Letecká vojenská nemocnica. V štátnych nemocniciach je počet ukončených hospitalizácií značne nižší než v ostatných nemocniciach.

**Tabuľka 13: Top 10 štátnych nemocníc na Slovensku podľa výšky tržieb z predaja služieb (delimitované na VÚC a obce alebo neziskové organizácie) v roku 2012**

Nemocnica	Tržby z predaja služieb (tis. eur)	Počet ukončených hospitalizácií	Prevádzkovateľ
Nemocnica s poliklinikou Levice a Topoľčany	24 810	635	NSK
Nemocnica s poliklinikou Pravidza	16 781	517	TSK
Nemocnica s poliklinikou Čadca	15 250	436	ŽSK
Nemocnica s poliklinikou v Michalovciach	14 206	527	Svet zdravia
Všeobecná nemocnica Komárno	14 096	368	Agel
Nemocnica s poliklinikou Trebišov	13 466	441	Svet zdravia
Nemocnica Zvolen	12 514	368	Agel
Nemocnica s poliklinikou Liptovský Mikuláš	12 236	280	TTSK
Nemocnica s poliklinikou Dunajská streda	12 208	n/a	NSK
Nemocnica s poliklinikou Spišská nová Ves	11 779	323	Svet zdravia

Zdroj: Riffaiová (2013)

**Tabuľka 14: Top 10 nemocníc v pôsobnosti MZ SR na Slovensku podľa výšky výnosov v roku 2012**

Nemocnica	Výnosy (mil. eur)	Počet ukončených hospitalizácií
UN Bratislava	145,28	92 228
UN Košice	87,56	48 941
UN Martin	65,66	28 301
FN Banská Bystrica	60,78	-
FN Prešov	57,18	46 573
FN Nitra	41,84	-
FN Žilina	37,53	22 276
FN Trenčín	35,96	-
DFNsP Bratislava	34,47	17 129
FN Trnava	31,27	19 621

Zdroj: Riffaiová (2013)

Z pohľadu efektívnosti sa od roku 2002 do roku 2012 mierne zvýšilo využitie postelí na úroveň 70 %. Počet postelí sa za 10 rokov znížil o viac ako 9 000. Zásadne sa však znížil počet postelí na 1 lekárske miesto z 7,2 na 5,3 (Tabuľka 15). Znamená to, že počet postelí klesá oveľa rýchlejšie ako počet lekárov.

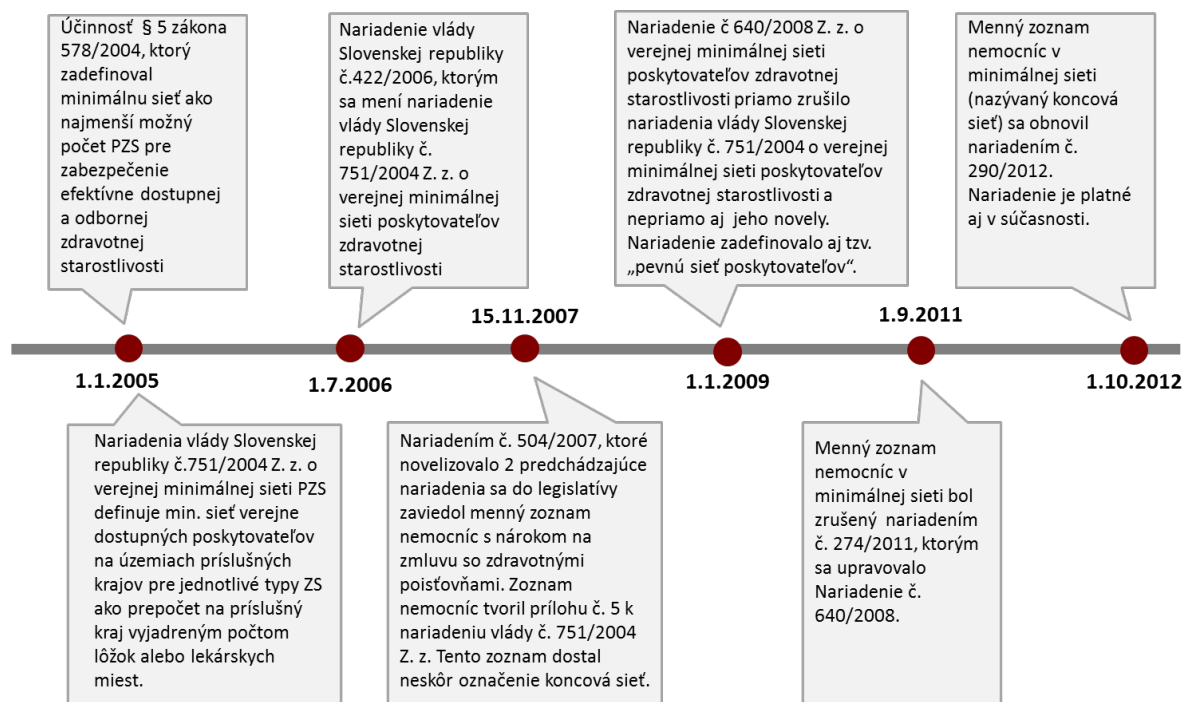
**Tabuľka 15: Vývoj vybraných ukazovateľov posteľového fondu v rokoch 2000 – 2012**

Rok	Počet	využitie v %	priemerný ošetrovací čas	počet na 1 lekárske miesto	počet na 100 000 obyvateľov
2002	41 365	65,4	9,4	7,2	769,0
2003	39 558	63,6	9,1	7,2	735,3
2004	37 739	67,4	9,1	7,2	700,8
2005	37 131	67,5	8,9	7,4	689,0
2006	36 781	68,3	8,8	7,3	681,9
2007	36 642	68,7	8,7	6,9	678,4
2008	35 678	68,8	8,5	6,8	659,2
2009	35 520	68,8	8,4	6,3	654,8
2010	35 132	68,1	8,2	6,0	646,4
2011	32 954	67,7	8,0	5,8	609,8
2012	32 237	70,0	7,9	5,3	595,8

Zdroj: NCZI (2013), Pozn. údaje za všetky zariadenia bez kúpeľnej starostlivosti

Reguláciu dostupnosti zdravotníckych zariadení mal od roku 2005 zabezpečiť koncept minimálnej siete poskytovateľov. Ten za posledné desaťročie prešiel viacerými výraznými zmenami, ktoré nacytáva Schéma 5.

