

» obsah

Hodnotenie volebných
programov politických
strán

Čo čaká slovenské
zdravotníctvo po
voľbách?

Komory
žijú v minulosti,
stále ich máta Zajac

Legislatívny
monitoring 2006 – 2010

HMA otvára od
septembra štúdium
Master of Science

» tirage

Zdravotná politika
mesačník
o zdravotnej politike

Health Policy Institute
Hviezdoslavovo nám. 14
811 02 Bratislava
Slovenská republika

tel.: +421 (2) 207 11 959
fax: +421 (2) 207 11 962
e-mail: newsletter@hpi.sk

Vyšlo s podporou

 **NADÁCIA OTVORENEJ SPOLOČNOSTI**
OPEN SOCIETY FOUNDATION

editor: Tomáš Szalay
foto: Miroslav Hudák

ISSN 1338-1172

Čo čaká slovenské zdravotníctvo po voľbách?

Májové vydanie mesačníka o zdravotnej politike je venované nachádzajúcim parlamentným voľbám na Slovensku.

Peter Pažitný urobil analýzu všetkých zdravotníckych programov relevantných politických strán. Môže vám to pomôcť pri rozhodovaní vo volebnej miestnosti.

Na pôde HPI sme zorganizovali verejnú diskusiu zdravotníckych expertov jednotlivých politických strán o ich volebnom programe.

Rámce, v ktorých sa povolebné zdravotníctvo bude hýbať, závisia od vývoja ekonomiky. **Makroekonomický výhľad a jeho dopady na financovanie zdravotníctva predstavil na úvod podujatia Karol Morvay.**



Záznam z diskusie zachytáva názory kandidátov na post ministra zdravotníctva. Aj to vám možno pomôže pri správnom rozhodnutí.

Podobnú diskusiu s politikmi o zdravotníctve zorganizovala o mesiac neskôr aj Slovenská lekárska komora so Slovenskou lekárnickou komorou a Unipharmou. Toto podujatie, sprevádzané „hlasovaním odbornej verejnosti o najlepšieho ministra zdravotníctva“ bolo pre mňa sklamaním. Mám pocit, že vedenie týchto stavovských organizácií zostalo zachytené kdesi v minulosti. Napísal som o tom blogspot.

V tomto čísle prinášame aj stručný súhrn legislatívy prijatej za uplynulé štyri roky. Dopĺňame tak odpočet plnenia programového vyhlásenia vlády, ktorý sme publikovali v aprílovom vydaní *Zdravotnej politiky*.

Akadémia HMA, ktorá sa venuje vzdelávaniu v zdravotníctve, dosiahla významný úspech: **od septembra otvára študijný program Master of Science v slovenčine.** Prečítajte si rozhovor s Petrom Pažitným o tomto programe a **príďte na Deň otvorených dverí akadémie HMA do Piešťan.**

TOMÁŠ SZALAY



Deň otvorených dverí akadémie HMA

Pozývame vás 17. júna 2010 do Piešťan

9:00 – 17:00, penzión Diana

Spoznajte Health Management Academy. Od septembra otvára HMA program Master of Science, ktorého absolventi získajú titul MSc. **Deň otvorených dverí je ideálna príležitosť na stretnutie s lektormi i absolventmi HMA,** ktorí môžu podať svedectvo o kvalite nášho vzdelávania.

Zúčastnite sa prezentácie záverečných prác študentov Health Management Academy v programe Manažér. **Zoznámte sa s ľuďmi,** ktorí pracujú na manažérskych postoch v slovenskom (i českom) zdravotníctve.

Harmonogram prezentácií a organizačné pokyny nájdete **na str. 2.**

Tešíme sa na stretnutie s vami!

Príďte na deň otvorených dverí akadémie HMA!

Vo štvrtok 17. júna 2010 od 9,00 hod do 17,00 hod v Penzióne Diana, Matúškova 21, Piešťany.

Po skončení prezentácií Vás srdečne pozývame na čašu vína.

RSVP do 15. 6. 2010 na frisova@hma.sk alebo na telefónnom čísle +421 911 596 050.

Harmonogram

Privítanie a úvod		9,00 hod
Stanislav Čársky, GlaxoSmithKline Slovakia	Funkčná organizácia	9,00 hod – 9,15 hod
Ondrej Gutyan, HARTMANN - RICO	Klienti domova dôchodcov – analýza finančných nákladov	9,15 hod – 9,30 hod
Lucia Hlinková, DÔVERA ZP	Súťaž medzi poskytovateľmi ZS	9,30 hod – 9,45 hod
Ivan Kraszkó, MYLAN	Význam generických liekov pre udržateľnosť nákladov na farmakoterapiu	9,45 hod – 10,00 hod
Prestávka na občerstvenie		10,00 hod – 10,15 hod
Peter Markovič, poslanec NR SR za SDKÚ-DS	Zdravotnícka kampaň SDKÚ-DS pred a v parlamentných voľbách	10,15 hod – 10,30 hod
Iveta Masrnová, DÔVERA ZP	Komparácia klientskeho servisu v sektore zdravotného poistenia poskytovaného prostredníctvom kontaktných centier	10,30 hod – 10,45 hod
Mário Moro, Asociácia súkromných lekárov SR	Dg. pre istotu. Stanovujeme ju správne, v súlade s platnou legislatívou?	10,45 hod – 11,00 hod
Bindiku Nikodem, DÔVERA ZP	Urológia – analýza priemernej návštevnosti preventívnych prehliadok	11,00 hod – 11,15 hod
Prestávka na občerstvenie		11,15 hod – 11,30 hod
Viliam Novotný, poslanec NR SR za SDKÚ-DS	Čo ľudí trápi v zdravotníctve – stretnutia s občanmi	11,30 hod – 11,45 hod
Petra Sedileková, PUBLICIS/KNUT,	Charita v zdravotníckom segmente	11,45 hod – 12,00 hod
Petr Schindler, Česká průmyslová ZP	Optimalizace spotřeby léčiv	12,00 hod – 12,15 hod
Ľuboš Stollár, Lohmann & Rauscher	Ako dosiahnuť EBIT s pomocou Francúzov	12,15 hod – 12,30 hod
Obed		12,30 hod – 14,00 hod
Petra Szilagyiová, PFIZER LUXEMBOURG SARL	Meranie efektívnosti poskytovateľov v zdravotníctve (nebude prezentovať z dôvodu zahraničnej pracovnej cesty)	14,00 hod – 14,15 hod
Ivan Uhliarik, Ozone Laboratories Slovakia	Komunikačná stratégia volebnej kampane	14,15 hod – 14,30 hod
Anna Vajdová, DÔVERA ZP	Ročné zúčtovanie zdravotného poistného s dôrazom na elektronickú formu podania	14,30 hod – 14,45 hod
Ľudmila Zozuláková, DÔVERA ZP	Kúpeľná starostlivosť: spokojnosť pacienta, dostupnosť, migrácia	14,45 hod – 15,00 hod
Ukončenie prezentácií záverečných prác		15,00 hod
Prestávka na občerstvenie		15,00 hod – 15,30 hod
Prezentácie strategických scenárov		15,30 hod – 16,30 hod
Večerný program:		
Úvodná reč Peter Pažitný		17,00 hod – 17,10 hod
Odovzdávanie certifikátov absolventom		17,10 hod – 17,30 hod
Vyhlásenie najlepšej skupiny		17,30 hod – 17,35 hod
Vyhlásenie najlepšej práce		17,35 hod – 17,40 hod
Začiatok grilovania a voľná zábava		od 18,00 hod

Voľby 2010: Programy politických strán

SÚČASNÁ KOALÍCIA (SMER, HZDS, SNS): NÍZKA DÔVERYHODNOSŤ

Najväčšou slabinou zdravotníckych programov strán súčasnej koalície je ich nízka dôveryhodnosť. Vyplyva z toho, že vláda v zdravotníctve pod taktovkou strany SMER nedokázala ani v tomto končiacom volebnom období naplniť svoje programové ciele. A to nielen v politickej oblasti (ochrana investorov), ale ani v rozpočtovej (platba štátu 5%) a už vôbec nehovoríme o technických normách (DRG, štandardy, katalógy, minimálna sieť, ...). Tomu HZDS a SNS len asistovali.

Po tomto nedôveryhodnom výkone preto berieme programy SMERu, HZDS a SNS s veľkou rezervou. Navyše, v programe SMERu existuje len jediný bod hodný spomenutia, a to zavedenie diagnostických a liečebných štandardov. Inak je program plný balastu. SNS sa vyjadrila v prospech DRG a pripoistenia, ale v súčasnom volebnom období pre to nič neurobila. Ešte tragikomickšie vyznieva program HZDS – zrušiť odporúčacie lístky (inak zavedené touto vládou!), príklon k DRG (asi povinná jazda) a od SDKÚ-DS odkopírovaný nápad ochranného limitu na spoluúčasť. Aby sa nepovedalo, tak HZDS má 150 EUR ročne, kým SDKÚ-DS 120 EUR.

V princípe však môžeme konštatovať, že ak by pokračovala vláda súčasného tria, nemáme sa v zdravotníctve veľmi na čo tešiť. Pretrvávajúca koncentrácia na poistnom trhu, dohľad závislý od vlády, zadlžujúce sa nemocnice, iritujúce odporúčacie lístky, vágna definícia základného balíka a netransparentné tendre a ceny.

SÚČASNÁ OPOZÍCIA (SMK, KDH, SDKÚ): HLAVNE OPATRNE

Strany súčasnej opozície nadväzujú na reformu Rudolfa Zajaca a snažia sa naplniť čo najviac jej elementov: zavedenie štandardov, viac poisťovní, DRG, zrušenie odporúčacích lístkov či zavedenie ochranného limitu na spoluúčasť.

Na rozdiel od ostatných strán sa programy SDKÚ-DS a KDH na zdravotníctvo pozerajú nielen z pohľadu nástrojov, ale volia koncepcnejší pohľad – cez ciele (napr. maximálne ča-

kacie doby). Prekvapivo, zo súčasnej opozície chce nezávislejší dohľad len SDKÚ-DS. Na druhej strane nemocnice ako akciové spoločnosti presadzuje iba SMK. A do tretice, nové prediktory v prerozdelení zdravotného poistenia podporuje iba KDH.

Zaujímavé je, že KDH mieni zrušiť zdravotné odvody a presadiť financovanie zdravotníctva z daní. Konkrétne zvýšením dane z príjmov a DPH. Takéto riešenie podľa nás povedie k redistribučným efektom a väčšia váha financovania sa presunie na chudobných, nezamestnaných a dôchodcov.

V tomto kontexte považujeme za veľmi prínosné opatrenie SDKÚ-DS a KDH o zavedení ochranného limitu na spoluúčasť.

Ako sklamanie vnímame, že ani jedna strana súčasnej opozície sa neodvážila prihlásiť k zavedeniu poplatkov, hoci všetky strany za toto opatrenie ešte v roku 2003 hlasovali.

NOVÁČIKOVIA (MOST A SAS): VIAC TRHU, VIAC ZODPOVEDNOSTI

Nové strany Most aj SaS stavili na tendenciu, aby sa ľudia o svoje zdravie viac starali. Prichádzajú s konceptom, že ak sa poistenec správa zodpovedne, má nárok na vrátenie určitej časti zaplatených odvodov (SaS), alebo má nárok na určitý bonus (Most). Obe strany podporujú nezávislosť úradu pre dohľad.

Most sa prihlásil k verbálnej podpore DRG naprieč politickým spektrom.

SaS zase ako jediná mieni rozpútať vyššiu konkurenciu v zdravotnom poistení formou rozdelenia a privatizácie VŠZP. Pre SaS je taktiež dôležité definovanie základného balíka, pripoistenia a ako jediná strana navrhla zavedenie jednotného zdravotného odvodu vo výške 9 %, ktorý bude znášať zamestnanec z „brutto-brutto“ mzdy a bude sa platiť zo všetkých druhov príjmov. Na rozdiel od návrhu KDH, ktorý je z hľadiska distribúcie finančnej záťaže regresívny, opatrenie SaS je progresívne a zatažuje predovšetkým ľudí, ktorí sa plateniu odvodov dnes úspešne a legálne vyhýbajú.

PETER PAŽITNÝ

Tabuľka 1: Analytický prehľad volebných programov

	SMER	SNS	HZDS	SMK	MOST	KDH	SDKÚ	SAS
Štandardy kvality	x					x	x	
Nezávislosť ÚDZS					x	x		x
Viac poisťovní				x			x	x
Rozdelenie a privatizácia VŠZP								x
Nemocnice ako a. s.				x				x
Vrátenie časti odvodov					x			x
Zrušenie odvodov						x		
Zrušiť odporúčacie lístky			x	x			x	x
Platba nemocniciam cez DRG		x	x		x	x	x	
Ochranný limit na spoluúčasť			x			x	x	
Definovanie základného balíka							x	x
Maximálne čakacie doby							x	
Extra poistné a pripoistenie		x				x	x	x
Zdravotný odvod 9 %								x
Nové prediktory zdravotného stavu						x		x

Zdroj: Analýza Health Policy Institute na základe programov politických strán, 2010

Záznam z diskusie o volebných programoch politických strán

Čo čaká slovenské zdravotníctvo po voľbách?



Foto: Yuichi Sakuraba

Slovensko čakajú v júni 2010 parlamentné voľby, ktoré na ďalšie roky ovplyvnia hospodárske a spoločenské smerovanie krajiny. Keďže zdravotníctvo patrí k rezortom, ktoré sú najväčšie závislé od politických rozhodnutí, výsledok voľieb bude mať podstatný vplyv aj na budúce smerovanie zdravotnej politiky.

Health Policy Institute pripravil odbornú diskusiu o zdravotnej politike s jej (možnými) budúcimi tvorcami. Volebné programy v oblasti zdravotníctva predstavili zástupcovia jednotlivých politických strán a hnutí. Z ôsmich relevantných strán prijalo pozvanie šesť, pozvanie odmietol Smer-SD a zástupca Most-Híd sa ospravedlnil. Podujatie moderoval Tomáš Szalay z HPI.

Na úvod podujatia vystúpil analytik HPI Karol Morvay s prezentáciou makroekonomických rámcov zdravotníctva pre najbližšie obdobie. Robert Žitňanský z Inštitútu pre dobre spravovanú spoločnosť (SGI) predstavil publikáciu *2 cesty k lepšiemu zdravotníctvu*. V nej sú predstavené dva koncepty návrhov na zvýšenie kvality a efektívnosti slovenského zdravotníctva, jeden z dielne poradcu ministra financií Martina Filka, druhý vytvoril tím HPI.

V ďalšej časti mali politici vyčlenený priestor na prezentáciu (10 min) a obhajobu (5 min) svojho programu. Na záver patril priestor všeobecnej diskusii a ďalším otázkam publika. Na tomto mieste prinášame mierne skrátený a zredigovaný prepis diskusie. Nájdete ho taktiež na www.hpi.sk.

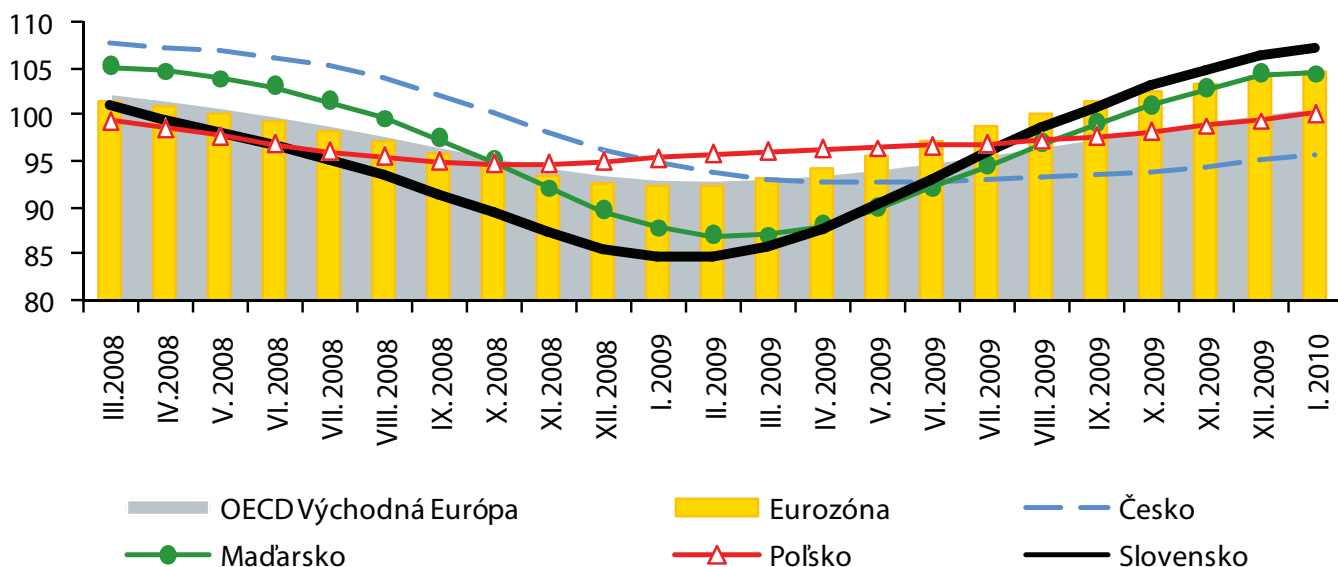
KAROL MORVAY: PROGNÓZA MAKROEKONOMICKÉHO VÝVOJA A JEHO VPLYVU NA ZDRAVOTNÍCTVO

Vývoje, o ktorých budem hovoriť, nevyjadrujú vývoj reálnej ekonomiky, iba to, čo očakávame od ekonomiky v danom období. Ako reprezentanta pestrej kvality indexov klímy som vybral ten, ktorý pravidelne publikuje OECD. Ide o zložený, kompozitný, tzv. leading kompozitný indikátor. Leading v tom zmysle, že predbieha skutočný vývoj.

Tento indikátor podľa skúseností približne tri až šesť mesiacov dopredu predpovedá, čo sa asi stane. To, čo vidíme na tých krivkách je vlastne očakávanie, čo sa bude o pol roka. Treba si všimnúť, že krivka za Slovensko počas recesie padla zjavne hlbšie ako v iných krajinách, ale teraz ako keby stúpala výraznejšie ako v iných krajinách. Ten pohyb aj smerom nadol, aj smerom nahor, ako keby bol výraznejší ako inde.

Chcem však varovať pred prehnaným optimizmom, tie indexy klímy sú obyčajne viac volatilné ako reálny vývoj. Veľmi ľahko sa stane to, že padajú hlbšie a stúpajú vyššie, ako je potom

Graf 1: Vývoj OECD Composite Leading Indicator (CLI, úroveň roka 2000 = 100)



Zdroj: OECD



skutočný medzinárodný vývoj. Rozhodne si preto nemyslím, že oživenie bude také jasné a tak priamočiare, ako vyplýva z takýchto indexov klímy. Prečo nebude také priamočiare a jednoduché, ako by to z tých kriviek vyplývalo? Zjavne preto, že oživenie sa zatiaľ ukazuje ako veľmi výrazne aj odvetvovo aj regionálne diferencované. **Plošný ekonomický rast, na aký sme boli zvyknutí v uplynulom „bezproblémovom“ období je v tejto chvíli minulosťou.** Odvetvové diferencie sa ukazujú ako mimoriadne veľké. V súčasnosti vidíme odvetvia kde už je dvadsaťpercentný medziročný rast produkcie, ale aj také kde je ešte stále dvadsaťpercentný pokles, kde prebiehajú zrejme nejaké vážne procesy reštrukturalizácie, takzvanej tvorivej deštrukcie.

