

4.2 VÍZIA ZDRAVIA

Základná myšlienka koncepcie ľudského rozvoja hovorí o rozširovaní možností a príležitostí ľudí žiť dlhý a zdravý život, byť vzdelaný a mať pôžitok z primeranej úrovne materiálnych statkov. Zlepšenie zdravotného stavu ako predpoklad dlhšieho a plnohodnotnejšieho života je teda jedným z ultimatívnych cieľov tejto koncepcie. Vychádza pritom zo vzájomnej interakcie zdravia s ostatnými dimenziami života ako vzdelanie a životná úroveň.

Čo možno pre tento cieľ urobiť v krajine na takom stupni rozvoja ako je Slovensko? V predchádzajúcich kapitolách bolo zdôraznené, že zdravie nie je konštantnou hodnotou, ale hodnotou meniacou sa v čase a priestore. V krajinách na nižšom stupni rozvoja je zdravie najmä otázkou nedostatočnej alebo neexistujúcej voľby, v rozvinutých krajinách skôr otázkou správnej či nesprávnej voľby. Slovensko sa napriek viacerým deficitom radí medzi krajiny na takom stupni ľudského rozvoja, kde je zdravie podmienené voľbou, nie jej nedostatkom.¹²⁷

I na malom území, aké Slovensko pokrýva, pretrvávajú pomerne výrazné regionálne rozdiely v zdravotnom stave. Tieto rozdiely potvrdzujú, že zdravie je výslednicou mnohých determinantov, nielen verejnej zdravotnej starostlivosti, ktorá je prakticky rovnaká pre každého. Do „hry“ vstupujú aj iné faktory, ktoré sú pravdepodobne dôležitejšie ako služby zdravotníctva. Toto poznanie na Slovensku doposiaľ absentuje, resp. nie je dostatočne zdôrazňované. Spoliehanie sa na verejné inštitúcie a nízka ochota niesť zodpovednosť za vlastné správanie sú hlboko zakorenenými črtami obyvateľov Slovenska.¹²⁸ Liečba choroby je pritom po všetkých stránkach nákladnejšia ako jej prevencia zdravím prospešným správaním. Jednou z najväčších výziev zlepšovania podmienok zdravia na Slovensku je práve pochopenie tejto zásady.

Formulovanie krokov, ktoré majú potenciálne pozitívny vplyv na zlepšenie zdravia, vychádza z poznania jeho súčasného stavu cez vplyv rôznych determinantov a rizikových faktorov. Jednoduché návody neexistujú, naopak, komplexný charakter opatrení je základnou podmienkou akejkoľvek pozitívnej zmeny. Úspešná zmena vyžaduje optimálny mix zmien v správaní jednotlivca, mechanizmov, inštitúcií. Nasledovné odporúčania naznačujú komplexnosť problematiky a podstatné súčasti, ktoré musí zmena kombinovať. Nie sú samozrejme úplným alebo jedinečným výpočtom, ponúkajú však priestor pre ďalšiu diskusiu o rozširovaní príležitostí žiť zdravý, dlhý a plnohodnotný život.¹²⁹

4.2.1 „Nezdravotnícke“ opatrenia

- *Identifikovanie rizikových faktorov.* Hlavné príčiny chorobnosti a úmrtnosti sú všeobecne známe. Je však potrebné sústrediť väčšiu pozornosť na výskum rizikových faktorov, ktoré podnecujú vznik ochorení. Identifikovanie rozhodujúcich faktorov vyžaduje pružnejšie využívanie údajov o chorobnosti a úmrtnosti, ktoré umožní lepšie zhodnotenie vzájomných vzťahov determinantov zdravia, rizikových faktorov a samotného zdravotného stavu. Pre formulovanie priorít budú nevyhnutné výsledky sofistikovaných epidemiologických štúdií, ktorými sa získajú informácie o životnom štýle, stravovaní a zdravotných ukazovateľoch u rôznych sociálnych skupín obyvateľstva. Pre podrobnejšie hodnotenie vzťahov by bolo užitočné rozšíriť tieto analýzy na regionálnu úroveň, zaviesť a pravidelne monitorovať existujúce aj nové ukazovatele (napr. v oblasti vzdelanosti, životného štýlu). Keďže nemožno očakávať spontánny dopyt po týchto aktivitách a ich výsledkoch od súkromnej sféry, počiatočná iniciatíva smerujúca k identifikovaniu, výskumu a monitoringu zdraviu škodlivých vplyvov by mala pochádzať od verejných a mimovládnych inštitúcií.
- *Stanovenie priorít.* Ekonomická realita podmieňuje možnosti vlády, ale aj mimovládneho a súkromného sektora, orientovať aktivity na rôzne možnosti a spôsoby ochrany zdravia. Vytipovanie rizík s najväčším vplyvom na zdravie človeka môže byť dobrým východiskom pre efektívne smerovanie opatrení. Diskusii o smerovaní verejnej ochrany zdravia by mal predchádzať konsenzus o tom, do akej miery je podpora a ochrana zdravia spoločenskou prioritou, aj s prihliadnutím na použitie verejných prostriedkov. Jeden z pilierov koncepcie ľudského rozvoja hovorí, že pri použití obmedzených verejných zdrojov (nikdy ich totiž nebude dostatok) by sa malo uvažovať o oblastiach, v ktorých majú investície schopnosť priniesť úžitok čo najväčšiemu počtu ľudí. Prirodzene, vo viacerých prípadoch sa individuálne faktory zdravia týkajú priamo iba určitej skupiny obyvateľstva

¹²⁷ Prirodzene, medzi základné determinanty patria aj také, ktoré rozhodovaním nemožno priamo ovplyvniť (napr. genetické predpoklady).

¹²⁸ Pozri kapitolu 2.1.1.

¹²⁹ Dôvodom rozdelenia návrhov na tie, ktoré súvisia so zdravím v širšom kontexte, a tie, ktoré majú priamu súvislosť so zmenami v systéme zdravotníctva, je predovšetkým podpora vnímania zdravia nielen cez služby zdravotníctva. Neznamená to, že sa jedná o oddelené chápanie problematiky zdravia – naopak, predpokladom pozitívnych zmien je integrovaný prístup a nie čiastkové opatrenia.

(napr. tabak a fajčiari) a napriek tomu môžu mať opatrenia smerované na takúto skupinu významný vplyv na celú populáciu – najmä v kombinácii s inými opatreniami (napr. nikotínové žuvačky a zákaz fajčenia na verejných priestranstvách). Svetová zdravotnícka organizácia odporúča postupovať pri identifikácii priorít cestou porovnania nákladov a účinkov intervencií (pozri aj box 4.1).