## Schéma 5: Chronológia legislatívnych úprav konceptu minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti



Zdroj: vlastné spracovanie

### 4.3.10 ŠPECIALIZOVANÉ ÚSTAVY ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI S NAJLEPŠÍMI VÝSLEDKAMI

Tri ústavy srdcových a cievnych chorôb v Bratislave, Košiciach a Banskej Bystrici a tiež onkologické ústavy v Bratislave a Košiciach dosahujú dlhodobu výnimočne dobré klinické a tiež hospodárske výsledky. Všetky tieto špecializované ústavy majú formu akciovej spoločnosti, pričom k transformácii došlo rozhodnutím ministra zdravotníctva Rudolfa Zajaca. Stopercentným akcionárom sa stal štát.

Hlavnými dôvodmi transformácie boli veľmi slabé výsledky týchto ústav v predchádzajúcom období a boli to predovšetkým cievne a srdcové choroby, v ktorých Slovensko dlhodobo vykazovalo oproti zahraničiu slabú výkonnosť. Tento stav sa po roku 2006 zmenil a v súčasnosti máme na Slovensku medzinárodne uznávané srdcovo-cievne centrá s erudovanými odbornými, najmodernejším vybavením, novými budovami, vedecko-výskumnými aktivitami a veľmi pozitívnymi výsledkami.

V hodnotení kvality poskytovateľov zdravotnej starostlivosti zdravotnými poisťovňami sa umiestňujú tieto srdcovo-cievne a onkologické ústavy na najvyšších priečkach. Podľa indexu spokojnosti pacientov, ktorý hodnotí VŠZP bol spomedzi týchto ústavov bol v roku 2013 najlepšie ohodnotený Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb (81,96%, 2. miesto), nasledoval Národný onkologický ústav (81,43%, celkovo 3. miesto), Národný ústav srdcových a cievnych chorôb (81,14%, 4. miesto), Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb (79,03%, celkovo 11. miesto) a Východoslovenský onkologický ústav (75,3%, 14. miesto) (VŠZP, 2014).

### 4.3.11 POLIKLINIKY PREŽILI A DOMINUJÚ V NICH SÚKROMNÍ HRÁČI

Decentralizácia systému poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, prioritizácia úlohy štátu ako regulátora zdravotných zariadení a nie vlastníka a zároveň tvrdé rozpočtové obmedzenia na nemocnice a polikliniky boli základom zdravotných reforiem v rokoch 2002 – 2006. Tieto opatrenia



vyvinuli tlak na zriaďovanie súkromných ústavných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Odzrkadlilo sa to okrem iného aj v sektore polikliník definovaných ako ekonomický subjekt s lekárskou službou bez nemocničnej starostlivosti. Okrem toho máme na Slovensku aj polikliniky, ktoré sú súčasťou nemocníc s poliklinikami a kvázy polikliniky s menším počtom právne nejednotných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti na rovnakom mieste.

Najviac súkromných polikliník s lekárenskou službou bez nemocničnej starostlivosti pripadá na Bratislavský (74 na 100 000 obyvateľov), Žilinský (35) a Prešovský kraj (28). Celkovo sa v týchto poliklinikách nachádza približne 9% všetkých ambulancií na Slovensku (približne 1 300 ambulancií). 73%-ný trhovú podiel tohto trhu na Slovensku patrí poliklinikám ProCare, wesper, Ružinovskej poliklinike, Žilpo a Medcentrum. Najväčšia sieť polikliník ProCare má na rozdiel od ostatných regionálny presah – Bratislavský, Nitriansky, Banskobystrický a Košický kraj (Tabuľka 16). Tento trh je má na Slovensku ešte významný potenciál na rozvoj, pretože pacienti čoraz viac vyhľadávajú kvalitné nadštandardné služby poskytovateľov. (Balík, Hnilicová, 2013)

**Tabuľka 16: Prehľad súkromných polikliník v SR (2011)**

Poliklinika	Oblasť pôsobenia	Trhový podiel (%)	Tržby (tis. eur)
ProCare, a.s.	Slovensko	40,1	18 121
wesper, s.r.o	Košice	13,4	6 062
Ružinovská poliklinika, a.s.	Bratislava	8,3	3 768
ŽILPO, s.r.o.	Žilina	7,1	3 198
MEDCENTRUM, s.r.o.	Žilina	4,9	2 205
Imunoalergológia Dzurilla s.r.o.	Nitra	3,8	1 715
HEDAK, a.s.	Bratislava	3,2	1 438
Cumulus s.r.o.	Košice	3,1	1 421
Poliklinika Terasa s.r.o.	Košice	2,7	1 237
Krankas, s.r.o.	Žilina	2,3	1 033

*Zdroj: Balík, Hnilicová (2013)*

#### 4.3.12 POČET PRACOVNÍKOV V ZDRAVOTNÍCTVE NAĎALEJ KLESÁ, STARNÚ A EMIGRUJÚ

Po invazívnom náraste pracovníkov v zdravotníctve počas obdobia socializmu sa od roku 1989 až do roku 2005 počet zdravotníckeho personálu postupne znižoval. Neskôr sa tento proces pri profesii lekára pomaly zastabilizoval. Najvýznamnejší pokles zaznamenalo povolanie zdravotnej sestry a povolania, ktoré nesúvisia priamo s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (Tabuľka 17).

