

Komparácia systémov financovania zdravotníctva

2.časť

V druhom príspevku sa pokúsime načrtnúť možnosti financovania zdravotnej starostlivosti v Dánsku, vzhľadom na to, že tento systém je taktiež považovaný ako jeden z prepracovaných. Komparáciu uvádzame tiež so Slovenskou republikou, podobne ako v prípade Holandska.

Systém zdravotnej starostlivosti – Dánsko

Dánsky model financovania zdravotnej starostlivosti je rovnaký ako v ostatných škandinávskych krajinách so silnou tradíciou sociálneho štátu. Univerzálna dostupnosť zdravotnej starostlivosti je financovaná z daní, ktoré tvoria vyše 80% celkových zdrojov v zdravotníctve. Dôraz v tomto systéme je kladený, rovnako ako v podmienkach SR, na rovnosť a solidaritu. Rozdielna je však výsledná miera spokojnosti pacientov, ktorá patrí v Dánsku nielen medzi najvyššie spomedzi škandinávskych štátov, ale aj v Európe.¹ Výborné výsledky dánskeho zdravotníctva sú kombináciou viacerých prvkov – vysoká úroveň informovanosti a práv pacientov, možnosť voľby poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a fungujúci systém elektronického zdravotníctva eHealth spolu vytvárajú systém ústretový voči pacientovi s vysokou efektívnosťou vynakladaných prostriedkov.² Na transparentné a účinné vynakladanie zdrojov boli zamerané viaceré kroky vlády počas posledných rokov a výsledky možno pozorovať už teraz.

¹ Hodnotenie európskych zdravotných systémov podľa EHCI za rok 2009

² Björnberg, A. - Cebolla, B.- Lindblad, S. *Euro Health Consumer Index 2009 Report*. Brusel: Health Consumer Powerhouse, 2009. 66 str. [cit. 1.4. 2011] Dostupné na internete:<http://www.healthpowerhouse.com/files/Report%20EHCI%202009%20091005%20final%20with%20cover.pdf>

Do roku 2007 bol dánsky zdravotný systém financovaný prostredníctvom kombinácie výnosov z progresívnej dane z príjmov na národnej úrovni a dane z nehnuteľnosti na regionálnej úrovni. Daňové príjmy boli prerozdeľované do jednotlivých krajov prostredníctvom grantov na základe stanovených kritérií a podľa počtu výkonov. Tento systém sa zameriaval na podporu solidarity pri financovaní a spravodlivosť v pokrytí poistencov. Od roku 2007 nastala zmena vo financovaní, progresívne zdanenie na národnej úrovni bolo nahradené špeciálnou zdravotnou rovnou daňou, pričom väčšina týchto príjmov (80%) je rozdeľovaná do regiónov prostredníctvom blokových grantov na základe objektívnych kritérií (sociálne a demografické ukazovatele) a podľa počtu výkonov. Zvyšných 20% plynú do miestnych samospráv, ktoré z týchto zdrojov spolufinancujú zdravotnú starostlivosť pre svojich občanov, pričom systém je aj naďalej založený na zásadách solidarity a prerozdeľovania. Vyčlenenie špeciálnej zdravotnej dane malo za cieľ zvýšiť transparentnosť v oblasti zdravotníctva a zároveň tým došlo aj k eliminácii jednej z nevýhod daňového systému – súperenie zdravotníctva s ostatnými oblasťami v rámci štátneho rozpočtu.³ Daňové zdroje sú doplnené aj platbami občanov, najmä za lieky a zubnú starostlivosť, rastie aj objem súkromného zdravotného pripoistenia. Zvyšovanie objemu súkromného financovania zdravotníckych služieb môže v nasledujúcich rokoch viesť k významným zmenám v modeli financovania zdravotnej starostlivosti v Dánsku.