Ukazuje sa, že iniciátorom oživenia môže byť spracovateľský priemysel. Podotýkam však, že momentálne výsledky spracovateľského priemyslu, kde už máme vyše 22%-ný medziročný ročný rast, sú aj preto také vynikajúce, lebo vlni boli mimoriadne zlé. Je tam veľmi nepriaznivá minuloročná porovnávacia báza a kvôli tomu súčasný výsledok vyzerá priam bombasticky dobre. Ale vo väčšine ostatných odvetví, teda mimo priemyslu, je to veľmi otázne. Vidíme odvetvia, ktoré stále stagnujú, alebo kde ešte naďalej klesá produkcia, napríklad stavebníctvo alebo vnútorný obchod.

Preto, ak sa vrátim k indexu klímy, silno pochybujem o tom, že by to mohlo byť také priamočiare a bezproblémové, keď vo vnútri prebiehajú takéto vážne reštrukturalizačné procesy a taká vážna diferenciácia.

Čo je pre nás extrémne dôležité: zlepšenie na trhu práce nutne zaostáva za zlepšovaním ukazovateľov produkcie. Zdroje zdravotníctva sa odvíjajú práve od indikátorov trhu práce, od zamestnanosti, od miezd. Je pozoruhodné, že na Slovensku, je ten časový posun zmien, parametrov trhu práce výraznejší ako niekde inde. To meškanie má istú logiku, pretože ak ekonomika padá do recesie je jasné, že legislatíva trhu práce istú dobu bráni tomu, aby sa zamestnanosť plne adaptovala na vývoj produkcie. Ale niečo podobné existuje aj pri spätnom procese oživenia, pretože tam zas historická pamäť zamestnávateľov hovorí: „Budme opatrní, počkajme na stabilizáciu rastu dopytu, nereagujme hneď na prvý pozitívny výkyv prijímaním nových, hlavne kmeňových zamestnancov.“ Logicky tá silná diferenciácia v oživovaní produkcie, neznamená aj silnú diferenciáciu vo vývoji zamestnanosti a miezd a vzniká taký zaujímavý stimul pre neprirodzený rozmach samozamestnávania. Prečo neprirodzený? Pretože ide o rozmach samozamestnávania v relatívne nepriaznivej makroekonomickej situácii, čo je zdanlivo zvláštne, ale je to práve tým, že bude prevládať

rezervovaný postoj podnikov pri prijímaní kmeňových zamestnancov a radi sa spoľahnú na spoluprácu so samostatne zárobkovo činnými osobami a pod.

Tvorivá deštrukcia, ktorá sa na konci recesie zosilňuje, znamená len silnú diferenciáciu tak rastu produkcie, ako aj zamestnanosti, o mzdách už ani nehovoriac.

Po prudkom poklese reálneho HDP máme na tento rok odhadnutý mierny rast. Čisto technicky vzaté môžeme hovoriť o skončení recesie, keď máme kladné číslo, plus 2,5 percenta rastu HDP. To ale v žiadnom prípade neznamená návrat na úroveň pred recesiou.

V našom prípade sú dôležité parametre trhu práce. Zmenu zamestnanosti stále odhadujeme niekde na úrovni okolo nuly, alebo nejaké veľmi jemné mínus, alebo plus. **S rastom zamestnanosti prvýkrát počítame až v roku 2011.** Vidno tu spomínaný časový posun oživovania sa trhu práce s oživovaním produkcie. Mzda, ktorá je rozhodujúcim parametrom pre odhad odvodov, teda príjmov zdravotných poisťovní, je na historických minimách svojho tempa rastu, po trojpercentnom raste priemernej mzdy v roku 2005. Očakávame veľmi mierne zrýchlenie v roku 2010 s tým, že existuje priestor pre zvyšovanie tempa rastu v ďalších rokoch kvôli tomu, že sa zrejme po obnovení silnejšieho ekonomického rastu znovu vytvorí situácia štruktúrnej nerovnováhy. Opäť môže chýbať kvalifikovaná pracovná sila, ale to je skôr horizont rokov 2012-2015. Dovtedy zrejme musíme počítať iba so slabučkým nárastom priemernej mzdy. Miera nezamestnanosti stúpne, hoci nie tak dramaticky ako v minulom roku.

Relatívne dôležité pre charakteristiku toho celkového prostredia môže byť, že inflácia zrejme nebude vedieť nabráť na svojej sile. Rast spotrebiteľských cien zostane okolo 1,5 – 2 %, čo je pre ekonomiku, ktorá bola zvyknutá na podstatne vyššie tempo rastu spotrebiteľských cien skutočne neobvykle nízko. Je to bežný sprievodný jav recesie.

Čo z makroprostredia vyplýva pre príjmy zdravotných poisťovní: predovšetkým poznáme skutočnosť, že v roku 2009, napriek hlbokému prepadu do recesie sa udržal aký-taký rast príjmov z preddavkov do zdravotných poisťovní. Rast 3,1 % je veľmi blízko tempa nominálneho rastu miezd (3,0 %), čo však nie je zákonitosťou. Rok 2010, opäť predpokladáme podobný veľmi nízky nárast ako v roku 2009, práve kvôli tomu, že darmo hovoríme o oživovaní, trhu práce sa to ešte nedotýka a tieto príjmy sú viazané na parametre trhu práce. **Musíme preto počítať skôr s opatrným nárastom.** Podotýkam ešte, že dochádza k významnej reštrukturalizácii vo vnútri týchto príjmov a to tým, že klesajú medziročne odvody, ktoré platí zamestnávateľ a zamestnanec, resp. SZČO, na druhej strane je to vyvažované v niektorých chvíľach až prevažované masívnym nárastom platieb štátu, ktoré minulý rok narástli až približne o 16 percent medziročne a tým sa celá tá masa príjmov, ako keby podvihla na úroveň slabého rastu.

**ROBERT ŽITŇANSKÝ:
RIEŠENIA PRE LEPŠIE ZDRAVOTNÍCTVO**

Som partnerom Inštitútu pre dobre spravovanú spoločnosť. To, ako ma každý pozná, je mojich 15 rokov žurnalistickej práce, v ktorých má zdravotníctvo absolútne výsadné postavenie. Písal som naozaj o všeličom, písal som o Lexovej tajnej službe, neuveriteľných prípadoch privatizácie, prepojení

politiky, mafie a tajných služieb v prípade deblokácie. O veľa iných veciach, ktoré sú exkluzívne, povedali by ste si, že žurnalista sa bude báť a bude vystresovaný.

Musím vám povedať, že až keď som ako mladý zapálený novinár, ktorý je presvedčený o tom, že treba meniť svet k lepšiemu, začal písať o reforme bývalého ministra zdravotníctva Rudolfa Zajaca, až vtedy som pocítil, čo je to stať sa centrom veľkých záujmových skupín a vplyvov a všelijakých chorobných vecí. Vtedy som začal dostávať výhražné telefonáty a tým nemyslím len to, že by ste povedali, že to boli nejaké nadnárodné koncerny, to boli aj lekári.

Zdravotníkov mám veľmi rád a zdravotníctvo je môj obľúbený sektor, ku ktorému som sa vyslovene hlásil. Zdravotníctvo je sektor – a teraz poviem veľkú banalitu, ktorú každý z vás vie – kde sa stretáva neuveriteľne veľa záujmov. Je to miesto, kde sa stretávajú doslova tektonické dosky vplyvov, ktoré sa navzájom vylučujú, negujú, kryjú a z toho vyplýva mnoho problémov, ktoré slovenské zdravotníctvo má. Aj preto je s ním taký problém, preto s ním majú problém politici, dokonca aj politici, ktorí majú silnú víziu a vedia čo chcú presadiť, nehovoriac o politikoch, ktorí tú víziu nemajú a pre nich je zdravotníctvo len nejakým spôsobom zdrojom vyhľadávania renty.

Našťastie pre slovenské zdravotníctvo je tu generácia tridsiatnikov, nastupujúca generácia vizionárov, policy-makerov. Niektorí z nich nastupujú už desaťročie, ale ich chvíľa sa blíži, cítim to v kostiach. Títo ľudia majú jasnú víziu, vedia, čo slovenské zdravotníctvo trápí, vedia formulovať riešenia. Samozrejme, každá skupina ľudí trpí nejakými obmedzeniami, ideologickými, alebo straníckymi afinitami a podobne. Sme veľmi malá krajina, každý každého pozná. To je jeden z problémov pri formulovaní akejkoľvek politiky, ktorá jednak musí byť dostatočne vážna, aby zmenila veci a jednak musí byť udržateľná, aby aj po ďalších voľbách pokračovala.

Preto sme sa pokúsili – a v tejto brožúrke sa nám to celkom dobre podarilo – dať dohromady dva rôzne pohľady na to, čo slovenské zdravotníctvo trápí a čo ním treba urobiť. Jeden pohľad Martina Filka, ktorý je hlavným poradcom ministra financií, teda (s odpustením) slúži súčasnej vláde a druhý pohľad expertov HPI, ktorí vedia o zdravotníctve tiež veľa a (s odpustením) slúžili bývalej vláde.

Táto brožúrka ponúka len nástrel, náčrt vízie, čo treba spraviť. Je to ale veľmi zaujímavé čítanie v tom, že tie pohľady sa dopĺňajú. Naozaj sú odlišné, naozaj to nie je ani stranícky, ani ideologicky obmedzené, každý si tam nájde svoje. Každý z budúcich ministrov zdravotníctva by si tam mohol a snáď aj mal nájsť rozumné veci, ktoré sa dajú aj presadiť. Nakoniec, toto je cieľ projektu **Nové idey pre Slovensko**. Snažíme sa dávať dohromady ľudí, ktorých možno rozdelili politické alebo ideologické pohľady na veci, ale ktorých spája presvedčenie, že Slovensko potrebuje nejakú programovú alternatívu k populistickej politike, ktorú, žiaľ, na Slovensku v pravidelných cykloch máme možnosť zažiť.

<http://www.noveidey.sk>



JOZEF HALECKÝ ĽUDOVÁ STRANA – HNUTIE ZA DEMOKRATICKÉ SLOVENSKO

Realizácia zdravotnej politiky vo volebnom období 2010-2014 závisí od výsledkov volieb a nakoniec, ako ste zdôraznili, aj od toho, či budeme v parlamente, v čo pevne verím. **Ale osobne si myslím, že rezort je natoľko zaujímavý, že ho bude spravovať najsilnejšia strana, ktorá bude vládu zostavovať.**

Realizácia proreformných a protrhových cieľov v regulácii zdravotníctva bude ťažká. Zdravotná politika musí prejsť cez základné politické mechanizmy, ktoré sú ovplyvňované ešte prosocialistickým myslením významnej časti obyvateľstva, ale aj poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Tieto bariéry sa politickým stranám a politikom prekonávajú ťažko.

Po roku 2010 možno očakávať nastavenie financovania zdravotníctva tak, že bude deficitné a možno v niektorých momentoch aj krízové. Rast HDP nebude stačiť rastúcim požiadavkám, ktoré si zdravotníctvo vyžaduje. Takže popri napätí v dôchodkovom systéme sa bude pripájať aj finančné napätie v zdravotníctve. My, pokiaľ budeme v koalícii, sa budeme v parlamente usilovať, **aby v organizácii a riadení zdravotníctva ministerstvo plnilo iba svoje základné legislatívne a regulačné úlohy a aby sa zvyšovala samostatnosť a zodpovednosť zdravotných poisťovní vo financovaní a kontrole poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.**

Hlavným článkom pre riadenie zdravotníctva, podľa nás, musia byť zdravotné poisťovne, ktoré musia zabezpečiť efektívnosť a kontrolu nákladov všetkých lôžkových, ale aj ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Zdravotné poisťovne musia zabezpečiť transparentnosť a všeobecnú dostupnosť informácií o financovaní, ale aj o kvalite jednotlivých poskytovateľov. Musí to smerovať k tomu, aby fungovala efektívna konkurencia a porovnateľnosť zdravotných služieb obyvateľstva. Z tohto dôvodu budeme za zachovanie plurality zdravotných poisťovní. Dopustíme maximálne to, aby bola jedna verejnoprávna, teda štátna poisťovňa a sústava konkurujúcich, súkromných zdravotných poisťovní.

Zdravotné odvody zvyšovať nebudeme, ale budeme trvať na tom, aby štát platil za svojich poistencov 5 percent z vymeriavacieho základu počas celého funkčného obdobia. **Za rozhodujúce považujeme, aby sme mohli stanoviť podmienky a formu na realizáciu základného zdravotného po-**

istenia z verejných zdrojov, a teda aby sme určili aj rozsah zdravotnej starostlivosti v jasnej legislatívnej forme. Preto by mala byť v programe aj kategorizácia a katalogizácia jednotlivých chorôb.

Budeme sa snažiť, aby v lôžkovej starostlivosti platba bola za diagnózu, teda tzv. DRG systém. V otázke zisku zdravotných poisťovní budeme rešpektovať rozhodnutie ústavného súdu. Zdá sa že súčasný stav nie je v súlade s princípmi voľného pohybu kapitálu a zisku, ktoré platia v EÚ.

Zaostávanie výdavkov na zdravotníctvo bude asi trvalé, oproti technologickému postupu, ktorý je v zdravotníctve, preto by bol asi vhodný, možno už aj urýchlenný vstup súkromného kapitálu. Nie som si však istý, či bude dostatok síl, aby sa usporiadali vlastnícke a hospodárske zmeny v zdravotníctve, aby sme v tomto mohli pozitívne pokročiť.

Budeme sa snažiť zreorganizovať minimálnu lôžkovú a ambulantnú starostlivosť tak, aby rozhodoval princíp časovej a kapacitnej dostupnosti a nie nejaké iné nepodstatné okolnosti. Musia však v tom byť zainteresované vyššie územné celky, mestá, prípadne aj orgány štátnej správy ako aj samosprávne lekárske spoločnosti.

Našou snahou bude, aby sme postupne zavádzali štandardizované diagnostické a liečebné postupy, ako odporúčanie zdravotných poisťovní a MZ SR. Na základe toho by sa mohla hodnotiť kvalita a štandardné postupy poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, s cieľom účelnej a finančne odôvodnenej preskripcie liekov, liečebnej a diagnostickej techniky.

Sme za zachovanie 24-hodinovej lekárskej služby prvej pomoci tak, aby bola nepretržitá zdravotná starostlivosť pre všetkých zachovaná aj pre odlahlé regióny.

V liekovej politike sa v tomto období dosiahol pokrok, ale sú ešte rezervy na úrovni lekárov prvej línie a odborných lekárov. Zavedenie štandardných postupov, ale aj zrozumiteľná a efektívna kontrola zo strany poisťovní a odborných lekárskejších spoločností, by mohli byť správnymi krokmi, ktoré by zlepšili situáciu v tomto významnom úseku. Dôležité bude, aby sme udržali úroveň doplatkov za lieky tak, aby nedošlo k ďalšiemu zvyšovaniu priamych platieb za receptové lieky. Nebudeme zavádzať do praxe ďalšie poplatky pre pacientov, ale budeme sa snažiť, aby **maximálny ročný limit na liekové poplatky bol 150 eur.** Našou snahou bude zrušiť poplatky za prednostné ošetrenie pacientov u lekára počas hlavnej pracovnej doby, myslím hlavne u odborných lekárov a posunutie tejto možnosti na neskoršie hodiny, ktoré sú prijateľné pre pacienta, ale aj pre lekára. **Plánujeme zrušiť doplatky za lieky u detí do šesť rokov a u seniorov nad sedemdesiat rokov.** Výmenné lístky budú potrebné iba pri prvom vyšetrení u odborného lekára, alebo v nutných prípadoch tam, kde je jasná a špecifická potreba.

Teraz považujeme za vhodnú dobu aj vzhľadom na financie z EÚ, aby sme pristúpili k elektronizácii zdravotnej dokumentácie, po celej línii zdravotníctva, s tým predsavzatím, že aj pacient môže byť aktívnym účastníkom pri kontrole svojho poistného. V realizácii celospoločenských zdravotníckych programov sa budeme držať tých najrozšírenejších chorôb a za prvoradý považujeme srdcovocievny a onkologický preventívny program. Budeme presadzovať, aby rozvoj lekárskej vedy a výskumu bol prepojený s praktickými potrebami zdravotníctva.

Monika Laciková: Nakolko realisticky myslíte ten návrh s oslobodením od doplatkov za lieky u detí do šesť rokov a ľudí nad sedemdesiat? Zvládnú to verejné financie?

Halecký: Je to z nášho predvolebného programu. Ukáže čas, či tieto požiadavky budeme vedieť a budeme môcť v koalícii presadiť.

Laciková: Nakolko reálne to vidíte dnes?

Halecký: K realite sa nebudem vyjadrovať. Toto je predvolebný bod, ktorého realitu budeme odhadovať až za tri mesiace.

Tomáš Szalay: Hovoríte, že v otázke zisku zdravotných poisťovní budete rešpektovať rozhodnutie ústavného súdu. Vieme, že ste v parlamente presadzovali iný návrh ohľadom zisku poisťovní. Mohli by ste však prípadne iniciovať nejakú zmenu skôr než dôjde k rozhodnutiu ústavného súdu a povedzme zmierniť prípadné dopady arbitráže a možno sa vyhnúť nejakým dôsledkom.

Halecký: Postrehli ste správne, mali sme problémy v parlamente zahlasovať za tento postup, ako sa legislatívne pripravil. Táto otázka bude podobne ako pri predchádzajúcej otázke predmetom diskusie pri zostavovaní koalície. Naše vnútorné stanovisko je, že s tým máme problémy, nepovažujeme to za šťastné riešenie.

Laciková: Keď bude zostavovať vládu SMER, tak si vyberie vlastného ministra zdravotníctva. Pozerali ste si program, ktorý odznel na ich programovej konferencii? S ktorými bodmi súhlasíte a s ktorými by ste mali problém, kde by mohlo dôjsť k určitým pnutiam?

Halecký: Máme problém so smerovaním k etatizácii zdravotníctva. Sme za pluralitu v zdravotníctve, poisťovníctve, aj u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, takže toto bude jeden z rozhodujúcich momentov, odkiaľ-pokiaľ a kto skôr.

Szalay: Ministerstvo zdravotníctva by sa malo orientovať prevažne na regulačnú funkciu, na legislatívne úlohy. Znamená to, že by sa podľa vás malo postupne odťahovať od tej úlohy reálneho výkonu zdravotnej starostlivosti, poskytovania, alebo poistenia? Bolo by dobré štátne nemocnice privatizovať?

Halecký: Diskutuje sa o tom, myslím si, že vládna koalícia, ktorá pravdepodobne bude po týchto voľbách túto otázku tak riešiť nebude. Ja si myslím, že sa má posilniť postavenie poisťovní, ktoré majú mať väčšie právomoci, väčšiu zodpovednosť a sebavedomie. Musia viac dbať na to, aby finančné prostriedky, ktorými disponujú, boli správne distribuované medzi poskytovateľov a boli správne využívané. Vidím dosť výrazné rezervy v kontrolnej činnosti, vo výstupoch prezentácií na verejnosti a hlavne v liekovej politike. V minulosti sa uplatňovali komisie pre správnu farmakoterapiu a teraz myslím si, že hlavne v prvej línii, či už u obvodných lekárov, alebo u odborných je polypragmázia dosť častá. Píše sa viac liekov ako je žiaduce z odborného hľadiska a práve tam si myslím, že zdravotné poisťovne by mali mať lepšie kvalifikovaných odborníkov na všetkých pobočkách, aj z jednotlivých odborností. Nestačí revízný lekár, ktorý má atestáciu z organizácie zdravotníctva: mal by tam byť odborník z každého odboru.

Igor Dorčák: Momentálne na Slovensku sú tri zdravotné poisťovne, dve väčšie, jedna menšia. Považujete to za dostatočne pluralitný systém? Robili by ste niečo pre to,

aby zdravotných poisťovní bolo viac a aby súťaž medzi poisťovňami bola významnejšia?