**Tabuľka 17: Počet pracovníkov v zdravotníctve podľa povolania**

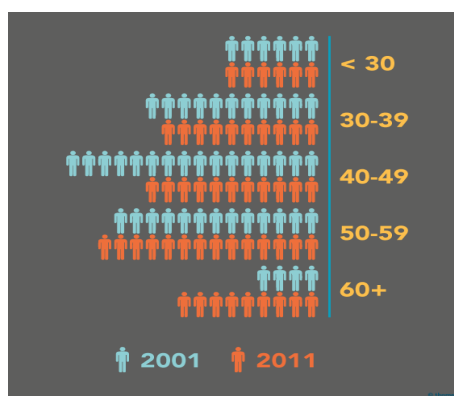
Kategória pracovníkov		Počet pracovníkov					
		2002	2004	2006	2008	2010	2012
Spolu		113 734	108 752	107 115	109 874	108 079	105 397
Zdravotnícki pracovníci		81 251	76 663	75 781	79 134	79 551	79 234
v tom	lekári	19 205	16 707	17 040	18 121	18 110	18 193
	zubní lekári		2 870	2 714	2 745	2 663	2 665
	farmaceuti	2 556	2 828	3 032	2 777	3 267	3 522
	sestry	37 265	34 007	32 568	33 778	32 745	31 478
	pôrodné asistentky	1 087	1 739	1 552	1 761	1 874	1 765
	iní zdravotnícki pracovníci <sup>1</sup>	21 138	18 512	18 875	19 952	20 892	21 611
Iní zamestnanci spolu <sup>2</sup>		32 483	32 089	31 334	30 740	28 528	26 163

Zdroj: vlastné spracovanie podľa NCZI (2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012) pozn. 1 – laboranti, asistenti, technici, fyzioterapeuti, sanitári a pod., 2 – technicko-hospodárski pracovníci, robotnícke povolania, pedagogickí pracovníci, zamestnanci v štátnozamestnaneckom pomere a i.

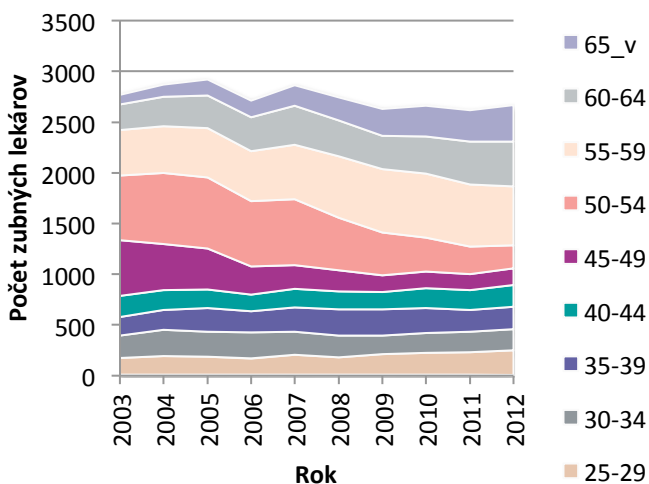
V prepočte na 1 000 obyvateľov malo v roku 2004 Slovensko 3,3 lekára a v roku 2012 na úrovni 3,4, čo je mierne nad priemerom úrovne priemeru krajín OECD v danom roku (3,2). Fyzická (ne)dostupnosť sa napriek migrácií a starnutí lekárov ešte neprejavila. To neplatí pri zdravotných sestrahách, ktorých v roku 2004 bolo 6,4 a v roku 2012 už iba 5,8 na 1 000 obyvateľov, pričom priemer OECD je na úrovni 8,8 sestry. (OECD, 2014). Pri interpretovaní údajov treba mať na pamäti, že údaje OECD majú z dlhodobého hľadiska viacero metodických nedostatkov.

Počet študentov a absolventov lekárskeho štúdia za obdobie približne posledných 10 rokov vzrástol o cca 60%. Čo je však podstatnejšie, počet študentov zo zahraničia rastie neporovnateľne rýchlejšie ako počet domácich študentov, pričom napríklad na Jesseniovej lekárskej fakulte (JLF) už počet prijatých zahraničných študentov prevýšil počet domácich. Od roku 2004 sa počet zahraničných študentov JLF 5,5 násobne zvýšil a v roku 2012 táto fakulta už prijala do prvého ročníka viac zahraničných ako domácich študentov (Mužik, 2014; Pažitný a kol., 2014).

Údaje pre migráciu sú pre štatistické vyhodnocovanie nedostatočné – ich evidencia má veľmi vážne nedostatky. Počet vydaných potvrdení po vstupe do EÚ postupne klesá. V porovnaní s rokmi 2004 – 2006 a rokmi 2011 – 2012 ide o 4-násobný pokles. Napriek tomuto nedostatku v evidencii a spracovaní údajov konštatujeme, že z dlhodobého hľadiska emigrácia prevyšuje imigráciu zdravotníkov (Mužik, 2014; Pažitný a kol., 2014).