Zdravotná starostlivosť v Dánsku je zastrešovaná na troch úrovniach – národnej, regionálnej a miestnej. Národná úroveň (parlament, vláda, štátne inštitúcie) vytvára legislatívny rámec poskytovania zdravotnej starostlivosti, vykonáva kontrolu a dohľad nad regionálnou a miestnou úrovňou. Inštitúcie na regionálnej úrovni sú zodpovedné za poskytovanie primárnej a sekundárnej zdravotnej starostlivosti. Väčšina nemocníc je vo vlastníctve a správe regiónov, pričom lekári pracujúci v nemocniciach sú zamestnancami regionálnej samosprávy. Miestne samosprávy sú zodpovedné najmä za terciárny sektor zdravotnej starostlivosti.⁴

DRG / Diagnosis-related group / systém, ktorého zavedenie sa v SR ešte len pripravuje, funguje v dánskom zdravotníctve od konca 90.tých rokov. Tento systém vytvoril administratívny základ pre financovanie nemocníc na základe počtu výkonov. Pacienti majú možnosť voľby lekára

³ Strandberg-Larsen M. a kol. *Health Systems in Transition - Denmark*. London: TJ International, 2007. Str. 134. [cit. 1.4. 2011] Dostupné na internete: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/80581/E91190.pdf

⁴ Stanek, V. *Ekonomika zdravotníctva*. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2005. Str. 89

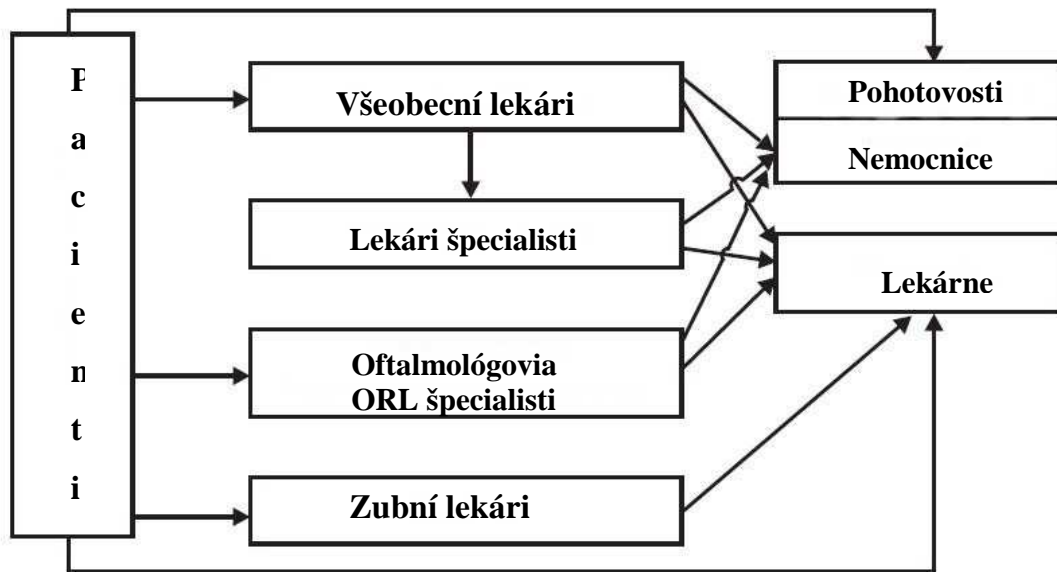
aj mimo svojho regiónu, pričom zákroky sú hradené podľa systému DRG. Tento postup viedol v mnohých regiónoch k stimulovaniu nemocníc, aby sa efektívnym vykonávaním a plánovaním výkonov skrátili čakacie lehoty a stali sa tým atraktívnejšie pre pacientov. Dánska vláda sa od roku 2006 snažila pri financovaní nemocníc okrem objektívnych kritérií využívať aj financovanie podľa počtu výkonov, čo viedlo k zvýšeniu aktivity zo strany nemocníc. Na druhej strane existujú odvetvia (napr. interní lekári alebo geriatra), ktoré boli týmto systémom čiastočne poškodené, nakoľko počet zákrokov alebo úroveň aktivity v týchto oblastiach je ťažšie merateľná v absolútnych číslach.⁵ Súčasným cieľom vlády je postupne zvyšovať objem peňazí rozdeľovaných na základe počtu výkonov z 20% na 50%, pričom zvyšné finančné prostriedky sa budú aj naďalej rozdeľovať na základe demografických a sociálnych ukazovateľov.⁶

Medzi dôležité črty dánskeho zdravotného systému patria odporúčacie lístky vypisované všeobecnými lekármi. Úvodné konzultácie pacienta so všeobecným lekárom majú zabezpečiť, aby pacient dostal len opodstatnenú starostlivosť, s výnimkou situácií, kedy pacient utrpel úraz alebo má akútne ochorenie – v takýchto prípadoch môže pacient navštíviť priamo nemocnicu.