Halecký: Sme za pluralitu poisťovní, naše minimum je jedna štátna a jedna súkromná poisťovňa. Pokiaľ budú vznikať viaceré súkromné, alebo štátne poisťovne, nič proti tomu mať nebudeme, budeme to považovať za správny smer.



IMRICH HUGYIVÁR STRANA MAĎARSKEJ KOALÍCIE

Pracujem tridsať rokov ako praktický lekár na Slovensku a od vzniku Nitrianskeho samosprávneho kraja ako podpredseda zdravotnej komisie. SMK považuje zdravotníctvo za jednu zo svojich priorít, pretože sme aj strana regionálna a vieme dobre, že zdravotnícke štatistiky južného Slovenska sú najhoršie na Slovensku. Je v našom záujme, aby zdravotníctvo fungovalo dobre, lepšie ako teraz a chceme k tomu prispieť aktívnejšou zdravotnou politikou.

Niektoré naše základné tézy a východiská tejto zdravotnej politiky: Zdravie vo svojej celosti, psychickej, sociálnej aj telesnej, je najväčšia hodnota a toto sa musí odzrkadliť aj v spoločenských hodnotách. Nepokladáme zdravotníctvo za čiernu dieru, ale za dobre vynaložené prostriedky. **Najväčším problémom je, že reforma zdravotníctva zastala na polceste. Časť zdravotníctva je transformovaná, ale ďalšia časť – najmä veľké nemocnice – zostali netransformované.**

Zdravotníctvo si predstavujeme ako funkčný celok s rovnakými podmienkami pre všetkých účastníkov tohto systému a s minimálnymi politickými zásahmi. Pokladáme za veľmi dôležité, aby bola zachovaná dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre všetkých občanov štátu a nevznikli ďalšie regionálne rozdiely. **Za dôležitú pokladáme transformáciu zdravotníckych zariadení na obchodné spoločnosti. Napriek tomu, že veľké nemocnice majú k dispozícii oveľa väčšie finančné zdroje, predsa tam vznikajú najväčšie dlhy v systéme.**

Zdravotníctvo je podfinancované a preto pokladáme za potrebné zvýšiť platby štátu za svojich poistencov na 5 percent priemernej mzdy. Chceme zabezpečiť primeranú ochranu investícií v zdravotníctve a umožniť poisťovňam primeraný zisk. Potrebné je hradenie nemocničných výkonov podľa diagnóz a tým odstránenie rozdielu financovania tzv. koncových veľkých nemocníc a župných alebo mestských nemocníc. Ako poslanec samosprávneho kraja viem, aké sú problémy s menšími nemocnicami. Svoje opodstatnenie majú aj

menšie, regionálne nemocnice, a rovnako majú svoje opodstatnenie veľké, fakultné a koncové nemocnice. Systém musí byť proporcionálny a vyrovnaný, aby štát nevyužíval svoju zdravotnú poisťovňu na to, aby bez objektívnych kritérií rozhodoval o bytí a nebytí určitých nemocníc. Kritériá úspešnosti musia byť objektívne a kompetentné, a má ísť o rozhodnutia zdravotnej poisťovne, nie politické rozhodnutia.

Sme za zrušenie výmenných lístkov. V systéme vidíme okrem týchto nezrovnalostí medzi nemocnicami ďalšie problémy, pokladáme ich za dôležité, aby sa tie proporcie dali na správnu mieru. Vyrovnanie vnútorných nerovností vo financovaní systému: znížiť platby poisťovní na RZP a RLP. Nie je predsa možné, aby jedna RZP bez lekára mala za mesiac väčší príjem ako jeden praktický lekár, ktorý ošetruje 1500 pacientov. O jednu tretinu je reálne možné znížiť tieto príspevky na rýchlu zdravotnícku pomoc, ktorá je veľmi potrebná a veľmi prospešná, ale je podľa nášho pohľadu prefinancovaná. Ďalším zdrojom, kde narastajú výdavky 33,5 % na lieky, je lieková politika. Máme v programe znížiť DPH na lieky z 10 % na 6 %. Dnes je absolútny chaos v priamych platbách u lekárov. Kedysi boli len dvadsaťkorunáčky a dnes každý pacient uzná, že sú tie platby absolútne deregulované, každý lekár má iné cenníky. Toto chceme vtesnať do nejakých limitov. Tu by sme chceli posilniť úlohu lekára vyššieho územného celku, ktorý by túto cenotvorbu a tieto platby reguloval.

V našej zdravotnej politike má prioritu ambulantná sféra. Toto sa deklaruje už dvadsať rokov, ale kvôli nemocničnej lobby to na Slovensku nejde. Je pre nás prioritou vyriešiť otázku ďalšieho vzdelávania praktických lekárov pre dospelých. Vieme, koľko je obvodov, aký je vekový priemer týchto lekárov. Chceme zabezpečiť korektné odovzdávanie praxe medzi praktickými lekármi, bez nutnosti, aby sa transformoval na sro-čku. Ďalším bodom je ročné zúčtovanie: odovzdať ho do kompetencie zdravotných poisťovní. Toto by boli krátke východiská našej politiky. Budeme podporovať všetky snahy o to, aby reforma konečne išla jedným smerom, bola dotiahnutá do konca a priority neboli určované politicky. Funkčný systém s rovnakými podmienkami pre všetkých účastníkov trhu.

Martin Filko: Malo by byť zníženie DPH na lieky z 10 % na 6 %? Aké sú dôvody na to?

Hugiivár: Aby náklady na lieky nerástli.

Filko: Hovoríte to len preto, aby išlo viac peniaze z jedného verejného vrečka do druhého, účtovná operácia bez reálneho čohokoľvek.

Hugiivár: Však aj teraz sa znížila DPH o 10 % a malo to nejaké efekty.

Filko: Kedže 13 % výdavkov na lieky je súkromných a 87 % je verejných, tak zmena v DPH sa u pacienta prejavuje len tými 13 %. Inde ako vo verejných financiách je to jedna plus jedna. Ak ide o to, že znížiť objem výdavkov na lieky, tak objem výdavkov na lieky sa nejakým spôsobom neznižuje.

Hugiivár: Zníži sa záťaž pre pacienta.

Filko: To je možné.

Laciková: Spomínali ste, že chcete transformovať zdravotnícke zariadenia na obchodné spoločnosti. Najväčšie dlhy v systéme tvoria fakultné nemocnice. Ako by ste sa s nimi porátali? Ako by ste znižovali dlhy?

Hugyivár: V týchto nemocniciach je absolútne mäkké ekonomické prostredie. Neprehľadné obstarávanie, veľké zákazky... Všeobecná zdravotná poisťovňa navýšila platby týmto nemocniciam na úkor malých nemocníc. Ten systém je deťavý, tam to vyteká, v týchto nemocniciach. Transformované neziskové organizácie, i keď majú menšie príjmy za tú činnosť, sú ekonomicky konsolidované. Napríklad štyri nemocnice v Nitrianskom kraji produkovali keď sme ich prebrali 400 miliónov korún dlhu za rok. Pre VÚC to nebolo možné uniesť, lebo by to pohltilo jeho majetok. Tak sme ich transformovali na neziskové organizácie a ten dlh sa prestal tvoriť. VÚC a nemocnice ako-tak hospodárili, boli tam úsporné opatrenia.

Obchodná spoločnosť ekonomicky inak pracuje, ako v týchto veľkých kolosoch. Akciové spoločnosti – tá reforma sa chcela dokončiť, len nebol na to čas, KDH predčasne opustilo druhú Dzurindovu vládu. Proces sa už začal, len sa potom zastavil pred koncom. Treba to dokončiť, sú tu dva systémy, ktoré súčasná vláda preferuje, vieme ktoré. S týmto sa musí prestať, musí tu byť jednotný systém s rovnakými pravidlami pre všetkých účastníkov systému.

otázka z pléna: Myslíte si, že manažéri vo fakultných nemocniciach sú nedostatočne kompetentní, alebo si myslíte, že nerobia dostatočné opatrenia voči tomu, aby sa nezadlžovali?

Hugyivár: Myslím si, že štát je najhorší vlastník.

otázka z pléna: A keby sa motivovali manažéri viac?

Hugyivár: Nemotivujú sa dostatočne. Nedá sa systém robiť tak, že jeden je taký, druhý iný. Treba urobiť jednotný, koherentný systém.

Szalay: Vy ste nielen za obchodné spoločnosti, ale aj za privatizáciu štátnych nemocníc?

Hugyivár: Dali by sme priestor aj súkromnému kapitálu. Možnosti zdravotníctva sú limitované finančnými zdrojmi a v tejto ťažkej ekonomickej situácii potrebujeme aj iné zdroje než poisťné a odvody štátu za svojich poistencov.

Szalay: Na základe akej analýzy ste prišli k tomu, že rýchla zdravotná pomoc je predražená o jednu tretinu?

Hugyivár: To je naša vnútorná analýza. Vidieť to aj na tom obstarávaní, aký bol záujem o tie RZP. Viem, že nemocnica, ktorá tú záchranku vedela získať naspäť, napríklad Šahy. Úplne to prevrátilo hospodárenie k pozitívnemu, keď mali RZP v prevádzke. Tam je to predražené podľa nás. Je to potrebné, je to fantastické, ale je to predražené.

ŠTEFAN ZELNÍK SLOVENSKÁ NÁRODNÁ STRANA

Zdravie je najväčšou podmienkou kvality života a hodnota, ktorá je našimi občanmi najviac oceňovaná. Zdravotná starostlivosť na Slovensku je konfrontovaná s mnohými výzvami, ako je vysoká zadlženosť sektora, výraznejší nárast požiadaviek na služby oproti rastu dostupných zdrojov, narastajúci nepomer medzi požiadavkami špičkových zdravotníckych pracovísk a dostupnými možnosťami zdravotníctva, supľovanie sociálnych služieb zdravotníctvom, strata medzigeneračnej solidarity a taktiež formovanie systému cezhraničnej zdravotnej starostlivosti v rámci EÚ. Zdravotnícke zariadenia



poskytujúce zdravotnú starostlivosť môžu dlhodobo a garantovane poskytovať len taký rozsah a kvalitu zdravotnej starostlivosti, ktoré budú v súlade s ich príjmami a výdavkami.

Novokoncipovaná podnikateľská činnosť v rezorte zdravotníctva by mala byť založená na vyváženosti vstupov a výstupov, pri uplatňovaní štandardných ekonomických nástrojov, orientovaných na sociálne trhovú ekonomiku, zohľadňujúc primerané ohodnocovanie zdravotníckych pracovníkov v zlepšujúcom sa poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Samozrejme, všetko sa odvíja od financií. Bez adekvátneho finančného krytia nie sme v zdravotníctve schopní urobiť nič. Preto navrhujeme, aby sa zvýšili zdroje pre zdravotníctvo, a to zavedením vymeriavacieho základu pre výpočet odvodu štátom plateného poisťného minimálne na úrovni 5 % z priemernej mzdy. **Navrhujeme, aby sa každoročne táto sadzba postupne zvyšovala, o 0,1-0,2 percentuálneho bodu.** Cieľom je, aby sme postupne dosiahli taký podiel financovania zdravotníctva na HDP v priebehu ďalšieho volebného obdobia, aby sme sa priblížili priemeru krajín OECD.

Budeme trvať na tom, aby sa urýchlene dokončil a zaviedol do praxe katalóg zdravotných výkonov. Chceme, aby sa tento katalóg ocenil, aby sa pre jednotlivé výkony z katalógu určila cena, ktorá bude slúžiť pre spravodlivejšie uhrádzanie zdravotnej starostlivosti zdravotníckym zariadeniam – DRG systém.

Budeme chcieť, aby sa do zdravotníctva zaviedol systém odpočtu DPH. Zdravotníci, ktorí nakupujú zdravotnícku techniku, zdravotnícke zariadenia si nemôžu odpočítať DPH. Zdravotníctvo je v tomto smere výnimkou, má zvláštny režim, čo sa týka hospodárenia.

Chceme podporovať slobodnú voľbu občana pri výbere zdravotníckeho zariadenia. Zároveň chceme vytvoriť siete konku-

renčné, ale regulované prostredie. V systéme zdravotného poistenia chceme zmeniť systém totálnej solidarity na princíp adresnej solidarity. **Chceme vytvoriť legislatívne podmienky na možnosť vzniku pripoistenia, napríklad zdravotného rizika tak, aby sa nezneužíval princíp solidarity:** napríklad pripoistenie pre adrenalinové športy, nadštandardné prístupy, vedomé poškodzovanie alebo nerešpektovanie liečby (napríklad užívateľa drog). Každému treba pomôcť, ale len jedna liečba bude hrazená. Bude sa s tým musieť vysporiadať aj rodina, aj ten, ktorý padne do siete závislosti.

Chceme, aby sa zaviedol povinný finančný odvod z cigariet a alkoholických nápojov, napríklad jeden cent z každej predanej cigarety, ktorý sa odvedie na špeciálny účet ministerstva zdravotníctva. Finančné prostriedky budú účelovo využívané na liečbu onkologických a srdcovocievnych ochorení. Dnes je veľmi ťažké povedať niekomu, či je alebo nie je fajčiar. Považujem za spravodlivé, že tí, čo fajčia (či už veľa alebo málo) budú platiť z každej cigarety.

Chceme, aby sa zabezpečilo primerané a spravodlivé odmeňovanie pre zdravotníckych pracovníkov v porovnaní s inými profesiami. Dôležitou úlohou zdravotníctva je skvalitniť a predĺžiť priemernú dĺžku života. Na to však musíme vytvoriť podmienky, najmä finančné. Chceme, aby sa zabezpečili peniaze pre financovanie preventívnych programov a vyhľadávanie ochorení v počiatočných štádiách, čo súčasne umožní aj rýchlejšiu a lacnejšiu liečbu. Jedným z riešení problémov zdravotníctva je zavádzanie moderných informačných a komunikačných technológií, v sektore známych ako eHealth. Je nevyhnutné zaviesť do praxe systém elektronického zdravotníctva, ako je elektronická karta, elektronická preskripcia, elektronická dokumentácia. Tieto služby zásadne prispievajú ku kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ale aj ku kontrole v spolupráci so stavovskými organizáciami a odbornými spoločnosťami.

Chceme vytvárať podmienky pre zdravú výživu obyvateľstva, ochranu životného prostredia, zvyšovať vedomosť obyvateľstva o zdravotnom štýle, podporovať výučbu a ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a formou vypísaných grantov zintenzívniť výskum v oblasti medicíny.

Takéto stretnutia by sa mali udiť po voľbách, aby sa zdravotníctvo nestávalo len témou pred voľbami. Mal by sa urobiť istý prierez cez politické strany, aby sa zadefinovala vízia zdravotníctva na niekoľko volebných období dopredu. **Do transformácie zdravotníctva treba vtiahnuť občana. Občan nechce platiť, najradšej by mal všetko zadarmo, ale finančné zdroje sú v tejto (a každej) krajine obmedzené.** Chceme, aby sa čo najviac stransparentnili toky v zdravotníctve a aby sa čo najviac odbúrala čierna ekonomika.

Tomáš Szalay: SNS sme pri hodnotení volebných programov pred štyrmi rokmi mierne pochválili. Váš program bol veľmi podobný tomu, ktorý ste teraz prečítali a v mnohých veciach sa ten program prelína s programovým vyhlásením tejto vlády. Prečo sa tie veci nepodarilo naplniť? Napríklad eHealth po štyroch rokoch stále nie je, hoci bol v prioritách volebného programu. Spolu s HZDS hlasovala SNS za odporúčacie lístky, ktoré obmedzujú slobodnú voľbu pacientov. Navyše na ministerstve zdravotníctva mala SNS štátneho tajomníka. Prečo po štyroch rokoch hovoríte tie isté veci?

Zelník: Nechcel by som teraz robiť odpočet za MZ, na to sa necítim kompetentný. Ale k tým výmenným lístkom po-

viem, že hlasoval som proti zrušeniu a som proti výmenným lístkom v takej podobe, v akej teraz sú. Výmenný lístok by mal byť komunikáciou medzi lekárom a lekárom. Ja keď som nastúpil ako lekár na obvod, a by som bol napísal, že prosím o chirurgické vyšetrenie, tak na druhý deň by som stál pred prednostom a bol by som vysvetľoval, prečo som takúto voľovinu napísal. Výmenný lístok nemá byť chápaný ako vstupenka do autobusu alebo do divadla. Má slúžiť na komunikáciu lekára s lekárom. Prečo lekár prvého kontaktu, ktorý posíla pacienta na odborné vyšetrenie, nenapíše to, čo už on vyšetřil? Sme svedkami, že sa na odborných ambulanciách stretávame so zástupmi ľudí. Odborný lekár potom zistí, že tam ten pacient ani nemusel ísť. Mohol ísť o ďalšie dvere ďalej. Toto je chyba výmenných lístkov, preto som hlasoval proti a hovoril, nehlasujme o výmenných lístkoch, ale bavme sa o ich obsahu, čo v nich je.

Szalay: Mali ste zdravotnícky program, podarilo sa vám dostať sa do vládnej koalície, obsadili ste aj významný post na ministerstve. Napriek tomu sa z vášho programu nepodarilo presadiť viaceré veci. Mali ste tam zúženie balíka, sprísnenie solidarity, akciové spoločnosti, ktoré ste podporovali atď. Aká je šanca, keď sa dostanete do ďalšej vlády, že z tohto, čo ste nám tu teraz povedali, sa niečo splní?

Zelník: Ako som povedal v závere: takéto stretnutia, na odbornej úrovni (treba do toho vtiahnuť aj laickú a hlavne odbornú verejnosť) by mali byť opakované, aby sa isté veci vydiskutovali. Inak je traumatizovaná skutočne celá spoločnosť, najmä laická verejnosť.

Prečo sa nám nepodarilo presadiť také alebo onaké veci? Viete, aj v manželstve sú dvaja a nie vždy sa im podarí presadiť. Ja sa teraz nechcem vyhovárať, bolo by to veľmi jednoduché. Teraz hovoríme, čo by malo byť do budúcnosti, nie to čo bolo. Stále hovorím o tom, že je dosť múdrych ľudí na Slovensku, ktorí by si mali vždy sadnúť, je jedno, či to je koalíčný, alebo opozičný.

Laciková: Spomenuli ste, že chcete odbúranie čiernej ekonomiky. Čo ste mali na mysli? "Malú domov" pre lekára, ktorý si za nejakú operáciu niečo odnesie, alebo ste mali na mysli nákupy diagnostických, operačných prístrojov, odkiaľ určitými províziami vytekajú peniaze zo štátnych nemocníc? Čo ste mali na mysli?

Zelník: Ministerstvo zdravotníctva by vôbec nemuselo mať peniaze na kapitálové výdavky. Prečo by tie peniaze nemohli byť zvýšením platieb poisťovní za vyšetrenia? Potom každý bude rozmyšľať, či si kúpi taký alebo onaký prístroj, lebo na ten prístroj musí zarobiť a musí zas späť vyprodukovať peniaze na nový prístroj. Každý si rozmyslí, či si kúpi prístroj s viacerými funkciami, ktorý potom nevyužije.

Ja som myslel na čiernu ekonomiku. Napríklad, sme za adresnú solidaritu. Prečo by napríklad nemohlo platiť, že štandardná endoprotéza kĺbu bude povedzme vo výške 40 000 a niekto si povie, že chce titánovú, o desať tisíc drahšiu. Prečo by tam nemohla byť možnosť oficiálneho priplatenia si? Ak chceš titánovú, hoci máš už taký vek, že by si tú titánovú už nemusel dostať, alebo rodina si povie, že chceme ešte aby si ju dostal.