- **Prevenia rizikových faktorov.** Predchádzanie zdraviu škodlivých vplyvov súvisí predovšetkým so zmenami v postojoch a návykoch – teda v správaní v najširšom zmysle. Podľa domácich i zahraničných analýz zostávajú medzi prioritami v primárnej prevencii boj proti fajčeniu a zmeny v stravovacích návykoch. Nezávislí experti sa zhodujú, že v celkovej štruktúre výživy na Slovensku pretrváva nedostatok čerstvého ovocia a zeleniny, mliečnych produktov, rýb, a naopak, za nadmerný je považovaný konzum živočíšnych tukov, cukru a alkoholických produktov.¹³⁰ Možnosti, ako vplývať na zmeny v stravovacích návykoch, spočívajú v kombinácii zdravotnej výchovy, osvetu, reklamy, ale i reštrikčných opatrení, napr. vyšších spotrebných daní na vybrané druhy požívateľín. Fajčenie, resp. konzumácia tabaku, má v pozadí nielen hlboko zakorenené tradície, ale i silné priemyselné odvetvie a záujmové skupiny. Ako úspešné intervencie sa v mnohých krajinách osvedčili legislatívne opatrenia obmedzujúce alebo zakazujúce fajčenie na verejných priestranstvách a budovách, tzv. záporná reklama, a predovšetkým vysoké spotrebné dane na tabakové produkty. Niektoré krajiny pristúpili aj k úplnému zákazu reklamy na tabakové výrobky. V rámci prevencie fajčenia sa javí ako neuspokojivá funkcia výchovy a osvetu (rodina, škola, médiá, atď.). Zdravá životospráva zahŕňa aj ďalšie intervencie ako boj proti alkoholizmu, toxikománii a iným závislostiam, zlepšenie osobnej hygieny, pohybové aktivity, ochranu pre nadmerným slnečným žiarením, atď. Pri správaní, ktoré dokázateľne vedie k poruchám zdravia a zvyšuje tak náklady na zdravotnú starostlivosť, a je napriek tomu spoločnosťou tolerované, bude potrebné posilniť finančnú alebo inú zodpovednosť aktérov takéhoto správania. Nemožno podceňiť ani riziko nechráneného pohlavného styku, ktorý je stále hlavnou príčinou pandémie AIDS. Súčasný nízky počet infikovaných osôb v SR nemusí byť udržateľný, najmä s ohľadom na očakávaný voľný pohyb osôb v rámci rozšírenej Európskej únie, ale aj vzhľadom na explóziu HIV/AIDS na Ukrajine a v Rusku.

box 4.1

Odporúčania Svetovej zdravotníckej organizácie

Autori globálnej správy o zdraví (WHO, 2002) uvádzajú, že zameranie sa na prevenciu znamená zameranie sa na riziká zdravia. WHO vyzýva vlády klásť väčší dôraz na identifikovanie problémov, formulovanie priorít a zlepšenie prístupu k informáciám o rizikách zdravia. S tým súvisí posilnenie výskumu rizikových faktorov, definovanie kľúčových rizík, formulovanie stratégií a opatrení na prevenciu týchto rizík s prihliadnutím na ich nákladovú efektívnosť. Zvládnutie a redukcia hlavných rizikových faktorov – medzi ktoré WHO zaraďuje hlavne tabak, alkohol, vysoký obsah cholesterolu v krvi, vysoký krvný tlak a nadváhu – a tým aj chorôb, ktoré spôsobujú, bude mať pozitívny efekt na zníženie predčasnej úmrtnosti a nárast dĺžky života bez chorôb a postihnutosť. Takéto opatrenia majú nesporný vplyv aj na hospodárstvo krajiny, na rovnosť šancí a podporu udržateľného rozvoja. (Zdroj: *World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. WHO, 2002*)

V prevencii možno nadviazať na mnoho existujúcich programov a projektov zameraných na ochranu zdravia (napr. projekty WHO Školy podporujúce zdravie, Zdravé mestá, Zdravé pracoviská, CINDI, MONICA, Globálny projekt prevencie AIDS).

- **Dostupnejšie informácie pre verejnosť.** S prevenciou úzko súvisí pochopenie účinkov rizikových faktorov. Ľudia potrebujú zrozumiteľnejšie informácie o pozitívach a negatívach správania, ktoré má priamy vplyv na ich zdravie, chorobnosť a úmrtnosť. Tieto informácie by mali odrážať najnovšie poznatky vedy a výskumu, ale i skúsenosti z úspešných a neúspešných opatrení – a mali by byť adekvátne podané všetkým vekovým a sociálnym kategóriám. Šírenie informácií zahŕňa širokú paletu aktivít vrátane zdravotnej výchovy a vzdelávania, poradenstva, komunitných programov, výskumných projektov, reklamy a propagácie, a pod.
- **Rozvoj determinantov zdravia.** Ide o balík opatrení z oblastí, ktorým sa hovorí determinanty zdravia.¹³¹ Väčšina z nich nemá zlepšenie zdravotného stavu ako explicitný cieľ, možno im však pripísať významný podiel na výslednom zdravotnom stave človeka. Investície do zdravia, ktoré determinanty prinášajú – či už ako priamy alebo nepriamy efekt – sú spätne aj stimulom pre rozvoj týchto oblastí (zlepšenie zdravotného stavu populácie má pozitívny efekt napríklad na ekonomický rast a redukcii chudoby). Medzi priority patrí oblasť hospodárskeho rozvoja, vzdelávania, trhu práce, sociálneho systému, chudoby a sociálneho vylúčenia, životného prostredia, bývania, genetiky, zdravotníctva ako systému. Pozitívny vývoj vo viacerých z uvedených oblastí je na Slovensku podmienený rznymi reformnými krokmi (najmä dôchodkový systém, sociálny systém, zdravotníctvo).

¹³⁰ Táto publikácia nemá ambíciu obhajovať určitý spôsob alebo obsah stravovania. Uvedené názory na štruktúru stravy sa frekventovane objavujú v odborných diskusiách o stravovacích návykoch.

¹³¹ Pozri aj kapitolu 3.2 Determinanty zdravia.

4.2.2 Reforma zdravotníctva

Výzvy reformy zdravotníctva

Úspešnosť reformy zdravotníctva je podmienená faktormi, ktoré možno nazvať aj hybnými silami alebo výzvami reformou. Z pohľadu slovenského zdravotníctva sa javia ako kľúčové výzvy spojené s očakávaniami ľudí, nákladmi na zdravotnícku starostlivosť a schopnosťou jednotlivca a spoločnosti za ňu platiť. Pre úspešné zvládnutie reformy bude potrebné nájsť adekvátne reakcie na tieto výzvy (pozri tabuľku 4.1).

tabuľka 4.1

Hlavné výzvy reformy

Výzvy	Reakcie
Rastúce očakávania	Zníženie očakávaní
Rastúce náklady	Zvyšovanie efektívnosti
Limitovaná schopnosť platiť	Mobilizácia zdrojov

Zdroj: Pažitný – Zajac (2002).