⁵ Strandberg-Larsen M. a kol. *Health Systems in Transition - Denmark*. London: TJ International, 2007. Str. 129. [cit. 2.4. 2011] Dostupné na internete: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/80581/E91190.pdf

⁶ Ankjær-Jensen A, Rath MB. *Case-based hospital financing. Report part 1: implementation of case-based financing models in 4 counties*. Copenhagen: DSI, 2004 – Institut for Sundhedsvæsen [DSI – Danish Institute of Health Services Research].

Schéma 1. Organizácia poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v Dánsku



Zdroj: vlastné spracovanie

Všeobecní lekári v Dánsku ponímajú úlohu odporúčacích lístkov odlišne ako na Slovensku – návšteva lekára má charakter rozsiahlejšej konzultácie, na ktorú je možné sa vopred objednať. V prípade potreby liečby u špecialistu vypíše lekár pacientovi odporúčací lístok a poskytne informácie o nemocniciach, ktoré danú liečbu alebo zákrok poskytujú (tzv. slobodná voľba lekára). Pacient sa môže rozhodnúť aj pre liečbu v súkromnej nemocnici, v tom prípade ale nebude zdravotná starostlivosť hradená z verejných zdrojov. V prípade, že sú čakacie lehoty u lekárov špecialistov v danom regióne dlhšie ako 1 mesiac, pacient má nárok absolvovať zákrok na súkromnej klinike alebo v zahraničí, ale len pokiaľ majú títo poskytovatelia uzatvorenú zmluvu s inštitúciami na regionálnej úrovni (tzv. rozšírená slobodná voľba lekára). Raz alebo dvakrát ročne absolvujú pacienti prehliadku u zubného lekára, ostatné ošetrenia podľa potreby. Časť nákladov u zubára je hradená pacientom v hotovosti, zvyšná časť je hradená z verejných zdrojov. Aj tento systém má však svoje nedostatky, medzi ktoré patrí najmä nedostatok komunikácie a porozumenia medzi jednotlivými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Nedostatok koordinácie v oblasti primárnej a sekundárnej starostlivosti môže viesť k zbytočným prieťahom a komplikáciám najmä pre zraniteľné skupiny pacientov, ako sú starí ľudia a chronicky chorí.

⁷Nakoľko sa však dánsky systém zdravotníctva sústreďuje na kvalitu poskytovanej starostlivosti a práva pacientov, bol zriadený program hodnotenia kvality zdravotnej starostlivosti, ktorý má za cieľ zvýšiť úroveň transparentnosti a zabezpečiť kvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientom po odbornej aj organizačnej stránke. Hodnotenie kvality je povinné a zahŕňa v podstate všetkých poskytovateľov verejne financovanej zdravotnej starostlivosti v Dánsku.⁸

Medzi problémy slovenského patrí nedostatok finančných prostriedkov. Táto veličina je však priamo spojená s efektívnosťou fungovania zdravotného systému, ktorá sa však v podmienkach SR nielen nemeria, ale stojí do istej miery na okraji záujmu. V Dánsku sa naopak ministerstvo zdravotníctva a jeho poradné orgány počas posledných desaťročí sústreďovali na rôzne spôsoby kontroly vynakladaných výdavkov, zvýšenie produktivity a zlepšovanie kvality zdravotníckych zariadení. Prerozdeľovanie peňazí na základe objemu výkonov viedlo len v rokoch 2003 až 2004 k medziročnému zvýšeniu produktivity o 2,4%.⁹ Produktivita v rezorte zdravotníctva je každoročne meraná na úrovni celkového systému aj jeho jednotlivých zložiek, pričom sa porovnáva hodnota inputu (celkový objem výdavkov na zdravotníctvo) a hodnota outputu (objem uskutočnených výkonov na báze DRG). Produktivita nemocníc sa porovnáva s údajmi na národnej, regionálnej a miestnej úrovni.