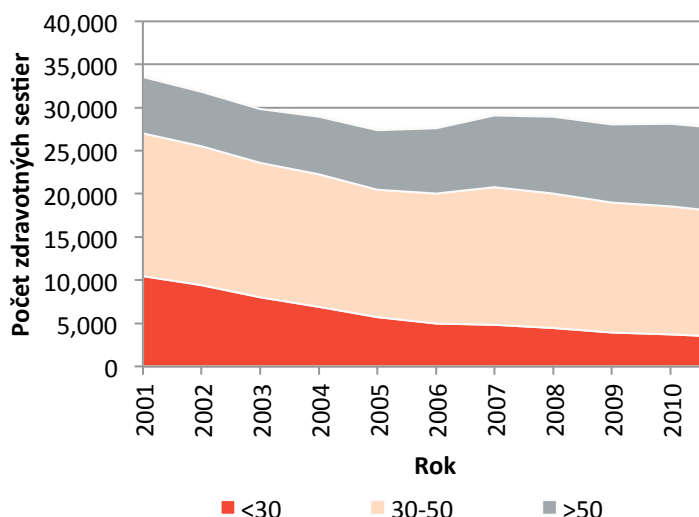


Všetky zdravotnícke profesie výrazne starnú a ich náhrada mladšou generáciou nie je dostatočná. Kým podiel mladých lekárov zostáva zachovaný, podiel generácie štyridsiatnikov na celkovom lekárskom stave klesol o jednu tretinu. Výrazne sa zvýšil podiel starších lekárov, predovšetkým vo vekovej kategórii 60+. Kým v roku 2001 ich bolo celkovo 1 484 (8 %) v roku 2012 už túto skupinu tvorilo 3 532 (19 %) lekárov (Graf 5). Priemerný vek lekára sa zvýšil za desať rokov cca o 2,5 roka (Schéma 4). Kým v roku 2001 bol na úrovni 44,8 roka v roku v 2011 bol už na úrovni 47,3 roka (Mužik, 2014; Pažitný a kol., 2014).

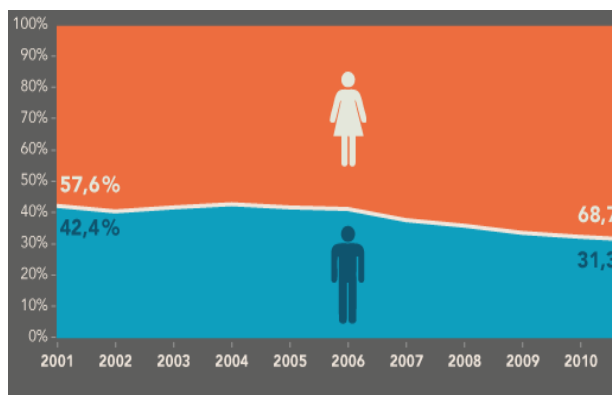


Kým v roku 2003 bolo vo vekovej skupine nad 60 rokov 12,5 % lekárov, v roku 2012 to bolo 30 % z celkového počtu lekárov (Graf 6). Priemerný vek zubného lekára – stomatológa je o 3,5 vyšší ako lekára, ktorý vyštudoval všeobecné lekárstvo. Priemerný vek sa zvýšil za deväť rokov cca o 2 roky. Kým v roku 2003 bol na úrovni 48,8 roka v roku v 2012 bol už na úrovni 50,9 roka (Mužik, 2014).

Z priemerného veku 43,4 v roku 2001 sa ich priemerný vek posunul na 47,6 v roku 2011. Za desať rokov sa tak zvýšil o viac než 4 roky. Zdravotné sestry čelia výraznému úbytku generácie do 30 rokov. Kým v roku 2001 sestry do 30 tvorili 27 % všetkých sestier, v roku 2011 to bolo iba 11 % (Graf 7). Zastúpenie sestier po päťdesiatke však vzrástlo zo 17 % v roku 2001, na 30 % v roku 2011, čo predstavuje dvojnásobný nárast (Mužik, 2014; Pažitný a kol., 2014).



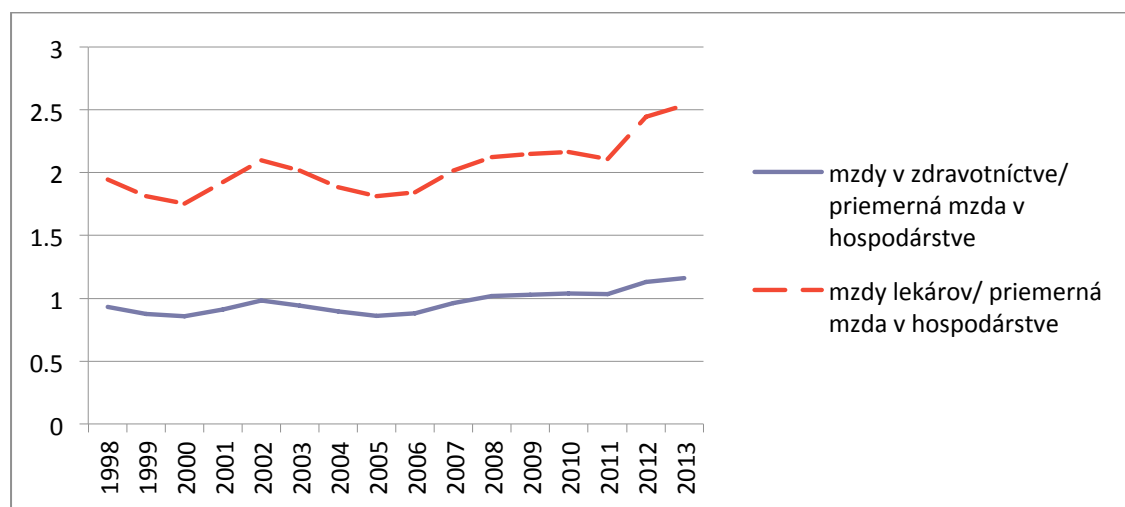
Charakteristickým trendom je feminizácia slovenského zdravotníctva. Celkový pomer mužov a žien v lekárskom povolání sa znižuje len mierne (44,5 % v roku 2001, 43,7 % v roku 2011). Tento trend sa citlivejšie prejavuje aj na skladbe lekárov do 30 rokov. Z 57,6 % žien v roku 2001 sa ich zastúpenie zvýšilo o cca 11 % na 68,7 % v roku 2011 (Graf 8). Zastúpenie mužov do 30 rokov je tak v súčasnosti menšie ako jedna tretina (Mužik, 2014; Pažitný a kol., 2014).