Namiesto toho, že niekto vyhľadá niekoho... Toto sa netreba báť pomenovať. Prečo by ľudia nemohli vedieť, že tá operácia stojí toľko a toľko a keď použije sa teda taký materiál. A dobre, ja si priplatím, ak chcem niečo iné. Robia sa nadštandardné

izby. Je to dnes problém povedať primárovi, prosím vás pekné, tam je už pacient, tak tohto mu nedávajte? Urobí dnes nadštandardnú izbu bez toho, aby musel niekto za to niečo odvieŕť tej nemocnici? Len toto sa nejako bojíme pomenovať, stále hovoríme, že chceme urobiť nadštandard, chceme urobiť pre toho občana najviac – ale kto na tom najviac dopláca? No práve ten najbiednejší a najchudobnejší, nie tí, čo sú bohatí a majú svoje kontakty. Treba do toho vniesť jasné pravidlá. Začať od ocenenia výkonu a jasne povedať, koľko tieto veci stoja, pretože ľudia si to budú možno ináč vážiť, keď budú vedieť, že táto operácia nestojí to, čo platí poisťovňa za liečeného pacienta, poviem 35 000 korún, ale keď zistí, že tá operácia stojí 500 000 korún, tak aj tí ľudia sa budú s väčšou vážnosťou starať o svoje zdravie. My do toho musíme vtiahnuť aj toho občana, k tomu by mali teraz smerovať a pomôcť aj médiá, aby sme postupne vysvetľovali, učili toho pacienta. To nie je iba o tom, že niekto je chorý, dostane tabletky, pôjde na magnetickú rezonanciu, na vyšetrenie a tým pádom je vyriešený.

Szalay: Zisk poisťovní: áno/nie?

Zelník: Áno.



PETER KALIST
SLOBODA A SOLIDARITA

Keď tak počúvam kolegov, mám taký dojem, že sa téměř všetky dobré myšlienky v zdravotníckych programoch prekrývajú. Možno nie úplne, ale rezonuje mi tu spoločná reč. Dúfam, že všetky tieto myšlienky zostanú živé aj po parlamentných voľbách.

Zdravotná starostlivosť má svoju cenu, je niekým uhrádzaná. V ústave máme napísané, že zdravotná starostlivosť je bezplatná. Nie je to pravda. Pokiaľ si to väčšina populácie bude myslieť, dovtedy sa tieto veci nebudú dať do poriadku.

Jeden z hlavných problémov sú poisťovne. V súčasnosti sa smeruje k nejakému duopolu. Máme dve veľké poisťovne a jednu menšiu, toto nie je dobré. Pokiaľ existuje obrovská, miestami monopolná zdravotná poisťovňa, ako je Všeobecná zdravotná poisťovňa, tak to vôbec neprispieva k hospodárskej súťaži, k zdravej konkurencii. Zdravá konkurencia je niečo, čo samo od seba, bez toho aby sme do toho museli zasahovať, dokáže úplne spontánne zlepšiť parametre zdravotníctva. Preto navrhujeme rozdeliť štátnu zdravotnú poisťovňu na dve, ideálne na tri časti. Ak hovoríme o troch častiach, jednu by si nechal štát a ďalšie dve časti by sa predali, pričom kritériom by bola najmä cena. Predali by

sa na medzinárodnom trhu, bez možnosti koncentrácie. To znamená, že Dôvera teraz nemôže kúpiť dve tretiny Všeobecnej zdravotnej a stať sa najväčšou poisťovňou. Cieľom je, aby vzniklo skutočné konkurenčné prostredie aj v rámci poisťovníctva na Slovensku a aby ktorékoľvek zdravotnícke zariadenie alebo lekár neboli existenčne nútení uzavrieť zmluvu s poisťovňou.

Z nášho pohľadu zisk do zdravotníctva jednoznačne patrí. Chceme zrušiť všetky ustanovenia, ktoré viedli k zákazu zisku. V zdravotných poisťovniach musia existovať prísne obmedzenia na to, akým spôsobom sa ten zisk dá použiť, ale myslím, že to už bolo aj v predchádzajúcej legislatíve.

Bolo by dobré, keby sa politické strany konečne dohodli na základnom zákonnom nároku. Nemáme jasné pravidlá, od koho a ako sa má hrať, čo hradíme a čo nie. Tento základný nárok – alebo balík – by bola každá poisťovňa povinná poskytovať. Ruka v ruku s tým je potrebné dať poisťovniam možnosť (nie povinnosť) vyberať „nadštandardné“, nominálne poistenie. Pokiaľ znížime odvody na deväť percent spolu so zavedením odvodového bonusu – to je ale téma, ktorej by som sa nechcel venovať, pretože patrí iným predstaviteľom strany – tak vznikne priestor na vyberanie nominálneho poistného.

Podľa nášho konceptu by priamo štát neplatil za nikoho poistné. Poistné by sa štandardne kalkulovalo zo všetkých príjmov, vrátane sociálnych dávok atď. Znamená to obrovské zjednodušenie, zlacnenie a sprehľadnenie systému samotných platieb.

Temer nikto netuší, čo za neho zdravotná poisťovňa platí. **My chceme zaviesť povinné informovanie o cenách. Pri odchode z nemocnice, alebo ambulancie by mal byť pacient informovaný, koľko ten jeho zákrok stál.** Môže to mať ešte sekundárny efekt. Môže to donútiť poskytovateľov, ktorí to ešte neurobili, skalkulovať svoje nákladové ceny. Uvedú tam svoje nákladové ceny a na porovnanie, koľko vlastne reálne zaplatí zdravotná poisťovňa. Tento krok nevedie k tomu, aby pacient doplácal rozdiel. Vedie k tomu, aby pacient videl, čo to stojí. Výpisy uhradenej zdravotnej starostlivosti existujú, dajú sa použiť, ale nie sú povinné. Ľudia na ne nie sú naučení. Náš návrh smeruje k tomu, aby sa tie výpisy zaviedli povinne. Podobne ako výpis z banky, raz ročne, povinne zašle zdravotná poisťovňa svojmu poistencovi čerpanie zdravotnej starostlivosti. Je mi jasné, že takáto povinnosť znamená zvýšené náklady pre zdravotnú poisťovňu, ale určite je možné zaslať tento výpis elektronicky. Je možné, aby vám prišlo domov povedzme pdf, alebo mail v zrozumiteľnej forme. Som presvedčený o tom, že ľudia, ktorí to dostanú domov, si to budú čítať. A budú sa čudovať, veď ja som nebol nikde, prečo tu mám v marci nejakú úhradu u stomatológa, atď. Je to možný sekundárny efekt, ale samozrejme nesie to so sebou zvýšené náklady pre poisťovňu.

Výmenné lístky sú zbytočná šikana, treba ich úplne zrušiť.

Treba vrátiť nezávislosť Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Je nezmysel, že ministerstvo zdravotníctva môže bezdôvodne navrhnuť odvolanie predsedu úradu pre dohľad. Ešte čo sa týka úradu: **chceli by sme zaviesť poplatok za podanie sťažnosti.** Dnes je, pokiaľ viem, toto posledná inštitúcia, kde sa môžete sťažovať alebo podávať veci, ktoré vedú k právnym krokom prešetrovania, a nič za to nehradiť. Pokiaľ chcete podať niečo na súd, a ten vám prípadne dá za

pravdu, ten poplatok vám bude vrátený. Nechcem špekulovať o výške poplatku, len ho chceme zaviesť. Ako prevencia voči ľuďom, ktorí sa chronicky, opakovane sťažujú.

Martin Filko: Začnem trochu zoširšia. Rado Baťo vo svojom hodnotení vášho volebného programu, budem parafrázovať, povedal, že „*SaS urobí dobre pre seba aj pre Slovensko, keď sa bude držať čo najďalej od zdravotníctva.*“ Ja jeho názor zdieľam. Vy ste v tom volebnom programe, ktorý som čítal ja a ktorý čítal aj on, mali nejaké návrhy, ktoré sa týkali zníženia bariér vstupu na trh zdravotného poistenia. Aj Rado, aj ja som komunikoval s vašim predsedom [Richardom Sulíkom], kde sme sa mu snažili vysvetliť, že vôbec nechápe, v čom je problém, čo sa týka bariér vstupu. Že tie bariéry sú v prvom rade spôsobené koncentráciou. Váš predseda mi povedal, že som sociálny inžinier a nech sa do takých vecí nepletiem. Vy teraz po mesiaci-dvoch predkladáte nový program. Teraz, predpokladám, ste to konzultovali s ľuďmi z HPI, s ktorými sa dobre poznáte a prevzali ste ich názory na to, ako tú situáciu riešiť. To je úplne fajn, len otázka je, akú kredibilitu má vaša politika, keď úplne základnú otázku nemáte premyslenú. Niečo zverejníte, dokonca váš predseda, teda nie nejaký referentík, to odmietne ako sociálne inžinierstvo, a následne to po mesiaci prezentujete ako svoj nápad.

Kalist: Nevieť, čo ste vy komunikovali s pánom predsedom, neviem sa k tomu vyjadriť.

Filko: Toto čo ste tu prezentovali nebolo súčasťou vášho volebného programu a teraz tu prezentujete, je to tak? Rozdelenie Všeobecnej zdravotnej poisťovne, rozpredanie po častiach, nebolo súčasťou vášho volebného programu.

Kalist: V prvej verzii nebolo.

Filko: Koľko bude ešte takých verzií. Bude taká verzia aj po voľbách?

(hlas z pléna): Tá je vždy.

Filko: Ja rozumiem, že zdravotníctvo nie je programovou prioritou pre SaS.

Adam Hochel: Zaujala ma téma o obmedzovaní základného balíka alebo o nejakom priplácaní na diagnózy. Pán Zelník spomínal adrenalínové športy. Chcel by som vás poprosiť o jeden veľmi jednoduchý príklad z medicínskej praxe: Čo by ste odstrihli z balíka, ktorý máme dnes tak, aby ste z neho spravili základný balík, povedzme na tých 9%, ktoré ste spomínali. A čo by bolo v tých piatich?

Kalist: Tie percentá s tým nesúvisia, to som len uviedol ako príklad. Ale netrúfnem si teraz z tejto pozície odpovedať. Čokoľvek povieť v takejto debate, dá sa veľmi ľahko použiť proti vám. Toto chce diskusiu na odbornej úrovni, kde sa či už jednotlivé odborné spoločnosti alebo panely odborníkov dohodnú, že potiaľ ideme a potiaľ nie. Čiže ja na to neviem sám odpovedať. To sa musia dohodnúť odborníci, za každú jednu kapitolu, za každú jednu vec. Nerád takto odpovedám, ale skutočne neviem na toto odpovedať.

Hochel: Ja som pochopil tú konštrukciu tak, že zníženie zdravotných odvodov do úrovne deviatich percent, bude úvahou o základnom balíku a dopoistenie, bude úvahou nad základným balíkom. Pochopil som to správne?

Kalist: Dopoištenie, nominálne poistenie by bolo nad základným balíkom.

Hochel: Musí byť teda určené, čo je nárok všetkých občanov a čo je nárok tých, čo sa dopoistujú.

Kalist: To vám teraz neviem odpovedať.

Hochel: Máte predstavu koľko percent diagnóz by ste chceli eliminovať?

Kalist: Nedokážem na túto otázku odpovedať.

Laciková: Kto by mal platiť tých 9%, teda keby ste zrušili odvody, tak ako sú teraz? Všetci, čo to teraz platíme 14 %?

Kalist: To je súčasť celého odvodového bonusu.

Laciková: A za deti, dôchodcov, školákov?

Kalist: Podľa tohto konceptu by každý mal príjem, aj dieťa. To je len technická vec, cez daňový úrad. To nie je, že to dieťa priamo fyzicky bude platiť. Pre zjednodušenie.

Laciková: Takže rodičia by platili za svoje deti.

Kalist: Áno, ale zo štátnej dávky, ktorú dostanú na dieťa.



IVAN UHLIARIK KREŠŤANSKODEMOKRATICKÉ HNUTIE

Volebný program KDH bol schválený teraz v sobotu pod názvom Cesta pre Slovensko. Možno si niektorí z vás pamätajú, že KDH stálo pri zrode reformy zdravotníctva v rokoch 1990-1992. Minister Alojz Rakús bol vtedy pri zrode reformy, ktorá postavila základy jednak demonopolizácie, jednak odstátien, slobodnej voľby lekára alebo zdravotného poistenia. Dnes, po dvadsiatich rokoch, sú pred nami nové výzvy. Som veľmi rád, že moji kolegovia hovoria, že sa musíme dohodnúť, je potrebný široký spoločenský konsenzus. Keď nebudeme ignorovať tieto výzvy, budeme môcť zdravotníctvo nasmerovať tam, kde ho chceme mať. Kde si zaslúži, aby bolo. Aby nebolo len nákladovou položkou rozpočtu. Aby bolo oblasťou, ktorá je vysoko špecializovaná, s vysokou pridanou hodnotou a inováciou. Pomohol som si mottom od profesora Štencla: Len zdravý občan môže generovať ekonomickú prosperitu krajiny.

Náš program reflektuje tri hlavné ciele. Jednak zdravotný stav obyvateľstva a jeho zlepšovanie, jednak spokojnosť so zdravotnými službami a jednak samozrejme finančná ochrana tých, ktorí sú sociálne slabší. Dávame do centra pozornosti jednotlivca, na jednej strane spotrebiteľa, ale na druhej strane aj poskytovateľa, pretože nemôže byť dobrej zdravotnej starostlivosti bez toho, aby bol poskytovateľ spokojný a dobre motivovaný.

Hlavným mottom je spravodlivosť. Prvou hodnotou je kvalita. Chceme, aby bola rovnaká kvalita zdravotnej starostlivosti, bez regionálnych disparít. Dnes je situácia taká, že inak vám poskytne zdravotnú starostlivosť nemocnica na východe Slovenska, inak na juhu, inak v Bratislave. V rámci základného balíka zdravotného poistenia. **Musíme stanoviť štandard, ktorý bude hrazený z poistenia, ako aj časový štandard. Potom je možný vznik nadštandardu, ktorý by bol pripoistený alebo hrazený priamo pacientom.**

Uviest' chcem aj tzv. elektronickú kartu poistenca, ktorá by informovala o cenách a lekára o tom, akú zdravotnú starostlivosť ten pacient čerpal. Takáto zdravotná karta funguje v Českej republike niekoľko rokov.

Druhou hodnotou v spravodlivosti je spravodlivosť v odmeňovaní. Nemôžeme chcieť, aby bola kvalitná zdravotná starostlivosť bez toho, aby sme motivovali tých, ktorí ju poskytujú. **Chceme zvýšiť spoločenský status zdravotníkov: chceme zvýšiť hodinovú sadzbu pre LSPP a UPS,** podobne, ako to teraz navrhuje asociácia súkromných lekárov. Ale chceme aj zvýšiť odmeňovanie poskytovateľov. Nie je možné, aby, ako to už spomenul pán doktor Hugiivár, okresná nemocnica dostávala za rovnakú diagnózu trikrát menej ako fakultná. A povedzme jednodňová starostlivosť bola ešte menej ohodnotená za tú istú diagnózu ako nemocnica. Keď zrovnoprávnime poskytovateľov, vtedy je možné signifikantne zvýšiť kvalitu. Samozrejme, musíme stanoviť reálne ceny.

Posledný bod, je to spravodlivosť pre tých, ktorí to najviac potrebujú. Uvedomme si, že tá situácia v slovenskej spoločnosti v súčasnosti je vďaka kríze relatívne horšia, ako bola v roku 2006. **Chceme zaviesť limit na spoluúčasť vo výške dvoch percent príjmu mesačne iba dôchodcom, invalidným dôchodcom a držiteľom ZŤP.** Odhadujeme, že pri počte zhruba 1,2 milióna ľudí by tento náklad na fiškálnu politiku štátu znamenal okolo päť miliónov eur, čo je 0,2% rozpočtu. To je v rámci zdravotníckeho balíka reálne. Je to niečo, čo je adresné. Keď má niekto dvestoeurový, alebo dvestopäťdesiateurový dôchodok, inak dopláca, ako keď má niekto dôchodok alebo plat tisíc eur.

Posledným bodom je adresná sociálna dávka a zvýšenie príspevku pre opatrovateľa na úroveň minimálnej mzdy. Dnes máme nepomer medzi ležiacim pacientom v zdravotníckom zariadení a situáciou, keď sa o neho doma stará člen domácnosti. Člen domácnosti dostáva sto, stodvadsať eur za pacienta, ktorý stojí štát v inštitucionálnom zariadení okolo tisíc eur. To je obrovský nepomer, my chceme, aby to bolo ak nie zrovnoprávnené, tak aspoň zvýhodnené.

Som veľmi rád, že všetci moji kolegovia hovoria o potrebe konsenzu. V júni uvidíme, akým spôsobom sa dohodneme. Podobne ako sa Slovenská republika dokázala dohodnúť na vstupe do NATO, do EÚ, dokázala sa dohodnúť na konsenze prijatia eura, tak si myslím, že i zdravotníctvo sa musí odpolitizovať. Bez toho sa nikam nepohneme. Mala by to byť nie iba diskusia, ale naozaj by to mala byť štátna zdravotná doktrína, ktorá by mala byť prijatá širokým konsenzom politických strán, odborných spoločností. **Táto štátna zdravotnícka doktrína na horizonte minimálne desiatich rokov, do roku 2020, by bola záväzná pre nasledujúce vlády.** Aby sa nestávalo to, že za sedemnášť rokov existencie tejto republiky tu bolo jedenásť ministrov.



Michal Horváth: Jedna skúsenosť, ktorá sa týka výpisov z osobného účtu poistencov, ktoré ste tu spomínali. Posielali sme v našej poisťovni [Union ZP] stovke poistencov takýto výpis a potom sme cez telefón zisťovali, či si to prečítali a či tam bola nejaká položka, ktorá im nebola poskytnutá. Ani v jednom prípade sme nenašli chybu. Buď tomu nerozumeli, alebo sa na to vykašľali, alebo tam bolo všetko, čo tam malo byť. Neodporúčam zavádzať, aby poisťovne na vlastné náklady zasielali plošne tieto výpisy, kým tí ľudia nebudú motivovaní niečo tam nájsť. Keď to nájdú, na základe toho by mali mať nejaký profit, inak je to úplne zbytočné.

Ako by vyriešilo KDH absenciu arbitra medzi poisťovňami a poskytovateľmi? Na jednej strane je povinnosť poisťovní v rámci legislatívy zabezpečiť minimálnu sieť, na druhej strane sú obmedzené zdroje poisťovní a na tretej strane sú požiadavky, neraz aj oprávnené, poskytovateľov. Tieto tri komponenty sa v čase a priestore veľmi často nestretnú a potom z toho vyplývajú veľmi vážne problémy. Ako vyriešiť funkciu chýbajúceho arbitra, ktorý by riešil spory medzi zdravotnými poisťovňami a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, v prípade že sa nedohodnú a nie je známe, kto je na vine?

Uhliarik: V tejto chvíli vám neviem odpovedať. Ja som za to, aby pri takýchto prípadoch bol rozhodcovský súd, ktorý by mohol mať toto v kompetecii. Ale neviem vám odpovedať, či by mal byť pod úradom pre dohľad alebo pod inou inštitúciou. Navrhujeme voľbu vysokých predstaviteľov úradu pre dohľad parlamentom. Potom by som tam videl priestor pre rozhodcovský súd, ktorý by bol pod úradom pre dohľad, alebo by bol nezávislý, volený NR SR.

Dušan Zachar: Vysvetľovali ste dvojpercentný limit pre spoluúčasť určitých skupín obyvateľstva. Ja som to vo vašom programe nenašiel. Máte len napísaný maximálny limit spoluúčasti pacienta. Prečo ste to nenapísali?

Uhliarik: Máme politický program, a potom sú vyjadrenia, ktoré dávame médiám. Tam sú úplne transparentne napísané dve percentá. Nevidím dôvod, prečo by sme mali písať do programu technické detaily. Nechceli sme dať maximálny limit v objeme nejakého stropu peňazí, ale – aby to bolo spravodlivé – vzhľadom na príjem. V celom programe nie sú nikde spomenuté konkrétne čísla. Nie preto, že by sme ich nechceli hovoriť, ale preto, že čísla, ktoré dáte do politického programu sú zaväzujúce a môžu byť kontraproduktívne.

Zachar: Mohli by ste viac povedať o daňovom bonuse pre

domácnosti, ktoré sa starajú o ťažko chorého člena domácnosti?

Uhliarik: Podobne ako daňový bonus na dieťa, navrhujeme bonus na opatrovateľov, aby boli motivovaní človeka opatrovať a nedávať ho do inštitucionalizovanej starostlivosti.

Zachar: Kto bude rozhodovať, či je ťažko chorý, alebo nie?

Uhliarik: Teraz rozhoduje Sociálna poisťovňa o tom, či pacient je ťažko chorý a na základe toho opatrovateľovi prizná určitý príspevok.

Filko: Ako si vy – resp. KDH – predstavujete liekovú politiku?

Uhliarik: Čo sa týka liekovej politiky, ja vidím pozitívna referencovania, aj ako nástroja na zníženie nákladovosti. Ale určite som proti kategorizácii štyrikrát do roka. Bolo aj proklamované ministerstvom, že budú dve hlavné kategorizácie. V realite sú naďalej štyri a pôsobi to likvidačne na lekáre.

Zvýšenú spotrebu nemáme šancu zregulovať tým, že budeme znižovať DPH alebo sekať ceny. Znížená spotreba je aj odrazom lepšieho zdravotného stavu. Pred desiatimi rokmi nikto neužíval statíny, dnes ich užívajú dva milióny ľudí. Pred desiatimi rokmi sa neliečili onkologické ochorenia tak, ako sa liečia teraz. Tak, ako sa zlepšuje zdravotný stav obyvateľstva, tak, ako sa stáva štát bohatším, tie náklady na lieky budú musieť stúpať. Ale to je spotreba. Ceny majú dostatočnú reguláciu.

otázka z pléna: Ako by ste chceli riešiť stámiliónový dlh prevažne lôžkových zariadení, ktorý sa neustále odsúva? Či takým systémom, ako to urobila predošlá vláda, teda nejaký Veriteľ, alebo tak, ako to urobila táto vláda, náhradná finančná výpomoc? Mám problém veriť, že o dva roky budú nemocnice schopné splácať to, čo teraz dostali. Máte nejaký koncept ako by ste to chceli riešiť?

Uhliarik: Či už oddĺženie typu Veriteľ, alebo oddĺženie teraz, nie sú veľmi šťastné. Kým nebude zdravotnícke zariadenie motivované, aby ten dlh nejakým spôsobom netvorilo, tak ho bude tvoriť. Keď budú definované základné štandardy, čo dostane nemocnica za jednu diagnózu, keď budú definované základné veci, ktoré platia v obchodnom styku, tak jednoducho sa nemocnica nebude môcť zadlžiť tak, ako sa zadlžuje.

VILIAM NOVOTNÝ SLOVENSKÁ DEMOKRATICKÁ A KREŠŤANSKÁ ÚNIA – DEMOKRATICKÁ STRANA

V roku 2010 sme na 28. mieste z 33. zdravotných systémov, ktoré boli porovnávané nezávislou švédskou inštitúciou. V zlepšovaní zdravotného stavu sme minulý rok skončili na poslednom mieste, spolu s Albánskom a Bulharskom.

Do slovenského zdravotníctva išlo minulý rok približne o 50 % viac peňazí ako v roku 2005, ale na základe názorov spoločnosti sa služby nezlepšili. Je fakt, že ľudia platia stále viac v hotovosti u lekára a v lekárni. SDKÚ ponúka na túto neutešenú situáciu riešenie, ktoré nájdete na našej stránke určenej pre zdravotníctvo, www.zdraveslovensko.sk. Cieľom SDKÚ v zdravotníctve je zlepšiť zdravotný stav ľudí, zvýšiť spokojnosť pacientov, zlepšiť finančnú ochranu pacienta v zdravotníctve. To sa určite dohodneme s KDH.



Čo urobíme na zlepšenie zdravotného stavu ľudí? Chceme sa zamerať na prevenciu. Chceme prebudovať systém verejného zdravotníctva tak, aby sa použil aj v prevencii proti civilizačným ochoreniam. Chceme účinnú prevenciu od detstva, ale prevencia nebude fungovať, keď ľudí nebudeme motivovať. Chceme, aby chodili na preventívne prehliadky, chceme ich motivovať. **Preto prichádzame s návrhom zaviesť bezplatné nadštandardné výkony pre tých, ktorí pravidelne absolvujú preventívne prehliadky. Plnú výšku rodinných dávok dostane len tá rodina, ktorej deti absolvujú preventívne prehliadky.**

Pre zlepšenie zdravotného stavu ľudí chceme ľuďom garantovať kvalitu. Myslíme si, že pacienti na ňu majú nárok. **Chceme zlepšiť odmeňovanie zdravotníkov na základe výsledkov a kvality zdravotnej starostlivosti. Chceme zaviesť systém merania kvality, akreditáciu poskytovateľov, aby bolo jasné, kto môže čo robiť. Chceme zaviesť diagnostické a liečebné protokoly, ktoré budú garantovať kvalitu tak, aby aj v Kráľovskom Chlmci, aj v Bratislave dostal na danú chorobu tie isté liečebné a diagnostické postupy. Zároveň to povedie k bezpečnosti pacienta.**

K zvýšeniu spokojnosti pacientov chceme prispieť tým, že vrátime slobodu do zdravotníctva. **Okamžite zrušíme odporúčacie lístky.** Sme presvedčení, že poistenci musia vedieť, za čo platia a čo za to dostanú. **Chceme preto veľmi jasne zadefinovať, čo je štandard, na čo má poistenec nárok z verejného zdravotného poistenia a čo je nadštandard, na čo si treba priplatiť, prípadne na čo chceme podporiť rozvinutie individuálneho zdravotného poistenia.** Chceme urobiť jasné pravidlá pre tvorbu poradovníkov, aby poistenec vedel, ako dlho bude čakať na zdravotnú starostlivosť hradenú z verejného zdravotného poistenia. Chceme zvýšiť spokojnosť pacienta so zdravotnými poisťovňami. Naš volebný program hovorí, že **chceme zjednotiť výber daní aj odvodov, tým pádom sa nám vyrieši aj problém ročného zúčtovania zdravotného poistenia.** Bude sa podávať v rámci daňového priznania. Chceme prinavrátiť súťaž zdravotných poisťovní tak, aby sa mohli odlišovať ponukou. Sme presvedčení, že to povedie k vyššej spokojnosti poistencov a samozrejme podporíme individuálne zdravotné poisťovne. Chceme zlepšiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti, pretože sme presvedčení, že v solidárnom zdravotníctve sme si všetci rovní aj v potrebe zdravotnej starostlivosti. Medziregionálne rozdiely na Slovensku sú, žiaľ, pomerne výrazné, preto nanovo zdefinujeme verejnú minimálnu sieť aj s prihliadnutím na regionálne rozdiely. Ponúkame integrovaný regionálny systém, akúsi logickú postupnosť v starostlivosti o pacienta

od ambulancie primárneho lekára až po špecializované pracovisko v danom regióne. Chceme posilniť primárnu ambulantnú starostlivosť. Chceme dostupnú nepretržitú lekársku službu prvej pomoci, ktorú budú lekári slúžiť dobrovoľne a za primeranú odmenu.

Chceme zlepšiť finančnú ochranu pacienta v zdravotníctve, preto navrhujeme ochranný limit na spoluúčasť. Náš návrh je desať eur mesačne ako maximálna hranica na doplatky. Bude sa to počítať v celoročnom súčte: **ak poistenec prekročí na doplatkoch a poplatkoch sto dvadsať eur ročne, vyššiu spoluúčasť mu preplatí zdravotná poisťovňa.** Finančná ochrana pacienta je aj o finančnej ochrane nemocníc a lekárov, ktorí musia byť spravodlivo ohodnotení. Navrhujeme navýšenie zmluvných objemov a miezd. Finančné prostriedky na okamžité navýšenie chceme získať zastavením všadeprítomného plytvania v zdravotníctve. Navrhujeme spravodlivé ohodnotenie zdravotníckych výkonov, tam patrí aj DRG systém, kombinácia kapitáčného systému s výkonovou zložkou, prípadne s nejakým bonusom za prevenciu alebo účinnú farmakoterapiu. Navrhujeme aj zmluvnú istotu pre poskytovateľov, myslím, že zmluva by sa mala podpisovať na každý rok, aby sme predišli nejakým troj-, štvormesačným výkyvom v závislosti od politickej objednávky.

Chceme zabezpečiť komplexnú zdravotno-sociálnu ochranu, ktorá takisto patrí do finančnej ochrany pacienta v zdravotníctve. Zdravotnícky systém a sociálna sféra sa často stretnú pri lôžku chorého, ktorý je zároveň aj sociálne odkázaný. Chceme zadefinovať podiel úhrady na sociálno-zdravotnej starostlivosti, zo strany zdravotných poisťovní, aj sociálnych fondov. Presadzujeme moderný zákon o sociálnej medicíne – dlhodobej starostlivosti.

Laciková: Viacerí kandidáti tu spomínali, že je nutnosť definovať štandard, aby sa mohol zadefinovať nadštandard, a potom hovoriť o nejakých doplatkoch, poplatkoch, atď. Čisto technicky ma zaujíma, ako dlho trvá tento proces? Koľko vlád by bolo potrebných, aby sa tento proces dotiahol do konca? A kedy by sme reálne mohli hovoriť o tom, že toto je štandard a toto si pacienti budú musieť doplatiť?

Novotný: Nie je ani tak veľmi technicky problematické povedať, čo je štandard a čo nadštandard, treba len na to vytvoriť príslušné katalogizačné komisie, ktoré začnú pracovať. Teším sa na to, keď MZ konečne predstaví katalóg, na ktorom tak dlhodobo pracuje. Už len treba k nemu dať nejaké ceny, aby sme sa vedeli baviť v reálnych rozmeroch, v reálnych číslach. Skôr je problémom politická vôľa. Takže odpoveď, aby som ju tak trošku nadniesol, znie: štyri roky, aby sme na záver povedali, že sme to zase nestihli. Ale ak bude politická vôľa, dá sa to stihnúť povedzme do dvoch-troch rokov. Je to kľúčové aj na to, aby sme vedeli prejsť na DRG systém. Ako budeme vedieť povedať, koľko máme tej nemocnici zaplatiť za tú-ktorú operáciu alebo zdravotnú starostlivosť, keď nepoznáme ceny? Keď platíme zvykovo, lebo vždy sa toľko platilo, a teraz pridáme ešte tisíc korún, lebo máme viac? To je kľúč k tomu, aby sme splnili aj spravodlivé ohodnotenie zdravotníckych výkonov.

Henrieta Maďarová: Na základe akých kritérií definujete ten štandard? Štandard je podľa mňa otázkou ceny.

Novotný: Založíme katalogizačné komisie, ktoré budú naozaj pracovať. Budeme vedieť povedať pre danú diagnózu,

ktoré sú diagnostické postupy, ktoré sú terapeutické. Potom budeme musieť prijať rozhodnutie, čo je štandard a čo nadštandard. To rozhodnutie bude viac politické ako odborné. Ale aj odborné, pretože ten vývoj medicíny je taký, že pred tým sme pri každom úraze hlavy CT neurobili. Dnes ho neurobiť je už pomaly trestný čin. Ešte jedna otázka je veľmi dôležitá. V Bratislave je zdravotníctvo na slušnej úrovni. Ten štandard však budeme musieť dodržiavať a garantovať pacientovi aj v Sobranciach a Kráľovskom Chlmci. Je to pre odborníkov téma, aby to pripravili. Viem, že sa urobil veľký kus roboty v rokoch 2004, 2005, ale potom žiaľ tá robota vyšla navniivoč, nepokračovalo sa v tom ďalej.

Martin Filko: Mal som možnosť vidieť pracovnú verziu vášho programu, možno spreď mesiaca a v nej ma zaujalo jedno opatrenie. Znelo asi tak, že všetky zdravotné poisťovne by mali byť legislatívne nútené prehľadne a na internete zverejňovať zmluvné podmienky, ktoré dávajú poskytovateľom, aby bolo možné porovnávať, ako sa tie zmluvné vzťahy vyvíjajú. Takisto tam bola silná formulácia, ktorá sa týkala posilnenia konkurencie na trhu zdravotných poisťovní prostriedkami štátnej politiky. Potom to prvé vypadlo a to druhé bolo zmiernené do veľmi vágneho posilňovania konkurencie. Zaujímal by ma tvoj názor na tieto dve opatrenia.

Novotný: Nesúhlasím so zverejňovaním zmluvných podmienok, preto to aj odtiaľ vypadlo. Volebný program je tímová práca. Bol to nápad, ktorý nepochádza z mojej hlavy. Nemyslím si, že to je dobré. Tu by som obchodné tajomstvo udržal. Nie však do takej miery, ako to bolo vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni, že nám nemôžu nič ukázať, lebo všetko je obchodné tajomstvo. Pokiaľ ide o to druhé opatrenie: náš program je určený pre pacientov a zdravotníkov. My chceme komunikovať s verejnosťou, hovoríme o cieľoch a nástrojoch, o parametroch veľmi nehoríme. Správna otázka je napríklad, či nechceme náhodou transformovať nemocnice na akciové spoločnosti. Nikde to tam nie je, ale samozrejme, že chceme. Ale prečo tým máme obťažovať ľudí? Podľa mňa človeku je to úplne jedno.

Myslím si, že zlúčenie Všeobecnej a Spoločnej bola veľmi veľká chyba a cesta mala viesť skôr tak, aby Všeobecná, ako jedna štátna zostala a Spoločná zdravotná sa v budúcnosti skôr privatizovala. Ale teraz, keď chceš odo mňa inžinierstvo, že VŠZP rozdelím na východoslovenskú a západoslovenskú a jednu predám tým J&T a druhú Pente, tak nie. Sme za pluralitu, súťaž zdravotných poisťovní. Uvedomujem si, že VŠZP bude pre nás veľkým problémom, pretože je obrovská. Je veľmi ťažko súťažiť, keď niekto má 65 % trhu. Moje riešenie na tento stav je, že budeme podporovať pluralitu, súťaž a to, aby sa zdravotné poisťovne odlišovali svojou ponukou.

Maďarová: Čím chcete tú súťaž u tých zdravotných poisťovní zaviesť? V čom sa budú líšiť?

Novotný: Chceme zadefinovať, čo je štandard a čo je nadštandard. Zdravotná poisťovňa bude robiť verejné zdravotné poistenie, bude môcť robiť individuálne zdravotné poistenie. Perspektívne som zástancom skôr toho, aby mala aj nejaký zdravotný plán, ktorý bude vedieť tomu svojmu poistencovi ponúknuť a poistenec si bude vedieť vybrať. Ja vidím priestor predovšetkým v ponuke, ktorú bude vedieť dať poistencovi: napríklad v tom, ako dlho sa bude čakať v poradovníku na odkladnú zdravotnú starostlivosť.



Po skončení vyhradeného času prezentácií sa začala všeobecná diskusia. Ako prvý sa do nej prihlásil **Eduard Kováč** zo Združenia zdravotných poisťovní SR, ktorý položil všetkým prítomným politikom rovnakú trojicu otázok:

- 1) 29. mája 2007 schválilo dvadsať stavovských, profesijných a univerzitných organizácií reprezentujúcich zdravotnícky sektor priority pre rozvoj slovenského zdravotníctva, známe aj ako tzv. 48 bodov. Páni, boli by ste pripravení ich naplňať?
- 2) Aký je váš názor na zdravotnícku časť materiálu SAV o stratégii rozvoja slovenskej spoločnosti?
- 3) Aký je váš kvalifikovaný odhad celkových finančných zdrojov zdravotníctva na rok 2011, aby sa mohol naplňať váš politický program?

Viliam Novotný:

- 1) Ten materiál poznám, aj som sa stretol s jeho autormi. Či sme my pripravení ho naplňať? Pozrite sa, SDKÚ má vlastný program pre zdravotníctvo, ale SDKÚ je určite pripravené o tomto programe diskutovať. V mnohých vystúpeniach tu odznelo, aby sme vytvorili zdravotnícku doktrínu, ktorej sa všetci budeme držať. Osobne to vidím ako science fiction. Zdravotníctvo je momentálne veľmi vážnym bojovým poľom, na ktorom sa odohráva zápas medzi koalíciou a opozíciou. Myslím si, že nebude tomu ináč ani v ďalšom funkčnom období. Názor odborníkov je vždy dobrý, ale naplňať ich program by bolo z mojej strany popretím, toho, čo som pred chvíľou povedal.
- 2) Nečítal som to. Keď to naštudujem, viem na to odpovedať.
- 3) Iste ste si všimli, že zdravotnícka politika SDKÚ vychádza z reálnych rámcov financovania zdravotníctva tak, ako ich poznáme, čiže za poistencov štátu sa bude platiť 5 %, ak budeme môcť ovplyvniť danú vec a odvody do zdravotníctva budú 14 %. Jediné, čo sa z tohto pohľadu bude meniť, je tá spoluúčasť, 120 eur. To len zataží rozpočty zdravotných poisťovní, keď budú musieť vracieť nejaké finančné prostriedky. Do zdravotníctva budú plynúť aj súkromné zdroje v porovnateľnom objeme ako je to v súčasnosti, s tým, že časť z toho pacientom budú refundovať zdravotné poisťovne. Presné číslo o objeme zdrojov vám určite povie pán Morvaj z HPI alebo pán Filko z MF. Ja to číslo budem určite rešpektovať. Viem vám povedať, aké číslo bolo v 2009 alebo aké sa odhaduje na 2010. Ale na rok 2011 sa treba opýtať ekonómov.

Ivan Uhliarik:

- 1) Program 48 bodov je široko konsenzuovaný materiál. Mali by sme ho byť pripravení naplňať, pretože reflektuje to, čo som hovoril: že by sme mali byť schopní sa spojiť tak, ako sa spojili poradcovia, keď bol tento program tvorený. Boli tam poradcovia SMERu, poradcovia z odborných spoločností aj iní odborníci zo stavovských organizácií, ktorí to vytvorili. O tom presne hovoríme. Na jednej strane hovoríme, ako my politici musíme počúvať odborníkov a na druhej strane povieme, že s nimi nebudeme pracovať? Ja si myslím, že s nimi treba pracovať.
- 2) Materiál SAV nepriniesol až tak veľa zásadného, ale priniesol jednu zásadnú vec, s ktorou veľmi nesúhlasím, a to je princíp zdravotnej pokladnice. Tým sa viacmenej potiera zdravotné poistenie. Na vznik jednej zdravotnej pokladnice potrebujete ústavný zákon, a to pluralitné zdravotné poistenie, ktoré je a ktoré sa vláda v roku 2006 zaviazala podporovať, vlastne zotiera.
- 3) Pán Morvaj hovoril o 2,5%-nom náraste HDP. Minulý rok to bolo -4,7 %, tento rok je 2,5 %, rozdiel je stále ešte 2,2 %. Keby sme predpokladali, že v roku 2011 by bol rast taký istý ako v roku 2010, tak budeme približne na nulovom raste oproti roku 2008. V súčasnej dobe sú tie odhady zhruba päť miliárd eur. Verím, že tých päť miliárd eur, keďže bude nulový rast, by malo stačiť. Je však dôležité zmeniť toky v zdravotníctve. Nie je možné, aby bolo súčasné zdravotníctvo, za šesť až osem rokov to nebude udržateľné. Že 1,6 milióna zamestnancov a zamestnávateľov platí takéto vysoké odvody a iba oni to platia. Toto si myslím, že to je treba zmeniť, aby tie toky boli zmenené.



Peter Kalist:

- 1) Neovládam všetkých 48 bodov naspamäť, ale zhodnem sa tu s pánmi: áno, čiastočne po diskusii, ale nie celkom.
- 2) Bohužiaľ nepoznám tento materiál, neviem sa k nemu vyjadriť.
- 3) Akékoľvek číslo poviem, to je naozaj len odhad. Samozrejme v zdravotníctve by bolo úplne ideálne, keby sme mali dvadsať miliárd eur, ale to nebude. Pokiaľ by to bolo tých päť, budeme všetci radi, ale myslím si, že na toto nebudeme mať žiadny dosah.

Štefan Zelník:

- 1) Meniť akýkoľvek program, pokiaľ to nie je vec peňazí, je ťažko hovoriť, že budeme naplňať, to by bolo veľmi populistické hovoriť, že budeme plniť všetky body programu. Najprv si treba urobiť inventúru, že koľko je peňazí, lebo nie je problém schváliť akýkoľvek zákon. Ale schválil sa zákon, voľakedy to bola 98, zákon o zdravotnej starostlivosti, o liečebnom poriadku, ktorý zadefinoval, že občan má nárok na všetko. Prečo sú zadlžované do teraz zdravotnícke zariadenia? Deficit vytvárajú preto, že jednoducho to nie je kryté v rozpočte. To nemôže byť vecou akéhokoľvek programu, to nemôže byť vecou ani jednotlivca, ani politickej strany, ani politikov, ale musí to byť skutočne diskusia. Príjmy a výdavky musia byť zosúladené, ináč sa nám to zdravotníctvo bude naďalej zosypávať. Rozhodne treba využiť ten potenciál stavovských a odborných organizácií k tomu, aby mohli do toho vstupovať, do legislatívneho konsenzu.
- 2) Priznám sa, že na druhú otázku neviem reagovať, lebo nepoznám ten materiál.
- 3) Pri systéme, ktorý máme teraz, že občan má prakticky nárok na všetko, je aj tých 5 miliárd málo. Nedá sa to urobiť samozrejme nejakým jedným chirurgickým rezom, pretože je tu istá zotrvačnosť a zvyky obyvateľstva. Dá sa to ale urobiť pomalými krokmi: pomaly budeme zvyšovať zdroje, ktoré do toho zdravotníctva idú, postupne budeme zase aj smerovať k tomu, že nebudeme platiť za všetko. Preto hovorím, že treba naštartovať systém pripoistenia a postupne k tomu pridávať ďalšie a ďalšie veci tak, aby nám zostalo viac na vážnu diagnostiku a vážne ochorenia. Pretože pacient, ktorý je onkologicky chorý, alebo má infarkt, alebo mozgovú príhodu, tam by sme asi ťažko od neho chceli, aby si priplácal. Toto sú veľmi citlivé otázky, ktoré treba vzhľadom na istú zotrvačnosť robiť opatrne a citlivo. A samozrejme za pomoci médií, trvalého vysvetľovania, pretože potrebujeme získať aj občana, aj odbornú verejnosť.

Imrich Hugyivár:

- 1) Mnoho z týchto rozhodnutí sme ochotní naplňať, ale nie všetky.
- 2) Nepoznám materiál.
- 3) Myslím si, že celkové finančné zdroje v zdravotníctve budú o niečo vyššie ako v tomto roku. Taktiež sa prikláňam k spomínanému konsenzu. Ako praktik, ktorý tridsať rokov pracuje na tom istom mieste, vidím, že nároky pacientov bezbreho stúpajú a to sa nebude dať financovať. Riešenie je skutočne v nejakom základnom poistení a v pripoistení na nadštandardné veci. Dnes je to zdravotníctvo úplne iné, ako bolo, viď napr. tie statíny. Výsledky sú veľké, ale zdravotníctvo ich nevie predať. Ako zdravotníci by sme sa mali viac zjednotiť a našu prácu pre spoločnosť viac zviditeľniť.

Szalay: Mám malú poznámku k téze, že zdravotníci sa nevedia predať. Problémom ale je, že žijeme kratšie ako žijú ľudia v iných krajinách. Výsledky slovenského zdravotníctva nie sú až také dobré, aj keď ľudí liečime statínami. Áno, žijeme dlhšie, ako v šesťdesiatych rokoch minulého storočia, ale v 21. storočí žijeme kratšie ako naši susedia.



Jozef Halecký:

- 1) 48 bodov stavovskej a profesijnej organizácie nepoznám.
- 2) Je to materiál príliš teoretický. Definuje ciele, nedefinuje spôsob, ako ich dosiahnuť a toľko nerieši otázku financií. Zdravotnícka časť materiálu SAV je slabá. Je poznačená tým, že nebola dostatočne konzultovaná a spracovaná za pomoci zdravotných poisťovní a samotných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Chýba tomu praktický dopad.
- 3) Finančných prostriedkov je vždy dosť: toľko, koľko vyplynie z tých 6,5 %, plus-mínus pol percenta HDP. Len je potrebné s nimi racionálne hospodáriť. Naše zdravotníctvo hospodári na princípe deficitu. Necháme deficit a potom poháňame, aby sme ho znižovali. Keby som bol minister, mne by stačilo 160 miliárd Sk. Vedel by som vykryť splácanie deficitu terajších nemocníc. Hoci si myslím, že deficit by aj tak bol, ale bol by prijateľnejší ako v tomto roku.



Filko: Mnohí z vás spomenuli, že chcú obmedziť plytvanie, niektorí to škaredo nazvali čiernou ekonomikou. Chcem sa opýtať, ktoré z tých opatrení, ktoré ste nám tu prezentovali obmedzia plytvanie v zdravotníctve?

Uhliarik: My navrhujeme nielen v zdravotníctve, ale aj v iných oblastiach elektronické verejné obstarávanie. Nevyriešilo by všetko, ale by dokázalo významným spôsobom ušetriť. Mestá, ktoré to zaviedli, ušetrili na svoju administratívu 20 až 30 % svojho rozpočtu. My odhadujeme teraz, že okolo 15-20 %, nehovorím o čiernej ekonomike, naozaj môže byť predražených. Elektronické obstarávanie je prvý krok.

Halecký: Ja takisto súhlasím s elektronickým výberom všetkých služieb v zdravotníctve, bol by to jeden z rozhodujúcich

krokov. Myslím si, že financovanie zdravotníctva by malo prejsť plne na zdravotné poisťovne, tie by mali byť plne zodpovedné za spôsob a výsledky financovania a myslím si, že forma regulovaného zisku poisťovní by bola jedným z tých účinných opatrení na to, aby zdravotníctvo fungovalo.

Zelník: Jasné pravidlá, ktoré by sa stanovili najmä v cenotvorbe. Oceniť výkony a pomenovať ceny, aby boli rovnaké od východu po západ. Nemyslím si, že musí byť elektronické obstarávanie. Treba tie peniaze naozaj dávať cez zdravotné poisťovne. Aby ministerstvo nekúpilo niekomu CT alebo magnetickú rezonanciu a ty, keď chceš, tak si ju kúp. Musíš si ju ale kupovať s vedomím, že ak nebudeš vedieť na tom vyprodukovať svoje milióny, tak bohužiaľ, je to strata tvojho zdravotníckeho zariadenia. Musí sa urobiť transformácia zdravotníckych zariadení, nie preto, že niekto chce privatizovať, ale preto, že príspevkové organizácie nespĺňajú požiadavky. Zdravotnícke zariadenia musia byť vedené nie na základe menovania riaditeľa a odvolávania, ale aj na základe toho, že bude mať aj zodpovednosť za tú nemocnicu. Napríklad akciová spoločnosť, ktorá má v obchodnom registri dozornú radu, a má teda svoju zodpovednosť. Ale prvoradá je cenotvorba, aby bolo jasné, prečo je tá cena taká, aká je a mala by byť v rámci celej republiky rovnaká.

Halecký: Periférna časť kontroly a regulácie zdravotných poisťovní je absolútne nedostatočná. Predpisovanie liekov je voluntaristické. Nezodpovedá nielen štandardom, čo sa týka diagnostiky a liečby, ale je to polypragmázia a plytvanie. Tam je rezerva. Podľa mňa sa 30 % liekov píše zbytočne.



Novotný: Je to dobre položená otázka, ako zastaviť plytvanie. Najjednoduchšia odpoveď je, že sa prestane kradnúť. Využijeme všetok náš politický vplyv na to, aby sa menej kradlo v rezorte. Keď Všeobecná zdravotná poisťovňa prestane plniť štátnu politiku a začne sa správať ako zdravotná poisťovňa na trhu, prestane plytvať a nebude uzatvárať zmluvy podľa toho, aký dá príkaz zriaďovateľ, ale podľa toho, aká bude ponuka kvalitou a cenou. Keď sa štátne nemocnice pretransformujú na akciové spoločnosti a neziskové organizácie, nebudú nakupovať predražené prístroje. Budú kupovať také prístroje, ktoré budú naozaj potrebovať, aby v konkurencii s ostatnými zdravotníckymi zariadeniami mohli byť úspešné. Potom sa nebudú z účtovného zostatku Veriteľa nakupovať oftalmologické prístroje tri dni pred Vianocami. Toto je cesta, aby sme získali finančné prostriedky.

Hugyivár: Vytvoriť jeden funkčný systém bez politických vplyvov s rovnakými podmienkami. To znamená, aby fakultná nemocnica dostala za rovnaký výkon tolko isto ako nemocnica v Leviciach. Ďalej treba zastaviť politické vplyvy. Konkrétny prípad: krajská pobočka Úradu pre dohľad bola

v Nových Zámkoch. Vyslovene na politický popud ju presunuli do Nitry, napriek tomu, že tam je dvojnásobok nájomu. Môžem hovoriť o ďalšej nemocnici, kde vedome, cestou politických vplyvov neboli urobené kontrakty, hoci mala najlepšie ekonomické výsledky a ďalšie veci. Musí to byť objektívne kritérium, pre všetkých rovnaké.



Jana Červenáková: Cítite sa dostatočne silní, že v pozícii ministra zdravotníctva dokážete odolať zaužívanej politickej formulke pri menovaní kľúčových manažérov, že nevedí, že je blbý, hlavne, že je náš?

(hlas z pléna): Nevadí, že je náš, hlavne, že je blbý.

Uhliarik: Politika je iná ako biznis. 15 rokov robím v biznise, jednak ako samopodnikateľ, jednak vo farmaceutickom priemysle. Myslím si, že musia byť dané aj objektívne kritériá. To, že je náš? Sorry. Ten človek musí niečo vedieť, musí mať objektívne hodnoty, aby mohol niečo riadiť. A keď nie, tak čo môžete urobiť vy, akurát to, že nebudete s tým súhlasiť. Poviete, že dobre, tak ja od tohto dávam ruky preč a nebudete súhlasiť. Toto môžem urobiť ja. Samozrejme, že to niekedy nemôžete ovplyvniť.

Zelník: Ja si myslím, že všetci povedia rovnako, veď predsa ide o odbornosť. [smiech publika] Čo sa týka mňa, viem firmu a načo sú mi tam nezdatní, neschopní ľudia? Je to o tímovej práci. Keď sa zvolí tím, ktorý nie je zdatný, tak tam tie výsledky nie sú. Bol by som veľmi nerozumný, keby som bral okolo seba ľudí, ktorí nie sú múdri, ale budem sa snažiť obklopiť ľuďmi, ktorí majú nejaké skúsenosti.

Novotný: Mám hovoriť dlho alebo krátko? Krátko: pokúsím sa.

Halecký: Myslím, že na to je jednoznačná odpoveď, politické nominácie sa musia brať. Chcem vidieť ministra zdravotníctva, ktorý by nerešpektoval politickú stranu, keď mu povie, že riaditeľom bude Jozef H. Pokiaľ by som bol minister, dal by som mu presné čísla, úlohy, ktoré by boli kontrolovateľné a konkrétne. Pokiaľ by ich nevedel plniť, odvolať a zdôvodniť. Iná cesta v politike nie je. Je ešte dôležitejšie, aby mal spolupracovníkov, ekonómov, prevádzkových pracovníkov, ktorí by vedeli toho riaditeľa urobiť neškodným.

Uhliarik: Mňa napadla jedna vec, ktorá by mala byť určite faktom. Štát by nemal vlastniť zdravotnícke zariadenia. Prečo by mal štát vlastniť? Štát by mal kontrolovať kvalitu a ochraňovať spotrebiteľa, či už cez úrad pre dohľad, alebo cez iné inštitúcie. Nemal by vlastniť. A tým, že štát nebude vlastniť, nebude ani dosadzovať politicky svojich riaditeľov.

Keď to bude akciová spoločnosť, štát bude mať majoritu, ale v predstavenstve bude širší konsenzus ľudí. Riaditeľ by mal byť naozaj schopným manažérom, pretože by to bola akciová spoločnosť.

Hugyivár: Tie akciové spoločnosti, to je kľúč. Keď niektorá nezisková organizácia neplatí sociálnej poisťovni odvody, dostáva penále. Aké penále má štátna nemocnica voči sociálnej poisťovni každý deň? Dvojaký meter, dvojaký prístup. Dve zdravotníctva existujú v tomto štáte. To sa musí zmeniť. Musí byť jeden funkčný systém na rovnakých princípoch bez politických vplyvov.

Dorčák: Viackrát tu zazneli slová o cenách. Ceny zjednotiť alebo súťažiť v cenách zdravotnej starostlivosti, poisťovne? Bol tu systém DRG a mal by existovať cenník a tie ceny by mali byť rovnaké na rovnakú zdravotnú starostlivosť atď. Pred niekoľkými rokmi bolo dohadovanie cien s poskytovateľmi prenesené na zdravotné poisťovne. Momentálne neexistuje cenové opatrenie vo všeobecnosti. Kto je za to, aby boli ceny regulované, definované presne alebo v určitom cenovom rozpätí, taký návrat späť ku cenníku?

(Nikto nehlasoval za.)



Uhliarik: Ohľadom DRG, alebo cien na diagnózu, som chcel povedať: veď toto už je nachystané! Pilotný projekt je nachystaný, bol prezentovaný v novembri ministerstvu zdravotníctva. Prečo to nie je urobené? A takto, ako je urobená neonatológia by sa mohli urobiť aj iné oblasti relatívne rýchlo. Potom je už len otázkou politického konsenzu, do akej miery to bude prijaté. Ale verím, že v rámci štyroch rokov by to mohlo byť prijaté. Ja som za stanovenie štandardných cien na diagnózu. Ja robím v nemocnici v Skalici, 11 tisíc vás stojí hospitalizácia na chirurgickom oddelení. Vo fakultke tridsať. Keď by som si urobil jednoduchú chirurgiu, tak za tú istú operáciu dostanem päť. Aká je tu spravodlivosť?

Dorčák: Ja to chcem iba spresniť. Pokiaľ je to na rokovaní, medzi zdravotnou poisťovňou a nemocnicou, tie ceny môžu byť vždy rôzne. Ak to má byť v každej nemocnici tá istá cena, tak to musí byť niekde zadefinované.

Szalay: Ivan Uhliarik hovorí, že to musí byť zadefinované zhora.

Novotný: No je to pravda, že ceny boli deregulované, no ako to funguje? Zdravotné poisťovne stále platia jednotke, dvojke a trojke nemocnici. Zdravotné poisťovne sa tejto príležitosti vôbec nechytali. A ten problém, ktorý na Slovensku máme je, že potom príde iná stratégia podpory niektorých poskytovateľov. Jednému sa už aj tak vysoká platba navýši, na úkor niekoho, kto je nepohodlný. A ceny sú deregulované. Tvárime sa, že je súťaž kvalitou a cenou. To by som chcel vi-

dieť ako vie krompašská nemocnica súťažiť kvalitou a cenou. Dá jej Všeobecná zmluvu, berieš, neberieš, to je celá súťaž kvalitou a cenou. Chceme platbu za diagnózu a u všeobecných lekárov chceme, aby bola zaujímavejšia kombinácia kapitálnej výkonnostnej zložky a bonusu za prevenciu a napr. účelnú farmakoterapiu. To neznamená, že chceme regulovať ceny, aby každý dostal rovnakú platbu. Práve naopak, tu sa otvára priestor na to, aby sme zabezpečili spravodlivosť, čo sa týka toho, že daný výkon má nejakú platbu. Ale chceme odmeňovať podľa kvality a výsledkov, tu je priestor, ktorý bude treba zadefinovať, v ktorom sa bude môcť pohybovať zmluvná sloboda medzi poisťovňou a poskytovateľom.

Čo sa týka primárnej ambulantnej starostlivosti, je záujmom poisťovne, aby sa vedela dohodnúť. Niektoré súkromné poisťovne to na Slovensku aj robili, neviem, či to ešte aj robia: dohodnú sa s poskytovateľom, že keď jej dokáže udržať predpisovanie liekov v rozumných hraniciach, vie mu dať vyššiu cenu bodu. Toto rušiť nechceme. Ale naozaj nie je možné, aby v Skalici mali jedenásť a v Trnave tridsať za otras mozgu. Aj tu, aj tam pije studenú vodu a na druhý deň ide domov.

Musíme sa dohodnúť, že protokol, štandardná diagnostika, liečba má takúto cenu a v tom je nejaký pohyb, kde sa vieme dohodnúť na tom, že tento poskytovateľ vie dať nižšiu cenu. Mal som možnosť byť v neziskovej organizácii v správnej rade súťažili sme s fakultnou nemocnicou. Ja som tú súťaž bral naozaj, prišli sme do VŠZP a povedali, že im urobíme ukončenú hospitalizáciu o dvetisíc korún lacnejšie ako fakultná. Strašne sa im to páčilo a zasiahol zhora generálny riaditeľ, že to sa nedá, lebo to zničí ceny.



Zelník: Ja som veľmi rád, že všetky strany sú za DRG systém, pretože to už sa prakticky zavádza od roku 1996. Bohužiaľ stále sa opakuje, že áno, áno, ale stále sa to nepodarilo. Veríme, že katalóg výkonov, ktorý je rozpracovaný, sa dokončí. Ale nielen katalóg, ale aj štandardné postupy, ktoré budú ocenené. A potom treba zadefinovať ešte jednu vec: nemôže sa predsa v každom zdravotníckom zariadení robiť všetko. Tu si práve myslím, že je priestor cez platbu za diagnózu a cez ekonomický tlak, aby sa naozaj niektoré výkony robili len na niektorých špecializovaných pracoviskách. Nie je predsa možné, aby sa robili operácie ciev v rámci kraja v štyroch zdravotníckych zariadeniach. Je to príliš veľký komfort, mrhanie peňazí, pretože treba mať technické vybavenie a nakoniec sa v každom regióne urobí dva, tri výkony. Pýtam sa: aká je tam úspešnosť, pooperačná starostlivosť, urobenie celého toho výkonu? Cez ekonomický tlak, cez platbu na diagnózu sa dá dosiahnuť aj to, aby sa znižovali náklady. Ceny však mu-

sia byť vytvorené na základe objektívnych parametrov. Tam musia byť spočítané všetky vstupy.

Szalay: Má to byť regulácia štátna, alebo trhová?

Zelník: Rozhodne nie trhová. Niekoľko musí tú cenu vypočítať. Treba povedať, že ten appendix stojí desať tisíc korún a bude sa preplácať. Niekoľko si povie: dobre, ale ja chcem samostatnú izbu a za to si doplatí ďalších päť tisíc pretože chce mať niečo nadštandardné.