Zdravotníctvo je z ekonomického hľadiska luxusným statkom, po ktorom rastie dopyt rýchlejšie ako príjem. Hospodársky rast vo viacerých krajinách tak zvyšuje tlak na zabezpečovanie fungovania zdravotných systémov. Rastúce očakávania ovplyvňujú nielen hladinu dopytu po zdravotnej starostlivosti, ale aj jej štruktúru. Pacienti sa prirodzene domáhajú najlepšej starostlivosti, najmodernejšej technológie a najnovších liekov. V atmosfére, v ktorej je úroveň zdravotnej starostlivosti neadekvátna relatívne vysokému daňovému a odvodovému zaťaženiu a vysokej miere prerozdelenia zdrojov, kde dlhodobo absentuje reforma, majú tieto očakávania osobitý vplyv. Tento je znásobený skutočnosťou, že ľudia prisudzujú zdravotníctvu význam presahujúci jeho reálny vplyv na ich zdravotný stav.

Na zvyšujúce sa náklady na zdravotníctvo vplyvajú nielen rastúce očakávania, ale aj faktory súvisiace s demografickým vývojom (starnutie populácie), zmenami v štruktúre chorôb (zvyšujúci sa podiel epidemických, chronických a civilizačných ochorení) a zavádzaním nových technológií.

Schopnosť platiť rastúce náklady na zdravotníctvo je limitovaná tak vo verejnom ako aj súkromnom sektore. Táto schopnosť, či ochota platiť, klesá v prípade neudržateľného, deficitného financovania systému. Medzinárodné finančné inštitúcie podmieňujú pomoc vládám v reštrukturalizácii zdravotníckych systémov zastavením rastu dlhu a kontrolou vládnych výdavkov. Subjekty súkromného sektora prirodzene nechcú platiť vyššie dane a odvody na zdravotnú starostlivosť. V prípade občanov ide o nesúlad rastúcich očakávaní a ochoty podieľať sa na stúpajúcich nákladoch priamymi platbami alebo vyššími daňami (pozri aj box 3.10).

Kapitola 3.3 poukázala na hlavné príčiny a dôsledky krízy v zdravotníctve na Slovensku. Väčšina z uvedeného je notoricky známa, iné súvislosti sa prejavili až v posledných rokoch. Nasledujúci text obsahuje v skrátenej forme návrh reformy zdravotníctva¹³², o ktorý sa opiera aj nový minister zdravotníctva¹³³. Práca prináša názory autorov na riešenie problematiky zdravotníctva na Slovensku. Nie je to záväzný dokument, ktorý by sa premietol do legislatívy SR. Konkrétne reformné opatrenia sa tak môžu od návrhu čiastočne líšiť. Autori návrhu sa však významne podieľajú na príprave a uskutočnení celej reformy.

Návrh je založený na rešpektovaní troch rozhodujúcich vzťahov:

1. Posilnenie vzťahu medzi tým, čo občan do systému dáva a čo z neho dostáva.
2. Posilnenie motivácie poskytovateľov, že výkon bude ohodnotený a lepší výkon bude lepšie ohodnotený.
3. Posilnenie zodpovednosti každého subjektu v systéme, aby znášal svoje riziko individuálne.

Definovanie zákonného nároku na základný balík služieb

Rozhodujúcim prvkom reformy zdravotníctva je jasné definovanie rozsahu nepoistiteľného rizika. Pod nepoistiteľným rizikom možno rozumieť základný balík služieb, na ktorý má nárok každý občan SR, a ktorý bude platený v rámci solidarnosti z verejných zdrojov. Zvyšok budú tvoriť ostatné služby, ktoré budú predmetom poplatkov, príplatkov, nepovinného zdravotného poistenia alebo pripoistenia.

¹³² Pažitný, P. – Zajac, R.: *Stratégia reformy zdravotníctva – reálnej reformy pre občana*. MESA 10, Bratislava (2001).

¹³³ Rudolf Zajac, minister zdravotníctva SR (od októbra 2002).

- **Zmena Liečebného poriadku.** Liečebný poriadok je najviac diskutovanou príčinou krízy zdravotníctva. Reforma predpokladá rozdelenie Liečebného poriadku na služby v rámci základného balíka služieb (*basic benefit package*, alebo aj tzv. nepoistiteľné riziko) a rôznych balíkov nepovinných služieb. Základný balík bude obsahovať tie diagnózy a k nim viazané preventívne, diagnostické a liečebné činnosti, ktoré bude mať pacient plne hrazené z povinného poistenia. V princípe by mal zahŕňať:
 1. všetky preventívne činnosti (očkovania, povinné preventívne prehliadky a skrínigové metódy vedúce k prevencii alebo včasnej diagnostike závažných ochorení),
 2. všetky diagnostické činnosti vedúce k správnej diagnostike ochorení vedených v kategórii základného balíka služieb,
 3. všetky liečebné úkony pre určené diagnózy.

Predmetom nepovinného balíka budú prevažne služby ako urýchlenie plánovaných operácií, príplatok za drahší liek ako je v základnom balíku, príplatok za kvalitnejšiu stravu a ubytovanie v nemocnici, kozmetické operácie, antikoncepcia a interrupcie, dobrovoľná prevencia, a iné.

Je predpoklad, že regióny vo svojich zákonných normách budú mať právo modifikovať niektoré ustanovenia Liečebného poriadku, hlavne vo forme „prilepšenia“ svojim občanom, alebo v tých prípadoch, kde lokálne podmienky ukážu potrebu pružnejšieho prístupu k celoštátnej zákonnej norme.
- **Prevencia.** Ide o významnú súčasť financovania služieb, pričom platí téza, že prevencia je vždy lacnejšia ako liečba. Bude potrebné prepracovať spôsob financovania prevencie a jasne definovať, aký rozsah prevencie bude súčasťou základného balíka. Všeobecne možno prevenciu rozdeliť na tri zložky:
 1. primárna prevencia – snaha o zamedzenie vzniku ochorenia,
 2. sekundárna prevencia – snaha o včasné odhalenie vzniknutého ochorenia,
 3. terciárna prevencia – liečba a rehabilitácia, zníženie utrpenia.

V rámci primárnej prevencie by mal vzniknúť zoznam povinných a odporúčaných očkovaní, ktoré budú realizovať lekári primárnej ambulantnej starostlivosti na základe pozývania klientov. Úhrada povinných očkovaní bude realizovaná v rámci základného balíka. Z terajších štátnych zdravotných ústavov by mal vzniknúť nový systém štátneho zdravotného dozoru (v kompetencii regionálnej štátnej správy alebo samosprávy), ústavov verejného zdravotníctva, doplnený o fond podpory zdravia, ktorý by zastrelil aktivity štátnej zdravotnej politiky a Národného programu podpory zdravia. Táto systémová zmena by mala priniesť vyššiu flexibilitu, transparentnosť a konkurencieschopnosť do systému účasti štátu na preventívnych opatreniach.

Sekundárna prevencia je už súčasťou liečebno-preventívneho procesu. Jej najdôležitejšou zložkou by mal byť skrínig. Zoznam skrínigových vyšetrení podľa veku a pohlavia bude súčasťou základného balíka a tieto vyšetrenia budú plne hrazené nákupcami (napr. poisťovňami).
- **Rýchla zdravotná služba.** V prípade potreby urgentnej zdravotnej služby, ako sú havárie, úrazy, náhle a život ohrozujúce stavy a pod., musí byť v rámci poskytovania zdravotníckych služieb zabezpečená činnosť rýchlej zdravotnej služby. Všeobecne možno konštatovať, že táto služba je funkciou času a kvality. K pacientovi je potrebné dostať sa v čo najkratšom čase a poskytnúť mu najkvalitnejšiu pomoc. Ide o typické nepoistiteľné riziko, ktoré patrí v celom rozsahu do základného balíka služieb. Riešenie organizácie a financovania rýchlej zdravotnej služby však musí zohľadniť aj špecifiká ako rôznorodé usporiadanie poskytovateľov na území SR, rôzna členitosť terénu, priorita času pred regionálnym usporiadaním, keďže pacient musí byť dopravený čo najrýchlejšie a najbližšie, a musí byť zabezpečená súčinnosť s inými zložkami (hasiči, polícia, horská služba, a pod.). Táto služba musí fungovať princípom „stand by“. Mala by byť organizovaná ako samostatná forma poskytovateľov, ktorí budú kvôli vyššie uvedeným potrebám financovaní z centrálneho fondu.

Financovanie zdravotnej starostlivosti

Termín financovanie zodpovedá všetkým procesom a inštitúciám, ktorými sa zabezpečujú finančné prostriedky na krytie všetkých aktivít spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Patria sem dane, odvody do zdravotných poisťovní, komerčné poistné či priame úhrady a poplatky od pacientov.

Hlavným cieľom systému financovania zdravotníctva je zabezpečiť každému občanovi spoločensky dohodnutú primeranú finančnú ochranu, ktorá zabezpečí, že pri platení za služby zo základného balíka nebude konfrontovaný s katastrofickými nákladmi. Systém bude potrebné nastaviť tak, aby ho mohli užívať aj sociálne slabšie skupiny, ktoré sa nepodieľajú na tvorbe zdrojov. Zároveň však systém nesmie vysokou mierou prerozdelenia byť demotivujúci. Znamená to predovšetkým posilnenie vzťahu medzi tým, čo človek do systému dáva, a tým, čo z neho dostáva. Z hľadiska mobilizácie zdrojov je potom rozhodujúce definovať, koľko zdrojov od ktorej sociálnej skupiny bude vybraných a na čo budú použité. To je možné jedine vtedy, ak bude systém financovania:

1. dlhodobo stabilný z hľadiska určovania „pravidiel hry“ výberu finančných prostriedkov, ktoré štát často prispôbuje vlastným možnostiam;

2. finančne nezávislý od štátu, predovšetkým od daňového systému (teraz sa mieša prerozdelenie a sociálne poistenie);
3. nastavený tak, aby prilákal súkromné zdroje.

□ **Úloha štátu.** Podľa návrhu reformy by sa mala úloha štátu vo financovaní zdravotníctva v budúcnosti značne obmedziť. Od presmerovania súčasných finančných tokov, ktoré smerujú zo štátneho rozpočtu na Ministerstvo zdravotníctva alebo priamo do zdravotnej poisťovne, sa očakáva zrušenie jedného z významných korupčných bodov a zvýšenie transparentnosti financií. Štát nebude platiť za neaktívnych poistencov, zrušia sa kapitálové výdavky a výrazne sa obmedzí rozpočet samotného ministerstva. Zároveň sa odoberie povinnosť štátu platiť Národnému úradu práce za nezamestnaných. Štát takýmto spôsobom stratí moc nad zmenou pravidiel hry „za pochodu“. Systém financovania sa stane autonómnym, pričom štát bude plniť tieto základné funkcie:

1. stanoví v Liečebnom poriadku princípy solidárnosti určením zákonného nároku,
2. stanoví percentuálnu výšku odvodu pre povinné zdravotné poistenie,
3. preberie funkciu finančného zaistenia v prípade mimoriadnych udalostí,
4. môže za presne definovaných podmienok na dobu určitú zasiahnuť v prípade zlyhania systému v regióne (inštitút dočasného núteného dohľadu),
5. bude uhrádzať poistné iba za svojich zamestnancov, tak ako každý iný subjekt.

□ **Zúženie Liečebného poriadku.** Pri zužovaní súčasného rozsahu Liečebného poriadku vychádza návrh reformy z dvoch nevyhnutných podmienok: 1. celkový objem zdrojov na zdravotníctvo sa nebude zvyšovať, ale zameria sa prioritne na zmenu štruktúry finančných tokov, 2. výška daňového a odvodového zaťaženia nebude zvýšená.

□ **Zavedenie finančnej spoluúčasti pacienta za primeranej ochrany zraniteľných skupín.** Pôjde skôr o symbolické platby za určité služby, ktorých efektom bude najmä zníženie dopytu a postupné odstránenie zakorenenej predstavy o bezplatnom zdravotníctve. Predmetom spoluúčasti by mali byť napríklad platby za stravovanie v nemocnici, platby za ubytovanie v nemocnici, alebo za vydaný recept, príplatok za prepravu dopravnou službou, a iné.

Platby sa budú vzťahovať na služby poskytované v rámci základného balíka. Je možné, že nastanú situácie, keď pacient (nachádzajúci sa napr. v hmotnej núdzi resp. chudobe) nebude schopný tieto platby zaplatiť. Systém sa nevyhne adresnej pomoci zraniteľným sociálnym skupinám, ktoré sú na ňu skutočne odkázané. Rozsah tejto formy solidárnosti by mal byť predmetom pokračujúcej diskusie. Do týchto aktivít možno začleniť aj činnosť charitatívnych organizácií a nadácií.

box 4.2
Rozloženie finančného rizika

V princípe možno rozlišovať dva rozdielne systémy zdravotného poistenia. Prvý je založený na čistom zdravotnom riziku (používaný napr. v USA). Výška poistného je stanovená individuálne, na základe zdravotného stavu, veku a iných faktorov ovplyvňujúcich zdravie. Tento systém zápasí s dvoma základnými problémami: tzv. zbieranie smotany (*risk selection*) a adverzný výber (*adverse selection*). Výsledkom je efektívny a kvalitný systém, avšak s 20% podielom nepoistenej populácie. Miera solidárnosti je veľmi nízka.

Druhý systém, používaný v Európe, je založený na výške mzdy. Výška poistného nie je stanovená podľa zdravotného rizika, ale na základe výšky mzdy (zväčša s dolným aj horným limitom). Pre tento systém je typická nižšia efektívnosť a vysoká miera solidarity, ústiaca do problému morálneho hazardu.

Keďže jedným z hlavných bodov reformy systému na Slovensku je zabezpečenie finančnej ochrany, bude založený naďalej na výške mzdy.

□ **Pluralita a konkurencia nákupcov zdravotných služieb.** Zdravá konkurencia je nevyhnutným predpokladom efektívneho poskytovania služieb. Súčasný pluralitný systém zdravotných poisťovní by sa mal reformou transformovať na pluralitný systém nákupcov zdravotných služieb. Tri oblasti, ovplyvňujúce konkurenciu nákupcov, sa javia ako dôležité:

1. **Výber zdrojov.** Výber zdrojov bude decentralizovaný, čo znamená, že každý nákupca služieb bude vyberať poistné od občanov a podnikateľských subjektov samostatne. Zavedie sa pojem predpísané poistné.
2. **Prerozdelenie zdrojov.** Znamená efektívnejšie nastavenie prerozdelenia mechanizmu a rozdelenie verejných zdrojov rovnomerne do regiónov. Na splnenie tohto predpokladu bude používaný nasledujúci postup:
 - prerozdelenie zdrojov bude výhradne na báze predpísaného poistného,
 - štruktúra nákupcu môže pozostávať z jedného ústredia zodpovedného za výber zdrojov a regionálnych pobočiek zodpovedných za alokáciu zdrojov,
 - prerozdelením mechanizmom v rámci SR (podľa indexu rizikovosti) medzi rôznymi ústrednými nákupcami služieb sa vyrovnajú rozdiely medzi jednotlivými rizikovými skupinami v rámci SR (v prípade, že by bol taký nákupca, ktorý by pôsobil iba v jednom regióne, potom v rámci regiónu),
 - ústredný nákupca pridelí svojim regionálnym pobočkám (regionálnym nákupcom) zdroje podľa štruktúry klientov-poistencov v regióne diferencovaných podľa indexu rizika,
 - regionálny nákupca bude nakupovať služby u poskytovateľov pre svojich klientov na území celej Slovenskej republiky bez obmedzenia.

Takto by sa malo zabezpečiť, aby na území celej Slovenskej republiky bol v rámci solidárneho financovania základného balíka služieb k dispozícii na každého občana s rovnakým indexom rizikovosti rovnaký objem zdrojov. Tým sa eliminuje doterajšie negatívne pôsobenie kapitálových transferov zo štátneho rozpočtu spojené s neštandardným pôsobením zdravotných poisťovní, čím dochádzalo k výrazne nerovnomernému a často diskriminačnému regionálnemu prerozdeleniu zdrojov.

3. *Použitie zdrojov.* Pluralita nákupcov má zmysel iba vtedy, ak medzi nimi existuje reálna konkurencia. Konkurencia sa dá dosiahnuť jedine vtedy, ak nákupcovia budú niesť finančnú zodpovednosť a riziko.

- *Zaistenie.* Pri určovaní úloh štátu bola spomenutá funkcia zaistenia. Išlo by o určitú formu poistenia nákupcov v prípade hradenia extrémnych nákladov spojených s vypuknutím katastrof či epidémií, ktoré by výrazným spôsobom a v krátkom časovom slede zasiahli významnú časť poistného kmeňa určitého nákupcu bez jeho zavinenia.
- *Súkromné zdroje.* Súkromné zdroje zohrávajú v systéme dôležitú úlohu. Bez nich nie je možné realizovať zabezpečenie efektívnosti a kvality. Prilákanie súkromných zdrojov je možné viacerými spôsobmi:
 1. Vybudovanie funkčného systému nepovinného zdravotného poistenia, v ktorom budú môcť operovať nezávislí nákupcovia služieb.
 2. Poskytovaním daňových úľav pre subjekty, ktoré dávajú finančné prostriedky, alebo dary charitatívnym organizáciám.
 3. Zavedením finančnej spoluúčasti pacienta.

box 4.3

Návrh systému financovania

Podmienkou pre zavedenie tohto systému je, aby každý občan SR mal vedený svoj osobný účet. Návrh spočíva v dvojpilierovom systéme financovania zdravotných služieb. Prvým, povinným pilierom nového systému financovania by mali byť tzv. verejné zdroje občanov (zdravotné poistenie). Tieto zdroje budú kryť náklady na poskytovanie zákonného nároku všetkých občanov, ktorý je garantovaný ústavou v systéme povinného zdravotného poistenia a budú s nimi disponovať nákupcovia služieb.

Druhým pilierom budú tzv. súkromné zdroje občanov. Občania si zvolia priplácanie nad rámec zákonného nároku prostredníctvom komerčných zdravotných poisťovní, poskytujúcich nepovinné zdravotné poistenie, alebo vo forme priamych legálnych platieb poskytovateľom. Rozhranie medzi povinným a nepovinným zdravotným poistením bude určené objemom zákonného nároku na definovaný štandard.

Platobné mechanizmy a rozloženie rizika

Platobné mechanizmy zahŕňajú všetky procesy a inštitúcie, prostredníctvom ktorých sú odmeňovaní jednotliví poskytovatelia zdravotnej starostlivosti. Platobné mechanizmy vytvárajú dôležité stimuly, na ktoré poskytovatelia citlivo reagujú. Rozhodujúcim prvkom ekonomicky udržateľného systému poskytovania zdravotných služieb je vhodne nastavený systém platobných mechanizmov, založený na motivačných faktoroch a zabezpečujúci zdravú konkurenciu.

Prvým predpokladom vybudovania takého systému je záruka, že si poskytovateľ môže zisk z lepšieho ohodnotenia ponechať, na druhej strane musí znášať riziko straty sám zo svojich prostriedkov. Druhým predpokladom je záruka, že vyššia výkonnosť a kvalita služieb zabezpečuje poskytovateľovi lepšie ohodnotenie a naopak. To je veľmi silný motivačný prvok, ktorý by mal viesť k výraznému zvýšeniu efektívnosti.

- *Rozloženie finančných rizík vo financovaní zdravotných služieb.* Návrh spočíva v zavedení inštitútu nákupcu s aktívnou nákupnou politikou a prenesením časti rizika na poskytovateľa. Úspech nákupcu je však podmienený viacerými faktormi:
 1. možnosť slobodného výberu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (stanovovanie cien, množstva a kvality) pre svojich klientov,
 2. jasné vzťahy s poisťovňou resp. štátom (koľko dostane a na čo),
 3. jednoznačné znášanie finančného rizika (zisky aj straty),
 4. rovnosť šancí s ostatnými nákupcami (platí najmä pre novo nastupujúcich nákupcov).

Súčasnú zdravotnú poisťovňu sa ani zďaleka nepodobajú aktívnym nákupcom zdravotníckych služieb. Z rôznych možností, ktoré sú vo svete bežné (nákupcom je napr. ministerstvo, štátna poisťovňa, samospráva, súkromná regionálna poisťovňa, prípadne lekár prvého kontaktu), sa javí ako optimálna, aby sa na Slovensku nákupcovia transformovali zo súčasných zdravotných poisťovní a postupne k nim pribúdali noví. Nákupcovia sa budú musieť riadiť princípmi ako solidárnosť v rámci kmeňa poisťencov, tlak na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zabezpečenie solventnosti resp. kontrola toku financií.

- *Základné pravidlá platobných mechanizmov.* Na financie je potrebné nazerať ako na jeden z rozhodujúcich nástrojov dosiahnutia efektivity poskytovania služieb (za podmienok uplatnenia všeobecných ekonomických pravidiel, ktoré budú pre pacienta výhodné). Medzi podstatné faktory, potrebné pre dosiahnutie efektivity poskytovania zdravotných služieb, patrí:

1. Bude jasne definovaný zákonný nárok na definovaný štandard. Z hľadiska nákupcu je potom zákonný štandard najnižšia možná cena, za ktorú dohodne poskytovanie služby alebo výkonu na trhu poskytovateľov a bude platiť pre všetkých zmluvných poskytovateľov daného nákupcu. To neznamena, že poskytovateľ túto cenu nemôže prekročiť, ale bude ju hradiť zo svojho.
 2. Poskytovatelia si medzi sebou budú uhrádzať dohodnuté služby, teda budú platiť dodávateľsko-odberateľské vzťahy.
 3. Na všetkých poskytovateľov budú rovnako a bez výnimky platiť zákony SR používané v hospodárskej sfére, ako napríklad Obchodný zákonník, Občiansky zákonník, zákon o konkurze a vyrovnaní, Zákonník práce, zákon o účtovníctve, daňové zákony a pod.
 4. Poskytovatelia budú autonómni a nezávislí od štátnej sféry riadenia a bude rešpektovaná ústavou garantovaná rovnosť šancí všetkých subjektov.
 5. Vytvorený zisk poskytovateľov bude zdaňovaný podľa rovnakých pravidiel ako je zdaňovaná podnikateľská sféra. Oslobodenie od platenia daní bude možné iba za predpokladu investovania zisku do predmetu podnikania – poskytovania zdravotných služieb a na obmedzenú dobu pri použití zisku na splácanie dlhov z predchádzajúcich období.
- ❑ *Odmeňovanie poskytovateľov a úhrady za poskytnuté služby.* Zmena celého systému platobných mechanizmov spočíva v dodržaní princípu, že lepší výkon je odmenený vyššou odmenou. Formy úhrady pre jednotlivé segmenty siete poskytovateľov¹³⁴ musia byť viazané na ich výkonnosť a efektívnosť a súčasne zohľadňovať ich špecifické podmienky.
 - ❑ *Zisk ako základná motivačná funkcia.* Poskytovatelia sa i dnes správajú tak, aby dosiahli zisk, ktorý sa však prejavuje v inej podobe. Ide najmä o tvorbu osobného zisku vo forme osobnej renty alebo neformálnych úhrad. Podobne poskytovatelia nežiaduco znižujú svoje náklady neposkytovaním služieb, čo sa však zdôvodňuje nedostatkom zdrojov.
 - ❑ *Zmluvné vzťahy medzi nákupcami a poskytovateľmi.* Nákupcovia budú uzatvárať zmluvy so svojimi klientmi – občanmi za presne definovaných podmienok a súčasne budú uzatvárať kontrakty s poskytovateľmi.

Organizácia zdravotnej starostlivosti

Pod poskytovateľmi sa rozumejú všetci účastníci procesu poskytovania zdravotných služieb. Možno ich rozdeliť do dvoch základných skupín:

- a) starostlivosť o ambulantného pacienta (nelôžková starostlivosť, resp denné sanatória),
- b) starostlivosť v lôžkových zariadeniach všetkých typov.

Je však zrejmé, že toto hrubé rozdelenie nepostačuje, pretože v systéme poskytovania zdravotných služieb pôsobi celý komplex účastníkov, ktorí sú nejakým spôsobom na ňom zainteresovaní (najmä verejné lekárne, dodávateľia liekov a špeciálneho zdravotného materiálu, dodávateľia energií, potravín, atď.).

- ❑ *Rovnaká autonómia, rovnaká zodpovednosť a rovnosť šancí poskytovateľov.* Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti musia byť, tak isto ako iné podnikateľské subjekty, autonómni a musia konať na vlastnú zodpovednosť a riziko. Tejto podmienke najviac bráni dedičstvo socializmu, najmä vysoká vlastnícka a riadiaca účasť štátu. Rovnaké práva a povinnosti poskytovateľov znamenajú rovnaké podmienky a rovnakú šancu pre všetky subjekty. Návrh reformy pozostáva z nasledovných krokov:
 1. *Odštatnenie majetku.* Prebehne odovzdaním všetkého doteraz štátneho majetku, slúžiaceho k poskytovaniu služieb, do vlastníctva samosprávnych krajov.
 2. *Prenesenie kompetencií a vybudovanie elastickej siete.* Regióny musia mať právo zakladať vlastné zariadenia. Regionálnu sieť budú na základe efektívnej dostupnosti spolu budovať regionálni nákupcovia služieb. Región bude zodpovedať za poskytovanie zdravotných služieb v takej miere, v akej si ponechá vlastníctvo poskytovateľov. Možno predpokladať rozdiely v štruktúre siete v rôznych regiónoch.
- ❑ *Právna subjektivita jednotlivých subjektov.* Jedným z prvých predpokladov reálnej zmeny zdravotníctva – od súčasnej hierarchickej a statickej štruktúry ku kontraktačnému (zmluvnému) systému – je jasné definovanie kompetencií poskytovateľov. Pod kompetenciami sa rozumejú práva a povinnosti jednotlivých segmentov siete. Na dosiahnutie požadovaného stavu bude potrebné:
 - osamostatniť poskytovateľov – poskytnúť im presne taký rozsah autonómie, aký majú iné podnikateľské subjekty,
 - osamostatniť nákupcov služieb,
 - umožniť občanovi reálnu slobodnú voľbu lekára, zariadenia, nákupcu.

¹³⁴ Pozri box 3.8 k základnej štruktúre poskytovateľov zdravotných služieb.

Autonómia poskytovateľov, jasne definované práva a povinnosti a zrušenie rôznych ochranných mechanizmov je jediná cesta, ako možno prinútiť poskytovateľa prevziať tú časť rizika, ktorá je príslušná jeho činnosti.

- **Redukcia lôžkových zariadení.** SR má nielen nadbytok lôžok, ale i počtu zariadení. Pre dosiahnutie efektivity sa budú musieť zredukovať celé celky. Jediným kritériom požadovanej optimalizácie množstva a veľkosti zariadení sa musia stať ekonomické kritéria. Významným prvkom schopným manažovať túto úlohu sa stanú regionálni nákupcovia (napr. poisťovne) a región ako prvý vlastník všetkých štátnych zariadení, ktoré sú na jeho území. Región musí mať zodpovednosť za dodržiavanie zákonných noriem platných na celom území Slovenskej republiky.

Regulácia a kompetencie jednotlivých subjektov

Regulácia je jeden z najsilnejších nástrojov štátu na budovanie pravidiel hry a vymedzenie správania nákupcov a sprostredkovateľov zdravotných služieb. Kontrolu solventnosti a finančné toky (vrátane prerozdelenia) u nákupcu bude podľa návrhu reformy kontrolovať Úrad pre finančný trh. Jeho financovanie bude zabezpečené z povinných odvodov nákupcov.

Medicínsku kontrolu, zameranú na kontrolu poskytovania služieb „lége artis“, bude vykonávať Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Hospodárenie poskytovateľa kontroluje vlastník. U pacienta bude nákupca kontrovať oprávnenosť a vykonanie požadovanej služby. Monitorovanie zdravotného stavu obyvateľstva (hygienická a epidemiologická situácia a pod.) bude spadať do kompetencie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

tabuľka 4.2

Úlohy a kompetencie jednotlivých subjektov

Subjekt	Úlohy a kompetencie
Úlohy štátu	<ul style="list-style-type: none"> - Legislatívna povinnosť - Metodika - Vybudovať systém kontroly - Prístupové procesy a prístupové fondy - Zabezpečiť vznik grantových agentúr - Platiť za svojich zamestnancov - Zaisťovať nákupcov pre prípad „vis major“ za presne definovaných podmienok dočasne prevziať kompetencie formou „nútenej správy“
Úlohy regiónu/ samosprávneho kraja	<ul style="list-style-type: none"> - Prevzatie vlastníctva štátnych poskytovateľov ako prvé odštátne - Spoluúčasť na tvorbe regionálnej siete - Financovanie regionálnych rozvojových zdravotníckych programov ako nadštandardnej služby svojim obyvateľom
Úlohy nákupcu	<ul style="list-style-type: none"> - Výber zdrojov od ekonomicky aktívnych v rámci finančnej solidárnosti - Solidárna alokácia zdrojov na základe indexu rizika - Vytváranie finančného tlaku na sieť poskytovateľov - Uzatváranie zmlúv s občanmi a kontraktov s poskytovateľmi - Dohodovanie cien - Spoluúčasť pri tvorbe platobných a odmeňovacích mechanizmov. - Stanovovať a spresňovať prerozdelenie na základe indexu rizika
Úlohy poskytovateľov v sieti	<ul style="list-style-type: none"> - Poskytovať zdravotné služby - Dohodovanie a tvorba cien
Úlohy profesijných organizácií	<ul style="list-style-type: none"> - Legislatívna príprava v súčinnosti so štátom a VÚC - Regulácia povolania najmä prostredníctvom povinnej registrácie a kontrola poskytovania služieb - Prehodnocovanie základných programov vzdelávania - Príprava programov pre ďalšie vzdelávanie - Kontrola dodržiavania vzdelávacích programov - Účasť na skúškach - Účasť na rokovaniach o cene s nákupcami služieb - Zastúpenie vo vedeckých radách a akreditačných komisiách

Zdroj: Pažitný – Zajac (2001).

Reforma pre občana

Zdravotný systém musí slúžiť občanom. Občan – pacient je reálnym zákazníkom zdravotníctva a zároveň jediným reálnym prameňom financií ako pre poskytovateľa, tak pre nákupcu a štátnu správu. Najdôležitejším prienikom všetkých troch kľúčových okruhov (pacienti, poskytovatelia, financovanie) návrhu reformy zdravotníctva je prenesenie rizika zo štátu a rozloženie rizika medzi všetky tri okruhy. Prioritnou úlohou štátu nemá byť poskytovanie zdravotných služieb občanom tak ako doteraz, ale garantovať občanom ich práva dané zákonmi ako aj vymáhateľnosť týchto práv.

Elementárnym dlhodobým cieľom je budovanie takého systému zdravotníctva, ktorý každému občanovi garantuje poskytovanie základnej zdravotnej starostlivosti nie ako konečný cieľ, ale ako predpoklad pre opodstatnenú voľbu. Zdravie sa totiž považuje za nevyhnutný predpoklad kvalitného života.

Systém zároveň zakladá prvky zvyšujúce vlastnú zodpovednosť (pozri aj Programové vyhlásenie vlády v oblasti zdravotníctva v boxe 4.4). Občan teda dostáva slobodný výber a zodpovednosť za tento výber. Posilnenie osobnej zodpovednosti, vzťahu medzi vloženými prostriedkami a úžitkom, tvorby zdrojov a nielen ich prerozdelenia – to sú nevyhnutné črty reforiem, ktoré Slovensko musí v najbližšom čase zvládnuť, aby jeho systém sociálnej ochrany lepšie zodpovedal ekonomickej, sociálnej a demografickej realite. Nemožno ale prehliadnuť sociálny rozmer niektorých navrhovaných opatrení, ktoré v kombinácii s reformnými krokmi v iných oblastiach (sociálna podpora a pomoc, trh práce, dôchodkový systém) môžu naakumulovať zhoršenie sociálnej situácie u časti obyvateľstva a jeho neschopnosť sa týmto zmenám prispôbiť.¹³⁵ Konkrétne podoba solidarity s tými, ktorí budú reálne odkázaní na nejakú formu pomoci verejného či mimovládneho sektora, nie je ešte jasne definovaná. Je možné, že viaceré navrhované opatrenia bude potrebné v priebehu ich zavádzania korigovať a prispôbiť meniacim sa vonkajším okolnostiam (najmä ekonomickým a sociálnym, menej politickým). Pokračujúca diskusia o reforme zdravotníctva nemôže tento aspekt opomenúť. U zraniteľných skupín obyvateľstva je totiž pravdepodobnosť narušeného zdravia a horšieho prístupu k zdravotným službám najvyššia.

¹³⁵ Týka sa to najmä zraniteľných skupín obyvateľstva ako chudobní (i keď v SR zatiaľ tento pojem nie je legislatívne špecifikovaný), deti, bezdomovci, opustení ľudia, ľudia s vrodenými poruchami zdravia, a pod.

box 4.4**Programové vyhlásenie vlády – časť venovaná zdravotníctvu (schválené 5. 11. 2002)**

Vláda si kladie za cieľ vytvoriť stabilné podmienky pre činnosť v zdravotníctve, zastaví rast dlhu a zabezpečí v hospodárení vyrovnanú bilanciu v celom zdravotníckom sektore. Vláda si uvedomuje zodpovednosť za zabezpečenie podmienok pre čo najlepší zdravotný stav obyvateľstva a zaväzuje sa konať v záujme jeho zlepšovania, bude však zároveň vytvárať podmienky na zvýšenie zodpovednosti jednotlivca za vlastné zdravie.

Vláda deklaruje zámer zvyšovať akcieschopnosť systému poskytovania zdravotnej starostlivosti zodpovedajúceho potrebám obyvateľov pri zohľadnení reálnych finančných zdrojov. Chce zvýšiť efektívnosť vo využívaní financií určených na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, hlavne v oblasti povinného zdravotného poistenia, prioritne zabezpečí ochranu jednotlivca najmä pri poskytovaní vysoko finančne náročnej zdravotnej starostlivosti, ktorú si reálne nemôže sám jednotlivec uhradiť.

Vláda urobí kroky, ktoré zvýšia efektívnu dostupnosť a flexibilitu zdravotnej starostlivosti. Táto má byť založená na kontraktnej štruktúre zdravotníckych zariadení so zdravotnými poisťovňami, na rovnosti šanci a konkurencii medzi zdravotníckymi zariadeniami, na elastickej sieti, ktorej minimálny rozsah bude určený štátom. Vyššiu ekonomickú efektívnosť liečby a spokojnosť pacientov by malo priniesť uvoľnenie ambulantnej siete zdravotníckych zariadení a presunutie ťažiska z lôžkovej starostlivosti na ambulantnú zdravotnú starostlivosť, domácu ošetrovateľskú starostlivosť a jednoduchú chirurgiu.