#### 4.3.13 PLATY RASTÚ, ZMENA KVALITY JE VŠAK OTÁZNA

Podľa porovnania na základe dát Slovenského odborového zväzu zdravotníctva a sociálnych služieb (SOZZASS) relatívna mzda v zdravotníctve do roku 2013 vystúpila na 116,3% priemernej mzdy v hospodárstve (Graf 22). U samotných lekárov nastal nárast ich relatívnej mzdy z minimálnej úrovne 175% priemernej mzdy v hospodárstve v roku 2000 na takmer 254% v rok 2013 (Morvay, 2014).

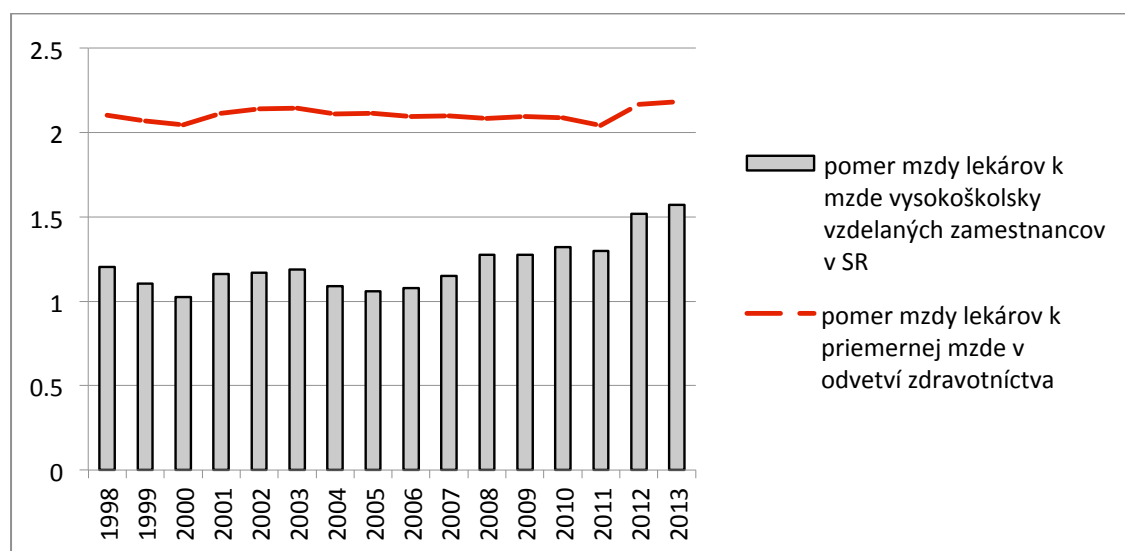
**Graf 22: Pomery priemernej mzdy v zdravotníctve a miezd lekárov k priemernej mzde v hospodárstve SR**



Zdroj: Morvay (2014)

Zlepšovala sa aj relatívna mzda lekárov vo vzťahu k iným vysokoškolsky vzdelaným zamestnancom v SR. Kým v roku 2000 priemerná mzda lekára iba necelé o 3% presahovala priemernú mzdu vysokoškolsky vzdelaných zamestnancov, v roku 2013 ju už presiahla o viac ako 56%. Mzdy lekárov sú voči priemeru odvetvia zdravotníctva dlhodobo približne dvojnásobné, v období 2012- 2013 sa však posunuli na takmer 2,2 násobok (Graf 23) (Morvay, 2014).

**Graf 23: Pomery priemernej mzdy lekárov k priemernej mzde vysokoškolsky vzdelaných zamestnancov v hospodárstve SR a k mzdám v odvetví zdravotníctva**



Zdroj: Morvay (2014)

Napriek uvedeným skutočnostiam sa s rastúcou tendenciou pravidelne objavuje subjektívna kritika pacientov na správanie niektorých lekárov a kvalitu poskytovaných služieb. Otázne teda je, či úroveň kvality poskytovaných služieb koreluje s rastom miezd. To sa však na dostupné údaje objektívne vyhodnotiť nedá.

## 4.4 SIEŤOVÉ OPATRENIA

### 4.4.1 LEPŠIE A RÝCHLEJŠIE SLUŽBY POZEMNEJ ZÁCHRANNEJ SLUŽBY

Pozemná záchranná služba bola do výraznej miery zreformovaná počas ministra Rudolfa Zajaca. Z tejto reformy ťažia slovenskí pacienti až dodnes, pretože tu funguje technicky, personálne a operatívne záchranná služba porovnateľná s vyspelými západoeurópskymi krajinami. Po roku 2004 sa stala ZZS osobitným typom poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Zatiaľ čo do roku 2004 fungovalo na Slovensku 92 ambulancií pozemnej záchrannej služby (1 záchránka na približne 60 000 obyvateľov), od roku 2005 sa ich počet strojnásobil na 273 (1 záchránka na približne 20 000 obyvateľov). Cieľom zvýšenie počtu záchrániek bolo, aby 95% obyvateľov bolo zastihnuteľných do 15 minút od prijatia tiesňového hovoru. Tento cieľ sa podarilo dosiahnuť a priemerný dojazdový čas záchrániek v roku 2013 bol 12 minút 20 sekúnd. Z celkového počtu 273 ZZS je 92 RLP na akútne prípady a 181 RZP (Pažitný, Anđelová, 2013, 2014).