Halecký: Najprv treba zaviesť štandardizáciu liečebných a diagnostických výkonov. Potom vyhláškou MZ určiť maximálnu a minimálnu cenu výkonu a nechať na súťaži poisťovní, aby určovali sami cenu a vyberali podľa kvality a ďalších kritérií zmluvných poskytovateľov.

Kalist: Pokiaľ rozprávame o DRG, tak treba určiť základnú cenu. Od nej sa môžeme odraziť, zvyšok je na dohode dvoch komerčných subjektov, zdravotnej poisťovne a konkrétneho poskytovateľa.

Hugyivár: Mal by tu byť nejaký arbiter, ktorý stojí ešte nad poisťovňou a poskytovateľom, lebo nie sme v rovnakej situácii. Nie sme partneri pre poisťovne. Sme v jednostrannej závislosti, sme odkázaní na milosť a nemilosť poisťovní. Tu by mala byť nejaká regulácia, mal by tu byť niekto tretí, arbiter v tejto veci. Od toho sa potom odvíjajú regulované ceny.

Novotný: Ja by som pána doktora len doplnil. S kolegom Markovičom a s kolegom Slafkovským sme trikrát v národnej rade riešili problém novelou poslaneckého zákona. Kto bude ten arbiter medzi poisťovňou a poskytovateľom? Najprv sme navrhli úrad pre dohľad, pán predseda Demovič zareagoval, že on aj by hej, ale to on nedokáže, že na to nemá ľudí. Tak sme radšej stiahli ten zákon, lebo sme nechceli presadzovať zákon pre úrad, ktorý nás za to bude ešte kritizovať. Potom sme tam dali rozhodcovský súd, vymysleli sme to s Luciou Žitňanskou. Najprv sme to dali vo väčšej, komplexnejšej novele, a teraz v januári v menšej, jednoduchšej. Neprešlo to, nezískalo si to podporu. Ale nesmútim: mali sme aspoň celkom dobrú diskusiu v národnej rade so Štefanom Zelníkom aj s Jožkom Haleckým.

Poviem to úplne jednoducho, ak bude odpolitizovaný úrad pre dohľad, napríklad aj tým, čo navrhuje strana SaS, mal by to robiť úrad pre dohľad ako nezávislý arbiter. V súčasnosti si veľmi neviem predstaviť, ako by súčasný úrad pre dohľad nezávislo posúdil zmluvu medzi Všeobecnou zdravotnou a nejakou nezávislou organizáciou. Dnes by to nefungovalo. Preto sme išli modelom rozhodcovského súdu. Ak vám poisťovňa bezdôvodne o desať a viac percent zníži cenu, alebo objem a vy si myslíte, že ste všetko dodržali, čo ste mali dodržať, tak mal by byť niekto, za kým zájdete a poviete: ja nesúhlasím s tou zmluvou, my sa dohodnúť nevieme. Čo vy na to hovoríte, je to oprávnené? Poisťovňa nech vydokladuje, čo neplníme, čo sme urobili zle alebo akú má stratégiu? S týmto sme prišli a túto tému otvoríme aj v ďalšom funkčnom období.

Ladislav Zárecký: Aký je váš názor na dostavbu Rázsoch?

Zelník: Ja som dávno presadzoval, že treba dostavať Rázsochy. Bratislava potrebuje jednu nemocnicu. To, čo tu je, naozaj nezodpovedá ani mozgovému potenciálu, ktorý tu je, ani výučbe medikov. Bratislava je také veľké mesto, že pot-

rebuje jednu modernú nemocnicu pre výchovu, postgraduál a hlavne pre liečbu.

Uhliarik: Nielen Bratislava, ale Slovensko potrebuje jedno univerzitné centrum, ktoré nemá, preto ľudia odchádzajú študovať inde. Ja som za dostavbu Rázsoch, pretože pozemky sú už vysporiadané, aby tam stálo zdravotnícke zariadenie. Moja pochybnosť je len o cene, ktorú teraz určilo MZ. 500 miliónov eur – je otázne, koľkokrát to bolo predražené.

Novotný: Ja som sa tejto téme pomerne intenzívne, aj mediálne venoval. Odpoveď je jednoduchá, tridsať rokov starý projekt za štyristo osemdesiat miliónov eur nie. Ak máme dať 480 miliónov eur na výstavbu zdravotníckych, nemocničných budov, tak postavme osem moderných nemocničných budov v ôsmich krajských mestách. Lebo aj na východe žijú ľudia a naozaj Bratislavu nemajú zo Sniny po ruke. Čiže Rázsochy nie, ale tým nehovorím to, že Bratislava jednu peknú modernú kvalitnú nemocnicu nepotrebuje. Ak chcete vidieť jednu peknú, modernú, možno trochu menšiu nemocnicu, choďte sa pozrieť do Východoslovenského ústavu srdcových a cievnych chorôb, nestála ani miliardu, tak neviem, prečo by sme mali stavať za 15 miliárd starých slovenských korún dobudovať pamätník socializmu, ktorý bol naplánovaný v sedemdesiatych rokoch.

Halecký: Myslím si, že Bratislava má fakultné zdravotníctvo v nedôstojných podmienkach, takže som za to, aby sa Rázsochy dostavali, aj keď viem, že istý čas budú trpieť periférne nemocnice. Ale bude to pre Bratislavu dôstojné, uvoľní sa priestory v centre Bratislavy, ktoré sa budú dať výhodne predať. Myslím si, že je to aj otázka prestíže hlavného mesta, v súťaži troch miest (Viedeň, Bratislava, Budapešť), aby bolo v Bratislave jedno veľkolepé multifunkčné a možno aj to najkonkorenejšie centrum.

Hugyivár: My sme zásadne proti dostavbe Rázsoch. Lebo my si myslíme, že dostupnosť musí byť všade rovnaká. Lekárska fakulta, teraz mi tam chodí syn. Všetky tam pätnásť rokov ani maľované nebolo. To je strašné.

Kalist: Súhlasím s pánom Novotným, že áno, ale nie v takom rozsahu, takom projekte a za takúto cenu. Fakultná nemocnica, alebo štátna v Starom Meste je jednoznačne v nevyhovujúcich podmienkach, rovnako ako nemocnica na Kramároch. Určite niečo v Bratislave potrebujeme, ale nie takýto starý projekt.

zapísala: DOMINIKA VADOVIČOVÁ
redigoval: TOMÁŠ SZALAY



Stavovské organizácie si pred voľbami pozvali politikov na diskusiu

Komory žijú v minulosti, stále ich máta Zajac

14. mája 2010 zorganizovali podobnú diskusiu o zdravotníckych volebných programoch politických strán aj stavovské organizácie – Slovenská lekárska komora a Slovenská lekárnická komora v spolupráci s Unipharmou. Hoci nik z HPI nedostal pozvánku, nebol problém sa dostať do sály. Podujatie bolo poučné. O zdravotníckych programoch politických strán som sa v bratislavskom Technopole nedozvedel nič nové. Odniesol som si však ďalšie poznanie o stavovských organizáciách. Žijú v minulosti.

Úvod podujatia venoval predseda predstavenstva Unipharmy Tomislav Jurik kritike krokov niekdajšieho ministra zdravotníctva Rudolfa Zajaca; vyčítal mu napr. liberalizáciu trhu lekární. Kým za stenami kongresovej miestnosti prebiehal rok 2010, powerpoint sa venoval rokom 2002 až 2006.

Prezentácia politických programov sa veľmi nelíšila od diskusie organizovanej HPI. Nasledovala sada odpovedí na 10 pripravených otázok organizátorov. Otázky sa sústredili predovšetkým na komorové záležitosti (povinné členstvo, kompetencie komory), viaceré sa týkali obmedzenia vlastníctva lekární resp. obmedzenia otvárania nových lekární. Odpoveď musela byť jednoznačná, áno/nie, a politici mali jednu minútu na zdôvodnenie každej odpovede. Ukázalo sa, že podľa organizátorov „správna“ odpoveď bola vždy tá, keď kandidát odpovedal na položenú otázku „áno“ (Ste za povinné členstvo v komore? Áno.).

Najväčšiu zhodu našli komory v názoroch Štefana Zelníka zo SNS, ktorý 9 z 10 otázok zodpovedal podľa ich predstáv.

Po prestávke malo podujatie pokračovať diskusiou a otázkami publika, avšak organizátori uprednostnili hlasovanie o najlepšieho ministra zdravotníctva. Hlasovať mohli len vybraní ľudia, pozvaní držitelia hlasovacích guľôčok. Zloženie voličov tak záviselo od zoznamu pozvaných. Hlasovalo sa verejne, do sklenených valcov, pred očami ostatných účastníkov stretnutia, medzi ktorými nechýbali napr. riaditelia štátnych nemocníc, priamo podriadení kandidujúcemu Rašimu. Novinári si začali takéto hlasovania fotografovať, zabránil im v tom až zásah prezidenta SLeK Jána Valjana. Hlasovanie nespĺňalo elementárne požiadavky na objektivnosť.

Výsledok, podľa ktorého vyhral súčasný minister Richard Raši so 60 % hlasov, preto neprekvapuje. Skôr prekvapuje umiestnenie Štefana Zelníka. Hoci jeho postoje najviac korešpondujú s očakávaniami komory, pri hlasovaní získal od 162 hlasujúcich len tri guľôčky. Sú teda problémy, ktoré zdôrazňujú komory naozaj problémami, ktoré trápia samotných zdravotníkov?

Po vyhodnotení „volieb“ dostala priestor diskusia s odbornou verejnosťou. Odpovede politikov však už nemohli ovplyvniť výsledok hlasovania.

Minister Raši ako víťaz hlasovania dostal od organizátorov, ehm, originálny dar – klietku so živým zajacom. S tým, aby mu vraj pomáhal naprávať chyby ministra Zajaca. Tá situácia bola trápna pre veľkú časť zúčastnených. Vtip, ktorý mohol byť originálny pred ôsmimi rokmi, by dnes vyškrtli aj z programu na stužkovú. Faux-pas už dovŕšil len fakt, že potom, čo zajac dostal (opäť originálne) meno Rudko sa zistilo, že ide o samičku...



Celá príhoda stelesňuje hlavný problém lekárskej a lekárnickej komory. Ani jedna z nich sa zásadne za posledné roky neposunula. Ich vedenie žije v minulosti. Neformulujú skutočné výzvy odvetvia, nie sú aktívnymi spoluprotvorcami zdravotnej politiky.

Tým, že sa energicky vymedzujú voči štyri roky bývalému ministrovi zdravotníctva komory len zdôrazňujú, akí bezvýznamní boli ministri Valentovič a Raši. Zdôrazňujú tiež, že títo ministri nezvrátili Zajacovu reformu tak, ako to od nich očakávali.

Výsledky vo voľbách 12. júna dopadnú možno inak ako v Technopole. Minimálne budeme môcť hlasovať všetci. A tajne.

TOMÁŠ SZALAY

článok bol publikovaný na szalay.blog.sme.sk

zdroj fotografie: www.health.gov.sk

Legislatívny monitoring 2006 – 2010

Prinášame prehľad najdôležitejších udalostí v legislatívnom procese za uplynulé štyri roky. Nižšie uvedený zoznam neobsahuje všetky prijaté normy a zaznamenané zmeny v zdravotníckej legislatíve za uplynulé štyri roky. Sústreďuje sa na tie udalosti, ktoré charakterizovali toto obdobie. Zachytáva tiež predpisy, ktoré sú aktuálne v legislatívnom procese.

Zmena	Charakteristika zmeny / poznámka	Začiatok leg. procesu	Číslo predpisu	Účinnosť	
Zrušenie poplatkov	Zníženie väčšiny platieb za služby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou na 0 Sk (za recept 5 Sk, pohotovosť zostala na 60 Sk). Zmena sa uskutočnila až na tri kroky (z toho jeden poslanecký pozmeňovací návrh v II. čítaní), pretože na zníženie poplatkov za recept bola okrem novely nariadenia vlády potrebná aj novela zákona.	19.7.2006	485/2006	1.9.2006	
		8.9.2006	539/2006	1.10.2006	
		4. 9. 2006	522/2006	1.10.2006	
Odklad transformácie a ochrana pred exekúciami	Návrh na ročný odklad transformácie zdravotníckych zariadení na a.s. (podľa vtedy platnej legislatívy bol termín do 31. 12. 2006) a na ochranu zdravotníckych zariadení pred exekúciami. (poslanecký návrh zákona)	19. 7. 2006	527/2006	1.10.2006	
	Návrh na ochranu pred exekúciami bol predmetom podania skupiny poslancov na Ústavný súd SR z 26. 10. 2008 (PL. ÚS 26/06-21), ktorý pozastavil účinnosť tohto ustanovenia až do vyhlásenia rozhodnutia vo veci samej.				
Obmedzenie nákladov na prevádzku ZP	Obmedzenie nákladov ZP na prevádzku na 4 % z úhrnu ročného poistného (pôvodne záväzok vlády v PVV presadený cez poslanecký návrh), pri súčasnom ponechaní práva dosahovať zisk. (poslanecký návrh zákona)	19. 7. 2006	522/2006	1.1.2007	
Zvýšenie platby štátu na 5 % priemernej mzdy	Návrh v súlade s PVV. Vláda návrh modifikovala – platba štátu vo výške 5 % len od januára do apríla 2007.	21. 8. 2006	673/2006	1.1.2007	
Zrušenie katalógu výkonov	Katalóg výkonov bol ako prijatý nevyhnutný nástroj zdravotnej politiky. Odôvodnenie zrušenia: údajný (nešpecifikovaný) rozpor s PVV.	5. 9. 2006	uznesenie vlády 756/2006		
Zníženie DPH na lieky	Zníženie DPH na lieky a vybrané zdravotnícke pomôcky z 19 % na 10 %, novela v gescii MF SR	12. 9. 2006	656/2006	1.1.2007	
Zrušenie nezávislosti ÚDZS	Bola presadená právomoc vlády odvolať predsedu Úradu pre dohľad aj bez uvedenia dôvodov. Zakázal sa aj nábor poistencov na základe mandátnych zmlúv a poskytovanie odplaty, odmeny alebo podobnej výhody poistencovi za prijatie/potvrdenie prihlášky. (poslanecký návrh zákona)	28. 9. 2006	12/2007	15.1.2007	
	Novela bola využitá na rokovaní vlády SR 24. 1. 2007, kde bol uznesením vlády č. 64/2007 odvolaný Ján Gajdoš z funkcie predsedu ÚDZS. Obmedzenia pri náboře dokázali poisťovne i maklérske siete úspešne obísť.				
Zrušenie úlohy na vypracovanie zoznamu chorôb	Zoznam chorôb stanovuje mieru spoluúčasti poistencov pri neprioritných chorobách. Hoci so spoluúčasťou počíta i PVV („Vláda si je vedomá, že rozpor v nedostatku finančných zdrojov a očakávaniami obyvateľstva je možné riešiť zachovaním ekonomicky a sociálne udržateľnej spoluúčasti na vybrané typy zdravotnej starostlivosti.“), úloha bola zrušená s odôvodnením, že bol zrušený i katalóg výkonov.	1. 12. 2006	uznesenie vlády 17/2007		
Zákon o verejnoprávnych zdr. poisťovniach	Transformácia VŠZP a SZP na verejnoprávne inštitúcie. Ministerstvo financií s návrhom zásadne nesúhlasilo.	2.2.2007	v LRV – rokovanie prerušené		do stratenia
Povinné prepoistenie poistencov štátu	Poistenci štátu mali byť povinne poistení v zdravotných poisťovniach so 100-percentnou majetkovou účasťou štátu. Návrh obsahoval vznik „fonde“ na financovanie zvlášť nákladnej zdravotnej starostlivosti.	7. 2. 2007	v LRV – rokovanie prerušené		do stratenia
Administratívne zníženie cien liekov	Z dôvodu posilňovania slovenskej koruny boli plošne znížené ceny o 6,6 %	15. 2. 2007	07045-17/2007-OL	15.3.2007	
Správa o stave racionalizácie	Pôvodný návrh MZ obsahoval návrh všeobecných opatrení	16. 5. 2007	uznesenie vlády 462/2007		
	Rokovanie o správe bolo 16. 5. 2007 prerušené, pri pokračovaní bolo prijaté nové uznesenie so zmenenými úlohami pre ministra zdravotníctva. Cieľom prijímaných opatrení malo byť vytvorenie takých podmienok na trhu, aby na Slovensku postupne vznikol systém jednej zdravotnej poisťovne.				
Zákaz zisku	Obmedzenie použitia zisku, zníženie povoleného objemu na prevádzku (návrh zo 4 na 3 %) a zmena definície výkonu zdravotného poistenia (vo verejnom záujme, s verejnými prostriedkami). Dôsledkom sú medzinárodné arbitráže, súdny spor a podanie na Ústavnom súde.	5. 6. 2007	530/2007	1.1.2008	
Zastavenie transformácie nemocníc	Zrušenie povinnosti transformácie nemocníc na akciové spoločnosti. Odklad termínu, dokedy v je potrebné zosúladiť právne pomery príspevkových organizácií so zákonom o rozpočtových pravidlách verejnej správy.	24. 7. 2007	653/2007	30.12.2007	