Medzi silné stránky dánskeho zdravotníctva patrí aj kvalitne fungujúci koncept elektronického zdravotníctva (tzv. e Health). Zatiaľ čo slovenské zdravotníctvo sa na informatizáciu systému iba pripravuje, v Dánsku došlo k schváleniu tohto projektu v roku 2001, v roku 2003 začal vývoj portálu, ktorý by dokázal centrálnie fungovať nielen pre pacientov, ale aj poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a inštitúcie na všetkých úrovniach. V roku 2009 začal portál fungovať na novej vylepšenej technickej platforme. Dánske elektronické zdravotníctvo funguje prostredníctvom Sundhed.dk, čo je verejný internetový portál, ktorý zhromažďuje a distribuuje informácie o zdravotnej starostlivosti pre občanov aj zdravotníkov. Spoločný portál pre pacientov aj lekárov umožňuje účinnú výmenu informácií a zjednodušenú komunikáciu. Každý občan má

⁷ Strandberg-Larsen M. a kol. *Is Denmark prepared to meet future health care demands?* Eurohealth, 2006. 12(4): Str. 7–10.

⁸ Strandberg-Larsen M. a kol. *Health Systems in Transition - Denmark*. London: TJ International, 2007. Str. 100. [cit. 4.4. 2011] Dostupné na internete: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/80581/E91190.pdf

⁹ Ministry of the Interior and Health. *National IT strategy for the health care sector 2003–2007*. Copenhagen: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.

svoje osobné stránky, na ktorých môže nájsť presné a aktualizované informácie o zdravotnej starostlivosti, napr. záznamy ošetrení a diagnóz zo svojej zdravotnej karty, môže si dohodnúť termín vyšetrenia u svojho všeobecného lekára, obnoviť recept na pravidelne užívané lieky na predpis, sledovať prehľad čakacích lehôt na operácie a aktuálne rebríčky hodnotenia kvality nemocníc zverejňované ministerstvom zdravotníctva alebo sa dokonca zaregistrovať ako darca orgánov. I keď portál mal od začiatku veľkú a pravidelnú návštevnosť zo strany lekárov, sklamaním bol malý dopyt po týchto službách zo strany pacientov. Občania si na elektronické zdravotníctvo zvykali postupne a pomaly, v roku 2010 predstavovala priemerná návštevnosť eHealth portálu približne 45% celkového obyvateľstva. Napriek mnohým výhodám a zjednodušeniam pre pacientov i lekárov, ktoré elektronické zdravotníctvo prináša, je potrebné starostlivo zvážiť jeho aplikáciu v podmienkach SR. Za najmenej problematickú formu eHealth možno považovať tzv. elektronické zdravotné knižky¹⁰, ktoré by mali zlepšiť vzájomnú komunikáciu medzi lekármi, a tým aj zabrániť plytvaniu prostriedkov. Podľa odhadov prichádza zdravotníctvo pre neefektívnu liečbu pacientov o 10 - 20% z celkových zdrojov. K tejto sume prispievajú nielen duplicitné vyšetrenia, ale aj nekoordinované predpisovanie liekov viacerými lekármi, ktoré v niektorých prípadoch môže viesť až k ohrozeniu pacientov. Interakcie liekov by mohla vyriešiť aj elektronická preskripcia liekov, ktorú však nemožno zaviesť samostatne, ale ako súčasť rozsiahleho procesu elektronizácie zdravotníctva. Zatiaľ čo v Dánsku je 90% receptov doručovaných do lekárni elektronicky, v podmienkach SR by zavedenie takejto preskripcie trvalo dlhé časové obdobie najmä vzhľadom na potrebu veľkého množstva legislatívnych zmien a predprojektových opatrení, ktoré by zahŕňali vytvorenie databázy farmaceutického sortimentu, registrácie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a poistencov, vrátane čipových kariet, zriadenie úložiska údajov, vytvorenie komunikačnej infraštruktúry a mnohé iné. Napriek týmto procesom sa plánuje fungovanie elektronických receptov od roku 2012 v prípade, že bude schválená príslušná legislatíva., pričom rozbehnutie tohto projektu až po 90 % využiteľnosť elektronických receptov na úrovni Dánska odhaduje MZ SR na 5 rokov. Ďalšie charakteristiky eHealth v podmienkach SR uvádza nasledujúca SWOT analýza:

¹⁰ Elektronickú zdravotnú knižku definuje novela zákona 576/2004 Z.z. ako zdravotnícky informačný systém zabezpečujúci spracovanie, uchovávanie, poskytovanie a prezentáciu údajov súvisiacich so zdravím fyzických osôb a poskytovaním zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia týmto osobám za účelom skvalitnenia starostlivosti o ich zdravie.

Tabuľka 1. SWOT analýza elektronického zdravotníctva v podmienkach SR

<p>Silné stránky eHealth</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Podpora MZ SR a EÚ ○ Dobrá dostupnosť a kvalita internetového pripojenia ○ Dostatok dodávateľov a primeraná cenová hladina dostupného hardvéru a softvéru ○ Dokončená prvá fáza budovania nemocničných IS u väčšiny nemocníc. ○ Informatizácia ambulancií všeobecných lekárov ○ Existencia zdravotníckych registrov 	<p>Slabé stránky eHealth</p> <ul style="list-style-type: none"> ✖ Skepsa zdravotníckej verejnosti voči eHealth na základe doterajších výsledkov ✖ Neexistencia úspešných pilotných aplikácií eHealth ✖ Minimálne doterajšie investície do eHealth ✖ Nenaplnenie doterajších plánov a úloh v eHealth ✖ Nepostačujúca legislatívna podpora ✖ Nízka miera využitia pripojenia na internet v ambulanciách ✖ Chýbajúce eHealth štandardy
<p>Príležitosti eHealth</p> <ul style="list-style-type: none"> ✖ Znížiť náklady na zdravotníctvo zvýšením efektivity, odstránením duplicit, chýb a ich dosahov ✖ Zvýšiť záujem občanov v oblasti starostlivosti o svoje zdravie ✖ Zvýšiť mieru informovanosti všetkých účastníkov poskytovania ZS prostredníctvom NZP ✖ Možnosť využiť peniaze EÚ na eHealth ✖ Možnosť poskytovania nových zdravotníckych služieb 	<p>Hrozby pre eHealth</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nezabezpečenie adekvátneho finančného krytia na infraštruktúru a projekty eHealth ○ Nevhodne navrhnutá infraštruktúra ○ Neefektívne využitie financií a riziko korupcie ○ Podcenenie legislatívneho a štandardizačného procesu. ○ Podcenenie významu zberu dát vo vybudovanej infraštruktúre všeobecných lekárov ○ Nepostačujúca úroveň ochrany osobných údajov ○ Nenaplnené nadmerné očakávania verejnosti od eHealth

Zdroj: vlastné spracovanie podľa vládneho materiálu „Strategické ciele eHealth“

Napriek tomu, že systém elektronického zdravotníctva v SR, najmä zavedenie Národného zdravotného portálu (NZP), so sebou prinesie viacero rizík a potenciálneho zlyhania, treba povedať, že jeho úspešné zavedenie prinesie so sebou nový rozmer poskytovania zdravotnej starostlivosti a zlepši úroveň informovanosti jednotlivých subjektov.

Záver

Komparatívna analýza slovenského modelu poskytovania zdravotnej starostlivosti s inými európskymi zdravotnými systémami vybudovanými na podobných princípoch (solidarita, univerzálna dostupnosť) s dôrazom na konkrétne problémy financovania zdravotníctva nám umožnila vidieť rôzne riešenia podobných problémov a spôsoby uskutočnenia zdravotnej reformy.

Počas tvorby príspevku sme zhromažďovali dostupné poznatky s cieľom nielen popísať existujúci stav doma a v zahraničí, ale aj zdefinovať príležitosti a priestor na zlepšenie v oblasti zdravotníctva a priniesť konštruktívne návrhy založené na pozitívnych empirických skúsenostiach

zo zahraničia. Nakoľko existujú rôzne objektívne rozdiely vo fungovaní spoločnosti ako celku v SR, Holandsku a Dánsku, snažili sme sa zameriavať na tie časti zdravotníctva, v ktorých sú tieto rozdiely čo najmenšie. Výsledkom takéhoto skúmania problematiky je súbor návrhov na zlepšenie fungovania a financovania rezortu zdravotníctva v SR. Môžeme konštatovať, že sa nám podarilo identifikovať konkrétne opatrenia fungujúce vo vyspelých krajinách, ktorých zavedenie by prispelo k väčšej transparentnosti a efektívnosti v oblasti financovania zdravotníctva v SR.

Ing. Mgr. Peter Baláži, PhD.

Katedra financií NHF EU

Dolnozemska cesta 1

852 35 Bratislava 5

Email : peter.balazi@gmail.com

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

1. Knižné zdroje

CULLIS, J., WEST, P. 1979. *The Economics of Health: An Introduction*. New York : New York University Press, 1979. 309 str. ISBN 0814713777.

HAGOVSKÁ, A. – SZÓCSKA, M. 2006. *Základy manažmentu v zdravotníckych zariadeniach*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, 2006. 56 str. ISBN 80-969507-1-1.

KARPIŠ, J. - ĎURANA, R. – ĎURANA, R. 2007. *Zdravý zisk*. Bratislava: INESS, 2007. 77 str. ISBN: 978-80-969765-0-8.

KOVÁČ, E. *Zdravotné poistenie – zdravotno-politické a ekonomické súvislosti*. 2003. Bratislava: Vydavateľstvo Motýľ, 2003. 128 str. ISBN 80-88978-85-8.

KUVÍKOVÁ, H. – MURGAŠ, M. – NEMEC, J. 1995. *Ekonomía zdravotníctva*. Banská Bystrica: Phoenix, 1995. 112 str. ISBN 80-900563-1-8.

KUVÍKOVÁ, H. a kol. *Tvorba a realizácia zdravotníckej politiky. Health policy making*. 2006. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta, 2006. 210 str. ISBN 80-8083-340-0.

KUVÍKOVÁ, H.: *Ekonomické aspekty viaczdrojového zabezpečenia zdravotníckych služieb*. 1998. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta, 1998. 108 str. ISBN 80-8055-120-0.

MALÝ, I. 1996. *Vybrané otázky z ekonomie zdravotní péče*. Brno: Masarykova univerzita, 1996.

MURGAŠ, M. 2004. *Ekonomía zdravotníckych služieb*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Ekonomická fakulta, 2004. 170 str. ISBN 80-8055-891-4.

MURGAŠ, M., KUVÍKOVÁ, H. 1998. *Manažment zdravotníctva*. Banská Bystrica: TRIAN , 1998. 128 str. ISBN 80-967730-2-X.

- PAŽITNÝ, P. – ZAJAC, R. 2001. *Reforma zdravotníctva - reforma pre občana*. Bratislava : M.E.S.A. 10 - Centrum pre ekonomické a sociálne analýzy , 2001. 26 str. ISBN 968293-3-5.
- PIDYCHOVÁ, A. 2011. *Rozpočet rozpočtovej kapitoly Ministerstva zdravotníctva SR, analýza rozpočtového hospodárenia s výhľadom do roku 2011*. Diplomová práca 2011, 77 s.
- PECHOVÁ, M. - STANEK, V. 2009. *Zdravotná politika – praktiká a semináre*. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2009. 121 str. ISBN 978-80-225-2705-7.
- STANEK, V. - PECHOVÁ, M. 2010. *Zdravotná politika*. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2010. 196 str. ISBN 978-80-225-2892-7.
- STANEK, V. 2005 *Ekonomika zdravotníctva*. Bratislava: Vydavateľstvo Ekonóm, 2005. 224 str. ISBN 80-22519-96-0.
- STREDOEURÓPSKY INŠTITÚT PRE ZDRAVOTNÚ POLITIKU. 2008. *Základné rámce zdravotnej politiky pre roky 2008-2011*. Bratislava: HPI, 2008. 52 str. ISBN 978-80-969907-0-2.
- STREDOEURÓPSKY INŠTITÚT PRE ZDRAVOTNÚ POLITIKU. 2008. *Zdravie je luxus. Vieme ako ho financovať?* Bratislava: HPI, 2008. 64 str. ISBN 978-80-969907-1-9.
- STREDOEURÓPSKY INŠTITÚT PRE ZDRAVOTNÚ POLITIKU. 2009. *Slovenské zdravotníctvo 2009 – Dopady krízy*. Bratislava: HPI, 2009. 94 str. ISBN 978-80-969907-5-7.
- ŠAGÁT, T. 2004. *Organizácia zdravotníctva*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2004. 210 str. ISBN 80-8063-143-3
- WEEKS, L. E. – BERMAN, H. J. 1970. *Financing of Health Care*. Northwestern University: Blue Cross, 1970. 537 str. ISBN 0-914904-34-5
- WEIBL, A., CHMELÍK, B. 2002. *Ekonomika v zdravotníctve*. Bratislava: SAP, 2002. 48 str. ISBN 80-8910-412-6

2. Legislatívne zdroje a materiály

Ministerstvo financií SR. *Rozpočet verejnej správy na roky 2011 až 2013*. Bratislava, 2011.

Ministerstvo zdravotníctva SR. *Legislatívny materiál „Návrhy systémových krokov na spomalenie rastu nákladov na lieky“*. Bratislava, 2011.

Ministerstvo zdravotníctva SR. *Návrh záverečného účtu MZ za rok 2009*. Bratislava, 2010.

Ministerstvo zdravotníctva SR. *Strategické ciele eHealth - kľúčový nástroj informatizácie verejnej správy v oblasti zdravotníctva na Slovensku*. Bratislava, 2008. Ministerstvo

zdravotníctva SR. *Výročná správa MZ SR za rok 2008*. Bratislava, 2009.

Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. *Správa o stave vykonávania verejného zdravotného poistenia za rok 2009*. Bratislava, 2010.

Úrad verejného zdravotníctva a Ministerstvo zdravotníctva SR. *Národný program podpory zdravia*. Bratislava, 2005.

Úrad vlády SR. *Programové vyhlásenie vlády SR na obdobie rokov 2010-2014*. Bratislava, 2010.

Ústavný zákon č. 460/1992 Zb.

Zákon č. 272/1994 Z.z. o ochrane zdravia ľudí v znení neskorších predpisov

Zákon č. 498/2010 Z.z. o štátnom rozpočte na rok 2011

Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov

Zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia v znení neskorších predpisov

Zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení v znení neskorších predpisov

Zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisťovniach v znení neskorších predpisov

3. Články v časopisoch

EVANS, R. 2001. Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform. In: *d'Intignano*, ISBN 978-2-13-051597-5 Ulmann P.: Économie de la santé, 2001, str. 26-29

JANÍK, B. 2010. Téma: DRG systém. In *Zdravotnícke noviny*. ISSN 1335-4477. č. 34/2010, str. 1-5

LINCÉNYI, M. 2011. Kríza postihla všetky oblasti zdravotníctva. In *Zdravotnícke noviny*. ISSN 1335-4477. č. 13/2011, str. 6

PRACHÁROVÁ, B. 2008. Stratégia liekovej politiky do roku 2010. In *Lekárnické listy*. ISSN 1335-5821. č. 1/2008, str. 22-25

SEMANCO, E. 2008. Dobré zdravie si nestačí iba želať. In *Verejná správa*. ISSN 1336-7986. 6/2008, str. 12-13

STRANDBERG-LARSEN M. a kol. 2006. Is Denmark prepared to meet future health care demands? ISSN 1356-1030. In: *Eurohealth*, 2006. 12(4), str. 7–10

4. Elektronické dokumenty - monografie

BJÖRNBERG, A. - CEBOLLA, B.- LINDBLAD, S. 2009. *Euro Health Consumer Index 2009 Report*. [online]. Brusel: Health Consumer Powerhouse, 2009. 66 str. [cit. 1.4. 2011] Dostupné na internete: <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report%20EHCI%202009%20091005%20final%20with%20cover.pdf>