Systém ambulancií pozemnej záchrannej služby funguje na báze licencií, ktoré sú poskytované záchránkam v tendroch po novom každých 6 rokov oproti pôvodnému nastaveniu 4-ročných cyklov. Doteraz boli uskutočnené tri vlny tendrov (2005/2006, 2009/2010, 2013/2014), pričom počet víťazných spoločností postupne výrazne klesal (z pôvodných 47 v prvej vlne na 27 v druhej a len 12 v tretej). Na tomto trhu možno sledovať koncentráciu dominantných 5 hráčov, ktorý postupne posilňovali na trhu svoje postavenie (s výnimkou ZaMed). Silná päťica trhových lídrov sa začala formovať v druhej vlne tendrov v roku 2009. V súčasnosti pokrývajú až 95% trhu. Zatiaľ čo v prvej vlne

tendrov získali licencie aj nemocničné záchranky, v neskorších vlnách už nedokázali konkurovať dynamicky sa rozvíjajúcim súkromným záchrankám. Taktiež je tento trend výhodný kvôli reinvestícii ziskov do rozvíjania záchraniek a nie na financovanie stratových oddelení nemocníc. Trhovým lídrom je od prvej vlny spoločnosť Falck, pričom si v každej vlne tendrov svoje postavenie posilňoval (Pažitný, Anđelová, 2013; 2014).

Až do prijatia reformných opatrení sa odmena ZZS uskutočňovala na základe kapitácie (10 Sk na obyvateľa), čo vytvárali nerovnomernosť platieb podľa zásahových území (od 350 000,- Sk až do 1 500 000,- Sk mesačne na rovnaký typ ambulancie) (Bahelka, 2010). Po reforme sa odmena ZZS uskutočňuje na základe paušálnej mesačnej sumy (v súčasnosti 16 343 eur za RZP a 28 426 eur za RLP) a ceny za kilometer jazdy (79 centov). Problémom na trhu záchraniek zostávajú legislatívne nedoriešené neindikované výjazdy, technológia lokalizácie volajúceho, nefunkčné navigácie, málo rozvinuté urgentné príjmy nemocníc, ktoré niekedy nedokážu poskytnúť pacientov kvalitnejšiu starostlivosť ako záchranka. (Pažitný, Anđelová, 2013, 2014).

**Tabuľka 18: Poskytovatelia pozemných staníc záchranej služby**

Prevádzkovateľ	2008-2009	v %	2013-2014	v %
Falck Záchranná	91	33%	107	39%
ZZS Bratislava	53	19%	62	23%
ZS Košice	39	14%	47	17%
LSE	21	8%	30	11%
ZaMED	19	7%	14	5%
Ostatní	50	18%	13	5%
Spolu	273	100%	273	100%

Zdroj: Pažitný, Anđelová (2014)

#### 4.4.2 PACIENTI MAJÚ NA LEKÁRENSKOM TRHU NA VÝBER

V súčasnosti pôsobí na trhu vyše 1 931 verejných lekární a pobočiek, zatiaľ čo pred reformou v roku 2002 to bolo necelých 1200 lekární. K výraznej zmene v počte došlo po roku 2004, od kedy môže lekárne vlastniť aj človek bez farmaceutického vzdelania a navyše došlo tiež k uvoľneniu demografickej a geografickej regulácie – zrušenie limitácie na vzdialenosť lekární a spádové oblasti. Trendom na lekárenskom trhu v súčasnosti je spájanie do reťazcov, virtuálnych sietí, aliancií a družstiev (Tabuľka 19, 20). Okrem toho vykazujú lekárne po roku 2004 klesajúce tržby a marže spôsobené ich vysokým počtom. Z tohto dôvodu sa lekárne snažia diferencovať od konkurencie sprievodnými službami s pridanou hodnotou pre zákazníkov, akými sú konzultačná činnosť, internetový výdaj, základné diagnostické merania (Skybová, 2014).

Až 22% všetkých lekární na Slovensku patrí do lekárenských reťazcov pod jedným vlastníkom, zatiaľ čo 81% lekární je zapojených do virtuálnych sietí. Samostatných lekární je na Slovensku menej ako 10% (Skybová, 2014).

**Tabuľka 19: Odhadované podiely na trhu verejných lekární - siete (údaje za roky 2013 a 2014)**

Názov	Počet lekární (2014)	Podiel (z počtu)	Tržby (v mil Eur) (2013)	Podiel (z tržieb)
Dr. Max	200	10,4%	180,0	16,3%
Farmakol	52	4,7%	12,8	1,2%
Schneider	40	2,1%	9,8	0,9%
Sunpharma	40	2,1%	36,2	3,3%
Ganatrade	26	2,4%	18,9	1,7%
Pharmacum Plus	13	0,7%	11,7	1,1%
SPOLU za reťazce	371	22%	269,4	24%
SPOLU za lekárne na Slovensku*	1931	100%	1105	100%

Zdroj: Skybová (2014), \*NCZI (2014)

**Tabuľka 20: Odhadované podiely na trhu verejných lekární - družstvá a aliancia**

Názov	Počet lekární (2014)	Podiel (z počtu)	Tržby (v mil Eur) (2013)	Podiel (z tržieb)
Lekárne Partner (Phoenix)	502	26,0%	334,0	30,2%
Plus Lekáreň (Unipharma)	382	19,8%	93,9	8,5%
Vaša lekáreň (Med-art)	180	16,3%	106,1	9,6%
Top Farma (aliančná sieť)	92	4,8%	39,7	3,6%
TOP (Unimed)	72	6,5%	17,7	1,6%
Moja lekáreň (Pharmos)	50	2,6%	12,3	1,1%
Družstvo lekární	97	5,0%	86	7,8%
SPOLU	1375	81%	690	62%

Zdroj: Skybová (2014)

Za posledných 10 rokov, bol lekárniam povolený internetový výdaj, bola zavedená generická preskripcia a lekárne začali vykonávať jednoduché diagnostické merania. Zároveň sa zlepšili informačné systémy v lekárnach, ktoré lekárnikom poskytujú v aktuálnom čase informácie o interakciách liekov kupovaných klientom a informácie o ich bezpečnom užívaní (Skybová, 2014).