Reformy v zdravotníctve budú smerované na efektívnejšie využívanie zdrojov. Vláda považuje za nevyhnuté posilniť prevenciu v systéme zdravotnej starostlivosti, predovšetkým preventívne programy na včasné odhaľovanie kardiovaskulárnych a onkologických ochorení.

Vláda si uvedomuje, že súčasťou problémov v rezorte zdravotníctva a dôvodom nespokojnosti obyvateľstva je vysoká miera korupcie. Preto bude vláda zvýšenú pozornosť venovať opatreniam na znižovanie miery korupcie pri poskytovaní zdravotníckych služieb. Ako antikorupčné opatrenie bude svojou adresnosťou pôsobiť aj spoluúčasť občana pri úhrade určitých výkonov alebo spoluúčasť pri úhrade služieb súvisiacich s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou.

Zdravotná starostlivosť a zdravotné poistenie

Vláda pripraví legislatívne riešenia základných zdravotníckych zákonov. Zákon o zdravotnej starostlivosti zdefiniuje pojem „zdravotná starostlivosť poskytovaná na základe povinného zdravotného poistenia“ a pojem „preventívna zdravotná starostlivosť“. Zákon o liečebnom poriadku bude definovať rozsah a obsah zdravotných výkonov, liekov a zdravotníckych pomôcok poskytovaných na základe povinného zdravotného poistenia (tzv. solidárny balík). Zároveň vymedzí doplnkovú zdravotnú starostlivosť s určením spôsobu jej financovania a poskytovania.

Vláda pripraví nový právny predpis o zdravotnom poistení, ktorý v nadväznosti na zákon o zdravotnej starostlivosti a liečebný poriadok zavedie dva typy zdravotného poistenia. Po prvé, povinné zdravotné poistenie založené na princípe solidárnosti, ktoré budú vykonávať zdravotné poisťovne na základe povolenia vydaného regulačným orgánom bez limitácie počtu poistencov s prísnu kontrolou solventnosti. Na jeho základe sa bude financovať tzv. solidárny balík, ktorého súčasťou bude aj financovanie siete rýchlej zdravotnej pomoci. Po druhé, doplnkové zdravotné poistenie v alternatíve s priamou úhradou nákladov za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ktoré budú vykonávať poisťovne na základe povolenia vydaného regulačným orgánom. Na jeho základe sa bude financovať zdravotná starostlivosť nad rámec tzv. solidárneho balíka.

Vláda bude presadzovať rovnosť príležitostí a povinností zdravotných poisťovní v okruhu povinného zdravotného poistenia a poisťovní v okruhu doplnkového zdravotného poistenia. Zároveň sa zaväzuje zabezpečiť pre zdravotníctvo minimálne rovnaký objem zdrojov zo štátneho rozpočtu, NÚP a Sociálnej poisťovne ako v roku 2002 v stálych cenách roku 2002. Vláda sa zároveň zaväzuje presadiť v zdravotníctve tvrdé rozpočtové obmedzenie tak, aby od roku 2004 nedochádzalo k tvorbe nového dlhu.

Vláda definuje podmienky pre poskytovanie sociálnej medicíny zahrňujúce náklady na ošetrovanie a opatrovanie občanov a adresné dávky a príspevky na úhradu zdravotnej starostlivosti nad rámec tzv. solidárneho balíka a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti u osôb, ktoré sa ocitli v hmotnej a sociálnej núdzi z objektívnych dôvodov.

Vláda zriadi Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, čím posilní inštitucionálnu kontrolu zdravotných poisťovní s dôrazom na kontrolu obsahu a rozsahu nakúpených zdravotníckych služieb v rámci tzv. solidárneho balíka, rovnako aj kontrolu zdravotníckych zariadení v otázkach poskytovania zdravotnej starostlivosti „lége artis“ financovanej zo zdrojov zdravotných poisťovní.

Vláda presadí kontrolu solventnosti zdravotných poisťovní prostredníctvom Úradu pre finančný trh a zavedie povinnosť pre všetky zdravotnícke zariadenia s obrátom prevyšujúcim ustanovenú sumu podriaďiť sa nezávislému finančnému auditu vedúcemu k zvýšeniu transparentnosti finančných tokov v zdravotníctve.

Ďalšie inštitucionálne a legislatívne reformy

Vláda, vedomá si neúmerného podielu nákladov na lieky zo zdrojov pochádzajúcich zo zdravotného poistenia, bude presadzovať realizáciu otvorenejšej a ekonomicky realistickej liekovej politiky s určitou trvalou a vopred danou spoluúčasťou pacienta. Vláda bude presadzovať zrušenie systému maximálnych cien a zmenu kategorizácie úhrady liekov tak, aby obsahom solidárneho balíka bola v každej anatomicke-terapeutické skupine aspoň jedna účinná látka. Vláda sa zaväzuje presunúť kompetenciu schvaľovania cien liekov a zdravotníckych pomôcok z MF SR na MZ SR s cieľom zľučiť proces cenotvorby a kategorizácie do jedného procesu s využitím ustanovení smernice EÚ č. 89/105/EHS pri kategorizovaní liekov, ktoré budú obsahom solidárneho balíka.

Vláda pripraví transformáciu štátnych zdravotných ústavov na inštitúcie verejného zdravotníctva so zvýraznením opatrení zameraných na zníženie, resp. vylúčenie rizika poškodenia zdravia. Vláda pripraví nový zákon o prírodných liečivých zdrojoch, o prírodných liečebných kúpeľoch a o prírodných minerálnych vodách.

Vláda bude pokračovať v započatom procese decentralizácie a vytvorí legislatívne predpoklady pre vyššiu účasť regiónov na vlastníctve zdravotníckych zariadení bez obmedzenia ich druhu a typu, pre možnosti nákupu a predaja zdravotníckych služieb (zdravotnej starostlivosti a služieb s nimi súvisiacich), a podmienky na rovnosť príležitostí a povinností zdravotníckych zariadení bez obmedzenia typu vlastníctva.

Vláda zabezpečí novelu Zákonníka práce a zákona o verejnej službe tak, aby umožnila individuálnu diferenciaciu miezd a mobilitu zamestnancov v zdravotníckych zariadeniach.

Vláda pripraví legislatívny rámec inštitucionálneho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov prostredníctvom rezortu školstva s možnosťou postgraduálnej prípravy pracovníkov v zdravotníctve v školách a inštitúciách, ktoré získajú akreditáciu pre príslušný typ vzdelávania. Vláda pripraví právny predpis o stavovských organizáciách s úpravou ich pôsobenia na štruktúru siete zdravotníckych zariadení a pripraví legislatívne podmienky pre definovanie právneho postavenia sestry a pôrodnej asistentky ako samostatného poskytovateľa zdravotníckych služieb. Vláda predloží zákon o zdravotníckych povolaniach a zariadeniach definujúci úlohy poskytovateľov a zdravotníckych pracovníkov. (Zdroj: <http://www.ineko.sk/reformy2003/zdravotnictvo.htm>)