STRANDBERG - LARSEN M. a kol. 2007. *Health Systems in Transition - Denmark*. [online]. London: TJ International, 2007. 164 str. [cit. 1.4. 2011] Dostupné na internete: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/80581/E91190.pdf

5. Články v elektronických časopisoch a iné príspevky

ANKJÆR-JENSEN A, RATH MB. 2004. *Case-based hospital financing*. Report part 1: implementation of case-based financing models in 4 counties. [online]. Copenhagen: Danish Institute of Health Services Research, 2004. [cit. 5.4. 2011] Dostupné na internete: <http://www.springerlink.com/content/9712rq1342813x45/>

CENTRUM PRE HOSPODÁRSKY ROZVOJ. 2003. *Národná správa o ľudskom rozvoji - Slovenská republika 2001-2002*. [online]. Bratislava, 2003. [cit. 25.2. 2011] Dostupné na internete: <http://www.cphr.sk/undp2002.htm>

EURACTIV. 2009. *EU health chief warns against national budget cuts*. [online]. European Health Forum Gastein, 2009 [cit. 10.4. 2011] Dostupné na internete: <http://www.euractiv.com/en/health/eu-health-chief-warns-national-budget-cuts/article-186089>

HUDECOVÁ, D. 2010. *Pacientov čakajú od januára zmeny*. [online]. In *Pravda* XX/278 [cit. 22.3. 2011] Dostupné na internete: http://peniaze.pravda.sk/sk-pstat.asp?r=sk-pstat&c=A101203_092341_sk-pstat_p59

KOMPIŠ, D. – PULLMANN, R. 2008. *Kvalita, efektívnosť služieb zdravotnej starostlivosti a podmienky na zosúladenie s medzinárodnými požiadavkami*. [online]. Slovenská lekárska komora, Bratislava, 2008. [cit. 1.3. 2011] Dostupné na internete: http://www.lekom.sk/files/media/1775_3._prispevok_Ing._kompis.ppt.

KRCHŇÁK, Š.- SUKEĽ, O. - KOVÁČ V. 2010. *Základné podmienky realizácie elektronickej preskripcie na Slovensku*. [online]. Národné centrum zdravotníckych informácií, Bratislava, 2010. [cit. 5.4. 2011] Dostupné na internete: <http://www.nczisk.sk/buxus/docs//eHealth/creator/8.pdf>

MAĎAROVÁ, H. a kol. 2006. *Útok na nezávislosť Úradu pre dohľad*. [online]. Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku HPI, 2006 [cit. 22.3. 2011] Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/2977/utok-na-nezavislost-uradu-pre-dohlad.html>

MINISTRY OF THE INTERIOR AND HEALTH. 2003. *National IT strategy for the health care sector 2003–2007*. [online]. Copenhagen: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003. [cit. 5.4. 2011] Dostupné na internete: http://www.sst.dk/publ/publ2004/National_it_strategy.pdf

NMT (Dutch Dental Association). 2010. *Dentistry in the Netherlands*. [online]. Infodent International, 2010 [cit. 3.4. 2011] Dostupné na internete:

<http://www.infodent.com/index.php?c1=markets&c2=country&id=172>

OECD HEALTH DATA 2010. [online]. Dostupné na internete:

http://www.oecd.org/topic/0,3699,en_2649_37407_1_1_1_1_37407,00.html

STATISTICS NETHERLANDS. 2011. *Care accounts; expenditure (in current and constant prices) and financing* [online]. Den Haag/Heerlen, 2011 [cit. 1.4. 2011] Dostupné na internete:

<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLEN&PA=71914eng&D1=1-13,25-31&D2=%281-2%29-1&LA=EN&VW=T>

SZALAYOVÁ, A. 2010. *Korupcia v zdravotníctve a nástroje k jej znížovaniu*. [online].

Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku HPI, 2010 [cit. 21.3. 2011] Dostupné na internete:http://transparency.sk/wp-content/uploads/2010/03/PKM-9.3.10_zdravotnictvo.pdf

ZACHAR, D. 2011. *Problémy v liekovej politike SR*. [online]. INEKO, Bratislava, 2011 [cit.

22.3. 2011] Dostupné na internete: <http://www.i-health.sk/sk/zdravotnictvo/problemy-liekovej-politiky/>