#### 4.4.3 V LABORATÓRNEJ MEDICÍNE DOMINUJÚ SAMOSTATNÍ POSKYTOVATELIA LABORATÓRNEJ DIAGNOSTIKY

Pred rokom 2004 sa vytvárali prvé privátne laboratória, či už založením na „zelenej lúke“, alebo formou odštátnenia existujúceho poliklinického laboratória. V období 2005-2008 sa prenájmom/odštátnením veľkých štátnych nemocničných laboratórií vytvárali prvé siete a dominantní hráči. Po výraznejšom nástupe súkromného vlastníctva, odkupovaní menších laboratórií väčšími, nastáva od roku 2009 postupná konsolidácia trhu a to akvizíčnou činnosťou veľkých sietí (ktoré skupujú menších konkurentov alebo fúzujú navzájom) alebo aj outsourcingom laboratórií v menších a stredných nemocniciach (Szalayová, Mužik, 2014).

V súčasnosti na trhu laboratórnej diagnostiky pôsobia:

- poskytovatelia nemocničnej starostlivosti, ktorí okrem nemocničnej a ambulantnej časti prevádzkujú aj vlastné laboratórium. Nemocnice dnes tvoria 41% všetkých poskytovateľov laboratórnej diagnostiky s o niečo nižším podielom na obrate (37%).
- súčasné alebo bývalé polikliniky, ktoré popri vlastných alebo prenajatých všeobecných a špecializovaných ambulanciách prevádzkujú laboratórium zvyčajne len pre základnú diagnostiku. Tento typ poskytovateľov tvorí viac ako 24% všetkých poskytovateľov, ale len okolo 2% obratu na trhu.
- samostatní poskytovatelia laboratórnej diagnostiky, ktorí tvoria 34% počtu poskytovateľov, ale až 61% tržieb, t.j. ich celkový ročný obrat tvorí viac ako 100 mil. Eur. Desiat najväčších poskytovateľov pokrýva až 94% trhu, ktorý obsluhujú samostatní poskytovatelia, pričom prví traja si medzi sebou delia viac ako 74%. Týmito poskytovateľmi sú Medirex a.s. (37,7%), Alpha Medical a.s. (25,6%) a Klinická biochémia (11,1%) (Tabuľka 21) (Szalayová, Mužik, 2014).

**Tabuľka 21: Tržby a hospodársky výsledok TOP 10 samostatných poskytovateľov laboratórnej diagnostiky**

Por	Názov spoločnosti	Tržby (v mil. Eur)		Zisk po zdanení (v mil. Eur)		Podiel na trhu samostatných poskytovateľov lab. diagnostiky za rok 2013
		2012	2013	2012	2013	
1	Medirex Group*	43,6	46,7	1,5	2,9	33,3%
2	Alpha medical Group	36,3	42,2	6,0	2,1	30,1%
3	Skupina Klinická biochémia	12,7	14,7	4,3	5,2	10,5%
4	Synlab Slovakia, s. r.o.	12,0	12,6	1,5	1,2	9,0%
5	Cythopatos, spol. s r.o.	3,0	3,4	0,0	0,1	2,4%
6	Analyticko-diagnostické laboratórium a ambulancie, s.r.o.	2,6	3,0	0,0	0,0	2,1%
7	RIA laboratórium, s.r.o.	2,8	2,9	0,8	0,6	2,1%
8	Analytx, s.r.o.	2,6	2,6	0,3	0,3	1,9%
9	Laboratóriá Piešťany, spol. s r.o.	1,8	2,2	0,4	0,4	1,6%
10	Skupina Hemo Medika	2,0	2,0	0,3	0,2	1,4%

*Pozn.: Poskytovatelia sú zaradení do skupín podľa vlastníckeho prepojenia so zohľadnením akvizícií k 1.7.2014.; \*bez údajov za spoločnosť CytoLab, s.r.o.*

*Zdroj: Szalayová, Mužik (2014)*



## 5 POUŽITÁ LITERATÚRA

- Bahelka, M., 2010. Analýza systému záchranej zdravotnej služby po reforme. [online], [cit. 15.9.2014], Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/3795/analyza-systemu-zachrannej-zdravotnej-sluzby-po-reforme.html>
- Balík, P., Hnilicová, S. 2013. Súkromné polikliniky ProCare jednoznačným lídrom, In: Trend Top v zdravotníctve a vo farmácii, mesačník Trend, <http://www.etrend.sk/trend-archiv/rok-2013/cislo-40/sukromne-polikliniky-procare-jednoznacnym-lidrom.html>,
- Balík, P., Starečková, L. 2012. Analýza postavenia pacientov v súčasnom zdravotníctve. Bratislava : Health Policy Institute
- Beňová, Z. 2014. Čakacie lehoty u obvodného lekára? O pár rokov realita. 14.04.2013. In pravda.sk, [online], [cit. 15.8.2014], Dostupné na internete: <http://spravy.pravda.sk/domace/clanok/277513-cakacie-lehoty-u-obvodneho-lekara-o-par-rokov-realita/>
- FOCUS: Percepčia korupcie na Slovensku: Prieskum verejnej mienky pre Transparency International Slovensko, Bratislava, Január 2012
- Health Policy Institute. 2011. HPI: Transformáciu nemocníc je potrebné dokončiť, 19.10.2011, [online], [cit. 01.08.2014], Dostupné na internete: <http://hpi.sk/hpi/sk/view/4602/hpi-transformaciju-nemocnic-je-potrebne-dokoncit.html>
- HPI. 2012. POPLATKY V ZDRAVOTNÍCTVE. Zajacove 20-korunáčky majú 10 rokov. Prezentácia z 31.5.2012.
- Morvaj, K. 2014. Zhodnotenie mzdového vývoja v zdravotníctve SR a odhad dopadov požadovaných úprav. Bratislava : Health Policy Institute
- Mužik, R. 2014. Manažment ľudských zdrojov v zdravotníctve. Diplomová práca. Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne. Fakulta sociálno-ekonomických vzťahov.
- Mužik, R., Szalayová, A. 2013a. Časová dostupnosť vybraných elektívnych výkonov. Analýza čakacích dôb, Bratislava : Health Policy Institute
- Mužik, R., Szalayová, A. 2013b Analýza neformálnych platieb v zdravotníctve na Slovensku, Bratislava : Health Policy Institute
- NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2007. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2006*, Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2007, ISBN 978-80-89292-07-3
- NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2009. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2008*, Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2009, ISBN978-80-89292-17-2
- NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2011. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2010*, Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2011, ISBN 978-80-89292-28-8
- NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2013a. *Štatistika hospitalizovaných v SR za rok 2012*, Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2013
- NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. 2013b. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2012*, Bratislava: Národné centrum zdravotníckych informácií, 2013, ISBN 978-80-89292-34-9
- OECD. 2014. OECD Health Statistics 2014 - Frequently Requested Data, Dostupné na internete: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>

