

AKADÉMIA KLASICKEJ EKONÓMIE 2008/2009



KONKURENCIA, REGULÁCIA A OSOBNÁ ZODPOVEDNOSŤ V SYSTÉME POSKYTOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU

MOTTO (?):

„Zdravie občanov je príliš dôležité, než aby ho zabezpečoval trh.“
„Zisk v zdravotníctve pochádza z utrpenia druhých.“

„Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.“¹. Jedna z najznámejších a najcitovanejších myšlienok klasickej ekonómie znie: „*There is nothing like a free lunch.*“ („*Neexistuje nič také ako obed zadarmo.*“). Tým, že štát nevytvára priamo žiadne hodnoty, musí najprv niekomu 100€ zobrať, aby niekomu inému mohol pod pláštikom bezplatnosti 50€ dať. Volá sa to prerozdeľovanie a vykonáva sa za účelom akejsi „riadenej solidarity“. To, že štát „daroval“ 50€ je vidieť. To, čo však vidieť nie je, je tých 100€, ktoré musel predtým niekomu zobrať².

Neexistuje perpetuum mobile, zdroje sú obmedzené. Ako pomocou týchto zdrojov uspokojíť nekonečné túžby a požiadavky jednotlivca? Sú dve možnosti. Buď sa rozhodneme sami, alebo necháme niekoho iného rozhodnúť za nás. Priestor, v ktorom sa neustále odohráva ekonomické rozhodovanie jednotlivcov a ich vzájomná interakcia, sa nazýva slobodný trh. Akonáhle do tohto procesu vstupuje tretia strana, treba hovoriť už o riadenom rozhodovaní alebo dokonca o diktáte. Ak si odmyslíme diktát, každé slobodné rozhodovanie je spojené s motiváciami na oboch stranách každej ekonomickej interakcie. Často sa za zlyhanie slobodného trhu považuje množenie ekonomických rozhodnutí vyplývajúcich z deformovanej motivácie. Jednotlivec koná vždy podľa toho, k čomu je najlepšie motivovaný.

Taká krajina, kde by zdravotníctvo (alebo čokoľvek iné) fungovalo bezchybne, pravdepodobne nie je. Môžeme sa však pozrieť na ostatných a poučiť sa z ich chýb, prípadne aspoň sledovať zdravotnícke politiky v iných krajinách a ich efekt. Nasledovné črty majú mnohé (ak nie všetky) rozvinuté krajiny spoločné:

- ♣ do zdravotníctva v značnej miere zasahuje štát
- ♣ výdavky na zdravotnú starostlivosť tvoria veľké percento HDP a štátneho rozpočtu
- ♣ výdavky na zdravotnú starostlivosť každým rokom rastú
- ♣ v mnohých krajinách je akútny problém dlhých čakacích lehôt na poskytnutie zdravotnej starostlivosti

Pozrime sa na závery uznávaných svetových a domácich ekonómov a analytikov, sledujúcich o.i. oblasť poskytovania zdravotnej starostlivosti:

- „*tvrdá konkurencia dokáže zabezpečiť lepšiu zdravotnú starostlivosť pri nižších nákladoch*“³
- „*najlepším liekom na krízu zdravotníctva vo jednotlivých krajinách nie je zvyšovanie právomocí vlády, ale zvyšovanie sily pacienta*“⁴
- „*široký a narastajúci trend v krajinách so štátnym poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa stála viac vzdaluje od centralizovaného, vládou riadeného systému k trhovo orientovaným vlastnostiam*“⁵
- „*krajiny, v ktorých je podiel priamych platieb v zdravotníctve vyšší, sa javia oveľa efektívnejšie (v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, pozn. aut.)*“⁶

¹ Ústava Slovenskej Republiky, Čl. 40

² Frédéric Bastiat: Co je vidieť a čo není vidět. *Liberální institut, Praha, 1998*

³ Cochrane: Health-Status Insurance (How Markets Can Provide Health Security), *Policy Analysis 633, CATO Institute, 2009*, str.1

⁴ Goodman: Health Care in a Free Society (Rebutting the Myths of National Health Insurance), *Policy Analysis 532, CATO Institute, 2005*, str.1

⁵ Tanner: The Grass Is Not Always Greener (A Look at National Health Care Systems Around the World), *Policy Analysis 613, CATO Institute, 2008*, str.35

- „príliš široký rozsah verejného zdravotného poistenia vytvára konflikt medzi disponibilnými zdrojmi a dopytom po zdravotnej starostlivosti“⁷
- „kľúčový problém spočíva práve v tom, že pri definovaní pravidiel a motivácií v systéme zdravotníctva sú zatiaľ rozhodujúce (...) emócie, hoci jeho špecifickosť si vyžaduje pravý opak“⁸

V tak citlivej oblasti, ako je poskytovanie zdravotnej starostlivosti ľuďom panuje nielen medzi laikmi veľa mýtov, ktoré však nie je tak jednoduché vyvrátiť. Vo svojej publikácii naznačil Goodman⁹ možný priestor pre argumentáciu. Pre zhrnutie spomeniem zopár mýtov, ktoré sa bytostne týkajú aj Slovenska a vnímania zdravotníctva v našej krajine.

1. Občania krajín, v ktorých funguje štátne zdravotné poistenie, majú právo na zdravotnú starostlivosť.

Odhliadnuc od vágnej formulácie, tento mýtus pretrváva nielen medzi laickou verejnosťou. Má občan právo na nejaké konkrétne ošetrenie alebo zákrok? Má pacient právo byť umiestnený na čakací zoznam? Napríklad v Kanade sa na čakacích zoznamoch (žiadne oficiálne dáta nie sú k dispozícii) nachádza vyše 800 000¹⁰ ľudí (čo je 2,7% populácie), v Portugalsku vyše 150 000¹¹ (1,4% populácie), v Británii viac než 1 000 000¹² (1,7%), na Novom Zélande takmer 111 000¹³ (3,1%) a v Nórsku dokonca 280 000¹⁴ (6,1%)! Čakacie zoznamy, či už legálne alebo neformálne, kompenzujú deformáciu, spôsobenú mnohými nezlučiteľnými cieľmi a požiadavkami vlády (poskytovať zdravotnú starostlivosť v čo najširšom rozsahu, bezplatne, každému, atď.). Mnohokrát takto široko koncipované požiadavky ústia do nadmerného užívania zdravotnej starostlivosti, nadmernému užívaniu liečiv, plytvania a neefektivity.

2. Zdravotná starostlivosť v krajinách so štátnym zdravotným poistením je poskytovaná na základe potreby a nie schopnosti platiť.

Fakt, že portfólio hrađených zákrokov a ošetrení je také široké, vytvára tlak a deformované motivácie k nadužívaniu týchto služieb, čo vyústi okrem iného aj do dlhej čakacej doby. Ochota ľudí zaplatiť za kvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť sa prejaví ich vôľou pripoistiť sa (na Slovensku zatiaľ nič podobné z viacerých dôvodov nebadáť). Druhým spôsobom, ktorý si mnoho ľudí neuvedomuje, je platenie stratou času. Aj tri hodiny v čakárni môžu predstavovať finančnú stratu. V Nórsku, kde je systém centralizovaný a platený z daní, sa minie na zdravotníctvo (priamo alebo nepriamo) takmer 45% HDP. Napriek tomu (alebo možno práve vďaka tomu) sa čaká napríklad na operáciu bederného kĺbu viac než 4 mesiace a približne 23% pacientov určených na prijatie do nemocnice muselo čakať dlhšie než 3

⁶ Verhoeven et al.: The Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform, *IMF Working Paper WP/07/226*, 2007, str.15

⁷ Karpiš a kol.: Zdravý zisk, Bratislava, 2007, *INESS*, str.75

⁸ Žitňanský: Diagnóza: choré motivácie, In: *tyždeň 17/2009*, str.81

⁹ Goodman: Health Care in a Free Society (Rebutting the Myths of National Health Insurance), *Policy Analysis 532*, *CATO Institute*, 2005

¹⁰ Tanner: The Grass Is Not Always Greener (A Look at National Health Care Systems Around the World), *Policy Analysis 613*, *CATO Institute*, 2008, str.32

¹¹ Tanner: The Grass Is Not Always Greener (A Look at National Health Care Systems Around the World), *Policy Analysis 613*, *CATO Institute*, 2008, str.20

¹² Goodman: Health Care in a Free Society (Rebutting the Myths of National Health Insurance), *Policy Analysis 532*, *CATO Institute*, 2005, str.3

¹³ Goodman: Health Care in a Free Society (Rebutting the Myths of National Health Insurance), *Policy Analysis 532*, *CATO Institute*, 2005, str.3

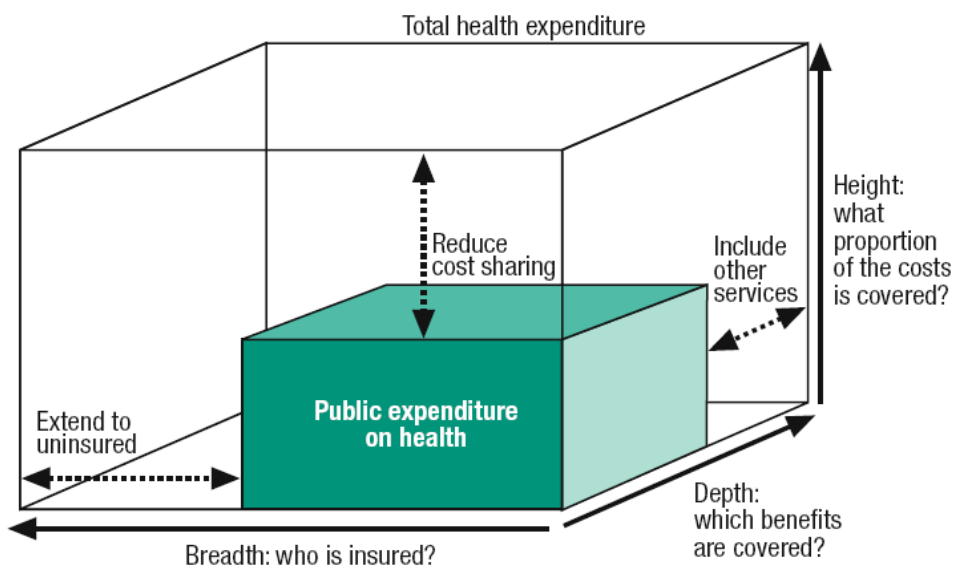
¹⁴ Tanner: The Grass Is Not Always Greener (A Look at National Health Care Systems Around the World), *Policy Analysis 613*, *CATO Institute*, 2008, str.18

mesiace. V určitých prípadoch môže byť liečba dokonca odmietnutá¹⁵. Pri tak obrovských čakacích dobách, ako sa dá pravdivo a objektívne odlíšiť pacientov s urgentnou potrebou zákroku od tých, ktorí si vyššie miesto na „čakacom zozname“ (ktorý je neoficiálny) zabezpečili „priamymi poplatkami“ (takisto neoficiálnymi)?

3. Čím širší rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti je hradenej štátom, tým vyššia je jej kvalita

Svetová zdravotnícka organizácia vo svojej publikácii¹⁶ stanovuje opäť nenaplniteľné ciele - odstránenie nerovností napr. cez dane a subvencované verejné služby, adekvátnym oceňovaním práce (to je aké? zabezpečuje ho lepšie trh, či centrálné plánovanie?), poskytovaním rovných príležitostí mužom aj ženám, rozšírením bezplatného vzdelania, rozšírením sociálneho zabezpečenia pre nezamestnaných, telesne znevýhodnených atď., poskytovaním bezplatných zdravých obedov v školách, zmiernením dopadov nerovnomerného rozdelenia prístupu k zdravotnej starostlivosti (napríklad ochranou chorých zamestnancov pred stratou zamestnania, atď.¹⁷ Predkladané opatrenia sú práve z množiny vágnych, nekonkrétnych, príliš zovšeobecnených a na emócie útočiacich argumentov. Pre občanov krajiny uvedené návrhy opatrení môžu silno pripomínať niečo, čo sme tu už 40 rokov mali a čo viedlo k zmene režimu a takmer k štátnemu bankrotu.

Jeden z návrhov opatrení, ktorý súvisí so zdravotníctvom (Obr. 1), obsahuje požiadavky na zväčšenie hĺbky poskytovanej zdravotnej starostlivosti (širší záber poskytovaných služieb v rámci bezplatnej zdravotnej starostlivosti), rozšírenie poisťného kmeňa o nepoisťovaných občanov a v neposlednom rade zníženie (!) priamej finančnej spoluúčasti pacientov. Všetko samozrejme na náklady verejných zdrojov.



Obr. 1 Rozširovanie krytia a bezplatnosti zdravotnej starostlivosti¹⁸

¹⁵ Tanner: The Grass Is Not Always Greener (A Look at National Health Care Systems Around the World), *Policy Analysis 613*, CATO Institute, 2008, str.18-19

¹⁶ World Health Organization: The World Health Report 2008, Primary Health Care - Now More Than Ever

¹⁷ World Health Organization: The World Health Report 2008, Primary Health Care - Now More Than Ever, str.24-25

¹⁸ World Health Organization: The World Health Report 2008, Primary Health Care - Now More Than Ever, str.26

Pritom však Svetová zdravotnícka organizácia správne identifikovala niektoré čiastkové problémy spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:

- krytie zdravotnej starostlivosti z verejných zdrojov zvýhodňuje skôr bohatších než chudobných (otázne je, ako vyrieši tento problém navrhované zvýšenie hradenia zdravotnej starostlivosti z verejných zdrojov)
- nízka úroveň systematickosti, neschopnosť zabezpečiť bezpečnostné a hygienické štandardy v nemocniciach, čo vedie k zvýšenému počtu nemocničných infekcií, chybnému liečeniu, a iným efektom, ktorým by sa dalo vyhnúť (keď sa pozrieme na frekvenciu nepriaznivých zdravotníckych prípadov¹⁹, vidíme, že oveľa vyššia pravdepodobnosť je v nemocniciach, ktoré sú hradené z verejných zdrojov, než v súkromných klinikách)
- chybné adresovaná zdravotná starostlivosť a prednostné alokovanie zdrojov do samotnej zdravotnej starostlivosti, zanedbávajúc tak potenciál primárnej prevencie a podpory zdravia

Prečo sa navrhované opatrenia pravdepodobne minú účinku? Z hľadiska širšieho krytia poskytovaných služieb a starostlivosti je každé takéto frontálne opatrenie bezzubé pri snahe riešiť čiastkové, konkrétne problémy. Problematické je totiž zlé nastavenie motivácií ako pacientov, tak aj poskytovateľov, nie len množstvo peňazí, ktoré sa „naleje“ do zdravotníctva. Na strane pacientov vytvára tlak na indukovaný dopyt a poskytovateľom umožňuje „ignorovať nákladovú efektivitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti“.²⁰

Z viacerých výskumov tiež vyplýva, že pri nulovej spoluúčasti pacientov „zdravotná starostlivosť nemá takmer žiadne identifikovateľné pozitívne efekty na zdravotný stav subjektov v porovnaní s ľuďmi, ktorí sa museli na úhrade zdravotnej starostlivosti spolupodieľať“²¹. Vo Švajčiarsku sa spoluúčasť pacientov pohybuje na úrovni okolo 31%, napriek tomu však drvivou väčšinou (viac než 71%) hlasov v referende odmietli navrhovaný model centrálne riadeného zdravotníctva hradeného z verejných zdrojov.²² Finančná spoluúčasť je úzko spojená s osobnou zodpovednosťou. Inak sa správa človek, ktorý má všetko (hoci aj to nie je pravda) zadarmo a iné motivácie má človek, ktorý znáša časť nákladov pri uspokojovaní svojich potrieb. Viacero kvalitných štúdií to dokazuje (napriek tomu, že sa jedná o sféru sociálneho zabezpečenia).^{23 24} Až 60% Britov si myslí, že ak by im bolo umožnené míňanie ich vlastných prostriedkov, kvalita zdravotnej starostlivosti by sa zvýšila.²⁵ Tam, kde je tvrdá regulácia, nájdu si dodatočné zdroje, ktoré sú akútne potrebné, svoju cestu. „Grécky systém zdravotníctva je v podstate financovaný z daní, zrážok a úplatkov.“²⁶

V preregulovanom systéme vznikajú potom deformácie (dlhé čakacie doby, pridelový systém, odmietanie poskytnutia starostlivosti, zastaraná technika, nízky stupeň slobody pacienta, slabá informatizácia, nulová prenositeľnosť zdravotných informácií o pacientovi medzi jednotlivými poskytovateľmi, chronický nedostatok najmä pomocného personálu, podhodnotené platové podmienky, nekvalitné a uniformné hodnotenie jednotlivých

¹⁹ Karpiš a kol.: Zdravý zisk, Bratislava, 2007, INESS, str.51

²⁰ Karpiš a kol.: Zdravý zisk, Bratislava, 2007, INESS, str.40

²¹ Karpiš a kol.: Zdravý zisk, Bratislava, 2007, INESS, str.40-43

²² Tanner: The Grass Is Not Always Greener (A Look at National Health Care Systems Around the World), Policy Analysis 613, CATO Institute, 2008, str.26 a 28

²³ Abram: The Sad History of Welfare in the U.S.A. In: In Defense of the Free Market, Bratislava, 2007

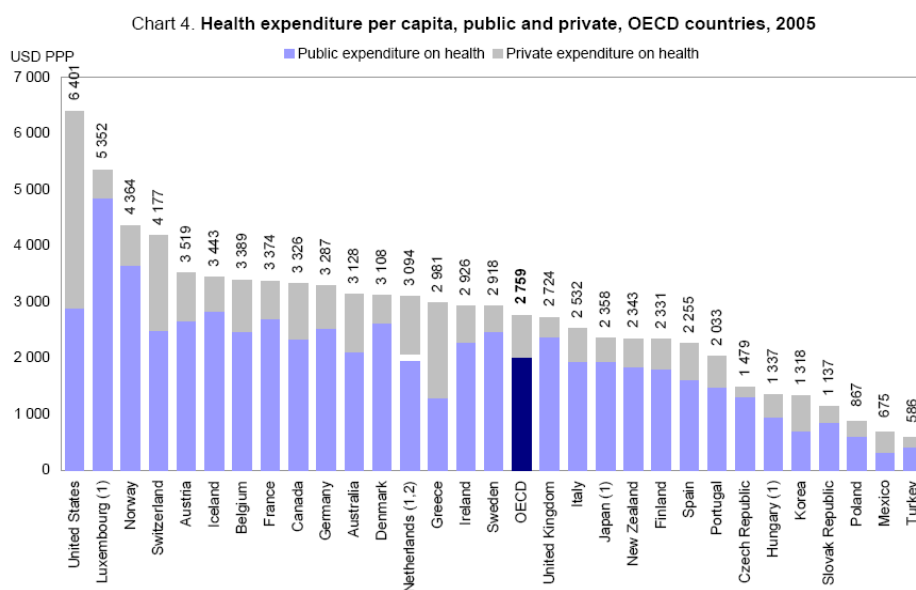
²⁴ Baker: Je Amerika dobrá iba pre silných a úspešných?, In: USA, Európa a Slovensko, Bratislava, 2004

²⁵ Tanner: The Grass Is Not Always Greener (A Look at National Health Care Systems Around the World), Policy Analysis 613, CATO Institute, 2008, str.25

²⁶ Tanner: The Grass Is Not Always Greener (A Look at National Health Care Systems Around the World), Policy Analysis 613, CATO Institute, 2008, str.21

pracovníkov nehľadiac na kvalitu, zlý prístup k moderným prístrojom a vyšetreniam, atď.), ktoré sa človek s prirodzenými motiváciami snaží riešiť hoci aj neformálnymi, nezákonnými prostriedkami (správa sa trhov, ale v danom kontexte mimo zákon).

Prvý pohľad na slovenské zdravotníctvo by mal padnúť na objem financií, ktorý je na túto oblasť vynakladaný. V roku 2006 sme na zdravotníctvo vynaložili 7,1% HDP (pre porovnanie, priemer OECD bol 8,9%).²⁷ USA vynakladá v priemere dvakrát toľko. Samozrejme, objem financií ešte nič nehovorí o kvalite zdravotníctva v daných krajinách. Ďalším dôležitým krokom je pohľad na štruktúru financovania zdravotníctva vyjadrenú v parite kúpnej sily (Obr. 2). Vidieť, že suverénne najmenší podiel financií z verejných zdrojov je práve v USA. Slovensko je na tom biedne (medzi najhoršími v Európe) čo sa týka celkového objemu peňazí v zdravotníctve (menej ako polovica priemeru OECD) a hlavne v podiele súkromných zdrojov (v rokoch 2000-2004 maximálne 12%²⁸).



Obr. 2 Výdavky na zdravotnú starostlivosť v parite kúpnej sily²⁹

Efektívita míňania verejných zdrojov v porovnaní so súkromnými vyznieva aj na Slovensku veľmi silno v prospech súkromných. Podľa údajov OECD sa Slovensko nachádza v efektívite verejných výdavkov v zdravotníctve nachádza až v treťom kvartile, no po započítaní súkromných zdrojov sa efektívita celkových výdavkov blíži hodnote priemeru OECD (konkrétne 22. percentil).³⁰ Z toho vyplýva, že potenciál šetrenia a zvyšovania efektivity vo verejných výdavkoch na zdravotnú starostlivosť je, a to dosť vysoký. Problémom je vysoká systémová neefektívita, čo opäť súvisí so zle nastavenými motiváciami u oboch - ako pacienta, tak aj poskytovateľa.

To, že na Slovensku niektoré opatrenia vyústili do deformovaných motivácií, dokazuje aj naše suverénne prvenstvo v spotrebe liekov spomedzi všetkých krajín OECD. Pri 31,9%

²⁷ OECD Health Data 2008

²⁸ Verhoeven et al.: The Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform, *IMF Working Paper WP/07/226*, 2007, str.3

²⁹ OECD Health Data 2008

³⁰ Verhoeven et al.: The Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform, *IMF Working Paper WP/07/226*, 2007, str.11 a 13

výdavkoch smerujúcich na nákup farmaceutík držíme prvé miesto, pričom priemer OECD sa pohybuje niekde na úrovni 17,6%!³¹ Vzhľadom na to, že sa jedná o údaje z roka 2005, keď ešte finančná spoluúčasť pacienta v liekovej politike bola vyššia než v súčasnosti, môžeme s čistým svedomím predpokladať, že po opatreniach súčasnej vlády po roku 2006 bude spotreba liekov sledovať prinajlepšom neklesajúci trend.

Jednoznačne najväčšiu diery v rozpočtoch vytvárajú neustále zadlžujúce sa nemocnice, ktoré neprešli transformáciou počas reformy bývalého ministra zdravotníctva R. Zajaca. Je to na škodu, pretože veľká časť dlhu je vytváraná len vďaka tomu, že netransformované nemocnice nie sú povinné viesť riadne účtovníctvo. Nemocnice v pôsobnosti ministerstva zdravotníctva sa podieľajú na celkovom dlhu poskytovateľov takmer dvoma tretinami (!)³². Iba efektívna správa nemocnice (minimálne požiadavka na riadne účtovníctvo) zameraná na zisk a kvalitne a efektívne poskytnutú zdravotnú starostlivosť dokáže odstrániť prezamestnanosť (čo nie je prípad našej krajiny), nedostatočné personálne obsadenie, nadbytok lôžok (ešte stále problém aj na Slovensku). Iba efektívna nemocnica je schopná poskytovať kvalitné služby.

Napriek všetkému, slovenské zdravotníctvo po Zajacovej reforme má v porovnaní s ostatnými krajinami OECD potenciál byť do istej miery sebestačným, nezávislým od štátu a po určitých opatreniach (a navrátení kľúčových reformných krokov) nastavené na postupnú nápravu deformovaných motivácií, vstupu väčšieho objemu súkromných zdrojov a prevládaniu trhových mechanizmov. Systém poskytovania zdravotnej starostlivosti po (kritizovanej, ba priam až nenávidenej) reforme je decentralizovaný, začína (začínal do volieb 2006) pozitívne vplývať na efektivitu a kvalitu na strane poskytovateľov a osobnú zodpovednosť a spoluúčasť na strane pacientov.

Navrhované opatrenia pre zlepšenie systému v našej krajine:

- ⇒ vrátiť sa k finančnej spoluúčasti pacienta na poskytovaní zdravotnej starostlivosti (v krátkodobom horizonte aspoň na úroveň pred roka 2006, z dlhodobého hľadiska by mohol byť úspešným systém preplácania zdravotnej starostlivosti, ako majú Francúzi - pacient hradí veľkú časť nákladov za úkony a poisťovňa mu tieto náklady spätne prepláca³³. Pacient by si bol vedomý hodnoty, akú má služba zdravotnej starostlivosti a správal by sa oveľa zodpovednejšie. Poznajúc skutočnú cenu starostlivosti, sám by tlačil na zodpovedajúcu kvalitu.)
- ⇒ dokončiť transformáciu nemocníc a zabrániť zákonom vznik takého poskytovateľa, ktorý by nemal riadne účtovníctvo (musí byť sprevádzane mohutnou komunikáciou a verejnou diskusiou, aby sa zbúral mýtus „transformácia = privatizácia“)
- ⇒ ešte viac decentralizovať právomoci poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (nech o platových podmienkach, počte lôžok, zmluvách s poisťovňami, atď. rozhoduje manažment nemocnice)
- ⇒ znížiť regulačné a zákonné bariéry pre vstup ďalších subjektov do systému poskytovania zdravotnej starostlivosti
- ⇒ zvýšiť právomoci Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a zamedziť (zákonom) politickým vplyvom a nomináciám (posilniť povedomie pacientov a ich vyjednávaciu pozíciu pri silnej informačnej asymetrii vo vzťahu pacient-poskytovateľ)

³¹ OECD Health Data 2008

³² Karpíš a kol.: Zdravý zisk, Bratislava, 2007, INESS, str.67

³³ Tanner: The Grass Is Not Always Greener (A Look at National Health Care Systems Around the World), Policy Analysis 613, CATO Institute, 2008, str.9

- ⇒ zúžiť šírku hradenia z verejného zdravotného poistenia (odborníkmi pripravený zoznam diagnóz existuje ešte z čias ministra R. Zajaca. Vznikne tak priestor pre kvalitnejšiu súťaž medzi poskytovateľmi aj zdravotnými poisťovňami)
- ⇒ ponechať možnosť voľne vytvárať zisk a slobodne s ním nakladať pre zdravotné poisťovne aj ostatné subjekty
- ⇒ zaviesť požiadavku vyrovnaného rozpočtu pre nemocnice v pôsobnosti štátu
- ⇒ ponechať výber ošetrojúceho lekára, nemocnice, poisťovne, lekárne, atď. na pacienta
- ⇒ v prípade potreby vzniku čakacích zoznamov vytvoriť jasné a jednoduché pravidlá a dohľad nad ich dodržiavaním nechať na úrade pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
- ⇒ v dlhodobom horizonte vytvoriť osobné zdravotné karty vo forme čipovej karty, ktoré by sa viazali na pacienta, nie na poskytovateľa (vyžaduje vyšší stupeň informatizácie)

MOTTO (!) :

„Zdravie občanov je príliš dôležité, než aby ho zabezpečoval štát.“
 „Zisk v zdravotníctve pochádza z odstraňovania utrpenia druhých.“

Použitá literatúra³⁴

1. *OECD Health Data 2008.*
2. *The World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever,* World Health Organization.
3. Abram, T., *The Sad History of Welfare in the U.S.A.,* in *In Defense of the Free Market,* P. Gonda and P. Chalupníček, Editors. 2007: Bratislava.
4. Baker, B., *Je Amerika dobrá iba pre silných a úspešných?,* in *USA, Európa a Slovensko,* D. Sloboda and O. Dostál, Editors. 2004, Konzervatívny inštitút M. R. Štefánika.
5. Cochrane, J.H., *Health-Status Insurance: How Markets Can Provide Health Security.* Policy Analysis, 2009. **633.**
6. Goodman, J.C., *Health Care in a Free Society: Rebutting the Myths of National Health Insurance.* Policy Analysis, 2005. **532.**
7. Karpiš, J., R. Ďurana, and R. Ďurana, *Zdravý zisk.* 2007, Bratislava: INESS.
8. Tanner, M., *The Grass Is Not Always Greener: A Look at National Health Care Systems Around the World.* Policy Analysis, 2008. **613.**
9. Verhoeven, M., V. Gunnarsson, and S. Lugaresi, *The Health Sector in the Slovak Republic: Efficiency and Reform.* IMF Working Paper, 2007. **WP/07/226.**
10. Žitňanský, R., *Diagnóza: choré motivácie.* .týždeň, 2009. **17.**

³⁴ Väčšina literatúry predstavuje sekundárne zdroje. Považoval som ich však natoľko kvalitne spracované z hľadiska rešerše, že som primárne pramene nedohľadával.