Zmena	Charakteristika zmeny / poznámka	Začiatok leg. procesu	Číslo predpisu	Účinnosť
Minimálna sieť poskytovateľov, Valentovič	Zníženie minimálneho počtu lôžok v jednotlivých samosprávnych krajoch Menný zoznam 42 nemocníc, s ktorými sú zdravotné poisťovne povinné uzatvoriť zmluvu. Po rozhodnutí predsedu vlády sa v minimálnej sieti sa ocitli výlučne štátne zdravotnícke zariadenia.	25. 7. 2007	504/2007	15.11.2007
Zjednodušenie ročného zúčtovania	Oslobodenie časti poistencov od odvodovej povinnosti + opravná novelizácia „zákazu zisku“ v 581/2004 (po prvý raz sa vzťahuje na zisk za rok 2008).	30. 7. 2007	594/2007	1.1.2008
Ochrana nefajčiarov	Zvýšenie pokút, posilnenie kontroly dodržiavania zákona. Pôvodne navrhované kombinované varovné označenia na krabičkách cigariet vrátane farebných fotografií boli v MPK z návrhu vypustené.	18.2.2008	87/2009	1.4.2009
Minimálne personálne a materiálne-technické normatívy	Rozšírenie kritérií kvality aj na zariadenia ústavnej starostlivosti. Do pripomienkového konania bol predpis predložený ako vyhláška, neskôr bol typ predpisu zmenený na výnos, ktorý (na rozdiel od vyhlášky) nevychádza v Zbierke zákonov. Dostupnosť predpisu je tak pre regulované subjekty i odbornú verejnosť sťažená.	4.3.2008	09812/2008-OL	1.11.2008
Novela zákona o umelom prerušení tehotenstva	Riešenie situácie po náleze Ústavného súdu SR zo 4. decembra 2007: zákonná možnosť umelého prerušenia tehotenstva z dôvodov genetického poškodenia do 24. týždňa.	15.4.2008	po MPK	do stratená
Minimálna sieť, Raši	Úprava normatívo pre ambulantnú sféru (zníženie LM primárneho kontaktu, redukcia normatívu v bratislavskom a košickom kraji), zavedenie pevnej siete nemocníc v 37 okresných zhlukoch.	18.6.2008	640/2008	1.1.2009
Návrh, aby rozpočty poisťovní schvaľovala vláda	Pôvodný návrh predpokladal úpravu platobnej schopnosti zdravotných poisťovní vo vyhláške a nie v zákone, zavedenie príspevku štátu na kompenzáciu rizík poisťovní, zrušenie technických rezerv, zavedenie kompetencie vlády schvaľovať rozpočty súkromných ZP. Poslanci schválili kompromisnejšie znenie. Novela zvýšila prerozdelenie na 95 % a do výpočtu indexu rizika pridala parameter, či za poistenca platí poisťné štát.	30.7.2008	581/2008	1.1.2009
Novela zákona o poskytovateľoch	Novela deviatich zákonov zavádza inštitút dočasného prerušenia, zrušenia, obnovenia a zániku registrácie. Slovenská komora laborantov, asistentov a technikov sa premenúva na Slovenskú komoru medicínsko-technických pracovníkov. Vzniká nová komora, Slovenská komora fyzioterapeutov. Zavedla sa povinnosť všeobecných lekárov uzatvoriť zmluvu so zdravotnou poisťovňou. Zdravotnícke zariadenia boli opäť ochránené pred exekúciami do 31. 12. 2009. Ochrana sa týkala štátnych zariadení, neziskových organizácií, ktoré vznikli zo štátnych zariadení a príspevkových organizácií vo vlastníctve samospráv. Posunul sa termín, dokedy majú príspevkové organizácie podľa zákona o rozpočtových pravidlách verejnej správy začať vyrovnať hospodárit' (z konca 2009 na koniec 2011). Poslanci navrhli a schválili právo Sociálnej poisťovne „v odôvodnených prípadoch“ odpúšťať penále. Poslaneckým návrhom sa mohlo zdravotným poisťovníam uplatňovať si dlžné poisťné priamo voči platiteľovi poisťného. Zrušila sa povinnosť poistencov EZP podávať ročné zúčtovanie za r. 2008. Pri rušení zdravotnej poisťovne s likvidáciou sú poistenci automaticky prevádzaní do niektorej zo štátnych zdravotných poisťovní. Prevod poisťného kmeňa môže byť len bezodplatný.	10.10.2008	192/2009	1.6.2009
Indikátory kvality	Dva roky neboli indikátory aktualizované, hoci to bola zákonná povinnosť MZ.	26.11.2008	51/2009	1.3.2009
Zrušenie regresívnej marže v nemocniciach	Zrušenie regresívnej marže pre nemocnice, marža pre lieky dodávané do nemocníc je stanovená ako 9 % z maximálnej ceny.	6.2.2009	07045-27/2009-OL	1.4.2009
	Marža pre lieky dodávané do nemocníc má byť 9 % zo skutočne účtovanej ceny.	27.4.2009	13251-1/2009-OL	1.7.2009
Štandardy pre zdravotnícku informatiku	Návrh vyhlášky zohľadňuje vo výbere doporučených štandardov doporučená Európskej Komisie M403 pre štandardy medicínskej informatiky.	17.2.2009	po MPK	
Štandardy pre zdravotnícku štatistiku	Povinnosť subjektov v zdravotníctve poskytovať pre zisťovania zdravotníckej štatistiky údaje charakterizujúce zdravotný stav populácie. .	26.2.2009	po MPK	
Lehota pre vykonaním interrupcie	Zavádza 48-hodinovú (poslancami pôvodne navrhovaná bola 72-hodinová) lehotu medzi poučením a vykonaním umelého prerušenia tehotenstva.	27.3.2009	345/2009	1.9.2009
Oprava sprísneného súhlasu pri interrupciách	Oprava dôsledkov poslaneckej novely zákona, ktorá upravila režim výkonu umelého prerušenia tehotenstva. U maloletej pacientky sa vyžaduje až do plnoletosti informovaný súhlas jej zákonného zástupcu. Novela vracia úpravu do predchádzajúceho stavu, t.j. súhlas nebude potrebný od 16. roku veku pacientky.	14.9.2009	po MPK	do stratená...
Rozsah ošetrovateľskej praxe	Návrh novely vyhlášky č. 364/2005 Z. z. dopĺňa definíciu kompetencií sestier a pôrodných asistentiek.	7.5.2009	po MPK	

Zmena	Charakteristika zmeny / poznámka	Začiatok leg. procesu	Číslo predpisu	Účinnosť
Zrušenie nepretržitej LSP	Poslanecký návrh hcel zaviesť systém vydávania povolení pre poskytovateľov LSPP výberovým konaním a zrušiť nepretržitosť pohotovosti.	29.5.2009	stiahnutý predkladateľom	
Zásielkový predaj liekov a pomôcok	Poslanecký návrh upravil (zakázal) zásielkový výdaj liekov a zdravotníckych pomôcok viazaných na recept/poukaz.	1.6.2009	402/2009	1.12.2009
	Poslanecká novela umožňujúca zásielkový predaj zdravotníckych pomôcok.	3.3.2010	133/2010	1.6.2010
	Ministerská vyhláška upravuje priestorové požiadavky na zabezpečenie zásielkového výdaja liekov / zdravotníckych pomôcok ako aj ďalšie podrobnosti.	10.11.2009	74/2010	15.3.2010
Poradovníky na odkladnú starostlivosť	Vykonávací predpis k zákonu o zdravotných poisťovniach na transparentné vedenie poradovníkov. Tie sa majú vytvárať pre implantácie šošoviek, umelých kĺbov a zákroky v oblasti srdca, ak by na ne mal pacient čakať viac ako 3 mesiace.	9.7.2009	412/2009	1.1.2010
Zlúčenie VŠZP a SZP	Zlúčenie VŠZP a SZP prebehlo novelizáciou zákona č. 581/2004 Z. z. V novele sa stanovila aj sadzba poistného pre štát na 4,78 % priemernej mzdy.	18.11.2009, bez MPK	533/2009	21.12.2009 a 1.1.2010
Univerzitné nemocnice	Novela definuje univerzitnú nemocnicu (výučba budúcich lekárov) a odlišuje ju od fakultnej nemocnice (príprava na iné zdravotnícke povolania).	20.8.2009	133/2010	1.6.2010
Likvidácia poisťovne, liečba v cudzine	Novela upravuje podrobnosti likvidácie zdravotnej poisťovne. Zdravotným poisťovníam nariaďuje uhrádzať na základe uvedených kritérií zdravotnú starostlivosť v cudzine. Druhostupňovým orgánom pri rozhodovaní o žiadosti na liečbu v cudzine je ÚDZS.	25.8.2009	121/2010	1.5.2010
Zákon o pohrebníctve	Upravuje problematiku pohrebníctva namiesto zákona č. 470/2005 Z. z. Oproti návrhu v pripomienkovom konaní zákon zasahuje len okrajovo do vzťahov medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a pohrebnými službami.	10.9.2009	131/2010	1.1.2011
Ovládnutie neziskových nemocníc	Poslanecká novela zákona o neziskových organizáciách zasahuje do činnosti nemocníc n.o., ktorých (spolu)zakladateľom bol štát. Mení sa spôsob menovania správnych rád a obmedzuje sa nakladanie s neprioritným majetkom neziskových organizácií, ktoré podlieha súhlasu ministerstva zdravotníctva.	2.10.2009	8/2010	1.2.2010
Pracovná zdravotná služba	Zmeny týkajúce sa pracovnej zdravotnej služby a rekondičných pobytov. Zamestnávateľ s menej ako 50 zamestnancami, nevykonávajúci rizikové práce, nemusí mať zmluvu s tímom PZS, ale len s lekárom/verejným zdravotníkom.	23.10.2009	132/2010	1.5.2010
	Vyhláška o účele, obsahu a rámcových programoch rekondičného pobytu.	23.10.2009	148/2010	1.5.2010
	Novela vyhlášky MZ č. 292/2008 Z. z. o rozsahu a náplni výkonu PZS	23.10.2009	135/2010	1.5.2010
Skúšanie liekov	Harmonizácia požiadaviek na dokumentáciu o výsledkoch farmaceutického, toxikologicko-farmakologického a klinického skúšania vykonávaného na účely registrácie liekov na inovatívnu liečbu so smernicou EP a Rady č. 2001/83/ES.	1.12.2009	68/2010	1.3.2010
Vyhláška o náležitostiach knihy omamných látok		3.12.2009	158/2010	15.4.2010
eHealth	Novela zákona o zdravotnej starostlivosti: podklad pre zavedenie eHealth. Definuje elektronickú zdravotnú knižku, národný zdravotný informačný systém a národný zdravotný portál. Nejasné zostáva, kto zaplatí za digitalizáciu dát. Ministerstvo označuje digitalizáciu pacientovej dokumentácie za službu súvisiacu so zdravotnou starostlivosťou. To by mu umožňovalo ju spolplatiť.	15.2.2010	po MPK	
Očkovací kalendár	Novela vyhlášky č. 585/2008 Z. z. o prevencii a kontrole prenosných ochorení prináša návrhy na zmeny v očkovacom kalendári, napr. zrušenie povinnej revakcinácie proti TBC v 11. roku alebo zrušenie vekového obmedzenia pri indikácii očkovania proti pneumokokom.	26.2.2010	po MPK	
Optimalizácia staníc záchranej služby	Presun niektorých staníc ZZS v rámci optimalizácie siete. V niektorých prípadoch sa však dostupnosť záchranej služby zhoršila (Ulič, Ubľa).	11.3.2010	10552/2009-OL	20.3.2009
	Oprava nedostatkov optimalizovanej siete ZZS.	11.3.2010	11378/2010-OL	15.4.2010
Novela nariadenia č. 658/2005 Z. z., ktorým sa ustanovujú požiadavky na kozmetické výrobky		19.3.2010	schválené	
Návrh výnosu o minimálnych štandardoch pre študijné programy.		31.3.2010	po MPK	
Úhrada za LSP	Pre LSPP u všeobecných lekárov stanovuje novela nariadenia vlády minimálnu cenu výkonu namiesto doterajšej maximálnej.	14.4.2010	po MPK	
Opatrenie o výške náhrady za bolesť a sťaženie spoločenského uplatnenia na rok 2010 (14,89 €/bod)		15.4.2010	schválené	
Tlačivá na predpisovanie liekov a zdr. pomôcok	Novela vyhlášky č. 42/2006 Z. z. vypúšťa vzor tlačiva lekárskeho poukazu na stomatologickú zdravotnú pomôcku, keďže táto úprava prekročovala rozsah zákonného splnomocnenia.	16.4.2010	po MPK	
Návrh nariadenia vlády o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností		19.4.2010	po MPK	
Novela výnosu č. 10548/2009-OL o podrobnostiach o záchranej zdravotnej službe		6.5.2010	po MPK	
Rozsah praxe záchranárov	Novela vyhlášky č. 321/2005 Z. z. upravuje rozsah praxe zdravotníckych pracovníkov záchranej zdravotnej služby.	14.5.2010	MPK do 3.6.2010	



„V POZADÍ MÔJHO ÚSPECHU SÚ AJ BRATIA KNUTOVCI“

**Som Peter Pažitný, spoluzakladateľ akadémie
Health Management Academy
a bývalý poradca ministrov zdravotníctva
na Slovensku, v Maďarsku a v Českej republike.**

**Aj vy môžete využívať medzinárodné know-how a skúsenosti a zmeniť svoj biznis.
Príbeh vášho úspechu je aj naším úspechom. Publicis/Knut, divízia KHCC. Stojíme za vami.**

consulting • marketing • communication > www.publicis.sk

Moje skúsenosti z reforiem zdravotných systémov ma naučili, že pre vybudovanie lepšieho zdravotníctva nestačí len zmeniť zákony, ale je potrebné komunikovať s ľuďmi zo sektora, počúvať ich názory a vymieňať si s nimi skúsenosti.

Za myšlienkou vybudovania Health Management Academy je môj sen o akademickom priestore, kde sú lektori a študenti partnermi v diskusii, argumentácii a hľadaní riešení. Moja vďaka patrí všetkým ľuďom, ktorí so mnou zdieľajú hodnoty zdravotníctva založeného na výsledkoch a oceňujú prínos kvalitného vzdelania.

V osobách Martina a Mareka Knutovcov som našiel ľudí a priateľov, ktorí pochopili, čo chcem dosiahnuť. Od začiatku sa podieľali na formovaní zážitku, ktorý majú študenti z programov Health Management Academy. Aj touto cestou im ďakujem.

your success


Knut Healthcare Communication



PUBLICIS · KNUT



Peter Pažitný je konateľom vzdelávacej akadémie Health Management Academy (HMA), ktorá sa od roku 2007 zaoberá vzdelávaním v oblasti zdravotníctva.

Medzi lektorov HMA patria poprední slovenskí a českí odborníci z rôznych oblastí podnikania s cennými skúsenosťami so zdravotníctvom.

Ambíciou HMA je, aby absolventi študijných programov akadémie pomáhali budovať lepšie zdravotníctvo.

Vzdelávanie HMA je určené „pre ľudí, ktorí rozmyšľajú v súvislostiach.“

Peter Pažitný o novinke v ponuke Health Management Academy

Od septembra otvárame štúdium Master of Science

- **Akadémia HMA získala pre Slovensko program MSc. Štartujete v septembri. Ako sa vám to podarilo?**

Osobne som tento program vyštudoval na Semmelweisovej univerzite v Budapešti a bol som s ním veľmi spokojný. Podobne ho tam absolvoval napríklad aj prezident Asociácie súkromných lekárov MUDr. Ladislav Pásztor, MSc. Semmelweisova univerzita je jedna z najstarších lekárskejších univerzít v Európe. Považujem za veľkú česť a záväzok, že ich MSc. program môžeme na Slovensku vyučovať my. Absolventi dostanú diplom zo Semmelweisovej univerzity, ktorý bez výhrad uznávajú všetky krajiny EÚ. A ako sa nám to podarilo? Vďaka dlhoročným osobným kontaktom ako i vďaka tomu, že sme dokázali za tri roky vybudovať z HMA dôveryhodnú a profesionálnu vzdelávaciu inštitúciu.

- **O aké štúdium ide v tomto programe?**

Je to akreditované postgraduálne vysokoškolské štúdium. Úspešní absolventi získajú titul MSc.

- **Čo znamená titul MSc.?**

Master of Science, v tomto prípade v manažmente zdravotných služieb.

- **Komu je štúdium adresované, kto je vaša cieľová skupina?**

MSc. program je určený pre manažérov zdravotných poisťovní, riaditeľov nemocníc, riadiacich pracovníkov, lekárov, lekárníkov, analytikov, politikov. Pre ľudí z farmaceutických firiem, výrobcov zdravotníckych pomôcok i zo štátnej či verejnej správy. Skrátka pre zdravotníckych profesionálov, ktorí chcú získať nové vedomosti a zručnosti o manažmente zdravotných služieb.

- **Kto sú vaši lektori?**

HMA sme zakladali s jasnou víziou kvality. Veľmi nám záleží na poskytovaní kvalitných služieb, kvalitného vzdelávania, od študentov si vždy pýtame spätnú väzbu, aby sme sa vedeli zlepšovať. Našich lektorov hodnotia po každom vyučovaní bloku. Ak niekto dlhodobo nedosahuje požadované kvalitatívne kritériá, hľadáme zaňho náhradu, lepšieho lektora. Výsledkom je, že dnes na akadémii HMA vyučuje podľa

môjho názoru špička v česko-slovenskom priestore. Sú to profesionáli z rôznych odborov, ktorí sa zaoberajú zdravotníctvom. A je vidieť, že ich to baví.

- **Vyučujete v slovenčine?**

Áno, lektori sú zo Slovenska a z Česka. Považujeme za dôležité, aby poznatky boli podávané pokiaľ možno v čo najrozumiteľnejšej forme. A to je najlepšie bez jazykovej bariéry.

- **Ako dlho trvá štúdium?**

Program je naplánovaný na dva a pol roka. Skladá sa zo štyroch semestrov výučby a posledný semester majú študenti na napísanie diplomovej práce. Vtedy už nenavštevujú prednášky, venujú sa samoštúdiu a prípadne konzultujú svoju prácu s lektormi.

- **Ako bude organizovaný priebeh štúdia? Bude sa dať zladiť so zamestnaním?**

Jednou z prvých výziev pre manažéra je manažment vlastného času. Uchádzači budú musieť zladiť náročný program s profesionálnym i rodinným životom. Celkovo odučíme počas programu 660 vyučovacích hodín. Výučba bude prebiehať v trojdňových blokoch štvrtok-piatok-sobota raz za tri týždne v Bratislave. Na konci každého semestra je záverečný blok zorganizovaný mimo Bratislavu, v uvoľnenejšej atmosfére.

- **Aká je cena MSc. programu?**

Cena za celý 2,5-ročný program je spolu 17 890 € s DPH. Absolventi kurzov HMA majú zľavu 25 %.

- **Je možné program zaplatiť v splátkach?**

Áno, platbu je možné rozložiť do štyroch polročných splátok. Vtedy to bude mierne vyššia cena, vychádza to na 4 690 € na jednu splátku.

- **Prečo ste presvedčení, že ten program bude úspešný?**

Podľa štúdie, ktorú urobili na Johns Hopkins School of Public Health, nie je manažérska úroveň slovenských zdravotníckych profesionálov dostatočná. Jedným z cieľov nášho programu je zlepšiť ich manažérske zručnosti, aby bolo zdravotníctvo efektívnejšie a kvalitnejšie.

MSc. in Health Services Management konečne na Slovensku

prečo MSc. u nás



**Naši študenti vytvárajú lepšie
zdravotníctvo**

Ing. Peter Pažitný, MSc.
konateľ
Health Management Academy



**Naším cieľom je inšpirovať
našich študentov**

Ing. Simona Frisová
programová riaditeľka
Health Management Academy



**MSc. program je vlajkovou loďou
manažérskeho vzdelávania na
Semmelweis University**

Dr. Miklós Szócska, PhD.
riaditeľ centra pre vzdelávanie zdravotníckych
manažérov Semmelweis University



**MSc. program poskytuje zručnosti
pre strategické riadenie
i každodenné fungovanie
v zdravotníctve**

Dr. Gusztáv Stübnya, MSc.
generálny riaditeľ pre strategický rozvoj
a manažérske záležitosti Semmelweis University

Od školského roku
2010/2011 spoločnosť
**Health Management
Academy, s.r.o.**
pripravila v spolupráci so
Semmelweis University
vzdelávací program **Master
of Science in Health
Services Management.**

Prihláste sa už teraz!

Simona Frisová
+421 911 596 050, frisova@hma.sk

Health Management Academy, s.r.o.
Hviezdoslavovo nám. 14, Bratislava



SEMMEWEIS UNIVERSITY
**HEALTH SERVICES
MANAGEMENT
TRAINING CENTRE**



„V POZADÍ MÔJHO ÚSPECHU SÚ AJ BRATIA KNUTOVCI“

Som Alexander Schill. Začínal som v roku 1996 s malou súkromnou zubnou ambulanciou na poliklinike. Len jedno kreslo a niekoľko stálych pacientov. Ale chcel som viac....

Chcel som vybudovať špičkovú stomatologickú kliniku a pokryť záujem domácej, ale aj zahraničnej klientely. Investoval som do nákupu najmodernejších technológií, ktoré by aj u nás dokázali poskytnúť pacientovi dokonalý komfort ošetrovania chrupu. Pre tento odvážny krok som však potreboval aj dobrú obchodnú stratégiu. A tak som sa obrátil na profesionálov – marketingovú a komunikačnú agentúru Publicis/Knut a jej divíziu KHCC. A výsledok? Bol som miilo prekvapený, že taká renomovaná agentúra mi poskytla servis ako veľkým firmám. Klinika Schill Dental dnes spolupracuje s množstvom špičkových stomatológov a uspokojuje potreby tisícov domácich i zahraničných klientov.

Aj vy môžete využívať medzinárodné know-how a skúsenosti a zmeniť svoj biznis. Príbeh vášho úspechu je aj naším úspechom. Publicis/Knut, divízia KHCC. Stojíme za vami.

consulting • marketing • communication > www.publicis.sk

your success


Knut Healthcare Communication



PUBLICIS·KNUT