- Pažitný a kol. 2014. Modernizácia slovenských nemocníc, Základné rámce zdravotnej politiky 2014 – 2016, [http://hpi.sk/cdata/Publications/hpi\\_zakladne\\_ramce\\_2014.pdf](http://hpi.sk/cdata/Publications/hpi_zakladne_ramce_2014.pdf),
- Pažitný, P., Anđelová, J., Záchranky len pre silných. In: Trend Top v zdravotníctve a vo farmácii, mesačník Trend, 2013
- Pažitný, P., Anđelová, J., Záchranná služba na Slovensku. In: Trend Top v zdravotníctve a vo farmácii, mesačník Trend, 2014
- Riffaiová D. 2013. Ešte stoja ale stoja veľa, in: Trend Top v zdravotníctve a vo farmácii, mesačník Trend
- Rokovanie vlády Slovenskej republiky. 2013. Informácia o vývoji dlhu v rezorte zdravotníctva za rok 2013. [online], [cit. 15.8.2014], Dostupné na [http://www.rokovania.sk/File.aspx/ViewDocumentHtml/Mater-Dokum-164403?prefixFile=m\\_](http://www.rokovania.sk/File.aspx/ViewDocumentHtml/Mater-Dokum-164403?prefixFile=m_)
- SITA. 2013. Slovensko potrebuje vymeniť 700 lekárov, terajší starnú. 2. júl 2013. In: webnoviny.sk [online], [cit. 15.8.2014], Dostupné na internete: <http://www.webnoviny.sk/zdravie/clanok/696371-slovensko-potrebuje-vymenit-700-lekarov-terajsi-starnu/>
- Skybová, K. 2013. Silná konkurencia, klesajúce marže, in: Trend Top v zdravotníctve a vo farmácii, mesačník Trend
- Skybová, K. 2014. Lekárne pod tlakom, in: Trend Top v zdravotníctve a vo farmácii, mesačník Trend
- Szalay T, Pažitný P, Szalayová A, Frisová S, Morvay K, Petrovič M a van Ginneken E., Slovakia: Health system review. Health Systems in Transition, 2011; 13(2):1–200.
- Szalayová, A., Mužik, R. 2014. Laboratórna medicína, Bratislava : Health Policy Institute (pripravovaná publikácia)
- Transparency International Slovensko. 2010. Barometer korupcie 2010 – každá deviatá domácnosť bola požiadaná o úplatok, [online], [cit. 15.8.2014], Dostupné na internete: <http://www.transparency.sk/gbk2010/>
- Transparency International. 2013. Global Corruption Barometer: Slovakia, country data.
- Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014. Správa o činnosti ÚDZS za roky 2005 - 2013, [online], [cit. 01.09.2014], Dostupné na internete: [http://www.udzs-sk.sk/dokumenty/vestnik-uradu.html?page\\_id=523](http://www.udzs-sk.sk/dokumenty/vestnik-uradu.html?page_id=523)
- ÚSTAV ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ A ŠTATISTIKY. 2004. Štatistika hospitalizovaných v SR 2004. Zdravotnícka štatistika. Ročník 2005, ZŠ-25/2005. Bratislava: Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky.
- ÚSTAV ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ A ŠTATISTIKY. 2005. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2004*, Bratislava: Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky, 2005, ISBN 80-968936-7-X
- Všeobecná zdravotná poisťovňa. 2009. Prieskum spokojnosti poskytovateľov za rok 2009, In: HPI. 2009. VŠZP: rebríček podľa spokojnosti pacientov, 9.6.2013, [online], [cit. 15.8.2014], Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/2053/vszp-rebricek-podla-spokojnosti-pacientov.html>
- Všeobecná zdravotná poisťovňa. 2014. Prieskum spokojnosti poskytovateľov ústavnej zdravotnej starostlivosti samotným pacientom za rok 2013, [online], [cit. 15.8.2014], Dostupné na internete: <https://www.vszp.sk/poskytovatelia/indikatory-kvality/prieskum-spokojnosti-pacientov-2013/>
- Zdravotnícke noviny. 2013. Je špecialistov priveľa?, 25.11.2013. [online], [cit. 15.8.2014], Dostupné na internete: <http://mediaweb.hnonline.sk/literatura-pre-lekarov/analyzy/je-specialistov-priveľa>





Za podporu ďakujeme partnerom workshopu:

