

# ANTIKONCEPCIA

## I. FAKTY

### Fakt č. 1: Finančná nerovnováha

Autori koncepcie už v samotnom úvode vychádzajú z veľmi nesprávneho predpokladu, keď uvádzajú:

**Z finančného hľadiska je zdravotnícky systém v rovnováhe, ak platí dvojitá rovnosť: Ponuka = Finančné zdroje = Dopyt**

Treba povedať, že o uplatnenie tohto vzťahu sa usilovali marxistickí ideológovia a ekonómi celé desaťročia, až to dotiahli do „reálneho socializmu“ a ich snaženie sa zákonite skončilo neúspechom. Keby uvedený vzťah v reálnom živote naozaj platil, žili by sme už dnes nepochybne v komunizme. Skutočnosť je však omnoho zložitejšia, než to autori koncepcie tušia.

Do vzťahu medzi ponukou, dopytom a finančnými zdrojmi (ktoré sú **vždy!!!** obmedzené) vstupujú regulatory, medzi ktorými je spravidla cena tovaru či služieb dominantným regulátorom (nie je však jediným).

Z makroekonomického hľadiska je cena základným mechanizmom, ktorý na jednej strane uvádza do súladu ponuku a dopyt, ale zároveň ovplyvňuje (reguluje) ponuku a dopyt do medzi finančných zdrojov. Tam, kde cena je jediným alebo veľmi výrazne dominantným kritériom, sa uplatňuje tzv. voľný trh s voľnou tvorbou cien. Avšak ak pre rozsah ponuky a dopytu platia aj iné kritériá než cena - napríklad spoločenské užitočnosť, štátny záujem... - tam nastupuje regulovaný trh s regulačnými nástrojmi, či už priamymi (regulované ceny) alebo nepriamymi (daňová, colná, mzdová... regulácia).

Je len logické, že ak je **chybný východiskový predpoklad** dokumentu MZSR: **KONCEPCIA POŠKYTOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V SR, potom sú chybné aj postupy a závery, ku ktorým autori dospeli.** Alebo inak povedané, autori neriešia merito problémy či už pre zložitost problematiky alebo pre neznalosť, prípadne nepochopenie.

Na základe uvedeného už tu by bolo možné (možno aj vhodné) zahrnúť celý materiál ako hrubo amatérsky, prípadne zle koncipovaný, teoreticky chybný!!!

Pokračujeme však.

Citácia: **Zadeaná štruktúra zdravotného systému socialistického typu, založeného na rozsiahlej sieti nemocníc s dôrazom na fyzickú dostupnosť, je v SR nadálej finančne neudržateľná.**

Sme toho názoru, že nič nebráni ministrom zdravotníctva urobiť zdravotno-ekonomickú analýzu stavu a nadbytočné kapacity uzavrieť, reprofiliovať atď. Pre tento krok by nepochybne našiel spojencov tak u zástupcov stavovských a profesijných organizácií, ako aj u zástupcov zdravotných poisťovní.

Citácia: **Pri súčasných trendoch v zdravotníctve, nevhodných východiskách, bezplatnosti zdravotníctva a široko koncipovanom liečebnom poriadku (Schéma 1) máme prebytok dopytu pri prebytku ponuky, pričom obidva faktory zdravotníckeho trhu vo finančnom vyjadrení prevyšujú reálne disponibilné zdroje a vytvárajú dvojitý tlak:**

**Ponuka > Finančné zdroje < Dopyt**

Autori sa odvolávajú na

■ **trendy v zdravotníctve** - aké sú? Kde sú definované?

■ **nevhodné východiská** - v čom nevhodné? a aké vôbec sú?

■ **bezplatnosť zdravotníctva** - to je len líživá fikcia nezodpovedajúca skutočnosti. Zdravotníctvo nebolo a nie je bezplatné!!! - je financované z verejných zdrojov. Ak sa má v danej citácii na mysli priama finančná spolupráca pacienta, tak by sa malo prestať hovoriť o „bezplatnosti“ a nahradiť pojmom „miera spoluúčasti“!

■ **široko koncipovaný Liečebný poriadok** - je to naozaj pravda? Alebo je to len rétorický výkrik? Spravil niekto analýzu? Spravil niekto porovnanie so „širokou Liečebným poriadkom“ v okolitých štátoch?

Čo to je široko koncipovaný Liečebný poriadok? Pozrime sa na to, čo nám autori sľúbili v publikácii Reforma pre občana

Typ Zdravotného poistenia	Princíp	Poskytované zdravotné služby	Finančná participácia občanov	Odhadovaný objem	Odhadovaný podiel
Povinné	Solidárnosť	Definované zákonným nárokom	Povinné zdravotné poistenie	50 mld. SK	75 %
Nepovinné	Osobnej zodpovednosti	Nad rámec zákonného nároku	Priame platby a nepovinné poistenie	18 mld. SK	25 %

Nezmyselnosť je už v samotnom predpoklade odhadovaného podielu nepovinného zdravotného poistenia (25 %) - veď vo vyspelých európskych ekonomikách dosahuje tento podiel 4 až 7,5 %, a na jeho platbe sa samotný poistenec podieľa približne len 1, pričom 3 nepovinného poisteného uhrádza jeho zamestnávateľ!!! Táto skutočnosť však reformátorom neprekáža, keď uvádzajú:

**V nepovinnom pilieri predpokladáme, že sa jeho význam bude postupne zvyšovať z navrhovaných 25 percent až na úroveň 40 percent z celkových výdavkov na zdravotníctvo.**

A hneď uvádzajú aj príklad: **„Ako pri poistení auta - alebo celú škodu zaplatím sám zo svojich prostriedkov alebo zo svojich prostriedkov si platím nepovinné poistenie.“**

Čo dodať? Ten príklad nesedí. Auto si nemusím kúpiť alebo si kúpim lacné s nízkou poisťou, ale chorobu si vybrať nemôžem.

Uvedme ešte jednu zaujímavú tabuľku (prevzatú tiež z publikácie Zajac, Pažitný):

Model	Hlavný cieľ	Financovanie v %				Finančná ochrana	
		Dane	Sociálne odvody	Priame platby	Prívätne poistenie		
Národná zdravotná služba (Veľká Británia)	Univerzálny a rovný prístup	72,9	7,1	15,2	4,8	0,0	Univerzálna
Národné zdravotné poistenie (Kanada)	Univerzálny a rovný prístup	70,1	1,0	23,8	5,1	0,0	Univerzálna
Sociálne poistenie (Nemecko)	Sociálna solidarita	11,2	69,4	11,3	7,1	1,0	Univerzálna
Dobrovoľné zdravotné poistenie (Spojené štáty)	Individuálna sloboda a výber, nízka priorita na rovnosť	37,5	1,9	21,1	36,1	3,4	17 % občanov je nepoistených
Individuálne sporné úžitky s katastrofickým poistením (Singapur)	Individuálna zodpovednosť						Univerzálna

Zdroj: Schneider, 1994 a Hsiao, 2000

Treba k tomu ešte niečo dodať???

■ **máme prebytok dopytu pri prebytku ponuky** - logické je, že ak je prebytok dopytu, potom je deficitná ponuka a naopak, ak je prebytok ponuky, potom je deficit dopytu!!!

Matematicky: **a > b a zároveň b > a** ak platí tento vzťah, potom platí aj vzťah **a > a** ale aj **a < a** a celý rad ďalších nezmyslov.

Tvrdenie autorov je elementárne nelogické!

Ďalej sa treba pýtať, kto, kde a kedy spravil serióznu analýzu, aby mohol tvrdiť že máme prebytok ponuky? Plné čakárne pred ambulanciami, hodiny čakania na vyšetrenia aj ministrom medializovaná korupcia v zdravotníctve, tomu predsa nenasvedčujú.

Na základe akých analýz či zisťovaní si autori dovolujú tvrdiť že máme prebytok dopytu? Sú to nepochybne len ich dojmy, ale na tom stavať nemožno!!! To treba seriózne podložiť a kvantifikovať.

■ **máme prebytok dopytu pri prebytku ponuky, pričom obidva faktory zdravotníckeho trhu vo finančnom vyjadrení prevyšujú reálne disponibilné zdroje** - to, že nároky prevyšujú finančné zdroje je prirodzené, tak to je vo všetkých ekonomikách, od rozvojových krajín až po naj-

vyspelejšie štáty sveta. Táto disproporcija či deficit (D), resp. „nedofinancovanie zdravotníctva“ je logicky dané rozdielom medzi reálnymi zdrojmi (Z), ktoré si príslušná ekonomika môže dovoliť uvoľniť na zdravotnú starostlivosť na jednej strane a na druhej strane nárokmi, často vyjadrované tzv. opodstatnenými nákladmi (N) (či očakávaniami) poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. **D = Z - N.**

To sú všeobecné a spoločné problémy zdravotníctva vo všetkých ekonomikách, kde sa štát (spoľnočnosť) na ich financovaní podieľa, líšia sa len mierou existujúcej disproporcie.

Povedzte to inak, neexistuje spoločnosť, v ktorej by zdroje prevyšovali nároky (často označované ako potreby) na zdravotnú starostlivosť. Je prirodzenou snahou štátnej politiky **zmiernovať** vznikajúce disproporcie vo financovaní zdravotnej starostlivosti, pretože úplné odstránenie či vylúčenie je prakticky nemožné ani v najbohatších a najstabilnejších ekonomikách.

Zmiernenie disproporcie sa pritom nástrojmi štátnej zdravotnej politiky uskutočňuje v obidvoch číselných rovnice, na jednej strane zvyšovaním výdavkov na zdravotníctvo (napríklad rastom podielu výdavkov z HDP), na druhej strane ovplyvňovaním nárokov verejnosti na zdravotnú starostlivosť.

**Problém však vôbec nie je až taký jednoduchý.** Uvedený vzťah by platil len vtedy, keby existujúce zdroje boli použité vždy maximálne (hranične) efektívne, resp. keby v ich použiteľnosti neexistovali vzájomne nahraditeľné varianty.

Medzi zdrojmi a uspokojením nárokov totiž existuje nielen priamo úmerná závislosť - čím viac zdrojov tým vyššie uspokojenie nárokov (potrieb), a tým nižšia disproporcija - ale, **vznikajúca disproporcija je pri rovnakých zdrojoch silne závislá od efektívnosti použitia obmedzených zdrojov.**

Uvedme cesty a nástroje na zmiernenie disproporcie:

(4) **zvyšovanie výdavkov na zdravotnú starostlivosť** - to je predovšetkým predmetom štátneho rozpočtu, ďalej legislatívnych opatrení, ktorými sa stanovuje výška povinných odvodov do fondu zdravotného poistenia, výška spoluúčasti pacienta, formy pripoistenia a doplnkového poistenia a pod.

(5) **ovplyvňovanie nárokov verejnosti na zdravotnú starostlivosť** - tu tiež existuje celý rad možných opatrení (propagačno-výchovných, resp. ekonomicko-motivačných), ako napríklad výchova k zodpovednosti za svoje zdravie, ovplyvňovanie stravovacích návykov, preferovanie zdravého životného štýlu, zavedenie spoluúčasti pacienta pri niektorých zdravotných výkonoch (až po vylúčenie podielu úhrady zo zdravotného poistenia), zavedenie a regulácia paušálnych poplatkov, motivačných prvkov atď.

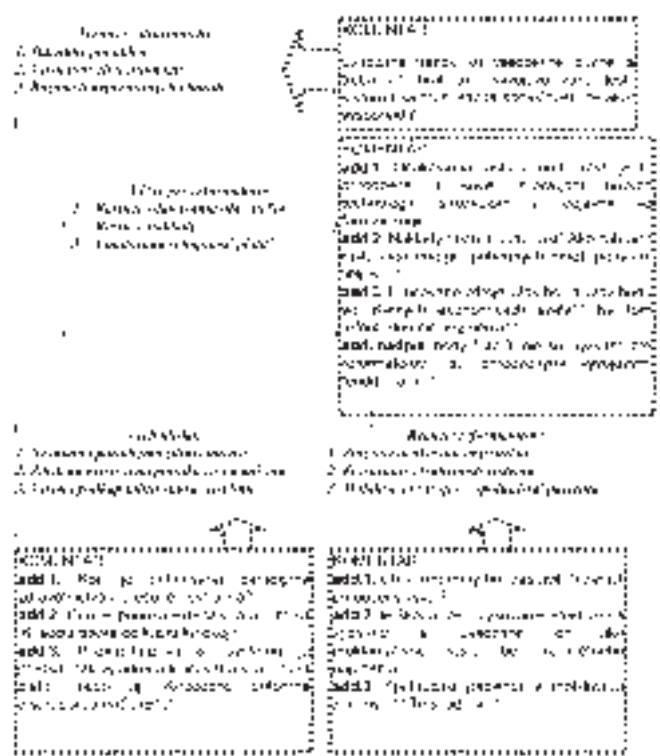
(6) **zvyšovanie efektívnosti využitia disponibilných zdrojov** - to je oblasť nesmierne široká a rôznorodá (zároveň mimoriadne zložitá), v ktorej existuje celý rad autonómnych, zájomne sa nevylučujúcich riešení (väčšinou vytvárajúcich synergický efekt). Na ilustráciu šírky a zložitosti tejto časti uvedme aspoň niekoľko príkladov:

- sposob organizovania zdravotnej starostlivosti a jej základné princípy (centrálne, decentralizované, čo sú priority...)
- intersektorálne rozdelenie zdrojov (určenie koľko z celkových zdrojov má byť použitých na nemocničné starostlivosť, koľko na lieky, koľko na ambulanciu starostlivosť...)
- stanovenie racionálnej metodiky úhrady (napríklad v ambulancijnej starostlivosti úhrady kapitáčne alebo výkonové či kombinované... v lôžkovej starostlivosti uhrádzať perspektívnym rozpočtom, výkonom alebo kapitáčne...?)
- rekonštrukcia výkonov zdravotnej starostlivosti (čo je jednotkou výkonu, aká je cena za jednotku, na základe čoho stanoviť cenu...?)
- určenie motivačných kritérií na úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v jednotlivých segmentoch, smerujúcich k efektívnemu konaniu (odosielanosť pacientov; spotreba liekov, liečiv, zdravotníckeho materiálu; spotreba externých služieb - Sval, DZS...)
- stanovenie racionálnych kritérií a podmienok na reguláciu siete zdravotníckych zariadení tak v počte, ako aj v štruktúre (počet ambulancií podľa druhov, nemocničných lôžok, zariadení dopravnej zdravotnej služby, pracovísk SvalZ, kúpeľných zariadení...)
- do tejto širokej skupiny patrí aj dočasne málo uplatňovaná farmakoeconomika atď.

Toto všetko autorom „KONCEPCIE...“ uniklo v rámci chybné stanovenej východiskovej premisy, z dôvodu povrchnosti či neznalosti zložitosti danej problematiky. Potom aj schéma 1. je prinajmenej „divná“.

Schéma 1:

### Polícia politických rozhodnutí v reforme zdravotného systému



Citácia: **Na vzniknuté nerovnováhy môže politicky ministerstvo reagovať zvyšovaním efektívnosti systému (na strane ponuky), mobilizáciou zdrojov zvýšením spoluúčasti pacienta (na strane finančných zdrojov) a znížením očakávaní občanov (na strane dopytu).**

Autori neuvádzajú, o aké „vzniknuté nerovnováhy“ ide a z predchádzajúceho textu to nie je zrejme, v každom prípade zvýšenie spoluúčasti pacienta jednak neznamená „mobilizáciu zdrojov“ a je to aj veľmi citlivá otázka nielen z hľadiska sociálnej únosnosti, ale aj z hľadiska naplnenia štátnej zdravotnej politiky - neznižuje sa dostupnosť zdravotnej starostlivosti? a jej dôsledkom nedôjde aj k zhoršeniu zdravotného stavu obyvateľstva? k zníženiu priemerného veku; či strednej dĺžky života? atď.

# ANTIKONCEPCIA

Už úplne zvrátené je snaha - či cieľ reformátorov - znížiť očakávania občanov. Očakávania občanov, sú a aj budú predsa hnacou silou pokroku, a to v každej dobe, v každom spoločenstve a v každej oblasti ľudskej činnosti či ľudskeho poznania. Nové objavy, nové diagnostické a terapeutické postupy, nové farmaceutické prípravky, nové formy zdravotníckych pomôcok... sú naplnením týchto očakávaní v oblasti zdravotníctva. Znížiť očakávania znamená zvrátiť prirodzený vývoj - ale to vari nie je cieľom tejto spoločnosti, veď to je zvrátenosť!!!

Citácia: Na dosiahnutie stanovených cieľov budú pripravené a v troch fázach implementované nasledujúce opatrenia:

- (7) Stabilizované opatrenia zamerané na zastavenie rastu dlhu
- (8) Systémové opatrenia zamerané na zefektívnenie fungovania zdravotného poistenia
- (9) Sieťové opatrenia zamerané na zvýšenie kvality a efektívnosti poskytovateľov

ad 1. Je nesporné, že opatrenia na zastavenie rastu dlhu sú potrebné. Preto reformátori uvádzajú „budú pripravené“? Čo robili doteraz, kde je „príprava“ reforma? Slubovaná ministrom Zajacom z predvolebnej kampaňky, prečo sa rast dlhu po viac ako roku pôsobenia reformátorov nezastavil? Kedy budú slubované opatrenia pripravené a kým?...

ad 2. O zefektívnení fungovania zdravotného poistenia mali a majú záujem aj zdravotné poisťovne. Združenie ZP spolu s VŠZP približne pred rokom ponúkli ministromi Zajacom bezplatnú spoluprácu v tejto oblasti, s vyústením do racionalizácie platnej legislatívy. Ponuka bola ministrom odmietnutá! Dnes, po viac ako roku, reformátori sľubujú, že „budú pripravené“... Treba to ďalej komentovať?...

ad 3. Opatrenia na zvýšenie kvality a efektívnosti sú potrebné predovšetkým v oblasti poskytovanej zdravotnej starostlivosti a nie „poskytovateľov“, čo je podstatný rozdiel! Opäť je na mieste otázka, prečo „budú pripravené“, prečo nie sú pripravené a kde sú tie slubované s pred volieb? Čo sa v danej oblasti doteraz spravilo?...

## Fakt č. 2: Dôsledky finančnej nerovnováhy

Citácia: Ak sú výdavky trvalo vyššie ako príjmy, tak sa finančná rovnováha systému môže nastoliť iba štyrmi spôsobmi:

- (10) rastom dlhu voči súkromnému sektoru
- (11) predživaním čakačiek lehot na elektívne výkony (waitinglisty)
- (12) obmedzovaním dostupnosti kvalitnej zdravotnej starostlivosti
- (13) korupciou

Výdavky ťažko môžu byť vyššie ako príjmy, pretože nemožno viac vydať, než sa prijme! Autori zrejme mali na mysli náklady, ktoré môžu presiahnuť príjmy subjektu, dokonca i jeho celkové zdroje (tržby). Opravme: Ak sú náklady trvalo vyššie ako zdroje, tak vzniká disproporcía.

Matematický zápis:

$$D = Z - N.$$

Kde, ako sme už uviedli, náklady sú funkciou efektívnosti vynaloženia zdrojov:

$$N = f(E)$$

Treba sa pragmaticky spýtať

■ prečo a ako chcú autori KONCEPCIE nastoliť finančnú rovnováhu systému „rastom dlhu voči súkromnému sektoru“? Veď je to nezmysel. Čo to je za rovnováha? A prečo voči súkromnému sektoru, keď súčasný dlh systému je v rozhodujúcej miere tvorený voči štátnemu sektoru?

■ kde v danom matematickom vyjadrení by sa objavili „waitinglisty“, kde „korupcia“ a kde „obmedzovanie dostupnosti kvalitnej zdravotnej starostlivosti“? (Má byť dostupná len nekvalitná zdravotná starostlivosť? - čo je to za zvrátenosť?)

Už v predchádzajúcom bolo uvedené, že existujú len tri spôsoby riešenia nastolenia nerovnováhy: a) zvyšovanie zdrojov - výdavkov na zdravotnú starostlivosť - to je predovšetkým predmetom štátneho rozpočtu, ďalej legislatívnych opatrení, ktorými sa stanovuje výška povinných odvodov do fondu zdravotného poistenia, výška spoluúčasti pacienta, formy pripojenia a doplnkového poistenia a pod.

b) ovplyvňovanie nárokov verejnosti na zdravotnú starostlivosť - tu tiež existuje celý rad možných opatrení (propagačno-výchovných, resp. ekonomicko-motivačných), ako napríklad výchova k zodpovednosti za svoje zdravie, ovplyvňovanie stravovacích návykov, preferovanie zdravého životného štýlu, zavedenie spoluúčasti pacienta pri niektorých zdravotných výkonoch (až po vylúčení podielu úhrady zo zdravotného poistenia), zavedenie a regulácia paušálnych poplatkov, motivačných prvkov atď.

c) zvyšovanie efektívnosti využitia disponibilných zdrojov - to je oblasť nesmierne široká a rôznorodá (zároveň mimoriadne zložitá), v ktorej existuje celý rad autonómnych, vzájomne sa nevylučujúcich riešení (väčšinou vytvárajúcich synergetický efekt). Na ilustráciu šírky a zložitosti tejto časti uvedme aspoň niekoľko príkladov:

- spôsob organizovania zdravotnej starostlivosti a jej základné princípy (centrálne, decentralizované, čo sú priority...)
- intersektorálne rozdelenie zdrojov (určenie, koľko z celkových zdrojov má byť použitých na nemocničné starostlivosť, koľko na lieky, koľko na ambulatnú starostlivosť...)
- stanovenie racionálnej metódy úhrad (napríklad v ambulantnej starostlivosti úhrady kapitáčne alebo výkonové, či kombinované... v lôžkovej starostlivosti uhrádzať prospektívnym rozpočtom, výkonom alebo kapitáčne...?)
- cenotvorba výkonov zdravotnej starostlivosti (čo je jednotkou výkonu, aká je cena za jednotku, na základe čoho stanoví cenu...?)
- určenie motivačných kritérií na úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti v jednotlivých segmentoch, smerujúcich k efektívnemu konaniu (odostielanosť pacientov; spotreba liekov, liečiv, zdravotníckeho materiálu; spotreba externých služieb - Šval, DZS...)
- stanovenie racionálnych kritérií a podmienok na reguláciu siete zdravotníckych zariadení tak v počte, ako aj v štruktúre (počet ambulancií podľa druhov, nemocničných lôžok, zariadení dopravnej zdravotnej služby, pracovísk ŠVALZ, kúpeľných zariadení...)
- do tejto širokej skupiny patrí aj dodnes málo uplatňovaná farmakoekonomika
- atď.

## Fakt č. 3: Princíp spravodlivosti je narušený aj teraz

Citácia: Súčasný systém deklaruje princíp rovnosti a bezplatnosti, ale nie je takým. OECD v správe z júna 2002 konštatuje, že „nerovnosť pri poskytovaní zdravotných služieb sa prehĺbila“. (správe má byť ZDRAVOTNÍCKYCH služieb)

1. Zdá sa, že autorom správy OECD prekražá nerovnosť pri poskytovaní zdravotníckych služieb. Zároveň naznačujú, že v minulosti bol systém spravodlivejší!
2. Úplná rovnosť pri poskytovaní zdravotníckych služieb nikdy (a nikde) nebola. Je to len proklamatívny cieľ o ktorý sa každá spoločnosť trvalo usiluje - a to nie len v oblasti zdravotnej starostlivosti. Z čoho pramení tvrdenie, že „nerovnosť sa prehĺbila“? Veď toto tvrdenie nie je ničím podložené! Preto ho treba chápať ako subjektívny, možno aj účelový názor (z oblasti „domológie“), o ktorý sa nemožno opierať a na ktorom nemožno stavať!
3. Zdravotnícka starostlivosť pre pacienta nikdy nebola „bezplatná“, ani za predchádzajúceho režimu - bola (a je) hradená z verejných zdrojov, ktoré sa tvorili z povinných odvodov na zdravotnú starostlivosť. Aj určitá forma spoluúčasti pacienta tu bola - napríklad pobyt v nemocnici či na kúpeľnej liečbe znamenal vždy finančnú stratu na zárobku pre pacienta, k tomu prídali v súčasnosti doplatky za lieky, za stomatologickú starostlivosť, paušálne poplatky za návštevu ambulancie, za recept, za pobyt v lôžkovom zariadení atď. Bezplatnosť bola a je len reťorickou fikciou!!! Treba hovoriť o miere spoluúčasti pacienta na zdravotnej starostlivosti, nie o bezplatnosti!!!

## Fakt č. 4: Súčasný rozsah zdravotnej starostlivosti je dlhodobou neudržateľný

Citácia: „Súčasný štedrý rozsah zdravotnej starostlivosti je dlhodobou neudržateľný a len nadvládne uperuje vysoké očakávania občanov. Ziadna ekonomika, toľko nie slovenská, si nemôže dovoliť poskytovať všetku zdravotnú starostlivosť bezplatne. Odporúčame korigovať automatické očakávanie ľudí jasnym a jednoznačným definovaním tej zdravotnej starostlivosti, ktorá bude plne alebo čiastočne hradená z povinného zdravotného poistenia.“

Svetová banka, Rozpočtovanie a riadenie výdavkov na Slovensku, máj 2002

Rozsah zdravotnej starostlivosti nemožno znížiť - to by znamenalo zvrátenie prirodzeného a žiadanej vývoja a mohli by sme sa dopracovať k riešeniam napríklad nacistického Nemecka - žiadosť sa zdravotná starostlivosť poskytovala len obmedzene, duševne chorým sa poskytovala len eutanázia atď. To azda nie!!!

O očakávaniach sme už hovorili v predchádzajúcom, nemožno ich znížiť!!!

O nezmysle „bezplatnej starostlivosti“ sme už tiež písali, nemá zmysel opakovať to!

V každom prípade riešenie nie je v tom, že do počítača „na nasypaní“ diagnózy, pridela sa im od buka do buka percentá podielu doplatku občana a cena (o ktorej nezastupiteľnom význame sme už hovorili) bude stanovená dohodou medzi poisťovňou a poskytovateľom zdravotníckych služieb.

## Fakt č. 5: V systéme vládnú mákké rozpočtové obmedzenia

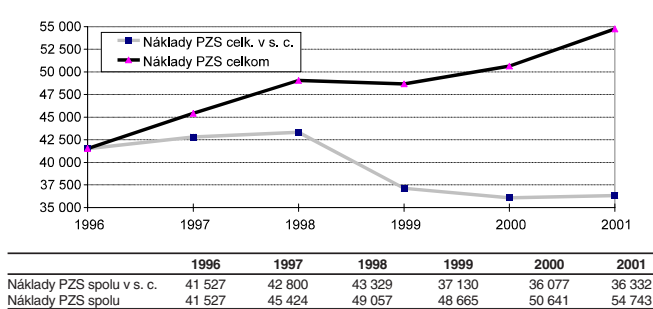
Citácia: Sítat garancuje platobnú schopnosť zdravotných poisťovní a zdravotníckych zariadení (mákké rozpočtové obmedzenie). Ani zdravotné poisťovne, ani zdravotnícke zariadenia nezahŕňajú reálne finančné riziko a správajú sa nezodpovedne. Prevládá diskriminácia súkromného sektora.

Štát garancuje platobnú schopnosť len dvoch štátnych zdravotných poisťovní (VŠZP a SZP), aj to len vo veľmi obmedzenej miere - obidve uvádzané zdravotné poisťovne (ale aj ďalšie rezortné a občianske) dlhodobým hospodárstvom so stratou vytvorenou ešte v polovici deväťdesiatych rokov. Straty nevznikli z dôvodu „mákkých rozpočtových pravidiel“, ale z dôvodu cenových opatrení a stanovených pravidiel úhrad, ktoré boli zdravotným poisťovním vnútené práve ústrednými orgánmi štátnej správy - MF SR a MZ SR. Nešlo teda o mákké rozpočtové pravidlá, ale o nevhodné pravidlá!!! To treba riešiť!

Treba ešte doplniť, že rozpočet najzadlženejšej poisťovne - VŠZP schvaľuje každoročne parlament. VŠZP predkladala do parlamentu návrh rozpočtu vo variantnom riešení a poslanci si vybrali ten, ktorý vyhovoľoval vo vzťahu k štátnemu rozpočtu, ale o ktorom bolo známe, že sa zákonite končí deficitom - ale to nie je chyba poisťovne!

Keby štát skutočne garancoval platobnú schopnosť zdravotníckych zariadení, ako sa to uvádza, neboli by zdravotnícke zariadenia dlhodobou zadlžené!

## Náklady PZS spolu v b. c. a v cenách r. 1996 (mil. SK)



To, že zdravotné poisťovne ani zdravotnícke zariadenia nezahŕňajú reálne finančné riziko, môže tvrdiť len absolútne dezorientovaný a problematicky neznalý reformný tím! A to ešte musí prehladať reálne fakty! Prečo došlo k zľúčeniu viacerých zdravotných poisťovní, prečo došlo k zániku DZP Perspektíva? Prečo sa zadlžovanie systému dlhodobou medzioročne udržuje na približne konštantnej úrovni (asi 6 až 7 mld. Sk ročne) aj keď reálne príjmy do systému trvalo od roku 1998 klesajú atď.

Tvrdiť, že zdravotné poisťovne i zdravotnícke zariadenia sa „správajú nezodpovedne“, je neohrozená lož alebo neodpustiteľná neznalosť reality!!! V každom prípade je to urážka pracovníkov rezortu zdravotníctva. Absolutná väčšina vedení zariadení (tak poisťovní, ako aj zdravotníckych zariadení) by si za svoju činnosť zaslúžili prinajmenšom podakovanie, že za daných podmienok dokázali systém udržať funkčný. Je verejne známe, že slovenské zdravotníctvo je jedno z najlacnejších (a teda aj najhospodárnejších) v celej Európe, pričom svojou úrovňou nezaostáva. To nebolo možné dosiahnuť „nezodpovednosťou“!

To, že „prevládá diskriminácia súkromného sektora“, je opäť buď vedomá lož, alebo hrubá nevedomosť, ignorujúca reálne fakty. Pokiaľ boli ambulancie PAS súčasťou štátnych zdravotníckych zariadení, boli náklady na ich činnosť štyri až sedemdesiatkrát nižšie než po privatizácii. Tárcha neefektívnosti systému bola prenesená a dopadla predovšetkým na lôžkové zariadenia, ktoré v ambulancii väčšine boli štátnymi zariadeniami. Hovorí v tejto situácii, že „prevládá diskriminácia súkromného sektora“, je absolútne scetné!!!

## Fakt č. 6: Rezort manažujú lekári

Citácia: „V riadiacich štruktúrach jednotlivých zdravotníckych zariadení aj samotného systému už tradične dominujú profesionálni s medicínskym vzdelaním, pričom úroveň ich kvalifikácie v oblasti manažmentu je značne variabilná. V dôsledku toho je využívanie niektorých základných nástrojov riadenia z oblasti strategického manažmentu, manažmentu zmien, finančného a ekonomického plánovania, manažmentu zdravotníckej techniky a pod. stále pomerne zriedkavé.“

Svetová banka, Prehľad politiky sociálneho sektora, jún 2001

Je to veľmi farizejské zneužitie tvrdenia Svetovej banky reformným tímom. Veď ku koľkým výmenám na postoch riaditeľov zdravotných zariadení ministrom Zajacom už došlo a bola v tomto smere zaznamenaná nejaká zmena? Úplne žiadna!!!

apokon to, že v riadení rezortu „tradične dominujú profesionálni s medicínskym vzdelaním“, nie je nič nezvyčajné. Predsa väčšinu strojárskych podnikov riadia strojní inžinieri, banky ekonómi, štúdy právnik atď. Znalosť riadenej problematiky je dôležitá pre správne riadenie daného subjektu. Za chybu treba pokladať to, že zriaďovateľ nevenuje dostatočnú pozornosť personálnemu výberu, odbornej príprave vedúcich pracovníkov pred nástupom do funkcie a ich permanentnému vzdelávaniu počas výkonu funkcie. To je závažná chyba - tým sa bude zaoberať!!!

## Fakt č. 7: Na Slovensku je prezamestnanosť zdravotného personálu

Citácia: „Slovensko má príliš veľa zdravotníckeho personálu, predovšetkým lekárov, čo znamená nielen záťaž pre zdravotný systém, ale znamená to aj potenciálne riziko zvyšovania výdavkov cez doplyt vytvorený samotnými lekármi.“

Svetová banka, Rozpočtovanie a riadenie výdavkov na Slovensku, máj 2002

Toto tvrdenie je zrejme len „dojem“, lebo sa nezakladá na serióznej analýze. Za roky 2002 a 2003 odšlo zo Slovenska približne 1200 lekárov - predovšetkým do Česka. Ešte naozaj stále je prebytok lekárov? V akej sú vekovej a kvalifikačnej štruktúre? Je ich rozmiestnenie v rámci Slovenska rovnomerné (resp. žiaduce)? Prečo sa v ukrajinskej tlačí objavujú inzertny sponkou pracovných miest lekárov na Slovensku?

To sú naliehavé otázky, na ktoré môže dať odpoveď len seriózna analýza - dejom nestačí!!!

## Fakt č. 8: Oddlženie bolo neefektívne

Citácia: „Vláda jedinečne a neopakovateľne výnosy z privatizácie nepoužila na transformáciu systému, ale na nelogické oddlženie. Dlh sa zvyšoval a cirkulácia peňazí sa predlžovala, finančná disciplína a stabilita rezortu sa zhoršila. Opatrenia zamerané na redukcii dlhu poskytlí síce krátkodobé finančné riešenie, ale nie fundamentálne riešenie dnešného systému, ktorý si vyžaduje komplexnú reformu.“

OECD, Economic Surveys, Slovak Republic, jún 2002

S tvrdením že realizované oddlženie bolo neefektívne, môže čiastočne súhlasiť, treba však priznať, že miera zadlženia bola taká vysoká, že pre záchranu funkčnosti systému bolo nevyhnutné do systému finančné prostriedky akútne prisunúť. To sa napokon udialo aj v novembri 2003, keď vypukol problém s lekármi. Nemožno súhlasiť s tvrdením, že „finančná disciplína rezortu sa zhoršila“ - je to len lacné, ničím nepodložené tvrdenie.

Vznik a. s. VERITEE určite nie je riešením danej problematiky!!! Pragmaticky vzaté, je to len ďalší nesytmový krok, ktorým sa určite nasledovalo efektívne oddlženie systému!



# ANTIKONCEPCIA

## Fakt č. 9: V systéme nie sú vhodné motivačné mechanizmy

Citácia: „Neefektívny systém a nevhodné zvolené motivačné faktory prispeli k chronickým finančným problémom rezortu.“

OECD, Economic Surveys, Slovak Republic, jún 2002

Cena zdravotníckych výkonov: naďalej neodzrkadľuje ich relatívnu vzácnosť, pričom obmedzenie ponuky, vysoká regulácia systému, pohlátenie prirodzeného alokačného mechanizmu, štátne vlastníctvo a fenomén vyhládávania renty prispeli k rapidnému nárastu neformálnych platieb, ktoré nahrádzajú nefunkčné trhové mechanizmy.

Základným nástrojom na riešenie uvedených problémov je cenotvorba zdravotníckych výkonov a stanovenie racionálnych podmienok systému úhrad. Táto dôležitá oblasť bola a stále je na periférii záujmu MZ SR.

Namiesto rozboru uvedeného textu uvedme časť textu z práce M. Kamenského: „Analýza vývoja cenotvorby zdravotníckych výkonov za roky 1993 až 2003“, kde v časti „Akademické princípy tvorby cenových opatrení - syntetizuje doterajšie nedostatky, ktoré sa v danej oblasti chronicky opakujú:

1. Cenové opatrenie je jedným zo základných nástrojov štátu na presadzovanie záujmov štátnej zdravotnej politiky.
2. Cenové opatrenie treba pokladať za jeden z najdôležitejších dokumentov v riadení systému zdravotnej starostlivosti, v ktorom aj relatívne malé zmeny spôsobí nezriedka rozsiahle (a často nečakané) ohlasy. Z tohto dôležitého postavenia dokumentu plynú aj potreba dôležitosti pozornosti jeho tvorby.
3. Cenové opatrenie by mali tvoriť (zostavovať) odborníci a rozhodne by sa v cenovom opatrení nemal prejavovať amatérizmus a už vôbec nie chorobný individualizmus!
4. Cenové opatrenie pred nadobudnutím účinnosti by malo prejsť rozsiahlym pripomienkovým konaním (nielen formálnym!!!), kde by sa eventuálne vnesený či vynútený exhibicionizmus spojený s pravidlami s inšitým amatérizmom odfiltrával.
5. Zmeny cenového opatrenia (nové CO oproti pôvodnému) musia byť vykulované nielen ekonomicky, ale aj organizačne (napríklad - nevyžadujú sa nové dátové rozhrania?, postačujú informácie systémy poskytovateľa a zdravotných poisťovní?, aká je časová a objemová náročnosť zmien?... aké sú riziká aplikácie?...)
6. Tvorba cenového opatrenia musí mať **dlhodobé smerovanie** s voľbou racionálnych krokov k jeho naplneniu. Nesmie podliehať chaotickému chýtráctvu (ani podliezaniu), v ktorom sa koncepcia a zámyer menia nečakane a temer denne.
7. **Cenotvorba by mala byť inštitucionalizovaná!** pokiaľ sa tak nestane, nemožno zabrániť prudkým nekoncepčným zmenám v cenotvorbe, nemožno zabrániť neodbornému vstupu „vševvedov“, papierových manažérov bez praktických skúseností, ktorí sa cítia prinajmenšej záchrancami systému... Porušovanie týchto elementárnych pravidiel vedie k hrubým chybám, ktoré majú silne negatívny dosah na transformáciu sa systém zdravotníctva

## Fakt č. 10: V systéme sú logické systémové chyby

Citácia: *Logická systémová chyba:*

1. lekáť je povinný poskytnúť zdravotnú starostlivosť
  2. občan ju má právo dostať bezplatne
  3. poisťovnía nie je povinná za poskytnutú starostlivosť zaplatiť (napríklad nadlimitný pacient u špecialistov alebo neodhodnuté operácie v lôžkovej starostlivosti)
- Dôsledkom je, že deficitné hospodárenie zdravotníctva je financované súkromným sektorom.
- ad 1. lekáť je povinný poskytnúť neodkladnú zdravotnú starostlivosť
- ad 2. bezplatná zdravotná starostlivosť už neexistuje! Pacient zaplatí minimálne paušál 20 Sk v ambulancii a ďalšie prípadné poplatky v lekárni či nemocnici
- ad 3. objednanie objemu výkonov zdravotnými poisťovňami (limity) je dôležitým stabilizačným opatrením, zamedzuje indukovanú spotrebu zdravotných služieb! Všetky **neodkladné výkony** sú po posúdení revíznym lekářstvom uhrádzané nad rámec dohodnutých objemov (limitov).

Takže tvrdenie o „logické systémové chybe“ je nepravdivé a tvrdiť, „že deficitné hospodárenie zdravotníctva je financované súkromným sektorom“, je úplným nezmyslom!!!

## Fakt č. 11: Zdravotný systém ovplyvňuje len štvrtinu nášho zdravotného stavu

Citácia: *Zdravotnícky systém dokáže ovplyvniť len 17 - 25 % zdravotného stavu populácie. Ostatné významné vplyvy (Lalonde, 1974):*

1. životný štýl (stravovacie návyky, telesná aktivita)
2. biologické faktory (genetika)
3. životné prostredie (vrátane sociálnej a ekonomickej situácie)

S týmto tvrdením možno len súhlásiť! O tom sme sa zmienili v prvej časti, ako dôležitej ceste k zníženiu nákladov na zdravotnú starostlivosť.

## Fakt č. 12: Štruktúra chorôb sa mení

Citácia: *Dominujú tzv. neprenosné ochorenia, ako kardiovaskulárne (52,5 %) a onkologické ochorenia (22,8 %). Slovensko je podľa štúdie Svetovej banky čoraz menej schopné zvládnuť problémy industrializovaných krajín - kardiovaskulárne a onkologické ochorenia.*

V systéme obmedzených zdrojov je nevyhnutné stanoviť **spoločenské priority**, teda ktoré choroby sa budú financovať plne a ktoré len čiastočne.

Toto konštatovanie sa objavilo už aj vo „Faktoch č. 1“. Stanovenie „**spoločenských priorít**“ však je a musí zostať predmetom štátnej zdravotnej politiky a nie reformného tímu!

## Súhrnné zhodnotenie časti I. FAKTY

Zhodnotili sme jednotlivo uvádzané „FAKTY č. 1. až č. 12“ vecne, pragmaticky a realisticky. Ak majú byť východiskom pre reformu zdravotného systému, nemožno sa vyjadriť inak, než: **Boh nás chráni!** Zhodnotenie jednoznačne poukazuje na amatérsku neznalosť, dilatantizmus, nesúkromnosť a tiež izolovanosť jej autorov od reálnej praxe. Nik zo skutočných odborníkov a znalcov dôležitých problematiky by sa nemohol stožovať s „faktami“, chybými dedukciami a naznačenými východiskami uvádzanými v predmetnej kapitole práce.

Úplne prirodzene sa vnučuje otázka, **čo z čoho plynie?**

■ je neodbornosť, neznalosť, dilatantizmus a arogancia... výsledkom izolovanosti reformátora a reformného tímu alebo

■ je izolovanosť reformátora a reformného tímu dôsledkom ich neodbornosti, neznalosti, dilatantizmu a arogancie?

V každom prípade to nie je dobré! Prírodný vývoj speje svojím smerom, má svoje neignorovateľné zákonitosti a akokoľvek arogantne predkladané chybné názory a na ich základe „riešenia“ (nech sú podporované akokoľvek politickou a mediálnou podporou), budú skôr či neskôr odhalené a spoločnosťou zamietnuté. Jedine čo z nich zostane, bude poznať, ako sa a to robiť nemá! Čím skôr sa tak stane, tým menej zbydných a škôd sa napácha.

Po zhodnotení všetkých 12 uvedených „faktov“ zostáva len zopakovať čiastkový záver, ktorý sme uviedli po zhodnotení faktů č. 1:

**Na základe uvedeného už tu by bolo možné (možno aj vhodné) zavrhnúť celý materiál ako hrubou amatérsky, principiálne zle koncipovaný, teoreticky chybný!!!**

Pokračujeme však.

## ČASŤ II. STABILIZAČNÉ OPATRENIA

Citácia: *Cieľom stabilizačných opatrení je zastavenie rastu dlhu a obmedzenie nadbytočnej spotreby. Tá sa prejavuje vo vysokých konzumáciách zdravotníckych služieb a liekov. Kým priemerný Európan navštívi lekářa sedemkrát ročne, Slováci až 16-krát. Ročne zbytočne vyhodíme viac ako 41 ton liekov, ktoré boli predpísané, zaplatené, ale nikdy neboli užité.*

Je spotreba zdravotníckych služieb a liekov naozaj vysoká?

■ na porovnanie návštevy lekářa u nás a v ostatnej Európe neexistujú relevantné údaje! Kým u nás sa započítava každá návšteva - aj opakovaná, inde sa započítava len „prípád“.

Tak napríklad pri prvej návšteve lekářa „predpíše“ pacientovi kaľovicovú injekciu spolu 5x. Pacient okrem prvej návštevy, navštívi ambulanciu ešte 4 x, pričom už spravídla s lekářom do kontaktu nepríde, keďže injekcie podáva zdravotná sestra. Slovenská ambulancia vykáže 5 návštev, nemec-ká 1 návštevu.

■ Údaj o 41 tonách liekov ktoré na Slovensku skončia v kontajneroch, je prinajmenšej zavádzajúci, a to z toho dôvodu, že do tohto množstva sú zahrnuté nielen lieky, ale aj všetky papierové a sklenené obaly z liekov končiacich v zberných kontajneroch lekářní. Nik nesprávil aspoň námatkovú analýzu liekov končiacich v kontajneroch tak z hľadiska ich štruktúry, ako aj z hľadiska ich pôvodu vznikajú. Pokúsme sa o špecifikáciu vzniku daného množstva, bez kvantifikácie:

- podstatnú časť uvedeného množstva predstavujú obaly
- je prirodzené, že občania do zberných kontajnerov vracajú zvyšky neupotrebených liekov - ako príklad uvedme sirupy proti kašľu. Prípravok sa podáva len do času nutného užívania. Vznik „odpadu“ je prirodzený
- stáva sa (a nezriedka), že na predpísaný liek organizmus pacienta reaguje negatívne. Je prirodzené, že lekář príslušný liek nahradí iným prípravkom
- po úmrtí človeka zostane množstvo neupotrebených liekov - kde inde môžu skončiť než v kontajneroch?
- v kontajneroch končia aj všetky expirované lieky z lekářní, prípadne aj veľkodistribútorov liekov. Takýto „odpad“ vzniká pri každej obchodnej činnosti s liekmi, ktorá má obmedzený čas životnosti
- atď.

Uvedené skutočnosti vedú k otázkam

1. Uvedených 41 ton liekov končiacich v kontajneroch je veľa alebo málo, koľko to predstavuje % z celkového ročného objemu liekov dovezených či vyrobených na Slovensku?
2. Koľko z uvedených 41 ton liekov predstavujú obaly, koľko je „prirodzený“ odpad a koľko predstavujú naozaj tie lieky, *„ktoré boli predpísané, zaplatené, ale nikdy neboli užité“?*
3. Ak vôbec vzniká problém s liekmi, *„ktoré boli predpísané, zaplatené, ale nikdy neboli užité“* - je nositeľom tohto problému pacient alebo predpisujúci lekář?
4. Prečo sa „motivačné opatrenia“ na zníženie spotreby liekov hľadajú len na strane pacienta, pričom nie aj na strane predpisujúceho lekářa?
5. Atď.

Informácia o raste objemu liekov v komunálnom odpade je pravdivá, ale nie je možné z nej vyvodit žiadne závery. V roku 1999 publikoval prof. Fořtán určité výsledky o sklade liekov v odpade od obyvateľov. Nie sú však žiadne údaje o tom, nakoľko je tento stav zapríčinený nesprávnou diagnózou a liečbou lekářa alebo svojvoľným rozhodnutím pacienta prerušiť liečbu.

Pozrime sa na problém ešte aj z inej strany - aká je spotreba liekov u nás a ktorá v susednom Česku (a to už nechceme porovnávať s vyspelými európskymi štátmi!). Spotreba liekov za roky 1999 až 2002 tak v hodnotovom vyjadrení, ako aj v počte balení je uvedená v nasledujúcej tabuľke:

Rok	Spotreba v ČR		Spotreba v SR	
	Kč (mlrd.)	Balení (mil.)	Sk (mlrd.)	Balení (mil.)
1999	36,444	339,3	13,584	162,7
2000	38,392	331,6	15,286	151,6
2001	44,241	342,9	18,304	157,2
2002	48,032	338,3	21,037	159,6

Čo hovorí prepočet na jedného obyvateľa:

ROK	Kč/obyvat.ČR	Sk/obyvat. SR	ROZDIEL (kurz 1:1,3)	Balení/obyvat.ČR	Balení/obyvat. SR	ROZDIEL balení
1999	3 572,94	2 515,56	-1 521,87	33,265	30,130	-3,135
2000	3 763,92	2 830,74	-1 422,49	32,510	28,074	-4,436
2001	4 337,35	3 389,63	-1 511,58	33,618	29,111	-4,507
2002	4 709,02	3 895,74	-1 425,45	33,167	29,556	-3,611

Domnievame sa, že uvedená tabuľka nepotrebuje komentár - súdny čitateľ si správy závery sám, veď sú jednoznačné. Ale dá sa potom hovoriť o „nadspotrebe“ liekov, je to naozaj kľúčový problém?

Citácia: *Prvým stabilizačným opatrením je moderné vymedzenie pojmu zdravotná starostlivosť a definovanie tzv. súvisiacich služieb. Medzi ne zaradíme služby ako stravovanie, ubytovanie či doprava.*

Vymedzenie „pojmov“, nech by bolo akokoľvek „moderné“, neznamená stabilizačné opatrenie!

Citácia: *Druhým, novým prvkom je zavedenie platieb za návštevu lekářa, za recept a za poskytovanie súvisiacich služieb. Tento krok zvyšuje finančnú spoluúčasť pacienta v systéme a svojou adresnosťou jemne presťava ťažisko na skutočných používateľov zdravotníckych služieb. V budúcnosti môže byť výrazným stimulom na znížovanie odvodového zaťaženia. Zdrovnen je dôležitý podotknúť, že uvedené platby majú skutočne len symbolický charakter a v skutočnosti nehrozí riziko, aby si pacient v budúcnosti hradil extrémne vysoké náklady na liečbu.*

Dôvodom zavedenia poplatkov nie je ani tak snaha získať dodatočné zdroje, ako skôr obmedziť nadmernú spotrebu obyvateľstva a motivovať jednotlivca k zodpovednosti za vlastné zdravie. Systém zdravotníctva síce dostáva v súčasnosti prostriedky na úrovni 6,4 % HDP, ale vzhľadom na široko definovaný solidárny balík, nereštrukturalizovaní ponukoví stránku a neprimerane vysokú finančnú ochranu spotrebiteľa prostriedky na úrovni 7,2 % HDP.

Treba povedať, že zavedenie paušálnych poplatkov bolo správnym krokom. Nebol to nový nápad - on sa objavil už v modelovom návrhu cenového opatrenia MZ SR z roku 2000, bol uvedený v základných materiáloch K12+, no niekoľko rokov presadzovaní zástupcami zdravotných poisťovní atď.

Až v roku 2003 však nastala „politická vôľa“ prijať tento návrh.

Čo je však horšie, ukázalo sa, že reformátor a jeho tím nie sú schopní do praxe zaviesť ani len túto „imitáciu“ reformy! Veď čo lekář, čo nemocnica, to iný systém platenia!!! Niektorí lekáři nevyberajú vôbec, niektorí pri prvej návšteve a ďalší pri každej návšteve. Niektorí lekáři vydávajú potvrdenia o prijímaní paušálneho poplatku, niektorí občas a niektorí vôbec!

Úplne jednoznačne sa dá povedať, že reformátor a jeho tím nezvládli ani tento triválny, všeobecne odbornou verejnosťou podporovaný reformný krok. Čo potom možno očakávať od vážnejších zmien, ktoré je v systéme potrebné realizovať??? Opäť výhovorky reformátora, že „ministerstvá úradníci sú neschopní a terén to zvládne lepšie“? Kto tomu po doterajších skúsenostiach uverí??? To nie je cesta k aplikácii nutných reformných krokov!

Citácia: *Občania majú pocit, že stabilizačné kroky sú namierené proti nim a očakávajú, že keď celý život platili zdravotné poistenie, tak by mali mať všetko zdarma. Chápeme ich otázky, ale musíme pravdivo odpovedať, že súčasné zdravotné poistenie vlastne ani nie je poistenie a tie peniaze, ktoré do zdravotného poistenia zaplatili, už minul niekto iný a že súčasné finančné zdroje nestačia kryť nároky, ktoré majú voči zdravotnému systému naši občania.*

Treba popravdivo! Občania nemajú pocit, ale skúsenosť s „reformnými krokmi“ zle a nejednrotne aplikovanými!!!

Citácia: *Niektorých občanov tiež napadne otázka: Prečo za socializmu bolo zdravotníctvo zadarmo, a teraz v kapitalizme musíme začať platiť? Socialistický systém z dôvodu nedostatku zdrojov, ale čiastočne i z politických dôvodov, obmedzoval ponuku zdravotných procedúr, pričom ich prístup bol riadený cez systém rodinkárstva a korupcie. V súčasnosti liečenie ovlaďujú najmodernejšie, zavádzame nové technológie, liečebné postupy a liečenie liekmi najmodernejšej generácie. Socialistický systém občanom odopieral najmodernejšie výtobytky zdravotníckej medicíny.*

Treba objektivne priznať, že pre pacienta zdravotná starostlivosť ani za socializmu nebola zadarmo! Treba objektivne priznať, že v socialistickej systéme neboli také nedostatky zdrojov ako v súčasnosti - veď sa stavali nové (a predimenzované!) nemocnice, uskutočňovali sa špičkové výkony (transplantácie obličiek, srdca...). Miera korupcie a rodinkárstva je viac než diskutabilná - veď nedostatok zdravotníckych služieb neboli, skôr naopak - to tvrdia aj reformátori atď.

Určite nie je pravdou že „socialistický systém občanom odopieral najmodernejšie výtobytky zdravotníckej medicíny“. Je to účelová, propagandistická lož za lacný peniaz!!! Pri mnohých negatívach socializmu treba predať len objektivne priznať aj pozitíva!

Ing. Milan Kamenský a kolektív  
Pokračovanie

# ANTIKONCEPCIA

(Pokračovanie z 19. I.)

Citácia: O dramatickom vzostupe účinnosti liečby v transformačnom období svedčí aj výrazný rast stredného veku života (Tabuľka). Toto zlepšenie pripisujeme hlavne importu nových technológií a farmaceutickému prezborenju ako zásadnejším štruktúrnym zmenám ponukovej stránky systému.

Stredná dĺžka života a prírastok strednej dĺžky života za jeden rok				
		1960	1990	2000
Stredná dĺžka života	muži	68,3	66,8	69,2
	ženy	72,8	75,5	77,2
Prírastok strednej dĺžky života za jeden rok	muži		-0,05 roka	+0,24 roka
	ženy		+0,09 roka	+0,17 roka

Zdroj: Kalkulácie MZ SR na základe údajov ÚZS

Čo ho dôsledkom je rast stredného veku života, je veľmi diskutabilné, veď samotní reformátori v I. časti „FAKTY“ svojej KONCEPCIE... v prvej subčasti (Fakt č. 1) uvádzajú v trendoch zdravotníctva na prvom mieste „Starnutie populácie“ a ako „Fakt č. 11“ uvádzajú v názve subkapitoly: že: „Fakt č. 11: Zdravotný systém oplyvňuje len štvrtinu nášho zdravotného stavu.“ V postupe písania na túto skutočnosť už zabudli? - alebo len účelovo zneužili???

Citácia: Trochu v úzadí pozornosti občanov zostalo tretie stabilizačné opatrenie, zamerané na zmeny v liekovej politike. Okrem zmien v kategorizačnej komisii je kľúčovou časťou opatrení nový koncept takzvaných príloh 2, ktorý definuje lieky novým spôsobom cez účinné látky v 122 anatomicko-terapeutických skupinách a fixovanie doplatku pacienta pri čiastočne hrazených liekoch. Podporným nástrojom pre vyššiu transparentnosť, štandardnosť a flexibilitu v liekovej politike je nový rokovací poriadok kategorizačnej komisii.

Tu treba uviesť, že od 1. 6. 2003 bol zavedený novelou Liečebného poriadku tzv. fixný doplatok, ktorý presúva veľkú časť finančného bremena z výrobcov liekov na pacientov a zdravotné poisťovne, pretože výrobcovia nie sú schopní prostredníctvom uplatnenej metodiky tvorby cien reagovať tak pružne ako doteraz a predovšetkým sa stratila motivácia na znižovanie cien liekov. Z hľadiska zdravotných poisťovní je „úporný efekt“ fixného doplatku viac než sporný. V mnohých ATC skupinách neustáli nič, lebo úhrady poisťovní sú rovnaké pre originály aj generiká, iba presunú spotrebu na generiká, ktoré majú na rozdiel od originálnych výrobcov viac možnosti oficiálne znížiť ceny. Pacientovi ani poisťovní to neprinesie nič pozitívne, naopak - novou kategorizáciou liekov platnou od 15. 11. 2003 sa podľa seriózných analýz zaťaženie obyvateľstva zvýši asi o 3,3 mld. Sk/rok (priemerne 2500 Sk/rok na štvorčlenú rodinu) a zaťaženie zdravotných poisťovní sa zvýši asi o 4,4 mld. Sk/rok. Tieto údaje budú možné spresniť až po zhodnotení prvého štvrtroku 2004, reakcie pacientov však naznačujú správnosť uvedených predpokladov.

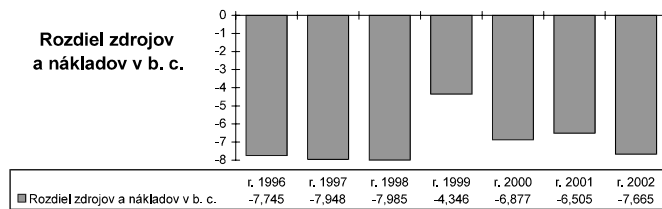
Citácia: Ministerstvo od stabilizačných opatrení očakáva úspory vo výške 4 mld. Sk ročne, čo by mohlo viesť k spomaleniu rastu dlhu na polovicu.

Účinnosť stabilizačných opatrení v roku 2003 v mld. Sk		
Opatrenie	Účinnosť	Odhad dosahu v r. 2003
Decentralizácia a vznik NO	január	1,3
Nová definícia zdravotnej starostlivosti a zavedenie poplatku u lekára a lekárnika	jún	2,3
Zavedenie dodatkov k zmluvám riaditeľov nemocníc	október	0,1
Reštrukturalizácia BA a KE	október	0,1
Lieková politika	november	0,2
<b>SPOLU</b>		<b>4,0</b>
Predpokladaný rast dlhu v roku 2003 bez vykonania stabilizačných opatrení		9,0
Stabilizačné opatrenia		4,0
Odhad rastu dlhu po zavedení stabilizačných opatrení v roku 2003		5,0

Zdroj: MZ SR, 2003

Toto tvrdenie je úplne nepravdivé tak v časti „predpokladaný rast dlhu...“, ako aj vo výčíslení „odhadu dosahov“.

1. Prehľad deficitu prostriedkov od roku 1996 je uvedený v nasledujúcom grafe. Otázka je, ako sa autori materiálu dopracovali k deficitu 9 mld. Sk v roku 2003



2. Podľa materiálu „INFORMÁCIA O STAVE DLHU V REZORTE ZDRAVOTNÍCTVA K 30. 6. 2003“ vypracovaného na MZ SR, sa za prvý polrok 2003 vytvoril nový dlh vo výške 3 944,1 mil. Sk - z toho 3 232,2 mil. Sk v istine a 711,9 mil. Sk v penále. Ak za prvý polrok vznikol deficit takmer 4 mld. Sk, ako možno predpokladať deficit v druhom polroku len v sume 1 mld. Sk???

Zadlžovanie systému sa nezastavilo a ani sa preukázateľne nespomalilo! Tvrdenia reformátorov sú v tomto smere evidentne nepravdivé a zavádzajúce.

Ako súhrnne zhodnotiť „ČASŤ II. STABILIZAČNÉ OPATRENIA“ ministerskej KONCEPCIE plnej neprávdy, protičernej a ničím nepodložených tvrdení?

Zostáva len zopakovať čiastočný záver, ktorý sme uviedli po zhodnotení Faktu č. 1 a zopakovali sme ho po zhodnotení I. časti FAKTY:

Na základe uvedeného už tu by bolo možné (možno aj vhodné) zahrnúť celý materiál ako hrubo amatérsky, principiálne zle koncipovaný, teoreticky chybný!!!

## III. KONCEPCIA POSKYTOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Citácia: Ministerstvo zdravotníctva pripravilo návrh šiestich reformných zákonov, ktoré sú medzi sebou vzájomne prepojené a tvoria základný právny rámec „Konceptie poskytovania zdravotnej starostlivosti“:

- Nutne sa natiskajú otázky:
- ten systém, ktorý vymedzoval „základný právny rámec“ doteraz, bol zlý?
- v čom bol zlý?
- analyzoval to niekto?
- preukázal to niekto exaktne?
- je to dokázateľné a preukázateľné?
- je rozumnejšie opraviť slabé články doterajšieho systému alebo ho nahradiť „novým systémom“ - nepreskúmaným, silne sa odkláňajúcim od systémov uplatňovaných v štátoch EÚ?
- je rozumné „odvrhnuť“ doterajší 13-ročný vývoj v danej oblasti a „pustiť sa po novej ceste“?
- je vlastne novonavrhovaný systém výsledkom znalosti alebo výsledkom hrubej neznalosti zložitej problematiky?

Stálo by na nastolené otázky predložiť odborníkom na zdravotníctvo problematiku a cesta by bola jasná. Reformátor so svojím tímom a so svojimi pomýlenými tzv. reformami by zostal „za plotom“.

Namiesto ďalšieho rozptýľovania zopakujeme: „...už tu by bolo možné (možno aj vhodné) zahrnúť celý materiál ako hrubo amatérsky, principiálne zle koncipovaný, teoreticky chybný!!!“

Pokračujeme však.

Citácia: Spomedzi všetkých pripravených zákonov je najcitlivejšie vnímaný vzťah k Ústave najmä pri zákone o rozsahu zdravotnej starostlivosti, uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhrade za služby, súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

Tento návrh zákona však vychádza priamo zo znenia článku 40 Ústavy Slovenskej republiky, pretože stanovuje podmienky poskytnutia bezplatnej zdravotnej starostlivosti na základe zdravotného poistenia.

Koncepcia poskytovania zdravotnej starostlivosti je v súlade s Ústavou SR a v súlade s programovým vyhlásením vlády.

Je obdivuhodné sebavedomie reformátora a jeho tímu, ktorí nemajú problém vynášať rezu-mé prináležiace len Ústavnému súdu. (Alebo „Blahoslavený chudobný duchom...“?)

### 1. Zákon o zdravotnom poistení

Citácia: Verejné zdravotné poistenie spĺňa všetky kritériá rovnosti vo financovaní:

1. Systém zdravotného poistenia je univerzálny a solidárny.
2. Zdravotné poistenie sa financuje z verejných zdrojov, ktoré sa vyberajú povinne a pre-zrodajú na základe princípu solidarität.
3. Systém každému poistencovi garantuje slobodný výber zdravotnej poisťovne, zdravotná poisťovňa nemôže poistenca odmietnuť.
4. Oodvodové zaťaženie je lineárne; od najvyššej hranice (trojnásobok priemernej mesačnej mzdy) regresívne.
5. Za zraniteľné skupiny platí poistné na verejné zdravotné poistenie do poistného systému štát vo výške 4 % z priemernej mesačnej mzdy, čo bude znamenať odpolitizovanie financovania zdravotníctva a tesnejšie napojenie na reálnu ekonomiku. Predkladaný návrh zákona takto eliminuje selekciu poistencov na základe príjmu.

Základnou funkciou zdravotného poistenia je vytvoriť balík zdrojov na báze solidárnosti. Z hľadiska zdravotnej ekonomie je nevyhnutné, aby boli zdroje na zdravotníctvo solidárne a aby zabezpečovali tzv. kolektívne riziko. Poistenie individuálneho rizika môže byť len sprievodným javom, podporujúcim verejné zdravotné poistenie. Nutnosť verejného zdravotného poistenia vzniká ako dôsledok toho, že u veľkej časti populácie poistné udalosti už nastali (distribúcia chorôb v populácii) a na trhovej báze sú poistiteľní len za takú cenu po-koj, ktorá je veľmi blízka nákladom na liečbu danej choroby.

To všetko platí aj v súčasnosti! Ak to chceme aj naďalej uplatňovať, tak na to vôbec nepotrebuje nový zákon!!!

Citácia: V návrhu zákona sa zdravotné poistenie člení na dva základné druhy zdravotného poistenia. Na verejné zdravotné poistenie a na individuálne zdravotné poistenie. Verejným zdravotným poistením, ktorého názov vyplýva z článku 31 Listiny základných práv a slobôd, je poistenie, na základe ktorého má každý občan Slovenskej republiky právo na zdravotnú starostlivosť, služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou v rozsahu určenom osobitnými predpismi (návrh zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti hrazenej z verejného zdravotného poistenia).

Nutne sa vynárajú otázky:

- kvôli individuálnemu zdravotnému poisteniu je nutné meniť celý systém (a zákon) o zdravotnom poistení?
  - nebolo by vhodnejšie pravidlá a rozsah individuálneho zdravotného poistenia zapracovať do súčasného zákona o zdravotnom poistení alebo ho riešiť samostatným zákonom?
- Citácia: Súčasný stav v rezorte zdravotníctva je výsledkom nevhodne nastaveného legislatívneho prostredia, ktoré umožňuje zdravotným poisťovňam a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti správať sa z hľadiska znížania finančného rizika nezodpovedne. Legislatívne prostredie musí byť také, aby sa štát nepodielal na sanácií dlhov tých, ktorí sa správajú ne-hospodárne a nezodpovedne.
- Vrdenie, že: „Súčasný stav... umožňuje zdravotným poisťovňam a poskytovateľom zdravotnej starostlivosti správať sa z hľadiska znížania finančného rizika nezodpovedne“ je pri-jamnej odvádzne!!! Nie je to pravda (už sme o tom hovorili v predchádzajúcom) a nie je to ničím preukázateľné! Naopak, dá sa v „neúpravných“ číslach preukázať opak tohto tvrdenia!!! Žiaľ, je to len účelové klamstvo reformátorov!

Citácia: Verejné zdravotné poistenie je zároveň solidárnym zdravotným poistením. Solidárnosť sa prejavuje v tom, že každý poistenec bez ohľadu na schopnosť platiť poistné (napr. deti alebo dôchodcovia) má nárok na úhradu ceny za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Aký veľký je tento nárok, stanovuje zákon o rozsahu.

Toto je obecné, resp. základné konštatovanie – poučka, ktorú sa učia žiaci aj stredných škôl. Ako to nazvať inak, než objav teplej vody „odborníkmi“ reformného tímu?

Citácia: Dôležitým aspektom v rámci zdravotného poistenia je pravidlo prerozdelenia poistného na verejné zdravotné poistenie. Riešenie v zákone zabezpečí väčšiu angažovanosť a zodpovednosť zdravotných poisťovní pri vymáhaní nedoplatkov poistného na verejné zdravotné poistenie. Na prerozdelenie poistného na verejné zdravotné poistenie bude dohliadať Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Stanovený spôsob prerozdelenia poistného na verejné zdravotné poistenie zabezpečuje spravodlivé delenie celkovej sumy poistného medzi jednotlivé zdravotné poisťovne podľa počtu poistencov a ich indexu rizika. Každá zdravotná poisťovňa tak bude mať rovnaké podmienky a na každého poistenca bude mať pripravený rovnaký objem zdrojov. Efektívna miera prerozdelenia bude dosahovať 85,5 percenta.

Zdravotná starostlivosť sa poskytne každému poistencovi podľa jeho potrieb v rozsahu ustanoveným osobitným predpisom a nie podľa finančnej schopnosti platiť. Horizontálna rovnosť je definovaná ako rovnosť pri prístupe k ľuďom v podobných situáciách. Princíp horizontálnej rovnosti vyjadruje, že k ľuďom by sa malo pristupovať rovnako. Vertikálna rovnosť znamená, že sa rovnako pristupuje k tým, ktorých postavenie sa odlišuje.

Návrh zákona podporuje uplatnenie oboch uvedených princípov. To znamená, že každý občan bude mať možnosť rovnakého prístupu k rovnakej potrebe a získať rovnaké uspokojenie tejto potreby, bez ohľadu na jeho spoločenské postavenie alebo výšku príjmu.

Základným mechanizmom naplnenia tohto cieľa je systém prerozdelenia zdrojov medzi zdravotnými poisťovňami na základe rizikovitosti jednotlivých skupín poistencov. Prerozde-lenie poistného bude pre každého poistenca znamenať, že v zdravotnej poisťovni, ktorú si vybral, je pripravený objem zdrojov, zodpovedajúci jeho indexu rizika.

- Pravidlá prerozdelenia:
1. základom prerozdelenia je 95 % z povinného poistného,
  2. prerozdeľuje sa 90 % zo základu prerozdelenia,
  3. osobitný účet prerozdelenia neexistuje, každý platiteľ uhrádza poistné priamo na účet príslušnej zdravotnej poisťovne, v ktorej je jeho poistec poistený.
- Predkladaný návrh zákona eliminuje selekciu na základe zdravotného stavu, lebo riziko-vejšie skupiny pacientov dostanú podľa indexu rizika viac zdrojov ako menej rizikové sku-piny.

Celú túto stať nemožno označiť inak, než neodpustiteľnou neznalosťou súčasného fungujú-ceho systému reformným tímom, keď opisujú skutočnosti, ktoré v systéme zdravotného po-istenia v SR už fungujú niekoľko rokov, a tvrdia, že je to nový prvok.

- Súčasný systém prerozdelenia zdrojov zdravotného poistenia je nasledujúci:
- základom prerozdelenia je 85 % z vybraného poistného
  - prerozdelenie poistného sa vykonáva podľa počtu poistencov a ich indexu rizika
  - údaje o počte poistencov sú mesačne nahlasované do centrálneho registra poistencov, kto-rý je spravovaný na MZ SR od roku 1997.
- Novinkou je len to, že „na prerozdelenie poistného na verejné zdravotné poistenie bude dohliadať Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou“ - teda to, čo fungovalo doteraz prirodzene, bude fungovať pod dohľadom novozriadeného úradu.

Citácia: V návrhu zákona sa zavádza nový inštitút ročného zúčtovania poistného na ve-rejné zdravotné poistenie, ktorého účelom je zabezpečiť poistné na verejné zdravotné po-istenie zo všetkých príjmov dosiahnutých nielen v príslušnom kalendárnom mesiaci, ale v cel-om kalendárnom roku. Tým sa dosiahne zrovnoprávnenie samostatne zárobkovovo činných osôb a zamestnancov. Vzhľadom na to, že rozsah a kvalita poskytovania zdravotnej starostlivosti priamo závisí aj od dostatočného množstva finančných prostriedkov, význam za-vedenia uvedeného inštitútu do verejného zdravotného poistenia je nesporný.

Tažko pochopiť, čo je v tom nové, veď to takto funguje aj teraz! Opätovne sa predkladatelia ukázali ako neznalí platného fungujúceho systému, resp. ako perfektní plagiátori existujúce-ho stavu.

Citácia: Individuálne zdravotné poistenie ako druh zdravotného poistenia charakterizuje jeho fakultatívnosť a dáva poistencovi možnosť širší rozsah zdravotného poistenia, ako je



# ANTIKONCEPCIA

■ s. 5

**zabezpečený verejným zdravotným poistením. Na základe individuálneho zdravotného poistenia sa bude uhrádzať poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktorá nie je hrazená z verejného zdravotného poistenia. Individuálne zdravotné poistenie je produktom, ktorý budú ponúkať poisťovne v rámci svojho predmetu činnosti. Dohľad na ich činnosťou bude vykonávať Úrad pre finančný trh.**

Individuálne a doplnkové zdravotné poistenie aj v najbohatších a najvyspelejších ekonomikách štátov EÚ predstavuje asi 4 % až 7,5 % z celkových príjmov zdravotného systému. Nie je správne podsúvať ho ako spásu financovania systému. To, že „dohľad nad ich činnosťou bude vykonávať Úrad pre finančný trh“, ešte znižuje tento možný príjem.

Citácia: *Navrhaná právna úprava spolu s návrhom zákona o zdravotných poisťovniach a dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a ďalšími návrhmi zákonov, ktoré predloží rezort zdravotníctva, vytvorí nové konkurenčné prostredie pre všetkých účastníkov zdravotného trhu.*

**Z predchádzajúceho zhodnotenia vôbec nie je preukázané, že by bol potrebný nový zákon o zdravotnom poistení!**

Namiesto ďalšieho rozpisovania zopakujeme:

„už tu by bolo možné (možno aj vhodné) zavrhnúť celý materiál ako hrubo amatérsky, principiálne zle koncipovaný, teoreticky chybný!!!“

**Pokračujeme však.**

## 2. Zákon o zdravotných poisťovniach a o Úrade pre dohľad

Citácia: *Existujúci systém zdravotného poistenia je založený na financovaní zdravotnej starostlivosti prostredníctvom fondov, vytváraných v rámci zdravotných poisťovní, ktoré sú verejnoprávnymi inštitúciami.*

**Súčasná zdravotná poisťovňa sa z dôvodu mákkych rozpočtových pravidiel, nízkej zodpovednosti za manažment pacienta, vysokej miere regulácie zo strany štátu a absencie základných nástrojov nevyhnutných na hodnotenie a motiváciu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti nesprávajú ako efektívny nákupca dostupných a kvalitných zdravotných služieb. Existujúci systém zdravotného poistenia je nepružný a neefektívny. Dôkazom toho je, že fungovanie tohto systému sa nezlepšilo ani po niekoľkých desiatkach rokoch a ani po vložených niekoľkých desiatok miliónov korún zo strany štátu.**

■ **Mákké rozpočtové pravidlá:** Už sme v I. časti uviedli, že straty zdravotných poisťovní nevznikli z titulu „mákkých rozpočtových pravidiel“, ale z titulu cenových opatrení a stanovených pravidiel úhrad, ktoré boli zdravotným poisťovníam vnútené práve ústrednými orgánmi štátnej správy - MF SR a MZ SR. Nešlo teda o mákké rozpočtové pravidlá, ale o nevhodné pravidlá!

■ **Nízka zodpovednosť za manažovanie pacienta:** táto činnosť doteraz nebola žiadnym opatrením od zdravotných poisťovní požadovaná. Pochopiteľne, zabezpečiteľná je, ale kde na to vziať finančné prostriedky? Keby sa zaviedol „manažment pacienta“ pri súčasnom počte pracovníkov zdravotných poisťovní, znamenalo by to „odmanažovať“ každý deň, každý dň pracovníkom ZP (od generálneho riaditeľa až po vodiča či vrátnika) 22 pacientov! Je logické, že zabezpečenie tejto činnosti by si vyžiadalo ďalších pracovníkov a teda aj ďalšie zdroje. V USA to tak funguje, ale správny fond predstavuje asi 16 % z výberu poistného. Je to v našich podmienkach správna a prijateľná cesta?

■ **Vysoká miera regulácie zo strany štátu a absencia základných nástrojov nevyhnutných pre hodnotenie a motiváciu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.** Treba sa vecne spýtať: Je to chyba poisťovní alebo ústredného orgánu štátnej správy? Poisťovne boli „vohnané“ do rámcov platných zákonov a predpisov. Ich vedenia sú si vedomé potreby úpravy týchto pravidiel, resp. poznajú vhodnejšie riešenia - ponúkali reformátorovi bezplatnú (ústretoú) spoluprácu pri novele zákonov o zdravotnom poistení a zdravotných poisťovniach, ale, žiaľ, reakcia reformátora bola negatívna!

Citácia: *Naopak, ponukou predimenzovaný systém, v ktorom neexistuje tlak na vytlačenie neefektívneho, neekonomického poskytovateľa zdravotnej starostlivosti „mimo hry“, vytvára čoraz väčšie rozdiely medzi finančnými možnosťami (6,4 % z HDP) a skutočnými výdavkami (7,2 % HDP) zdravotníctva.*

■ **Vytlačenie neefektívneho, neekonomického poskytovateľa zdravotnej starostlivosti „mimo hry“:** - tomu bráni práve opatrenia MZ SR!!! Nech sa dá zdravotným poisťovníam táto možnosť a trh sa v relatívne krátkom čase „vyčistiť“.

■ **Rozdiely medzi finančnými možnosťami (6,4 % z HDP) a skutočnými výdavkami (7,2 % HDP) zdravotníctva - systém je podľa všetkého nastavený správne,** ved výdavky na zdravotníctvo v štátoch EÚ sa pohybuje v rozpätí 7,6 až 9,2 % z HDP, v USA dokonca prekračuje 14 %!!! Z toho plynie, že žele je nastavená príjmová zložka systému. Stačí porovnať s nám najbližšou Českou republikou, kde v roku 2003 bolo do zdravotného systému vložené 164 mld. Kč z verejných zdrojov, na Slovensku 59 mld. Sk. - načo ďalšie prepočty a argumentácie?

Citácia: *Externý dlh v zdravotníctve predstavoval k 31. 12. 2002 približne 26,6 mld. Sk. Vytvorený dlh je dlhodobo generovaný chaotickým a nekoncepčným financovaním zdravotníckych zariadení zo strany zdravotných poisťovní bez toho, aby sa tieto náklady odrazili vo výkonnosti a v kvalite.*

■ **Externý dlh je generovaný predovšetkým podfinancovaním systému, ako sme to uviedli v predchádzajúcom!**

■ **Hovorí, že dlh bol vytvorený „chaotickým a nekoncepčným financovaním zdravotníckych zariadení zo strany zdravotných poisťovní bez toho, aby sa tieto náklady odrazili vo výkonnosti a kvalite“ je bezpredcentná lož alebo aj priama žiadosť o titul hlúposť roka!!!** Zopakujeme, že zdravotné poisťovne boli „vohnané“ do rámcov platných zákonov, nariadení a predpisov, nad rámec ktorých ich štátny dozor tak MF SR, ako aj MZ SR nepustili, nech by boli ich zámyery akokoľvek všeobecne prospešné a spoločenské žiaduce. Svoje poznatky a znalosti v tejto oblasti zdieľajú zdravotníckymi poisťovní márne ponúkali reformátorovi a jeho tímu - boli odmietnutí!

Citácia: *Absencia presných pravidiel nakladania s prostriedkami určenými na zdravotníctvo spôsobuje neefektívne a diskriminačné správanie zdravotných poisťovní voči zdravotníckym zariadeniam. Takýto stav vytvára podmienky na korupciu medzi zdravotníckymi zariadeniami a pacientmi - poisťovníami, ktorí sa rôznymi nelegálnymi spôsobmi dožadujú poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Na druhej strane sa vytvára priestor na korupciu vo vzťahoch zdravotných poisťovní a zdravotníckych zariadení pri získavaní platieb za poskytnuté služby.*

■ **Pravidlá pre nakladanie s finančnými prostriedkami zo strany zdravotných poisťovní smerom k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti vôbec neabsentujú - sú platnými zákonmi a nariadeniami ústredného orgánu štátnej správy až preurčené (ako sme to uviedli v predchádzajúcom), a to až do tej miery, že je silne ohraničený priestor pre racionálne konanie zdravotných poisťovní. Že sú tieto pravidlá stanovené v niektorých smeroch neracionálne, o tom sme sa už tiež v predchádzajúcom zmienili. Zmienili sme sa aj o tom, že zdravotné poisťovne ponúkli svoju účasť na ich racionalizácii a že táto ponuka bola reformátorom odmietnutá!**

■ **Odvolačky na korupciu nie sú ničím iným než prázdnu, ničím nepodloženou populisticke-propagačnou rétorikou.** Stačí len položiť otázku: prečo sa pacienti „rôznymi nelegálnymi spôsobmi dožadujú poskytnutia zdravotnej starostlivosti, keď reformátorovi vo svojom materiáli opakovanne hovoria o prebytku zdravotníckych služieb, o bezplatnosti zdravotnej starostlivosti atď., to už v tejto časti KONCEPCIE neplatí??? Nemá zmysel to ďalej rozoberať - sú to bláby.

Citácia: *Existujúca pluralita zdravotných poisťovní, ktorých je v súčasnosti päť, mala vytvoriť konkurenciu medzi zdravotnými poisťovníami a zabezpečiť svojim poistencom výhodnejšiu a lepšiu zdravotnú starostlivosť. Očakávané efekty existujúcej plurality zdravotných poisťovní však z dôvodu prítomnosti mákkych rozpočtových pravidiel a širokého základného balíka služieb sú v systéme dlhodobo neprítomné.*

Pluralita zdravotných poisťovní veľmi výrazne prispela k rozvoju systému zdravotného poistenia. Efekty sa preukázali v trvalom znižovaní platobnej neschopnosti zvlášť rezortných a občianskych zdravotných poisťovní. Treba vyvídzňiť, že k tomuto pozitívnemu efektu došlo napriek enormnému „zošnúrovaniu“ manipulačného priestoru, ktorý bol zdravotným poisťovníam ponechaný ústrednými orgánmi štátnej správy. O nezmyselnosti „mákkých rozpočtových pravidiel“ sme už hovorili, nemá význam toto nepravdivé, tendenčné tvrdenie opakovanne vyvracať!

Citácia: *V súčasnosti neexistuje žiadny podstatný rozdiel pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti, pokiaľ ide o jej rozsah a kvalitu. Zdravotné poisťovne sú iba prerazdeľovacími peňazí, ktorými disponujú, a ktoré sa im určili z prerazdeľovania poistného na zdravotné poistenie. Existujúce zdravotné poisťovne sa od seba líšia len výškou zadĺženosti, pričom najviac je zadĺžená zdravotná poisťovňa, ktorá disponuje najväčším balíkom prerazdeľovacích peňazí a na ktorú má štát najväčší vplyv (Všeobecná zdravotná poisťovňa). Je zaujímavé, že tie zdravotné poisťovne, ktorých zakladateľom nie je štát, dokážu pri rovnakých legislatívnych podmienkach a pri rovnakej štruktúre poisťovencov zabezpečiť vyrovnané hospodárenie.*

Protirečivosť tvrdení reformátorov v jednom odstavci je príznačná (nehovoriac o protirečeniach s predchádzajúcim či nasledujúcim textom KONCEPCIE...). Na jednej strane je tvrdenie, že „zdravotné poisťovne sú iba prerazdeľovacími peňazí“ a hneď v ďalšom tvrdení, že „tie zdravotné poisťovne, ktorých zakladateľom nie je štát, dokážu pri rovnakých legislatívnych podmienkach a pri rovnakej štruktúre poisťovencov zabezpečiť vyrovnané hospodárenie“. Je nesporné, že pluralita zdravotných poisťovní veľmi výrazne prispela k rozvoju poistného systému a že zdravotné poisťovne sú tvorivým prvkom v zdravotnom systéme. Miera tvorivosti je však veľmi silne obmedzená manipulačným priestorom, ktorý bol zdravotným poisťovníam ponechaný ústrednými orgánmi štátnej správy!

Citácia: *Predkladaný návrh zákona o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov je založený na úplne nových princípoch. Zavádza tvrdé rozpočtové obmedzenia, prehľadné finančné vzťahy, účtovníctvo a audit.*

■ **Treba sa spýtať čo sú nové princípy?**

■ **zavedenie „tvrdých rozpočtových obmedzení“ určite nie je nový princíp a aj v predchádzajúcom sme viackrát zdôraznili, že súčasné „zošnúrovanie“ činnosti zdravotných poisťovní zákonmi, predpismi, usmerneniami... zo strany ústredných orgánov štátnej správy je preurčené a bráni racionálnemu rozvoju systému.**

■ **„prehľadné finančné vzťahy“ - treba sa spýtať, či terajšie finančné vzťahy sú neprehľadné? V čom sú neprehľadné, pre koho sú neprehľadné...?? Veď sú podriadené platným zákonom, predpisom a usmerneniam...?**

■ **„zavedenie účtovníctva a auditu“ je úplne nový princíp? Pre koho???**

Citácia: *Nový zákon anticipuje väčšiu konkurenciu a pravidlá trhu pri výkone zdravotného poistenia a poskytovania zdravotnej starostlivosti. Doterajšia právna úprava síce trh a existenciu trhovných zákonov nepopierala, ale systém zdravotného poistenia bol tak definovaný, že sa trhovú trhu v oblasti zdravotného poistenia a poskytovania zdravotnej starostlivosti nemohli prejavovať.*

Hoci by sa tento citát dal rozobrať z rôznych strán, uvedme to podstatné - súčasná právna úprava je aj pre reformátorov z hľadiska tzv. *trhu a existencie trhovných zákonov* vyhovujúca. O obmedzení aplikácii trhovných mechanizmov sme hovorili už v predchádzajúcom, treba ešte doplniť, že **očakávania, že pacient výberom poskytovateľa v trhovom prostredí urobí odzdravenie zdravotníctva, je hrubým omylom.** Pacient nemôže urobiť tento záprak, lebo nie je schopný posúdiť kvalitu, rozsah, ba ani potrebu poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Nemá zmysel to hlbšie rozoberať a komentovať - treba len pragmaticky konštatovať:

- **východiskové predpoklady a očakávania reformátorov sú hrubo chybné**
- **hrubo chybné sú aj návrhy, ktoré predávajú**

Citácia: *Z ekonomického hľadiska si zdravotnícke zariadenia v rámci existujúceho systému narokujú od zdravotných poisťovní plnenia za poskytnuté služby, ktorých cena nie je závislá ani od kvality, ani efektívnosti, ani od úspešnosti ich vnútorného hospodárenia.*

O význame ceny a cenotvorby zdravotníckych výkonov sme hovorili už v predchádzajúcom. Je zarážajúce, že napriek nepopierateľnej významnosti cenotvorby zdravotníckych výkonov a aj napriek uvedenému konštatovaniu reformátorov sa táto problematika neobjavila v „reformných puzzlech“!!!

Citácia: *Hospodárenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti dnes nie je ovplyvňované trhom a jeho zákonitostami, ale schopnosťou manažmentu zdravotníckych zariadení získavať od zdravotných poisťovní čím väčšiu sumu peňazí na prevádzku zdravotníckeho zariadenia, bez ohľadu na zdravotné kapacity, ich opodstatnenie a využitie, bez ohľadu na efektívnu prácu, štruktúru zamestnancov a prevádzkové náklady.*

**Predkladaný návrh zákona zakotvuje na jednej strane konkurenčné prostredie pre subjekty, ktoré poskytujú zdravotné poistenie a na druhej strane vytvára podmienky pre zdravú konkurenciu medzi zdravotníckymi zariadeniami, ktoré poskytujú poistencom zdravotnú starostlivosť objednanú zdravotnými poisťovníami.**

**Predkladaný návrh zákona vychádza z poznania, že pravidlá trhovej ekonomiky sú vo svojej univerzálnosti aplikovateľné za presne definovaných podmienok aj na zdravotné poistenie, čím podporuje princíp regulácie ako základného nástroja zdravotnej politiky.**

Nikde na svete, v žiadnom štáte - ani v rozvojom a ani v ekonomicky najvyspelejšom sa pre spotrebu zdravotníckych služieb neuplatňujú v plnej miere princípy voľného trhu. Všetade sa uplatňuje vo väčšej či v menšej miere regulovaný trh s regulovanými cenami!!! Dôvodom je jednak záujem spoločnosti uplatňovať prostredníctvom štátnej zdravotnej politiky, ale najmä rozdielnosť „bežného - komerčného“ trhu voči trhu zdravotných služieb. Uvedme prehľadné porovnanie:

### Porovnanie trhu zdravotníckych služieb s komerčným trhom tovarov a služieb

Trh zdravotníckych služieb	Konkurenčný trh tovarov a služieb
Neodstatná informovanosť spotrebiteľov o potrebe danej služby, jej cena, efekta a efektívnosti	Dokonalá informovanosť spotrebiteľov
Neracionálne správanie sa spotrebiteľov (častočné z nevedomosti, čiastočné z neznalosti ceny - je to zdarma)	Racionálne trhové správanie sa spotrebiteľov
Dochádza k nadmernej spotrebe zdravotníckych služieb	Efektívna racionálna spotreba tovarov a služieb
Existujú trhovú preferenciu, spotreba má často vynuljený charakter - vyplýva z lekárskeho hodnotenia zdravotného stavu spotrebiteľa	Existujú trhovú preferenciu a spotreba vyplýva z racionálnych potrieb spotrebiteľa, ktoré dokáže sám posúdiť a zhodnotiť
Obmedzená možnosť vstupu na trh z hľadiska produkcie i spotreby	Neobmedzená možnosť vstupu na trh
Nedokonalá konkurencia s obmedzeným počtom poskytovateľov zdravotníckych služieb	Dokonalá konkurencia s neobmedzeným počtom predávajúcich
Dopyt môže byť (a veľmi často je) vyvolaný prebytkom ponuky a „informačnou prevahou“	Dopyt funguje v spolupôsobení s ponukou
Neexistuje princíp trhového vyrovnávania dopytu a ponuky	Pôsobí trhovú mechanizmus dopytu a ponuky
Zdravotnícke služby majú heterogénny charakter	Poskytujú sa homogénne komodity
Zdravotnícke služby sú zmiešané kolektívne statky, vylúčenie zo spotreby je technicky možné, ale spoločensky neakceptovateľné	Ide o trhovú statky charakteristické deliteľnosťou spotreby a vylúčiteľnosťou zo spotreby
Poskytovatelia zdravotníckych služieb majú prevažne verejnoprospešný charakter, cieľom nesmie byť maximalizácia zisku	Cieľom organizácie je maximalizácia zisku
Neexistuje možnosť substitúcie spotreby zdravotníckych služieb spotrebou iných statkov	Existuje možnosť substitúcie spotreby statkov inými
Spotrebiteľ pri výbere zdravotníckych služieb nerozhoduje sám, ale deleguje svoje právomoci na organizáciu, ktorá ho zastupuje	Spotrebiteľ o svojej spotrebe rozhoduje sám
Pre zdravotné služby existujú štátom regulované ceny	Trhom sú regulované ceny a aj finančné zdroje pre danú komoditu a regulované zdroje financovania
Nepriame spôsoby úhrady za spotrebu zdravotníckych služieb (prostredníctvom zdravotnej poisťovne)	Priame platby za spotrebovaný tovar a služby
Zdravotnícke služby sú statky pod ochranou s garantovanou dostupnosťou bez ohľadu na príjmy spotrebiteľa	Dostupnosť spotreby tovarov a služieb závisí od príjmov spotrebiteľa
Zdravotnícke služby sú spojené s existenciou externít	Neexistencia externít
Nutnosť zabezpečenia časového a priestorového súladu medzi produkciou a spotrebou zdravotníckych služieb (nezmožnosť skladovania a vytvárania zásob)	Nie je nevyhnutný časový a priestorový súlad medzi výrobou a spotrebou tovarov a služieb, väčšinou je možné skladovanie a kúpa do zásob
Neexistujú metódy hodnotenia kvality, prínosu, účinku, primeranosti či efektívnosti poskytovaná zdravotníckych služieb samotným spotrebiteľom (veľmi často sú nanajvýš len v rovine počtov)	Existujú exaktné, jednoduché (príp. aj presné) metódy merania a hodnotenia kvality a účinku spotrebovaných tovarov a služieb samotným spotrebiteľom

(Pokračovanie)

Ing. Milan Kamenský a kolektív

# ANTIKONCEPCIA

(Pokračovanie z 20. 1.)

Každý priemerne vzdelaný človek si z predchádzajúcej porovnávejcej tabuľky spraví logicky záver: Zdravotnícke služby nemôžu byť riadené voľným trhom, regulácia spotreby zdravotníckych služieb je nevyhnutná - otázku je len miera a spôsob regulácie!!! Treba pripomenúť ešte jeden dôležitý poznatok: Čím je systém regulovania systému zdravotnej starostlivosti uvoľnenejší, teda bližšie ku komerčnému trhu, tým je na jednej strane flexibilnejší, ale na druhej strane dražší! Plati to aj opačne - čím viac regulačných prvkov do systému vstupuje, tým viac je „nepružný“, ale je lacnejší!!! Optimum medzi týmito extrémami hľadajú všetky spoločnosti a „nastávajú ho“ na únosnú mieru tej-ktorej ekonomiky. Je všeobecne známe, že najbližšie k trhovému princípom je nastavený systém v USA, je však zároveň aj najdrahší - spotrebúva až 14 % HDP!!! Cieľ reformátorov - znížiť náklady na zdravotný systém cestou priblíženia sa ku komerčnému trhu - je absurdný! Je to nezmysel!!!

*Citácia: Štát tak opúšťa neefektívnu pozíciu producenta a poisťiteľa a zameria sa na svoju dominantnú úlohu, ktorou je tvorba zdravotnej politiky, tvorba pravidiel hry, regulácia a kontrola, a to vzhľadom na skutočnosť, že doterajší systém, v ktorom zdravotné poistenie vykonávali verejnoprávne inštitúcie, nedokázal túto činnosť zabezpečiť efektívne a hospodárne.*

Treba zasnuť nad množstvom nezmyslov v jednej vete! Prirodzene sa vynárajú otázky:

- akú pozíciu producenta a akú poisťiteľa štát opúšťa?
- prečo a čím je neefektívna? Bolo to niečím preukázané?
- kto doteraz tvoril zdravotnú politiku, kto tvoril pravidlá hry, kto reguloval a kontroloval? Nebola to vláda a ňou riadené ústredné orgány štátnej správy???
- „a to vzhľadom na skutočnosť, že doterajší systém, v ktorom zdravotné poistenie vykonávali verejnoprávne inštitúcie, nedokázal túto činnosť zabezpečiť efektívne a hospodárne“ - čo to je za nelogické a nezmyselné tvrdenie???

*Citácia: „V predkladanom návrhu zákona sa zdravotné poistenie zveruje spoločnostiam súkromného práva, ktoré na túto činnosť budú musieť mať povolenie.“*  
Doteraz zdravotné poisťovne nemuseli mať na svoju činnosť povolenie?

*Citácia: Pre zdravotné poisťovne je predpísaná právna forma akciovéj spoločnosti.*  
Prečo práve forma akciovéj spoločnosti? Doterajšia forma verejnoprávných neziskových organizácií bola zlá? Kto, kde a čím to preukázal? Zmena právnej formy rieši problém???

- Logická chyba v koncepcii navrhnutých reformácií je v tom, že z verejných zdrojov, ktoré majú byť prerodované medzi poisťovňami na základe solidarity, chce urobiť súkromné zdroje (anomália). Tento krok by mal nasledujúce dôsledky.
1. Zdravotné poisťovne transformované na akciové spoločnosti budú tvoriť z verejných, zo solidárnych zdrojov zisky v prospech akcionárov (anomália), miesto doteraz fixne stanovené odmeny za spravovanie verejných zdrojov vo výške maximálne 4 %
  2. Bude snaha, aby percento ziskov bolo čo najvyššie, určite viac, ako dnes zákonom stanovených 4 %, určených na správu.
  3. Pri limitovaných zdrojoch (percento odvodov, odvod štátu) je zisk možné dosiahnuť len na úkor poisťovne a poskytovateľov.
  4. Verejné zdroje transformované na súkromné bude možné alokovať mimo rezort zdravotníctva (kapitálový trh ako nákup akcií, poskytovanie úverov, kúpa nehnuteľností atď. až špekulatívny kapitál) v záujme dosiahnuť vyšší zisk pre akcionárov.

Ak vychádzame z koncepcie, že rozsah zdravotnej starostlivosti, hranej z týchto súkromných zdrojov bude určovať štát (anomália), stojíme pred problémom:

Môže zaisťovať súkromné zdravotné poisťovne štát, a tým garantovať nulové riziko pre akcionárov pri podnikaní na poisťovním zdravotnom trhu a všetkých ďalších podnikateľských aktivitách? Táto absurdná otázka vyplýva z absurdného modelu predloženého reformátormi. Logicky sa treba pýtať:

1. Prevzímú riziko zaistenia zaisťovne? Stále hovoríme o solidárnom poistení, kde zdravotná poisťovňa nemôže predložiť ekonomickejšiu analýzu konkrétneho poistného produktu. Hovoríme o poistení, kde štát môže z hodiny na hodinu zmeniť rozsah zdravotnej starostlivosti. Opäť absurdná otázka na základe absurdného modelu. Predpokladajme teoreticky, že sa nájde zaisťovňa ochotná prevziať na seba riziko. Aké vysoké poplatky bude treba platiť za zaistenie zdravotnej poisťovne, pretože zaisťovne nie sú charitatívne organizácie, ale spoločnosti zamerané na zisk. Zaisťovacie poplatky by išli opäť na úkor poisťovne a poskytovateľov.
2. Bude zdravotné poistenie bez akcionára štátu alebo zaisťovní? Teda občanía a podnikatelia budú platiť v zmysle zákona, aby akcionári zdravotných poisťovní tvorili zisky, na úkor poisťovne a poskytovateľov, a keď zbankrotujú, tak majú poisťovne a poskytovatelia smolu. Poistné je preč! Absurdné, ale reálne podľa modelu reformátora a jeho reformného tímu.

*Citácia: Skutočnosť, že sa taká dôležitá činnosť, akou je zdravotné poistenie, zveruje práve spoločnostiam súkromného práva, je odôvodnená potrebou vytvoriť právne prostredie a podmienky, ktoré zaručia, že zdravotné poistenie bude vykonávané odbornou, účelne a efektívne, že bude zabezpečená primeraná ochrana proti zneužitiu osobných údajov a defraudácií finančných prostriedkov určených na verejné zdravotné poistenie.*

- doteraz nebolo zdravotné poistenie „vykonávané odbornou, účelne a efektívne“, ako na to reformátori prišli a čím to chcú preukázať?
- doteraz nebola „zabezpečená primeraná ochrana proti zneužitiu osobných údajov“. Čo to je za nezmyselné tvrdenie?
- doteraz nebola zabezpečená ochrana proti „defraudácii finančných prostriedkov určených na verejné zdravotné poistenie“? Všade tam, kde fungovali správne a dozorné rady a kde na činnosť zdravotnej poisťovne dohliadal štátny dozor, sa defraudácia nevykytla. Aj v prípade DZP Perspektíva (ktorý je jedným známym prípadom defraudácie) zlyhal štátny dozor!
- Napokon zásadná otázka: Je na zabezpečenie odbornosti, účelnosti, efektívnosti, ochrany osobných údajov... nutná práve forma akciovéj spoločnosti? Alebo chcú reformátori tvrdiť že transformáciu zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti sa uvedené zábery automaticky naplnia???

*Citácia: Predložený návrh zákona vytvára také prostredie pre činnosť zdravotných poisťovní, v ktorom budú na základe kvality poistných služieb súťažiť o poisťovne. Ak zdravotná poisťovňa bude hospodáriť tak, že dosiahne zisk, so zostatkom bude môcť nakladať v zmysle platných právnych predpisov ako každý podnikateľský subjekt. V rámci uvedeného konceptu poskytovania verejného zdravotného poistenia aj naďalej zostáva možnosť štátu vykonávať verejné zdravotné poistenie prostredníctvom ním založenej zdravotnej poisťovne, v ktorej bude jedným alebo jedným z viacerých akcionárov.*

Systém verejného (povinného) zdravotného poistenia existuje vo svete už 120 rokov. Vykonnávajú ho zdravotné a vzájomné poisťovne na základe nasledujúcich princípov:

- zabezpečovania zdravia
- solidarity
- autonómneho riadenia
- neziskovej orientácie
- zodpovednosti
- a sociálnej demokracie.

Slovenské zdravotné poisťovne sú v zmysle súčasnej legislatívy verejnoprávnymi inštitúciami, vykonávajúcimi povinné zdravotné poistenie s rešpektovaním uvádzaných princípov.

Zdravotné a vzájomné poisťovne sú vlastne združenými spoločnosťami osôb (poisťencov) so sociálnym cieľom. Sú charakteristické autonómnym riadením (koordinovaným bipartitne, resp. v našich podmienkach tripartitne), absenciou akcionárov a nezávislosťou od štátnych a verejných inštitúcií. Z uvedeného vyplýva, že **akciová spoločnosť v povinnom zdravotnom poistení nemá miesto.**

Zdravotné poistenie má svoje charakteristiky:

- je neživotným poistením
- poisťuje čisté (nie špekulatívne) riziká
- poisťuje ovplyvniteľné aj neovplyvniteľné riziká
- poisťuje riziká s kombinovanými vyvolávajúcimi faktormi
- a poisťuje aj nepoisťiteľné riziká

Touto svojou prirodzenou podstatou je z ekonomického hľadiska veľmi rizikovým poistením. Je však vo verejnom záujme. Preto musí byť poistením zákonným (povinným), solidárnym a neziskovým. Logicky nemôže operovať na báze súkromného práva a akcionárskom a ziskovom princípe.

Ak je verejné zdravotné poistenie organizované ako povinné s rešpektovaním solidarity a rovnosti v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a jej dostupnosti, tak nemôže mať ako princíp tvorby zisku. Výlučne z ekonomického hľadiska to však neznamená, že by zdravotná poisťovňa nemohla tvoriť zisk. Ak by ho však aj vytvorila, je povinná ho použiť buď na zlepšenie služieb klientom, prípadne na zníženie poistených sadzieb. Zdravotná poisťovňa vykonávajúca povinné zdravotné poistenie teda nemôže zisk použiť na podnikanie (napr. investovanie na kapitálovom trhu, na dividendy a pod., čo je typickým znakom pre akciové spoločnosti).

Skutočným poslaním neziskových verejnoprávných inštitúcií (inštitúcií narábajúcich s verejnými zdrojmi s nerivalitnou potrebou) nie je tvoríť zisk. Ich poslaním je služba klientom. A to vo verejnom záujme.

Vynára sa otázka, či je správne, aby činnosť súkromných spoločností (zdravotná poisťovňa a. s. - vykonávajúca povinné zdravotné poistenie) bola financovaná z verejných prostriedkov...

Ďalej sa vynára otázka, či je správne, aby súkromná akciová spoločnosť zriadená s cieľom dosahovania zisku narábala s prostriedkami poisťovne, ktorých ich v zmysle zákona musia odvádzať (len si môžu vybrať, do ktorej zdravotnej poisťovne - a. s.)...

Záverom možno aj konštatovať (po konzultáciách s predstaviteľmi teoretickej ekonomie): z hľadiska ekonomickej teórie nemôže byť zdravotná poisťovňa v systéme povinného zdravotného poistenia subjektom súkromného práva“...

*Citácia: Na zabezpečenie dohľadu nad zdravotnými poisťovňami pri vykonávaní verejného zdravotného poistenia na jednej strane a nad poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti na druhej strane sa zriaďuje osobitný úrad - Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou je právnickou osobou a jeho činnosť bude zameraná na nepretržitý dohľad nad dodržiavaním štandardov verejného zdravotného poistenia a nad rozsahom a kvalitou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Pod týmto štandardom treba rozumieť predovšetkým splnenie podmienok na vznik zdravotnej poisťovne a následne dodržiavanie podmienok, týkajúcich sa udržiavania permanentnej platobnej schopnosti pri plnení záväzkov poisťovne voči zmluvným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou sa zverujú aj oprávnenia, na základe ktorých bude môcť dohliadať na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, t. j. či poskytnúť zdravotnú starostlivosť v zákonom predpísanom rozsahu a kvalite.*

Je tu návrh na zriadenie „URADU“ - za nemalé finančné prostriedky, ktorý má plniť tie funkcie, ktoré aj doteraz zabezpečovalo (alebo malo zabezpečovať) MZ SR a čiastočne zdravotné poisťovne.

Na „zabezpečenie dohľadu nad zdravotnými poisťovňami“ vytvárať osobitný „URAD“, ktorý bude plniť tie funkcie, ktoré dnes plní štátny dozor, resp. ich môže plniť, je nezmysel! Je to zbytočné plytvanie prostriedkami!

Pre „dohľad nad zdravotnou starostlivosťou“ nie je vôbec potrebné zriaďovať samostatný „URAD“ - túto funkciu dnes čiastočne plní MZ SR, po vhodných legislatívnych úpravách ju vo veľkej miere môžu plniť zdravotné poisťovne a úplne prirodzeným vývojom ju budú v čoraz väčšom rozsahu plniť aj pacientske združenia a organizácie.

Z tohto pragmatického hľadiska je vznik navrhovaného úradu nezmyslom!

*Citácia: Prechod na nový spôsob zdravotného poistenia si bude vyžadovať určité prechodné obdobie, počas ktorého sa existujúce zdravotné poisťovne budú musieť pretransformovať na akciové spoločnosti v zmysle navrhovaného zákona.*

Akom „novom spôsobe zdravotného poistenia“ reformátori hovoria?? Spôsob zdravotného poistenia sa predsa v ničom zásadnom nemení!!!

- platiteľmi poistenia zostanú rovnaké subjekty ako doteraz
- naďalej zostáva zákonná povinnosť platiť zdravotné poistenie
- rozsah platby sa rozhodujúco nemení
- platiteľmi poistného budú prostriedky odvádzané na účty zdravotných poisťovní
- zdravotné poisťovne budú poskytovateľom zdravotnej starostlivosti uhrádzať dohodnuté (objednané) objemy výkonov
- atď.

Zostáva otázka - prečo, z akej príčiny sa zdravotné poisťovne „budú musieť pretransformovať“?? Na to jednoducho niet logickej príčiny - iba ak by reformátori sledovali iné ciele a zábery, než ktoré oficiálne uvádzajú.

*Citácia: Predkladaný návrh zákona má dopad na štátny rozpočet vzhľadom na to, že bude nutné zabezpečiť úhradu doteraz vzniknutých pohľadávok zdravotníckych zariadení voči zdravotným poisťovňam.*

Inak povedané, bez oddelenia rezortu sa reforma spraviť nedá - ale to predsa tvrdili všetci, ktorí sa problematikou zaoberali!!! K rozhodujúcemu zadĺženiu zdravotných poisťovní došlo v polovici 90. rokov a bolo dané nevhodnou cenovou reguláciou a stanoveným systémom úhrady za zdravotnú starostlivosť zo strany štátu!

Oddĺženie je skutočne nutné vykonať! Inej cesty nie!!!

*Citácia: Samotné fungovanie zdravotných poisťovní podľa predkladaného návrhu zákona si nebudú vyžadovať dodatočné rozpočtové náklady, keďže zdravotné poisťovne ako spoločnosti súkromného práva budú samy zabezpečovať svoje zabezpečenie.*

**Pripomeňme, že v časti 2. „Zákon o zdravotných poisťovních a o Úrade pre dohľad“ reformátori uviedli:**

- Je zaujímavé, že tie zdravotné poisťovne, ktorých zakladateľom nie je štát, dokážu pri rovnakých legislatívnych podmienkach a pri rovnakej štruktúre poisťovne zabezpečiť vyrovnané hospodárenie.
  - V rámci uvedeného konceptu poskytovania verejného zdravotného poistenia aj naďalej zostáva možnosť štátu vykonávať verejné zdravotné poistenie prostredníctvom ním založenej zdravotnej poisťovne, v ktorej bude jedným alebo jedným z viacerých akcionárov.
- Zostávajú otázky:
- čo a prečo vlastne reformátori chcú meniť?
  - je na to dôvod?
  - je to potrebné?
  - Zmení sa tým niečo?
  - Bude to zmena pozitívna? - v čom a čím sa prejaví
  - atď.

*Citácia: Financovanie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou bude zabezpečené z príspevkov zdravotných poisťovní.*

Prečo financovať úrad, ktorý nemá svoje opodstatnenie? Nemožno tie prostriedky použiť účelnejšie a rozumnejšie?

*Citácia: Nevyhnutou súčasťou transformácie zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti je vyriešenie ich záväzkov voči súkromným subjektom a poskytovateľom.*

Treba pripomenúť, že logická požiadavka na oddelenie systému sa opakuje. Reformátori v predchádzajúcich stadiách uviedli:

*Predkladaný návrh zákona má dopad na štátny rozpočet vzhľadom na to, že bude nutné zabezpečiť úhradu doteraz vzniknutých pohľadávok zdravotníckych zariadení voči zdravotným poisťovňam.*

Ze oddelenie systému je nevyhnutnosťou je nepopierateľné, ale že oddelenie systému je podmienené „transformáciou zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti“ je nezmysel!!!

*Citácia: Iniciačné náklady na spustenie fungovania Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou dosiahnu asi 100 mil. Sk. Táto suma je potrebná na naštartovanie činnosti úradu v prvom roku, keď zdravotné poisťovne ešte nebudú platiť príspevok. Súčasný úrad nezakladá žiadne nároky na štátny rozpočet, lebo bude financovaný z príspevkov zdravotných poisťovní. Predpokladá sa, že ročný rozpočet úradu bude na úrovni 150 až 200 mil. Sk.*

Neopodstatnenosť a nezmyselnosť zriadenia Úradu pre dohľad z hľadiska funkčného (vo vzťahu k systému) sme uviedli už v predchádzajúcom. Ak s jeho zriadením a činnosťou majú byť navyše spojené uvedené nemalé finančné sumy, potom záver je jednoznačný: **Úrad pre dohľad nezriaďovať!!!** Bude to nie len lacnejšie, ale predovšetkým rozumnejšie. Veď ak odhliadneme od postranných záujmov reformátorov (o ktorých nič nevieme), niet pragmatických dôvodov na jeho zriadenie.

(Pokračovanie)  
Ing. Milan Kamenský a kolektív



# ANTIKONCEPCIA

(Pokračovanie z 21. 1.)

## Súhrnné zhodnotenie časti

### „2. Zákon o zdravotných poisťovniach a o Úrade pre dohľad“

Nech by sme sa snažili akokoľvek ústretovo hodnotiť túto časť KONCEPCIE, dospejeme k jednoznačným záverom:

- niet pragmatických dôvodov pre zavrnutie súčasných zákonov o zdravotných poisťovniach. Že je možné a aj potrebné racionálne ich inovovať, to je skutočnosť a k tomu sa zástupcovia zdravotných poisťovní nielen hlásia, ale opakovane ponúkajú reformátorovi aj svoju pomoc!!!
  - zriadenie Úradu pre dohľad - tak, ako sme to preukázali v predchádzajúcom - nemá opodstatnenie! Je to drahé a predovšetkým pre systém neúčelné!!!
- Namiesto ďalšieho rozpitvávania zopakujeme:  
...už tu by bolo možné (možno aj vhodné) zavrhnúť celý materiál ako hrubo amatérsky, principiálne zle koncipovaný, teoreticky chybný!!!  
 Pokračujeme však.

### 3. Zákon o poskytovateľoch

Citácia: *Predkladaný návrh zákona okrem toho, že v novej štruktúrálnej a obsahovej podobe preberá niektoré ustanovenia z doterajšej právnej úpravy, prináša aj rozhodujúce zmeny pre systém poskytovania zdravotnej starostlivosti, ktoré by mali zvýšiť samostatnosť a autonómiu rozhodovania konkrétnych poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a ich vlastnú zodpovednosť za následky prijatých rozhodnutí. Zároveň sa zvýrazňuje kontrolná a dozorná funkcia štátu nad výkonom týchto činností.*

Len krátka poznámka: Nový zákon preberá ustanovenia z doterajšej právnej úpravy. Keďže s doterajšou právnou úpravou sú už skúsenosti a poznatky, určite by bolo rozumnejšie doterajšiu právnú úpravu racionálne zmeniť či doplniť, namiesto vytvárania nového právneho prostredia. Tak sa to robí v civilizovaných spoločnostiach!

Skrátená citácia: *Vydávanie oprávnení na výkon činností v zdravotníctve dosiaľ predstavovalo vydávanie povolení na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v neštátnom zdravotníckom zariadení. Rozhodovanie o vydaní takejto povolenia zahŕňalo posúdenie:*

1. odbornej, etickej a zdravotnej spôsobilosti a bezúhonnosti...
2. miesta výkonu...
3. potreby vzniku poskytovateľa ...

Nová právna úprava toto konanie, ktorého výsledkom bol pôvodne jeden právny akt - povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v neštátnom zdravotníckom zariadení - vydaný jedným orgánom - samosprávnym krajom alebo ministerstvom zdravotníctva podľa druhu zdravotníckeho zariadenia - rozdeľuje na štyri, aj keď vzájomne súvisiace, ale odlišné a samostatné konania v kompetencii rôznych orgánov:

1. uznávanie dokladov o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania...
2. licencovanie zdravotníckeho výkonu
3. povoľovanie prevádzky zdravotníckeho zariadenia...
4. priame uzatváranie zmlúv o poskytovaní a úhrade zdravotnej starostlivosti...

Nový návrh sa od doterajšieho odlišuje len tým, že jedno povolenie sa nahrádza štyrmi nezávislými. Obsahovo sa však nič podstatné nemení. Ak stavovské a profesijné organizácie, zdravotné poisťovne a ďalšie inštitúcie vstupujúce do tohto procesu vyjadria súhlas s týmto zvýšeným „byrokratizovaním“ procesu, možno ho akceptovať. Doteraz túto otázku s nimi nik neprerokoval! Aj tak sa však treba pragmaticky pýtať - treba na to nový zákon alebo je rozumnejšie upraviť doteraz platný?

Citácia: *Doterajšia povinná registrácia zdravotníckeho pracovníka v príslušnej komore nadobúda novú hodnotu a zmysel:*

a) **upúšťa sa od povinnej registrácie a povinného členstva všetkých zdravotníckych pracovníkov komorami pred začatím činnosti, pretože vzdelanie získané v akreditovanej vzdelávacej inštitúcii a akreditovanom študijnom špecializačnom alebo certifikačnom programe je dostatočným predpokladom na vykonávanie zdravotníckeho povolania**

b) **zavádza sa povinná registrácia ako nástroj na zabezpečenie priebežného udržiavania a obnovovania získanej odbornej spôsobilosti (na výkon odborných pracovných činností, na výkon špecializovaných pracovných činností alebo na výkon certifikovaných pracovných činností) zdravotníckeho pracovníka v pôsobnosti komory a registruje sa na Úrade pre dohľad.**

Nastoluje sa logická otázka: „**upúšťa sa**“ alebo „**zavádza sa**“? Prečo sa registrácia presúva na Úrad pre dohľad? - hľadá sa „lukratívna“ náplň pre úrad???

Citácia: *Komora okrem toho, že uskutočňuje vzdelávacie akcie a spolupracuje so zamestnávateľmi zdravotníckych pracovníkov na zabezpečovaní sústavného vzdelávania, tiež sleduje úroveň realizovaného sústavného vzdelávania u konkrétného zdravotníckeho pracovníka.*

Toto je predsa náplň SLS, bola táto zmena kompetencií prerokovaná so zainteresovanými stranami?

Citácia: *Týmto sa ruší doterajšia zákonná povinnosť každého zamestnanca zdravotníckeho zariadenia, ktorý vykonáva príslušné zdravotnícke povolanie, byť členom komory a zároveň sa plní požiadavka vyplývajúca z európskej integrácie, že príslušný členský štát má viesť register všetkých zdravotníckych pracovníkov, ktorí aktuálne vykonávajú svoje povolanie, bez ohľadu na spôsob výkonu a absencia zdravotníckeho pracovníka v tomto registri má za následok nemožnosť výkonu príslušného povolania.*

Logicky sa vynára otázka: Ako môžu komory plniť v predchádzajúcom uvedené povinnosti, keď len niektorí zdravotnícki pracovníci budú jej členmi???

Citácia: *Po prvý raz sa v návrhu zákona, upravujúcom spoločenské vzťahy v oblasti zdravotníctva, definuje pojem zdravotnícke zariadenie. Zdravotnícke zariadenia sa rozdeľujú na zdravotnícke zariadenia ambulantnej, ústavnej a lekárenskej starostlivosti. Tiež sa definujú jednotlivé druhy zdravotníckych zariadení. Zavádzajú sa nové druhy zdravotníckych zariadení, napríklad zariadenie na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, dom ošetrovateľskej starostlivosti. V ustanoveniach o zdravotníckych zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti sa nahrádza doterajšie označovanie nemocníc I., II. a III. typu a zavádza sa označovanie nemocníc na všeobecné, špecializované a výučbové.*

Spoločenský vývoj, prirodzene, prináša potrebu nových definícií, ohraničení, vymedzení... Ale, je na to potrebný nový zákon alebo je rozumnejšie vznikajúce nové potreby zapracovať do existujúcich pravidiel (zákonov) tak, ako to robia všade v civilizovanom svete?

Citácia: *Veľmi významnú časť úpravy tvoria ustanovenia o možnosti transformácie tých zdravotníckych zariadení, ktoré dosiaľ existujú ako príspevkové organizácie štátu, na akciové spoločnosti, čím sa umožňuje prakticky zavrieť proces oštieňovania zdravotníckych činností a zdravotníckych zariadení začatý koncom roka 1992. V rámci transformácie sa počíta s uspokojením prirodzeného záujmu miest a obcí, samosprávnych krajov, vzdelávacích inštitúcií, prípadne ďalších subjektov o fungovanie zdravotníckeho zariadenia na príslušnom území v podobe možnosti prevedenia akcií akciovej spoločnosti, ktorej zakladateľom je štát, na tieto subjekty s odkazom na Obchodný zákonník.*

Z doterajších skúseností sa ako najvhodnejšia forma transformácie príspevkových organizácií javí prechod na verejnoprospešné neziskové organizácie. Bude asi vhodné, ak sa dá zákonná možnosť prechodu príspevkových organizácií aj na iné právne formy existencie. Z hľadiska zabezpečenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti a naplnenia štátnej zdravotnej politiky však treba byť v tejto otázke veľmi opatrný a z pozície ústredného orgánu štátnej správy treba dlhodobo vhodnosť tej-ktorej právnej formy sledovať a vyhodnocovať. Inak sa nemožno vyhnúť neočakávanému vývoju!!! Aj tak sa však vynára otázka - na zabezpečenie naznačenej transformácie potrebujeme nový zákon? Pokúsil sa niekto o takúto analýzu?

Citácia: *Novým spôsobom sa definuje sieť poskytovateľov, zavádzajú sa nové pojmy verejná sieť poskytovateľov a verejná minimálna sieť poskytovateľov. Prvýkrát je minimálna sieť definovaná abstraktne ako usporiadanie najmenšieho možného počtu poskytovateľov na danom území, aby sa zabezpečila efektívna, dostupná, plynulá a sústavná zdravotná starostlivosť. Úlohou Úradu pre dohľad, prípadne orgánov štátnej správy na úseku zdravotníctva je kontrolovať, či stanovený minimálny počet poskytovateľov zdravotné poisťovne skutočne dodržiavajú.*

Vynára sa hneď niekoľko otázok, z ktorých niektoré sme nastolili už v predchádzajúcom:

- Spoločenský vývoj, prirodzene, prináša potrebu nových definícií, ohraničení, vymedzení... Ale, je na to potrebný nový zákon alebo je rozumnejšie vznikajúce nové potreby zapracovať do existujúcich pravidiel (zákonov) tak, ako to robia všade v civilizovanom svete?
  - Stanú sa zdravotné poisťovne sieťotvornými???
  - Prečo má nad minimálnym počtom poskytovateľov dohliadať „úrad“???
- Čím si štát zabezpečí plnenie štátnej zdravotnej politiky???

### Súhrnné zhodnotenie časti „3. Zákon o poskytovateľoch“

V návrhoch tejto časti sa objavili aj pozitívne prvky, reagujúce na prirodzený vývoj a potrebu premietnuť ich do legislatívnych opatrení. Avšak nech by sme sa snažili akokoľvek ústretovo hodnotiť túto časť KONCEPCIE, dospejeme k jednoznačným záverom:

- niet pragmatických dôvodov na zavrnutie v súčasnosti platnej legislatívy. Že je možné a aj potrebné racionálne ju inovovať, to je skutočnosť daná prirodzeným vývojom a k racionálnej inovácii sa zástupcovia stavovských i profesijných organizácií, ale aj predstavitelia zdravotných poisťovní hlásia, a jednoznačne (opakovane) ponúkajú reformátorovi aj svoju pomoc!!!
- zriadenie Úradu pre dohľad - tak, ako sme to preukázali v predchádzajúcom - nemá ani z hľadiska tohto zákona opodstatnenie! Je to pre systém neúčelné!!!

Namiesto ďalšieho rozpitvávania zopakujeme:

...už tu by bolo možné (možno aj vhodné) zavrhnúť...  
 Pokračujeme však.

### 4. Zákon o záchrannej službe

Citácia: *Na účely zabezpečenia zdravotnej starostlivosti, zameranej na záchranu osôb, ktoré sa ocitli v stave náhleho ohrozenia života alebo zdravia, je vytvorená záchranná zdravotná služba. Uvedený zákon začleňuje záchrannú zdravotnú službu do systému základných záchranných zložiek, pričom stanovuje povinnosti pri vykonávaní ich pôsobnosti.*

So začlenením záchrannej zdravotnej služby do systému záchranných zložiek (integrovanej záchranný systém) možno len súhlasiť. Tento krok sa pripravoval dlho, rozhodne ho treba realizovať!

Citácia: *Postavenie záchrannej zdravotnej služby a podmienky financovania bude upravovať zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a komorách.*

Tak postavenie záchrannej zdravotnej služby, ako aj podmienky jej financovania je potrebné riešiť v jednom zákone. Ak má byť záchranná zdravotná služba súčasťou integrovaného záchranného systému (čo je nepochybne správne), musí aj organizačne, materiálne a finančne podliehať organizátorovi integrovaného záchranného systému!!!

Citácia: *Návrh zákon o záchrannej zdravotnej službe je koncipovaný tak, aby bol plne kompatibilný s organizáciou integrovaného záchranného systému.*

Stojí za uváženie, či činnosť záchrannej zdravotnej služby má byť upravená samostatným zákonom alebo má byť súčasťou zákona o integrovanej záchrannej službe. Mnohé hovoria za druhý variant.

### 5. Zákon o zdravotnej starostlivosti

Citácia: *Cieľom navrhovanej právnej úpravy je najmä jednoznačne definovať zdravotnú starostlivosť a formy jej poskytovania, práva a povinnosti pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, nakladanie so zdravotnou dokumentáciou a upraviť služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.*

Cieľ je skutočne správny a jeho naplnenie je pre prax viac než aktuálne. Ak návrh prejde serióznym pripomienkovaním, bude nepochybne prínosom. Je však otázne, či ho vydávať ako samostatný právny predpis alebo ho začleniť do súčasného zákona o zdravotnej starostlivosti.

Citácia: *Návrh zákona preberá platnú právnu úpravu o prírodných liečebných kúpeľoch, prírodných liečivých zdrojoch, prírodných zdrojoch minerálnych stolových vôd a klimatických podmienkach priaznivých na liečenie. Vzhľadom na pripravovaný nový zákon, ktorý zásadne novým spôsobom systematicky upraví problematiku prírodných liečebných kúpeľov, prírodných liečivých zdrojoch, prírodných zdrojov minerálnych stolových vôd a klimatických podmienok priaznivých na liečenie, nie sú účelné čiastkové zmeny uvedenej právnej úpravy.*

Začlenenie problematiky „o prírodných liečebných kúpeľoch, prírodných liečivých zdrojoch, prírodných zdrojoch minerálnych stolových vôd a klimatických podmienkach priaznivých na liečenie“ do tohto zákona je nelogické!

### 6. Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia

Návrh tohto zákona je teoreticky zlý a prakticky nerealizovateľný! Namiesto „rozpitvávania“ uveďme dva už publikované materiály, rozoberajúce predmetný návrh zákona:

1. Materiál prijatý skupinou K12+: **STANOVISKO K NÁVRHU NOVÉHO ZÁKONA O LIEČEBNOM PORIADKU**
2. Materiál: **Analýza ekonomických dopadov návrhu novely Liečebného poriadku**, ktorý spracovali analytici Ing. M. Kamenský, CSc. a Ing. M. Zaujec, MPH

ad 1.

Predkladaný návrh zákona o liečebnom poriadku zásadným a nekvalifikovaným spôsobom mení doterajší systém, od ktorého sa odvíjajú terajšie systémy úhrad zdravotnej starostlivosti, systémy hodnotenia výkonnosti, systémy kontroly...

Návrhom sa úplne ruší doterajšie bodové ohodnotenie zdravotníckych výkonov (v rozpore s praxou celého vyspelého i rozvojového sveta), nahrádza sa „komisiou“, ktorá bude rozhodovať o kategorizácii diagnóz, bude rozhodovať nielen o zaradení alebo vyradení diagnózy v zozname diagnóz, ale k príslušnej diagnóze priradí percentuálny podiel úhrady zdravotnou poisťovňou, percentuálny podiel úhrady pacientom, ďalej ku každej diagnóze priradí súbor preventívnych, diagnostických a liečebných zdravotných výkonov s účelnou frekvenciou a s indikačným obmedzením. Akékoľvek ohodnotenie diagnózy výkonom (v bodech, v Sk...) sa v návrhu zákona vypúšťa a nahrádza sa rokovaním o cene medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zdravotného výkonu.

Takýto návrh je technicky nerealizovateľný a neguje celú doterajšiu 10-ročnú prácu v hodnotení realizovaných výkonov (ktorá bola a je meradlom produktivity práce), povedie k zrúteniu vnútroekonomického rozpočtovania, rozúčtovania a hodnotenia výkonných jednotiek v zdravotníckych zariadeniach, ale aj k rozvratu systému úhrad za zdravotnú starostlivosť od zdravotných poisťovní poskytovateľom zdravotnej starostlivosti!!!



# ANTIKONCEPCIA

■ s. 5

## Otázky:

- Medzinárodná klasifikácia chorôb MKCH 10 obsahuje asi 11 200 diagnóz. Budú zdravotné poisťovne rokovať s každým poskytovateľom zdravotnej starostlivosti o cene za každú jednotlivú diagnózu?
- Podľa čoho sa budú vykazovať realizované výkony, keď zoznam výkonov sa ruší???
- Každá z diagnóz sa skladá z radu výkonov vykonávaných rôznymi pracovníkmi a rôznymi špecialistami. Tak napr. operácii apendixu predchádza interné vyšetrenie, sonografické vyšetrenie, biochemické analýzy... ak napr. zdravotná poisťovňa zaplatí za príslušnú diagnózu 13 tis. Sk realizátorovi operácie - t. j. chirurgickému oddeleniu, bude si chirurgické odd. dohadovať s internistom, koľko mu zaplatí? Rovnako bude rokovať s biochemickým oddelením o úhrade za každý realizovaný výkon? Ak pacienta doviezla sanitka, bude sa „zjednávať“, koľko za to? atď. atď.

## Záver:

Predložený návrh liečebného poriadku je neprijateľný tak pre zdravotné poisťovne ako aj pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (v dôsledkoch aj pre pacientov) - a nemá význam sa týmto návrhom zaoberať. Treba ho striktne v celom rozsahu odmietnuť! Jeho eventuálne prijatie by znamenalo zavedenie absolútneho chaosu do systému, znamenalo by absolútny odklon od praktík uplatňovaných nielen v štátoch EÚ, ale dokonca i v rozvojových krajinách!!! Ničím nebola preukázaná nutnosť zavrnutia doterajšieho výkonového systému, na báze ktorého je postavený celý systém fungovania segmentov zdravotnej starostlivosti, zvlášť keď štáty EÚ idú v týchto intenciách.

Členovia K12+ na základe uvedených skutočností zastávajú názor, že je potrebné novelizovať a zdokonaľiť terajší Liečebný poriadok a jeho prílohy, v záujme zachovania prirodzenej kontinuity a evolučného rozvoja systému.

ad 2.

## Analýza ekonomických dosahov návrhu novely Liečebného poriadku

Skupina K12+ už zverejnila svoje stanovisko k návrhu Liečebného poriadku z dielne ministra Zajaca, v ktorom striktne odmieta základnú filozofiu tohto zákona, pretože je v praxi ne-realizovateľný a prípadný pokus o jeho aplikáciu povedie k zrúteniu celého systému. Napriek tomuto jednoznačnému stanovisku nezávislí analytici K12+ vykonali analýzu prílohy č. 1 predmetného zákona, v ktorom sa k jednotlivým diagnózam určuje podiel spoluúčasti pacienta na nákladoch.

Aby vôbec bolo možné analýzu vykonať, vychádzalo sa zo skutočností roku 2002, z realizovaných a uhradených výkonov prislúchajúcich k jednotlivým diagnózam na vzorke 457,5 tis. pacientov.

Pre daný počet pacientov bolo v roku 2002 indikovaných spolu 7001 rôznych diagnóz. Porovnaním s prílohou navrhovaného Liečebného poriadku sa dospelo k týmto zaujímavým číslam:

- len 1283 diagnóz (z uvádzaných 7001) by bolo plne hrazených zdravotnými poisťovňami
- 1110 diagnóz by bolo hrazených zdravotnými poisťovňami so spoluúčasťou pacienta
- celkovo 4608 diagnóz by si hradil pacient sám, bez spoluúčasti poisťovní

Ukazovatele pre vzorku 457 562 poistencov	Počet 2002	% podiel
Celkový počet diagnóz podľa druhu	7 001	100,0 %
Plne hrazené diagnózy podľa druhu	1 283	18,3 %
Čiastočne hrazené diagnózy podľa druhu	1 110	15,9 %
Nehrazené diagnózy podľa druhu	4 608	65,8 %

V danej vzorke 457 562 poistencov sa v roku 2002 objavilo 2 377 592 indikovaných prípadov (v už spomínaných 7001 druhoch diagnóz). Aj tu je zaujímavé rozloženie prípadov na plne hrazené poisťovňami, čiastočne hrazené a plne hrazené pacientom. Údaje sú uvedené v nasledujúcej tabuľke.

Ukazovatele pre vzorku 457 562 poistencov	Počet prípadov v r. 2002	% podiel
Výkony plne hrazené ZP	409 602	17 %
Výkony čiastočne hrazené ZP	862 250	36 %
Výkony nehrazené ZP	1 105 740	47 %
<b>SPOLU</b>	<b>2 377 592</b>	<b>100 %</b>

Náklady na realizované výkony v roku 2002 na predmetnú vzorku poistencov predstavovali spolu 2 115 004 777,29 Sk (v tom nie sú zahrnuté náklady na lieky a zdravotnícke potreby, na kapitáciu v primárnej ambulantnej starostlivosti, kúpeľnú starostlivosť a RZP!) Teda viac ako 2 mld. Sk na vybranú reprezentatívnu vzorku poistencov uhradili v plnej výške zdravotné poisťovne, bez spoluúčasti pacientov. Aké by boli platby zdravotných poisťovní a aké pacientov podľa Zajacovho návrhu, je uvedené v nasledujúcej tabuľke:

Ukazovatele pre vzorku 457 562 poistencov	Údaje za r. 2002 (Sk)	Prepočet na nový LP
Spolu hrazené výkony ZP (Sk)	2 115 004 777,29	1 004 915 936,80
Spolu hrazené výkony poisťovňami (Sk)	0,00	1 110 088 840,49
Priemer. mesač. nákl. na 1 poistenca (len výkony!!!) - hrazené poisťovňou	385,19	183,02
Priemer. mesač. nákl. na 1 poistenca (len výkony!!!) - hrazené poisťovňami	0,00	202,17

Ak uvedené údaje prepočítame na celú populáciu (asi 5,4 mil. obyvateľov SR), dostávame sa na celkový dosah Zajacovho návrhu na obyvateľstvo SR z dôvodu zmeny Liečebného poriadku.

Prepočet na celú populáciu	Údaje za r. 2002	Prepočet na nový LP
Počet poistencov	5 400 000	5 400 000
Celk. počet príp. za r. 2002	28 059 578	28 059 578
Spolu hrazené výkony ZP (Sk)	24 960 608 174	11 859 695 644,96
Celk. hrazené výkony poisťovňami (Sk)	0,00	13 100 912 529,16

Teda výdavky zdravotných poisťovní za zdravotnícke výkony by sa teoreticky znížili z 25 mld. Sk na necelých 12 mld. a substituovali by sa zatažením obyvateľstva o viac ako 13 mld. Sk. V čisto matematickom prepočte to znamená 2 426,04 Sk na každého občana za rok!!!

To by však platilo len za predpokladu udržania cenovej hladiny na úrovni roku 2002, čo však je málopravdepodobné, zvlášť keď podľa predpokladov MZSR dôjde k „uvoľneniu cien“ za realizované diagnózy - na základe dohody medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami. Dá sa reálne predpokladať, že ceny výrazne vzrastú, a tým výrazne vzrastie aj objem úhrad pacientmi.

K tomu pripočítajme ešte:

- asi 4,3 mld., ktoré občania po „úspešnej“ kategorizácii zaplatia ako doplatok za lieky
- asi 2,8 až 3,4 mld. Sk ako doplatok za stomatologickú starostlivosť
- Zajacove dvadsať- či päťdesiatkorunáčky (asi 2,7 mld. Sk)
- nepriamo aj splácanie úveru zo Svetovej banky na „reformu zdravotníctva“ v sume 3,2 mld. Sk...

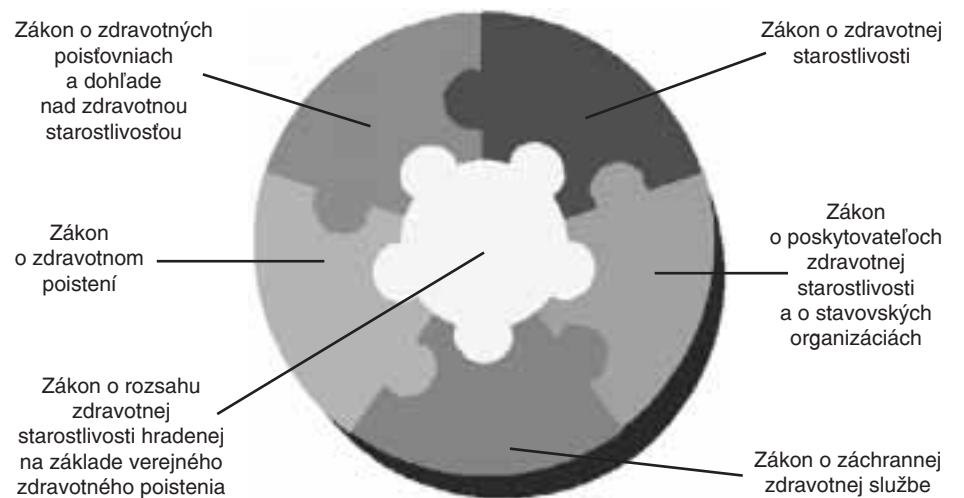
Je to vôbec únosné? Veď týmito opatreniami bude priemerná 4-členná rodina zatažená ročne sumou asi 18 až 24 tis. Sk. Ale to je len priemer! Skutočnosť sa môže pohybovať teoreticky od stoviek Sk až do stotisícových súm. Teda vôbec nejde o Zajacom proklamované „malé sumy“!

Veľmi zaujímavý je aj pohľad na rozloženie spoluúčasti podľa skupín diagnóz, ktoré má K12+ k dispozícii detailne rozanalyzované. To, čo je v predchádzajúcom uvádzané, je len sumárnym pohľadom na finančný dosah navrhovanej novely zákona o Liečebnom poriadku.

Vykonaním tejto analýzy K12+ neneguje svoje odmietavé stanovisko k návrhu novely Liečebného poriadku, naopak, okrem tvrdenia o nerealizovateľnosti aplikácie predloženého návrhu v praxi a „zrútení“ celého systému jeho prípadným zavedením, touto analýzou poukazuje aj na spoločenskú neprijateľnosť návrhu.

K12+ opätovne vyzýva na racionálne reformné kroky, medzi ktoré Liečebný poriadok predložený ministerstvom zdravotníctva rozhodne nepatrí.

## 7. Reformné puzzle



## KOMENTÁR:

Domnievame sa, že nie je vhodné zoširoka komentovať predloženú naivnú predstavu. Každý nový zákon zapadá (resp. má zapadať) do širšieho kontextu tak legislatívneho, ako aj spoločenského. Treba reformátorom závidieť ich nezalosť a naivitu - ktorá sa napokon prejavila v celom materiáli „KONCEPCIA POSKYTOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V SR“ a vyústila do puzzle. Ale zároveň treba vysloviť veľmi vážnu výhradu či otázku - **ako mohol táto odborné zly, prakticky neuplatniteľný materiál prejsť vládou? Aký obraz to dáva o činnosti vlády SR, keď prijme „paškvil“ bez pripomienkového konania - preukázateľne neaplikovateľný, teoreticky chybný a spoločensky neprijateľný?**

## 8. Nový systém

### NOVÍ HRÁČI



## KOMENTÁR:

Obrázok je to na pohľad pekný, farebný, ale nezmyselný!!!

- Kde tu je zakomponovaná funkcia štátu?
- Ako chce štát uplatňovať štátnu zdravotnú politiku?
- Kde sa vytratil pacient?
- Kde je tvorba legislatívy?
- Kde sú regulačné mechanizmy?
- atď. atď.

To podstatné, čo sa z uvedeného obrázku dá vyčítať, je záujem reformátorov o nezávislosť „úradu“ od spoločnosti, štátu a štátnych orgánov, poskytovateľov, zdravotných poisťovní, komôr... a, samozrejme, teplé, ničím a nikým nerušené a nekontrolované hniezdo pod strechou, kde sa autori - reformátori už dnes vidia.

## IV. DOSAHY A PROGNÓZA

### 1. Zdroje

Autori Koncepce... logicky rozdelili príjmy do systému na tri základné zložky:

1. Príjmy od ekonomicky aktívneho obyvateľstva a zamestnávateľov
2. Príjmy zo štátneho rozpočtu za ekonomicky neaktívne obyvateľstvo
3. Príjmy od obyvateľstva formou doplatkov, paušálnych úhrad, spoluúčasti...

ad 1. V tejto príjmovej časti nie sú navrhované žiadne podstatné zmeny voči súčasnému stavu.

ad 2. Pozitívne treba hodnotiť, že „Štát nebude určovať sumu poistného v štátnom rozpočte tak ako doteraz, ale naviaže ju na priemernú mesačnú mzdu; aby zostala zachovaná predvídateľnosť prostredia a možnosť tvoríť poistný rozpočet“. Avšak tým, že zdravotný systém prichádza o platby od NÚP a SP (s čím možno za istých podmienok súhlasiť), je zle stanovené % odvodu z minimálnej mzdy na úrovni 4 %, zvlášť ak sa výška stanovuje z minimálnej mzdy spred dvoch rokov!!! Za týchto podmienok je nevyhnutné stanoviť odvody štátu za ekonomicky neaktívne obyvateľstvo vo výške minimálne 7 %!!!

(Pokračovanie)

Ing. Milan Kamenský a kolektív



# ANTIKONCEPCIA

(Pokračovanie z 22. 1.)

Úmysel reformátorov, že „štát bude platiť priamo na účet zdravotných poisťovní, a nie na fiktívny účet prerozdelenia, ako dosiaľ“ je však zlý a vyplýva z neznalosti súčasného systému - tomu nasvedčuje aj ďalšia nezmyselná požiadavka: „To si bude vyžadovať jednotný register poisťencov (centrálny register poisťencov), ktorý budú používať všetky dotknuté subjekty. Od roku 2004 navrhujeme prechod na tzv. centrálny register poisťencov.“ Centrálny register poisťencov netreba vytvoriť, ten existuje od roku 1997 a spravuje ho MZ SR. Neznalosť reformátorov je až zarážajúca!!!

ad 3. Priamymi platbami - úhradami od obyvateľstva v rôznej forme, sme sa zaoberali už v predchádzajúcom.

Uvedme ešte niekoľko porovnaní a prepočtov:

## 1. Porovnanie zdrojov na zdravotníctvo v r. 2003 v Českej a v Slovenskej republike

Rok 2003	ČR	SR
Počet obyvateľov	10,2 mil.	5,4 mil.
Finančné zdroje na zdravotníctvo (bez priamych platieb občanov)	162 mld. Kč	59 mld. Sk
Finančné zdroje na obyvateľa	496,3 EUR	260,1 EUR
Porovnanie zdrojov na obyvateľa	100,0 %	52,4 %

Nutne sa treba pýtať:

- Ak na zdravotnú starostlivosť občana SR je vynakladané len 52,4 % z toho, čo je na ten istý účel vynakladané v ČR, je chyba v legislatíve alebo v nastavení systému?
- Je možné a správne túto disproporcii riešiť zmenou legislatívy? Čo sa tým vyrieši???

Ako by vyzerala bilancia, keby zdroje za poisťencov štátu v SR boli na úrovni ČR, t. j. namiesto 385 Sk - 439 Kč mesačne na 1 poisťenca (439 Kč = 558 Sk)

Kategória platiteľa	Náklady na ZS 2002	Zdroje na ZS (ENAP-385 Sk)	Zdroje na ZS (ENAP-558SK/439 Kč)
ENAP (od 0 do 14 rokov)	5 848 708	4 474 039	6 484 451
ENAP (od 15 do 19 rokov)	2 335 736	1 942 108	2 814 795
ENAP (od 20 do 59 rokov)	9 824 600	4 501 315	6 523 984
ENAP (od 60 do 74 rokov)	13 107 868	2 731 950	3 959 554
ENAP (nad 75 rokov)	5 526 694	1 195 548	1 732 768
SPOLU ENAP	36 643 607	14 844 960	21 515 552
Spolu EAP	17 491 682	36 934 661	36 934 661
Spolu ENAP+EAP	54 135 290	51 779 621	58 450 213
Deficit zdrojov 2002	x	-2 355 669	x
Prebytok zdrojov 2002	x	x	4 314 924

Poznámka: Uvádzané zdroje sú už znížené o správny fond zdrav. poisťovní (o 4 %)

Záver je jasný - keby platba štátu v SR bola na úrovni platby štátu v ČR, tak v roku 2002 by nebol vznikol deficit 2,4 mld. Sk, ale by bol vznikol prebytok 4,3 mld. Sk

A ešte jedno porovnanie z údajov WHO (mimochodom, prevzaté z publikácie Zajac - Pažitný):

Tabuľka 1

HALE (Healthy Life Expectancy) v rokoch, 2000 - vybrané krajiny Európy a sveta		
Krajina	HALE v rokoch, rok 2000	Objem prostriedkov na obyvateľa v medzinárodných dolároch (upravené o kúpnu silu), 1998
Japonsko	73,8	1 763
Švajčiarsko	72,1	2 861
Austrália	71,5	2 080
Grécko	71,0	1 220
Francúzsko	70,7	2 074
Rakúsko	70,3	1 919
Belgicko	69,4	2 122
Nemecko	69,4	2 382
USA	67,2	4 055
Slovinsko	66,9	1 340
Česká republika	65,6	946
Juhoslávia	64,3	233
Bulharsko	63,4	161
Slovensko	62,4	652
Poľsko	61,8	535
Rumunsko	61,7	238
Maďarsko	59,9	742
Lotyšsko	57,7	419
Rusko	55,5	317
Ukrajina	56,8	158

**Poznámka:** WHO definuje HALE takto: bázou pre HALE je stredná dĺžka života pri narodení, očistená o odhad času stráveného pri nie plnom zdraví. Najjednoduchšie môžeme HALE interpretovať ako očakávaný počet rokov, ktoré môže novorodenec prežiť v plnom zdraví za súčasnej miery morbidít a mortality.

Zdroj: World Health Report, WHO 2001

## 2. Výdavky

Citácia: Rast výdavkov sa dá bez zvyšovania objemu zdrojov kontrolovať dvoma spôsobmi.

Tejto vete chýba akákoľvek logika

- Rast výdavkov sa dá kontrolovať rôznymi spôsobmi (nie len dvoma).
- Prečo „bez zvyšovania objemu zdrojov“? Rast výdavkov sa dá kontrolovať aj pri znižovaní alebo zvyšovaní objemu zdrojov.
- Atď.

Citácia: O efektívnej alokatívnosti rozhodujú výlučne poisťovne.

Toto predsa nie je a nemôže byť pravda!!! Poisťovne môžu ovplyvňovať, ale nemôžu zasahovať do práce lekára, ktorý nesie zodpovednosť za zvolený terapeutický postup!!! Je logické, že o efektívnej alokatívnosti Nerozhodujú výlučne poisťovne!

Citácia: O efektívnej alokatívnosti rozhodujú výlučne poisťovne. Potrebujú však určité mantinely, ako jasný zákon o zdravotnej starostlivosti, jasný zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti a jasný diagnostické a terapeutické postupy. Všetky tri elementy sú súčasťou predložených zákonov.

Tieto tvrdenia sú absolútne lživé. Ako dôkaz použijeme konkrétne citácie paragrafov **Návrhu zákona o rozsahu zdravotnej starostlivosti... a Návrhu zákona o zdravotnej starostlivosti...**

Znenie paragrafu 4 ods. 2 návrhu :

Zaradenie zdravotného výkonu do zoznamu zdravotných výkonov alebo vyradenie zdravotného výkonu zo zoznamu zdravotných výkonov, účelnú frekvenciu zdravotného výkonu, indikačné obmedzenia pre zdravotný výkon a zmenu týchto údajov určuje Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ministerstvo“) rozhodnutím o kategorizácii zdravotných výkonov plne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia (ďalej len „rozhodnutie o kategorizácii zdravotných výkonov“).

V podstate ide o vytvorenie štandardných terapeutických postupov v podmienkach slovenského zdravotníctva!!!

Znenie paragrafu 8 ods. 1 návrhu:

1. Na odborné posudzovanie zdravotných výkonov a súborov zdravotných výkonov prislúchajúcich k diagnózam podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (Medzinárodná klasifikácia chorôb vydaná Svetovou zdravotníckou organizáciou) (ďalej len „diagnóza“) ministerstvo zriadi kategORIZAČNÚ komisiu pre zdravotné výkony; zdravotné výkony a súbory zdravotných výkonov sú uvedené v prílohe č. 1.

Toto tvrdenie nie je pravdivé, pretože príloha obsahuje len zoznam DG a percentný podiel spoluúčasti na úhrade!!!

Znenie paragrafu 8 ods. 3 návrhu:

b) Ministerstvo v zozname zdravotných výkonov priradí ku každej diagnóze súbor preventívnych zdravotných výkonov, diagnostických zdravotných výkonov a liečebných zdravotných výkonov, ktorých poskytnutie sa považuje za poskytnutie zdravotnej starostlivosti poisťencovi s touto diagnózou, s účelnou frekvenciou a s indikačným obmedzením (ďalej len „súbor zdravotných výkonov“) na základe odborného posúdenia Kategorizačnou komisiou pre zdravotné výkony. Výsledok odborného posúdenia sa musí zverejniť. Zoznam zdravotných výkonov sa aktualizuje najmenej raz za rok.

Tento odsek de facto neguje tvrdenie ods. 1. Čo bude Kategorizačná komisia „odborne“ posudzovať, keď podľa tvrdenia predkladateľov sú zdravotné výkony a súbory zdravotných výkonov uvedené v prílohe č. 1 návrhu zákona?

Návrh zákona o zdravotnej starostlivosti...

Znenie paragrafu 2 ods. 4 návrhu:

(4) Správne poskytnutá zdravotná starostlivosť je, ak pri jej prvom poskytnutí,

(a) bola určená správnou diagnózou,

(b) bol zvolený správny štandardný terapeutický postup (odsek 5),

(c) bola poskytnutá v správnom čase a na správnom mieste.

Znenie paragrafu 2 ods. 5 návrhu :

(5) Štandardný terapeutický postup je najracionálnejší a najefektívnejší diagnostický postup a liečebný postup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti; najmenšou jednotkou je zdravotný výkon.

Zrušením súčasného platného Liečebného poriadku sa zruší jednotkový zdravotný výkon.

To, čo reformátori naznačujú v súvislosti so štandardnými terapeutickými postupmi, je v skutočnosti omnoho zložitejšie. Naznačme teoretický postup pri štandardizácii terapeutických postupov:

KROK A : Vypracovanie štandardného terapeutického postupu pre každú DG samostatne

KROK B : Kalkulácia parciálnych cien podľa druhu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti

KROK C : Určenie prioritného zoznamu diagnóz

KROK D : Určenie %-nej spoluúčasti pacienta na úhrade DG

Z hľadiska stanovenia ceny na DG to v praxi znamená definovanie nasledovných parametrov v maticovej štruktúre:

Druh zdravotných výkonov	Druh poskytovateľa ZS				
	PAS	ŠAS	SVALZ	ÚS	ostatné
Preventívne (súbor výkonov, frekvencie obmedzené)	kalkulácia parciálnej ceny	kalkulácia parciálnej ceny	kalkulácia parciálnej ceny	kalkulácia parciálnej ceny	kalkulácia parciálnej ceny
Diagnostické (súbor výkonov, frekvencie obmedzené)	kalkulácia parciálnej ceny	kalkulácia parciálnej ceny	kalkulácia parciálnej ceny	kalkulácia parciálnej ceny	kalkulácia parciálnej ceny
Liečebné (súbor výkonov, frekvencie obmedzené)	kalkulácia parciálnej ceny	kalkulácia parciálnej ceny	kalkulácia parciálnej ceny	kalkulácia parciálnej ceny	kalkulácia parciálnej ceny
<b>Cena DG spolu</b>	<b>cena PAS</b>	<b>cena ŠAS</b>	<b>cena SVALZ</b>	<b>cena ÚS</b>	<b>cena ostatné</b>

Predkladatelia v skutočnosti preskočili prvé dva najdôležitejšie a najnáročnejšie kroky procesu. Kroky C a D predstavujú maximálne 1 % všetkých činností.

Systém štandardizácie terapeutických postupov v podmienkach SR nie je možné zrealizovať bez účasti širokej škály odborníkov z radov lekárov, ekonómov, matematikov atď. Predstava realizácie prostredníctvom 11 členov kategorizačnej komisie je výsledkom neznalosti zložitosti tohto procesu a prejavom amatérizmu predkladateľov.

Treba si uvedomiť, že na realizáciu navrhovaných 3002 DG je potrebný časový horizont minimálne niekoľko rokov.

Resumé:

1. Zrušením súčasného Liečebného poriadku nebude možné kvantifikovať zdravotnú starostlivosť prostredníctvom mernej jednotky - zdravotný výkon.
2. Ak nebude existovať merná jednotka, nebude možné vypracovať štandardizáciu terapeutických postupov v rámci jednotlivých diagnóz.
3. Absencia štandardných terapeutických postupov neumožní objektívne stanoviť a následne zazmluvniť parciálne, resp. celkové ceny diagnóz medzi ZP a poskytovateľmi, ale aj medzi poskytovateľmi navzájom
4. V procese nákupu zdravotníckych služieb nastane absolútny chaos, čo v konečnom dôsledku spôsobí celkový kolaps vo financovaní zdravotného systému v SR.

Citácia: Nástrojom na zvýšenie alokatívnej efektívnosti je postavenie zdravotnej poisťovne ako nákupcu, ktorý má tri nástroje na manažment pacienta: selektívny výber poskytovateľov, používanie štandardov kvality a aktívne ovplyvňovanie ceny.

- selektívny výber poskytovateľov - o to sa poisťovne usilovali viackrát, ústredný orgán štátnej správy (MZ SR) však vždy tieto snahy negoval,
- používanie štandardov kvality - existujú štandardy kvality? Kto ich vypracuje, kto ich bude permanentne aktualizovať, atď.???
- aktívne ovplyvňovanie ceny - o potrebe a význame ceny sme hovorili už v predchádzajúcom. Z reformných puzzlov sa však vytratila.

Citácia: Technická efektívnosť znamená to, ako efektívne sa využívajú zdroje na úrovni poskytovateľa. Technická efektívnosť je v rukách manažmentu nemocníc a ostatných poskytovateľov. Bude to predstavovať zmenu, pri ktorej očakávame, že nemocnice budú podávať výkony s nižšími nákladmi. Očakávame zníženie fixných nákladov, predovšetkým energetickej náročnosti budov a prezamostenosti.

Očakávania určite nestačia!!! Všetky závery zjazdov KSC boli plné optimizmu a očakávaní a kde sa to skončilo? Na usmernenie procesov treba mať jasne deklarované ciele, definované nástroje, určené cesty, stanovené kritériá merania atď.



# ANTIKONCEPCIA

Citácia: Výraznou zmenou oproti súčasnému stavu je rozsah a hradenie zdravotných výkonov z verejného zdravotného poistenia. Rozsah zdravotných výkonov hrazených z verejného zdravotného poistenia je definovaný v prílohe č. 1 predkladaného návrhu zákona „Zoznam diagnóz“. Zdravotná poisťovňa uhrádza z verejného zdravotného poistenia za poskytnutý zdravotný výkon, súvisiaci s konkrétnou diagnózou, percentuálny podiel z ceny. Percento pre jednotlivé diagnózy je stanovené v prílohe č. 1 a cena sa určuje dohodou medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom. V uvedenej prílohe sú diagnózy rozdelené do skupín nasledujúco:

Tabuľka 3

Rozdelenie diagnóz do skupín v mil. Sk							
Pásmo	Od - do	Súčasný objem úhrad od zdravotných poisťovní	% z celkových prípadov	% z celkových nákladov	Podiel úhrady z verejného zdravotného poistenia (%)	Celková úhrada od zdravotných poisťovní	Celková úhrada od pacientov
I.	1 - 1642	15 213	35%	61%	100%	15 213	-
II.	1643 - 1846	1 088	5%	4%	90%	979	109
III.	1847 - 2148	2 191	11%	9%	75%	1 643	548
IV.	2149 - 2778	3 874	23%	16%	50%	1 937	1 937
V.	2779 - 3002	2 529	26%	10%	5%	126	2 403
<b>SPOLU</b>		<b>24 894</b>				<b>19 898</b>	<b>4 997</b>

Zdroj: zdravotné poisťovne, prepočty: MZ SR  
Poznámka: Prepočet neobsahuje dlh a výdavky na dopravu

To, čo v tejto tabuľke reformátori podsúvajú, je **nehorázna lož**, ktorej sa pravdepodobne dopustili vo viere, že nik nimi udávané údaje nepreverí a navyše ako zdroj uviedli zdravotné poisťovne, čo zrejme malo zvýšiť vierohodnosť údajov. V časti III. 6. (str. 58 a nasl.) sme už uviedli **Analýzu ekonomických dopadov návrhu novely Liečebného poriadku**, ktorý spracovali analytici Ing. M. Kamenský, ČSc. a Ing. M. Zaujec, MPH, v ktorej dospeli k úplne iným záverom. Zopakujeme jednu z tabuliek aj s komentárom:

Prepočet na celú populáciu	Údaje za r. 2002	Prepočet na nový LP
Počet poistencov	5 400 000	5 400 000
Spolu počet príp. za r. 2002	28 059 578	28 059 578
Spolu hrazené výkony ZP (Sk)	24 960 608 174	11 859 695 644,96
Spolu hrazené výkony poistencami (Sk)	0,00	13 100 912 529,16

Teda výdavky zdravotných poisťovní za zdravotnícke výkony by sa teoreticky znížili z 25 mld. Sk, na necelých 12 mld. a substituovali by sa zaťažením obyvateľstva o viac ako 13 mld. Sk. V čisto matematickom prepočte to znamená 2 426,04 Sk na každého občana za rok!!!

To by však platilo len za predpokladu udržania cenovej hladiny na úrovni roku 2002.

Rozdiel je diametrálny!!!

Treba obdivovať odvahu reformátorov v miere klamstva alebo v povrchnosti či neznalosti svojho počinania.

Ešte jeden citát v tejto stati nemožno nechať bez povšimnutia: „Cena sa určuje dohodou medzi zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom.“ To je absolútny blud!!! - a zmienili sme sa o tom už viackrát v predchádzajúcich častiach. Tu vezmeme do úvahy realizačnú stránku:

- zoznam výkonov s bodovým ohodnotením nebude existovať
- bude treba určiť ceny za viac ako 11 200 diagnóz
- každá poisťovňa samostatne dohodne cenu, s každým poskytovateľom zvlášť

Z toho plynie, že každý poskytovateľ bude mať na jednu diagnózu 5 rôznych cien (osobitne za každú poisťovňu) a každá poisťovňa bude mať na jednu diagnózu niekoľko desiatok až stovák cien, podľa dohody s poskytovateľom - všetko X 11 200 diagnóz... NEZMYSEL!!!

Nemá zmysel ďalej rozoberať absurdnú predstavu reformátorov. Je teoreticky chybná a prakticky nerealizovateľná.

## Súhrnné zhodnotenie časti IV. DOSAHY A PROGNÓZA

Ani táto časť „Konceptie...“ sa ničím podstatným nelíši od predchádzajúcich častí. Trpne a trápe z nej čnie odborná i praktická neznalosť problematiky, odrhnutosť od praxe a izolovanosť reformného tímu od odbornej verejnosti.

Opätovne sa vynára otázka, čo z čoho plynie?

- je neodbornosť, neznalosť, diletantizmus a arogancia... výsledkom izolovanosti reformátora a reformného tímu alebo
- je izolovanosť reformátora a reformného tímu dôsledkom ich neodbornosti, neznalosti, diletantizmu a arogancie?

## ZÁVER

Reformným tímom Ministerstva zdravotníctva SR vypracovaná a 2. 12. 2003 vládou chválená „Konceptia poskytovania zdravotnej starostlivosti v SR“ je založená na viere, „že to možno bude fungovať“. S najväčšou pravdepodobnosťou cieľe, ktoré reformátori a reformný tím sleduje, nie sú v tejto KONCEPCII uvedené, preto je argumentácia nepresvedčivá, miestami až detinsky naivná, teoreticky chybná a v mnohých ohľadoch prakticky nerealizovateľná.

Reformný tím tvoria neskúsení a veci neznalí pseudodoborníci, preto konceptia nemá ambíciu hlbšieho zásahu do systému zdravotníckej praxe - prejaví sa nanajvýš dočasnými negatívami a s tým spojenými finančnými i morálnymi stratami. Tak napr. očakávaná, že pacient výberom poskytovateľa v trhovom prostredí urobí ozdravenie zdravotníctva, je hrubým omylom. Pacient nemôže urobiť tento záprak, lebo nie je schopný posúdiť kvalitu, rozsah, ba ani potrebu poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Predmetný materiál - tak ako sme to v predchádzajúcom uviedli, je plný mylných predstáv, chybných východísk a teda aj chybných záverov. Pre reformný tím bolo možno jednoduchšie a pohodlnejšie navrhnuť akýsi „nový model“, (ktorý vyústil do reformných „puzzlov“), než svedomite si našťudovať to, čo platí a funguje a na báze seriózneho poznania vykonať analýzy, s cieľom riešiť „slabé“ miesta systému. Ale to možno ani nebolo skutočným cieľom materiálu.

Na základe toho, čo sme uviedli, treba konštatovať, že niet pragmatických dôvodov na zavrnutie všetkých súčasných zákonov upravujúcich systém zdravotníctva. Že je možné a aj potrebné racionálne ich inovovať, to je skutočnosť a k tomu sa zástupcovia poskytovateľov i zdravotných poisťovní nielen hlásia, ale opakovane ponúkajú reformátorovi aj svoju pomoc!!!

Všade v civilizovanom svete je snaha nadviazať na to, čo je overené, osvedčené... a racionálnymi zmenami reagovať na zmeny vonkajšieho prostredia. Reformátori vo svojej izolovanosti a neznalosti sa rozhodli pre totálnu, radikálnu zmenu - s odvrhnutím všetkého, čo tu v minulosti bolo! Ale to už v týchto zemepisných šírkach bolo, napr. po roku 1948 - s jasne proklamovanou víziou: „Za krajší a radostnejší zajtrajšok, za komunizmus a za mier!“ To chceme zopakovať???

Z toho, čo sme v našej pragmatickej analýze uviedli, celkom jednoznačne plynie teoretická nepravosť a praktická neaplikovateľnosť ministerskej koncepcie. Tu možnosť odbornej argumentácie končia. Ako odborníci v danej oblasti sa v plnom rozsahu distancujeme od ministerstvom zdravotníctva navrhnutých KONCEPCIE, ktorá vyústila do puzzlov a odmietame brať akúkoľvek zodpovednosť za dôsledky tzv. REFORMY. Poslednou možnosťou je apelácia na politickú a ľudskú zodpovednosť členov vlády, poslancov NR SR a prezidenta SR.

## PRÍLOHA

Reformátori a reformný tím tvrdí, že vymyslel úplne nový systém, ktorý sa od neho bude učiť celý svet. Každý systém však má určité základné atribúty a keď ich porovnáme, tak chceme či nechceme, REFORMA má značku made in USA.

Reformátori					
ZDROJE	PLATITELIA	CHARAKTER ZDROJOV	MAJITELIA ZDROJOV	POSKYTOVATELIA	CHARAKTER POSKYTOVATELOV
Dane a Odvody	občania zamestnávateľia	povinné	súkromné poisťovne	nemocnice	súkromné
Poistenie	občania	dobrovoľné	súkromné poisťovne	ambulancie	súkromné
Priame platby	občania	dobrovoľné		iné	súkromné

USA					
ZDROJE	PLATITELIA	CHARAKTER ZDROJOV	MAJITELIA ZDROJOV	POSKYTOVATELIA	CHARAKTER POSKYTOVATELOV
Dane	občania zamestnávateľia	povinné	verejné programy Medicaid, Medicaid, atď.	nemocnice	súkromné
Poistenie	občania zamestnávateľia	dobrovoľné	súkromné poisťovne	ambulancie	súkromné
Priame platby	občania	dobrovoľné		iné	súkromné

Na prvý pohľad sa zdá, že systémy sú rovnaké. Ale je to tak len z jedného uhla pohľadu, v skutočnosti základy, na ktorej je systém budovaný, je diametrálne odlišná:

- V USA sú **dane** povinné a plynú **do verejných fondov**, predovšetkým na podporu starých a chudobných Američanov, veteránov, príslušníkov armády, financovanie pohotovostí atď.
- Poistenie je komerčná aktivita a platia si ho občania dobrovoľne. Významnej časti zamestnancov prispievajú dobrovoľne zamestnávateľia.
- Podľa modelu reformátorov prostriedky z povinných **daní**, z ktorých sa platí za tzv. poistencov štátu a povinných **odvodov** do zdravotného poistenia (teda majú charakter dane, či pre zamestnanca alebo zamestnávateľa) budú plynúť **do komerčného poistenia**.

Pozrime sa na notoricky známe fakty o zdravotníctve v USA:

- Ročne mŕňajú USA na zdravotnú starostlivosť podľa údajov OECD približne 14 percent HDP. (Na Slovensku okolo 7,2 % HDP Slovenskej republiky.)
- 43,6 milióna obyvateľov USA nemá ani základné zdravotné poistenie.
- V USA 8,5 milióna detí nemá zdravotné poistenie. Predstavuje to viac ako 11 percent všetkých detí vo veku do 18 rokov.
- Pri priemernej mzde 27-tisíc dolárov ročne stojí typické rodinné zdravotné poistenie v USA ročne viac ako deväťtisíc dolárov (317 tis. Sk), pričom zamestnávateľia hradia v priemere 73 percent nákladov.
- USA nemajú národný systém zdravotného poistenia, čo sa odrzkadľuje aj na vysokom počte nepoistených Američanov.
- Počet obyvateľov USA bez zdravotného poistenia v minulom roku vzrástol o 2,4 milióna.
- Počet zamestnancov na plný úväzok bez zdravotného poistenia sa v minulom roku zvýšil o 897-tisíc takmer na 20 miliónov.
- Podľa Štatistického úradu USA bol práve znížený počet poistiek hrazených zamestnávateľmi hlavnou príčinou vlnajšieho nárastu nepoistených Američanov. Tento nárast spôsobilo zvýšenie nákladov na zdravotnú starostlivosť.
- V roku 2001 poskytovalo zdravotné poistenie svojim zamestnancom len 58,3 percenta amerických firiem.
- Nemocnice sú zo zákona povinné poskytnúť prvú pomoc aj tým, ktorí nie sú poistení. Len v štáte New York dosiahli za uplynulý rok nezaplatené nemocničné účty sumu 2,5 miliardy dolárov. Nemocnice sa snažia vykryť stratu a účtujú viac poisťovníam, poisťovne dvíhajú ceny poistného, čím zvyšujú počty nepoistených.
- Ďalšou chorobou amerického zdravotníctva sú súdne spory medzi pacientmi a lekármi. V roku 2000 prekročila priemerná výška odškodnenia sumu milión dolárov. Za posledných päť rokov počet takýchto súdnych sporov vzrástol päťnásobne. Americkí lekári sú proti podobným prípadom poistení. **Poistné náklady lekára ročne dosahujú priemerne 50- až 100-tisíc dolárov, nie je však výnimočné až 200-tisíc dolárov.** Lekári náklady za poistky preúčtujú pacientom v cene za ošetrovacie výkony.

## ŠTÁTNE PROGRAMY v USA, aby Američania prežili

- Medicaid** Tento program financuje zdravotnú starostlivosť pre chudobné rodiny s deťmi. S výdavkami takmer **220 miliárd** dolárov v roku 2001 je Medicaid najväčším sociálnym programom USA.
- Medicare** Program Medicare je financovaný z odvodov zamestnancov a zamestnávateľov na sociálne poistenie, príspevkov poistencov a zo štátnych príspevkov. Patria sem Američania starší ako 65 rokov a zdravotne postihnuté osoby.
- Ďalšie programy** Federálna vláda poskytuje zdravotné poistenie zamestnancom federálnej vlády a ich rodinným príslušníkom, ako aj členom armádnych zborov a ich rodinám a spravuje aj systém zdravotnej starostlivosti pre vojenských veteránov. Vlády jednotlivých štátov únie sa podieľajú na financovaní okresných nemocníc, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť prevažne chudobným Američanom. Okrem toho prevádzkujú pohotovostné zdravotnícke zariadenia.

### To všetko nestačí

Od januára 2006 budú mať Američania **nový zákon o liekoch**. Náklady na jeho pokrytie si počas desiatich rokov vyžadujú sumu takmer **štyristo miliárd dolárov**. Seniorom starším ako 65 rokov má umožniť prístup k liekom na predpis.

USA si priznali slabosť doterajšieho spôsobu zdravotníckej starostlivosti najmä o starších občanov.

### A to najlepšie na koniec

**ROČNE SA V USA MINIE NA ZDRAVOT. STAROSTLIVOSŤ NA 1 OBČANA 4055 \$**

**ROČNE SA V SR MINIE NA ZDRAVOTNÚ STAROSTLIVOSŤ NA OBČANA 652 \$**

**Treba to komentovať???????**

### Čo dodať na záver

Ako najefektívnejší, sociálne najúnosnejší a všeobecne najúspešnejší systém financovania zdravotnej starostlivosti sa javí systém zdravotného poistenia pochádzajúci z Nemecka, kde je úspešne uplatňovaný už 120 rokov. V tomto smere nebolo doteraz vymyslené nič lepšie! Za uplynulých 120 rokov sa systém prirodzene vyvíjal, obohacoval o nové regulačné prvky, prispôboval sa vonkajším meniacim sa podmienkam...

Predpokladá, že zmenou právnej formy zdravotných poisťovní z verejnoprávnych inštitúcií na akciové spoločnosti sa dosiahne pozitívna zmena, je scestné, prakticky naivné a teoreticky aj hlúpe!!! Nábeh na systém solidárneho zdravotného poistenia vôbec nie je jednoduchý, ale na Slovensku to v 90. rokoch bolo cez všetky prvotné ťažkosti úspešne zvládnuté. Dnes je systém zdravotného poisťovníctva v SR stabilizovaný, rozvinutý, vykonávaný na dobrej odbornej úrovni... O to viac prekvapujú neodborné experimenty, ktoré sa z času na čas začínajú presadzovať z pozície štátnej moci - zrušenie zdravotného poisťovníctva a jeho náhrada národnou zdravotnou službou (model uplatňovaný vo V. Británii), zrušenie plurality zdravotných poisťovní (model Kanada), zmena formy z verejnoprávnych inštitúcií a ich transformácia na akciové spoločnosti (čo sa najviac približuje modelu USA) atď.

Tieto snahy nemožno označiť inak než vrcholne nerozumné a treba im všetkými prostriedkami čeliť!!! Konečne treba záväzne prijať to, čo je vo svete odskúšané, praxou overené a vedúce k najlepším výsledkom. Domnievame sa, že doterajšia cesta financovania slovenského zdravotníctva prostredníctvom zdravotného poistenia, pri uplatnení plurality formou verejnoprávnych inštitúcií je správna. Tak ako v každom živom systéme, aj tu je potrebné zabezpečiť prirodzený evolučný (nie revolučný!!!) vývoj systému tak, aby pružne a cielene reagoval na meniace sa vonkajšie podmienky. Zmena právnej formy zdravotných poisťovní na akciové spoločnosti rozhodne správnu cestou nie je!!!

Ing. Milan Kamenský a kolektív